

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

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)

2025-2027

Sommario

EXECUTIVE SUMMARY.....	3
1. PREMESSA.....	8
2. SCHEDE DESCRITTIVE DELL'AZIENDA	10
1.1 Chi siamo e cosa facciamo	10
1.2 Come operiamo - Organizzazione	10
1.3 Il contesto di riferimento.....	13
1.4 I dati di attività	22
1.5 I dati economici	43
1.6 Il personale.....	44
3. IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE	46
1.1 Dimensione dell'utente.....	51
3.1.1 Sottosezione di programmazione e accesso alla domanda	52
3.1.2 Sottosezione di programmazione dell'integrazione.....	75
3.1.3 Sottosezione di programmazione degli esiti	98
1.2 Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni	106
3.2.1 Sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione.....	106
3.2.2 Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio sanitario	121
3.2.3 Sottosezione di programmazione dell'organizzazione	132
3.2.4 Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale	144
3.2.5 Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza	146
1.3 Dimensione della Ricerca, dell'Innovazione e dello Sviluppo	151
3.3.1 Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica	151
3.3.2 Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo	154
1.4 Dimensione della Sostenibilità	160
3.4.1 Sottosezione di programmazione economico finanziaria	160
3.4.2 Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR	165
3.4.3 Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica	171
4. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE	175
1.1 Performance Aziendale / Valore Pubblico	175
1.2 Performance Organizzativa.....	175
1.3 Performance Individuale	178
5. INDICATORI DI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE	179

EXECUTIVE SUMMARY

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione è un documento programmatico triennale contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione dei risultati conseguiti dall'Azienda, rendicontati annualmente nella Relazione sulla performance.

Con l'adozione del Piano triennale, dei suoi aggiornamenti periodici e delle Relazioni annuali, l'Azienda si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati in linea con il mandato istituzionale e con gli obiettivi ricevuti dalla Regione. Il Piano si configura come strumento utile a fornire ai portatori di interessi informazioni precise e quantificabili su ambiti rilevanti di attività, servizi offerti e linee strategiche finalizzate a migliorare l'offerta e l'organizzazione.

Attraverso il PIAO, l'Azienda definisce linee strategiche ed obiettivi nella loro articolazione complessiva, avendo come riferimento principale gli obiettivi strategici e di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Generale; in tal modo il Piano traduce i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, in strategie, obiettivi e impegni pluriennali, individuando anche le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare il loro raggiungimento.

Il PIAO è quindi un documento:

- fortemente correlato con gli obiettivi strategici e di mandato assegnati dalla Regione e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) alla Direzione Generale, tradotti a livello aziendale in una prospettiva di medio periodo con l'obiettivo di restituire agli stakeholders esterni ed interni una programmazione chiara e fruibile;
- che trova traduzione, nel breve periodo, negli strumenti di programmazione annuale (budget) attraverso l'esplicitazione di obiettivi ed impegni assunti direttamente dall'Azienda con le articolazioni aziendali;
- a valenza triennale che verrà aggiornato nel corso del periodo di vigenza con atti e documenti attuativi (solo se e quando necessari) per dare dinamicità e maggiore rispondenza ai bisogni alla programmazione strategica (revisione periodica e attualizzazione obiettivi e azioni operative);
- rivolto sia verso l'esterno, al fine di rappresentare i principali obiettivi strategici e le modalità di loro monitoraggio e rendicontazione, sia verso l'interno dell'Azienda, per fornire una cornice di riferimento strategica ed i macro indirizzi per l'azione gestionale e per la programmazione annuale (che come detto si sviluppa principalmente mediante il budget, project, programmi ed altri strumenti correlati);
- che integra tutti gli strumenti di pianificazione e programmazione già presenti in Azienda, e superati singolarmente, al fine di fornire una visione di sintesi integrata.

Il PIAO: strumento di sintesi della pianificazione aziendale di medio periodo (triennio) che ha il compito di rendere chiare e comprensibili le strategie e le azioni aziendali attraverso le quali si intendono organizzare servizi e attività erogate e di correlare programmazione e rendicontazione individuando e condividendo a priori obiettivi e indicatori a misura dei risultati da raggiungere.

Fonti e quadro economico Le linee guida per la programmazione provinciale sono definite all'interno della cornice delineata dal Programma di mandato della XII legislatura della Regione Emilia-Romagna e del programma di mandato dei Direttori Generali (DGR n. 65/2025 e n. 73/2025). Il sistema sanitario provinciale persegue l'obiettivo di consolidare i risultati ottenuti in termini di garanzia dei livelli essenziali di assistenza. Il quadro economico nazionale e regionale è contrassegnato dalla limitazione delle risorse disponibili e dalla crescita della domanda di servizi sanitari e sociosanitari: in tale contesto risulta imprescindibile un intervento di innovazione della governance e l'adozione di modelli organizzativi adeguati alle necessità di

trasformazione della rete dell'offerta al fine di soddisfare in modo adeguato i bisogni di salute della popolazione assistita.

Accesso alle prestazioni. Sul piano dell'offerta, occorrerà continuare a promuovere azioni specifiche per ricercare la maggiore appropriatezza prescrittiva, l'efficacia dell'offerta e la riduzione delle liste d'attesa (chirurgiche e ambulatoriali) nell'ambito di un più vasto percorso di semplificazione e ottimizzazione dell'accesso ai Servizi e di condivisione del processo assistenziale (progetto reti cliniche). Irrrinunciabile la sostenibilità del sistema che passa dall'efficientamento di tutti i processi assistenziali e dal coordinamento e dall'integrazione delle strutture erogatrici.

Investire e innovare. L'introduzione delle tecnologie, l'avvio delle strutture nuove (o rinnovate), – si veda il piano di rinnovo tecnologico e degli investimenti in ambito edilizio garantito anche grazie ai finanziamenti del PNRR – ma anche l'innovazione connessa allo sviluppo dell'intelligenza artificiale e all'introduzione di nuovi modelli erogativi (proattività, presa in carico, teleassistenza, team itineranti, multidisciplinarietà, task shifting, operation), saranno fondamentali per migliorare la gestione delle risorse sanitarie e la pianificazione delle cure.

Sostenibilità. Le risorse dovranno essere ri-allocate in funzione di scelte oculate e coerenti con la programmazione e la sostenibilità economica del sistema e le attività orientate a quel recupero di efficienza indispensabile ad "autofinanziare" le nuove attivazioni non isorisorse.

L'obbligo di rispetto delle compatibilità finanziarie richiede azioni sinergiche su più versanti, con attenzione e impegno gestionale sulle aree di spesa ritenute eccessive (ricorso a livelli organizzativi sovradimensionati, interventi non supportati da chiare evidenze scientifiche, ridondanza dell'offerta o ridotta/scarsa produttività, iperconsumo di prestazioni ambulatoriali, uso di farmaci, dispositivi e protesica riconducibili ad un uso sicuro e appropriato , ...): il fine è quello di perseguire razionalizzazioni ed economia di scala, comunque salvaguardando la sicurezza delle cure.

Opportuno sviluppare una funzione di fundraising utile al reperimento delle risorse, alla gestione dei rapporti con soggetti finanziatori e ad orientare i fondi su progetti innovativi e che rappresentino un vero valore aggiunto per le Aziende sanitarie.

Centralità del paziente e del suo percorso di cura, che comporta la necessità di privilegiare una risposta integrata che abbia a riferimento i bisogni di salute dell'assistito; l'applicazione di tale principio, prevede il superamento di ogni logica squisitamente prestazionale e di "consumismo sanitario", l'umanizzazione e la personalizzazione della cura, la gentilezza delle relazioni.

Condivisione delle scelte. La conoscenza degli indirizzi e degli obiettivi, la condivisione delle scelte, la promozione e la diffusione in modo chiaro, esteso e partecipato, delle modalità attraverso le quali realizzare quanto programmato sono gli strumenti imprescindibili del governo del cambiamento. Occorre sviluppare modalità di gestione che, a tutti i livelli, a partire da quello direzionale e degli staff, garantiscano trasparenza, partecipazione alle scelte, conoscenza, confronto aperto e, da ultimo, condivisione ed un coordinamento efficace. Questo dovrà avvenire rafforzando la centralità del ruolo del Distretto, quale l'articolazione territoriale a cui è affidato il compito di garantire alla popolazione i servizi di tipo sanitario e sociosanitario, secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza, e dalla partecipazione all'interno del Collegio di Direzione per gli indirizzi strategici ed in modo più operativo all'interno degli incontri di staff, anche interaziendali, dei confronti all'interno dei vari gruppi multidisciplinari e multiprofessionali (es. progetto reti cliniche e organizzative, operation), ove clinici, medici di organizzazione, area assistenziale Università e Associazionismo, possono confortarsi ed individuare le modalità integrate di erogazione dei percorsi assistenziali.

Responsabilità delega e supervisione. Se la diffusione, tra gli operatori e i professionisti, degli obiettivi e delle indicazioni attuative per assicurarne il pieno perseguimento (partecipazione a tutti i livelli) risulta importante, tuttavia, non meno rilevante è la sistematica chiara individuazione delle responsabilità

decisionali e gestionali che, accompagnate all'attribuzione condivisa delle risorse, risultano elementi imprescindibili del buon governo aziendale.

In considerazione della complessità dell'organizzazione da gestire, la chiara attribuzione della responsabilità dei processi, deve necessariamente prevedere l'adozione di meccanismi di delega (a cascata) con supervisione, e questo, al fine di scongiurare il rischio di paralisi del sistema per eccessivo accentramento; in questo senso, la revisione pressoché conclusa dell'organizzazione e delle modalità di funzionamento dei dipartimenti, la manutenzione degli organigrammi e la nuova individuazione di posizioni strategiche con la copertura e la identificazione di diversi e più rilevanti incarichi di posizione a cui demandare una maggior incisività nel perseguimento degli obiettivi sono un primo tangibile strumento orientato a supporto di tale processo di governo.

Alla luce della complessità e trasversalità dei processi che dovranno essere gestiti, oltre alle responsabilità istituzionali e gerarchiche di cui si è detto sopra, occorrerà prevedere anche un modello matriciale di governo complessivo dei processi e delle decisioni aziendali che veda l'individuazione di specifici responsabili di progetto che dovranno presidiare i processi strategici più articolati e trasversali (project manager, cabine di regia, board, gruppi operativi). Questa organizzazione flessibile dovrà essere in grado di rispondere in modo più efficace, efficiente e in tempi più rapidi ai bisogni e alle sollecitazioni della prima linea e coordinare e riorientare i comportamenti e le traiettorie assunte dai processi; ci si riferisce nello specifico alle cabine di regia del PNRR, del PRP, del DM 70/22, della specialistica e della logistica chirurgica, al gruppo operativo sui temi della specialistica, al board dei POCT, ai project su temi/progetti specifici, ai responsabili dei vari gruppi delle reti cliniche e organizzative.

Appropriatezza. Irrinunciabile risulta la necessità di partire da una puntuale verifica delle attività erogate per eliminare tutte quelle inappropriate; questo significa abolire tutte quelle prestazioni la cui efficacia non sia provata (in assoluto e/o riferita al singolo caso) e rendere più efficienti le modalità di erogazione. Parimenti, risultano da eliminare anche tutte quelle prestazioni che non possono essere ritenute prioritarie, questo dovrà avvenire secondo criteri trasparenti di pesatura e comporterà il riposizionamento al giusto/corretto livello delle prestazioni erogate in modo organizzativamente improprio e conseguentemente inefficiente. Questo potrà essere realizzato anche utilizzando appieno i nuovi modelli erogativi o le nuove articolazioni dell'offerta (es strutture intermedie) che, ad esempio, in ambito territoriale, sono ampiamente previste dal decreto di riordino (DM 77/22). Per garantire questi processi si potrà ricorrere anche a forme di intelligenza artificiale che saranno implementate in via sperimentale da subito e consolidate nel corso degli anni.

Equità di accesso ed efficienza erogativa. La rete dell'offerta sarà orientata ad ottimizzare i livelli di servizio garantendo l'omogeneità nell'accesso e nell'utilizzo degli spazi, nel rispetto delle specificità territoriali. In tale direzione dovranno essere consolidate le relazioni fra il sistema sanitario ospedaliero, territoriale e il capitale sociale presente sul territorio con l'obiettivo di mettere a fattore comune i comportamenti virtuosi, armonizzare l'organizzazione dei servizi e migliorare la qualità del percorso assistenziale.

Disomogeneità ed inappropriatezza nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi (esempio i diversi bisogni espressi dalle aree rurali/città, pianura/montagna) creando le condizioni per il ricorso al giusto setting assistenziale. In questo senso sono da inquadrare iniziative quali il "Progetto Salute nelle Aree Interne della Montagna Modenese", finalizzato a disegnare una strategia di sostegno alla salute, al benessere e all'assistenza sanitaria e sociale nelle aree interne della montagna modenese. Il progetto si caratterizza per la prossimità della presa in carico del bisogno dei cittadini, all'interno delle reti provinciali clinico assistenziali e per l'aumento della consapevolezza e partecipazione dei professionisti e dei cittadini al sistema di risposte ai bisogni.

Cittadino Empowered. Viene ribadito il ruolo del cittadino quale soggetto che comprende e sceglie, che è protagonista del proprio benessere, ed è in grado di valutare la qualità dei servizi (PREMs) e di dare il proprio contributo alla riorganizzazione ed al miglioramento dei processi di cura. Un cittadino che come nel caso del Comitato consultivo misto è parte di un organismo dell'Azienda sanitaria con funzioni propositive e

consultive, volto a dare ascolto e rilievo al punto di vista del cittadino-utente all'interno della sanità, ed ancora che si colloca in taluni casi a ponte tra paziente e professionista/organizzazione (es. associazione dei malati) o riveste un ruolo attivo su alcuni livelli di offerta di servizio (es. associazionismo coinvolto nel sistema dei trasporti ordinari o dell'Emergenza Territoriale).

Presa in carico e uso comune delle piattaforme. Si ritiene pertanto necessaria la condivisione tra equipe afferenti alle diverse Aziende e strutture, di percorsi di presa in carico e di gestione del paziente, da agire in funzione dei diversi livelli di complessità, si deve altresì implementare l'uso congiunto e ottimale delle piattaforme (tecnologie, sale operatorie, posti letto), e questo, allo scopo di perseguire crescenti livelli di efficacia ed efficienza e rendere più diffusa l'offerta di prestazioni.

Operation provinciale. Allo scopo di consolidare e implementare le azioni di condivisione fino ad oggi perseguite è opportuno strutturare una funzione di Operation provinciale per l'ulteriore sviluppo nell'utilizzo delle piattaforme tecnologiche, operatorie, e delle equipe mobili. Lo scopo del progetto è la definizione dei livelli di attività delle strutture della provincia in funzione delle tecnologie e delle competenze presenti, secondo le vocazioni individuate.

Superamento duplicazioni. Oltre alla integrazione tra le risorse, l'organizzazione dell'offerta di prestazioni può trovare maggiori livelli di razionalizzazione volti al superamento delle duplicazioni con recupero di efficacia e sicurezza (volume/esiti) ed efficienza nell'offerta. Tali azioni dovranno essere implementate nell'ambito della chirurgia soprattutto oncologica ma dovranno interessare anche altri livelli di offerta (assistenza in regime di ricovero o emergenza urgenza).

“Liberare” tempo per la cura anche grazie alla digital health. Le opportunità offerte dal mondo dell'innovazione digitale (Digital health) devono essere viste come strumento e opportunità per ridurre il tempo non a valore con l'obiettivo di liberare, ottimizzandolo, tempo per la cura; la telemedicina (telemonitoraggio, televisita, teleconsulto ...), l'informatizzazione dei processi di prescrizione, prenotazione e presa in carico, la cartella clinica informatizzata, l'impiego dell'intelligenza artificiale ad esempio nella guida e semplificazione del processo di diagnosi, o nelle valutazioni volte a migliorare l'appropriatezza delle richieste di prestazioni, devono essere impiegate allo scopo di consentire un maggior impegno giornaliero nelle attività assistenziali effettivamente necessarie al paziente e pertanto al miglioramento dell'efficacia e della sicurezza dei trattamenti diagnostici e terapeutici.

Misura esiti. I processi produttivi trasversali dovranno trovare sistematica e tempestiva misurazione quanto a volumi, esiti, consumi e risorse utilizzate, variabilità interna ed esterna del prodotto erogato con posizionamento/scostamento rispetto ad un benchmark regionale che confronti analoghe strutture o la stessa struttura nel tempo (trend). Tenuto conto della valenza provinciale dei processi assistenziali anche la misura e la valutazione degli andamenti e delle performance dovrà avere una valenza trasversale ed essere garantita da una funzione a cavaliere tra le Aziende sanitarie della provincia di Modena (attraverso l'analisi dei dati condotta dalla data unit).

Virtual Hospital. La capacità di lettura dei bisogni della popolazione di riferimento è uno strumento in grado di aumentare l'integrazione delle professionalità e dei servizi in campo nei singoli territori, andando anche a incidere su una maggiore capacità e flessibilità di risposta dei servizi. Questo potrà essere sviluppato attraverso il progressivo maggior ricorso alle tecnologie e ai modelli di virtual hospital, che costituiscono la risposta territoriale dei percorsi diagnostico terapeutici e lo strumento in grado di ridurre la distanza dei cittadini dai punti di erogazione delle prestazioni altamente specialistiche, riducendo le disuguaglianze di accesso ai servizi e le differenze di esito delle cure.

Sviluppo e dal supporto dell'infrastruttura ICT. La transizione digitale è strumento utile a rendere i servizi più accessibili e rispondenti alle esigenze dei cittadini e degli operatori, innovando l'offerta e migliorando l'esperienza di chi deve accedere ai servizi sanitari.

Value-Based Healthcare. Creare valore in sanità significa riorganizzare il sistema sanitario per massimizzare i benefici per i pazienti, ottimizzando l'efficacia e l'efficienza delle cure e riducendo le diseconomie. Questo approccio, noto come Value-Based Healthcare (VBHC), pone il paziente al centro, promuovendo la personalizzazione delle cure e l'integrazione tra i diversi attori del sistema. In sintesi, creare valore in sanità significa passare da un sistema incentrato sull'offerta di servizi a un sistema incentrato sui risultati, dove l'obiettivo principale è migliorare la salute e il benessere dei pazienti.

L'Azienda USL di Modena, nello sviluppo delle azioni finalizzate alla creazione di valore, intende, per il prossimo triennio, evidenziare:

- **Focus sul paziente** - Le decisioni cliniche e organizzative devono essere prese tenendo conto delle esigenze e delle aspettative del paziente, coinvolgendolo attivamente nel processo decisionale.
- **Superamento delle le frammentazioni** dei servizi al fine di promuovere un approccio multidisciplinare che tenga conto di tutte le dimensioni della salute del paziente.
- **Misurazione degli esiti** e dei costi associati a ogni intervento per identificare le migliori pratiche e ottimizzare l'allocazione delle risorse;
- **Innovazione e digitalizzazione** tramite l'adozione di tecnologie digitali, come la telemedicina e la cartella clinica elettronica, può migliorare l'accesso alle cure, l'efficienza dei processi e la qualità dei dati raccolti;
- **Approccio One Health** prevenendo le malattie e promuovendo stili di vita sani può ridurre la domanda di cure e migliorare la salute della popolazione, anche nell'ambito della salute mentale (vedi Piano Nazionale per la Salute Mentale 2025/2030).

1. PREMESSA

Il decreto-legge n. 80/2021, convertito dalla legge n. 113/2021, ha previsto, all'art. 6, che le Pubbliche Amministrazioni con più di cinquanta dipendenti adottino il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Ciò al fine di integrare i principali atti di pianificazione a cui sono tenute le amministrazioni pubbliche, assicurando quindi la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorando sempre più la qualità dei servizi ai cittadini. Con il DPR 24 giugno 2022, n. 81, sono stati assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), diversi adempimenti normativi con l'obiettivo di semplificare gradualmente, ma al contempo coordinare i principali atti di programmazione pubblici. Il presente documento si pone quindi quale strumento di pianificazione strategica aziendale e di dialogo con l'ambiente in cui operano l'Azienda ed i suoi portatori di interesse, in quanto rappresenta documento fortemente collegato con gli obiettivi strategici e di mandato che la Regione assegna alla direzione aziendale, la quale traduce poi a livello aziendale in una prospettiva di medio e breve periodo le priorità strategiche che devono essere perseguite.

In tale quadro, il contesto all'interno del quale si colloca la programmazione del prossimo triennio trova fondamento, dal punto di vista delle fonti e del quadro economico, dal Programma di mandato della XII legislatura della Regione Emilia-Romagna e dagli obiettivi di mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie della Provincia di Modena (DGR n. 65/2025 e n. DGR 73/2025).

Fermo restando che il sistema sanitario provinciale persegue l'obiettivo di consolidare i risultati ottenuti in termini di garanzia dei livelli essenziali di assistenza, il quadro economico nazionale e regionale è fortemente contrassegnato dalla limitazione delle risorse disponibili e dalla crescita della domanda di servizi sanitari e sociosanitari.

All'interno di tale contesto risulta indispensabile un intervento di innovazione della governance e l'adozione di modelli organizzativi di trasformazione della rete dell'offerta al fine di soddisfare in modo adeguato i crescenti bisogni di salute della popolazione assistita.

Contesto e indirizzi - scelte gestionali

CONTESTO	Contesto particolarmente sfidante, da governare, pena la non sostenibilità del sistema
RISORSE	<ul style="list-style-type: none">• Risorse economico – finanziarie progressivo disequilibrio tra finanziamenti e necessità anche per costi in aumento (sotto-finanziamento);
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none">• Importante riorganizzazione dell'offerta legata alla necessità di attuazione :<ul style="list-style-type: none">• → dei modelli territoriali richiamati dal DM 77/22 e riorganizzazione EU, CA , 116/117;• → ottimizzazione della rete ospedaliera chiamata a garantire equità di accesso, appropriatezza ed efficienza erogativa e la piena integrazione con il territorio;• → degli obiettivi di mandato (DGR 65/25), della RER (DGR 945/24), PRP, PNRR... realizzabili anche a patto di revisioni dell'attuale offerta con razionalizzazione ed efficientamento del sistema e revisione dei modelli di erogazione (Fare le «stesse» cose in modo «diverso»)
CONTINGENZE	<ul style="list-style-type: none">• Costi incrementali e risorse contingentate• Progressiva difficoltà e reperire personale soprattutto in alcuni ambiti (EU, Ost Gin, Anestesia, Ortopedia, Cardiologia, Radiologia, MMG, PLS..)• Opportunità date dalla applicazione di nuovi accordi contrattuali

Gli indirizzi, che costituiscono il presupposto delle scelte allocative aziendali del prossimo triennio, pongono al centro del nostro sistema i temi della sanità pubblica e delle politiche di prevenzione, la riorganizzazione della rete sanitaria territoriale e di prossimità, con particolare attenzione alle aree interne e di montagna. Assume particolare rilevanza il nuovo accordo con i medici di medicina generale, la gestione più solida e integrata del

sistema ospedaliero.

Da ultimo, non si può prescindere dalla sostenibilità complessiva del sistema attraverso il governo dei nuovi progetti, del piano investimenti e della gestione delle risorse sia umane che economiche.

Se da un lato si dovrà continuare a dare concreta e sostanziale attuazione all'implementazione dei nuovi modelli territoriali previsti dal DM 77/22, alla riorganizzazione del sistema dell'Emergenza Territoriale e della Continuità Assistenziale, all'introduzione del numero unico 116/117, al consolidamento ed alla integrazione della rete ospedaliera provinciale con lo scopo di garantire equità di accesso, appropriatezza ed efficienza erogativa, oltre alla piena integrazione ospedale-territorio, permane al contempo la necessità di dare continuità gestionale attraverso il perseguimento degli obiettivi regionali previsti dalla DGR 972/25, dal PRP, dal programma di interventi previsti dal PNRR.

Sul piano dell'offerta, occorrerà continuare a promuovere azioni specifiche per l'appropriatezza, l'efficacia e la sicurezza dell'offerta e la riduzione delle liste d'attesa (chirurgiche e ambulatoriali) e più in generale di

semplificazione e ottimizzazione dell'accesso ai Servizi e di condivisione del processo assistenziale (progetto reti cliniche). Irrrinunciabile la sostenibilità del sistema che passa dall'efficientamento di tutti i processi assistenziali e dal coordinamento e dall'integrazione delle strutture erogatrici.

L'introduzione delle tecnologie, l'avvio delle strutture nuove (o rinnovate), – si veda il piano di rinnovo tecnologico e degli investimenti in ambito edilizio garantito anche grazie ai finanziamenti del PNRR – ma anche l'innovazione connessa allo sviluppo dell'intelligenza artificiale e all'introduzione di nuovi modelli erogativi (proattività, presa in carico, teleassistenza, team itineranti, multidisciplinarietà, task shifting), saranno fondamentali per migliorare la gestione delle risorse sanitarie e la pianificazione delle cure.

Indubbiamente, il presente piano di interventi non potrà prescindere dalla valorizzazione dei professionisti (medici, professioni sanitarie e infermieristiche, area amministrativa) che rappresentano il vero patrimonio delle Aziende sanitarie modenesi.

L'obiettivo è quello di garantire a tutti i cittadini un miglior accesso ai servizi fondamentali (paziente al centro) superando l'ottica prestazionale, per agire una revisione della filiera dei servizi che rafforzino l'integrazione tra gli ambiti di assistenza ospedaliera e territoriale a garanzia del migliore accesso alle cure.

2. SCHEDA DESCRITTIVA DELL'AZIENDA

1.1 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.

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.

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 amministrative;
- di riduzione ed eliminazione delle disegualianze di accesso ai servizi.

1.2 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;
- 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.

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;
- 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;
- integrazione tra le Direzioni Ospedaliere e quelle del territorio;
- con riferimento al modello organizzativo della Direzione Assistenziale si rappresenta la necessità di prevedere un assetto che possa garantire 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.

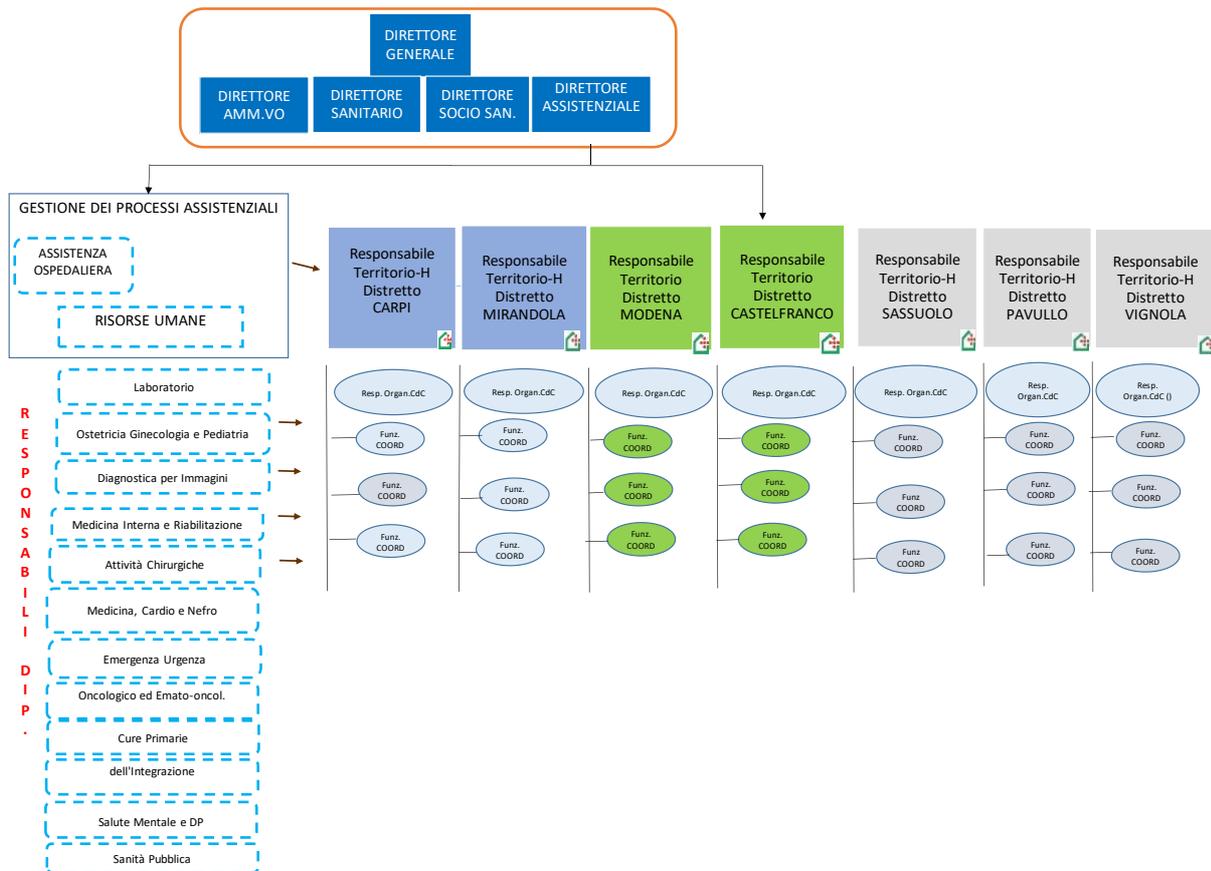
Preme evidenziare che il processo è stato partecipativo e che le considerazioni e le proposte emerse durante il percorso di confronto interno hanno fattivamente contribuito alla stesura finale della rimodulazione organizzativa formalizzata a marzo 2020. La struttura organizzativa è rappresentata in modo schematico dalla Figura 2 riportata a seguire; sono rappresentate la Direzione Strategica aziendale, i Distretti Sanitari e i Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali.

In Azienda si sta intraprendendo un percorso di riorganizzazione dei servizi di Staff e TecnoStruttura, a partire dalle esigenze di razionalizzazione dei servizi e di eliminazione delle ridondanze organizzative (anche nell'ottica dell'integrazione con analoghe attività garantite dall'Azienda Ospedaliera Universitaria).

Il nuovo disegno organizzativo, che si intende deliberare a breve, andrà condiviso con tutti gli attori, perseguendo gli orizzonti valoriali della chiarezza dei ruoli e delle responsabilità unita alla semplificazione dell'afferenza organizzativa.

Nelle figure successive (Figura 2 e Figura 3) sono raffigurate in modo più articolato le composizioni attuali, in attesa di riorganizzazione, dello staff di direzione e della direzione assistenziale.

Figura 2 - Modello Organizzativo Direzione Assistenziale Azienda USL Modena



1.3 Il contesto di riferimento

Contesto demografico e socio economico

Al 1° gennaio 2025 la popolazione residente nella provincia di Modena era pari a 711.214 residenti (erano 708.589 il 01/01/2024). Nel medio periodo, la dinamica demografica è stata caratterizzata da una certa stabilità della popolazione residente. Tuttavia, dal 2012 si è interrotto un trend di crescita sostenuto sia dai fenomeni immigratori che dalla ripresa delle nascite. Le crisi economiche hanno influito su tale fenomeno, che è proseguito per una molteplicità di fattori, tra cui il calo delle nascite e la riduzione dei flussi migratori. La transizione demografica, che da anni sta caratterizzando anche il territorio modenese, ha comportato un progressivo invecchiamento e un calo della natalità. La denatalità è solo in parte mitigata dai fenomeni migratori e dalla maggiore propensione a fare figli della popolazione straniera che in parte a sua volta si sta riducendo. Pur trattandosi di un fenomeno diffuso su tutto il territorio, questo progressivo invecchiamento mostra una certa eterogeneità: è più marcato nei comuni montani, come es. nel distretto di Pavullo nel Frignano, che nel 2024 aveva un indice di vecchiaia del 228%, mentre è più basso in quello di Castelfranco Emilia (163%).

Figura 3 - Dati di popolazione per classe di età

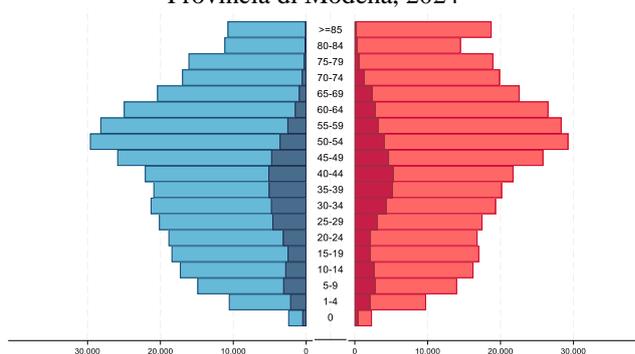
Provincia di residenza, 2024

Provincia di residenza	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	oltre 65 anni	Totale	Indice di vecchiaia
Piacenza	34.252	75.028	105.598	73.309	288.187	214
Parma	56.479	124.792	170.633	108.447	460.351	192
Reggio Emilia	66.904	144.024	199.146	122.163	532.237	183
Modena	87.614	190.651	262.675	170.274	711.214	194
Bologna	118.129	272.428	379.087	255.890	1.025.534	217
Ferrara	34.362	78.626	128.741	99.322	341.051	289
Ravenna	43.652	95.796	146.495	102.479	388.422	235
Forlì-Cesena	46.367	100.248	146.766	100.756	394.137	217
Rimini	39.248	86.565	131.123	84.908	341.844	216
RER	527.007	1.168.158	1.670.264	1.117.548	4.482.977	212

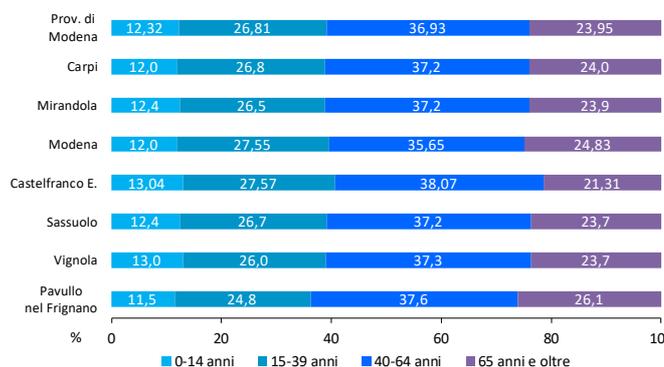
Popolazione per distretto sanitario, 2024

	Popolazione totale	Popolazione straniera	% Popolazione straniera
Carpi	108.835	16.351	15,0%
Mirandola	86.286	13.366	15,5%
Modena	184.139	28.669	15,6%
Castelfranco Emilia	77.297	9.457	12,2%
Sassuolo	119.816	11.645	9,7%
Vignola	92.777	14.291	15,4%
Pavullo nel Frignano	42.064	5.283	12,6%
Provincia di Modena	711.214	99.062	13,9%

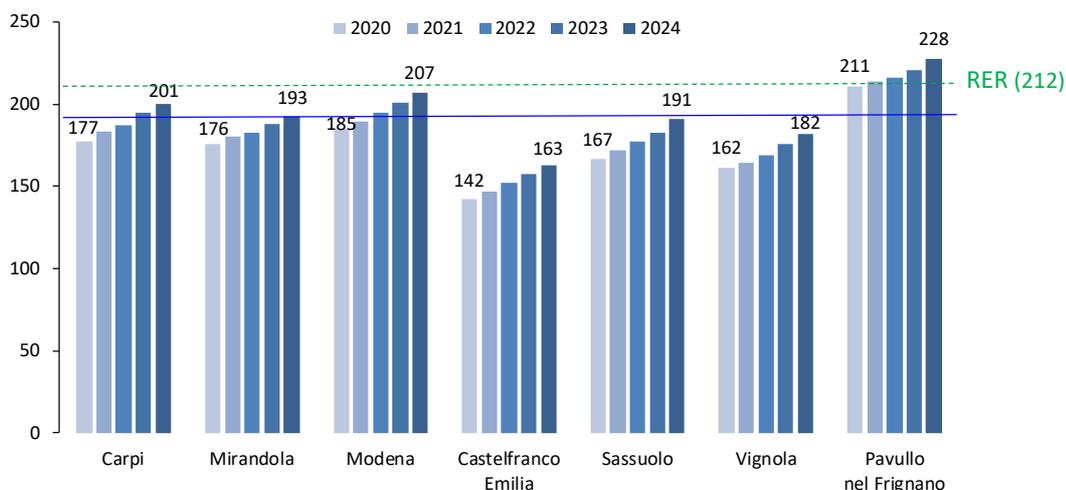
Popolazione residente per sesso, età e cittadinanza, Provincia di Modena, 2024



Distretti sanitari della provincia di Modena, 2024



Indice di vecchiaia per distretto sanitario, 2020-2024



Fonte: Regione Emilia Romagna

Rispetto alla regione e al Paese, la provincia mostra un minor indice di vecchiaia (193% vs 212% regionale e 208% nazionale), una maggiore percentuale di minorenni (12,3% vs 11,8% e 12,2%), un maggiore tasso grezzo di natalità (6,9 vs 6,4 e 6,4), una maggior presenza di stranieri residenti (13,9% vs 12,9% e 9,2%) e una minore percentuale di famiglie monocomponenti (37,1% vs 40,2% e 36,2%). 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 (45%).

Nel 2024, la speranza di vita alla nascita risulta migliore di quella regionale e nazionale sia per gli uomini (82,5 vs 82,3 e 81,4) che per le donne (86,0 vs 85,9 e 85,5) e supera il calo osservato durante il periodo pandemico in entrambi i generi: maschi (82,5 vs 81,8 del 2019) e femmine (86 vs 85,2 del 2019).

In provincia di Modena il 23,7% dei 18-69enni ha riferito di avere una laurea: 22% negli uomini e 25,5% nelle donne; queste percentuali sono in linea con i valori regionali e nazionali.

Tra le persone con 70 anni e oltre, invece, la quota di persone con nessun titolo o licenza elementare raggiunge il 37,9% in provincia di Modena, percentuale che appare superiore a quelle regionale e nazionale. Il 26,4% dei modenesi ultra 69enni ha riportato di avere una licenza media, il 26,9% un titolo di scuola superiore e l'8,8% una laurea. Questi fenomeni probabilmente sono dovuti al ricco mercato del lavoro provinciale, che soprattutto negli anni passati, ha attirato forza lavoro a scapito degli studi universitari.

Il tasso di disoccupazione tra i 15enni nel 2023 era pari al 4,4%; questo tasso ha arrestato la sua crescita all'inizio del 2014, dopo l'aumento dovuto alla crisi economica del 2008 e ha risentito anche della crisi post pandemia e di quella energetica. I tassi registrati nella nostra provincia risultano simili alla media regionale (4,4%), ma inferiori al valore nazionale (6,6%).

La provincia di Modena presenta una disparità economica-sociale minore, si stima che il 6,6% dei modenesi vive in condizioni di rischio di povertà o esclusione sociale, contro l'11,2% regionale e 25,4% nazionale (EU-SILC 2021). Tuttavia il 35,3% delle persone con 18-69 anni ha difficoltà economiche ad arrivare a fine mese: il 5% ha molte difficoltà e il 30,3% qualche difficoltà; valori vicini a quelli regionali ma significativamente migliori di quelli nazionali. Tra la popolazione anziana (70 anni e più), il 35,5% ha riferito difficoltà economiche: 3,3% molte e il 32,2% qualche difficoltà, valori simili a quelli regionali e significativamente inferiori a quelli nazionali.

Stato di salute

In provincia di Modena, il 72,9% delle persone con 18-69 anni intervistate dalla sorveglianza PASSI nel periodo 2023-2024 ha dichiarato una percezione positiva del proprio stato di salute mentre il 23,5% ha riferito di stare discretamente e il 3,6% 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 (89%), gli uomini (77,8%), le persone con alta istruzione (76,2%) e quelle senza difficoltà economiche (78,7%). Secondo PASSI d'Argento 2022-2024 tra le persone con 70 anni e più la percezione positiva del proprio stato di salute cala al 43%, valore inferiore a quello regionale (46,5%) e superiore a quello nazionale (41,1%). Questa percezione positiva cala con l'età ed è più alta tra gli uomini (47%), tra chi possiede un'alta istruzione (45,4%) e chi non ha difficoltà economiche (48,3%).

Il 9,4% dei 18-69enni ha dichiarato di aver vissuto nell'ultimo mese 14 giorni o più in cattiva salute per motivi fisici, il dato modenese è superiore a quello registrato a livello regionale (7%) e nazionale (5,6%). Il 12,3% ha riportato almeno 14 giorni in cattive condizioni di salute psicologica, valore più elevato rispetto a quello regionali e nazionale (rispettivamente 10,1% e 7,8%). Inoltre, il 3,6% ha riferito 14 giorni o più con limitazione delle attività abituali a causa della salute fisica o psicologica, contro il 2,6% a livello regionale e il 2,9% nazionale.

Tra gli ultra 69enni, il 14,9% ha riportato nell'ultimo mese 14 giorni o più in cattiva salute per motivi fisici, percentuali superiori a quelle registrate a livello regionale (14,5%) e nazionale (12,9%). Il 9,5% ha riferito 14 giorni o più per motivi psicologici, inferiore al dato regionale (11,4%) e simile a quello nazionale (9,8%). Il 4,9% ha dichiarato, invece, 14 giorni o più con limitazione delle attività abituali a causa della salute fisica o psicologica, valore simile a quello regionale (5,1%) e inferiore a quello nazionale (7,1%).

I dati della sorveglianza PASSI per il periodo 2022-2023 evidenziano una prevalenza di sintomi depressivi nella provincia di Modena pari all'8,5% nelle persone di età compresa fra 18 e 69 anni. Questo valore risulta superiore a quello regionale (7,2%) e nazionale (5,9%). La presenza di sintomi depressivi risulta più elevata

tra le donne (10,2%) rispetto agli uomini (6,8%), così come tra le persone con molte difficoltà economiche (21,6%) e quelle affette da patologie croniche (14,1% rispetto al 7,2% tra di chi non ne soffre). Per quanto riguarda la fascia d'età degli ultra 69enni, nel periodo 2021-2023, l'8,9% dei modenesi ha riferito la presenza di sintomi depressivi, dato superiore a quello regionale (6%) ma inferiore a quello nazionale (9,4%). Anche in questa fascia di età si riscontrano differenze di genere significative (5% uomini e 12,3% donne).

Secondo i dati delle sorveglianze PASSI (2023-2024) e PASSI d'Argento (2022-2024), si stima che il 18,4% dei modenesi tra 18-69 anni e il 61% degli ultra 69enni soffrano di almeno una patologia cronica, valori superiori a quelli regionali (rispettivamente 17,1% e 54,6%) e simili a quelli nazionali (rispettivamente 18,3% e 61%).

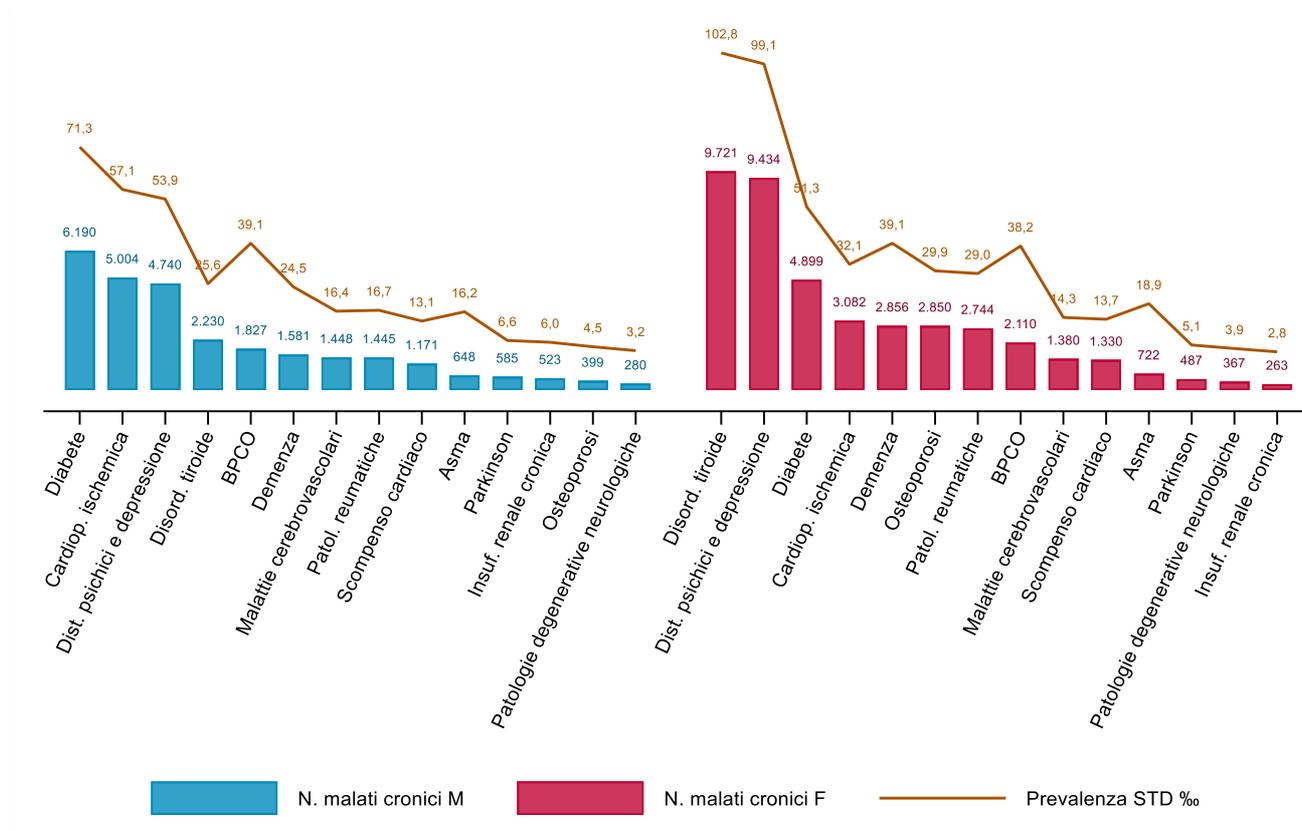
Per quanto riguarda la popolazione anziana, PASSI d'Argento stima che in provincia di Modena il 7,2% degli ultra 64enni presenti segni di fragilità e che il 13,4% abbia qualche forma di disabilità, percentuali in linea con quelle regionali. Al livello nazionale, invece, la prevalenza di fragilità tra gli ultra 64enni risulta statisticamente più alta (15,1%) rispetto al dato modenese di 7,2%, mentre la percentuale di disabilità al livello nazionale (14 %) è pressoché in linea con quella modenese.

Il 5,7% degli ultra 64enni manifesta problemi di vista (4,2% in regione e 8,7% in Italia), il 15,5% ha problemi di udito (11,4% in regione e 13,1% in Italia) ed il 5,2% presenta problemi di masticazione (3,7% in regione e 11,1% in Italia).

L'8,1% della popolazione ultra 64enne è a rischio di esclusione sociale, valore in linea con quello regionale (9,3%) e significativamente inferiore rispetto a quello nazionale (13,9%). Il rischio di isolamento sociale è più alto tra le persone con 75 e più anni, con bassa istruzione e difficoltà economiche. Tra gli ultra 64enni in buona salute, il rischio di isolamento sociale scende al 2,8%, ma sale in maniera statisticamente significativa nelle persone con fragilità (9,2%) e in quelle con disabilità (38,9%).

Dall'analisi delle banche dati sanitarie emerge che nel 2023 le patologie a maggior prevalenza sono i disturbi psichici e depressione, i disordini della tiroide, il diabete e la cardiopatia ischemica. Il seguente grafico mostra il numero di casi e la prevalenza standardizzata suddivisa per sesso.

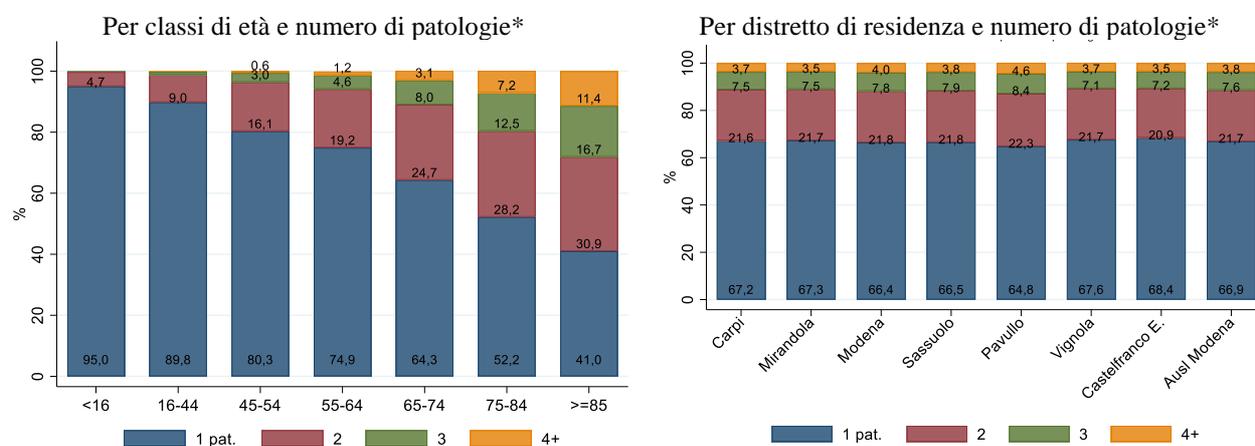
Figura 4 - Prevalenza di patologie croniche nei residenti in provincia di Modena distinta per: sesso, numero di casi, e tasso standardizzato (x1.000) – Anno 2023



Popolazione Standard: popolazione residente in Emilia-Romagna 2023 distinta per sesso

Una percentuale elevata di persone presenta più di una patologia. Nel 2023 il diabete risulta associato alla cardiopatia ischemica in 7.521 persone e ai disturbi psichici e depressione in 7.612 persone. La distribuzione del numero di patologie per classe di età evidenzia come al crescere dell'età aumenta la quota di popolazione affetta da più patologie.

Figura 5 - Distribuzione percentuale dei malati per numero di patologie croniche* nei residenti in provincia di Modena – Anno 2023



*Patologie analizzate: Scompenso cardiaco, Cardiopatia ischemica, BPCO, Asma, Diabete mellito, Insufficienza renale cronica, condizioni Reumatologiche, Osteoporosi, Morbo di Parkinson, Disturbi della tiroide, Disturbi psichici e depressione, Malattie cerebrovascolari, Patologie degenerative neurologiche, Demenza.

L'aumento della multicronicità è anche legato all'invecchiamento della popolazione e al miglioramento dell'assistenza sanitaria, che hanno contribuito ad allungare la speranza di vita sia della popolazione generale sia tra le persone affette da patologie croniche. Il contrasto alla multicronicità rappresenta quindi una delle sfide conseguenti all'invecchiamento della popolazione, che si deve porre anche obiettivi di equità, in quanto tale condizione è spesso associata a uno svantaggio economico sociale. È pertanto necessario implementare azioni a 360 gradi, dal contrasto dei fattori di rischio al sostegno delle varie forme assistenziali previsti dalle reti cliniche e dai Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), inclusi gli Hospice.

Nel territorio modenese, le principali cause di morte nel 2023 sono state le malattie del sistema circolatorio (2.324 decessi; 30,1%) ed i tumori (2.015 decessi; 26,1%). I decessi per disturbi psichici e comportamentali (settore nosologico che include le demenze) hanno rappresentato la terza causa di morte con il 9,3% (722 decessi); seguono le patologie dell'apparato respiratorio (568; 7,3%) e i decessi del sistema nervoso (459 decessi; 5,9%).

Tabella 1 - Numero di decessi, mortalità proporzionale (%), tasso grezzo e standardizzato* di mortalità (per 100.000 ab.) distinti per sesso e Settori nosologici. Ausl Modena - Anno 2023

Causa di morte	Maschi				Femmine				Totale			
	N. decessi	%	Tasso grezzo	Tasso standardizzato	N. decessi	%	Tasso grezzo	Tasso standardizzato	N. decessi	%	Tasso grezzo	Tasso standardizzato
Covid_19	73	2,0	20,9	23,8	59	1,5	16,4	12,1	132	1,7	18,6	16,9
Mal. Infettive	61	1,6	17,5	19,3	77	1,9	21,4	17,1	138	1,8	19,5	18,1
Tumori	1.061	28,5	303,8	326,0	954	23,8	265,5	222,7	2.015	26,1	284,4	266,3
Mal. Ematopoietiche e Sist. Immunitario	20	0,5	5,7	6,7	17	0,4	4,7	3,7	37	0,5	5,2	4,7
Mal. Endocrine, Nutrizionali, Metaboliche	169	4,5	48,4	52,9	146	3,6	40,6	31,9	315	4,1	44,5	41,1
Dist. Psicici e Comportamentali	257	6,9	73,6	85,7	465	11,6	129,4	95,5	722	9,3	101,9	92,2
Mal. Sist. Nervoso, Occhio, Orecchio	204	5,5	58,4	64,7	255	6,4	71,0	55,6	459	5,9	64,8	60,1
Mal. Sist. Circolatorio	1.076	28,9	308,1	345,4	1.248	31,1	347,3	258,9	2.324	30,1	328,0	298,4
Mal. Sist. Respiratorio	299	8,0	85,6	97,4	269	6,7	74,9	56,6	568	7,3	80,2	73,1
Mal. App. Digerente	131	3,5	37,5	40,9	160	4,0	44,5	34,7	291	3,8	41,1	38,0
Mal. Cute e Tessuto Sottocutaneo	14	0,4	4,0	4,4	21	0,5	5,8	4,3	35	0,5	4,9	4,5
Mal. Sist. Osteomuscolare	22	0,6	6,3	7,2	34	0,8	9,5	7,5	56	0,7	7,9	7,3
Mal. App. Genitourinario	90	2,4	25,8	29,5	108	2,7	30,1	22,1	198	2,6	27,9	25,4
Gravidanza, Parto, Puerperio	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Cond. Morbose Perinatale	3	0,1	0,9	1,1	3	0,1	0,8	1,0	6	0,1	0,8	1,1
Malf. Congenite	6	0,2	1,7	1,9	8	0,2	2,2	2,0	14	0,2	2,0	1,9
Malattie e Sintomi Mal Definite	19	0,5	5,4	6,1	35	0,9	9,7	6,9	54	0,7	7,6	6,8
Traumi e Avvelenamenti	177	4,8	50,7	53,1	130	3,2	36,2	29,0	307	4,0	43,3	40,3
Causa sconosciuta	36	1,0	10,3	10,8	22	0,5	6,1	5,4	58	0,8	8,2	8,1
Mortalità generale	3.718	100,0	1.064,6	1.176,8	4.011	100,0	1.116,2	867,3	7.729	100,0	1.090,8	1.004,5

Più in particolare, nel periodo 2019-2023, le principali cause di morte variano significativamente in base all'età. Nella fascia di età sotto i 45 anni, le prime cause di morte sono rappresentate dai tumori (26,6%) e dai traumi ed avvelenamenti (27,9%), di cui gli incidenti da traffico soli responsabili del 12% della mortalità in quella fascia di età. Nella classe intermedia (45-74 anni), i tumori sono responsabili di quasi la metà dei decessi (47,3%), seguiti dalle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (18,5%). Nella classe di età più anziana, prevalgono i decessi per malattie dell'apparato cardiocircolatorio (33,7%) e tumori (20,1%).

In provincia di Modena si ammalano di tumore maligno, in media oltre 4 mila persone all'anno (4.171 in media nel periodo 2019-2021). I dati del Registro Tumori regionale indicano un generale aumento del numero di nuovi casi (incidenza) a partire dal 1988, andamento che sembra interrompersi dal 2009, in modo più marcata tra gli uomini, sia in termini di frequenza assoluta sia di tasso standardizzato.

Nel triennio 2019-2021, le sedi tumorali più frequenti tra gli uomini sono la prostata, il polmone e il colon-retto; tra le donne la mammella, il colon-retto e il polmone. Complessivamente, sopravvive a cinque anni dalla diagnosi il 69% delle donne e il 62% degli uomini, con una tendenza all'aumento osservata tra il periodo 2000-2004 e quelli successivi.

Secondo gli ultimi dati disponibili a livello nazionale, la sopravvivenza in Emilia-Romagna e nella provincia di Modena risulta tra le migliori del Paese. A livello provinciale, le sedi con maggiore sopravvivenza - considerando i tumori più frequenti- sono la prostata e la vescica per gli uomini, la mammella e il corpo dell'utero per le donne. I tumori del pancreas, del fegato, dell'encefalo e del polmone si confermano invece a prognosi peggiore in entrambi i sessi, sebbene la sopravvivenza a 5 anni sia in crescita.

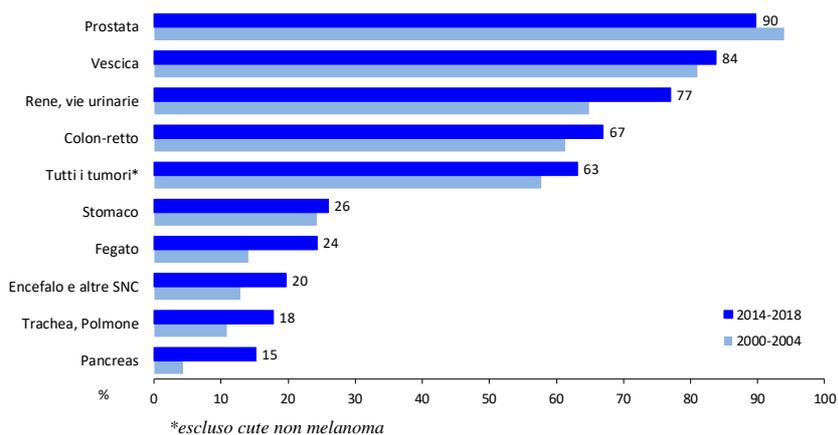
Figura 6 – Dati incidenza tumori e sopravvivenza a 5 anni da patologie oncologiche

Incidenza dei principali tumori nella Provincia di Modena, 2019-2021 – Maschi

Sede	N medio	Tasso standardizzato ^A x 100.000
Tutti i tumori (escluso cute non melanoma)	2.082	575,58
Prostata	358	108,72
Trachea e polmoni	276	76,24
Colon-retto	267	70,84
Vescica*	231	59,52
Tessuto Emolinfopoietico ^o	163	43
Melanoma cutaneo	114	35,52
Rene e vie urinarie	111	28,05
Stomaco	79	22,4
Pancreas	79	21,3
Fegato	75	18,3
Tiroide	50	12,61
Encefalo e altre SNC	40	11,57

^APopolazione standard: Europeo 2013 distinta per sesso
^oincluso vescica invasiva, in situ e a comportamento incerto
^oLinfoma non Hodgkin, Hodgkin, Leucemie e mieloma multiplo

Sopravvivenza a 5 anni delle patologie oncologiche per sesso. Provincia di Modena, 2000-2024 e 2014-2018 – Maschi

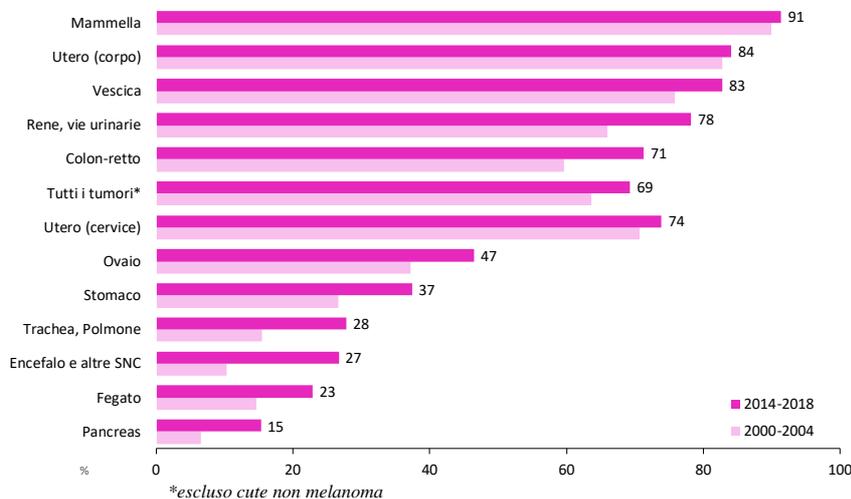


Incidenza dei principali tumori nella Provincia di Modena, 2019-2021 – Femmine

Sede	N medio	Tasso standardizzato ^A x 100.000
Tutti i tumori (escluso cute non melanoma)	2.089	496,45
Mammella	663	154,34
Colon-retto	230	51,48
Trachea e polmoni	163	39,77
Tessuto Emolinfopoietico ^o	144	31,56
Corpo dell'utero	118	28,87
Tiroide	116	33,51
Melanoma cutaneo	93	26,59
Pancreas	84	18,32
Vescica*	70	14,52
Stomaco	54	13,45
Rene e vie urinarie	48	12,7
Fegato	36	7,92
Encefalo e altre SNC	35	7,71
Cervice dell'utero	33	8

^APopolazione standard: Europeo 2013 distinta per sesso
^oLinfoma non Hodgkin, Hodgkin, Leucemie e mieloma multiplo
*incluso vescica invasiva, in situ e a comportamento incerto

Sopravvivenza a 5 anni delle patologie oncologiche per sesso. Provincia di Modena, 2000-2004 e 2014-2018 – Femmine



Tasso standardizzato di incidenza (per 100.000 ab.) di tutti i tumori
per distretto sanitario – Anni 2019-2021*

Distretti	Maschi	Femmine	Totale
Carpi	575,6	490,8	521,9
Mirandola	544,5	490,8	508,5
Castelfranco Emilia	585,6	493,0	532,3
Modena	568,0	472,8	510,5
Sassuolo	581,2	506,1	534,6
Vignola	559,2	495,7	518,2
Pavullo	482,3	458,1	466,7
Ausl Modena	563,1	487,6	516,5

*escluso cute non melanoma, e incluso vescica in situ e a comportamento incerto
Popolazione di riferimento: Popolazione europea 2013 distinta per sesso

Fonte: Registro dei tumori regionale

Per quanto riguarda le malattie infettive, nel 2024 sono stati segnalati 5.431 casi, un calo significativo rispetto ai 13.309 del 2023 dovuto alla diminuzione delle infezioni SARS Cov-2. Le malattie infettive maggiormente denunciate sono state le infezioni da virus e chlamydiae (complessivamente 2.056 casi), categoria che include principalmente le diagnosi di SARS Cov-2 e che nel 2023 contavano 11.321 casi. Seguono l'acariasi (779), le infezioni intestinali (594) e l'angina streptococcica e scarlattina (573). Da segnalare tra le più importanti nel 2024: 52 casi di tubercolosi e 17 di malaria (rispettivamente 28 e 24 nel 2023).

Nel 2024 sono stati notificati 37 nuovi casi di infezione da HIV, di cui 25 uomini e 12 donne, rispetto ai 42 casi del 2023 (35 uomini e 7 donne).

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 quali fumo, alcol, sedentarietà, cattiva alimentazione, eccesso ponderale. Il loro contrasto contribuisce a ridurre le disuguaglianze di salute, perché questi fattori di rischio sono spesso associati a bassa istruzione, basso reddito, e talvolta, alla cittadinanza non italiana.

Secondo i dati delle sorveglianze di popolazione, il fumo di sigaretta in Emilia-Romagna è già diffuso tra i giovanissimi: l'1% degli 11enni, il 6% dei 13enni e il 24% dei 15enni fuma sigarette (HBSC 2022). In provincia di Modena il 25% degli adulti tra 18 e 69 anni fuma sigarette, il 21% è un ex fumatore e il 54% non ha mai fumato. La percentuale provinciale di fumatori è simile a quella regionale (23%) e nazionale (24%). Fumano maggiormente gli uomini (30% contro il 20% delle donne), le persone con 18-34 anni (28%), quelle con bassa scolarità (32%) e con difficoltà economiche riferite (30%). L'abitudine tabagica si riduce, ma non si annulla, anche con l'avanzare dell'età: fuma l'8,4% delle persone con 70 anni e più; valore inferiore a quello regionale (10%) e a quello nazionale (9,2%).

In regione molti minorenni hanno già un rapporto problematico con l'alcol: il 2% degli undicenni, il 7% dei tredicenni e il 35% dei quindicenni si è ubriacato almeno una volta nella vita. Tra i quindicenni, il 40% dei ragazzi e il 43% delle ragazze ha riferito di aver consumato cinque o più bevande alcoliche in un'unica occasione (binge drinking) nell'ultimo anno (HBSC 2022).

Tra i 18-69enni, in provincia di Modena, il 24,4% consuma alcol in modo potenzialmente rischioso per la salute; il dato modenese è superiore a quello registrato a livello regionale (22,4%) e nazionale (17,8%). Tra gli ultra 69enni il 18,1% è un consumatore potenzialmente a rischio per la salute, valore più elevato a quello regionale (16,3%) e nazionale (15,2%).

Secondo i dati della sorveglianza OKkio alla Salute 2023, in provincia di Modena il 22% dei bambini di 8-9 anni è definibile come non fisicamente attivo, in quanto il giorno precedente la rilevazione non ha svolto attività motoria a scuola, attività sportiva strutturata e non ha giocato all'aperto nel pomeriggio. A livello regionale il 17% dei bambini risulta inattivo. Il 42% dei bambini modenesi pratica giochi di movimento per almeno un'ora da 5 a 7 giorni alla settimana; valore superiore rispetto a quello regionale (36%). Tra gli 11-15enni emiliano-romagnoli, circa il 7% dei maschi e il 4% delle femmine svolgono ogni giorno almeno 60 minuti di attività fisica, come raccomandato dalle linee guida internazionali (HBSC 2022).

Dalla sorveglianza PASSI emerge che il 54% degli adulti 18-69enni conduce uno stile di vita attivo, poiché pratica nel tempo libero attività fisica ai livelli raccomandati dall'OMS1 (49%) oppure svolge un'attività lavorativa pesante dal punto di vista fisico (10%). La percentuale di attivi è in linea con quella regionale (56%), ma superiore a quella nazionale (49%). Al contrario, il 15% è completamente sedentario, valore simile a quello regionale (16%) e significativamente inferiore a quello nazionale (27%).

Tra gli ultra 69enni modenesi, il 25% risulta essere fisicamente attivo secondo le raccomandazioni dell'OMS 20201, il 19% è parzialmente attivo dal punto di vista fisico, il 20% è sedentario, mentre il restante 27% è non deambulante. I valori provinciali degli inattivi sono simili a quelli regionali, ma inferiore a quelli nazionali.

In provincia di Modena poco meno di un terzo dei bambini di 8-9 anni è in eccesso ponderale (24%): il 17% è in sovrappeso e il 7% presenta obesità. La prevalenza provinciale di eccesso ponderale è inferiore a quella regionale (26%) e nazionale (29%) (OKkio alla salute 2023).

In Emilia-Romagna è in eccesso ponderale il 20% dei ragazzi con 11 anni, il 16% di quelli con 13 anni e il 17% di quelli con 15 anni, valori simili a quelli registrati a livello nazionale (HBSC 2022).

In provincia di Modena, tra le persone con 18-69 anni, il 43,5% è in eccesso ponderale (30,4% è in sovrappeso e 13,1% con obesità), mentre il 4,1% è in sottopeso. Questi valori sono superiori a quelli regionali e nazionali. Tra gli ultra 69enni, il 0,8% è in sottopeso, il 44,5% è normopeso, mentre il 54,7% è in eccesso ponderale (37,6% in sovrappeso e 17,1% presenta obesità); anche queste percentuali sono sovrapponibili a quelle regionali e nazionali.

Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro nella Provincia di Modena, nel 2023 si sono registrate 14.854 denunce e 8.286 riconoscimenti; un dato stabile rispetto all'anno precedente (15.189 infortuni denunciati e 8.645 riconosciuti). Nel quinquennio 2019-2023, si sono verificati 48 infortuni mortali, di cui il 54% è avvenuto sul luogo di lavoro e il 46% in itinere o su strada (Fonte OReIL).

Le malattie professionali denunciate sono state 766 nel 2023 contro le 607 nel 2022, registrando un incremento del 26%. Tuttavia, meno della metà di queste denunce è stata riconosciuta come malattia professionale: 39% nel 2023 (erano 48% nel 2022). Le patologie più denunciate sono a carico dell'apparato muscolo-scheletrico derivanti dal sovraccarico biomeccanico e che ammontano al 74% delle denunce, seguono le malattie del sistema nervoso (12%) e dell'orecchio (7%) (Fonte OReIL).

Per quanto riguarda l'incidentalità stradale, dopo un picco registrato nel 2000, si è assistito a una progressiva diminuzione del fenomeno. I valori degli incidenti e feriti risultano stabili rispetto al 2022; mentre si osserva un netto aumento delle vittime. Nel 2023, nella provincia di Modena si sono verificati 2.619 incidenti stradali (+0,2% rispetto all'anno precedente), che hanno provocato 3.425 feriti (+0,4%) e 51 decessi (+27,5%). Rispetto ai dati pre-pandemici del 2019, si osserva un miglioramento in termini di riduzione: -10,5% incidenti stradali rispetto al 2019, -2,2% feriti e -10,5% morti.

¹ Attività fisica nel tempo libero raccomandata dall'OMS 2020 agli adulti di 18-64 anni e agli ultra 64enni: attività aerobica moderata di almeno 150 minuti oppure intensa di almeno 75 minuti alla settimana; le attività moderate e intense possono essere combinate

Analizzando i comportamenti, il 3,4% dei 18-69enni ha guidato almeno una volta sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'intervista. Tale percentuale è simile al valore regionale (3,1%) e nazionale (3%). Il 100% degli intervistati ha riportato di usare sempre il casco quando va in motocicletta, scooter o motorino e il 50% allaccia sempre la cintura posteriore, valori sovrapponibile a quelli regionali e significativamente superiori rispetto a quelli nazionali.

Dall'analisi degli infortuni domestici emerge che nel quinquennio 2018-2022, in provincia di Modena, si sono verificati in media circa 98 decessi all'anno in seguito a cadute in casa, provocando il più delle volte traumi cranici e fratture del femore.

Secondo PASSI 2023-2024 il 3,2% dei 18-69enni ha riferito nell'ultimo anno un infortunio domestico per il quale ha dovuto ricorrere a cure sanitarie (2,4% a livello regionale e 2,7% a livello nazionale). Secondo PASSI d'Argento 2022-2024, in provincia il 6,6% della popolazione ultra 64enne è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista; la percentuale cresce con l'età, raggiungendo il 12,6% tra gli ultra 84enni, valore superiore rispetto a quello regionale (6%) e nazionale (9,2%). Considerando l'ultimo anno, il 25,4% degli ultra 64enni è caduto almeno una volta; di questi, il 19,2% ha riferito di essere stato ricoverato in ospedale. Il 18,5% ha riportato fratture in seguito alla caduta, percentuale più elevata tra le donne (22,1%). In particolare il 4,2% si è rotto il femore.

1.4 I dati di attività

La rete ospedaliera provinciale integrata

Dotazione letti

La dotazione di posti letto ospedalieri della provincia di Modena, (vd. tabella seguente), ovvero 2.498, di cui 663 (27%) a gestione diretta, 246 (10%) in capo alla Sassuolo spa, 1.156 (47%) afferenti all'AOU e 435 (17%) al Privato, è 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 3,50 letti per 1.000 abitanti di cui 0,6 per postacuzie.

Tabella 2 – Posti Letto Pubblici e Privati Accreditati in Provincia di Modena – Anno 2024

Stabilimento	Acuta	Post acuta	TOTALE		
Policlinico	604	26	630	1.154	46%
OCB (Baggiovara)	425	99	524		
NOS (Sassuolo SpA)	218	28	246	246	10%
CARPI	265	20	285	663	27%
MIRANDOLA	114	32	146		
PAVULLO	92	35	127		
VIGNOLA	83	22	105		
VILLA IGEA	91	69	160	435	17%
VILLA ROSA	23	7	30		
HESPERIA	92	4	96		
FOGLIANI	35	15	50		
VILLA PINETA	14	85	99		
TOTALE	2.056	442	2.498	2.498	100%
Tasso x 1.000 ab	2,91	0,63	3,53		

Il numero provinciale di posti letto ospedalieri, pari a 2.498, con una dotazione di 3,53 posti x 1000 abitanti.

In un'ottica di sistema unico, gli indirizzi strategici volti a fronteggiare le urgenze non procrastinabili e il recupero delle liste di attesa, sono perseguiti sia direttamente attraverso gli ospedali in capo all'Azienda USL, ovvero gli ospedali di Carpi, Mirandola, Pavullo e Vignola, sia attraverso l'indirizzo e la 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. Nel rispetto delle competenze presenti, le missioni produttive di tutti gli Ospedali sono, infatti, state orientate a garantire le attività secondo le nuove esigenze ovvero accesso prioritario alla chirurgia oncologica, recupero delle liste d'attesa, utilizzo condiviso delle piattaforme in funzione della numerosità dei pazienti in lista, utilizzo dei letti di lungodegenza per detendere la pressione sui reparti per acuti e consentire un maggiore turnover. Le maggiori disponibilità di letti sono state messe a disposizione dell'attività chirurgica (programmata e urgente) e delle emergenze-urgenze di area internistica.

Il tasso di ospedalizzazione (ovvero il ricorso al ricovero ospedaliero della popolazione modenese ovunque sia avvenuto il ricovero e pertanto anche fuori provincia e regione) standardizzato per sesso ed età è pari al 129,6 per 1000 abitanti e risulta sostanzialmente in linea con la media regionale di 128,3 per mille abitanti. L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture presenti sul territorio provinciale è pari al 92,1%, l'indice misura la capacità delle strutture modenesi di farsi carico dei bisogni di ricovero della popolazione di riferimento ed è superiore alla media regionale di 90.6% attestando la buona risposta data dal nostro sistema (autosufficienza).

Offerta Rete territoriale L'assetto organizzativo dell'assistenza sanitaria primaria è orientato a conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con le migliori evidenze scientifiche e prevede una organizzazione dell'offerta articolata in diverse aree di assistenza territoriale:

- cure primarie e assistenza di base attraverso la rete dei medici di medicina generale, e pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale (ex guardia medica);
- assistenza domiciliare;
- assistenza agli anziani, ai disabili e alle persone a rischio di perdita dell'autosufficienza;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- consultori familiari e spazi giovani;
- cure odontoiatriche;
- disturbi cognitivi e demenze;
- diabetologia;
- erogazione di protesi e ausili e attività amministrative a supporto dell'assistenza;
- pediatrie di comunità;
- psicologia clinica e di comunità;
- rete locale di cure palliative;
- medicina penitenziaria.

In accordo con le indicazioni del DM 77/22, l'assistenza territoriale modenese si sta orientando ad un nuovo modello organizzativo volta a garantire una sanità più vicina alle persone e orientata al superamento delle disuguaglianze alla risposta alla cronicità e alla presa in carico della fragilità anche con interventi proattivi sulla salute della popolazione (medicina di iniziativa).

Relativamente alle cure primarie, l'Azienda garantisce tramite i propri Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) l'assistenza ad una popolazione complessiva di circa 690.000 assistibili: i 434 MMG assistono complessivamente una popolazione di quasi 604.435 unità e i 92 Pediatri di libera scelta assistono complessivamente una popolazione di circa 79.730 unità.

Preme evidenziare come nel corso del 2024 è proseguito lo sviluppo dell'Associazione medico con particolare riferimento alle Medicine di Gruppo che hanno mostrato un ulteriore incremento, passando dal 59,03% del 2023 al 65,67% nell'anno 2024.

Nel corso del 2024 è proseguito lo sviluppo dell'associazione medico con particolare riferimento alle Medicine di Gruppo che hanno mostrato un ulteriore incremento, passando dal 59,03% del 2023 al 65,67% nell'anno 2024.

Produzione strutture AUSL di Modena

La tabella a seguire evidenzia come i volumi di ricovero 2024 non siano ancora tornati ai livelli del 2019, tuttavia hanno superato del 1% il numero di ricoveri del 2023 (+337 casi). I 724 ricoveri chirurgici in più in regime ordinario (+6%) e i 336 day surgery (+5%) rispetto all'anno precedente testimoniano l'impegno volto al recupero dei pazienti in lista chirurgica che non erano stati operati a causa della pandemia.

Tabella 2 - Ricoveri per DRG AUSL Modena – Anni 2019/2024

Dimessi Ospedali AUSL + NOS											
Regime	Tipo	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Diff. 2024-2019		Diff. 2024-2023	
DO	C	11.656	8.646	9.996	10.408	11.437	12.161	505	4%	724	6%
	M	25.045	20.998	21.794	21.837	21.831	21.444	-3.601	-14%	-387	-2%
	Totale	36.701	29.644	31.790	32.245	33.268	33.605	-3.096	-8%	337	1%
DH	C	6.534	4.624	5.286	6.523	6.832	7.168	634	10%	336	5%
	M	1524	1197	1540	1453	1478	1510	-14	-1%	32	2%
	Totale	8.058	5.821	6.826	7.976	8.310	8.678	620	8%	368	4%
Totale		44.759	35.465	38.616	40.221	41.578	42.283	-2.476	-6%	705	2%

Nel complesso, se messa a confronto con l'anno 2019, l'attività di ricovero (area medica e chirurgica) ha registrato una flessione complessiva del 7% (sia in regime di ricovero ordinario che in regime diurno). Questa flessione è in parte legata al miglioramento dell'appropriatezza del setting di erogazione delle prestazioni, con trasformazione di ricoveri in prestazioni ambulatoriali (maggiore appropriatezza organizzativa). Come richiamato, rispetto all'anno precedente si registra un incremento dei DRG chirurgici e una rilevante diminuzione dei ricoveri medici, (soprattutto brevi).

Si sottolinea ancora una volta l'orientamento dell'offerta in ottica di sistema provinciale che, grazie ad una continua ed integrata modulazione della programmazione delle attività, ha permesso di garantire, negli ospedali a minore service mix, anche le attività chirurgiche in favore dell'intera rete, consentendo alle strutture gravate di maggiori liste d'attesa di poter smaltire le stesse con accessi a piattaforme delle strutture del territorio (SO e radiologie), e questo, a favore della prossimità dell'offerta.

Le tabelle che seguono mettono a confronto il recupero degli interventi chirurgici "scaduti" nel 2023, in linea con gli obiettivi della programmazione regionale che prevedeva un target di recupero della casistica 2023 pari all' 80%.

Tabella 3 - AUSL di Modena interventi chirurgici dei pazienti “scaduti” entro il 31 dicembre 2023

Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12/2023

AZIENDA	POSIZIONI SCADUTE	POSIZIONI SCADUTE	% RECUPERATE AL 02/01/2025 (TARGET 2024: 80%)
	ENTRO IL 31/12/2023 IN LISTA AL 01/01/2024	ENTRO IL 31/12/2023 IN LISTA AL 02/01/2025	
AUSL Piacenza	3.013	221	93%
AUSL Parma	3.419	232	93%
AUSL Reggio Emilia	6.190	1.152	81%
AUSL Modena	5.174	974	81%
AUSL Bologna	9.189	1.478	84%
AUSL Imola	649	90	86%
AUSL Ferrara	1.325	173	87%
AUSL Romagna	9.269	1.642	82%
AOSPU Parma	2.662	843	68%
AOSPU Modena	5.167	1.087	79%
IRCCS S. Orsola	8.315	2.618	69%
AOSPU Ferrara	1.572	472	70%
I.O.R.	12.338	5.255	57%
Totale	68.282	16.237	76%

Tabella 4 - AUSL di Modena interventi chirurgici erogati entro i tempi per gli interventi monitorati – Anno 2024

% erogato entro i tempi per gli interventi monitorati

AZIENDA	ONCOLOGICI (TARGET 2024: 90%)	PROTESI D'ANCA (TARGET 2024: 85%)	CARDIOLOGIA E CHIRURGIA VASCOLARE (TARGET 2024: 90%)	CHIRURGIA GENERALE (TARGET 2024: 75%)	TOTALE MONITORATI (TARGET 2024: 80%)
AUSL Piacenza	98%	51%	98%	40%	72%
AUSL Parma	88%	79%	NV	75%	77%
AUSL Reggio Emilia	78%	79%	86%	49%	68%
AUSL Modena	80%	83%	94%	39%	73%
AUSL Bologna	71%	97%	82%	42%	77%
AUSL Imola	87%	96%	99%	94%	94%
AUSL Ferrara	67%	91%	99%	77%	83%
AUSL Romagna	92%	91%	92%	77%	87%
AOSPU Parma	71%	15%	67%	39%	61%
AOSPU Modena	91%	58%	92%	39%	74%
IRCCS S. Orsola	75%	78%	61%	54%	65%
AOSPU Ferrara	88%	86%	96%	56%	82%
I.O.R.	97%	36%	NV	NV	37%
Totale	83%	81%	87%	60%	76%

L'analisi dell'erogato entro i tempi è fortemente condizionata anche dalla messa a disposizione dell'AOU e di Sassuolo di importanti spazi (sale operatorie e letti), questo vale per la protesica ortopedica e per la chirurgia generale. Il dato relativo alla chirurgia oncologica, pur in linea con la Regione, è condizionato dalla chirurgia prostatica e tiroidea alle quali i sistemi di calcolo assegnano gli stessi attesi delle altre patologie oncologiche anche in presenza di una storia naturale che può essere del tutto differente.

Tabella 5 - AUSL di Modena percentuale arruolamento pazienti in lista per interventi chirurgici – Ano 2024

Variazione % dell'arruolamento in lista

AZIENDA	ENTRATE IN LISTA DAL 01/01/2024 AL 02/01/2025	USCITE ^(*) DALLA LISTA DAL 01/01/2024 AL 02/01/2025	ENTRATE - USCITE	VARIAZIONE % ARRUOLAMENTO (TARGET 2024: ≤1%)
AUSL Piacenza	14.666	14.940	-274	-1,9%
AUSL Parma	18.248	18.818	-570	-3,1%
AUSL Reggio Emilia	29.867	30.623	-756	-2,5%
AUSL Modena	25.344	22.613	2.731	10,8%
AUSL Bologna	47.535	44.953	2.582	5,4%
AUSL Imola	4.742	4.449	293	6,2%
AUSL Ferrara	7.012	6.998	14	0,2%
AUSL Romagna	90.824	88.851	1.973	2,2%
AOSPU Parma	13.622	12.065	1.557	11,4%
AOSPU Modena	21.115	20.074	1.041	4,9%
IRCCS S. Orsola	26.930	26.509	421	1,6%
AOSPU Ferrara	11.411	10.529	882	7,7%
I.O.R.	24.152	21.417	2.735	11,3%
Totale	335.468	322.839	12.629	3,8%

(*) Ricoveri+trasferimenti+rimozioni

Il dato relativo gli arruolamenti in lista vede l'Azienda territoriale con una percentuale oltre il target.

Indicatori performance

Passando agli ambiti di efficienza/efficacia, si riportano a seguire gli indicatori che risultano maggiormente significativi per attestare la qualità dell'attività garantita dal Presidio ospedaliero dell'Azienda USL di Modena.

I volumi assoluti dei ricoveri potenzialmente inappropriati hanno registrato una riduzione nel corso del periodo Covid ed una successiva ripresa. I valori 2024, negli stabilimenti del Presidio USL e nell'Ospedale di Sassuolo, risultano diminuiti (-834 casi) rispetto al 2019 (vd tabella sotto). Preme al proposito evidenziare che il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati ed i restanti DRG risulta pari a 0,13, inferiore al target regionale atteso (0,15). Il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri è uno specifico obiettivo definito negli accordi di fornitura.

DRG Potenzialmente inappropriati e rapporto con DRG non potenzialmente inappropriati del presidio unico dell'Ausl di Modena e Ospedale di Sassuolo:

Tabella 6 - DRG Potenzialmente inappropriati e rapporto con DRG non potenzialmente inappropriati del presidio unico dell'Ausl di Modena e Ospedale di Sassuolo

	2019		2020		2021		2022		2023		2024		Diff PI	
	DRG PI	Rappor to	2024-2019	2024-2023										
Totale USL MODENA	4.362	0,13	2.813	0,10	2.938	0,10	3.322	0,11	3.434	0,12	3.528	0,13	-834	94

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, si è ulteriormente leggermente ridotto, raggiungendo 0,93; tale valore risulta migliore rispetto all'atteso regionale di 1, pur con differenze

significative tra i singoli stabilimenti e tra le singole U.O.; in generale risultano più performanti le equipe mediche rispetto a quelle di area chirurgica.

Tabella 7 - Indice Comparativo di Performance Presidio Ospedaliero di Modena e Ospedale di Sassuolo

ICP anno 2019 vs 2020 vs 2021 vs 2022 vs 2023 vs 2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Presidio Provinciale	0,97	0,97	0,96	0,95	0,96	0,96
NOS	0,85	0,84	0,88	0,92	0,97	0,95
Totale AUSL MODENA	0,93	0,92	0,92	0,93	0,94	0,93

Come più volte sottolineato i reparti medici si caratterizzano di norma per ICP inferiori a 1, mentre i reparti chirurgici risultano superiori a 1: implementazione dei percorsi di prericovero, il contenimento dei ricoveri anticipati per chirurgia programmata, l'ottimizzazione del percorso diagnostico intraospedaliero (consulenza e tempi di risposta delle diagnostiche strumentali), la facilitazione delle dimissioni protette (anche con la piena operatività delle Centrali operative territoriali e dei percorsi assistenziali sottesi), sono gli elementi organizzativo/gestionali sui quali lavorare alla scopo di migliorare questa performance.

La tabella a seguire riporta l'andamento del peso medio dei DRG rimasto stabile tra 0.8 e 0.9; il valore è stazionario grazie al corretto trasferimento dell'attività al setting più appropriato (riconduzione al regime ambulatoriale dell'attività di piccola chirurgia prima eseguita in regime di Day surgery o ordinario).

Tabella 8 - Peso medio DRG – Anni 2019/2024

Peso medio anno 2019 vs 2020 vs 2021 vs 2022 vs 2023 vs 2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Presidio Provinciale	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
NOS	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8
Totale USL MODENA	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9

Indicatori a misura della qualità del percorso chirurgico

Gli indicatori del percorso frattura femore attestano la revisione delle afferenze dei pazienti; i volumi 2023 rispecchiano dunque il potenziale della struttura commisurato all'utenza di riferimento, con livelli prestazionali tutti superiori allo standard (> 75 casi /anno) del DM 70/15, ed in incremento nel tempo.

Tabella 9 - Volumi per Frattura di femore (> 75a) (std >75) – Anni 2019/2024

	Anno 2019	Anno 2023	Anno 2024
OSP CARPI	225	208	217
OSP MIRANDOLA	86	121	144
OSP PAVULLO	57	81	90
OSP VIGNOLA	94	118	114
OSP SASSUOLO	150	151	139
OSP BAGGIOVARA	391	447	407
OSP POLICLINICO	136	64	86

Rimane costante, rispetto all'anno precedente, la percentuale di casi operati entro le 48 ore che è passata (per l'azienda USL, Sassuolo compreso) da 51,7 casi nel 2023 al 52 nel 2024. Il reperimento di alcuni professionisti (ad es. anestesisti) ha permesso di risolvere parzialmente la cronica indisponibilità di queste figure e la riorganizzazione dell'offerta di sale operatorie (ridistribuzione slot tra discipline in funzione dei volumi di attività programmata e urgente, revisione delle presenze di figure infermieristiche in funzione della complessità di intervento, attivazione di maggior numero di slot per urgenza), hanno consentito l'ampliamento degli spazi per le urgenze ai quali ricondurre la casistica delle fratture di femore del paziente anziano, con possibilità di migliorare la performance aziendale a avvicinarsi al target dell'80% richiesto dallo standard regionale.

Tabella 10 - Interventi per frattura del collo del femore – Intervento entro 48h dall'ammissione a soggetti con età >=65anni (target >=80%) – Anni 2019/2024 (std >80 %)

	Anno 2019	Anno 2023	Anno 2024
OSP CARPI	69.5%	45.0%	43.0%
OSP MIRANDOLA	64.6%	49.1%	55.6%
OSP PAVULLO	68.6%	64.5%	58.0%
OSP VIGNOLA	79.5%	55.9%	55.4%
OSP SASSUOLO	69.1%	54.0%	55.0%
OSP BAGGIOVARA	70.5%	58.0%	58.3%
OSP POLICLINICO	44.0%	53.9%	71.7%
AUSL MODENA	70.0%	51.7%	52.0%
AOU MODENA	63.3%	57.6%	60.0%

La revisione dell'utilizzo delle sale operatorie per il recupero dell'attività programmata ha fatto sì che la performance sull'intervento di colecistectomia, abbia superato ovunque il cut-off di 100 con incrementi rispetto all'anno precedente.

Tabella 11 - Interventi di colecistectomia (target 100 casi/anno per stabilimento) – Anni 2019/2024

	Anno 2019	Anno 2023	Anno 2024
OSP CARPI	184	133	136
OSP MIRANDOLA	136	155	167
OSP PAVULLO	86	104	114
OSP VIGNOLA	103	134	115
OSP SASSUOLO	303	283	307
OSP BAGGIOVARA	281	256	274
OSP POLICLINICO	241	393	375

Il target del 90% dei casi con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni è perseguito con difficoltà, ciò anche a causa di una casistica che spesso accede in regime di urgenza e che pertanto comporta “per complessità” un allungamento dei tempi della degenza. Per tale motivo le performance più critiche sono quelle degli ospedali con maggior casistica urgente

Tabella 12 - Interventi di colecistectomia laparoscopica degenza post-operatoria <3 giorni – target>=90% – Anni 2019/2024 (target >=90%)

	Anno 2019	Anno 2023	Anno 2024
OSP CARPI	80.1%	63.5%	78.4%
OSP MIRANDOLA	82.4%	88.9%	94.1%
OSP PAVULLO	97.2%	98.9%	98.0%
OSP VIGNOLA	94.5%	96.8%	98.1%
OSP SASSUOLO	74.2%	75.5%	76.6%
OSP BAGGIOVARA	73.7%	78.4%	79.9%
OSP POLICLINICO	85.3%	86.4%	88.3%
AUSL MODENA	86.8%	82.9%	86.3%
AOU MODENA	79.1%	83.2%	84.9%

Buona la performance di recupero della casistica chirurgica SIGLA accumulata a causa della pandemia, di norma con recuperi superiori al target richiesto dalla Regione.

Equipe in rete e condivisione piattaforme (chirurgiche e radiologiche)

La rimodulazione fino talora alla sospensione dell’attività chirurgica programmata, imposta dalla pandemia, ha comportato la riduzione della capacità produttiva del Presidio e dell’Ospedale di Sassuolo, in parte ripresa nell’anno 2023 e ulteriormente incrementata nel corso del 2024 anche ricorrendo all’utilizzo congiunto delle piattaforme chirurgiche soprattutto dell’AUSL, da parte dei chirurghi delle diverse Aziende Pubbliche.

Nel 2024 è stato presentato in regione il progetto di potenziamento delle attività chirurgiche che si è concretizzato attraverso il potenziamento del personale di sala operatoria e il superamento delle liste di attesa per stabilimento. Nell’ambito delle sinergie di rete poste in essere a livello provinciale, l’AOU e l’AUSL di Modena hanno implementato il modello di presa in carico che ha trasferito sugli ospedali distrettuali, il trattamento chirurgico delle patologie ad alta prevalenza e bassa complessità. Questa organizzazione ha consentito il trattamento dei casi complessi presso l’AOU, centro Hub della rete ospedaliera modenese. L’ambito territoriale individuato per questo percorso organizzativo è prevalentemente l’Area Sud, ospedali di Vignola e Pavullo che ospitano in modo permanente le equipe dell’Ospedale di Sassuolo e in modo progressivamente crescente quelle dell’AOU; anche in area nord, comunque, sono attive modalità di condivisione delle piattaforme su base sovra-distrettuale.

Inoltre, recentemente la Regione ha autorizzato la struttura di Castelfranco all'erogazione di interventi ambulatoriali 'H' (es tunnel carpale, dito a scatto, ernie) questo ha permesso di ampliare l'offerta di sale operatorie e potrà consentire di ridurre ulteriormente i volumi di pazienti in attesa. Castelfranco ha potuto incrementare in modo rilevante i volumi di chirurgia ambulatoriale, ospitando equipe dell'Azienda provinciale ma anche dell'AOU. In particolare, la piattaforma chirurgica di Castelfranco ha supportato e vicariato gli Ospedali di Carpi e Mirandola per la gestione di interventi chirurgici ambulatoriali ed ha incrementato molto la capacità di rispondere alle esigenze dei residenti nel distretto.

La tabella a seguire evidenzia il progressivo e continuo incremento di attività registrato negli ultimi anni, si noti come il fenomeno interessi, positivamente, tutte le nostre strutture.

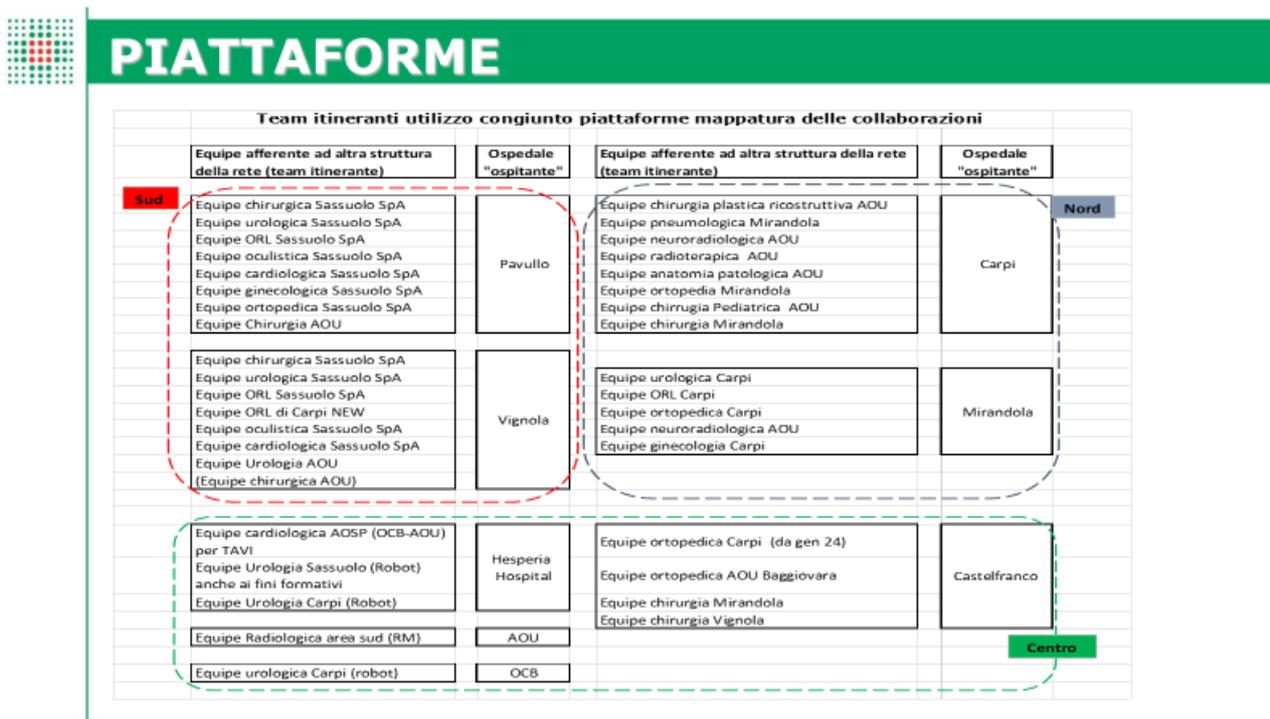
Tabella 13 – Produzione Chirurgica Provincia di Modena – Anno 2024

Periodo	OSP CARPI	OSP MIRANDOLA	OSP PAVULLO	OSP VIGNOLA	OSP SASSUOLO	OSP BAGGIOVARA	OSP POLICLINICO	PROV MO
Anno 2019	4.774	2.013	951	1.810	8.642	8.598	16.891	43.679
Anno 2023	4.322	2.181	1.126	1.772	8.868	9.225	15.889	43.383
Anno 2024	4.843	2.277	1.140	1.919	8.940	9.236	15.283	43.638
Variatione ASSOLUTA 2024 vs 2019	+69	+264	+189	+109	+298	+638	-1.608	-41
Variatione PERCENTUALE 2024 vs 2019	+1.4%	+13.1%	+19.9%	+6.0%	+3.4%	+7.4%	-9.5%	-0.1%
Variatione ASSOLUTA 2024 vs 2023	+521	+96	+14	+147	+72	+11	-606	+255
Variatione PERCENTUALE 2024 vs 2023	+12.1%	+4.4%	+1.2%	+8.3%	+0.8%	+0.1%	-3.8%	+0.6%

% PRODUZIONE 2024 VS 2019	101.4%	113.1%	119.9%	106.0%	103.4%	107.4%	90.5%	99.9%
	105.1%					96.2%		
% PRODUZIONE 2024 VS 2023	112.1%	104.4%	101.2%	108.3%	100.8%	100.1%	96.2%	100.6%
	104.7%					97.6%		

A Modena sono particolarmente sviluppate le collaborazioni interaziendali in ambito di utilizzo condiviso delle piattaforme chirurgiche, attivando sedute di Urologia per pazienti in lista AOU presso lo stabilimento di Vignola, sedute di Ortopedia per pazienti in lista a Sassuolo presso lo stabilimento di Pavullo, sedute di Chirurgia Pediatrica per pazienti in lista AOU presso lo stabilimento di Carpi, coniugando la necessità di disporre di sedute aggiuntive per sostenere la gestione dei pazienti in attesa da più tempo con la delocalizzazione negli ospedali territoriali della patologia di media e bassa complessità ed alti volumi, e favorendo la prossimità al domicilio del paziente.

Figura 7 – Team itineranti condivise tra Azienda USL di Modena e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena.



Con particolare impegno di tutte le equipe professionali, che hanno operato nelle piattaforme provinciali secondo logiche di numerosità della casistica e di complessità assistenziale, sono stati conseguiti gli obiettivi regionali sulla gestione dei pazienti in attesa di intervento chirurgico scaduti al 31-12-2023 (obiettivo target 80%, raggiunto l'81% considerando la media con Sassuolo, riferendosi agli ospedali AUSL l'obiettivo raggiunto è 95%). In continuità a quanto attuato nel 2023, anche per il 2024 sugli stabilimenti di Mirandola, Vignola e Pavullo le ottime performance complessive hanno consentito di supportare in misura importante gli ospedali con maggiore numerosità di pazienti scaduti, ospitando sia equipe chirurgiche aziendali (Carpi e Sassuolo) che provinciali (Policlinico).

La performance relativa alle classi A oncologiche, gestite nell'ospedale di Carpi e Sassuolo, ha raggiunto la percentuale dell'80% a fronte di un obiettivo del 90%. Le principali difficoltà nel conseguimento della performance attesa hanno riguardato la non sufficiente disponibilità di sedute robotiche e la mancata corretta attribuzione della fascia di priorità per gli interventi di tiroide e prostata.

Con la collaborazione della Direzione assistenziale sono state analizzate e rimodulate le sedute operatorie nei comparti provinciali, ottenendo aree di efficientamento che hanno consentito di attivare turni pomeridiani per supportare le urgenze oppure sedute incrementali al sabato mattina, in via sperimentale.

Sono stati garantiti incontri periodici della cabina di regia provinciale sulle attività chirurgiche con l'obiettivo di confrontare tipologie e volumi delle liste di attesa, modulare le assegnazioni di sedute a favore delle unità operative e aziende con maggiori liste di attesa, omogeneizzare le modalità organizzative ed i regimi di erogazione delle prestazioni sulle diverse sedi ospedaliere.

In collaborazione con il servizio ICT e con il servizio Flussi Informativi e BI è garantito il monitoraggio dei tracciati per migliorare la coerenza dei flussi informativi da e verso la Regione, nell'ottica di ottenere la massima corrispondenza dei dati (flusso SIGLA) e di incrementare la tracciabilità secondo indirizzi comuni (codice procedura ICD9CM). Il target di copertura SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati è dell'80%, complessivamente l'AUSL ha raggiunto il 76% ma tale valore comprende i privati accreditati che hanno performance basse.

Per quanto riguarda gli obiettivi relativi ai percorsi di outpatient e l'aumento dei casi che non necessitano di ricovero ospedaliero a sostegno delle procedure chirurgiche, si riportano i dati registrati a consuntivo 2024 con i relativi target di riferimento:

Tabella 14 - Percorso Chirurgico – Anno 2024

	Target 2024	AUSL MODENA
Percorso Chirurgico		
% di riparazione ernia inguinale eseguite in regime ambulatoriale	>25%	42.2%
% di stripping di vene eseguiti in regime ambulatoriale	>10%	89.6%

Emergenza Urgenza Ospedaliera

Nell'ambito della riorganizzazione dell'Emergenza Urgenza (DGR n° 939/23 e n° 1206/23) è stata avviata la realizzazione della rete CAU, le strutture territoriali in capo alla rete assistenziale delle cure primarie destinate alla gestione delle urgenze a bassa complessità clinico assistenziale chiamate a garantire, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso, secondo percorsi diagnostico terapeutici definiti (percorso cardiologico, ortopedico, chirurgico, oculistico etc.).

I CAU si caratterizzano per una dotazione di personale medico ed infermieristico dedicati. L'orario di apertura è previsto h 24 (h16 accesso diretto + h 8 accesso mediato telefonicamente) e saranno dotati di capacità diagnostica grazie alle dotazioni di apparecchi di imaging (RX osseo, torace, addome), POCT, ECG, ECO "pocus". Conteranno sul supporto specialistico (anche con telemedicina) ed accoglieranno pazienti con problemi urgenti a bassa complessità. Avranno come riferimento un Ospedale Polispecialistico o distrettuale, con garanzia di accessibilità e tempestività di cure e continuità dei percorsi assistenziali.

La prima fase di programmazione, con le previsioni in termini di strutture da realizzare sul territorio, è stata formalizzata nel corso della CTSS del 29 agosto 2023 u.s. ed inoltrata in Regione il 15 settembre.

Nel 2024 sono stati avviati i seguenti CAU: Carpi, Modena e Fanano. Il 3° ed ultimo step prevedrà l'implementazione dei CAU di Vignola, di un secondo CAU Modena e Sassuolo.

Tabella 15 - CAU - Distribuzione accessi – Anno 2024

CAU DI ACCESSO	DATA APERTURA	ACCESSI	ACCESSI MEDI GIORNALIERI
CAU DI CARPI	10-apr-24	14.232	54
CAU DI FINALE EMILIA	18-dic-23	7.953	22
CAU DI MODENA	10-apr-24	14.735	56
CAU DI FANANO	29-gen-24	3.071	9
CAU DI CASTELFRANCO	11-dic-23	13.435	37
TOTALE		53.426	177

Assistenza territoriale

Relativamente alla medicina generale, 436 MMG assistono, complessivamente, una popolazione di quasi 604.435 unità e 93 Pediatri di libera scelta assistono complessivamente una popolazione di circa 79.730 unità.

Medici di Medicina Generale.

Nel corso del 2024 è proseguito lo sviluppo dell'associazionismo medico con particolare riferimento alle Medicine di Gruppo che hanno mostrato un ulteriore incremento, passando dal 59,03% del 2023 al 65,67% nell'anno 2024.

Tabella 16 - Rapporto Reti su Gruppi Medici– Anni 2022/2024

Associazione Medico					
anno 2022		anno 2023		Anno 2024	
reti	37,13%	reti	29,75%	reti	26,04%
gruppi	55,13%	gruppi	59,03%	gruppi	65,67%

Le tabelle seguenti riportano l'evoluzione della distribuzione dei MMG per Nuclei di Cure Primarie e forme associative. Nell'anno 2024 si registra la diminuzione del numero di medici non associati, passati da 49 nel 2023 a 36 nel 2024 e la contestuale adesione alla forma associativa di gruppo.

Tabella 17 - Gruppi e Reti MMG per Distretto – Anni 2022/2024

Anno 2022		NCP		Gruppo	Rete	non associati
Distretto	MMG	NCP	media MMG x NCP	n° MMG	n° MMG	n° MMG
Carpi	66	8	8,25	57	7	2
Mirandola	53	5	10,60	27	25	1
Modena	116	7	16,57	70	36	10
Sassuolo	76	7	10,86	32	40	4
Pavullo	23	4	5,75	8	9	6
Vignola	60	3	20,00	31	22	7
Castelfranco E.	45	2	22,50	17	24	4
Totale	439	36	12,19	242	163	34

anno 2023		NCP		Gruppo	Rete	non associati
Distretto	MMG	NCP	media MMG x NCP	n° MMG	n° MMG	n° MMG
Carpi	66	8	8,25	55	5	6
Mirandola	52	5	10,40	28	23	1
Modena	118	7	16,85	72	29	17
Sassuolo	76	7	10,86	36	35	5
Pavullo	23	4	5,75	15	4	4
Vignola	57	3	19,00	31	19	7
Castelfranco E.	45	2	22,50	21	15	9
Totale	437	36	12,14	258	130	49

anno 2024		NCP		Gruppo	Rete	non associati
Distretto	MMG	NCP	media MMG x NCP	n° MMG	n° MMG	n° MMG
Carpi	67	8	8.38	61	4	2
Mirandola	53	5	10.60	29	23	1
Modena	117	7	16.71	83	22	12
Sassuolo	72	7	10.29	35	32	5
Pavullo	23	4	5.75	17	4	2
Vignola	58	3	19.33	37	11	10
Castelfranco E.	44	2	22	23	17	4

anno 2024		NCP		Gruppo	Rete	non associati
Distretto	MMG	NCP	media MMG x NCP	n° MMG	n° MMG	n° MMG
Totale	434	36	12.06	285	113	36

Pediatria di Libera Scelta

Nell'anno 2024, la situazione dei 92 PLS in relazione all'associazionismo è rimasta pressoché invariata rispetto al 2023; si è registrata la diminuzione di pediatri non associati, passati da 6 a 3.

Tabella 18 - Gruppi e Reti PLS per Distretto – Anni 2023/2024

	2023				2024			
	TOTALE	Gruppo	Rete	non associati	TOTALE	Gruppo	Rete	non associati
Distretto	PLS	n°PLS	n°PLS	n°PLS	PLS	n°PLS	n°PLS	n°PLS
Carpi	14	6	7	1	14	6	7	1
Mirandola	11	0	10	1	11	0	11	0
Modena	23	6	16	1	22	6	16	0
Sassuolo	16	4	10	2	16	4	10	2
Pavullo	4	4	0	0	4	4	0	0
Vignola	13	0	13	0	13	0	13	0
Castelfranco E.	13	5	7	1	12	5	7	0
Totale	94	25	63	6	92	25	64	3

Servizio di continuità assistenziale

Per quanto riguarda il Servizio di Continuità Assistenziale dati di attività sono riportati nelle seguenti tabelle:

Tabella 19 - Attività Servizio di Continuità Assistenziale – Anni 2022/2024

ANNO	VISITE DOMICILIARI	VISITE AMBULATORIALI	CONSIGLI TELEFONICI	TOTALE PRESTAZIONI ESEGUITE
2024	4.762	53.081	96.278	154.121
2023	6.115	54.620	89.737	150.472
2022	6.108	35.502	69.674	111.284

I volumi di attività della continuità assistenziale 2024 evidenziano una diminuzione del numero di visite domiciliari a fronte di un contestuale aumento dei consigli telefonici da parte della Centrale Telefonica Unica Provinciale.

Tabella 20 - Punti di Continuità Assistenziale – Anno 2024

Punti di continuità assistenziale	20
Medici titolari di incarico a tempo indeterminato	12
Medici titolari di incarico provvisorio	122

Nel corso del 2024 sono stati integrati gli accordi con i Medici di medicina generale che hanno visto l'attuazione di un'ulteriore fase di riorganizzazione della Continuità Assistenziale, confermando il modello organizzativo strutturato su un'unica centrale telefonica su tutto il territorio provinciale e il superamento delle cooperative.

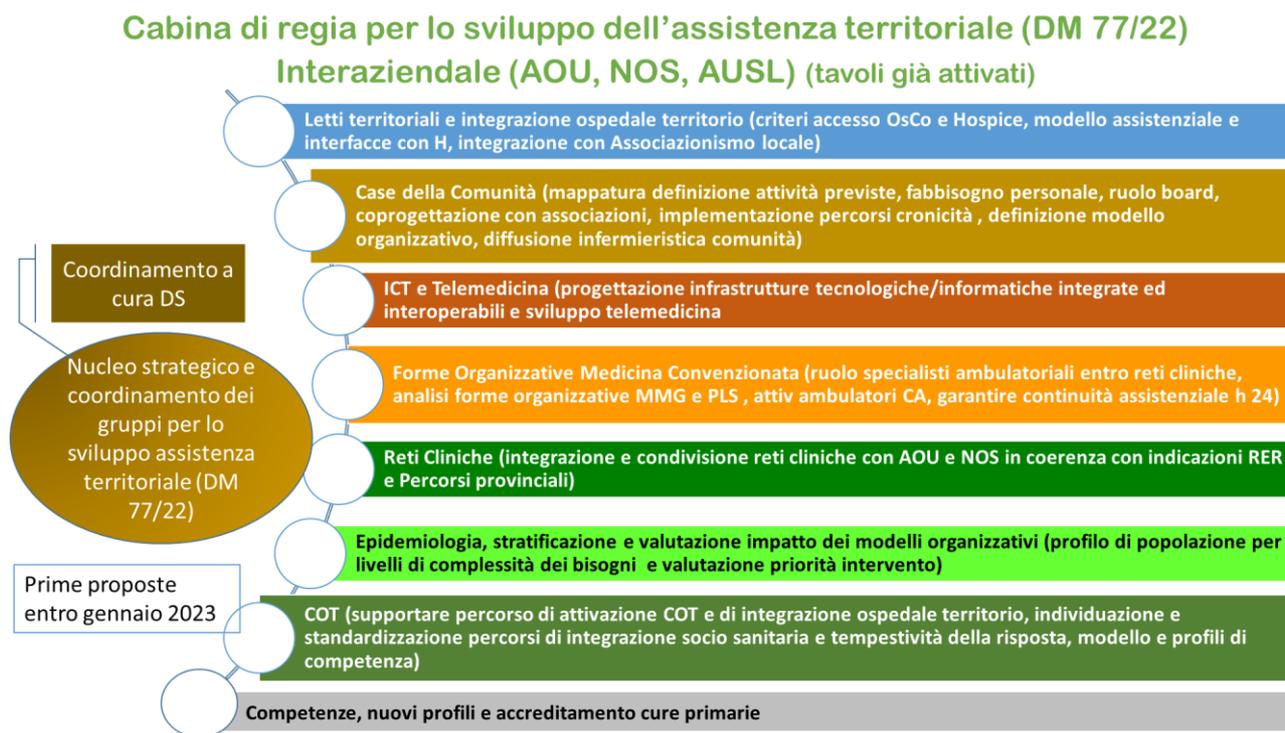
Zone carenti: criticità

Nell'ultimo triennio si è ripresentata la difficoltà di assegnazione di incarichi vacanti MMG in alcuni ambiti territoriali. Per ridurre l'impatto sugli assistiti si è provveduto ad assegnare incarichi provvisori e a sviluppare progetti innovativi e sperimentali di assistenza attraverso equipe di medici di medicina generale con attribuzione oraria e il supporto degli infermieri di comunità.

Case della Comunità

E' proseguito lo sviluppo della rete di assistenza territoriale avvenuta secondo la programmazione e le previsioni del DM 77/22 quanto ad attivazioni delle Case della Comunità, OSCO, Hospice ed Infermieristica di comunità. La progressiva attivazione di strutture e funzioni è avvenuta con regia e coordinamento in capo al direttore sanitario ed agli 8 gruppi a suo tempo istituiti in occasione della costituzione della cabina di regia che di seguito si richiama.

Figura 8 - Cabina regia DM 77/22 e gruppi di lavoro attivati



L'immagine a seguire riporta in modo sintetico lo stato d'avanzamento della realizzazione delle Case della Comunità, suddividendo le strutture tra le 15 attive e le 12 in programmazione.

Lo schema a seguire riporta la classificazione delle Case della Comunità attive e in programmazione, suddivise tra hub e spoke e la fonte di finanziamento PNRR, si precisa che, alla luce dei progetti di revisione dell'emergenza urgenza territoriale, delle sedi di Continuità Assistenziale, della progressiva introduzione dei CAU e della prossima attivazione delle AFT, tale classificazione risulta in revisione.

Figura 9 – Case della Comunità Territoriali programmazione - Classificazione

	a regime	di cui attive	di cui in programmazione*	PNRR
HUB	14	11		4
			3	1
spoke	13	8		3
			6	3
programmazione HUB + spoke	27	19	9	11

*la CdC di Pievepelago in realizzazione è sostitutiva della cdc già presente

Ospedali di Comunità

La normativa prevede un Ospedale di Comunità di 20 letti ogni 100.000 abitanti. La provincia di Modena risulta attualmente fortemente sotto dimensionata in quanto a fronte dei 140 letti previsti dallo standard, ad oggi sono attivi solamente l'OsCo di Castelfranco Emilia con 20 PL e l'OsCo di Fanano con 14 PL. (nel corso del 2024 sono stati attivi solo 7 letti a causa di una ristrutturazione) e quello di Novi con 15 letti per un totale di 49 letti.

Tabella 21 - OsCo performance – Anno 2024

Anno 2024			
struttura	giornate	posti letto	Occupazione media percentuale anno 2024
Ospedale Comunità Novi	5151	15	93,8
Ospedale Comunità Castelfranco	6476	20	88,5
Ospedale Comunità Fanano	2373	7	92,6
Ospedale Comunità Soliera	65	21	0,8

Allo scopo di favorire la gestione dei percorsi di uscita dall'ospedale o di gestione delle riacutizzazioni del territorio che non necessariamente devono esitare in ricovero era stato temporaneamente attivato l'OSCO di Novi che ha cessato la propria attività all'apertura di quello di Carpi.

Sono 5 gli Ospedali di Comunità previsti dall'attuale programmazione.

1. Medolla (Distretto di Mirandola);
2. Finale Emilia (Distretto di Mirandola);
3. Modena (Distretto di Modena);
4. Sassuolo (Distretto di Sassuolo);
5. Vignola (Distretto di Vignola);

Rete cure palliative ed Hospice

Le cure palliative rappresentano l'insieme degli interventi terapeutici (non solo farmacologici), diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare. Tali interventi sono finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. Il fine è quello di migliorare il più possibile la qualità della vita sia del malato in fase terminale che della sua famiglia. Le cure palliative non si rivolgono solo al paziente oncologico e negli ultimi anni hanno risposto in maniera crescente anche ad una popolazione di cronici con patologie neurodegenerative o respiratorie.

La rete delle cure palliative (RLCP) di Modena prevede l'aggregazione funzionale ed integrata dei servizi e delle funzioni erogate nei quattro diversi nodi (setting): ospedale, ambulatorio, domicilio, Hospice.

La tabella a seguire riporta, in modo schematico, il dimensionamento e la collocazione della rete provinciale Hospice, alla luce degli standard che prevedono 1 Hospice con 8/10 letti ogni 100.000 abitanti (56-70 letti). Il prospetto rappresenta il lay out previsto dalla programmazione suddiviso per aree geografiche Nord (Distretti di Carpi e Mirandola) Centro (Distretto di Modena) e Sud (Distretti di Sassuolo, Vignola e Pavullo).

Tabella 22 - Rete cure palliative attività – Anno 2022 -2024

	2022 (12 mesi)	2023 (12 mesi)	2024 (12 mesi)
N. pazienti totali in carico alla rete cure palliative	2.502	2.878	2.976
N. pazienti oncologici in carico	1.524	1.627	1.679
N. NUOVI pazienti oncologici presi in carico	1.238	1.284	1.327
N. pazienti non oncologici in carico	978	1.251	1.297
N. NUOVI pazienti non oncologici presi in carico	855	1.072	1.072
N. accessi totali/N. totale pazienti in carico	18,38	18,33	17,92

Tabella 32 - Rete cure palliative casi trattati dai nodi suddivisi tra oncologici e non – Anno 2022 -2024

		12 mesi 2022	12 mesi 2023	12 mesi 2024
Non Oncologiche	Nodo domiciliare	625	785	860
	Nodo hospice	113	129	136
	Nodo consulenze	420	593	502
	Nodo ambulatoriale	6	15	28
Oncologiche	Nodo domiciliare	1.263	1.383	1.432
	Nodo hospice	409	440	439
	Nodo consulenze	226	288	325
	Nodo ambulatoriale	33	33	62
Totale per diagnosi	Nodo domiciliare	1.888	2.168	2.292
	Nodo hospice	522	569	575
	Nodo consulenze	646	881	827
	Nodo ambulatoriale	39	48	90

Infermiere di comunità

Il DM 77/2022 ha introdotto il modello organizzativo dell'infermieristica di comunità a supporto della presa in carico, recepito dalla Regione Emilia-Romagna con la DGR 2221/2022. Nel 2020 l'AUSL di Modena aveva già avviato una sperimentazione nelle aree montane dell'Appennino modenese e nelle zone rurali. In coerenza con i principi di population health management, l'introduzione degli infermieri di famiglia e comunità, supportati da team multidisciplinari di prossimità, permette di profilare i bisogni individuali e collettivi e di agire in modalità proattiva attraverso l'identificazione della popolazione di riferimento in base al bisogno di salute, alla stratificazione in base alla gravità e alla valutazione dei modelli di presa in carico, in primis nelle aree montane e rurali.

In un'ottica di sostenibilità, efficienza, integrazione, contaminazione dei saperi e prossimità al cittadino, il modello organizzativo prevede la costituzione di team di prossimità multidisciplinari, punti di riferimento per l'assistenza sanitaria e riconoscibili dai cittadini. I team di prossimità rappresentano il riferimento per la popolazione residente nei territori individuati, anche grazie alla rete delle case di comunità e dei punti di infermieristica di comunità che saranno organizzati in modo da poter garantire una copertura oraria di 12 ore, 7 giorni 7, su base provinciale.

In tali contesti, il lavoro di équipe è facilitato dall'infermiere di comunità, che opera in stretta collaborazione con medici delle cure primarie, servizi sociali, farmacie dei servizi, associazionismo locale e reti informali

(come luoghi di culto, circoli, palestre, ecc.), a cui si aggiungono professionisti che si occupano di target di utenti specifici (cure palliative, salute mentale, disturbi cognitivi, consultori, riabilitazione, pediatria di comunità, prevenzione, diabetologia, ecc). Nei team di prossimità, gli infermieri di comunità si occupano del coordinamento delle attività locali attivate ed attivabili per gli assistiti e sono il riferimento per gli attori coinvolti.

Tipicamente, l'ambito di azione dell'infermiere di comunità include sia interventi comunitari, a supporto della rete di welfare di comunità, sia interventi ambulatoriali e domiciliari, questi ultimi distinguibili in:

interventi di presa in carico, di prevenzione e promozione della salute diretti alla persona e alla sua famiglia/caregiver, realizzati anche attraverso strumenti di telemedicina;

interventi indiretti, finalizzati a facilitare i percorsi sanitari e socioassistenziali. Nelle zone di sperimentazione del nuovo modello organizzativo, l'infermiere di comunità rappresenta un punto di riferimento per la facilitazione dell'accesso ai servizi, sostegno ai caregiver per l'addestramento e formazione sulla gestione a domicilio del familiare/assistito.

Ad oggi sono attivi 43 punti di infermieristica di comunità, così distribuiti:

- Distretto di Carpi 7;
- Distretto di Morandola 8;
- Distretto di Modena 6;
- Distretto di Sassuolo 7;
- Distretto di Pavullo 6;
- Distretto di Vignola 5;
- Distretto di Castelfranco Emilia 4.

Centrali Operative Territoriali

L'AUSL ha progettato un articolato sistema di centrali operative territoriali (COT) per le funzioni di transitional care fondato su un modello organizzativo finalizzato a governare l'integrazione della filiera dei servizi e professionisti aziendali coinvolti nei vari setting assistenziali (attività sanitarie e sociosanitarie, sia ospedaliere sia territoriali). In particolare, sono attive 7 COT di cui una con funzioni hub in cui è presente anche la centrale di telemedicina. Il raccordo con i servizi di telemedicina, in una logica di sistema aziendale che raccorda le aree centrali con quelle più remote, si rileva particolarmente utile anche nelle aree montane e rurali in quanto la disponibilità di strumenti digitali nelle COT dei distretti periferici consente di accorciare le distanze sia nell'attivazione dei servizi sia nel mantenimento delle relazioni tra i diversi professionisti del sociale e del sanitario.

Ciascuna COT, rappresentando il nodo operativo principale per l'accesso alle cure intermedie, ha la responsabilità di garantire una risposta efficace a bisogni multidimensionali (sanitari, socio-sanitari e sociali) che richiedono l'attivazione di processi erogativi multipli di pertinenza di diversi attori afferenti alle aziende sanitarie, agli enti locali e all'associazionismo. La centrale può essere attivata da tutti i professionisti (non direttamente dal cittadino) afferenti all'ambito sanitario, sia del territorio sia dell'ospedale, compresi i servizi di pronto soccorso e pronto intervento sociale, al fine di consentire la messa in rete di tutte le risorse formali e informali del territorio di riferimento a beneficio degli utenti e dei care giver. In particolare, la COT si prefigge gli obiettivi di:

- garantire prossimità e vicinanza al cittadino attraverso interventi tempestivi nel rispetto dell'appropriatezza delle risorse impiegate;
- aumentare la condivisione e integrazione con i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS);
- configurare un modello organizzativo in grado di allineare i servizi sanitari, territoriali, ospedalieri, sociali, della rete di emergenza-urgenza ai bisogni di cura della comunità e dell'assistito;
- attivare gli enti del terzo settore coinvolti in percorsi di co-progettazione.

Inoltre, spetta alla COT il ruolo di verifica dell'avvio dei percorsi definiti e del completamento delle transizioni ancora temporanee (es. accesso in ospedale di comunità o residenze socio-sanitarie in via temporanea o

definitiva). Il target di utenti individuato per la transitional care comprende principalmente assistiti multi cronici, anziani ad elevata complessità con rischio di scompenso e riacutizzazione, persone con disturbi comportamentali legati a demenza, psichiatrici con problemi organici, bambini con bisogni complessi, donne con gravidanza multiproblematica, persone con disabilità di varia tipologia, utenti con fragilità sociale.

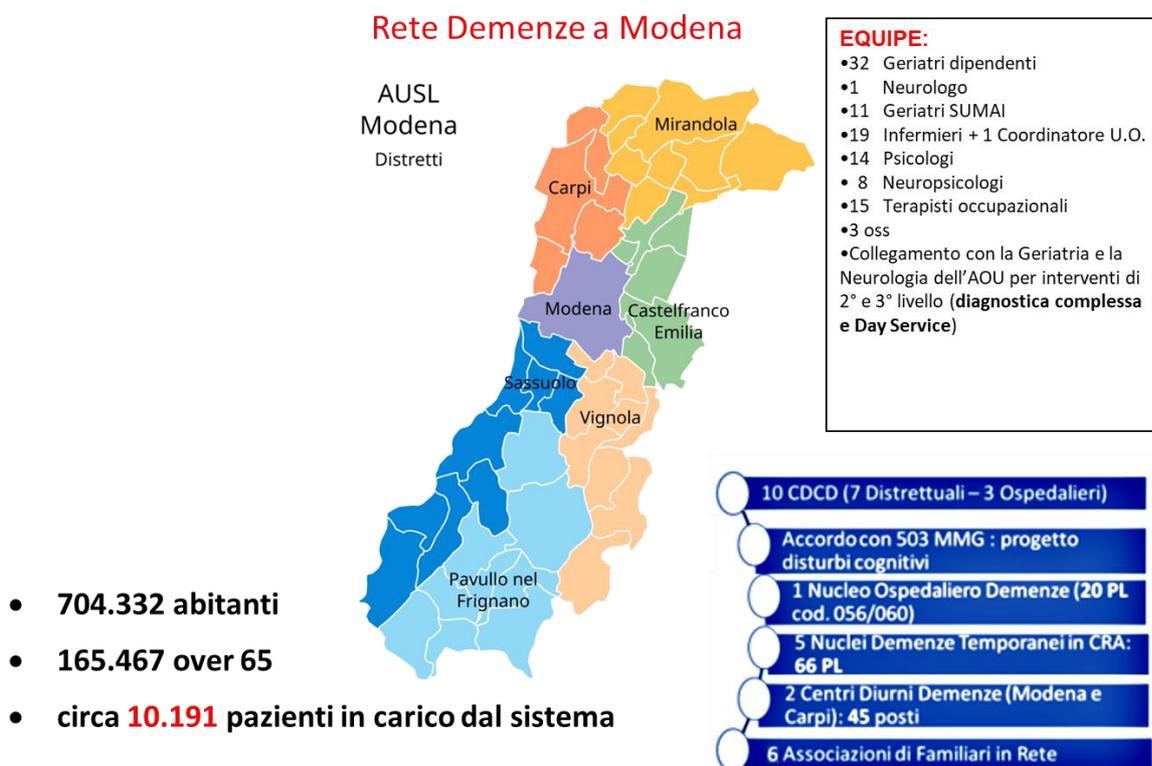
Il sistema delle COT garantisce un'apertura h.12, 7 giorni su 7, su base provinciale. Le COT sono ubicate prevalentemente presso le Case della Comunità. Il personale afferente alle COT include gli infermieri (di norma 6 nella COT hub e 4 nelle COT spoke) e un assistente sociale dei Comuni. Gli aspetti organizzativo-gestionali sono affidati ad un responsabile Infermieristico. Inoltre, le COT dell'AUSL hanno a disposizione risorse sanitarie e sociali concertate nei Comitati di distretto e risorse del volontariato.

Disturbi cognitivi e demenze

La struttura complessa a conduzione geriatrica "Disturbi Cognitivi e Demenze " (istituita con delibera DG n° 290 del 12.10.2017 e nomina del Direttore con delibera DG n° 028 del 28.01.2019) si avvale di una equipe multiprofessionale (medici, infermieri, psicologi, terapisti occupazionali, OSS e un coordinatore delle professioni sanitarie) che attualmente la caratterizza come la più grossa unità operativa territoriale, a valenza provinciale, del Dipartimento Cure Primarie ed una delle più grandi, per i livelli di interfacce e di complessità, di tutta l' AUSL di Modena.

Oltre 100 persone lavorano in questa U.O.C al 31.12.2024, di cui 33 geriatri (2 nuove assunzioni nel 2024 nel Distretto di Modena), 14 psicologi, 8 neuropsicologi, 1 neurologo, 19 infermieri, 3 oss, 15 terapisti occupazionali e altri professionisti (chinesiologo AMPA, Assistente sociale e Dietista); L'organizzazione della rete dei disturbi cognitivi e geriatrica della AUSL di Modena è sintetizzata nella figura di seguito.

Figura 10 – Rete CDCD disturbi cognitivi in Provincia di Modena

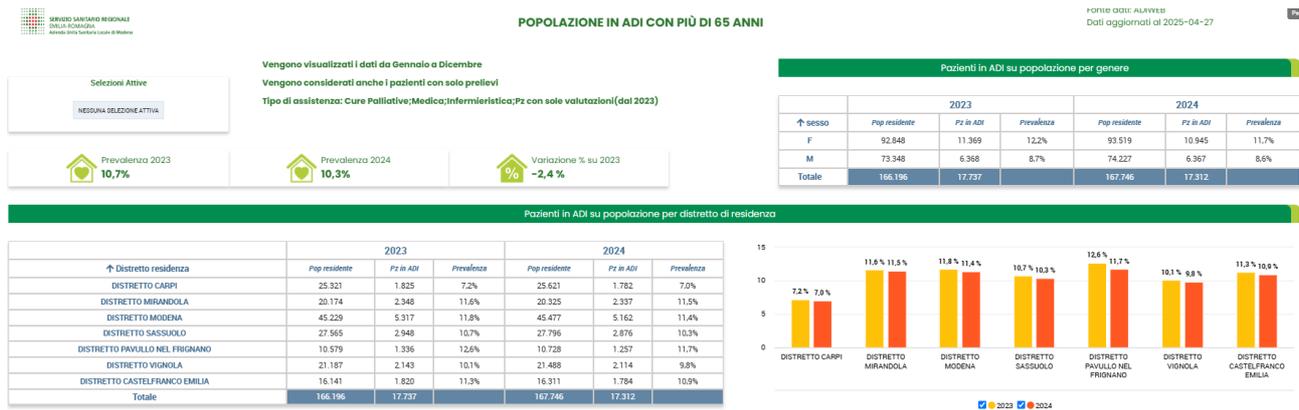


Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare rientra tra le prestazioni di tipo sanitario e socio-assistenziale, con la finalità di mantenere il più possibile al domicilio i pazienti fragili in alternativa alla residenzialità o all'ospedalizzazione e garantisce percorsi di cura personalizzati basati sull'integrazione di figure professionali sanitarie e sociali. Prevede la presa in carico del paziente da parte di una équipe di professionisti (MMG, infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti di base e il volontariato) e, in relazione ai bisogni assistenziali della persona, si articola su livelli di intensità delle cure fornite.

L'andamento 2024 ha visto circa il 10,3% della popolazione ultra 65enne assistita in ADI; il dato è sostanzialmente allineato rispetto al 2023 (10,7%) e risulta in linea con l'atteso.

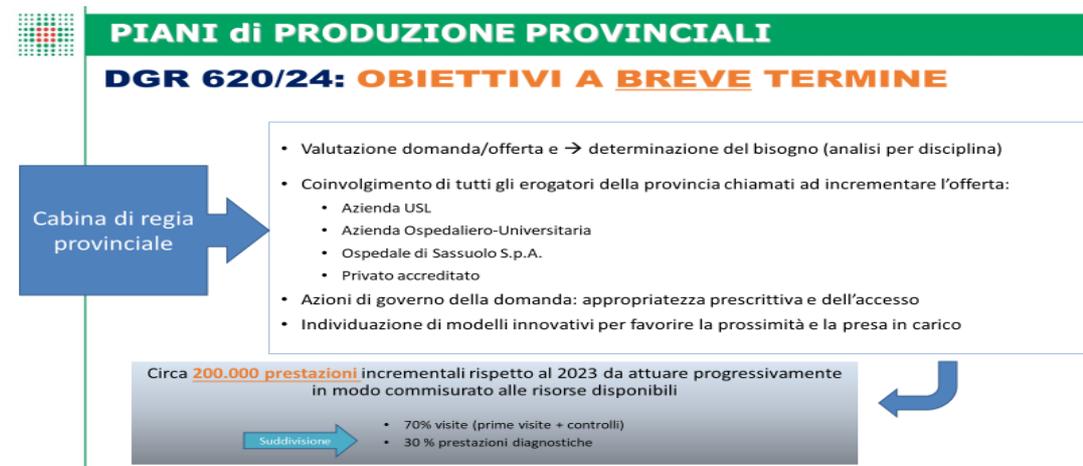
Figura 11 – Assistenza Domiciliare Integrata



Il Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per prestazioni di Specialistica Ambulatoriale a Modena

Il piano di produzione della Specialistica della provincia di Modena, strutturato secondo le indicazioni regionali (DGR 620/2024) e gli incontri operativi presso l'Assessorato, ha previsto un incremento rispetto all'erogato 2023 di circa 208.000 prestazioni, distribuite nel periodo maggio-dicembre 2024. I volumi di visite specialistiche e di prestazioni di diagnostica strumentale sono stati prodotti dalle azioni congiunte di tutti gli erogatori pubblici (specialisti territoriali e ospedalieri AUSL, AOU, Ospedale di Sassuolo) e privati accreditati.

Figura 12 - Piano di produzione provinciale



A seguito delle indicazioni regionali e nazionali, l'AUSL di Modena ha provveduto quindi a delineare specifiche azioni da mettere in campo con l'obiettivo di produrre un incremento dell'offerta CUP che prevede una quota

isorisorse, il reclutamento di personale, il ricorso alle prestazioni aggiuntive e l'acquisto di visite ed esami dal privato accreditato.

Tabella 23 – Indice di Performance 2024.

Monitoraggio liste di attesa – Provincia di Modena Prestazioni specialistiche ambulatoriali di PRIMO ACCESSO

Indice di performance

(garanzia di prime visite ordinarie entro 30 giorni dalla prenotazione ed entro 60 giorni per la diagnostica strumentale)

DICEMBRE 2024 = 90.5%

PRIME VISITE

Prestazioni	DICEMBRE 2024		
	Numero Prenotazioni	Mediana TDA	Indice di performance
01 Visita Oculistica	2.234	26	79%
02 Visita Urologica	791	26	76%
03 Visita Fisiatria	769	27	68%
04 Visita Endocrinologica	480	12	94%
05 Visita Neurologica	491	22	74%
06 Visita Ortopedica	1.303	15	98%
07 Visita Oncologica	10	12	100%
08 Visita Cardiologica	996	9	99%
22 Visita Ginecologica	589	14	93%
23 Visita Dermatologica	1.629	22	86%
24 Visita Otorinolaringoiatrica	1.176	26	80%
25 Visita Chirurgia Vascolare	57	21	95%
40 Visita Gastroenterologica	383	23	87%
41 Visita Pneumologica	333	21	68%
47 Visita Diabetologica	319	11	99%
TOTALE VISITE	11.560		85%

DIAGNOSTICA

Prestazioni	DICEMBRE 2024		
	Numero Prenotazioni	Mediana TDA	Indice di performance
09 Colonscopia	538	32	84%
10 EMG	627	33	84%
11 Ecocolordoppler	2.851	14	100%
12 Ecografia Addome	2.714	23	96%
13 Gastroscopia	416	32	82%
14 TAC del Capo	220	21	99%
15 TAC Addome	242	32	87%
16 RMN Cerebrale	473	34	100%
17 RMN Addome	133	46	74%
18 RMN della Colonna	1.298	32	98%
26 TAC Rachide e Speco Vertebrale	119	17	100%
27 TAC Bacino	14	18	100%
28 TAC Torace	244	28	89%
29 Ecografia Mammella	222	23	98%
34 Ecocolordoppler Cardiaca	987	26	92%
35 Elettrocardiogramma	292	20	99%
36 Elettrocardiogramma Holter	291	23	88%
37 Audiometria	572	23	99%
38 Spirometria	260	19	98%
42 Mammografia	197	35	89%
43 Ecografia capo e collo	1.382	18	99%
44 Ecografia ostetrica e ginecologica	450	28	99%
45 ECG da sforzo	145	33	100%
46 RM muscoloscheletrica	1.399	36	86%
TOTALE DIAGNOSTICA	16.086		95%

Figura 13 – Raggiungimento del Piano di Produzione Provinciale.



PIANI di PRODUZIONE PROVINCIALI

Prestazioni	N. prestazioni incrementate nell'anno 2024 vs 2023	% contributo al piano per produttore	Volume atteso di prestazioni erogate nel 2024 (anno 2023 + Piano Produzione)	Produzione 2024 (ASA - 13 invio)	% contributo alla produzione per produttore	% raggiungimento volume atteso
Totale	208.030	100.0%	1.982.556	1.790.179	100.0%	90.3%
di cui AUSL Modena	123.558	59.4%	787.830	661.053	36.9%	83.9%
di cui AOU Modena	39.413	18.9%	598.401	578.114	32.3%	96.6%
di cui Ospedale di Sassuolo	11.600	5.6%	198.094	191.788	10.7%	96.8%
di cui Privato Accreditato	33.459	16.1%	398.231	359.224	20.1%	90.2%

% contributo al raggiungimento del Piano Produzione e relativo raggiungimento



Criteria RER: viste e diagnostiche (monitorate e non) a carico SSN erogate a residenti RER escluse prestazioni di screening

Area Salute Mentale Adulti

Negli ultimi anni si è assistito ad un significativo incremento della casistica nella fascia 14-25, dato questo che è stato comune a tutti i Settori, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.

E', infatti, particolarmente aumentato il numero di adolescenti che presentano acuzie psicopatologiche e che necessitano di accedere ai servizi e di essere tempestivamente presi in carico. Tale popolazione, negli ultimi anni si è caratterizzata per una maggiore gravità e complessità nei singoli casi seguiti, con la necessità di una più intensa attività clinica ambulatoriale, di definizione di progetti territoriali e di attività presso strutture semi residenziali. Inoltre, è stato un elemento di particolare rilievo l'attività di gestione dell'emergenza urgenza presso i PS e la necessità di ricovero sia in ambiente ospedaliero sia presso le strutture accreditate. Tutto ciò ha messo in evidenza la necessità, in prospettiva 2025, di rivedere l'organizzazione dei Servizi grazie alla definizione un percorso più strutturato rispetto alla gestione della popolazione 14-25 sia rispetto alla presa in carico territoriale, a partire dallo sviluppo del programma 14 25, sia della gestione dell'emergenza urgenza e dei ricoveri anche in relazione alla recente DGR 1323/2024.

Un altro aspetto che ha caratterizzato l'attività del DSMDP nel 2024 è stato, nell'ambito dello sviluppo della medicina territoriale promosso dal DM77/22, la il "Percorso COT" iniziato con incontri dei professionisti COT di tutti i distretti (7/7=100%) e la formazione congiunta tra operatori COT e DSM nell'ottica di implementare il progetto di task sharing tra gli operatori ed i servizi COT e CSM per garantire un miglioramento della continuità delle cure tra ospedale e territorio. Accanto a questo è stata avviata la sperimentazione di attività integrata con il DSM-DP per il distretto di Sassuolo che ha portato, da marzo 2024, all'attuazione del progetto definitivo con un gruppo di lavoro di infermieri CSMCot che si impegnano in attività di raccordo. Questo progetto vedrà una implementazione nel 2025.

Per quanto riguarda la riorganizzazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale del DSMDP, questa ha coinvolto, oltre che le strutture a gestione diretta, anche quelle a gestione del Privato accreditato e del Terzo Settore, che nella realtà modenese svolgono un ruolo rilevante. In tal senso è stata svolta, anche grazie all'azione della Cabina di Regia Ricoveri e tutte le attività di monitoraggio a questa collegate, una puntuale azione di verifica del rispetto dei tempi di permanenza all'interno delle strutture stesse, onde evitare fenomeni di neo-istituzionalizzazione e abbandono attraverso il miglioramento dei tempi di permanenza e di appropriatezza dei programmi residenziali.

L'obiettivo è anche quello di razionalizzare progressivamente la struttura dell'offerta, recuperare mobilità passiva contenendo i costi nonché verificare l'appropriatezza degli inserimenti nei setting assistenziali con riferimento alle normative esistenti in materia di accreditamento e autorizzazione al funzionamento. Attività che è in stretto collegamento con la ridefinizione della offerta del privato accreditato attraverso la revisione dei contratti.

Prosegue nel 2024 la fase di implementazione del sistema informativo regionale (CURE) che è stato adottato per i tre settori del DSM/DP non senza criticità. Persiste, perciò, l'intento formativo rispetto alla corretta valorizzazione dei dati all'interno della piattaforma regionale che rappresenterà dal 2025 la fonte dei dati regionali.

Continua l'impegno per la realizzazione di interventi volti al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari nelle Aziende che non sono sede di REMS (Residenza per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza) implementando servizi di psicologia clinica all'interno degli istituti penitenziari allo scopo di favorire la dimissibilità di soggetti autori di reato affetti da disturbo mentale con misure di sicurezza detentive applicate presso le REMS e per sostenere progetti di tipo residenziale o semiresidenziale per soggetti con misure di sicurezza non detentive, sperimentando la metodologia del Budget di Salute. In quest'ambito, si segnala l'approvazione di due progetti sperimentali volti alla reinclusione sociale di soggetti ristretti, il primo in collaborazione con il Comune di Castelfranco Emilia e sostenuto con finanziamento della Cassa Ammende, il secondo con fondi Ministero Grazia e Giustizia.

Rispetto alla Casa circondariale di Modena e alla Casa di Reclusione di Castelfranco, nonostante le difficoltà a reperire le risorse mediche, si è riusciti a garantire ugualmente la presenza di un'Equipe di Salute Mentale in carcere. In seguito alla "Disposizione organizzativa relativa alle attività del DSM DP presso gli Istituti Penitenziari di Modena e Castelfranco Emilia" del Direttore del Dipartimento del 16/10/24 si è arrivati alla definizione di una funzione di Coordinamento delle attività del DSM DP all'interno negli Istituti Penitenziari,

a garanzia della integrazione tra SMA e SDP, con una funzione di interfaccia con i Direttori degli Istituti penitenziari di Modena e Castelfranco E., il Responsabile del programma di Medicina Penitenziaria, i Direttori di UOC e i Coordinatori delle Professioni Sanitarie.

E' proseguita, inoltre, nel 2024 una ulteriore implementazione della Telemedicina in carcere presso gli Istituti Penitenziari di Modena e Castelfranco per le attività di rete con l'esterno.

Occorre altresì segnalare che nel corso del 2024 si sono accentuate le criticità legate al turn-over di personale cessato dal servizio per limiti d'età o per dimissioni volontarie, aspetto che ha comportato la necessità di riorganizzare l'attività dei Servizi e che ha portato con il sostegno della Direzione Aziendale all'assunzione di nuove figure professionali attraverso tutte le possibili modalità di reclutamento.

Sanità pubblica

Le strutture del Dipartimento di Sanità Pubblica sono 10. A seguire si riporta il dettaglio della distribuzione territoriale delle sedi.

Tabella 24 – Strutture del Dipartimento di Sanità Pubblica 2024.

Distretto	n. sedi	Comune	n. sedi	Servizi
Modena	2	Modena	1	Servizio Impiantistico Antinfortunistico, Servizio Epidemiologia, Servizio Igiene Pubblica (SIP), Servizio Prevenzione e Sicurezza in Ambienti di Lavoro (SPSAL), Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN), Servizio Veterinario
Modena	2	Modena	1	Medicina dello Sport
Carpi	2	Carpi	1	SIP, SPSAL, SIAN, Servizio Veterinario
Carpi	2	Carpi	1	Ambulatori Medicina dello Sport
Mirandola	1	Mirandola	1	SIP, SPSAL, SIAN, Servizio Veterinario
Sassuolo	1	Sassuolo	1	SIP, SPSAL, SIAN
Vignola	2	Vignola	1	SIP, SPSAL, SIAN
Vignola	2	Marano	1	Servizio Veterinario
Pavullo	1	Pavullo	1	SIP, SPSAL, SIAN, Servizio Veterinario
Castelfranco Emilia	1	Castelfranco Emilia	1	SIP
Totale	10		10	

1.5 I dati economici

L'esercizio 2024 si è chiuso con un disavanzo di -19.856.118 €. Le principali componenti che hanno determinato il disavanzo di gestione, incidendo in misura significativa sull'equilibrio economico dell'esercizio, sono attribuibili ai maggiori oneri legati all'acquisto di beni sanitari (farmaci e dispositivi medici), all'andamento dei servizi sanitari per l'area della degenza ospedaliera, della specialistica ambulatoriale e della farmaceutica, nonché all'effetto dei rinnovi contrattuali intervenuti nell'anno.

Tabella 25 – Andamento macro aggregati Bilancio di Esercizio Azienda USL di Modena – Anni 2019/2024

Descrizione	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	Consuntivo 2021	Consuntivo 2022	Consuntivo 2023	Consuntivo 2024
Valore della Produzione	1.376.940.014	1.347.164.204	1.373.228.614	1.454.453.272	1.492.404.345	1.533.232.629
Costi della Produzione	-1.368.835.495	-1.329.458.657	-1.391.295.904	-1.447.520.001	-1.475.667.796	-1.532.331.351

Descrizione	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	Consuntivo 2021	Consuntivo 2022	Consuntivo 2023	Consuntivo 2024
Proventi e Oneri Finanziari	-1.635.105	-1.667.449	-1.443.952	-1.534.282	-2.699.518	-2.422.957
Proventi e Oneri Straordinari	14.569.981	3.490.427	39.990.264	6.614.603	7.235.361	3.674.124
Imposte e Tasse	-21.031.078	-19.516.010	-20.468.988	-21.921.206	-21.260.345	-22.008.563
Risultato di Esercizio	8.317	12.515	5.623	-9.913.237	12.047	-19.856.118

Con riferimento al disavanzo sopra indicato, si precisa che, in sede di verifica dei risultati d'esercizio del settore sanitario da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'art. 1 c. 174 l. 311/2004, a fronte di un Modello CE riepilogativo regionale al IV trimestre 2024 che presenta un disavanzo potenziale di 197.438.000,00 di euro, la Regione Emilia-Romagna ha disposto di dare copertura integrale allo stesso, provvedendo:

- con D.G.R. n. 604 del 22/04/2025, ad applicare al Bilancio finanziario gestionale 2025-2027, anno di previsione 2025, la quota di euro 188.000.000,00 accantonata nel risultato di amministrazione al 31.12.2024 e già destinata al ripiano dei disavanzi sanitari relativi ad esercizio pregresso in forza della D.G.R. n. 603 del 22/04/2025 di approvazione del Progetto di Legge di Rendiconto generale della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio 2024;
- con D.G.R. 605 del 22/04/2025, a prelevare dal Fondo spese imprevidite iscritto alla Missione 20, Programma 3, Titolo 1 del Bilancio di previsione 2025-2027, così come risultante dalla L.R. 31 marzo 2025, n. 4, tra le cui finalizzazioni figura "il finanziamento aggiuntivo a favore del Servizio Sanitario Regionale per il ripiano dei disavanzi sanitari relativi ad esercizi pregressi" l'importo di euro 9.438.000,00;

Il risultato di esercizio per l'anno 2024 per l'Azienda Usl di Modena ha trovato copertura nell'ambito delle suddette risorse messe a disposizione dalla Regione Emilia-Romagna.

1.6 Il personale

I piani di reclutamento del personale si sono sviluppati in coerenza con le linee di programmazione regionali e con l'obiettivo economico complessivo assegnato con nota della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare avente ad oggetto "Obiettivi di Budget – 2024" e successivo aggiornamento (prot. 41776 del 16.5.2024 e prot. 79095 del 24.09.2024).

Nel corso del 2024, con Deliberazione n. 287 del 28.08.2024, l'Azienda ha formalizzato il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, parte integrante del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), nell'ambito del quale sono state individuate le principali direttrici di reclutamento del personale in modo da assicurare la coerenza con la programmazione sanitaria e il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

In modo particolare il piano assunzioni è orientato a superare alcune criticità (cooperative, contrattisti) e al consolidamento/rafforzamento dell'offerta in alcuni ambiti (recupero pazienti chirurgici) oltre ad arginare alcune croniche carenze o da ultimo implementare nuove attività o riorganizzazioni quali: superamento cooperative presenti nei PS di area nord e attivazione dei letti di medicina di urgenza di Mirandola (in collaborazione con internisti); superamento cooperative presenti nelle ginecologie di area nord e potenziamento dell'attività ginecologica di Mirandola e da ultimo superamento contrattisti ancora in servizio; miglioramento performance tempi di refertazione nell'ambito del programma di screening del carcinoma della mammella; supporto dell'incremento di attività e in risposta a criticità/sofferenze croniche; stabilizzazione dell'organico medico in Pediatria a Pavullo con superamento della presenza, di gran parte, dei contratti atipici; copertura delle dotazioni, mediche e assistenziali, necessarie alla attivazione di 4 letti di sub intensiva e di 8 letti di medicina d'urgenza di Mirandola e dei letti di sub intensiva di Carpi; adeguato supporto alle funzioni di Psichiatria e Neuropsichiatria infantile.

In ragione della necessità di dare risposta adeguata ai pazienti presenti nelle liste di attesa chirurgiche è stata ulteriormente sviluppata la condivisione delle piattaforme produttive chirurgiche da parte di

professionisti aziendali ed extraaziendali in modo da ottimizzarne l'utilizzo ed aumentare i volumi produttivi nelle diverse sedi di erogazione.

Con riferimento all'area comparto, nell'anno 2024 è proseguita l'attualizzazione degli istituti giuridici dei rispettivi CCNL 2019 -2021, quali ad esempio:

- l'avvio del confronto per la ridefinizione della mappatura aziendale degli incarichi con riferimento al Regolamento per il conferimento, la graduazione e la revoca degli Incarichi di Posizione e di Funzione ai sensi del CCNL 2019 - 2021 del personale del comparto sanità;

la definizione delle modalità di assegnazione dei DEP con riferimento alla decorrenza 01/01/2024, tutt'ora in fase di applicazione.

Sul versante della dirigenza sanità nell'anno 2024 è proseguito il percorso di valorizzazione della incentivazione per i professionisti operanti in setting/aree disagiate dell'Azienda individuati nelle UU.OO. aziendali del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza e del Dipartimento di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria, nonché nelle UU.OO. dei Distretti di Mirandola e di Pavullo n.f. (afferenti a tutte le articolazioni organizzative aziendali).

Con riferimento specifico alla stabilizzazione del personale, anche nel 2024 è stato dato seguito alle c.d. "stabilizzazioni dei precari del COVID" previste dalla legge di bilancio n. 234/2021 e s.m.i., secondo le indicazioni regionali in materia e compatibilmente con il vincolo del 50% del fabbisogno assunzionale per ciascuna annualità con la stabilizzazione di n. 88 unità di personale (9 dirigenti e 79 unità dell'area comparto).

Tabella 26 – Andamento personale dipendente – Anni 2023/2024

Personale Dipendente	Al 31/12/2023	Al 31/12/2024
Ruolo Sanitario	3.946	3.914
<i>Dirigenza</i>	903	928
<i>Comparto</i>	3.043	2.986
Ruolo Professionale	29	26
<i>Dirigenza</i>	29	26
<i>Comparto</i>	-	-
Ruolo Tecnico	909	928
<i>Dirigenza</i>	8	7
<i>Comparto</i>	901	921
Ruolo Amministrativo	503	490
<i>Dirigenza</i>	20	16
<i>Comparto</i>	483	474
Totale	5.387	5.358
<i>Dirigenza</i>	960	977
<i>Comparto</i>	4.427	4.381

3. IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

La DGR 973/25 stabilisce che i Direttori generali e i Commissari Straordinari delle Aziende sanitarie regionali adottino, con proprio specifico atto, entro il 31/07/2025, il PIAO aziendale per il triennio 2025-2027, stabilendo al contempo che il Piano triennale dei fabbisogni del personale adottato in via provvisoria dalle Aziende sanitarie in sede di adozione dei bilanci economici preventivi sia approvato dalla Giunta regionale contestualmente all'approvazione dei bilanci economici preventivi.

Gli obiettivi definiti nell'ambito degli indirizzi e degli orientamenti nazionali e regionali, unitamente alle scelte in ambito di programmazione sanitaria e sociosanitaria definite a livello locale e condivise nella Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, oltre agli obiettivi di mandato della Direzione Generale rappresentano gli impegni strategici che orientano i contenuti del PIAO.

Preme in questa sede evidenziare l'attenzione posta in modo costante alla partecipazione alla programmazione da parte di alcuni specifici stakeholder: Enti Locali nel loro ruolo di interpreti dei bisogni sociali e socio-sanitari della popolazione, ma anche rappresentanti del capitale sociale presente sul territorio (CCM, terzo settore, associazioni in rappresentanza di specifiche categorie di pazienti); attraverso queste figure è possibile acquisire punti di vista e prospettive diverse dagli addetti ai lavori, mettere a fattore comune i comportamenti virtuosi presenti in altre realtà, armonizzare l'organizzazione dei servizi e migliorare nel complesso la qualità del percorso assistenziale.

Alcuni degli obiettivi declinati in questa programmazione richiamano obiettivi di respiro pluriennale, come accade ad esempio per quelli che fanno riferimento al Piano Regionale della Prevenzione o a quello Sociosanitario e rientrano nel più ampio quadro della programmazione strategica definita a partire dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale, ed ancora, traggono origine dalle indicazioni che emergono livello distrettuale, (Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale ed i relativi Piani Attuativi, programmi e accordi); tutti insieme, individuano le priorità strategiche nelle diverse aree di intervento sociale, socio-sanitario e sanitario.

Collegamento con gli obiettivi di mandato

Come già richiamato, la DGR 973/25 denominata "DGR. n. 990/2023 recante "Linee guida per la predisposizione del piano integrato di attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR" - modifica e integrazioni e indicazioni operative per la predisposizione del piano integrato di attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR" ha portato alla sostituzione degli allegati A1 e A2, e alla parziale ridefinizione dell'impostazione del sistema di programmazione e controllo delle Aziende sanitarie, che ha a riferimento i seguenti principi fondamentali e mutualmente sinergici:

- applicazione coordinata e omogenea tra le diverse Aziende della Regione, tale da rappresentare in modo corretto e significativo l'evoluzione attesa e i risultati conseguiti dal Sistema Sanitario Regionale, partendo dalla base comune degli obiettivi Regionali;
- valorizzazione delle attività di programmazione pluriennali e annuali già da tempo consolidate, quali gli strumenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio ed il processo di budget;
- necessità di assicurare una leggibilità e un utilizzo mirati dei vari strumenti di pianificazione e controllo, garantendo quindi una reale efficacia.

In questo senso, due sono i punti di vista prioritari, interno ed esterno:

- utilizzo interno per orientare l'attività gestionale delle strutture e dei professionisti, evitando ridondanze e duplicazioni, creando sinergie nello sviluppo dei sistemi di programmazione, definendo in modo coordinato gli obiettivi e le responsabilità che le singole organizzazioni devono esercitare in ottica di priorità strategiche condivise definite dalla Regione e declinati ai vari livelli dell'organizzazione;
- utilizzo esterno per la rappresentazione chiara ed efficace ai diversi portatori di interesse delle priorità strategiche individuate dall'Azienda, dei risultati conseguiti (accountability) e del valore prodotto.

L'attenzione a tali principi, ha consentito al SSR di consolidare gli strumenti gestionali già da tempo utilizzati e inserirli in modo organico all'interno delle logiche definite dalla normativa nazionale sul ciclo della performance.

Tale impostazione è confermata nell'adozione del PIAO per perseguire gli obiettivi di semplificazione ed integrazione che sono alla base dell'introduzione di questo nuovo strumento integrato di programmazione triennale aziendale.

L'applicazione dei principi di cui sopra ha consentito di attivare sistemi di programmazione molto integrati, a partire dal Piano della performance triennale non a scorrimento e specificamente orientati ai risultati nei confronti di comunità e professionisti ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita: il vero valore pubblico del PIAO come effettivo strumento unico di programmazione integrata.

Nel presente PIAO sono riportati gli impegni e le azioni che l'Azienda intende perseguire nel triennio 2025 – 2027, gli indirizzi e i risultati attesi sono stati declinati in coerenza con gli obiettivi di mandato ricevuti dalla nuova Direzione Generale con DGR n 65 del 23/01/2025. Gli obiettivi sono descritti e declinati in sezioni e sottosezioni di programmazione

specifiche, coerenti con le principali dimensioni di valore pubblico e performance individuate (DGR 990/2023): 1. Dimensione dell'utente; 2. Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni; 3. Dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo; 4. Dimensione della sostenibilità.



Nel PIAO 2025 - 2027 dell'Azienda USL di Modena si è scelto di declinare i singoli item argomentando in modo più ampio ed esteso i contenuti programmatori nella Sezione/Sottosezione di riferimento principale, ed in modo più mirato, gli impatti indiretti, nelle rispettive sezioni richiamate dall'allegato 1 della DGR 973/2025; si precisa che, allo scopo di consentire un inquadramento completo anche a chi intendesse leggere solo alcune parti specifiche dell'intero documento, anche nelle sezioni indirette, è stato in molti casi mantenuto un minimo di contestualizzazione.

La definizione di indicatori a misura delle performance conseguite, trattati successivamente, per Sezione/Sottosezione di programmazione, come da allegato 2 della DGR 973/2025, che come detto sono comuni a tutte le Aziende della Regione, consente di avere un benchmark ed una misurazione e valutazione trasversale dei principali risultati attesi e conseguiti rispetto agli obiettivi strategici e di mandato.

Come descritto nella DGR n 65 del 23/01/2025 con la quale è stato individuato il Direttore Generale dell'Azienda Usl di Modena, "Gli obiettivi di mandato costituiscono indicazioni di carattere strategico, vevoli per l'intero arco temporale dell'incarico, e vengono ripresi ed ampliati nell'esercizio della programmazione annuale delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale, che ne fissa i contenuti di dettaglio, le eventuali tappe intermedie di attuazione ed individua le misure e le modalità specifiche per la verifica dei Direttori Generali ai fini di quanto previsto nel loro rapporto contrattuale."

Si intende pertanto sottolineare l'importante collegamento tra gli obiettivi di mandato come articolati nella DGR n. 65 del 23/01/2025 di designazione del Direttore Generale dell'Azienda USL di Modena e le diverse Sezioni/sottosezioni di programmazione sopra indicate.

Figura 14 – Obiettivi di Mandato Azienda USL di Modena (DGR 65/2025).

Obiettivi di mandato – sintesi per ambiti

1. Obiettivi di salute e di promozione della qualità assistenziale	2. Obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi
1. Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, delle attività ad Alta Complessità e a consumo di elevate risorse e potenziamento delle reti cliniche;	1. Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario;
2. Governo delle liste di attesa;	2. Percorsi di razionalizzazione integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del Servizio Sanitario Regionale;
3. Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza;	3. Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi;
4. Assistenza territoriale e applicazione del DM 77/2022;	4. Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico - Incremento del livello di alimentazione e digitalizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico;
5. Accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;	5. Governo degli investimenti infrastrutturali e tecnologici;
6. Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito di salute della donna, infanzia, adolescenza e percorso nascita;	6. Governo degli investimenti PNRR;
7. Innovazione in ambito salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infanzia e adolescenza, salute nelle carceri;	7. Governo delle risorse umane;
8. Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e disuguaglianze;	8. Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi;
9. Approccio innovativo del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute;	9. Valorizzazione del capitale umano;
10. Governance della spesa e uso appropriato dei farmaci, delle tecnologie associate e dei dispositivi medici;	10. Attività di ricerca;
11. Ambito sociosanitario;	11. Azioni per lo sviluppo sostenibile;
12. Sviluppo della telemedicina;	12. Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi e a promuovere la trasparenza.
13. Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario;	
14. Attività a supporto del mantenimento e sviluppo dell'Accreditamento a livello aziendale e regionale;	
15. Azioni a supporto dell'equità e della parità di genere;	
16. Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità	

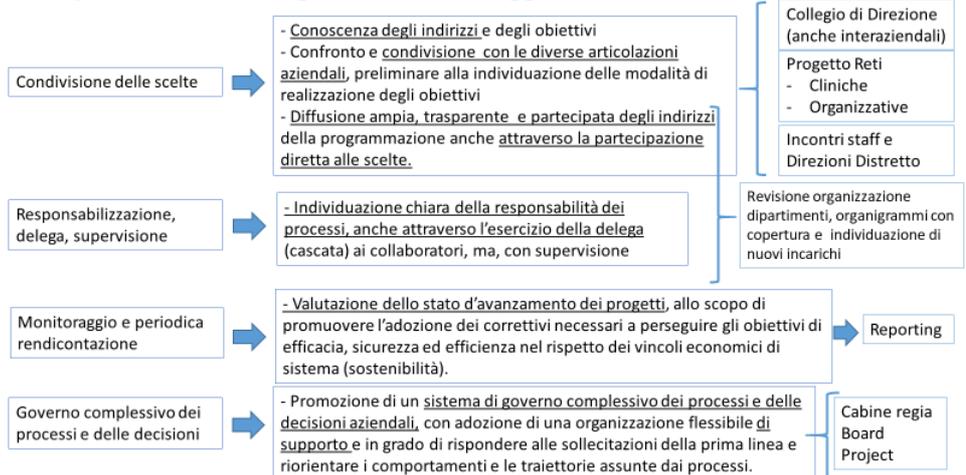


Gli obiettivi particolarmente sfidanti che caratterizzeranno l'attività del prossimo triennio impongono l'adozione di misure e strategie finalizzate ad accompagnare il cambiamento.

Condivisione delle scelte. La conoscenza degli indirizzi e degli obiettivi, la condivisione delle scelte la promozione e la diffusione in modo chiaro, esteso e partecipato, delle modalità attraverso le quali realizzare

quanto programmato sono gli strumenti imprescindibili del governo del cambiamento. Occorre sviluppare modalità di gestione che, a tutti i livelli, a partire da quello direzionale e degli staff, garantiscano trasparenza, partecipazione alle scelte, conoscenza, confronto aperto e, da ultimo, condivisione ed un coordinamento

Accompagnare il cambiamento: condivisione delle scelte, responsabilizzazione, governo, monitoraggio, rendicontazione.



efficace. Questo dovrà avvenire rafforzando la centralità del Distretto e all'interno del Collegio di Direzione per gli indirizzi strategici ed in modo più operativo all'interno dei vari gruppi multidisciplinari e multiprofessionali del progetto reti cliniche e organizzative, ove clinici, medici di organizzazione, area assistenziale Università e Associazionismo, possono confortarsi ed individuare le modalità integrate di erogazione dei percorsi assistenziali. Importante, poi, rafforza il ruolo del Distretto quale l'articolazione territoriale a cui è affidato il compito di garantire alla popolazione i servizi di tipo sanitario e socio-sanitario, secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza. Infine, la definizione dei processi assistenziali che sta emergendo dai lavori dei gruppi del progetto reti cliniche e organizzative dovrà continuare anche nel corso del 2025.

Responsabilità delega e supervisione. Se la diffusione, tra gli operatori e i professionisti, degli obiettivi e delle indicazioni attuative per assicurarne il pieno perseguimento (partecipazione a tutti i livelli) risulta importante, tuttavia, non meno rilevante è la sistematica chiara individuazione delle responsabilità decisionali e gestionali che, accompagnate all'attribuzione condivisa delle risorse, risultano elementi imprescindibili del buon governo aziendale.

In considerazione della complessità dell'organizzazione da gestire, la chiara attribuzione della responsabilità dei processi, deve necessariamente prevedere l'adozione di meccanismi di delega (a cascata) con supervisione, e questo, al fine di scongiurare il rischio di paralisi del sistema per eccessivo accentramento; in questo senso, la revisione in corso dell'organizzazione e delle modalità di funzionamento dei dipartimenti, la manutenzione degli organigrammi e la nuova individuazione di posizioni strategiche con la copertura e la identificazione di diversi e più strategici incarichi di posizione a cui demandare una maggior incisività nel perseguimento degli obiettivi sono un primo tangibile strumento orientato a supporto di tale processo di governo.

Alla luce della complessità e trasversalità dei processi che dovranno essere gestiti, oltre alle responsabilità istituzionali e gerarchiche di cui si è detto sopra, occorrerà prevedere anche un modello matriciale di governo complessivo dei processi e delle decisioni aziendali che veda l'individuazione di specifici responsabili di progetto che dovranno presidiare i processi strategici più articolati e trasversali (project manager, cabine di regia, board, gruppi operativi). Questa organizzazione flessibile dovrà essere in grado di rispondere in modo più efficace, efficiente e in tempi più rapidi ai bisogni e alle sollecitazioni della prima linea e coordinare e riorientare i comportamenti e le traiettorie assunte dai processi; ci si riferisce nello specifico alle cabine di regia del PNRR, del PRP, del DM 70/22, della specialistica e della logistica chirurgica, al gruppo operativo sui temi della specialistica, al board dei POCT, ai project su temi/progetti specifici, ai responsabili dei vari gruppi delle reti cliniche e organizzative.

Monitoraggio e supporto alle decisioni. Lo sviluppo di un sistema di costante e continuo monitoraggio delle decisioni prese, dello stato di avanzamento delle azioni e di evidenziazione delle criticità, risulta imprescindibile per un governo puntuale del Sistema. Senza un feed back che restituisca informazioni chiare e continue nel tempo, sullo stato d'avanzamento dei processi gestionali, sul loro esito, non si può avere contezza del grado di perseguimento degli impegni assunti e non è possibile l'orientamento delle attività gestionali al fine di garantire il rispetto dei vincoli (es risorse) ed il conseguimento degli obiettivi. Oltre al monitoraggio gestionale, risulta importante la periodica rendicontazione strategica (staff monotematici) finalizzata alla valutazione dello stato d'avanzamento di progetti e iniziative, e la conseguente pronta adozione dei correttivi necessari a perseguire quegli obiettivi di efficacia, efficienza e sicurezza che sono alla base del nostro sistema.

Appropriatezza. Irrrinunciabile risulta la necessità di partire da una puntuale verifica delle attività erogate per eliminare tutte quelle inappropriate; questo significa abolire tutte quelle prestazioni la cui efficacia non sia provata (in assoluto e/o riferita al singolo caso) e rendere più efficienti le modalità di erogazione. Parimenti, risultano da eliminare anche tutte quelle prestazioni che non possono essere ritenute prioritarie, questo dovrà avvenire secondo criteri trasparenti di pesatura e comporterà il riposizionamento al giusto/corretto livello delle prestazioni erogate in modo organizzativamente improprio e conseguentemente inefficiente. Questo potrà essere realizzato anche utilizzando appieno i nuovi modelli erogativi o le nuove articolazioni dell'offerta (es strutture intermedie) che, ad esempio, in ambito territoriale, sono ampiamente previste dal decreto di riordino (DM 77/22).

Equità di accesso ed efficienza erogativa. La rete dell'offerta sarà orientata ad ottimizzare i livelli di servizio garantendo l'omogeneità nell'accesso e nell'utilizzo degli spazi, nel rispetto delle specificità territoriali. In tale direzione dovranno essere consolidate le relazioni fra il sistema sanitario ospedaliero, territoriale e il capitale sociale presente sul territorio con l'obiettivo di mettere a fattore comune i comportamenti virtuosi, armonizzare l'organizzazione dei servizi e migliorare la qualità del percorso assistenziale.

Infine, il ruolo di tutto rilievo del **cittadino empowered**, quale soggetto che comprende e sceglie, che è protagonista del proprio benessere, ed è in grado di valutare la qualità dei servizi (PREMs) e di dare il proprio contributo alla riorganizzazione ed al miglioramento dei processi di cura. Un cittadino che si colloca in taluni casi a ponte tra paziente e professionista/organizzazione (es. associazione dei malati) o riveste un ruolo attivo su alcuni livelli di offerta di servizio (es. associazionismo coinvolto nel sistema dei trasporti ordinari o dell'Emergenza Territoriale).

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

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

Tenuto conto che alcuni dipartimenti afferiscono ad entrambe la Aziende e ritenuto prioritaria la necessità di garantire una gestione sempre più integrata dei processi assistenziali, appare rilevante la necessità di condivisione (tra le tre Aziende) degli indirizzi e la negoziazione congiunta degli obiettivi facendo comunque salva l'autonomia gestionale in capo alle singole Aziende.

La **collaborazione tra le equipe** afferenti alle diverse Aziende deve trovare sempre maggiori ambiti di espressione, e questo, a partire dai dipartimenti interaziendali che già per loro natura condividono da tempo l'approccio e le strategie organizzative ma anche tra organizzazione dipartimentali complementari che devono essere accomunati da percorsi assistenziali condivisi e da obiettivi del tutto sovrapponibili. Non ci si riferisce solo al governo condiviso, appropriato e sicuro dell'impiego dei farmaci (farmaceutica convenzionata) e dei dispositivi, dove ormai sono da tempo attive strategie comuni, ma occorre dare maggior impulso a modalità condivise di risposta alle liste d'attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero per intervento chirurgico (centralità del paziente e dei suoi bisogni).

Presa in carico e uso comune delle piattaforme Si ritiene pertanto necessaria la condivisione tra equipe afferenti alle diverse Aziende e strutture, di percorsi di presa in carico e di gestione del paziente, da agire in funzione dei diversi livelli di complessità, si deve altresì implementare l'uso congiunto e ottimale delle piattaforme (tecnologie, sale operatorie, posti letto), e questo, allo scopo di perseguire crescenti livelli di efficacia ed efficienza.

Operation provinciale Allo scopo di consolidare e implementare le azioni di condivisione fino ad oggi perseguite è opportuno strutturare una funzione di Operation provinciale per l'ulteriore sviluppo nell'utilizzo delle piattaforme tecnologiche, operatorie, e delle equipe mobili, anche al fine di garantire la diffusione in tutto il territorio provinciale di attività a bassa complessità (maggior diffusione e prossimità dell'offerta).

Superamento duplicazioni Oltre alla integrazione tra le risorse, l'organizzazione dell'offerta di prestazioni può trovare maggiori livelli di razionalizzazione volti al superamento delle duplicazioni con recupero di efficacia e sicurezza (volume/esiti) ed efficienza nell'offerta.

Gestione comune/interaziendale anche dei processi non sanitari Il rafforzamento delle attività interaziendali non riguarda solo l'ambito dell'assistenza sanitaria, anche la gestione di Servizi di supporto (acquisti di beni, farmaci e dispositivi, ICT, gestione risorse umane) dovranno trovare ulteriore sviluppo e crescenti livelli di integrazione (procedure di acquisto e gestione condivise e uffici unici).

Nell'ambito dei percorsi di razionalizzazione integrazione ed efficientamento dei servizi, si rende necessario promuovere percorsi di razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi attraverso la ridefinizione dei processi, delle competenze e afferenze dei servizi trasversali delle aziende sanitarie provinciali, e questo, nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell'impiego delle risorse.

"Liberare" tempo per la cura anche grazie alla digital health Le opportunità offerte dal mondo dell'innovazione digitale (digital health) devono essere viste come strumento e opportunità per ridurre il tempo non a valore con l'obiettivo di liberare, ottimizzandolo, tempo per la cura; la telemedicina (telemonitoraggio, televisita, teleconsulto ...), l'informatizzazione dei processi di prescrizione, prenotazione e presa in carico, la cartella clinica informatizzata, l'impiego dell'intelligenza artificiale ad esempio nella guida e semplificazione del processo di diagnosi, devono essere impiegate allo scopo di consentire un maggior impegno giornaliero nelle attività assistenziali effettivamente necessarie al paziente e pertanto al miglioramento dell'efficacia e della sicurezza dei trattamenti diagnostici e terapeutici.

Governo comune Una tale complessità nell'articolazione dell'offerta di prestazioni sanitarie e nella gestione comune del personale, delle tecnologie e delle strutture, comporta la necessità di un governo comune delle risorse utilizzate trasversalmente tra diverse Aziende e tra diverse macroarticolazioni della stessa Azienda (ospedale – territorio) e postula la necessità di condivisione e messa a disposizione degli staff e dei clinici di strumenti di valutazione delle performance attraverso la costituzione di un Controllo di Gestione territoriale ed il periodico confronto sui temi della variazione non giustificata del prodotto erogato (unwarranted variation), al recupero di efficienza dei processi e di congruità delle risorse umane impiegate, per i quali si rende necessario condividere, tra le Aziende sanitarie coinvolte, sistemi di analisi dei carichi di lavoro e della congruità delle risorse utilizzante (schieramenti chirurgici e uso ottimale delle risorse, HTA).

Misura esiti I processi produttivi trasversali dovranno trovare sistematica e tempestiva misurazione quanto a volumi, esiti, consumi e risorse utilizzate, variabilità interna ed esterna del prodotto erogato con posizionamento/scostamento rispetto ad un benchmark regionale che confronti analoghe strutture o la stessa struttura nel tempo (trend).

Il perseguimento della semplificazione e del miglioramento dell'accessibilità ai servizi, non può prescindere dallo **sviluppo e dal supporto dell'infrastruttura ICT**. La transizione digitale è strumento utile a rendere i servizi più accessibili e rispondenti alle esigenze dei cittadini e degli operatori, innovando l'offerta e migliorando l'esperienza di chi deve accedere ai servizi sanitari.

Strumenti di valutazione. Nel richiamare l'importanza del percorso di accreditamento che coinvolge le Azienda ed alcune articolazioni (es Cure Primarie) quale strumento che valuta l'idoneità ad erogare prestazioni per conto del SSN, si intende sottolineare la rilevanza che devono assumere le iniziative volte alla rilevazione dell'esperienza dei pazienti PREMs e degli esiti PROMs o la conduzione di AUDIT specifici allo scopo di acquisire elementi per riorganizzare e migliorare i processi di cura.

A seguire si riportano gli indirizzi del prossimo triennio declinati secondo le aree tematiche e sottosezioni previste dalla Linee guida citate in premessa e riviste con DGR 973/25.

1.1 Dimensione dell'utente

Preliminarmente alla discussione delle azioni nell'ambito della programmazione della sezione di programmazione relativa alla dimensione dell'utenza per la sottosezione accesso e domanda, si riportano a seguire le performance riportate dall'Azienda negli ultimi anni, raffrontati con la media regionale e gli attesi da letteratura (ove presenti). Si evidenzia come le performance conseguite nel tempo dall'Azienda siano di norma in miglioramento e comunque spesso migliori della media regionale e dello standard atteso. Unica eccezione i tempi di risposta alle viste specialistiche (entro 30 gg e urgenza B entro i 10gg), il tempo di permanenza in PS per le prestazioni che non si esauriscono in quel contesto pur non avendo raggiunto il target presentano valori migliori della media regionale. Come più volte richiamato i tempi di evasione della chirurgia oncologica presentano tempi in miglioramento ma inferiori alla standard a causa della non corretta attribuzione della priorità per gli interventi sulla Tiroide e la prostata, eliminati i quali le performance modenesi sono in linea con standard attesi e media RER. Migliori della media regionale i tempi di evasione della chirurgia ortopedica in elezione (protesi d'anca), ed oltre lo standard atteso il recupero degli interventi scaduti al dicembre dell'anno precedente. Con l'occasione, si sottolineano le buone performance in termini di percentuale di abbandoni in PS che, seppur in incremento nel tempo, presentano valori migliori dello standard e della media regionale, buoni i tempi di prenotazione della diagnostica strumentale nell'ambito della specialistica ambulatoriale, e questo nonostante gli alti indici di consumo rilevati in alcuni distretti e buono l'indice a misura della presa in carico ambulatoriale dei pazienti.

Infine, nell'ultima colonna si riportano i risultati attesi nel prossimo triennio (atteso PIAO), stante i buoni risultati conseguiti ci si attende un mantenimento generale delle performance con l'unica eccezione dei tempi di risposta alle visite specialistiche e, in generale, agli interventi chirurgici. Le azioni volte a migliorare l'appropriatezza della casistica (anche con il ricorso a strumenti di intelligenza artificiale), la maggior presa in carico e la modulazione dell'offerta nel caso della specialistica e la revisione dei percorsi chirurgici che deriverà dai gruppi di lavoro dell'operation.

UTENTE										
Accesso e Domanda										
Indicatore	trend	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	atteso RER 2024	ATTESO PIAO
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	↓	95,8	79,96	64,99	66,72	92,03	82,39	85,61	>= 90% (solo dicembre 2022)	↑
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	↓	98,04	96,04	90,06	86,2	94,06	90,62	94,09	>= 90% (solo dicembre 2022)	↑
Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	↑	91,51	86,02	80,16	78,29	75,82	76,69	89,74	>= 90% (tutto l'anno)	↑
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi	↑	68,59	80,19	78,11	69,76	85,7	87,62	80,84	>=90%	↑
% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo (escluse quelle con tipo accesso = 1) - EROGATO	↓	70,91	76,54	93,52	94,13	94,01	93,86	91,53	>=90%	↑
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi	↓	90,35	81,78	73,14	71,9	77,33	74,46	84,29	>=90%	↑
% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	↑	-	97,12	97,53	98,74	99,1	99,38	98,79	95%	↑
% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	-	-	-	-	-	-	-	72,34	>90%	↑
% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	↓	86,47	89,88	86,57	86,66	88,21	86,73	85,57	>95%	↑
% abbandoni dal Pronto Soccorso	↑	4,3	3,04	3,82	4,77	4,2	4,9	5,9	<3,5%	↑
Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso - indicatore NSG: D09Z	-	-	-	16	-	-	-	15	<=18 punteggio massimo	↑
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - Indicatore NSG: H01Z	↑	131,94	106,12	117,09	128,22	123,96	125,58	124,25	140	↑
Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	↑	88,57	90,55	83,77	78,99	78,62	80,1	82,5	90% (per Mo vd k Tiroide e Prostata)	↑
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	↑	96,3	93,9	-	70,76	72,01	83,29	80,49	85%	↑
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	-	97,03	96,55	84,03	77,79	-	-	70,84	80%	↑
Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31 12 dell'anno precedente	-	-	-	-	-	> 80	81	76	80%	↑

3.1.1 Sottosezione di programmazione e accesso alla domanda

Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, delle attività ad alta complessità e a consumo di elevate risorse e potenziamento delle reti cliniche.

La necessità di garantire tempestività ed equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta un principio fondamentale per la tutela della salute pubblica e per la realizzazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). La capacità di garantire a tutti i cittadini, indipendentemente da condizioni economiche, sociali, geografiche o culturali, un'effettiva fruibilità dei servizi sanitari costituisce un indicatore fondamentale della qualità, dell'efficacia e dell'equità del sistema sanitario.

L'accessibilità si articola in diverse dimensioni: 1) **geografica**, legata alla distribuzione dei servizi sul territorio; 2) **organizzativa**, riferita alla capacità delle strutture sanitarie di erogare prestazioni in tempi e modi compatibili con i bisogni dell'utenza; 3) **culturale** e 4) **informativa**, legata alla possibilità per tutte le persone di comprendere e orientarsi nell'offerta di servizi; 5) **economica**, connessa alla sostenibilità dei costi a carico dell'utenza.

Nel contesto della programmazione sanitaria, promuovere l'accessibilità significa intervenire su più livelli: potenziamento della rete territoriale dell'offerta con diversa distribuzione anche in ragione della sicurezza, riduzione delle liste di attesa, introduzione di modalità innovative di erogazione delle prestazioni quali digitalizzazione dei servizi (es. prenotazioni online, telemedicina), integrazione socio-sanitaria, servizi di mediazione linguistico-culturale, campagne informative e azioni mirate verso le categorie più vulnerabili ove si ravvisino difficoltà di accesso (es screening o campagne vaccinali per alcune tipologie di utenti).

Una programmazione efficace deve quindi porre l'accessibilità come obiettivo trasversale a tutte le azioni di sviluppo della disponibilità di servizi, la semplice offerta di prestazioni non è garanzia assoluta di ampia accessibilità da parte dell'utenza, occorre organizzare l'offerta dei servizi sanitari, con l'intento di garantire tale diritto in modo diffuso, equo e sostenibile.

Ancorché consolidata secondo vocazioni da tempo definite dalla programmazione, la rete ospedaliera provinciale (pubblica e privata accreditata) dovrà dunque continuare ad essere rivista nell'ottica di garantire equità di accesso e livelli sempre maggiori di sicurezza delle cure ed efficienza erogativa (sostenibilità del

sistema), sviluppando sinergie sempre nuove tra le strutture in un'ottica di piena integrazione con il territorio.

Nel prossimo triennio, periodo di vigenza del presente PIAO, sarà importante, lavorare per **ridurre le disomogeneità e l'inappropriatezza nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi, e questo, pur nel pieno rispetto delle specificità territoriali** (si vedano ad esempio i diversi bisogni espressi dalle aree rurali/città, pianura/montagna), creando le condizioni per il ricorso al giusto setting assistenziale e, pertanto, riservando l'accesso ai vari setting assistenziale, nello specifico di questo capitolo, all'Ospedale, solo ai quadri che non possono trovare risposta altrettanto efficace e sicura in ambito territoriale.

In questo senso sono da inquadrare iniziative quali il "Progetto Salute nelle Aree Interne della Montagna Modenese", finalizzato a disegnare una strategia di sostegno alla salute, al benessere e all'assistenza sanitaria e sociale nelle aree interne della montagna modenese. Il progetto si caratterizza per la prossimità della presa in carico del bisogno dei cittadini, all'interno delle reti provinciali clinico assistenziali e per l'aumento della consapevolezza e partecipazione dei professionisti e dei cittadini al sistema di risposte ai bisogni.

L'obiettivo del prossimo triennio per la rete ospedaliera provinciale è la progressiva ulteriore riorganizzazione in ottica di ottimizzazione dell'offerta e dei processi assistenziali, promuovendo la contestualizzazione sul campo dei percorsi diagnostico-terapeutici andando ad esplicitare le ricadute concrete per il cittadino inserito in quel determinato contesto. Ancora, occorrerà rafforzare le reti locali e dipartimentali e le connessioni di queste strutture aziendali con i Centri di riferimento regionali, introducendo elementi innovativi, ed avendo particolare attenzione per quanto attiene all'offerta al cittadino dei livelli di efficacia, di sicurezza delle cure e di sostenibilità del sistema.

Importante il monitoraggio dell'andamento dei processi e la valutazione degli esiti, quali strumenti oggettivi della revisione dei modelli e misura della qualità della riorganizzazione dell'offerta, a garanzia di un accesso alle cure che tuteli il cittadino, quanto a livelli di sicurezza, efficacia dei trattamenti ed equità di accesso.

Il modello di rete clinica integrata dovrà essere continuamente rimodulato sulla base delle competenze professionali presenti e implementate dal sistema, delle disponibilità tecnologiche della necessità di perseguire crescenti livelli di autosufficienza provinciale, sicurezza e di recupero di efficienza, ma anche di diffusione e capillarità dell'offerta volta a facilitare l'accesso alle prestazioni.

Nell'ottica di una offerta comune e coordinata della rete dei produttori modenese, la necessità che le singole strutture si facciano prioritariamente carico della popolazione di riferimento anche per le prestazioni di base (autosufficienza), risulta prioritaria; un tale approccio consente di garantire al cittadino un accesso alle cure di più ampia diffusione, caratterizzato dal massimo livello di prossimità, sicurezza ed efficacia.

A tale proposito dovranno essere **promossi e sviluppati sistema di prenotazione a distanza, e soprattutto di erogazione dell'assistenza in remoto**, ci si riferisce a modelli di teleassistenza quali telemonitoraggio, televisita, teleconsulto, o alla maggior diffusione dell'offerta di cure attraverso l'introduzione di nuovi punti erogativi (Case della comunità, OSCO, Hospice, forme di aggregazione di professionisti quali i NCP o le AFT, infermieristica di comunità e ADI) ed ancora l'ulteriore diffusione dell'offerta prestazionale garantita dalle Farmacie dei Servizi. Inoltre come si dirà ampiamente in altra parte del presente documento potrà trovare nuovo sviluppo l'oncologia di prossimità e l'introduzione di sistema per l'accesso rapido alla diagnostica quali POCT e altra diagnostica in capo a NCP e AFT.

Il fenomeno opposto all'autosufficienza dell'offerta è rappresentato dalla **mobilità passiva**. Tenuto conto dello storico andamento della mobilità passiva per ricovero, particolarmente rilevante nella disciplina ortopedia (e diagnostica pesante), caratterizzata da un numero rilevante di modenesi che si rivolge a strutture extra provincia (in particolare extra Regione), per interventi programmati (elezione) di ortopedia, è indispensabile definire in modo congiunto (Pubblico e Privato) una strategia (**progetto condiviso di recupero della mobilità passiva ortopedica**) che porti all'incremento e all'ottimizzazione della produttività della ricca rete di strutture che già insistono in provincia. Il risultato atteso è l'importante incremento dell'offerta locale ed il contenimento della mobilità passiva, garantendo ai cittadini livelli elevati di sicurezza ed efficacia dei trattamenti.

Più in generale si intende continuare nel lavoro di riordino del sistema produttivo provinciale nel rispetto del principio volumi/esiti (reti cliniche integrate – Hospital network) e della vocazione delle strutture, con concentrazione interdistrettuale, di provincia o anche su area vasta o regionale, delle attività più complesse, superamento delle duplicazioni, e contestuale offerta diffusa delle attività meno complesse ed a più alta

epidemiologia, anche ricorrendo ai team itineranti e all'uso condiviso delle piattaforme (vd oltre). Questo approccio consentirà di garantire alla popolazione di assistiti livelli maggiori di sicurezza ed efficacia del trattamento, associati al giusto livello di diffusione dell'offerta sul territorio provinciale (prossimità dell'offerta).

Fermo restando che, come sopra richiamato, ogni Ospedale, e pertanto anche gli hub provinciali e di area, sono tenuti a garantire in primis la "risposta di base" per la popolazione di riferimento territoriale (autosufficienza garantita da Policlinico e OCB per i residenti nei distretti di Modena e Castelfranco e dai 5 ospedali provinciali per i rispettivi Distretti di afferenza), si riporta, a seguire, la suddivisione delle attività tra le diverse strutture della rete provinciale. Il modello prevede la concentrazione o il decentramento delle attività sulla base della complessità della casistica, e questo, allo scopo di garantire al cittadino un accesso sicuro ed efficace alle cure.

La programmazione dell'offerta provinciale (rete ospedaliera pubblico-privata) da tempo condivisa prevede:

- **Mantenimento della centralizzazione dell'attività (provinciale o di area) a maggior complessità quali:**
 - Emergenze tempo dipendenti (IMA, stroke, politraumi gravi) concentrate su Baggiovara;
 - Attività specialistiche o ultraspecialistiche a valenza provinciale concentrate su Policlinico e Ospedale Civile di Baggiovara-OCB (malattie infettive, malattie rare, alla neuroradiologia e neurochirurgia, alla chirurgia vascolare e toracica, al 3° livello materno infantile e oncologico, al Trasfusionale);
 - alta complessità quali ad esempio la chirurgia oncologica.
- **Rafforzamento del ruolo degli ospedali «distrettuali»** chiamati a garantire la:
 - casistica a più ampia epidemiologia e minor complessità (media/bassa) secondo i principi della vocazione e della prossimità rispetto al bisogno (domanda) espresso dalla popolazione (es. diffusione e capillarità della chirurgia di base e ambulatoriale).
 - risposta, in ambito internistico, ai bisogni dei pazienti fragili, cronici riacutizzati e per patologie acute a medio bassa complessità ed ad alta diffusione (autosufficienza)
 - risposta a medio bassa complessità in ambito chirurgico, anche come riferimento provinciale, pensando ad una specializzazione delle nostre strutture quali "factory polispecialistiche" organizzate in relazione alla complessità/durata della degenza in day, o week-surgery, e, su base specialistica/tipologia di intervento anche con utilizzo condiviso di sale operatorie e letti di degenza (piattaforme) messe a disposizione di equipe esterne (team itineranti).
 - utilizzo più efficiente delle piattaforme operatorie es Vignola, Pavullo, Mirandola e Castelfranco favorendo, la diffusione dell'offerta, l'ottimale impiego di risorse ed il contenimento dei tempi d'attesa per chirurgia di medio bassa complessità. Questo obiettivo è perseguito anche attraverso l'impiego diffuso sul territorio di equipe/team della AUSL, della Sassuolo spa e della AOU di Modena, (cosiddette equipe itineranti) chiamate a garantire presso sedi diverse da quella di afferenza, interventi a residenti (e non) allo scopo di contenere le liste d'attesa (mantenendo comunque condizioni di sicurezza ed efficienza) e rendere più capillare l'offerta di cure.
 - utilizzo più efficiente delle piattaforme tecnologiche quali TC e RM, in modo da rendere più capillare l'offerta e dare la possibilità a professionisti inseriti in contesti privi di tali diagnostiche di mantenere e/o sviluppare la propria competenza.

Progetto Reti Cliniche Organizzative

Del progetto interaziendale che vede la revisione dei principali processi produttivi ad opera di un pool di diverse professionalità afferenti a molteplici discipline del mondo clinico e del management, si renderà conto in altra parte del presente documento, preme in questa sede evidenziare le ricadute sull'accessibilità sicura e capillare alle prestazioni che emergerà come indicazione dei lavori dei gruppi.

Si evidenzia inoltre che il progetto prevede il consolidamento delle reti cliniche e organizzative implementando le relazioni collaborative tra strutture sia a livello regionale (rete cardiologica, oncologica e onco ematologica, chirurgia cardiovascolare e neuroscienze) sia a livello locale tra le Aziende sanitarie

Modenesi anche attraverso la individuazione di percorsi assistenziali rilevanti volti a garantire omogeneità delle cure ed equità di accesso, tempestività della diagnosi e del trattamento, multidisciplinarietà dell'approccio clinico-assistenziale (efficacia), integrazione del percorso ospedale-territorio, ed efficienza nella gestione coordinata e commisurata delle diverse organizzazioni coinvolte (interaziendali e ospedale-territorio).

Nell'ambito delle reti cliniche assume rilevanza la definizione delle micro reti di prossimità intese come attività de localizzabili nei diversi contesti (ospedalieri e territoriali) e pertanto prossime all'utenza, poste in essere grazie al coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale per una presa in carico condivisa dei pazienti, (es ambito diabetologico e oncologico ma anche per il trattamento di patologie croniche ad elevato impatto epidemiologico).

Tra le azioni volte a organizzare efficientemente la rete di offerta provinciale e con particolare riferimento all'area chirurgica, il percorso di trasferimento degli interventi chirurgici negli ambienti assistenziali (setting) più appropriati (privilegiando quello ambulatoriale), consente di incrementare l'offerta di prestazioni rese sul territorio provinciale garantendo comunque alti livelli di sicurezza ed efficacia dei trattamenti.

Inoltre la DGR 65 del 23/01/2025 (obiettivi di mandato della Direzione Generale) ha dato indicazione di organizzare efficientemente la rete chirurgica aziendale, superando le verticalità delle singole strutture. Per tale ragione, nel prossimo triennio andranno resi operativi i modelli di rete fra le varie piattaforme produttive con la finalità di concentrare casistica in base alla complessità (es. modelli di focused factory) andando a perseguire la diffusione sicura dell'offerta prestazionale, la ricerca del maggior valore possibile nel percorso chirurgico, ovvero l'ottenimento dei migliori outcome (clinici, durata di degenza, infezioni e complicanze, etc.) con i minori costi (concentrazione ed utilizzo appropriato di tecnologie e device, utilizzo efficiente delle équipes operatorie, etc.).

La concentrazione della casistica per complessità (volume/esiti) in modo da garantire la qualificazione professionale risulta garante della sicurezza e dell'efficacia dell'offerta, l'ottimizzazione delle risorse impiegate attraverso l'efficienza nel modello erogativo (factory) ed il ricorso a "combinazioni" professionali e assistenziali orientate alla essenzialità e sicurezza, consentirà di garantire all'utenza i migliori outcome clinici (complicanze, indici a misura delle infezioni, mortalità) con i minori costi .

Ed ancora, l'integrazione, su base sovraziendale, delle liste d'attesa per procedure diagnostiche terapeutiche a media e bassa diffusione permetterà maggiori livelli di trasparenza ed equità nella gestione dei pazienti in lista d'attesa.

Anche il governo dell'introduzione armonica delle tecnologie innovative, mediante l'attenta valutazione dell'appropriatezza nell'utilizzo delle stesse (linee guida, e valutazione HTA preliminare all'introduzione di nuove prestazioni), la condivisione delle tecnologie da parte delle diverse équipe ed il ricorso, tramite specifico accordo, ad altre Aziende (pubbliche e private) nel caso di insufficiente disponibilità presso il pubblico modenese (es. ricorso al Privato accreditato per la robotica e lo stand by cardiocirurgico nel caso delle TAVI) è uno strumento da perseguire nel triennio per ampliare e rendere più equa l'offerta di cure.

In tema di prestazioni di laboratorio ed esami biomurali di routine, la centralizzazione delle attività e la valorizzazione del lavoro in team e delle competenze professionali, risultano fondamentali per migliorare la qualità dell'offerta, il focus sull'uso appropriato delle nuove tecnologie, con l'introduzione di modelli erogativi innovativi ed il contenimento della richiesta inappropriata anche con il ricorso a strumenti di governo della domanda ed educazione dei richiedenti (allert, reflex, ecc.), potrà portare a superare le criticità che insorgono in occasione di accesso indiscriminato alla prestazioni diagnostiche, (incidentalmi), con conseguenze tutt'altro che positive sulla salute dei cittadini.

Da ultimo, nei prossimi anni si intende promuovere una forte governance pubblica nel rapporto con la sanità privata accreditata, chiamata a contribuire a soddisfare i reali bisogni dei cittadini, sulla base dei piani di committenza aziendali e in considerazione dei bisogni di salute della popolazione, mettendo a priorità la sicurezza e l'appropriatezza delle cure rivolte all'utenza e la maggiore capillarità dell'offerta.

Governo delle liste d'attesa

L'accesso alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale ed i relativi tempi di evasione delle prestazioni di chirurgia e di specialistica restano, una priorità, le prestazioni devono essere erogate secondo modalità, anche variabili nei vari distretti sanitari, ma accomunati da modelli che prevedano il massimo della capillarità e dell'efficacia di offerta garantendo al contempo i migliori livelli di sicurezza ed efficacia.

Oltre ai consolidati obiettivi sul numero e percentuale di interventi offerti alla popolazione entro gli standard, fissati dalla regione, si dovranno garantire nel tempo:

- l'adeguamento della capacità erogativa, utile a garantire il recupero dei pazienti in lista di attesa,
- la convergenza delle liste d'attesa di ricovero in un'unica lista aziendale, periodicamente mantenuta, a garanzia dell'equità e della trasparenza nell'accesso alle cure,
- il controllo dell'appropriatezza della domanda e del setting di erogazione della prestazione, attraverso il monitoraggio della dimensione della lista di attesa e della nuova immissione di pazienti (appropriatezza prescrittiva) con continua manutenzione delle regole di individuazione delle indicazioni e delle priorità;
- adeguamento della capacità erogativa verificando l'efficienza, la distribuzione geografica e le specificità delle strutture sanitarie a garanzia della maggior diffusione possibile dell'offerta, senza per questo ridurre i livelli di sicurezza ed efficacia delle cure;
- esercizio di una committenza verso il Privato (ed il pubblico) coerente con la domanda rilevata dalla lista d'attesa, tenuto conto della distribuzione geografica e della specificità delle strutture coinvolte;

La diapositiva a seguire richiama i principali indicatori e i target in ambito di chirurgia che, a partire dagli attesi 2025, costituiranno gli obiettivi dell'anno in corso ma anche dei successivi, intendendosi confermati con la sola accortezza del sistematico slittamento dell'atteso per gli scaduti dell'anno precedente.

Figura 15 – Indicatori di performance e target in ambito di chirurgia.

Liste d'attesa: Riepilogo obiettivi

	Obiettivo	Target 2025
PERFORMANCE (SDO)	% erogato entro i tempi per chirurgia oncologica	90%
	% erogato entro i tempi per protesi d'anca	85%
	% erogato entro i tempi per chirurgia cardio-vascolare	90%
	% erogato entro i tempi per chirurgia generale	75%
	% erogato entro i tempi per totale interventi monitorati	80%
COPERTURA (SDO-SIGLA)	Copertura SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	80%
RECUPERO (SIGLA)	Recupero degli interventi chirurgici scaduti prima del 31.12.2024	80%
ARRUOLAMENTO (SIGLA)	Variazione % dell'arruolamento in lista	≤1%

A seguire i principali punti del piano interaziendale di governo pluriennale dell'attività chirurgica.

1. Piena operatività della cabina regia dei ricoveri a valenza provinciale per la gestione integrata delle piattaforme chirurgiche provinciali (team itineranti) e della task force per la gestione dei letti (in occasione del picco influenzale, delle chiusure estive ed altre specifiche criticità);
2. Riorganizzazione delle sedute operatorie con priorità all'emergenza, alla casistica oncologica e al recupero dei pazienti in lista d'attesa secondo la priorità e secondo le indicazioni emerse dal gruppo di lavoro interaziendale operation;
3. Pulizia sistematica delle liste con re-call dei pazienti e tendenziale condivisione delle stesse;
4. Incremento della produttività in ambito chirurgico con ottimizzazione della logistica e dell'organico disponibili, grazie al ricorso mirato all'istituto dell'aggiuntiva e all'efficientamento degli slot disponibili (vd gruppo operation su occupazione sala, revisione dei contingenti, tempi di cambio paziente e ripristino ecc).

Da ultimo uno snodo cruciale del percorso chirurgico è identificabile nella funzione organizzativa del pre-ricovero, struttura di primo impatto con l'utenza (1° accesso al percorso chirurgico) deputata al monitoraggio puntuale delle liste di attesa e interfaccia principale della Gestione Operativa per gli aspetti sia di programmazione trimestrale delle attività (assegnazione delle sedute mensili alle specialità secondo liste di attesa e schieramenti) che di pianificazione settimanale (in considerazione della tipologia di pazienti, delle

procedure chirurgiche e della occupazione dei posti letto). Fondamentale perciò garantire la adeguata formazione e dotazione di personale ai prericoveri, anche ipotizzando sinergie di area, e favorendo il confronto tra le diverse sedi per omogeneizzare modalità di presa in carico e di attuazione dei profili di intervento su tutte le sedi provinciali.

Garanzia dell'accesso in emergenza-urgenza

Il riordino condiviso della rete provinciale, già riportato tra gli attesi della delibera di nomina dei due Direttori Generali di Modena, è un obiettivo che stato formalmente sancito nell'ambito della CTSS del 1° aprile 2025. Nel corso di tale seduta della CTSS sono infatti state analizzate le principali criticità del sistema locale di emergenza-urgenza, con particolare riferimento all'inappropriatezza degli accessi, alla disomogeneità nell'impiego dei mezzi di soccorso e alla pressione crescente sui Pronto Soccorso.

La rete dell'emergenza urgenza modenese si caratterizza per un tasso di accesso al PS (396 per 1.000 abitanti) superiore alla media Regionale (342 per 1.000 abitanti); anche gli indici di autopresentazione risultano elevati e superiori alla media RER (83%vs 76%). La percentuale di Mezzi di Soccorso Avanzato (MSA) con numero giornaliero di servizi ≥ 3 pari è pari al 67,9% (valore al di sotto del target 85%)

A seguito di tale confronto, le Direzioni Generali dell'AUSL di Modena, dell'AOU di Modena e dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. hanno ricevuto un mandato congiunto per avviare un percorso partecipato di riprogettazione della rete, formalizzato con le delibere: AUSL n. 118 del 30/04/2025, e AOU n. 113 del 30/04/2025. Queste delibere hanno previsto l'istituzione della Cabina di Regia interaziendale e dei Gruppi di Lavoro Distrettuali per la riorganizzazione del sistema provinciale.

Questo mandato ha consentito di attivare un processo strutturato, partecipato e progressivo, in grado di integrare la visione strategica con la conoscenza dei contesti locali, garantendo la coerenza metodologica tra progettazione e attuazione.

Il riordino del sistema emergenza urgenza territoriale rappresenta una delle priorità gestionali del prossimo triennio; per ovvie ragioni, questa revisione è da portare avanti di pari passo con il superamento delle cooperative di professionisti, con la riorganizzazione dell'assistenza sul territorio (revisione continuità assistenziale - CA), l'attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), l'avvio del nuovo ruolo unico dei MMG, l'introduzione del numero unico regionale 116/117.

In accordo con le indicazioni regionali l'Azienda USL di Modena ha già avviato il reindirizzamento dei pazienti non urgenti verso i Centri di Assistenza Urgenza (CAU) e/o gli ambulatori per la bassa complessità all'interno delle Case di Comunità nell'ambito dello sviluppo, nelle stesse, delle Aggregazioni Funzionali Territoriali.

La riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza territoriale dovrà rispondere a diversi obiettivi: da un lato, riorientare gli accessi inappropriati ai PS, verso strutture per la gestione di urgenze differibili limitando al contempo l'accesso diretto per le casistiche congrue, e dall'altro, rivedere la rete territoriale dei mezzi di soccorso (tipologia dell'equipaggio/mezzo, fascia oraria, sede di collocazione e territorio coperto dal mezzo) definendo, al contempo, la tipologia della casistica, i requisiti delle strutture/mezzi e la tipologia di servizio erogato. L'obiettivo finale è garantire maggior sicurezza e copertura al cittadino, migliorando l'efficacia e

Obiettivi del progetto. Grazie al lavoro congiunto tra le tre Aziende sanitarie e gli attori istituzionali e territoriali coinvolti, si sono condivise: analisi, proposte ed azioni concrete per la trasformazione del sistema dell'Emergenza-Urgenza, con particolare riferimento a:

- nuovi modelli organizzativi per l'assistenza primaria (AFT, CAU, CDC), finalizzati alla presa in carico delle patologie a bassa complessità;
- effetti dell'attivazione del Numero Unico Europeo 116117, in termini di accessibilità, orientamento e reindirizzamento dell'utenza;
- rivalutazione della rete dei mezzi di soccorso, con attenzione all'efficienza operativa, alla copertura territoriale e alla riallocazione delle risorse;
- riorganizzazione dei Pronto Soccorso, con l'obiettivo di ridurre il ricorso a modalità straordinarie di reclutamento (es. cooperative) e migliorare la sostenibilità del sistema.

l'efficienza del servizio (sostenibilità del sistema di offerta) impiegando in modo commisurato alle necessità le limitate risorse disponibili.

È grazie a questa riorganizzazione che si potranno creare le condizioni per la riduzione degli accessi ai PS dei codici bianchi e verdi che, oggi, rappresentano 60 – 65% della casistica, limitare l'autopresentazione al PS il cui valore attuale è tra i più alti della Regione, dare maggiore copertura ai bisogni della popolazione, equità, sicurezza ed efficienza al servizio. Per quanto attiene la riorganizzazione dei mezzi di soccorso avanzato sul territorio, in base alle skills degli operatori, si prevede che gli equipaggi siano in grado di garantire l'atteso di 3 interventi /die nell'85% delle attivazioni, obiettivo raggiungibile anche attraverso una diversa collocazione della sedi di partenza dei mezzi che garantirà una maggiore copertura della popolazione all'interno delle isocrone di riferimento.

Parimenti si opererà per continuare ad assicurare e migliorare i tempi di intervento sul territorio per le emergenze tempo dipendenti della 5 patologie principali (First Hour Quintet): il nuovo target prevede che i tempi si attestino a livelli cinque punti percentuali superiori di quanto già garantito (da 90% a 95%). La performance aziendale risulta di fatto in linea con l'atteso, anche se per gli interventi sull'ampia casistica dell'insufficienza respiratoria, il target risulta particolarmente sfidante. Una performance superiore di 5 punti percentuali è attesa anche per i tempi di evasione della casistica che accede ai PS e che, oltre al personale di PS, richiede anche l'intervento di altri professionisti (consulenti) presenti nelle strutture. Questo imporrà una attenta revisione dei modelli ed uno stretto monitoraggio delle performance e la periodica revisione dei percorsi di presa in carico interna agli Ospedali.

Come già anticipato, in parallelo alle revisioni sopra descritte, saranno promosse le attività delle cure primarie dedicate alla risposta ai bisogni di bassa complessità attraverso le forme aggregate di medicina generale all'interno delle Case di Comunità anche attraverso la realizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), ed il nuovo patto professionale con i medici di medicina generale. Le modalità organizzative implementate per le patologie tempo-dipendenti (infarto miocardico acuto, ictus cerebrale, gravi traumi), saranno ulteriormente consolidate secondo i più evoluti modelli organizzativi anche sulla base di quanto emerso dagli audit clinici condotti.

Allo scopo di dare piena consapevolezza sulla riorganizzazione, si potenzierà la campagna informativa sull'utilizzo dei nuovi canali di comunicazione (numeri unici) e dei nuovi servizi connessi alle urgenze ed emergenze, e alle cure non urgenti.

Importante per il governo di tutti questi ambiti di performance è la possibilità di poter contare su un sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza – urgenza in grado di supportare i professionisti nella gestione dei casi, anche grazie alla interoperabilità dei sistemi del 118 e degli ospedali e l'organizzazione delle attività di individuazione delle criticità sulle quali operare.

L' Azienda sarà infine chiamata ad assicurare l'applicazione omogenea dei protocolli infermieristici avanzati adottati ai sensi dell'art. 10 DPR 27 marzo 1992, tenuto conto del contesto di riferimento ed in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016. Prioritario poi incentivare iniziative e progetti di "defibrillazione precoce territoriale" da parte di personale non sanitario, quarto dovrà avvenire assicurando l'adeguato supporto al percorso di accreditamento dei centri di formazione BLS per personale laico, verificando la qualità dei corsi erogati e la localizzazione dei defibrillatori attraverso l'APP DAE-Responder.

Allo scopo di garantire la presa in carico pronta ed efficace dei pazienti provenienti da PS in attesa di ricovero, si dovrà lavorare sulla maggior capacità di filtro dei PS, sull'introduzione di percorsi di gestione e supporto alla casistica territoriale a maggiore complessità (day service e teleconsulto), sulla riduzione del tempo di boarding e l'utilizzo appropriato dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI), sulla introduzione delle medicine d'urgenza e delle aree subintensive utili alla gestione efficace ed efficiente di una parte della casistica che se non gestita in questi setting è causa di un improprio impiego di letti per acuti.

Assistenza territoriale e applicazione del DM 77/22

La programmazione sul territorio è governata dalla cabina di regia provinciale che monitora l'andamento delle azioni previste su tutto il territorio e che vanno dalla realizzazione di letti territoriali (OsCo e Hospice) alla integrazione ospedale territorio, ai temi della telemedicina, alle forme organizzative della medicina convenzionata, alle reti cliniche interaziendali (si veda anche specifico progetto provinciale),

all'epidemiologia e valutazione dell'impatto dei modelli organizzativi, alle competenze ed ai nuovi profili ed all'accreditamento delle cure primarie.

Il modello organizzativo è orientato alla presa in carico del paziente dal corretto setting assistenziale, garantendo il servizio 7 giorni su 7. La presa in carico del paziente cronico sarà meglio garantita anche dall'introduzione del modello medicina di iniziativa con finalità di prevenzione, diagnosi precoce, diffusione di corretti e sani stili di vita, identificazione pro-attiva dei pazienti a maggior rischio fragilità anche tramite il coinvolgimento delle associazioni nell'assistenza ai pazienti cronici (associazioni SLA, Parkinson, pz Oncologici)

Con riferimento all'ampliamento della possibilità di accesso dell'utenza alle strutture preposte a garantire i percorsi di cura, si evidenzia che il programma di implementazione di strutture territoriali, reso possibile anche dai finanziamenti del PNRR, prevede la realizzazione di 27 Case della Comunità, 8 OsCo di cui tre già attivi, 3 Hospice, oltre cinquanta sedi di infermieristica di comunità e da ultimo le 7 COT già attive. Per queste ultime si sottolinea che dovranno continuare ad essere sviluppati e formalizzati i percorsi di presa in carico dei pazienti.

Le Case della Comunità costituiscono il luogo unico, ben identificabile e prossimo ai cittadini, nel quale assicurare i percorsi di cura, sono la sede principale dell'integrazione con l'ospedale, soprattutto in relazione alle "dimissioni protette" ed il luogo di promozione della medicina "di iniziativa", basata sull'offerta attiva di servizi a particolari categorie di cittadini (cronici, polipatologici, fragili).

Rientrano tra le attività e funzioni che devono trovare ulteriore sviluppo nel triennio anche il consolidamento delle COT e dell'infermieristica di comunità. Presenti in tutti i sette distretti della provincia, nel corso del prossimo triennio le COT dovranno progressivamente acquisire la funzione di coordinamento tra i Servizi e i Professionisti coinvolti, facilitando il passaggio del cittadino tra i diversi setting assistenziali.

I punti di Infermieristica di Comunità sono in corso di progressiva implementazione, si continuerà a lavorare su:

- Identificazione del fabbisogno di risorse umane, tecnologiche e strutturali;
- Condivisione dei percorsi per l'accesso e gestione della domanda;
- Identificazione dei percorsi specialistici con gli ospedali di riferimento;
- Standardizzazione dei percorsi per l'ospedalizzazione;

Accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Anche nel prossimo triennio occorrerà garantire l'adozione di interventi straordinari per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica come previsto dalla DGR n. 620/2024, il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso (urgente e programmato), secondo modalità coerenti con le indicazioni regionali, il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale e la gestione informatizzata delle agende di prenotazione e la loro manutenzione.

Preliminarmente alla discussione sulle azioni da mettere in campo per garantire il congruo accesso alle prestazioni da parte del cittadino, preme evidenziare come nel contesto provinciale si continui a rilevare l'aumento ingravescente della domanda di prestazioni rispetto alla media Regionale mentre permangono le note e significative difficoltà di reclutamento dei professionisti, soprattutto in alcune discipline (oculistica, dermatologia, radiologia, fisioterapia, ginecologia, ecc): tutto questo genera difficoltà relativamente alla piena fruibilità dei sistemi di accesso e criticità dei tempi di attesa in alcuni ambiti.

Ne deriva che gli interventi volti a garantire maggiore appropriatezza della domanda (si vedano al proposito gli alti indici di consumo nell'ambito della diagnostica pesante, TAC e RM, dell'EMG soprattutto in area nord, delle indagini di laboratorio in generale e con particolare riferimento ai marker tumorali) non sono più procrastinabili, occorrerà pertanto implementare sistemi di appropriatezza prescrittiva anche attraverso piattaforme di Intelligenza Artificiale. L'introduzione di strumenti di Intelligenza artificiale, infatti, potrà contribuire a raggiungere maggiori livelli di appropriatezza nella richiesta di indagini ed esami e contribuire al contempo all'educazione dei prescrittori. Particolare rilevanza, rispetto contenimento dell'iper consumo, andrà posta nella definizione degli accordi con i MMG, che dovranno contenere obiettivi e relativi interventi

volti all'appropriatezza della prescrizione e questo sia in ambito di specialistica ambulatoriale che di farmaceutica.

Tra gli interventi di finalizzazione delle risorse immesse nel sistema, accanto al governo delle strutture interne, occorre sottolineare il controllo sulla committenza verso le strutture private accreditate.

Importanti le azioni volte a favorire la presa in carico degli utenti all'interno dei PDTA e delle Reti cliniche (vd specifico paragrafo) come fondamentale risulta la gestione di una adeguata informazione a pazienti e cittadini circa le misure poste in essere.

In ambito di specialistica ambulatoriale restano confermati, a garanzia dei tempi di accesso dell'utenza esterna, gli obiettivi relativi ai tempi di evasione delle prestazioni richieste e la possibilità di trovare sempre risposta ad una richiesta di prestazione (agende aperte con proiezioni pluriennali e presa in carico delle cronicità e dei follow up), questi potranno essere assicurati attraverso la congrua disponibilità (numero e mix) di prestazioni di specialistica ambulatoriale (vd garanzia della continuità assistenziale, come previsto dalla DGR 620/2024).

Passando a impegni, indicatori e standard, ci si riferisce in particolare a:

- 1° visite (da garantire entro i 30gg);
- Diagnostica strumentale (da garantire entro i 60gg);
- Urgenza B (da garantire entro i 10gg);
- Proiezione delle agende nel tempo non potendo mai risultare chiuse, la centralità del sistema CUP e l'importanza della pianificazione dell'offerta sono gestite in modo dinamico rispetto alle richieste, sia per i primi accessi sia per i controlli;
- Mantenimento delle preliste quale strumento eccezionale per sollevare il Cittadino dall'onere di dover ricontattare i servizi di prenotazione;
- Presa in carico dei pazienti nella gestione delle prestazioni accessorie e/o di 2° Livello con chiara definizione delle funzioni esercitate dai diversi nodi della rete, dei reciproci rapporti e ruoli definiti per i quadri clinici a maggior rilevanza per volume della casistica e complessità della patologia. La presa in carico dei pazienti all'interno delle Reti Cliniche dovrà prevedere la promozione della prescrizione da parte dello specialista e la possibilità della prenotazione verso prestazioni di 2°-3° livello, anche in altre sede ospedaliera ma all'interno della Rete Clinica. Si tratta di azioni fondamentali nella gestione degli utenti: agevolano, infatti, il completamento diagnostico, il percorso terapeutico, la presa in carico della patologia cronica o degli utenti con un problema già diagnosticato che necessita di controlli periodici. Con questi percorsi sono favoriti la prossimità delle cure oltre all'appropriatezza dell'invio secondo criteri condivisi fra i clinici.
- Presa in carico (percorsi e PDTA) delle principali patologie e dei follow up,
- Interventi sulla appropriatezza della domanda, anche sfruttando strumenti di intelligenza artificiale (IA) volti a ridurre la domanda non propria e ad educare i richiedenti. L'appropriatezza prescrittiva è necessaria per monitorare l'aderenza delle prescrizioni alle indicazioni regionali e favorire la risposta ai reali bisogni di salute dei cittadini; in questo ambito possono essere di aiuto piattaforme di Intelligenza Artificiale che permettono con soluzioni innovative in grado di ottimizzare la gestione delle prestazioni sanitarie, migliorando l'efficienza nell'utilizzo delle risorse e assicurando un accesso più equo e tempestivo per i pazienti. Si lavorerà altresì con la Medicina Generale e il Dipartimento di Cure Primarie per sviluppare i Profili di Nucleo della Specialistica che favoriranno ulteriormente i percorsi di valorizzazione delle risorse specialistiche.
- Contenimento del consumo, anche tramite la definizione degli accordi con i MMG volti all'appropriatezza della prescrizione sia in ambito di specialistica ambulatoriale che di farmaceutica;
- Ulteriore sviluppo di cruscotti informatici: è costante e continuo il lavoro che si sta portando avanti per incrementare i cruscotti di monitoraggio dell'offerta delle prestazioni, dell'attività erogata e della presa in carico; attraverso il monitoraggio delle attività è possibile infatti sviluppare nuove progettualità e azioni da mettere in campo

Di seguito il piano azioni interaziendale di governo dell'attività di specialistica ambulatoriale governate dalla Cabina di regia a valenza provinciale preposta alla condivisione delle azioni migliorative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi regionali:

1. Definizione del contributo richiesto ad ogni singola articolazione sulla base delle risorse (personale, tecnologie, spazi), complessità della prestazione e collocazione sul territorio;
2. Gestione dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale a livello provinciale, nel rispetto del concetto di prossimità, ove possibile, tramite la periodica pubblicazione dei bandi per specialisti con integrazione tra equipe ospedaliere e territoriali;
3. Garanzia della prescrizione in capo allo specialista evitando l'inutile re-invio al MMG/PLS con contestuale prenotazione a carico della struttura;
4. Miglioramento e verifica dell'appropriatezza prescrittiva (vd regole regionali) attraverso applicazione delle regole in capo a MMG prescrittore, ricorrendo anche a strumenti che vedono l'impiego dell'intelligenza artificiale;
5. Ricorso alla modalità erogativa del day service in grado di semplificare e rendere più appropriato l'accesso alle prestazioni o di teleconsulto a supporto della gestione sul territorio della casistica (ospedalizzazione evitabile);
6. Committenza «di sistema» nei confronti dei produttori pubblici (AOU e NOS) e privati accreditati finalizzata a garantire un'offerta diffusa, appropriata, sicura e aderente agli standard previsti per i tempi di erogazione;
7. Revisione in corso d'anno dei volumi dell'offerta dell'AOU di Modena, Ospedale di Sassuolo e del Privato Accreditato al fine di rispondere alle criticità emergenti (modulazione del contratto di fornitura);
8. Modulazione dell'offerta prestazionale attraverso:
 - a. continua revisione dei piani lavoro delle UO eroganti finalizzata a garantire l'apertura delle agende a 24 mesi (agende tipo CUP e CIP);
 - b. formalizzazione e adozione del Catalogo provinciale dei percorsi 2° e 3° livello;
 - c. diffusione a tutti i prescrittori provinciali (ospedalieri, territoriali, MMG) ed ulteriore aggiornamento (ultima versione: dicembre 2024) del catalogo provinciale urgenze Diffusione della versione aggiornata del Catalogo;
 - d. estensione percorso prenotativo diretto, da parte degli specialisti ambulatoriali territoriali, alle agende CIP di II livello dell'Hub Policlinico (dopo condivisione criteri clinici di accesso) vd dermatologia e reumatologia;
 - e. Ulteriore estensione progetto specialista on call (SPOC) che negli ultimi mesi ha visto l'attivazione dello SPOC Pediatria Ospedaliere e della Radiologia, Neuroradiologia, Fisica Sanitaria, Nefrologia.
 - f. Implementazione delle specialità che garantiscono Televisite con formalizzazione della procedura interaziendale Televisite sulla base del protocollo già approntato da GSA;
 - g. Gestione informatizzata della presa in carico endoscopica Progetto PICAP;
 - h. Revisione dell'offerta di mammografie al fine di consentire l'implementazione della DGR 14/2024. Formalizzate e inviate a tutti i prescrittori indicazioni sui nuovi percorsi senologici.

La revisione dei percorsi assistenziali condivisi deve essere perseguita attraverso il lavoro dei gruppi interaziendali, multiprofessionali e polispecialistici del Progetto interaziendale reti cliniche e organizzative di

Preme inoltre evidenziare che, per rispondere all'incremento dei bisogni collegati alla cronicità e all'espletamento di attività diagnostiche di primo livello, sono in corso lo sviluppo di nuovi modelli per l'assistenza territoriale e la presa in carico (DM77/2022), l'utilizzo della telemedicina (DGR 150/2023 e investimenti PNRR) come approccio sistematico e diffuso. Lo sviluppo, infatti, delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) con il ruolo unico della medicina Generale, delle Case della Comunità con dotazione più ampie di apparecchiature per la diagnostica di I livello (ECG, ecografi, spirometri, retinografi, ecc.) sono sicuramente un'opportunità fondamentale indispensabile per incrementare la capacità di dare risposte adeguate e di prossimità, senza necessariamente ricorrere alla consulenza di specialisti.

Da ultimo occorre dare ulteriore sviluppo ad un sistema di cruscotti in grado di fornire le informazioni utili al governo della materia: ci si riferisce al monitoraggio dell'offerta delle prestazioni, gli indici di consumo a confronto anche con altre realtà (NCP o altre province), la misura della presa in carico, la rispondenza alle regole di appropriatezza con possibilità di agire con informazioni di ritorno sui prescrittori (vd anche impiego di sistemi di intelligenza artificiale di cui si è detto sopra. Degno di nota il richiamo anche alla misura ponderata e contestualizzata del contributo dei singoli professionisti al governo del tema specialistica (vd misura degli impegni previsti negli accordi di contrattazione decentrata dei MMG).

Garanzia della prescrizione a carico dello specialista, evitando il rinvio del cittadino al MMG/PLS e garanzia della contestuale prenotazione a carico della struttura.

Per favorire la continuità assistenziale, come previsto dalla DGR 620/2024, attraverso la prescrizione delle prestazioni a carico dello specialista necessarie per il completamento diagnostico e per la presa in carico dell'utente, negli incontri di Budget aziendali-interaziendali, nelle sedute del Collegio di Direzione, nelle riunioni con i Direttori di U.O. e con i referenti della Specialistica delle Cure Primarie sono stati più volte illustrati e discussi tutti i percorsi e sono stati inseriti indicatori specifici di monitoraggio negli obiettivi annuali delle UU.OO e dei singoli Dipartimenti.

Dopo la conclusione degli incontri svolti, tra il 2024 e la prima metà del 2025, in tutte le UU.OO. ospedaliere e con il DACP per i singoli specialisti ambulatoriali per aggiornare i Piani di Lavoro e costruire le nuove agende di presa in carico sulla piattaforma Unica di Prenotazione CUP-ISES, sono stati organizzati in tutti i Distretti anche numerose sezioni formative per gli specialisti, grazie alla collaborazione degli operatori amministrativi, al fine di facilitare l'utilizzo delle nuove agende informatizzate e sono state costruite modalità di intervento a supporto degli specialisti in caso di necessità.

Per mantenere poi monitorata la presa in carico da parte degli specialisti sulle nuove agende della Piattaforma Unica di Prenotazione, è stato messo a disposizione del DACP e delle Direzioni Sanitarie ospedaliere un cruscotto (Cooper) da cui è possibile verificare l'utilizzo reale delle agende di prenotazione: con tale metodica è possibile mantenere anche per il futuro un costante monitoraggio della presa in carico degli specialisti.

Per facilitare ulteriormente la prenotazione diretta delle prestazioni di presa in carico, oltre alle normali prenotazioni eseguibili dai singoli professionisti e dalle strutture/UU.OO., è stato organizzato un Call Center telefonico dedicato, con ampia fascia oraria di disponibilità durante il giorno, a cui il cittadino può rivolgersi per medicare le date concordate delle visite successive o per prendere appuntamento dopo aver eseguito prestazioni per il completamento diagnostico.

Garanzia della completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica ambulatoriale pubblica e privata accreditata (in convenzione con il SSR) nei sistemi CUP e lo sviluppo del sistema di prenotazione on line CUPWEB ampliando le disponibilità.

Nel 2025, e così avverrà anche per il triennio 2025-27 sempre in coerenza con le indicazioni regionali, è stato predisposto il Piano di produzione per l'ambito territoriale di Modena, utile a garantire nell'immediato e per tutto l'anno in corso, un'offerta di prestazioni il più adeguata possibile alle richieste. Nell'ambito degli obiettivi si continuerà a lavorare per mantenere attive le seguenti azioni:

- **Incremento dell'offerta:** è previsto il costante coinvolgimento di tutti gli erogatori della provincia, quindi l'Azienda USL, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, l'Ospedale di Sassuolo S.p.A. e il Privato accreditato, con i quali vengono mantenuti costanti e continuativi rapporti al fine di poter rimodulare, oltre alle attività concordate nel Piano della Specialistica annuale, l'offerta a seconda delle richieste e in base ai dati raccolti delle attività erogate.
- **Agende sempre aperte:** la centralità del sistema CUP e l'importanza della pianificazione dell'offerta sono gestite in modo dinamico rispetto alle richieste, sia per i primi accessi, sia per i controlli che per visite successive o di completamento diagnostico. Le agende dal 2024 sono aperte con una proiezione di 24 mesi, come richiesto dalla normativa vigente.

- **Mantenimento delle Preliste:** è operativo un sistema di Preliste in cui vengono inserite le prestazioni che non trovano disponibilità attraverso i normali canali di prenotazione; le Preliste, che sono uno strumento eccezionale per sollevare il cittadino dall'onere di dover ricontattare i servizi di prenotazione, sono gestite da una squadra di operatori che, in linea con il sistema di prenotazione e con l'apertura di ulteriori disponibilità soprattutto nelle "settimane cuscinetto", cerca di dare risposte agli utenti inseriti.
- **Ulteriore sviluppo di cruscotti informatici:** è costante e continuo il lavoro che si sta portando avanti con la Data Unit e con le software house per incrementare i cruscotti di monitoraggio dell'offerta delle prestazioni, dell'attività prenotata ed erogata.

Per rispondere all'incremento dei bisogni collegati alla cronicità e all'espletamento di attività diagnostiche di primo livello sono in corso lo sviluppo nuovi modelli per l'assistenza territoriale e la presa in carico presso le Case della Comunità con gli Infermieri di Comunità: come da indicazioni del DM 77/2022, l'utilizzo della telemedicina (DGR 150/2023 e investimenti PNRR) come approccio sistematico e diffuso attraverso Televisite, è già operativo in alcune branche specialistiche così come il Telecontrollo, dedicato soprattutto ai pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico, BPCO, diabete mellito. Lo sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) con il ruolo unico della Medicina Generale, delle Case della Comunità tramite anche dotazioni più ampie di apparecchiature per la diagnostica di I livello (ECG, ecografi, spirometri, retinografi, dermatoscopi, ecc) sono sicuramente un'opportunità fondamentale indispensabile per dare risposte adeguate e di prossimità e verranno ulteriormente diffuse e implementate nei prossimi anni.

Altro tema di prioritaria importanza per favorire la presa in carico dei pazienti, soprattutto se affetti da patologie croniche, è lo sviluppo dei PDTA e delle Reti Cliniche.

Il concetto di rete clinico-assistenziale, già previsto nel Decreto Ministeriale n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", ha l'obiettivo di assicurare che la presa in carico globale del paziente avvenga in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure, mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di tipologia e livelli diversi.

Per garantire una risposta efficace ai bisogni assistenziali sempre più crescenti e mutevoli, le tre Aziende Sanitarie della provincia di Modena stanno rafforzando i meccanismi di collaborazione e integrazione tra i diversi stakeholder ed è in corso la rivisitazione dell'intera catena dei servizi sanitari offerti: le forme di integrazione più efficaci coinvolgono infatti più livelli di assistenza, orientati alla presa in carico del paziente nel percorso di cura, contenendo in un'unica filiera la risposta ai bisogni di tipo sanitario e sociale della popolazione attraverso una dimensione orizzontale che fa riferimento a forme di cooperazione e/o specializzazione tra aziende, strutture o professionisti posti sullo stesso livello di cura. Le reti in sanità sono finalizzate al miglioramento dell'offerta di fronte alla crescente scarsità di risorse finanziarie (Lega, 2002): l'integrazione orizzontale viene infatti promossa per ridurre l'eventuale ridondanza e duplicazione dell'offerta, l'integrazione verticale viene invece progettata come sostegno alle dinamiche e sostituzione tra i livelli di cura: il trattamento di una specifica condizione/patologia viene riportato nell'ambito più appropriato dal punto di vista clinico, organizzativo/economico e della soddisfazione del paziente.

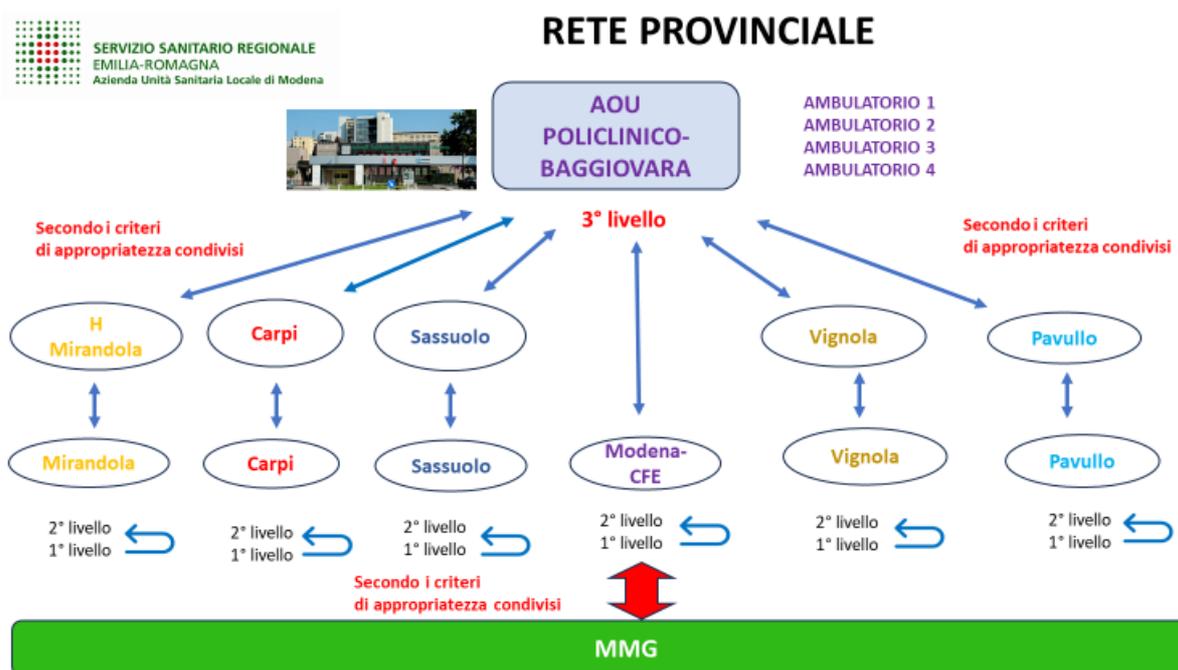
La Delibera del DG n.287 del 04/09/2023, ad oggetto "Approvazione del Progetto Interaziendale per le Reti Cliniche e progetti organizzativi provinciali" ha individuato 15 reti cliniche/progetti organizzativi interaziendali su cui agire a livello provinciale che sono:

1. Rete onco-ematologica
 - 1.1. Screening oncologici
2. Rete cure palliative adulti
3. Rete cure palliative pediatriche
4. Rete materno-infantile
5. Rete emergenza-urgenza

6. Rete neuropsichiatria infantile
 - 6.1. Rete riabilitativa pediatrica
7. Rete epatopatie croniche
8. Rete riabilitativa adulti
9. Rete terapia del dolore
10. Rete cardiologica e di chirurgia vascolare
11. Reti tempo-dipendenti
12. Rete diabetologica
13. Rete nefrologica
14. Rete dermatologia
15. Rete reumatologia.

Il percorso delle Reti Cliniche prevede per ogni ambito specialistico la mappatura dei Servizi che erogano prestazioni di I°, II° e III° livello presenti in provincia, secondo il modello rappresentato nella figura seguente:

Figura 16 – Reti cliniche provinciali.



Per facilitare la presa in carico dei pazienti nei vari livelli e all'interno delle Reti Cliniche, al fine del completamento diagnostico o per l'erogazione di terapie specialistiche, è in corso l'apertura della possibilità prenotativa di tutte le agende dei vari livelli della Rete da parte di tutti gli specialisti. Con questi percorsi sono inoltre favoriti la prossimità delle cure oltre all'appropriatezza dell'invio secondo criteri di appropriatezza prescrittiva condivisi fra i clinici facenti parte della Rete specialistica.

Nel triennio 2025-27 si provvederà a mappare e a sviluppare le 15 Reti secondo quanto sopra rappresentato e seguendo le tre Fasi rappresentate nella figura seguente:

Figura 17 – Attività per la definizione di una rete clinica.



Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito di salute della donna, infanzia, adolescenza e percorso nascita.

Percorso nascita

Le azioni da mettere in campo nei prossimi anni a garanzia dell'assistenza perinatale dovranno realizzarsi attraverso la presa in carico e la gestione della gravidanza a rischio su pazienti e/o problematiche complesse negli ambulatori ospedalieri dedicati. L'assistenza alla gravidanza fisiologica, come da indicazione regionale, dovrà essere erogata attraverso l'accoglienza alla donna presso il punto nascita da lei identificato e la presa in carico in autonomia da parte dall'ostetrica, garantendo l'assistenza al parto ed al puerperio fino alla dimissione di mamma e bambino.

Le azioni specifiche attivate e da mantenere sono relative a:

- Percorso nascita: incremento dell'attività ostetrica ambulatoriale di assistenza alla gravidanza a basso rischio ostetrico, incremento dell'offerta di corsi di accompagnamento alla nascita e di incontri informativi monotematici anche in collaborazione con il Centro per la Famiglie, offerta attiva di un primo colloquio informativo in gravidanza (entro la 9^a settimana) a tutte le donne, anche se seguite dai liberi professionisti, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale, contatto telefonico a tutte le donne in dimissione dai punti nascita provinciali;
- Sostegno all'allattamento: attivato servizio di risposta telefonica per informazioni da parte delle ostetriche del reparto, ambulatorio allattamento con accesso diretto dalle 7 alle 19. Gli indici relativi alla percentuale di allattamento evidenziano risultati positivi: allattamento completo a 3 mesi dal parto=56,41% (target>56%), allattamento completo a 5 mesi=51,23% (target>47%); sarà importante mantenere queste performance anche nei prossimi anni.
- Salute del pavimento pelvico: individuata un'equipe di Ostetriche e Ginecologi per attività ambulatoriale ostetrica di prevenzione, diagnosi e riabilitazione di 1° e 2° livello della patologia del piano perineale;

Un altro intervento messo in campo e da implementare è quello relativo al progetto di Studio regionale per la diagnosi non invasiva delle cromosomopatie (NIPT).

Come noto, pesa sui percorsi nascita e perinatale la difficoltà da tempo strutturata in provincia a reperire figure di specialista (Ostetriche e parzialmente anche Pediatri). L'Azienda è costantemente impegnata al reclutamento di specialisti ginecologi ed anche grazie al contributo solidaristico tra le strutture della provincia

(Ospedaliera di Modena e Sassuolo) si è potuto perseguire una forte riduzione della presenza in turno del personale delle cooperative.

Per quanto attiene l'assistenza pediatrica in sedi ospedaliere prive di punto nascita, tenuto conto del livello di prestazioni richieste in alcune fasce della giornata (numero e tipologia) e dell'attuale impegno di risorse occorrerà ragionare alla definizione di un nuovo modello di risposta che preveda anche il coinvolgimento di altre strutture/risorse (es. PS) che opportunamente formate potranno vicariare la presenza dello specialista.

Adolescenza

Gli Spazi giovani consultoriali (SG), un servizio dedicato alla fascia d'età 14-19 anni presente in ogni distretto con equipe multiprofessionali formate da ginecologi, ostetriche, psicologi, andrologo, assistente sociale con accesso libero, diretto e gratuito. Gli ambiti sono quelli tipici del consultorio familiari e riguardano la salute sessuale, riproduttiva e il benessere psico relazionale degli adolescenti e il sostegno alla genitorialità in adolescenza. In questi anni la popolazione di adolescenti che si è rivolta agli SG è stata in crescita. Le azioni previste:

- mantenere l'apertura e l'attività in ogni distretto di uno spazio giovani con personale dedicato e formato anche ricorrendo alla rotazione dello stesso;
- mantenere le attività cliniche e l'erogazione gratuita dei contraccettivi per la fascia d'età.

Percorso IVG

Con il superamento della fase di sperimentazione organizzativa il Consultorio familiare è diventato a tutti gli effetti un luogo di offerta di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica. Si completerà la diffusione delle nuove procedure ai professionisti sanitari.

Alla luce degli aggiornamenti normativi, una volta identificati gli spazi e un'adeguata dotazione strumentale si amplierà l'offerta del percorso IVG nei Consultori familiari ad altri distretti, oltre a quelli di Modena e Carpi.

E' stato presentato un progetto per l'utilizzo della telemedicina nei percorsi consultoriali, tra cui l'IVG farmacologica a domicilio, che verrà implementato.

Proseguiranno i lavori di coordinamento e monitoraggio del gruppo provinciale sul percorso IVG coinvolgente i consultori famigliari e gli ospedali.

Si rinforzeranno con gli ospedali percorsi per facilitare l'inizio e la compliance della contraccezione dopo IVG.

Innovazione in ambito salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infanzia e adolescenza, salute nelle carceri

In tema di accesso ai servizi, in un ambito particolarmente critico per la fragilità dell'utenza, dovrà trovare applicazione quanto previsto dal **Nuovo Piano Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030**, con particolare riferimento alle sei aree prioritarie:

1. promozione prevenzione e cura;
2. infanzia e adolescenza;
3. giustizia e misura di sicurezza;
4. risk management e sicurezza;
5. integrazione socio-sanitaria;
6. formazione e ricerca.

Fondamentale lo sviluppo dei tre pilastri previsti dal NPNSM, che sono rappresentati dal modello bio psico-sociale che supera l'approccio meramente clinico e considera anche i determinanti sociali e ambientali della salute mentale; dall'approccio One Health / One Mental Health che implica la salute fisica, psicologica, ambientale e sociale, in linea con gli orientamenti dell'OMS e della Commissione Europea; e da ultimo dalla centralità della persona non solo come paziente, ma come soggetto attivo nei percorsi di cura, affiancato da famiglia, caregiver e professionisti in n'ottica partecipativa.

Rafforzare i servizi del DSM-DP nelle Case della Comunità, migliorando accesso, prevenzione e integrazione dei percorsi per gli assistiti.

I punti di accesso alla rete dei servizi della 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 Dipartimento 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. La difficoltà nel reperire alcune figure di specialista (Psichiatri psicologie soprattutto Neuropsichiatri a reso più complesso la piena attivazione del modello.

Nel quadro delineato dal Decreto-Legge 23 maggio 2022, n. 77, che attribuisce alle Case della Comunità un ruolo centrale come strutture di primo contatto e riferimento per la salute globale — comprensiva della salute mentale — si pone l'obiettivo strategico di rafforzare la presenza e l'operatività dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) all'interno di tali strutture. L'integrazione tra DSM-DP e Case della Comunità rappresenta un tassello fondamentale per realizzare una presa in carico globale, territoriale e personalizzata, in grado di garantire prossimità, continuità e tempestività degli interventi di salute mentale.

Tale integrazione passerà attraverso una progettazione integrata e multilivello, finalizzata a promuovere l'effettiva continuità assistenziale e a facilitare l'accesso precoce ai percorsi di cura. In particolare, si intende:

- potenziare l'accesso ai servizi del DSM-DP, attraverso l'attivazione di modalità di collegamento strutturate tra le Case della Comunità e le articolazioni del Dipartimento, favorendo anche interventi di prevenzione e intercettazione precoce del disagio psichico;
- sviluppare percorsi di presa in carico integrata, in collaborazione con le Centrali Operative Territoriali (COT), i reparti ospedalieri e la rete dei servizi sociali territoriali, con particolare attenzione alla continuità post-dimissione (es. dimissioni protette, attuazione del PTRI);
- promuovere forme di collaborazione continuativa con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PdLS), in particolare per la gestione condivisa della patologia psichiatrica minore, rafforzando il ruolo della medicina di base nella rete della salute mentale;
- implementare percorsi per la prevenzione e la gestione della comorbidità collegata ai disturbi dei pazienti in carico ai tre settori del Dipartimento di Salute Mentale, valorizzando modelli assistenziali innovativi e l'impiego di tecnologie digitali per il monitoraggio, la comunicazione e l'aderenza ai trattamenti.
- sviluppare modelli assistenziali flessibili con sedi di erogazione delle attività nelle Case della Comunità, con particolare riferimento alle Case di Comunità dei Distretti con più Comuni
- svolgere attività di formazione per MMG, PLS e incontri con cittadini, scuole, gruppi di auto-mutuo aiuto nelle Case di Comunità.

Screening Oncologici

Le attività in essere per la programmazione e l'accesso agli screening oncologici derivano dai seguenti strumenti normativi ed organizzativi:

- PNP (Piano Nazionale Prevenzione) 2020-2025, investe sulla prevenzione dei tumori, sia mirando a migliorare l'offerta dei programmi di screening organizzato, sia promuovendo, accanto alle attività di promozione della salute e prevenzione, un approccio integrato e multidisciplinare in tutto l'iter diagnostico terapeutico lungo le diverse fasi della malattia, rispettando la centralità della persona, affinché come paziente sia inserita in un sistema organizzato, dove ogni livello operativo agisce nell'ambito di un modello a rete che implica una presa in carico globale, intesa lungo dimensioni mediche, sociali e psicologiche ed estesa all'intero percorso dall'ospedale al domicilio;

- PON (piano Oncologico Nazionale) 2023-2027, documento di pianificazione ed indirizzo adottato dalla Conferenza Stato Regioni, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure e migliorare la qualità della vita dei pazienti. Il piano pone particolare attenzione alla centralità del paziente, alla prevenzione primaria e secondaria, e alla continuità assistenziale,
- PRP (Piano Regionale di Prevenzione) 2021-2025, in continuità con la LR 19/2018 'Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria', è uno strumento di programmazione che fissa obiettivi, strategie e azioni da intraprendere per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, sulla base del contesto epidemiologico regionale.

Rappresenta un processo complesso, per il cui sviluppo è fondamentale mantenere coerenza con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e con il Piano Sociale e Sanitario anche per le opportune sinergie in fase di attuazione. In particolare, definisce le azioni mirate agli screening oncologici nel PL 13 (Piano Libero), sintetizzabili nella indicazione mantenere o aumentare la copertura degli screening oncologici.

L'anno in corso vede la ridefinizione organizzativa delle attività ed una puntualizzazione dei ruoli e delle responsabilità definite dalla DGR 582/2013, tramite la stesura del Documento di riorganizzazione del Programma Unico Screening Oncologici. Partendo dalle osservazioni regionali derivate dall'audit di giugno 2022, si sta lavorando per concretizzare l'unificazione del Centro Unico, il Responsabile del Programma afferente alla Direzione Sanitaria, la individuazione dei componenti il Comitato Direttivo. Si sono individuate le funzioni e responsabilità dei Case manager dei 3 screening, in ottica di miglioramento delle interfacce organizzative di percorso e di rinforzo alle attività di monitoraggio e garanzia di accesso ai secondi livelli in tempi congrui. E' prevista la centralizzazione delle agende per l'accesso ai secondi livelli con la finalità di facilitare un accesso omogeneo in tutta la provincia e una supervisione da parte del Centro Unico.

Sono previsti e declinati nelle schede di budget, oltre agli obiettivi quantitativi riferiti a tassi di copertura, adesione, tempistica di refertazione, anche obiettivi qualitativi che prevedono la presa in carico delle donne post operate al seno nei 10 anni dall'intervento da parte della Breast Unit di riferimento, poi il rientro allo screening (DGR 14/2024); l'ampliamento della fascia di età per gli aventi diritto allo screening colon retto (70-74 anni), la revisione dell'offerta del test HPV con modifica della fascia di età per le donne vaccinate.

Per la nostra provincia è inoltre previsto l'avvio del progetto per la consegna ed il ritiro della provetta per lo screening colon retto da parte delle Farmacie (autunno 2025).

Nell'ambito del Dipartimento Oncologico provinciale e con il supporto dei servizi Qualità delle 3 Aziende sanitarie, si dovranno attivare i gruppi di lavoro funzionali al recepimento dei PDTA regionali specifici.

Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e disuguaglianze

L'Azienda nel corso degli anni ha promosso un modello virtuoso di coinvolgimento dei cittadini e delle loro associazioni attraverso i Comitati Consultivi Misti, che hanno visto la partecipazione dei cittadini in numerose iniziative legate ai temi dei percorsi clinici diagnostico-terapeutici, della sicurezza aziendale, della promozione della salute e dell'appropriatezza e dell'emergenza-urgenza. Iniziative che sono state numerose volte co-progettate con le associazioni di riferimento attraverso il bando del terzo settore promosso dalla Direzione socio-sanitaria aziendale.

Anche per il prossimo triennio si prevede di continuare ad investire in questa logica, andando a sviluppare iniziative di co-progettazione, anche con particolare riferimento al coinvolgimento delle comunità di cittadini stranieri che insistono nei singoli territori, andando a identificare "agenti di prossimità" in grado di leggere i bisogni delle singole aree territoriali e di costruire risposte di comunità che possano integrare i servizi sanitari e sociali presenti sui territori. Un elemento chiave è quello di costruire fiducia e relazioni continuative tra le istituzioni sanitarie, sociale e le comunità.

Saranno sempre più sostenute progettazioni condivise a livello di comunità, per aumentare l'integrazione delle case della comunità e dei percorsi diagnostici all'interno delle comunità, sostenendo il ruolo attivo dei

volontari, come già avviene nel progetto delle Palestre della memoria. Particolare attenzione verrà dedicata al coinvolgimento della rete provinciale delle scuole, come già ora avviene, facendo diventare questi spazi generatori di salute e benessere per tutta la comunità in modello inclusivo e intergenerazionale.

Tenuto conto della sempre maggiore importanza del ruolo della comunicazione come determinante di salute, sarà inoltre sviluppato un Osservatorio della comunicazione della salute, mirato ad indagare i diversi strumenti comunicativi usati dalle diverse fasce di popolazione, di quali impatti essi hanno sulla salute delle persone, per poi andare a mettere in campo azioni mirate a sostenere il benessere di comunità attraverso interventi comunicativi partecipati legati alla sicurezza e appropriatezza delle cure e alla promozione della salute. Particolare attenzione sarà dedicata allo sviluppo di app dedicate alle singole fasce di popolazione, con piattaforme di ascolto e consultazione online, attraverso sondaggi, forum tematici e raccolta di feedback.

Questa capacità di lettura dei bisogni della popolazione di riferimento diventa essa stessa uno strumento in grado di aumentare l'integrazione delle professionalità e dei servizi in campo nei singoli territori, andando anche a incidere su una maggiore capacità e flessibilità di risposta dei servizi. Tutto questo potrà essere sviluppato anche attraverso il sempre maggiore utilizzo delle tecnologie e di modelli di virtual hospital, che diventano la risposta territoriale dei percorsi diagnostico terapeutici, in grado di ridurre la distanza dei cittadini dai punti di erogazione delle prestazioni altamente specialistiche e anche ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi e di esito nella popolazione.

Preme evidenziare l'attenzione posta alla partecipazione alla programmazione da parte di alcuni specifici stakeholder: Enti Locali nel loro ruolo di interpreti dei bisogni sociali e socio-sanitari della popolazione, ma anche e soprattutto rappresentanti del capitale sociale presente sul territorio ci si riferisce in particolare ai CCM, al terzo settore, alle associazioni in rappresentanza di specifiche categorie di pazienti. Attraverso queste figure è possibile acquisire punti di vista e prospettive diverse da quelle degli addetti ai lavori, mettere a fattore comune i comportamenti virtuosi presenti in altre realtà, armonizzare l'organizzazione dei servizi e migliorare nel complesso la qualità del percorso assistenziale.

Inoltre tra gli strumenti di valutazione della qualità di offerta, si intende sottolineare la rilevanza che devono assumere le iniziative volte alla rilevazione dell'esperienza dei pazienti PREMs e degli esiti PROMs o la conduzione di AUDIT specifici allo scopo di acquisire elementi per riorganizzare e migliorare i processi di cura.

Inclusione ed accessibilità D. Lgs. 222/2023

Con riferimento al Decreto Legislativo 222 del 13 dicembre 2023, ad oggetto "Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227", l'Azienda USL di Modena ha provveduto ad individuare il Responsabile dell'inclusione e dell'accessibilità che sarà chiamato a promuovere, nel prossimo triennio, degli obiettivi, inseriti nel ciclo della performance aziendale, volti a promuovere l'inclusione sociale all'accesso alle persone con disabilità nell'ambiente di lavoro nella pubblica amministrazione e di accessibilità ai servizi erogati.

Sviluppo della telemedicina

L'esperienza di assistenza "a distanza" fino ad oggi hanno dimostrato buoni risultati e gradimento da parte dei destinatari. Il contatto "a casa" da parte dell'équipe degli ambulatori della cronicità ha consentito il mantenimento della domiciliarità, la rilevazione di situazioni di instabilità in fase precoce senza ricadute peggiorative in termini di esiti di salute dei cittadini. Anche le televisite hanno permesso di sostituire parte dell'attività ambulatoriale specialistica di controllo in presenza e questo è avvenuto per quadri cronici noti o per pazienti con difficoltà di accesso alle strutture. Infine decisamente molto utilizzato lo SPOC, ovvero le consulenze tra professionisti, oltre 20 le discipline coinvolte con oltre 9.500 contatti anno).

Per tale ragione si darà impulso al potenziamento di tutte le attività erogabili in telemedicina e a distanza.

Anche nel contesto penitenziario saranno sviluppati ulteriormente Programmi di telemedicina che consentano l'erogazione a distanza di prestazioni specialistiche (telemedicina) e di teleconsulto tra professionisti.

Ovviamente occorrerà dimensionare di conseguenza l'insieme di applicativi collegati ai sistemi regionali di teleconsulto, garantendone una fruibilità da ogni ambito specialistico.

L'obiettivo del triennio è rappresentato dalla promozione delle azioni volte a garantire l'implementazione dei servizi di telemedicina dei percorsi della cronicità sul territorio e all'interno delle Case della Comunità, sviluppando sistemi di teleconsulto fra professionisti nei differenti setting territoriali. Con riferimento all'accessibilità si sottolinea come tutte queste iniziative sono rivolte a garantire una accessibilità più diffusa e competente, pertanto sarà data priorità all'utenza fragile per condizione clinica (inamovibilità) e/o sociale unità monofamiliari o altra fragilità anche di natura economica o relazionale) e/o residente nelle zone montane o comunque disagiate che hanno difficoltà all'accesso ai servizi sanitari o alle singole prestazioni.

Continuerà, nel triennio prossimo, lo sviluppo della telemedicina nelle varie espressioni assistenziali (televisita, teleconsulto e telemonitoraggio..).

Con riferimento alla televisita, il percorso già avviato con la diabetologia rappresenta il modello "pilota" da estendere anche ad altri ambiti, (gastroenterologia, endocrinologia, neurologia) che dovranno essere promossi nei prossimi anni. Saranno parimenti implementati progetti innovativi di efficientamento nell'utilizzo dei professionisti con esecuzione in capo ad infermieri e tecnici di indagini strumentali (al domicilio o presso le Case della Comunità) che poi saranno refertati in remoto dai medici (ci si riferisce a campi visivi, fondo dell'occhio, spirometria, ECG).

I Centri di salute mentale sono stati i primi servizi ad attivare la televisita nell'ambito della cartella clinica regionale CURE, con possibilità di attivare percorsi di teleriabilitazione e teleassistenza da parte delle professioni sanitarie. All'interno del Dipartimento stanno sviluppando progetti di televisita e telemonitoraggio per i pazienti ricoverati in RTI, in stretta collaborazione con gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

Lo Specialista on call risulta l'esperienza maggiormente sviluppata in Azienda (oltre 10.300 consulti da oltre 20 diverse discipline), questo modello da tempo in uso in provincia (introdotto prima del covid) ha permesso importanti risultati in termini anche di facilità di accesso dell'utenza che può approfittare, con offerta diffusa sul territorio, di consulenze particolarmente approfondite, perché supportate dalla competenza del consulente che da remoto supporta l'intervento del professionista di primo livello .

Azioni a supporto dell'equità e della parità di genere

Equità e medicina di genere

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sollecita i servizi sanitari a garantire qualità, efficienza e accessibilità dei servizi stessi a tutta la popolazione, nonché a monitorare le disuguaglianze in salute e intervenire per il loro contrasto sulla distribuzione di risorse e sui determinanti sociali della salute.

Tra i principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione, oltre all'universalità e all'uguaglianza è individuato un principio di equità, secondo il quale a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute.

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

L'obiettivo regionale va, quindi, perseguito come approccio strutturale, non solo indirizzandosi su ambiti specifici di vulnerabilità e iniquità, ma ponendo lo sguardo tanto verso le persone che usufruiscono dei servizi, quanto verso quelle che nei servizi lavorano.

In particolare, con determina regionale n. 28136 del 23/12/24, viene richiesto a tutte le Aziende sanitarie del territorio regionale la determinazione di un piano aziendale per l'equità e il contrasto alle disuguaglianze in salute, che dettagli priorità e azioni in tema di equità/rispetto delle differenze; espliciti obiettivi; risultati attesi e responsabilità e che si integri con gli obiettivi strategici dell'Azienda. Nella stessa determina regionale è richiesta la costituzione e l'attività di un board aziendale equità con l'obiettivo di mantenere una visione

sistemica e aziendale, orientare le azioni, promuovere e monitorare le buone prassi, favorire le iniziative formative e di approfondimento.

Nel suddetto documento, viene altresì individuata una figura di referente aziendale per l'equità, sia nell'AOU di Modena sia nell'AUSL di Modena, definita di concerto con la Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna, con ruolo di interfaccia tra il livello aziendale e quello regionale rispetto alla programmazione e il coordinamento delle azioni attivate dalle Aziende in una prospettiva di equità.

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

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

Il Board intende, dunque, caratterizzarsi come organismo intersettoriale, prevedendo al suo interno: rappresentanti delle Associazioni di Volontariato, la componente universitaria, le diverse diramazioni del territorio, i vari referenti coinvolti negli organismi aziendali strategici (CUG, HPH, ecc.) e le Direzioni delle due aziende.

Tale board si struttura come un gruppo ristretto con l'obiettivo di procedere in modo snello ed efficace ma si contraddistingue per la capacità di allargarsi sulla base delle tematiche affrontate.

Al fine, inoltre, di procedere alla determinazione di un piano interaziendale per l'equità e il contrasto alle disuguaglianze in salute, l'Azienda USL di Modena ha eseguito una ricognizione all'interno dei Dipartimenti/Servizi volta a mappare le azioni con focus sull'equità utili per il piano stesso, così come l'AOU di Modena che nel 2025 ha coinvolto i Direttori delle Unità Operative Complesse, delle Strutture Semplici Dipartimentali e i Coordinatori delle Professioni Sanitarie in una rilevazione di priorità e bisogni organizzativi in termini di equità.

L'obiettivo è stato quello di favorire la partecipazione e condividere un'analisi di contesto che potesse rappresentare i bisogni aziendali sulla tematica.

Per l'Azienda USL di Modena il CUG ha costituito un gruppo specifico che si occupa di Salute e medicina di genere con attenzione alle prassi e percorsi gender oriented, i principali ambiti di lavoro per il prossimo triennio possono essere così riassunti:

- Iniziative informative/formative ed eventi inerenti al tema Salute e Medicina di genere, strutturate secondo una programmazione annuale, gestite direttamente dal CUG o in co-progettazione con servizi interni ed enti esterni (CPOCUP-Rete CUG-Associazioni-Enti-Partnership) per studenti e professionisti della salute nonché di diffusione alla popolazione (Art.3 L. 3/18).
- Viene organizzato annualmente dal CUG in collaborazione con il referente Aziendale medicina di genere, un evento formativo rivolto ai professionisti dell'Azienda avente come obiettivo formare, sensibilizzare e aggiornare rispetto il tema della salute e medicina di genere.
- Mappatura e monitoraggio di percorsi diagnostico-terapeutici per professionisti e la diffusione alla popolazione (Art.3 L. 3/18) e L. RER 4/14 – Medicina di genere e cure personalizzate per cui, le Aziende Sanitarie devono garantire l'introduzione della tematica di genere nei PDTA.
- Analisi dei risultati del bilancio di genere nell'ottica di benessere, salute de* lavorator* e inclusione sulla base delle criticità emerse che hanno l'obiettivo di strutturare e monitorare azioni migliorative con i servizi coinvolti.
- Ormai per il terzo anno consecutivo, vengono organizzati metalaboratori di genere nei servizi che trattano le addictions, orientati a riconoscere e trattare meglio la differenza di genere dall'approccio clinico-farmacologico agli stereotipi comportamentali.

- Nel corso del 2025 l’Azienda USL ha aderito all’iniziativa divulgativa sulla medicina di genere rivolto alla cittadinanza, organizzata in tutti i Distretti dallo SPI-CGIL in collaborazione con il CRID UniMore
- Sono stati proposti i seguenti temi per una prossima trattazione e sviluppo:
 - a) Tutela e valorizzazione della maternità;
 - b) Relazione genitoriale e rischi del “digital Baby Sitting”;
 - c) Benessere over 50 e donna in menopausa;
 - d) Salute di genere e osteoporosi;
 - e) Salute di genere e malattie endocrine;
 - f) Salute di genere e cronicità;
 - g) Salute e stress lavoro correlato;
 - h) Salute, attività fisica e sani stili di vita;
 - i) Salute e tutele nella movimentazione dei carichi;
 - j) Active Aeging Inclusion;
 - k) Disable inclusion.

In sintesi, il piano equità interaziendale, contenente al suo interno i vari punti di vista aziendali, si focalizzerà sulle seguenti tematiche:

- 1) Garantire accesso equo, continuità e prossimità delle cure;
- 2) Promuovere la salute e il benessere organizzativo;
- 3) Rafforzare il diversity management;
- 4) Promuovere la cultura dell’equità;
- 5) Potenziare la health literacy;
- 6) Integrare l’ottica di genere nella pratica clinica e gestionale.

Bilancio di genere

L’Azienda USL di Modena sta lavorando, da diverso tempo, sulla produzione di un bilancio di genere. Tale percorso, previsto per il prossimo triennio, si inserisce in un contesto più ampio relativo alle Azioni Positive (Il Piano Azioni Positive è in calce al presente documento).

Il Bilancio di Genere è uno strumento strategico che evidenzia le dinamiche organizzative interne e le sfide nell’ambito dell’equità di genere, sia sul fronte della distribuzione del personale che nella progressione di carriera. Il rapporto conferma una marcata femminilizzazione dell’organico, con il 74% delle risorse occupate da donne, dato in lieve aumento rispetto all’anno precedente e comunque in linea con il settore sanitario. Le fasce di età maggiormente rappresentate da donne in Azienda sono quelle tra i 50 e i 60 anni; sono i ruoli tecnici, amministrativi e infermieristici a registrare le più alte percentuali di presenza femminile, tutti intorno all’80%. Tuttavia, nelle posizioni dirigenziali permangono disparità: se nelle Strutture Semplici le donne costituiscono il 64% (71 su 111), in quelle Complesse sono solo il 35% (28 su 79). Il Confronto con l’anno precedente evidenzia però un aumento degli incarichi femminili di struttura complessa che erano 31,25%.

Il Bilancio analizza, inoltre, il gender pay gap, il divario tra retribuzioni che, seppur inferiore rispetto al settore privato, si manifesta purtroppo in modo particolare nelle posizioni apicali. Occorre però sottolineare che tale differenziazione, più che interna all’Azienda, è il risultato di dinamiche pre-mercato e di scelte formative e professionali che penalizzano la carriera femminile lungo il suo corso; incide inoltre il disequilibrio vita/lavoro per cui le assenze per maternità e cura di familiari non sono riequilibrate dagli istituti di conciliazione previsti (maternità, congedi parentali, part time, smart working e permessi L104) nonostante l’ampio ricorso all’uso da parte femminile rispetto ai colleghi uomini. Il divario retributivo risulta però mitigato dalla graduale riduzione della differenza tra uomini e donne del numero di macrostrutture occupate e dalla riduzione dei tempi di permanenza nel profilo prima di raggiungere l’incarico superiore.

Vi è, in azienda, un sostanziale equilibrio di genere nei recessi volontari e nelle mobilità in uscita del rapporto di lavoro, che rappresentano la percentuale più alta rispetto ad altre cause. Il lieve incremento degli ultimi anni rispecchia una certa “spinta” al pensionamento, per un quadro legislativo incerto che viene percepito come penalizzante.

Per il prossimo triennio si intende ampliare l'indagine inserendo anche indicatori relativi al benessere lavorativo e/o organizzativo come le assenze e interruzioni del rapporto di lavoro che possono essere segnali di "disagio" lavorativo.

Governo della rete dei servizi socio-sanitari per persone con disabilità

L'avvio della riforma sulla disabilità su tutto il territorio nazionale, inizialmente previsto dal 1° gennaio 2026 ma posticipato al 1° gennaio 2027, rinnoverà profondamente i modelli di valutazione e di presa in carico della persona con disabilità e della sua famiglia. L'impegno dell'Azienda è la partecipazione, attraverso i propri professionisti, al Tavolo provinciale, istituito dalla CTSS, composto dai referenti di ambito sociale e sanitario, e finalizzato ad approfondire e condividere il nuovo quadro normativo e ipotizzare strategie di sviluppo, valorizzare e integrare le procedure-strumenti in atto anche in un'ottica di semplificazione e omogeneizzazione tra i differenti territori.

Si prevede inoltre l'attivazione di un percorso di accompagnamento e di promozione culturale partecipato, rivolto a tutte le associazioni di volontariato che operano nell'ambito della disabilità e salute mentale al fine dello sviluppo di un linguaggio/cultura per affrontare l'impatto della riforma in modo condiviso.

Migranti

L'Azienda si impegna a potenziare la tutela della salute dei migranti inclusi i Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale (RTPI) e Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) con particolare attenzione alla rilevazione precoce delle condizioni di vulnerabilità fisica e/o psichica. Il rafforzamento della governance multilivello si realizza attraverso il consolidamento dei seguenti presidi organizzativi/percorsi già attivi:

- Il gruppo provinciale migranti costituito da tutti gli stakeholder (Rete CAS e SAI, Centri Stranieri degli Enti Locali, Prefettura, Progetto Oltre la Strada) come rete di co-programmazione e co-progettazione;
- l'HUB Salute Migranti (gestito in collaborazione con i medici volontari dell'Associazione Porta Aperta) dove si effettua il primo screening sanitario e si attivano i percorsi di secondo livello: screening per MST, percorso vaccinale, certificazione medico-legale, ed accertamenti specialisti (DGR 1304/2022)
- Équipe per l'accertamento dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati come richiesto dalla DRG 2313/2022.
- Con il coinvolgimento della Medicina Legale e Risk Management si è dato avvio al percorso di certificazione medico-legale per le vittime di violenza e torture (comprese le MGF) che nel corso dell'anno del periodo di programmazione sarà formalizzato con una procedura dedicata.
- Consolidamento dell'équipe multidisciplinare MSNA e rinforzo del raccordo con la rete degli enti locali e degli enti gestori.
- Implementazione delle azioni di prossimità attraverso l'uso dell'Ambulatorio mobile.

La partecipazione al progetto Persone (2024-2027) consente un significativo consolidamento dei percorsi di accesso e presa in carico dei migranti forzati.

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

Il prossimo triennio sarà focalizzato sull'implementazione di strumenti di comunicazione bidirezionale con il cittadino, semplificando l'interazione con il sistema sanitario e garantendo un accesso più agevole e intuitivo ai servizi.

In particolare, si investirà maggiormente su strumenti che forniscano al cittadino un punto di accesso unificato per la gestione delle istanze amministrative sanitarie. L'offerta di servizi verrà progressivamente ampliata per includere una vasta gamma di pratiche, coprendo esigenze diverse e riducendo la necessità di recarsi fisicamente agli sportelli. Verranno inoltre potenziati i moduli integrati di backoffice che consentono il tracciamento puntuale di ogni singola richiesta. Attraverso una distribuzione più efficiente delle attività tra

gli operatori, si prevede di migliorare i tempi di risposta, garantire maggiore trasparenza dei processi e ridurre gli errori. In sintesi, lo sviluppo del sistema lato operatori, tramite il monitoraggio delle pratiche e lo sviluppo di sinergie, mira all'ottimizzazione del flusso di lavoro.

L'organizzazione manterrà un'attenzione costante verso l'evoluzione delle nuove tecnologie ICT al fine di identificare soluzioni innovative che possano ulteriormente semplificare i processi e migliorare l'accessibilità dei servizi. Tra le tecnologie sotto osservazione, e di cui si valuterà l'applicabilità e la fattibilità nel contesto specifico, anche insieme all'Azienda Ospedaliero-Universitaria, rientrano le varie applicazioni dell'Intelligenza Artificiale (AI).

Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico - Incremento del livello di alimentazione e digitalizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

La gestione e l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0, sebbene non sotto il controllo diretto dell'ICT sanitario, sono profondamente influenzati e abilitati dalle sue infrastrutture e dai suoi servizi. L'ICT si configura quindi come un facilitatore essenziale per l'intero processo.

Nei prossimi tre anni, le attività mireranno al miglioramento dell'accesso degli operatori al FSE, rendendolo più intuitivo e integrato con gli strumenti aziendali esistenti. Questa evoluzione mira a ottimizzare i flussi di lavoro e a ridurre la complessità operativa. Particolare importanza riveste la maggiore diffusione all'uso della firma digitale, elemento imprescindibile per la validazione e l'invio dei dati, che, pur essendo percepita come appesantimento della fase di refertazione, dovrà diventarne parte integrante.

Per promuovere un maggiore utilizzo del FSE da parte della cittadinanza, verranno intensificate le campagne informative coordinate a livello regionale. Tra queste il rilancio dell'iniziativa strategica della messa a disposizione dello SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale) attraverso le farmacie e la diffusione della CIE (Carta d'Identità Elettronica) che sta progressivamente interessando tutta la popolazione.

3.1.2 Sottosezione di programmazione dell'integrazione

Preliminarmente alla discussione delle attività/azioni nell'ambito della programmazione della sezione di programmazione relativa alla dimensione dell'utenza per la sottosezione dell'integrazione, si riportano a seguire le performance riportate dall'Azienda negli ultimi anni, raffrontati con la media regionale e gli attesi da letteratura (ove presenti). **Si evidenzia come le performance conseguite nel tempo dall'Azienda siano di norma in miglioramento e comunque spesso migliori della media regionale e dello standard atteso.** Fanno eccezione l'ospedalizzazione evitabile (nei maggiori di età) per le complicanze legate a BPCO, scompenso cardiaco, diabete che, pur in calo rispetto all'anno precedente, risultano superiori alla media Regionale, preme al proposito rilevare che la progressiva attivazione dei day service per condizioni trattabili al domicilio, potrà portare all'ulteriore contenimento di questo fenomeno. Il tasso di ricovero per TSO, e per minori (indicatori solo osservazionali) sono oggetto di approfondimento in quanto presentano trend in incremento, mentre risultano entro i limiti i ricoveri ripetuti entro i 30gg. Il tasso di ricorso al PS nella fascia oraria 8-20 di presenza dei MMG, pur essendo un indice osservazionale, presenta valori meritevoli di valutazione, buona la copertura dell'assistenza domiciliare ed il tasso di ricovero dei pazienti in ADI. Passibile di miglioramento il numero di deceduti per tumore assistiti dalla rete di cure palliative, entro gli standard la percentuale di ricoveri con in Hospice con degenza media inferiore a 7 giorni. I due indici riferiti alle IVG attestano della bontà del percorso chirurgico (entro i tempi) e farmacologico (diffuso sul territorio rispetto al percorso chirurgico). Entro i limiti la percentuale di ricovero in ospedale dopo dimissione dall'OsCo, con occupazione media pari al 90 % (indice di utilizzo in miglioramento nel tempo). Da ultimo il numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente risulta ampiamente entro lo standard atteso.

Infine, nell'ultima colonna si riportano i risultati attesi nel prossimo triennio (atteso PIAO): stante i buoni risultati conseguiti nell'ambito dei percorsi di integrazione ci si attende un mantenimento generale delle performance con l'unica eccezione per l'ospedalizzazione evitabile ed una parte degli indici relativi all'assistenza nelle cure palliative, per i quali la prossima implementazione della rete di Hospice (3 Hospice in programmazione) potrà consentire il miglioramento delle performance.

Integrazione										
Indicatore	trend	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	atteso RER 2024	ATTESO PIAO
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 - Indicatore NSG: D03C	↓	338,19	261,67	257,4	273,95	273,14	254,69	242,85	<=261 * 1000	↓
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - Indicatore NSG: D04C	↑	103	44,73	65,59	85,92	110,21	87,71	82,48	<=63	↓
Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	↑	24,2	21,97	24,18	26,46	29,22	24,81	30,51	8,50%	↑
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	↑	21,53	20,38	20,24	20,27	25,63	30,7	24,55	Osservazionale	↓
% di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - Indicatore NSG: D27C	↑	6,09	6,05	4,98	4,91	4,07	4,52	6,5	<=6,9%	↓
Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti - Indicatore NSG: D29C	↓	143,08	76,78	131,72	182,02	166,05	151,14	128,84	Osservazionale	↓
Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - Indicatore NSG: D05C	↑	69,64	42,45	42,62	36,01	87,14	88,66	70,41	Osservazionale	↓
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	↑	222,77	230,39	180,3	231,22	269,41	306,19	243,9	Osservazionale	↑
Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	↑	1,11	1,11	0,99	1,25	1,09	0,83	10,13	Osservazionale	↓
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - Indicatore NSG: D22Z	↑	84,9	81,5	84,42	89,64	100	100	100	>60	↑
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - Indicatore NSG: D30Z	↑	30,6	33,6	42,3	43,3	44,3	46,7	56,4	>=50%	↑
% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni - Indicatore NSG: D32Z	↓	-	14,38	25,69	23,23	21,14	17,15	25,35	<=25%	↓
% IVG medica sul totale IVG	↑	46,26	87,48	89,19	89,85	93,23	94,54	86,51	Osservazionale	↑
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	↑	18,13	27,59	18	21,74	20,88	23,19	15,34	<=25%	↑
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	↓	10,46	0,11	9,99	8,37	7,46	6,71	7,39	Osservazionale	↓
N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: D33Z	↑	43,75	37,26	34,5	38,04	38,89	38,07	39,48	>=24,6	↑
Tasso di occupazione Ospedali di Comunità	↑					88	90			↑

Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera delle attività ad alta complessità e a consumo di elevate risorse e potenziamento delle reti cliniche

L'obiettivo del triennio per la rete ospedaliera provinciale è la progressiva ulteriore riorganizzazione in ottica di ottimizzazione dell'offerta e dei processi assistenziali, rafforzando le interconnessioni tra le strutture delle reti locali e dipartimentali e le connessioni di queste con i Centri di riferimento regionali, avendo particolare attenzione all'efficacia dell'offerta, alla sicurezza delle cure e alla sostenibilità del sistema provinciale

complessivo. Di tutta rilevanza la promozione della contestualizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici che veda la piena integrazione dei contributi assistenziali che possono offrire le equipe (multiprofessionali e plurispecialistiche) che hanno ruolo all'interno del percorso di cura.

Nel corso del triennio, il modello di rete clinica integrata dovrà essere continuamente rimodulato sulla base delle competenze professionali, delle disponibilità tecnologiche della necessità di perseguire crescenti livelli di autosufficienza provinciale, sicurezza e di recupero di efficienza, ma anche di diffusione e capillarità dell'offerta volta a facilitare l'accesso alle prestazioni.

Particolare attenzione alla sostenibilità del sistema, evitando che «l'eccesso di concentrazione delle attività sugli hub» allontani ulteriormente i professionisti dagli spoke, rendendo ancor più complesso il reperimento di risorse che già in alcuni ambiti (emergenza, ostetricia e ginecologia, radiologia, anestesia, pediatria) risulta critico e difficilmente "tamponabile" con altre figure.

Tenuto conto dello storico andamento della mobilità passiva per ricovero, particolarmente rilevante nella disciplina ortopedia (e diagnostica pesante), è indispensabile definire in modo integrato (Pubblico- Privato accreditato) una strategia congiunta che porti all'ottimizzazione ed incremento della produttività della ricca rete di strutture che insistono in provincia, con importante incremento della risposta e contenimento del fenomeno che porta i cittadini modenesi a rivolgersi a strutture extraprovincia e soprattutto extra RER (progetto recupero mobilità passiva per ortopedia).

Questo potrà avvenire con una strategia comune che sia rivolta a valorizzare le rilevanti competenze presenti sul nostro territorio, assegnando loro spazi e tecnologie (condivisione delle piattaforme) per un ulteriore miglioramento dell'offerta prestazionale che porti alla riduzione dei tempi di risposta (interventi di protesica dell'arto inferiore) e ad un pacchetto di offerta che preveda l'integrazione di tutti i momenti e gli attori del processo assistenziale, dalla diagnosi all'intervento chirurgico, alla degenza in acuto ed alla successiva fase di riabilitazione. .

Sempre in ambito chirurgico occorrerà organizzare efficientemente la rete chirurgica aziendale, superando le verticalità delle singole strutture, per tale ragione nel triennio andranno resi operativi i modelli di rete fra le varie piattaforme produttive con la finalità di concentrare casistica in base alla complessità (es. modelli di focused factory) andando a perseguire la ricerca del maggior valore possibile nel percorso chirurgico, ovvero l'ottenimento dei migliori outcome (clinici, durata di degenza, infezioni e complicanze etc) con i minori costi (concentrazione ed utilizzo appropriato di tecnologie e device, utilizzo efficiente delle équipes operatorie etc).

L'utilizzo più efficiente delle piattaforme operatorie provinciali (es Vignola, Pavullo, Mirandola e Castelfranco, ma anche i robot presenti a Baggiovara ed Hesperia Hospital) favorendo l'ottimale impiego di risorse ed il contenimento dei tempi d'attesa per chirurgia di medio bassa complessità, e questo, anche attraverso l'ulteriore ricorso a equipe/team della AUSL, di Sassuolo e della AOU, (equipe itineranti) chiamate a garantire presso sedi diverse da quella di appartenenza interventi a residenti (e non) allo scopo di contenere le liste d'attesa (mantenendo comunque condizioni di sicurezza ed efficienza), rappresenta un esempio di integrazioni tra strutture, tecnologie e competenze che dovrà trovare ancora maggior impulso nel corso del prossimo triennio.

Preme al proposito evidenziare come grazie alla costituzione dei team itineranti con la presenza fissa dei chirurghi di Sassuolo, anche l'utenza degli Ospedali di Pavullo e Vignola può avere garantita in loco l'attività interventistica nell'ambito della chirurgia generale, orl, urologica, ginecologica, oculistica e del tutti recentemente anche ortopedica per interventi sui tessuti molli del piede e del ginocchio.

Oltre alle attività di chirurgia in regime di ricovero e ambulatoriale, nei prossimi anni dovranno essere ulteriormente promosse anche dinamiche di utilizzo integrato più efficiente delle piattaforme tecnologiche quali TC e RM, spesso gravate da indici di occupazione migliorabili pur in presenza di apparecchiature di ultima generazione che sono state rinnovate grazie ai fondi messi a disposizione dal PNRR.

Progetto reti cliniche e organizzative Come già accennato in altra parte del presente documento, da alcuni anni è attivo un progetto sui principali e più complessi processi produttivi, che vede la definizione di percorsi assistenziali, caratterizzati dall'integrazione delle risorse professionali, delle strutture e delle tecnologie, con impegni trasversali tra strutture ospedaliere e territoriali. Gli oltre 20 gruppi di lavoro interaziendali multiprofessionali e plurispecialistici già attivi sui singoli progetti, dovranno continuare nell'attività sistematica di valutazione quali quantitativa dei volumi erogati, messa in rapporto ai consumi e alle risorse

utilizzate (beni, farmaci, dispositivi, personale), nella verifica del posizionamento rispetto al benchmark regionale e nazionale con analisi degli scostamenti rispetto a linee guida e alla programmazione regionale (variazione non giustificata del prodotto erogato, ovvero **unwarranted variation**) finalizzati alla integrazione dei processi e al recupero di efficienza degli stessi con congruità delle risorse umane impiegate.

Costituiscono azioni prioritarie di questo importante processo di condivisione e integrazione delle risorse (umane, tecnologiche e di spazi) del sistema provinciale, le fattispecie sotto riportate:

- **Consolidamento delle reti cliniche e organizzative** implementando le relazioni collaborative tra strutture sia a livello regionale (rete cardiologica, oncologica e oncoematologica, chirurgia cardiovascolare e neuroscienze) sia a livello locale tra le Aziende sanitarie Modenesi anche attraverso la individuazione di percorsi assistenziali rilevanti volti a garantire omogeneità delle cure ed equità di accesso, tempestività della diagnosi e del trattamento, multidisciplinarietà dell'approccio clinico-assistenziale (efficacia), integrazione del percorso ospedale-territorio, ed efficienza nella gestione coordinata e commisurata delle diverse organizzazioni coinvolte (interaziendali e ospedale-territorio);
- **Definizione delle micro reti di prossimità** intese come attività delocalizzabili nei diversi contesti (ospedalieri e territoriali) ma comunque prossime all'utenza, sostenute con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale per una presa in carico condivisa con i consulenti in possesso delle specifiche competenze, (es ambito diabetologico e oncologico ma anche per il trattamento di patologie croniche ad elevato impatto epidemiologico, nelle discipline della neurologia, cardiologia, pneumologia ecc);
- Nell'ambito delle azioni volte a organizzare efficientemente la **rete di offerta provinciale** e con particolare riferimento all'area chirurgica, occorre implementare il ricorso a "combinazioni" professionali e assistenziali orientate alla essenzialità e sicurezza, si veda più avanti il progetto relativo agli schieramenti chirurgici per infermieri e anestesisti e condivisione di spazi e tecnologie);
- **Integrazione**, su base sovraziendale, **delle liste d'attesa** per procedure diagnostiche terapeutiche a media e-bassa diffusione;
- Governo dell'introduzione armonica (condivisa tra Aziende e professionisti) delle **tecnologie innovative**, mediante l'attenta valutazione dell'appropriatezza nell'utilizzo delle stesse (linee guida, e valutazione HTA preliminare all'introduzione di nuove prestazioni), condivisione delle tecnologie, anche le più complesse e ricorso, tramite specifico accordo, ad altre Aziende (integrazione pubblico-privato) solo nel caso di insufficiente disponibilità presso il pubblico modenese (es. ricorso al Privato accreditato per la robotica e lo stand by cardiocirurgico nel caso delle TAVI)..
- Promuovere una forte **governance pubblica** nel rapporto con la sanità privata accreditata, che è chiamata a contribuire in modo integrato al contributo del pubblico alla soddisfazione dei reali bisogni dei cittadini, sulla base dei piani di committenza aziendali.

Governo delle liste d'attesa

L'accesso alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale ed i relativi tempi di attesa delle prestazioni di chirurgia e di specialistica restano, una priorità, le prestazioni devono essere erogate secondo modalità, anche variabili nei vari distretti sanitari, ma accomunate da modelli che prevedano il massimo della capillarità e dell'efficacia di offerta garantendo al contempo i migliori livelli di sicurezza ed efficacia.

Oltre ai consolidati obiettivi sul numero e percentuale di interventi offerti alla popolazione entro gli standard, fissati dalla regione, si dovranno garantire nel tempo:

- l'adeguamento della capacità erogativa, utile a garantire il recupero dei pazienti in lista di attesa,
- la convergenza delle liste d'attesa di ricovero in un'unica lista aziendale, periodicamente mantenuta, a garanzia dell'equità e della trasparenza nell'accesso alle cure,
- il controllo dell'appropriatezza della domanda e del setting di erogazione della prestazione, attraverso il monitoraggio della dimensione della lista di attesa e della nuova immissione di pazienti (appropriatezza prescrittiva) con continua manutenzione delle regole di individuazione delle indicazioni e delle priorità;

- adeguamento della capacità erogativa verificando l'efficienza, la distribuzione geografica e le specificità delle strutture sanitarie a garanzia della maggior diffusione possibile dell'offerta, senza per questo ridurre i livelli di sicurezza ed efficacia delle cure;
- esercizio di una committenza verso il Privato (ed il pubblico) coerente con la domanda rilevata dalla lista d'attesa, tenuto conto della distribuzione geografica e della specificità delle strutture coinvolte;

Il box a seguire richiama i principali indicatori e i target in ambito di chirurgia che, a partire dagli attesi 2025 sotto riportati, costituiranno gli obiettivi dell'anno in corso ma anche dei successivi, intendendosi confermati con la sola accortezza del sistematico slittamento dell'atteso per gli scaduti dell'anno precedente.

Tabella 27 – Principali indicatori e target chirurgia.

Indicatori	Target
IND1015 - Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 90%
IND1016 - Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 85%
IND1017 - Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 90%
IND1018 - Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 75%
IND0980 - Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 80%
IND0982 - Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	≥ 90%
IND0984 - Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente (<i>anno 2024</i>)	≥ 80%
IND0985 - Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso (<i>anno 2025</i>)	≤ 1%

A seguire i principali punti del piano interaziendale di governo pluriennale dell'attività chirurgica.

1. Piena operatività della cabina regia dei ricoveri a valenza provinciale per la gestione integrata delle piattaforme chirurgiche provinciali (team itineranti) e della task force per la gestione dei letti (in occasione del picco influenzale, delle chiusure estive ed altre specifiche criticità);
2. Riorganizzazione delle sedute operatorie con priorità all'emergenza, alla casistica oncologica e al recupero dei pazienti in lista d'attesa secondo la priorità e secondo le indicazioni emerse dal gruppo di lavoro interaziendale operation;
3. Pulizia sistematica delle liste con re-call dei pazienti e tendenziale condivisione delle stesse;
4. Incremento della produttività in ambito chirurgico con ottimizzazione della logistica e dell'organico disponibili, grazie al ricorso mirato all'istituto dell'aggiuntiva e all'efficientamento degli slot disponibili (vd gruppo operation su occupazione sala, revisione dei contingenti, tempi di cambio paziente e ripristino ecc).

Da ultimo uno snodo cruciale del percorso chirurgico è identificabile nella funzione organizzativa del pre-ricovero, struttura di primo impatto con l'utenza (1° accesso al percorso chirurgico) deputata al monitoraggio puntuale delle liste di attesa e interfaccia principale della Gestione Operativa per gli aspetti sia di programmazione trimestrale delle attività (assegnazione delle sedute mensili alle specialità secondo liste di attesa e schieramenti) che di pianificazione settimanale (in considerazione della tipologia di pazienti, delle procedure chirurgiche e della occupazione dei posti letto). Fondamentale perciò garantire la adeguata formazione e dotazione di personale ai prericoveri, anche ipotizzando sinergie di area, e favorendo il

confronto tra le diverse sedi per omogeneizzare modalità di presa in carico e di attuazione dei profili di intervento su tutte le sedi provinciali.

Assistenza territoriale e applicazioni DM 77/22

L'Obiettivo del triennio è rappresentato dal conseguimento di tutti i target relativi alla assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 e dalle successive ulteriori disposizioni regionali e nazionali.

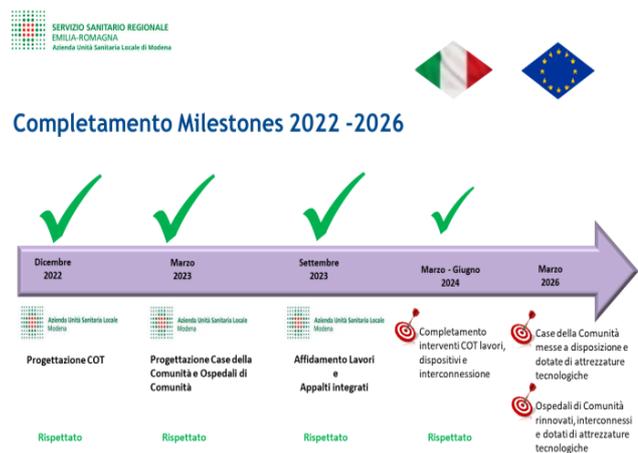
Come noto la riforma dell'assistenza territoriale promossa dal DM 77/2022 è l'occasione per rimodulare e sviluppare la rete di strutture territoriali presenti, l'obiettivo dovrà essere perseguito dando seguito alla programmazione

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

dei lavori definita a livello locale, senza trascurare la necessità di dare seguito all'avvio a quei servizi ed ai processi assistenziali fondati sull'interazione multiprofessionale e plurispecialistica al fine di assicurare interventi efficaci fondati sui principi dell'equità, appropriatezza e continuità dei percorsi di assistenza. Una tale azione di governo deve vedere le direzioni di Distretto esercitare la funzione centrale di programmazione e governo della rete dei servizi.

Nel prossimo triennio occorrerà pertanto garantire il rispetto della programmazione locale approvata, con particolare riferimento a:

Case della Comunità con realizzazione di tutte le strutture (hub) previste, nel rispetto dei criteri individuati e completamento dei progetti previsti dal Piano Operativo Regionale (DGR 811/2022) e completamento del percorso organizzativo interno alle Case della Comunità. In particolare, la struttura di coordinamento dovrà garantire il coinvolgimento dei principali attori della Casa della Comunità per la definizione e programmazione integrata delle attività nel rispetto delle indicazioni della Direzione di Distretto.



Promozione dell'utilizzo della medicina di iniziativa con finalità di prevenzione, diagnosi precoce diffusione di corretti e sani stili di vita, identificazione pro-attiva dei pazienti a maggior rischio di fragilità.

Valorizzazione dei luoghi di comunità in cui sia possibile applicare modelli e progetti innovativi per la gestione del paziente affetto da disturbi cognitivi e demenza con contestuale organizzazione di team mobili multiprofessionali che implementino le prese in carico e la cura a domicilio

Infermieri di famiglia e comunità strutturazione, anche in considerazione delle indicazioni di programmazione regionale del modello di organizzazione dell'attività degli IFeC sul territorio aziendale e il raggiungimento dello standard previsto

Centrali operative territoriali

Pieno funzionamento delle COT attive garantendo la piena funzionalità dei percorsi di transizione tra ambienti di cura

Sviluppo delle cure domiciliari: raggiungimento ed il mantenimento dello standard di copertura della popolazione ultrasessantacinquenne previsto dal target PNRR (DM 23 gennaio 2023 e eventuali ulteriori integrazioni) nonché la diffusione su tutto il territorio aziendale della continuità dell'assistenza nelle 24 ore.

Ospedali di Comunità raggiungimento degli obiettivi di attivazione dei post letto previsti dalla programmazione PNRR (1 Os.Co (20 letti) ogni 100.000 abitanti ovvero 140 letti in provincia)

Sviluppo della rete di cure palliative:

- raggiungimento dello standard numerico delle risorse professionali;
- che compongono la Unità di Cure Palliative Domiciliari che verrà definito a livello regionale anche nel rispetto del Piano di potenziamento delle cure palliative;
- implementare la connessione tra i nodi e potenziare la formazione specifica del personale medico ed infermieristico per garantire percorsi univoci nell'ambito delle cure palliative pediatriche

Medicina Convenzionata

- attuazione degli accordi regionali, attraverso accordi aziendali che, coerentemente agli indirizzi regionali, prevedano in particolar modo:
 - la realizzazione e lo sviluppo dell'assistenza territoriale secondo quanto indicato dal DM77/22 e dagli accordi nazionali vigenti;
 - l'attivazione di programmi di prevenzione e medicina di iniziativa;
 - la definizione di obiettivi di appropriatezza prescrittiva, governo dei consumi e presa in carico delle patologie croniche;
 - la definizione di indicatori di risultato e relativa erogazione delle incentivazioni vincolata alla effettiva verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Preliminarmente alla discussione sulle azioni da mettere in campo per garantire il congruo accesso alle prestazioni da parte del cittadino, preme evidenziare come nel contesto provinciale si continui a rilevare l'aumento ingravescente della domanda di prestazioni rispetto alla media Regionale mentre permangono le note e significative difficoltà di reclutamento dei professionisti, soprattutto in alcune discipline (oculistica, dermatologia, radiologia, fisioterapia, ginecologia, ecc): tutto questo genera difficoltà relativamente alla piena fruibilità dei sistemi di accesso e criticità dei tempi di attesa in alcuni ambiti.

Anche nel prossimo triennio occorrerà garantire l'adozione di interventi straordinari per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica come previsto dalla DGR n. 620/2024, il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso (urgente e programmato), secondo modalità coerenti con le indicazioni regionali, il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale e la gestione informatizzata delle agende di prenotazione e la loro manutenzione.

Ne deriva che gli interventi volti a garantire maggiore appropriatezza della domanda (si vedano al proposito gli alti indici di consumo nell'ambito della diagnostica pesante, TAC e RM, dell'EMG soprattutto in area nord, delle indagini di laboratorio in generale e con particolare riferimento ai marker tumorali) non sono più procrastinabili, occorrerà pertanto implementare sistemi di appropriatezza prescrittiva anche attraverso piattaforme di Intelligenza Artificiale. L'introduzione di strumenti di Intelligenza artificiale, infatti, potrà contribuire a raggiungere maggiori livelli di appropriatezza nella richiesta di indagini ed esami e contribuire al contempo all'educazione dei prescrittori.

Tra gli interventi di finalizzazione delle risorse immesse nel sistema, accanto al governo delle strutture interne, occorre sottolineare il controllo sulla committenza verso le strutture private accreditate.

Importanti le azioni volte a favorire la presa in carico degli utenti all'interno dei PDTA e delle Reti cliniche (vd specifico paragrafo) come fondamentale risulta la gestione di una adeguata informazione a pazienti e cittadini circa le misure poste in essere.

In ambito di specialistica ambulatoriale restano confermati, a garanzia dei tempi di accesso dell'utenza esterna, gli obiettivi relativi ai tempi di evasione delle prestazioni richieste e la possibilità di trovare sempre risposta ad una richiesta di prestazione (agende aperte con proiezioni pluriennali e presa in carico delle cronicità e dei follow up), questi potranno essere assicurati attraverso la congrua disponibilità (numero e mix) di prestazioni di specialistica ambulatoriale (vd garanzia della continuità assistenziale, come previsto dalla DGR 620/2024).

Di seguito il piano azioni interaziendale di governo dell'attività di specialistica ambulatoriale presiedute dalla Cabina di regia a valenza provinciale preposta alla condivisione delle azioni migliorative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi regionali:

1. Definizione del contributo richiesto ad ogni singola articolazione sulla base delle risorse (personale, tecnologie, spazi), complessità della prestazione e collocazione sul territorio;
2. Gestione dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale a livello provinciale, nel rispetto del concetto di prossimità, ove possibile, tramite la periodica pubblicazione dei bandi per specialisti con integrazione tra equipe ospedaliere e territoriali;
3. Garanzia della prescrizione in capo allo specialista evitando l'inutile re-invio al MMG/PLS con contestuale prenotazione a carico della struttura;
4. Miglioramento e verifica dell'appropriatezza prescrittiva (vd regole regionali) attraverso applicazione delle regole in capo a MMG prescrittore, ricorrendo anche a strumenti che vedono l'impiego dell'intelligenza artificiale;
5. Ricorso alla modalità erogativa del day service in grado di semplificare e rendere più appropriato l'accesso alle prestazioni o di teleconsulto a supporto della gestione sul territorio della casistica (ospedalizzazione evitabile);
6. Committenza «di sistema» nei confronti dei produttori pubblici (AOU e NOS) e privati accreditati finalizzata a garantire un'offerta diffusa, appropriata, sicura e aderente agli standard previsti per i tempi di erogazione;
7. Revisione in corso d'anno dei volumi dell'offerta dell'AOU di Modena, Ospedale di Sassuolo e del Privato Accreditato al fine di rispondere alle criticità emergenti (modulazione del contratto di fornitura);
8. Modulazione dell'offerta prestazionale.

La revisione dei percorsi assistenziali condivisi deve essere perseguita attraverso il lavoro dei gruppi interaziendali, multiprofessionali e polispecialistici del Progetto interaziendale reti cliniche e organizzative di Preme inoltre evidenziare che, per rispondere all'incremento dei bisogni collegati alla cronicità e all'espletamento di attività diagnostiche di primo livello, sono in corso lo sviluppo di nuovi modelli per l'assistenza territoriale e la presa in carico (DM77/2022), l'utilizzo della telemedicina (DGR 150/2023 e investimenti PNRR) come approccio sistematico e diffuso. Lo sviluppo, infatti, delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) con il ruolo unico della medicina Generale, delle Case della Comunità con dotazione più ampie di apparecchiature per la diagnostica di I livello (ECG, ecografi, spirometri, retinografi, ecc.) sono sicuramente un'opportunità fondamentale indispensabile per incrementare la capacità di dare risposte adeguate e di prossimità, senza necessariamente ricorrere alla consulenza di specialisti.

Garanzia della completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica ambulatoriale pubblica e privata accreditata (in convenzione con il SSR) nei sistemi CUP e lo sviluppo del sistema di prenotazione on line CUPWEB ampliando le disponibilità.

Altro tema di prioritaria importanza per favorire la presa in carico dei pazienti, soprattutto se affetti da patologie croniche, è lo sviluppo dei PDTA e delle Reti Cliniche.

Il concetto di rete clinico-assistenziale, già previsto nel Decreto Ministeriale n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", ha l'obiettivo di assicurare che la presa in carico globale del paziente avvenga in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure, mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di tipologia e livelli diversi.

Per garantire una risposta efficace ai bisogni assistenziali sempre più crescenti e mutevoli, le tre Aziende Sanitarie della provincia di Modena stanno rafforzando i meccanismi di collaborazione e integrazione tra i diversi stakeholder ed è in corso la rivisitazione dell'intera catena dei servizi sanitari offerti: le forme di integrazione più efficaci coinvolgono infatti più livelli di assistenza, orientati alla presa in carico del paziente nel percorso di cura, contenendo in un'unica filiera la risposta ai bisogni di tipo sanitario e sociale della popolazione attraverso una dimensione orizzontale che fa riferimento a forme di cooperazione e/o specializzazione tra aziende, strutture o professionisti posti sullo stesso livello di cura. Le reti in sanità sono

finalizzate al miglioramento dell'offerta di fronte alla crescente scarsità di risorse finanziarie (Lega, 2002): l'integrazione orizzontale viene infatti promossa per ridurre l'eventuale ridondanza e duplicazione dell'offerta, l'integrazione verticale viene invece progettata come sostegno alle dinamiche e sostituzione tra i livelli di cura: il trattamento di una specifica condizione/patologia viene riportato nell'ambito più appropriato dal punto di vista clinico, organizzativo/economico e della soddisfazione del paziente.

La Delibera del DG n.287 del 04/09/2023, ad oggetto "Approvazione del Progetto Interaziendale per le Reti Cliniche e progetti organizzativi provinciali" ha individuato 15 reti cliniche/progetti organizzativi interaziendali su cui agire a livello provinciale, si prevede l'integrazione dei temi individuati, inserendo anche ulteriori percorsi rilevanti non precedentemente inseriti. Vedi immagine a seguire.

Figura 18 – Reti cliniche provinciali.

Progetto provinciale pluriennale «Reti Cliniche e Organizzative»	
Reti Cliniche	Progetti Organizzativi
<ol style="list-style-type: none"> 1. rete onco-ematologica <ol style="list-style-type: none"> 1.1. screening oncologici 2. rete cure palliative adulti 3. rete cure palliative pediatriche (cpp) 4. rete materno-infantile 5. rete emergenza-urgenza 6. rete neuropsichiatria infantile (npi) <ol style="list-style-type: none"> 6.1. rete riabilitativa pediatrica 7. rete epatopatie croniche 8. rete riabilitativa adulti 9. rete terapia del dolore 10. rete cardiologica e di chirurgia vascolare 11. reti tempo-dipendenti 12. rete diabetologica (adulti e bambini) 13. rete nefrologica 14. rete dermatologica 15. rete reumatologica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. laboratori 2. politiche del farmaco 3. progetto cartella provinciale informatizzata 4. programma di contrasto alla violenza di genere 5. programma di contrasto al maltrattamento e abusi sui bambini 6. piattaforma provinciale tecnologie biomediche 7. cabina di regia provinciale specialistica ambulatoriale 8. cabina di regia provinciale piattaforme chirurgiche 9. telemedicina
4.1 Sottogruppo pediatrico della rete materno infantile	10 Percorso cefalee Ulteriori proposte in corso di valutazione <ul style="list-style-type: none"> - ICI malattie croniche intestinali - Celiachia - Rete nutrizionale preventiva e clinica - Rete clinica geriatria provinciale

Il percorso delle Reti Cliniche prevede per ogni ambito specialistico la mappatura dei Servizi che erogano prestazioni di I°, II° e III° livello presenti in provincia, secondo il modello rappresentato nella figura seguente:

Per facilitare la presa in carico dei pazienti nei vari livelli e all'interno delle Reti Cliniche, al fine del completamento diagnostico o per l'erogazione di terapie specialistiche, è in corso l'apertura della possibilità prenotativa di tutte le agende dei vari livelli della Rete da parte di tutti gli specialisti. Con questi percorsi sono inoltre favoriti la prossimità delle cure oltre all'appropriatezza dell'invio secondo criteri di appropriatezza prescrittiva condivisi fra i clinici facenti parte della Rete specialistica.

Nel triennio 2025-27 si provvederà a mappare e a sviluppare le 15 Reti secondo quanto sopra rappresentato e seguendo le tre Fasi rappresentate nella figura seguente:

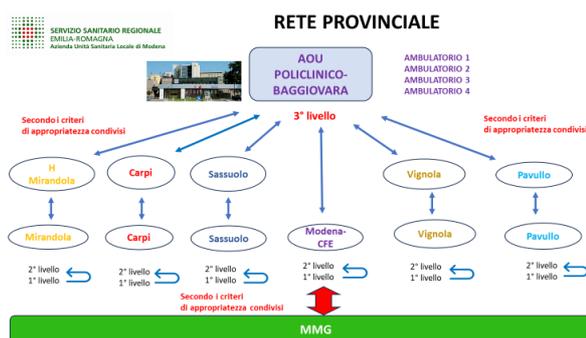
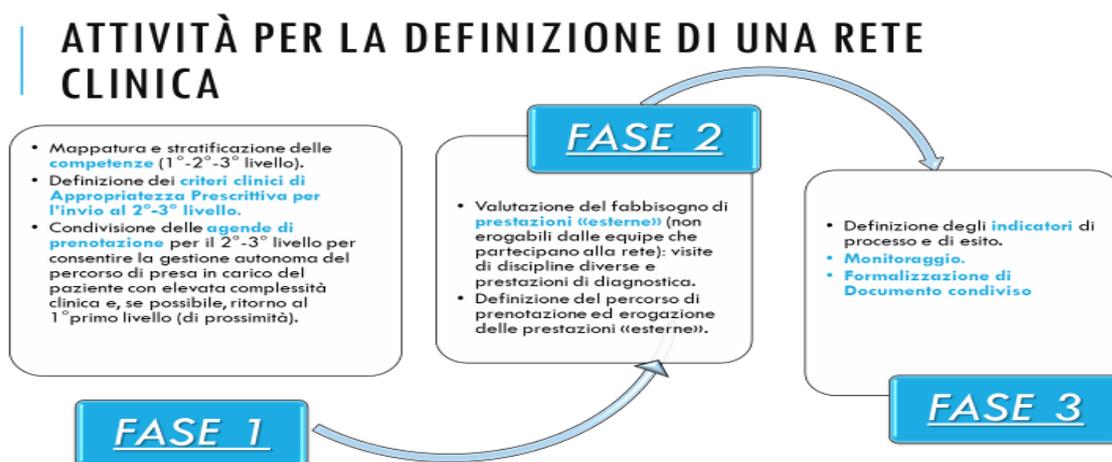


Figura 19 – Attività per la definizione di una rete clinica.



Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito di salute della donna, infanzia, adolescenza e percorso nascita

Percorso nascita

Per il percorso nascita proseguirà il lavoro della Rete clinico assistenziale area materno infantile e in particolare:

- rete assistenza alla nascita (gravidanza, parto, puerperio sia fisiologia che patologia) con particolare attenzione alla declinazione della continuità assistenziale ospedale –territorio sia in entrata che in uscita.
- rete i primi 1000 giorni di vita investire precocemente in salute, azioni e strategie nei primi mille giorni: dal concepimento ai 2 anni d'età.

Con le seguenti azioni condivise:

- rinforzo del ruolo ostetrico e relativa autonomia nella gestione del basso rischio ostetrico in gravidanza, parto e puerperio e implementazione della teleassistenza;
- nelle donne con gravidanza patologica a conduzione medica, implementazione dell'intervento dell'ostetrica nel percorso consultoriale, attraverso la programmazione di due controlli/bilanci di salute con l'obiettivo di valorizzare la fisiologia residua e la presa in carico integrata;
- implementazione delle nuove raccomandazioni per l'assistenza alla gravidanza fisiologica (Linea guida "Gravidanza fisiologica - prima parte e seconda parte" 2025) all'interno del percorso assistenziale dei consultori familiari;
- mantenimento e monitoraggio dell'offerta attiva dello screening NIPT (Non Invasive Prenatal Test) a tutte le donne in gravidanza nel primo trimestre, per fornire una stima del rischio di trisomie dei cromosomi 21, 18 e 13, che rappresentano la maggioranza delle anomalie cromosomiche evidenziate in epoca prenatale con l'ampliamento della possibilità di prelievo in tutti i distretti in un'ottica di prossimità. Nelle more del reclutamento degli MMG per le attività di registrazione sulla piattaforma regionale NIPT il consultorio organizza il percorso per il prelievo anche per le gravide seguite dai professionisti privati, si cercherà di superare questa situazione;

- monitoraggio e aggiornamento dell'attività di gestione e coordinamento per la presa in carico di donne in gravidanza e dei loro nuclei familiari con fragilità socio-sanitaria e multi problematicità e la dimissione dei neonati con bisogni speciali anche con la realizzazione di incontri di rete e attivazione di unità di valutazione multidimensionali
- mantenimento dello screening per il riconoscimento precoce del disagio psichico in epoca perinatale in tutti i distretti dell'AUSL di Modena. Manutenzione della rete sanitaria e sociosanitaria distrettuale multiprofessionale e multidisciplinare specifica, per il supporto e presa in carico della donna e la coppia/famiglia, per il monitoraggio dell'attività e per gli audit di casi complessi.
- aggiornamento e diffusione del protocollo per lo screening per la violenza domestica in gravidanza e postparto, per riuscire ad intercettarla/prevenirla precocemente onde evitare conseguenze rilevanti per la madre e bambino/a. L'obiettivo è individuare le donne e offrire loro un percorso di supporto psicologico e aiuto anche con il coinvolgimento della rete territoriale (Servizio sociale territoriale, Centri antiviolenza) e in caso di imminente rischio, mettere in atto azioni di protezione e prevenzione. Rinforzo della rete territoriale di supporto;
- potenziamento dell'attività dell'assistente sociale all'interno del CF per le crescenti intercettazioni di situazioni di fragilità sociale, multi problematicità, disagio psichico, violenza di genere, con ruolo di informazione, orientamento della persona, manutentore delle reti specifiche e la realizzazione di unità di valutazione multidimensionale;
- promozione e sostegno dell'allattamento e dell'attaccamento madre/bambino: mantenimento del lavoro del tavolo provinciale per il sostegno all'allattamento con il coinvolgimento delle ostetriche del consultorio familiare, punti nascita e le associazioni del terzo settore per azioni condivise; formazione specifica per gli operatori sanitari anche attraverso la FAD regionale;
- offerta attiva di visita di puerperio precoce da parte dell'ostetrica del Consultorio Familiare anche per le donne seguite privatamente e dimesse dai punti nascita: attivazione e informatizzazione del percorso in tutti i distretti e per tutti i punti nascita (Ospedale Carpi, Ospedale Sassuolo, Policlinico di Modena);
- mantenimento dell'offerta attiva dell'home visiting nei distretti con sospensione del punto nascita (Mirandola e Pavullo);
- revisione dei corsi di accompagnamento alla nascita: sviluppo di strategie per assicurare equità e inclusione di tutte le donne/coppie e individuare strumenti di monitoraggio e valutazione degli interventi. Creazione di una rete omogenea e permanente tra servizi per proporre un per-corso inclusivo delle molteplici professionalità e che risponda ai bisogni della nuova famiglia, in un'ottica di integrazione circolare tra ospedale e territorio e coinvolgendo attivamente i Centri per le Famiglie e le associazioni.
- mantenimento e implementazione della programmazione degli incontri periodici online destinati a tutte le donne della provincia inerenti tematiche di salute della donna e del bambino in collaborazione con la Neuropsichiatria Infantile e la Pediatria di Comunità, anche allo scopo di poter raggiungere le donne con scarsa possibilità di movimento o lontane <https://www.ausl.mo.it/media/Calendario-incontri-monotametici-da-settembre-a-dicembre-2025.pdf?x75285>
- sostegno attivo alla genitorialità:
 - mantenimento della collaborazione con le Consigliere di parità di Modena per la promozione dell'informazione alle future mamme e ai futuri papà e ai neogenitori sui diritti e i doveri in ambito lavorativo per permettere scelte familiari adeguate e promuovere il coinvolgimento attivo dei padri in un'ottica di co-genitorialità, di positiva espressività del ruolo maschile e di orientamento alla parità di genere, in collaborazione;
 - mantenimento della conduzione dei gruppi COS (Circle of security) per il sostegno alla genitorialità, per migliorare la capacità dei genitori sulla consapevolezza dei bisogni dei propri figli e migliorare l'interazione tra i genitori e i figli: nel consultorio familiare vengono arruolati i neogenitori di bambini fino ai due anni;

Adolescenza

Gli Spazi giovani consultoriali (SG), un servizio dedicato alla fascia d'età 14-19 anni presente in ogni distretto con equipe multiprofessionali formate da ginecologi, ostetriche, psicologi, andrologo, assistente sociale con accesso libero, diretto e gratuito. Gli ambiti sono quelli tipici del consultorio familiari e riguardano la salute sessuale, riproduttiva e il benessere psico relazionale degli adolescenti e il sostegno alla genitorialità in adolescenza. In questi anni la popolazione di adolescenti che si è rivolta agli SG è stata in crescita. Le azioni previste:

- mantenere l'apertura e l'attività in ogni distretto di uno spazio giovani con personale dedicato e formato anche ricorrendo alla rotazione dello stesso;
- mantenere le attività cliniche e l'erogazione gratuita dei contraccettivi per la fascia d'età;
- promuovere e implementazione la figura dell'andrologo e implementarne l'attività presso il servizio;
- inforzare l'attività psicologica e/o di accoglienza negli Spazi giovani, per una lettura precoce e una presa in carico del disagio psicologico e/o sociale in adolescenza, al fine di promuovere e rafforzare la resilienza e prevenire lo sviluppo di condizioni psicologiche più critiche.
- continuare a realizzare e implementare i progetti di promozione e educazione alla salute rivolti ai giovani e agli adulti di riferimento, (insegnanti, educatori, allenatori sportivi ecc.) in ambito scolastico e extrascolastico, in collaborazione con altri servizi dell'AUSL, della regione Emilia-Romagna e con Enti ed istituzioni del territorio (Comuni, Scuole, corsi di formazione professionale, centri di aggregazione sportiva e ricreativa, associazioni). L'obiettivo è far acquisire ai ragazzi conoscenze e competenze sui temi della salute riproduttiva e dell'educazione affettiva: il corpo, l'identità sessuale, le relazioni tra pari, tra generi, di coppia, la sensibilizzazione e la prevenzione della violenza di genere, la preservazione della fertilità, la contraccezione e le malattie sessualmente trasmissibili, nonché promuovere la conoscenza e l'uso dei servizi sanitari dedicati agli adolescenti. I progetti affettività e sessualità sono proposti sul catalogo aziendale Sapere & Salute [<https://www.ausl.mo.it/promozione-della-salute/sapere-e-salute/>] e si cercherà nei prossimi anni di introdurre l'offerta del progetto regionale per le scuole primarie "Tutto Cambia" sulla base delle risorse disponibili;
- lavorare sui servizi di rete sociale utilizzati dai ragazzi e ragazze, esigenza emersa dai continui riscontri avuti con gli adolescenti, sia durante le attività clinica che durante la realizzazione dei progetti di prevenzione nelle scuole. Per rimanere ancorato alla fascia di età adolescenziale e raggiungere più facilmente la popolazione target, si è sviluppato un canale social del servizio SG per divulgare informazioni per la promozione del benessere psico-fisico e facilitare il reperimento dei servizi loro dedicati sul territorio. L'azione prevista è mantenere e ampliare il progetto con lo sviluppo di contenuti che saranno curati dai professionisti della prevenzione degli SG.
- mantenere il raccordo e l'integrazione della attività degli SG con gli altri servizi sanitari, educativi, sociali, territoriali per costruire e mantenere le attività di rete (tavoli adolescenza, gruppo regionale spazi giovani e promozione della salute, progetto Youngle, tavoli distrettuali politiche della salute e prevenzione, tavolo abuso e maltrattamento all'infanzia, rete aziendale delle infezioni sessualmente trasmesse).

Percorso IVG

Con il superamento della fase di sperimentazione organizzativa il Consultorio familiare è diventato a tutti gli effetti un luogo di offerta di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica. Si completerà la diffusione delle nuove procedure ai professionisti sanitari.

Alla luce degli aggiornamenti normativi, una volta identificati gli spazi e un'adeguata dotazione strumentale si amplierà l'offerta del percorso IVG nei Consultori familiari ad altri distretti, oltre a quelli di Modena e Carpi.

E' stato presentato un progetto per l'utilizzo della telemedicina nei percorsi consultoriali, tra cui l'IVG farmacologica a domicilio, che verrà implementato.

Proseguiranno i lavori di coordinamento e monitoraggio del gruppo provinciale sul percorso IVG coinvolgente i consultori famigliari e gli ospedali.

Si rinforzeranno con gli ospedali percorsi per facilitare l'inizio e la compliance della contraccezione dopo IVG

Innovazione in ambito salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infanzia e adolescenza, salute nelle carceri

Il prossimo triennio dovrà trovare applicazione quanto previsto dal Nuovo Piano Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030, con particolare riferimento ai tre pilastri in esso contenuti:

- il modello bio psico-sociale che supera l'approccio meramente clinico e considera anche i determinanti sociali e ambientali della salute mentale;
- il One Health / One Mental Health che implica la salute fisica, psicologica, ambientale e sociale, in linea con gli orientamenti dell'OMS e della Commissione Europea;
- la centralità della persona non solo come paziente, ma come soggetto attivo nei percorsi di cura, affiancato da famiglia, caregiver e professionisti in n'ottica partecipativa.

L'attenzione sarà rivolta alle sei aree prioritarie:

1. promozione prevenzione e cura;
2. infanzia e adolescenza;
3. giustizia e misura di sicurezza;
4. risk management e sicurezza;
5. integrazione socio-sanitaria;
6. formazione e ricerca.

Servizi residenziali e semiresidenziali pubblici e privati: riordino orientato all'innovazione, che preveda il miglioramento dell'efficacia dei programmi riabilitativi

L'analisi condotta dall'Istituto Superiore di Sanità con il rapporto 23/9 per il Gruppo di Lavoro "Residenzialità psichiatrica" del 2023 confermata dagli esiti del Gruppo di Lavoro "Residenzialità psichiatrica" attraverso le "Linee programmatiche sulla residenzialità dei Servizi di Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna" (DGR 1322 del 01/07/2024) ha sottolineato come sia necessario contrastare costantemente la cronicità e la istituzionalizzazione attraverso una riqualificazione degli attuali percorsi residenziali finalizzati alla recovery dei pazienti in carico ai DSMDP.

Per quanto riguarda la provincia di Modena, verrà condotta nel 2025 un'analisi tanto sul versante sanitario quanto su quello sociosanitario volta a definire le principali criticità dei servizi residenziali e semiresidenziali pubblici e privati e a individuare le azioni di miglioramento rivolte a evitare il fenomeno della istituzionalizzazione e della lungodegenza.

In particolare, si interverrà sui tempi di permanenza:

- implementando la funzione riabilitativa delle strutture residenziali a gestione diretta e indiretta attraverso l'inserimento di interventi psicosociali EB all'interno dei percorsi residenziali. Tale progettazione è stata già avviata a Modena grazie alla formazione Illness Management & Recovery (IMR), che è tuttora in corso. Iniziata nel settembre 2024, per la Salute Mentale Adulti, ha coinvolto sia i professionisti del territorio sia quelli delle strutture (RTI) a gestione diretta ed è attualmente ora rivolta anche agli operatori delle Dipendenze Patologiche;
- intervenendo sui criteri di accesso ai percorsi residenziali sanitari e sociosanitari grazie a una ridefinizione degli strumenti di valutazione e di monitoraggio degli esiti del trattamento come previsto dagli indirizzi regionali. La formazione del personale dei CSM e del terzo settore, che riconosce una prima fase formativa rispetto agli strumenti valutativi nell'ambito della residenzialità sociosanitaria a Modena Centro, già nel 2011/2013 (formazione rispetto all'utilizzo del VADO), si è arricchita negli anni attraverso ulteriori esperienze formative (HONOS, MHRS, CASIG) che andranno diffuse e implementate rendendole strutturali a tutto il settore della Salute Mentale Adulti;

- intervenendo sull'assetto organizzativo migliorando le competenze degli operatori delle professioni rispetto alla figura del case manager all'interno di tutto il percorso di cura del paziente anche nella fase di ricovero in modo da dare continuità all'intervento fra ospedale e territorio;
- implementando la funzione della Cabina di Regia Ricoveri rispetto al monitoraggio dei percorsi di ricovero (SMA e NPIA in stretto collegamento con il monitoraggio della residenzialità del SERD) con una funzione di garanzia del rispetto dei tempi di permanenza.
- effettuando un'analisi delle caratteristiche progettuali attualmente in corso dei pazienti con diagnosi psichiatrica in strutture inappropriate per età e ad alto rischio di istituzionalizzazione, intervenire strategicamente a differenti livelli;
 - sensibilizzazione e formazione dei professionisti della salute mentale rispetto ai criteri di appropriatezza dei percorsi rivolti all'abitare in riferimento alle recenti Linee di Indirizzo Regionali (DGR 1322 del 01/07/2024) privilegiando metodologie innovative (abitare supportato, cohousing, housing first attraverso budget di salute, ...);
 - ridefinizione degli accordi con gli enti locali che tengano conto sia dei criteri di compartecipazione alla spesa riferiti ai LEA sanitari (2017) sia, in relazione all'età, il passaggio di competenze all'area anziani delle situazioni stabilizzate e con bisogni assistenziali ormai tipici dell'età geriatrica;
 - individuare, all'interno dei percorsi di coprogettazione con gli enti locali e con il terzo settore, progettazioni innovative nell'ambito dell'abitare supportato.

Nuove emergenze sanitarie: Programma aziendale Cocaina

Nel contesto di un mutamento significativo dei pattern di consumo e di un aumento della complessità clinica legata alle nuove sostanze psicoattive – in particolare cocaina e psicostimolanti – il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) dell'AUSL di Modena intende definire una strategia triennale orientata all'innovazione e all'integrazione interistituzionale per rispondere efficacemente a queste nuove emergenze.

In Regione Emilia-Romagna, è stato intrapreso, dalla fine del 2024, un processo di condivisione e definizione delle linee di indirizzo e programmatiche di livello regionale in tema di cocaina e psicostimolanti che saranno deliberate nell'autunno 2025.

Con Determina regionale 23854 dell'11 Novembre 2024, infatti, è stato costituito il gruppo regionale cocaina, con capofila Modena, che ha definito una serie di azioni di livello regionale: formazione, insediamento di tavoli misti pubblico-privato, integrazione interdipartimentale ed intersettoriale tra sanitari, EELL e Prefetture), stesura delle linee di indirizzo.

Contemporaneamente è stata sviluppata una formazione-intervento che ha coinvolto tutti i Direttori dei Programmi DP della Regione Emilia-Romagna e che ha avuto l'obiettivo di contribuire alle linee di indirizzo attraverso una visione condivisa a livello regionale, necessaria nell'affrontare fenomeni di grande complessità.

Sulla scorta di questo lavoro, il DSM/DP di Modena, tra la fine del 2025 ed il primo trimestre del 2026, definirà un documento programmatico che conterrà la formalizzazione dei quattro programmi specifici interni al Programma Dipendenze Patologiche:

- Fumo;
- Alcol;
- Addiction comportamentali (tra cui il gioco d'azzardo);
- Cocaina e Psicostimolanti

Questi programmi saranno sviluppati lungo i tre assi della prevenzione, cura e riabilitazione, valorizzando le peculiarità clinico-organizzative di ciascuna area.

Riguardo ai nuovi scenari ed ai nuovi consumi, il Programma DP (inteso come sistema di servizi pubblico-privato, rappresentato dalla Commissione Mista di Monitoraggio dell'Accordo con gli Enti Accreditati

(CMMAEA), nel prossimo triennio, punta a mantenere gli alti standard tecnici raggiunti nella prevenzione, cura e riabilitazione delle DP e a generare nei singoli territori e a livello provinciale (i due Servizi di Modena Nonantolana 1010 e Newton 150 si pongono, in ottemperanza al DM77/22 come hub provinciali):

1. innovazione tecnica:
 - a. applicazione di protocolli farmacologici per DP da oppioidi, alcol e cocaina;
 - b. diagnostica di primo e secondo livello;
 - c. prossimità ed attività di strada nelle aree sud e nord;
 - d. progetti su giovani ed anziani;
 - e. introduzione del modello IMR (Illness Management and Recovery) e valorizzazione della figura dell'Esperto in Supporto tra Pari (ESP);
 - f. collaborazioni scientifiche e formative con Università (es. convenzione con UNIPD, studi con UNIBO);
2. sviluppo di servizi di prossimità e domiciliarità in collaborazione con la CMMAEA;
3. interventi nei contesti detentivi: promozione di attività gruppali in carcere (rivolte ai consumatori di cocaina, gruppi antifumo);
4. piena applicazione della DGR 1322/24 in tema di residenzialità, garantendo il mantenimento della applicazione dei requisiti REX (DGR 1718/13);
5. sviluppo di percorsi formativi condivisi con Enti Locali, Forze dell'Ordine e CMMAEA, in continuità con la tradizione consolidata nel territorio modenese.
6. prevenzione su più livelli:
 - a. universale: iniziative di comunicazione, sensibilizzazione;
 - b. selettiva: protocollo con la Prefettura, avviso breve nelle case della Comunità su fumo e alcol, ambulatorio PREP;
 - c. indicata, in un'ottica di intercettazione precoce: limitazione dei danni e dei rischi in setting differenziati, collaborazione con AOU per ambulatorio PREP, per i danni alcol-correlati, per le infezioni da HCV;
7. cura del benessere dei team di lavoro multidisciplinari attraverso la formazione continua, la supervisione ed il team building.

Particolare attenzione sarà dedicata all'intercettazione dei mutamenti nei consumi di sostanze, potenzialmente pericolosi soprattutto per le fasce giovanili.

In tal senso, in collaborazione al Laboratorio analisi, si proseguirà nella direzione di aggiornare i pannelli di screening sui nuovi consumi così come è stato introdotto il test dei fentanil che è, attualmente, a disposizione piena dei clinici.

Riguardo alla lettura dei fenomeni, si sottolinea l'obiettivo di un Osservatorio per le DP, in coerenza con le indicazioni normative regionali e nazionali, di respiro dipartimentale.

Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e diseguaglianze

L'Azienda nel corso degli anni ha promosso un modello virtuoso di coinvolgimento dei cittadini e delle loro associazioni attraverso i Comitati Consultivi Misti, che hanno visto la partecipazione dei cittadini in numerose iniziative legate ai temi dei percorsi clinici diagnostico-terapeutici, della sicurezza aziendale, della promozione della salute e dell'appropriatezza e dell'emergenza-urgenza. Iniziative che sono state numerose volte co-progettate con le associazioni di riferimento attraverso il bando del terzo settore promosso dalla Direzione socio-sanitaria aziendale.

Anche per il prossimo triennio si prevede di continuare ad investire in questa logica, andando a sviluppare iniziative di co-progettazione, anche con particolare riferimento al coinvolgimento delle comunità di cittadini stranieri che insistono nei singoli territori, andando a identificare "agenti di prossimità" in grado di leggere i bisogni delle singole aree territoriali e di costruire risposte di comunità che possano integrare i servizi sanitari

e sociali presenti sui territori. Un elemento chiave è quello di costruire fiducia e relazioni continuative tra le istituzioni sanitarie, sociale e le comunità.

Saranno sempre più sostenute progettazioni condivise a livello di comunità, per aumentare l'integrazione delle case della comunità e dei percorsi diagnostici all'interno delle comunità, sostenendo il ruolo attivo dei volontari, come già avviene nel progetto delle Palestre della memoria. Particolare attenzione verrà dedicata al coinvolgimento della rete provinciale delle scuole, come già ora avviene, facendo diventare questi spazi generatori di salute e benessere per tutta la comunità in modello inclusivo e intergenerazionale.

Tutto questo potrà essere sviluppato anche attraverso il sempre maggiore utilizzo delle tecnologie e di modelli di virtual hospital, che diventano la risposta territoriale dei percorsi diagnostico terapeutici, in grado di ridurre la distanza dei cittadini dai punti di erogazione delle prestazioni altamente specialistiche e anche ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi e di esito nella popolazione.

Approccio innovativo del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute

Prevenzione

Un obiettivo trasversale e prioritario sarà l'incremento della copertura vaccinale antinfluenzale negli over 65, anche in preparazione alla co-circolazione stagionale di virus respiratori.

La campagna vaccinale antinfluenzale rappresenta un'importante sfida del Dipartimento di Sanità Pubblica, figurandosi come una delle principali attività di prevenzione primaria a livello di popolazione. I cambiamenti demografici ed epidemiologici, così come le opportunità offerte dalla trasformazione digitale, impongono un'evoluzione strutturata delle modalità di programmazione e gestione della campagna.

Il Servizio di Igiene Pubblica del Dipartimento di Sanità Pubblica, in coerenza con gli indirizzi regionali, propone una strategia Triennale centrata su Promozione della Salute integrate con approccio proattivo e implementazione degli strumenti digitali.

Verranno promosse, in particolare:

- Coordinamento aziendale con task force dedicata interservizi;
- Una programmazione anticipata e flessibile, con attivazione precoce della campagna in base ai dati di sorveglianza virologica (RespVirNet);
- Rafforzamento della chiamata attiva, con sistemi di invito personalizzati con integrazioni nell'FSE - App ER;
- Estensione dei punti vaccinali (MMG, PLS, farmacie, Case della Comunità, Servizi vaccinali, strutture ospedaliere, Medici Competenti);
- Accesso facilitato tramite sedute Open Day;
- Comunicazione e coinvolgimento della popolazione con campagne social mirate, collaborazione con stakeholders e creazione di materiali multilingua;
- Formazione continua degli operatori coinvolti, includendo anche MMG, PLS e farmacisti;
- Monitoraggio in tempo reale e valutazione di efficacia: revisione periodica degli obiettivi con valutazioni successive e risoluzione delle eventuali criticità riscontrate e cruscotti settimanali per analisi delle coperture vaccinali.

La proposta triennale si fonda sull'esperienza della campagna 2024-2025 e mira a consolidare un approccio moderno e integrato. Il Servizio Igiene Pubblica è centrale per garantire coerenza organizzativa e promuovere un'adesione vaccinale sempre più ampia, equa e consapevole.

Governance della spesa e uso appropriato dei farmaci, delle tecnologie associate e dei dispositivi medici

La Direzione Generale intende rafforzare l'integrazione gestionale e funzionale tra i diversi livelli di cura, ponendo al centro la sicurezza, la qualità delle cure e l'appropriatezza prescrittiva.

L'obiettivo strategico è rafforzare l'integrazione tra i professionisti delle aziende sanitarie che insistono sul territorio provinciale attraverso:

1. Verrà data continuità al lavoro di gruppi multidisciplinari ospedale-territorio per la condivisione di indirizzi prescrittivi, per attività di audit e monitoraggio per aree a rilevante impatto clinico ed economico, con particolare riferimento ai seguenti ambiti:
 - Deprescrizione-riconciliazione politerapie complesse;
 - Diabetologia;
 - Patologie pneumologiche croniche;
 - Patologie in ambito cardiovascolare e dislipidemie;
 - Impiego dei farmaci per la mineralizzazione ossea e uso appropriato VITAMINA D;
 - Terapie con antibiotici sia in ambito ospedaliero che territoriale;
 - Prescrizione appropriata dei PPI;
 - Terapie con anticoagulanti;
 - Terapie ospedale-territorio in oncologia, emato-oncologia;
 - Cure palliative e impiego delle terapie farmacologiche nel fine vita

In linea con la progettualità della rete provinciale "Politica del farmaco" allo scopo di favorire la massima condivisione prescrittiva nel contesto provinciale (omogeneità, equità e appropriatezza di accesso alle cure) tra i medici di medicina generale e gli specialisti, in un'ottica di programmazione e corretta allocazione delle risorse assegnate per farmaci ad alto costo, con contestuale promozione di una formazione capillare ed estesa sia in ambito ospedaliero che territoriale.

2. Realizzazione di incontri periodici con gli specialisti prescrittori delle tre Aziende del territorio provinciale: Azienda USL di Modena, Ospedale di Sassuolo e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena. Tali incontri sono finalizzati a valutare l'andamento della spesa dei farmaci a carico dell'AUSL a prevalente prescrizione specialistica ospedaliera e a definire budget condivisi per le classi di farmaci "determinanti di spesa", che rappresentano circa l'80% della spesa farmaceutica ospedaliera dell'AUSL di Modena. Si tratta, in particolare, di farmaci erogati in Distribuzione Diretta e prescritti, nella maggior parte dei casi, da specialisti afferenti alle strutture ospedaliere non direttamente gestite dall'AUSL (AOU Modena e Ospedale di Sassuolo). In questo contesto, è fondamentale promuovere un coinvolgimento diretto e una corresponsabilizzazione dei prescrittori, affinché gli obiettivi regionali di spesa assegnati all'AUSL siano condivisi anche da coloro che determinano, tramite la prescrizione, l'impatto economico. Gli incontri sono strutturati per aree terapeutiche omogenee e coinvolgono specialisti in reumatologia, dermatologia, gastroenterologia, pneumologia, endocrinologia, cardiologia, oncologia ed ematologia, otorinolaringoiatria, neurologia. Durante gli incontri, oltre alla revisione degli indicatori clinico-assistenziali (numero di pazienti per patologia, farmaci impiegati, linee di trattamento), si analizzano in dettaglio i trend prescrittivi per centro e per specialista, il costo medio per trattamento e durata media della terapia; le spese indotte a carico dell'AUSL derivanti dalle prescrizioni effettuate da centri esterni (AOU Modena e Ospedale di Sassuolo). Questo approccio consente di promuovere l'allineamento clinico e organizzativo tra le diverse realtà aziendali, rendendo trasparente il legame tra comportamento prescrittivo e sostenibilità del sistema e contribuendo così a un modello di governo condiviso, integrato e responsabile della spesa farmaceutica.
3. Area oncoematologica. Analisi dei trattamenti farmacologici orali ed endovena con particolare riferimento a:
 - a. adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici formulate dal gruppo GReFO e approvate dalla Commissione regionale del farmaco. Verranno monitorati gli indicatori relativi alle raccomandazioni di pari direzione e forza sulla scelta del farmaco, per l'uso prevalente, che considerano anche il rapporto costo/opportunità;
 - b. analisi del trend del numero dei pazienti trattati, costo medio per paziente, durata media del trattamento;
 - c. monitoraggio delle nuove formulazioni dei farmaci oncologici per via sottocutanea;
 - d. reportistica relativa alle "eccezioni prescrittive" ovvero off-label e fuori rimborsabilità;
 - e. analisi di utilizzo dei farmaci oncologici nel fine vita.

4. Farmacie del territorio: prosecuzione della collaborazione sancita dall'Accordo integrativo locale fra Azienda USL di Modena e le farmacie pubbliche e private convenzionate, in materia di assistenza farmaceutica e di prenotazione di prestazioni specialistiche e altri servizi per i cittadini. Da anni nella nostra realtà le farmacie convenzionate hanno dimostrato di poter sviluppare nuove attitudini in modo integrato con le strutture sanitarie locali, offrendo, nell'ambito della Farmacia dei Servizi, un contributo dinamico nel coadiuvare la gestione dei servizi, facilitando l'accesso alle prestazioni e promuovendo un uso più consapevole ed informato dei farmaci.

In particolare si darà continuità a:

- progetti di ricognizione della terapia farmacologica, rilevazione delle sospette reazioni avverse ai trattamenti farmacologici e monitoraggio di aderenza alla terapia (paziente affetto da BPCO ed eventuali altre patologie con particolare riferimento ad ipertensione e diabete);
- supporto al rilascio del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- somministrazione di vaccinazioni (vaccini antinfluenzali, AntiSarCov2, ...);
- prenotazione delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali (Farmacup);
- erogazione dei farmaci in Distribuzione per Conto (DPC);
- partecipazione a campagne, progetti di counselling breve sugli stili di vita, progetti di screening.

Saranno inoltre implementati:

- il progetto di allestimento personalizzato di formulazioni farmaceutiche partendo dalla raccolta delle adesioni delle farmacie al progetto di "allestimento di preparazioni galeniche a base di amoxicillina" quando non reperibili in Italia e/o per la ripartizione di compresse/capsule di amoxicillina, al fine di erogare unicamente il numero di unità posologiche necessarie secondo la terapia prescritta, evitare sprechi e contenere i livelli di antibiotico-resistenza (DGR 1335 1luglio 2024);
- i progetti di screening: in particolare la consegna ed il ritiro delle provette per la raccolta dei campioni biologici dei pazienti che aderiscono allo screening colon-retto. Formazione dei farmacisti perché possano fornire istruzioni dettagliate al cittadino per la raccolta e gestione del campione biologico, anche in funzione di aumentare l'adesione allo screening.
- il progetto di telemedicina: prosecuzione della Fase 1 ed avvio della Fase 2 prevista dalla DGR 1609 del 8 luglio 2024 in tema di erogazioni di prestazioni di telerefertazione in ambito cardiologico;
- un progetto pilota di collaborazione tra il Servizio Farmaceutico Territoriale ASL e le farmacie del territorio che verrà condiviso e avviato per creare un sistema integrato di monitoraggio e verifica delle terapie al fine di promuovere l'appropriatezza nell'uso dei farmaci, garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio nonché il rispetto delle limitazioni normative per la rimborsabilità, sulla base di obiettivi e indicatori in linea con gli indirizzi regionali. Nella prima fase l'attenzione sarà rivolta agli inibitori di pompa protonica (PPI) ampiamente prescritti per il trattamento di patologie gastrointestinali legate all'iperacidità. Numerose evidenze tuttavia dimostrano un uso eccessivo e spesso non appropriato, in particolare per quanto riguarda la durata della terapia, le indicazioni e la posologia. L'obiettivo è creare un modello collaborativo farmacista–servizio farmaceutico replicabile su altri farmaci critici.

Contestualmente il Servizio Farmaceutico Territoriale, in collaborazione con il Servizio di Igiene Pubblica, continuerà a rendersi disponibile a fornire supporto alle farmacie che per implementare le attività correlate alla Farmacia dei Servizi e adeguare i locali alle disposizioni regionali in materia, desiderano ampliare o rinnovare la farmacia.

5. Farmacisti del Dipartimento Farmaceutico interaziendale: verranno proseguiti i periodici interventi di formazione sul campo fondamentali per il miglioramento dell'organizzazione, dell'omogeneità degli interventi, la conoscenza dei processi e delle procedure, la condivisione degli obiettivi e delle indicazioni regionali ed aziendali nei diversi ambiti di attività ed il miglioramento delle conoscenze e competenze specifiche. Verrà implementato per i farmacisti del Dipartimento un percorso formativo incentrato sulla comunicazione efficace con i pazienti in front-office mirato al miglioramento della percezione di sé, della capacità di comunicazione e interazione con l'utenza e alla riduzione dei conflitti. Il percorso, organizzato in collaborazione con il Servizio Formazione ed il Servizio di Psicologia Clinica aziendali attraverso un'alternanza di momenti di formazione frontale e

laboratoristico-esperienziale ha l'obiettivo di fornire strumenti utili a favorire un servizio più efficace al paziente ed al contempo il benessere lavorativo, la crescita professionale e l'interazione di gruppo.

Ambito sociosanitario

Programmazione della Ausl di Modena imprescindibilmente connessa alla programmazione sociosanitaria e ai piani attuativi Distrettuali

La programmazione e la realizzazione delle attività della Direzione delle Attività Sociosanitarie per il triennio 2025-2027 si baseranno principalmente sulle indicazioni contenute nei documenti di programmazione regionali (la DGR 65 del 23/01/2025 contenente gli obiettivi di mandato della Direzione generale dell'AUSL di Modena. Per ogni anno le attività saranno modulate sulla base delle delibere di programmazione annuale (come la DGR 972 del 23.06.2025 per l'anno 2025) e della negoziazione di budget.

Le attività della Direzione Sociosanitaria per il triennio 2025-2027 saranno coerenti con gli indirizzi della programmazione regionale, assicurando un costante allineamento con le tempistiche e i contenuti del prossimo Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR). Sarà inoltre garantita l'integrazione con i Piani Attuativi Distrettuali, al fine di ottimizzare le risorse e rispondere in modo efficace ai bisogni del territorio. Questo processo di allineamento continuo e progressivo garantirà una governance coordinata anche con gli Enti Locali, in linea con gli obiettivi di integrazione sociosanitaria e con le priorità definite a livello regionale e locale.

DM 77/22 (centrale operativa territoriale COT, Dimissione protetta, Consolidamento punti unici di accesso PUA)

Nella prima fase temporale della presente programmazione, si arriva alla conclusione dei lavori edilizi presso le case della comunità, contestualmente e successivamente è necessario maturare, e formalizzare con puntuali strumenti descrittivi, le scelte relative a organizzazione, tecnologie e integrazione tra enti, sia locali, sia del terzo settore e le organizzazioni del territorio. Dal punto di vista sociosanitario gli si programma il consolidamento degli accordi sociosanitari già sottoscritti tra Ausl di Modena e EELL rispetto al contributo interistituzionale per l'apertura e il pieno funzionamento dei PUA, per il mantenimento in piena operatività delle COT perseguendo gli obiettivi finali di rendere l'attività dei servizi più accogliente e efficace nei confronti delle persone e dei caregiver che vi si rivolgono, di rendere più appropriati e fruibili i percorsi di dimissione protetta, valorizzando gli ospedali di comunità e i servizi residenziali sociosanitari.

PANFLU

Nell'ambito delle attività previste dal Piano strategico di risposta a una pandemia influenzale (PanFlu), la Direzione delle Attività Sociosanitarie promuove un approccio integrato che coinvolge attivamente la rete territoriale, con particolare attenzione alla collaborazione tra il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, il Dipartimento di Sanità Pubblica e gli enti gestori delle strutture sociosanitarie. La Direzione Sociosanitaria, con il coinvolgimento delle responsabili sociosanitarie territoriali di ciascun Distretto, monitora l'andamento della campagna vaccinale all'interno delle strutture per la disabilità e la non autosufficienza presenti sul territorio accompagnando iniziative di sensibilizzazione, diffusione di strumenti di autocontrollo e formazione per garantire una corretta informazione e adesione alle attività previste dal Piano.

Governo clinico

Nel prossimo triennio verranno sviluppate e consolidate le attività del gruppo multidisciplinare e multiprofessionale, denominato "governo clinico", di supporto al coordinamento sanitario della assistenza sociosanitaria e socio-assistenziale residenziale per anziani con l'obiettivo di promuovere e monitorare il miglioramento continuo. I professionisti manterranno il compito di supportare sia le aree di integrazione socio-sanitaria, sia i gestori nella adozione di buone prassi e procedure nell'ottica di migliorare il benessere dell'ospite e valorizzare il personale di cura. Nello specifico, il gruppo si occuperà di:

- organizzare e gestire una attività di raccolta dati, necessari al governo clinico, per monitorare e migliorare la qualità assistenziale nelle residenze e evidenziare i bisogni formativi;

- proporre ed organizzare attività di formazione per le CRA su temi di rilevanza sanitaria ed assistenziale.

Piano formativo

Nell'ambito del piano della formazione aziendale è previsto che l'offerta formativa sia aperta alla rete dei Servizi sociosanitari e socio-assistenziali a fronte di specifiche esigenze concordate con la committenza e i gestori. Inoltre, si prevede una programmazione aziendale dedicata a tematiche altamente sensibili ai fini della qualificazione dell'assistenza quali: lesioni da pressione, demenza, armonizzazione terapeutica, contenzione, nutrizione, disfagia, infezioni correlate all'assistenza.

L'offerta formativa in FAD Asincrona pubblicata dalla Regione è accessibile con pagina dedicata alla Rete Sociosanitaria. Si specifica che nell'ambito del Piano della Formazione Aziendale viene inoltre proposta una propria offerta di iniziative formative dei Servizi per le persone anziane e dei Servizi per le persone con disabilità. Saranno coinvolti i medici di struttura nei percorsi formativi con approfondimenti specifici integrati nella formazione obbligatoria quale ad esempio la formazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Attività di coordinamento, indirizzo e informazione tra gestori sociosanitari pubblici e privati e committenza (EELL e Ausl)

Progressivo consolidamento del gruppo di condivisione e confronto composto da operatori AUSL afferenti alla Direzione delle Attività Sociosanitarie, Dipartimento di Sanità pubblica, UO infezioni ospedaliere, Distretti e Responsabili sociosanitari territoriali, Uffici di piano ed Enti gestori. L'attività consisterà soprattutto nel condividere prassi operative, promuoverne una omogeneizzazione, rilevare bisogni formativi, presentare e proporre progetti e coordinare attività di vigilanza e gestione del rischio tenuto conto che gli argomenti affrontati, le attività condivise e le ricadute operative saranno identificate sulla base dei bisogni emergenti nel tempo. Tra i progetti che si svolgeranno nel triennio, si segnala il progetto VISITARE i cui obiettivi riguardano soprattutto la condivisione multiprofessionale e multidisciplinare bidirezionale delle reciproche esperienze in tema di sicurezza nelle strutture sociosanitarie e al suggerire consigli applicabili al contesto per l'implementazione dei livelli di sicurezza delle cure, degli assistiti e degli operatori.

Di conseguenza, i componenti del gruppo collaboreranno nella progettazione di interventi formativi mirati e nella pianificazione di azioni di monitoraggio e controllo, adottando strumenti di valutazione e coordinamento. Questo modello favorisce una gestione coordinata delle sfide emergenti, ottimizzando l'uso delle risorse e promuovendo equità territoriale.

Sviluppo dei servizi in ottica di uniformità rispetto al NSG

Come previsto dalla Delibera di Giunta Regionale N. 1045 del 30/06/2025, l'incremento delle risorse FRNA 2025, tenuto conto del quadro complessivo delle risorse previste dal "Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2025-2027", dovrà essere utilizzato per i seguenti ambiti di intervento:

- a) l'adeguamento delle tariffe dei servizi sociosanitari accreditati secondo quanto definito con successiva specifica deliberazione, nonché dei servizi - in particolare rivolti agli utenti con disabilità di cui alla DGR 1230/2008 - che, anche se non rientranti nell'ambito dell'accreditamento, sono regolati da accordi/convenzioni con le Aziende AUSL/Comuni;
- b) lo sviluppo dei servizi definito nell'ambito della programmazione distrettuale triennale che tenga conto delle seguenti priorità:
 - a. aumento dei posti accreditati e contrattualizzati dei servizi CRA con sviluppo a tendere nel triennio 2025/2026/2027 verso il parametro del 3% di posti CRA sulla popolazione => 75 anni (di cui alla DGR 509/2007), favorendo una maggiore omogeneità tra gli ambiti distrettuali delle AUSL;
 - b. ampliamento dell'erogazione di ore di servizio accreditato di assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti, con particolare attenzione ai programmi integrati di dimissioni protette al domicilio;
 - c. sviluppo dei servizi per la disabilità in base alle necessità e priorità rilevate nell'ambito distrettuale

OTAP

Anche nel prossimo triennio sarà attivo l'Organismo Tecnico di Ambito Provinciale (OTAP) con la funzione di coadiuvare il soggetto istituzionale competente (SIC) al rilascio dell'accREDITAMENTO sociosanitario, tramite la verifica del possesso dei requisiti di qualità del servizio o struttura richiedente l'accREDITAMENTO. L'OTAP è composto da esperti nella gestione, organizzazione e realizzazione di servizi sociali e sanitari di soggetti gestori pubblici e privati, e delle Aziende USL. Tenuto conto della normativa in vigore da osservarsi in merito alle nuove procedure per il rilascio dell'accREDITAMENTO nel 2025 è stato nominato il Responsabile OTAP per la provincia di Modena e sono state al contempo attribuiti i ruoli della Segreteria OTAP a un professionista afferente all'Azienda USL di Modena. È stata altresì definita una struttura organizzativa qualificata al fine di coadiuvare il Responsabile OTAP nella programmazione e nell'organizzazione delle attività relative al processo di accREDITAMENTO attraverso la conferma della Cabina di regia, composta da un referente distrettuale. Tale consolidamento di impianto rende l'organismo pienamente operativo e a servizio dei SIC nel prosieguo del triennio.

Rapporti con il terzo settore

Considerato il ruolo fondamentale che il Terzo Settore svolge nel rispondere in modo efficace e innovativo ai bisogni sanitari e sociosanitari, in coerenza con quanto previsto dal Codice del Terzo Settore si procederà all'attivazione di tavoli di co-programmazione e co-progettazione. Tali dispositivi, espressione concreta del principio di sussidiarietà orizzontale, saranno finalizzati a promuovere un modello di governance partecipata che coinvolga attivamente gli enti del Terzo Settore e la comunità locale anche nella programmazione e realizzazione degli interventi di interesse generale. La partecipazione della comunità sarà intesa non solo come ascolto, ma come elemento fondativo di un'amministrazione condivisa e trasparente, in grado di valorizzare le risorse del territorio, rafforzare il senso di corresponsabilità e costruire risposte integrate e sostenibili alle esigenze emergenti.

Fondo Demenze

Con l'adozione del programma regionale "Fondo Alzheimer e Demenze Annualità 2024-2026" (DGR 694/2025) la Regione ha assegnato risorse alle Aziende sanitarie per attuare le azioni previste nel Piano triennale in coerenza con la relativa programmazione.

Linea strategica 1 si prefigge di condurre un'analisi di osservazione su persone con disturbi cognitivi con la finalità di stimare il livello di conversione a demenza consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie soprattutto nell'uso individuale delle carte del rischio cognitivo.

Per quanto attiene la Linea strategica 5 "Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza" si programma, per il territorio modenese, procedere con:

- Avvio della sperimentazione – in condivisione con gli enti locali – del modello Namasté Care a favore di persone con demenza di stadio grave e terminale al domicilio e loro caregiver, con il coinvolgimento di tutti i gestori dei servizi sociosanitari domiciliari accREDITATI della provincia.
- L'ampliamento e la diffusione sul territorio dei servizi per il cittadino dando sostegno, in ordine di priorità e limitatamente alla entità e alla durata del fondo, a:
 - Meeting Center prossimi all'avvio grazie all'attivazione dell'ente locale, delle Aziende di servizi alla persona, dei gestori sociosanitari e dell'associazionismo locale insieme alla AUSL (Geriatrica territoriale);
 - Caffé Alzheimer o forme simili di intervento prossimi all'avvio grazie all'attivazione dell'ente locale e dell'associazionismo locale

Interventi nei primi 1000 giorni di vita

La Direzione delle Attività Sociosanitarie concorre a supportare il sostegno alla genitorialità e l'implementazione dei progetti sui "Primi mille giorni di vita" attraverso il raccordo con gli attori che a diverso titolo sono coinvolti nella Rete Provinciale e locale del materno-infantile e degli enti locali di Modena e Provincia. Questo sia nell'ottica di promuovere l'integrazione sociale e sanitaria investendo sull'organizzazione a rete integrata degli interventi per la presa in carico e sia per sostenere il parenting

positivo da parte della madre e/o del caregiver, con particolare attenzione al coinvolgimento del padre nel processo di cura.

Azioni di supporto alle équipes di secondo livello

La Direzione delle Attività Sociosanitarie fornisce un supporto tecnico istituzionale alle attività dell'équipe di secondo livello in raccordo con la Psicologia clinica, Salute mentale, Uffici di piano e servizi sociali al fine di valorizzare le risorse messe a disposizione dalla Regione e creare una maggiore connessione e reciproca conoscenza con le équipes di primo livello che operano sul territorio e sviluppare percorsi formativi mirati a rafforzare le competenze dei professionisti.

Accordi tra enti locali Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche dell'Ausl di Modena per l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie nel campo della salute mentale adulti, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle dipendenze patologiche

Si prevede la revisione degli accordi di programma tesa al miglioramento degli stessi in modo da strutturarli in maniera omogenea tra i Distretti della Provincia di Modena, prevedendo una migliore integrazione tra Dipartimenti dell'Ausl coinvolti nei percorsi di cura e assistenza delle persone oggetto degli accordi, e disciplinando i servizi in modalità coerente con le previsioni LEA sanitari (2017) e le indicazioni regionali.

Prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici

Prosegue, considerato che gli effetti delle variazioni climatiche rappresentano un rischio rilevante per la salute, l'attività di prevenzione dai rischi ambientali e climatici come previsto dalle Linee Regionali di intervento per mitigare l'impatto di eventuali ondate di calore in applicazione della DGR 584/2013.

Si programma il mantenimento e il miglioramento delle azioni operative e organizzative territoriali sia della sanità, sia degli enti locali, per la mitigazione dell'impatto dei rischi ambientali e climatici sulla popolazione, con puntuale rappresentazione a livello distrettuale.

Partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti.

Si programma il rafforzamento della diffusione sempre più capillare della scheda e degli strumenti destinati al riconoscimento e alla rilevazione dei bisogni del caregiver. Le attività sono svolte in stretta collaborazione con i referenti di area sociale e sanitaria di ogni Distretto, con le Direzioni distrettuali e con gli Uffici di Piano, in un lavoro coordinato e sinergico nell'ambito del tavolo aziendale caregiver. Si prevede il coinvolgimento attivo dell'AOU Policlinico e dell'Ospedale di Sassuolo ai fini della piena operatività della procedura di riconoscimento del caregiver in fase di accesso in tutti i servizi sanitari e sociali della Provincia.

Nel rispetto delle indicazioni regionali l'impegno sarà rivolto al consolidamento del percorso di qualificazione degli interventi a sostegno dei caregiver nei principali ambiti di intervento: informazione ed orientamento, sollievo, supporto in situazioni complesse e di emergenza, sostegno psicologico e socio-relazionale, attività formative dedicate. Particolare attenzione sarà riservata ai caregiver di persone con disabilità e con demenza. Si intende dare continuità ed implementare il progetto aziendale rivolto ai giovani caregiver in collaborazione con il Provveditorato agli studi della Provincia di Modena dal titolo "Al fianco dei Giovani Caregiver: uno sguardo oltre l'invisibilità". Il progetto intende sensibilizzare il personale scolastico e gli stessi studenti al riconoscimento e identificazione precoce dei giovani caregiver per favorire percorsi di conciliazione cura-attività scolastica.

Sviluppo della telemedicina

L'obiettivo del triennio è rappresentato dalla promozione delle azioni volte a garantire l'implementazione dei servizi di telemedicina dei percorsi della cronicità sul territorio e all'interno delle Case della Comunità, sviluppando sistemi di teleconsulto fra professionisti nei differenti setting territoriali. Con riferimento all'accessibilità si sottolinea come tutte queste iniziative sono rivolte a garantire una accessibilità più diffusa e competente, pertanto sarà data priorità all'utenza fragile per condizione clinica (inamovibilità) e/o sociale

unità monofamiliari o altra fragilità anche di natura economica o relazionale) e/o residente nelle zone montane o comunque disagiate che hanno difficoltà all'accesso ai servizi sanitari o alle singole prestazioni.

Continuerà, nel triennio prossimo, lo sviluppo della telemedicina nelle varie espressioni assistenziali (televisita, teleconsulto e telemonitoraggio).

Con riferimento alla televisita, il percorso già avviato con la diabetologia rappresenta il modello "pilota" da estendere anche ad altri ambiti, (gastroenterologia, endocrinologia, neurologia) che dovranno essere promossi nei prossimi anni. Saranno parimenti implementati progetti innovativi di efficientamento nell'utilizzo dei professionisti con esecuzione in capo ad infermieri e tecnici di indagini strumentali (al domicilio o presso le Case della Comunità) che poi saranno refertati in remoto dai medici (ci si riferisce a campi visivi, fondo dell'occhio, spirometria, ECG).

I Centri di salute mentale sono stati i primi servizi ad attivare la televisita nell'ambito della cartella clinica regionale CURE, con possibilità di attivare percorsi di teleriabilitazione e teleassistenza da parte delle professioni sanitarie. All'interno del Dipartimento stanno sviluppando progetti di televisita e telemonitoraggio per i pazienti ricoverati in RTI, in stretta collaborazione con gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

Lo Specialista on call risulta l'esperienza maggiormente sviluppata in Azienda (oltre 10.300 consulti da oltre 20 diverse discipline), questo modello da tempo in uso in provincia (introdotto prima del covid) ha permesso importanti risultati in termini anche di facilità di accesso dell'utenza che può approfittare, con offerta diffusa sul territorio, di consulenze particolarmente approfondite, perché supportate dalla competenza del consulente che da remoto supporta l'intervento del professionista di primo livello .

Azioni a supporto dell'equità e della parità di genere

Equità e medicina di genere

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

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

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

Il Board intende, dunque, caratterizzarsi come organismo intersettoriale, prevedendo al suo interno: rappresentanti delle Associazioni di Volontariato, la componente universitaria, le diverse diramazioni del territorio, i vari referenti coinvolti negli organismi aziendali strategici (CUG, HPH, ecc.) e le Direzioni delle due aziende.

Tale board si struttura come un gruppo ristretto con l'obiettivo di procedere in modo snello ed efficace ma si contraddistingue per la capacità di allargarsi sulla base delle tematiche affrontate.

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

L'integrazione, chiave per un ecosistema digitale coeso e funzionale, è sempre stata un elemento prioritario per l'ambito ICT dell'Azienda e parametro di valutazione nelle decisioni di investimenti informatici. Visti gli ultimi sviluppi di sistemi interaziendali, il tema è e sarà ulteriormente sviluppata sia tra gli elementi interni all'azienda sia con quelli esterni a livello provinciale, regionale e nazionale.

Tra gli sviluppi previsti, riveste un ruolo primario l'integrazione con l'AppIO, che rappresenta un canale di comunicazione diretto e privilegiato con il cittadino. Attraverso l'estensione di questo canale, l'azienda potrà: Inviare comunicazioni mirate e tempestive, ridurre i costi di comunicazione, aumentare l'efficacia e tracciabilità dei messaggi.

In sintesi, l'AppIO non è solo un canale di notifica, ma si trasforma in uno strumento strategico per un'interazione con l'azienda sanitaria più digitale, efficiente, trasparente e, soprattutto, incentrata sul paziente. Questo porterà benefici tangibili sia per i cittadini, che avranno accesso rapido e chiaro alle informazioni, sia per l'organizzazione sanitaria, che potrà ottimizzare i propri processi comunicativi.

Il prossimo triennio vedrà il potenziamento delle integrazioni tra sistemi esistenti e un ulteriore sviluppo dei sistemi condivisi tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda USL a supporto dei percorsi di cura condivisi. Ciò permetterà al paziente di sentirsi veramente preso in carico dal sistema sanitario provinciale. In particolare, le informazioni relative al paziente (diagnosi, terapie, storico clinico, appuntamenti) saranno oggetto di condivisione e accessibilità tra i diversi professionisti, indipendentemente dalle strutture in cui operano, siano esse ospedaliere o territoriali.

Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico - Incremento del livello di alimentazione e digitalizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Il successo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE2.0) non si misura solo dal volume dei dati inseriti, ma riflette la maturità digitale complessiva del sistema sanitario in quanto prevede che a monte le informazioni siano generate, gestite e scambiate in formato digitale standardizzato e di alta qualità. Tale processo è avviato da anni nelle aziende della Regione Emilia-Romagna ed è oggetto di continua revisione per essere di supporto alle nuove modalità organizzative e alle esigenze emergenti del sistema sanitario.

Continuerà anche nel prossimo triennio il mantenimento e nell'evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0 poiché sarà sempre necessario il monitoraggio costante e proattivo dei sistemi aziendali. Questa sorveglianza è cruciale per garantire il corretto e continuo funzionamento delle integrazioni verso il FSE, assicurando che lo scambio di dati sia sempre fluido, sicuro e affidabile.

In un ecosistema in continua evoluzione, dovrà essere garantita la capacità di adeguare tempestivamente i sistemi in risposta a nuove specifiche tecniche o aggiornamenti normativi, sia a livello regionale che nazionale. Parallelamente, sarà necessario il monitoraggio rigoroso degli indicatori di performance, sia su base mensile che trimestrale. Tali indicatori, in linea con le Linee Guida nazionali per l'attuazione del FSE, verranno tracciati attraverso gli strumenti di reportistica messi a disposizione dalle strutture competenti a livello regionale e nazionale.

3.1.3 Sottosezione di programmazione degli esiti

Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera delle attività ad alta complessità e a consumo di elevate risorse e potenziamento delle reti cliniche

L'obiettivo del triennio per la rete ospedaliera provinciale è la progressiva ulteriore riorganizzazione in ottica di ottimizzazione dell'offerta e dei processi assistenziali promuovendo la ridefinizione dei percorsi diagnostico-terapeutici, rafforzando le reti locali e dipartimentali e la connessione di questi con i Centri di riferimento regionali, introducendo elementi innovativi ed avendo particolare attenzione la sicurezza e l'efficacia dell'offerta.

Il modello di rete clinica integrata dovrà essere continuamente rimodulato sulla base delle competenze professionali, delle disponibilità tecnologiche della necessità di perseguire crescenti livelli di sicurezza e di efficacia.

Stante la importante riorganizzazione dei processi assume particolare rilevanza la necessità di introdurre un sistema di monitoraggio dell'andamento dei processi e di valutazione degli esiti, quale strumento oggettivo in grado di valutare la bontà della revisione dei modelli e misurare la qualità della riorganizzazione dell'offerta, il tutto, allo scopo di verificare la qualità dell'accesso alle cure quanto a livelli di sicurezza ed efficacia dei trattamenti.

Più in generale si intende continuare nel lavoro di riordino del sistema produttivo provinciale nel rispetto del principio volumi/esiti (reti cliniche integrate – Hospital network) e della vocazione delle strutture, con concentrazione interdistrettuale, di provincia o anche su area vasta o regionale, delle attività più complesse, superamento delle duplicazioni, e contestuale offerta diffusa delle attività meno complesse ed a più alta epidemiologia, anche ricorrendo ai team itineranti e all'uso condiviso delle piattaforme (vd oltre).

Fermo restando che, come sopra richiamato, ogni Ospedale, e pertanto anche gli hub provinciali e di area, sono tenuti a garantire in primis la "risposta di base" per la popolazione di riferimento territoriale, la suddivisione delle attività tra le strutture della rete provinciale secondo un modello che prevede la concentrazione o il decentramento delle attività sulla base della complessità della casistica, è il primo elemento in grado di assicurare al cittadino un accesso sicuro ed efficace alle cure.

Per tale ragione la programmazione dell'offerta provinciale da tempo condivisa prevede:

- **Mantenimento della centralizzazione dell'attività (provinciale o di area) a maggior complessità:**
 - **Emergenze tempo dipendenti** concentrate su Baggiovara, con esiti e processi da monitorare con continuità (vd audit periodici su percorso IMA, stroke, politraumi, STEM, e STAM);
 - **Attività specifica a valenza provinciale caratterizzata da alta complessità e necessità di competenze specialistiche** concentrate sugli hub modenesi (Policlinico e Ospedale Civile di Baggiovara-OCB): ci si riferisce alle malattie infettive, malattie rare, alla neuroradiologia e neurochirurgia, alla chirurgia vascolare e toracica, al 3° livello materno infantile e oncologico, al Trasfusionale);
- **Revisione dell'offerta di chirurgia ad alta complessità es chirurgia oncologica** già da tempo definita, ma, come detto da rivedere, anche in ottica di superamento delle duplicazioni, sulla base della competenza professionale, sicurezza, disponibilità delle tecnologie, efficienza, esiti e sostenibilità. Si prevede di ricondurre agli hub regionali (ovaio), provinciali (polmone, faringe, laringe, pancreas, encefalo) o di area (colon, retto, mammella).
- Organizzazione della risposta alla medio bassa complessità in ambito chirurgico, anche come riferimento provinciale, pensando ad una specializzazione delle nostre strutture quali "factory polispecialistiche" organizzate in relazione alla complessità/durata della degenza in day, o week-surgery, e, su base specialistica/tipologia di intervento anche con utilizzo condiviso di sale operatorie e letti di degenza (piattaforme) messe a disposizione di equipe esterne (team itineranti) in possesso delle specifiche competenze a garanzia della sicurezza ed efficacia degli interventi.
- Utilizzo più efficiente delle piattaforme operatorie es Vignola, Pavullo, Mirandola e Castelfranco favorendo, la diffusione dell'offerta, l'ottimale impiego di risorse ed il contenimento dei tempi

d'attesa per chirurgia di medio bassa complessità. Obiettivo perseguito anche attraverso l'impiego diffuso sul territorio di equipe/team della AUSL, della Sassuolo spa e della AOU di Modena, (cosiddette equipe itineranti) chiamate a garantire presso sedi diverse da quella di afferenza, interventi a residenti (e non) allo scopo di contenere le liste d'attesa (mantenendo comunque condizioni di sicurezza ed efficienza), rendere più capillare l'offerta di cure e garantire più alti livelli di efficacia e sicurezza delle cure.

La revisione dei principali processi produttivi ad opera di un pool di diverse professionalità afferenti a molteplici discipline del mondo clinico e del management (Progetto reti cliniche e organizzative), rappresenta la maggior garanzia della bontà delle cure messe in campo dalla rete assistenziale modenese.

Il progetto prevede il consolidamento delle reti cliniche e organizzative implementando le relazioni collaborative tra strutture sia a livello regionale (rete cardiologica, oncologica e oncoematologica, chirurgia cardiovascolare e neuroscienze) sia a livello locale tra le Aziende sanitarie Modenesi anche attraverso la individuazione di percorsi assistenziali rilevanti volti a garantire omogeneità delle cure ed equità di accesso, tempestività della diagnosi e del trattamento, efficacia e multidisciplinarietà dell'approccio clinico-assistenziale.

Nell'ambito delle azioni volte a organizzare efficientemente la rete di offerta provinciale e con particolare riferimento all'area chirurgica, il percorso di trasferimento degli interventi chirurgici negli ambienti assistenziali (setting) più appropriati (privilegiando quello ambulatoriale), consente di incrementare l'offerta di prestazioni rese sul territorio provinciale garantendo comunque alti livelli di sicurezza ed efficacia dei trattamenti.

La concentrazione della casistica per complessità (volume/esiti) in modo da garantire la qualificazione professionale risulta garante della sicurezza e dell'efficacia dell'offerta, l'ottimizzazione delle risorse impiegate attraverso l'efficienza nel modello erogativo (factory) ed il ricorso a "combinazioni" professionali e assistenziali orientate alla essenzialità e sicurezza, consentirà di garantire all'utenza i migliori outcome clinici (complicanze, indici a misura delle infezioni, mortalità) con i minori costi.

In tema di prestazioni di laboratorio ed esami biomurali di routine, la centralizzazione delle attività e la valorizzazione del lavoro in team e delle competenze professionali, risultano fondamentali per migliorare la qualità dell'offerta, il focus sull'uso appropriato delle nuove tecnologie, con l'introduzione di modelli erogativi innovativi ed il contenimento della richiesta inappropriata anche con il ricorso a strumenti di governo della domanda ed educazione dei richiedenti (allert, reflex ecc), potrà portare a superare le criticità che insorgono in occasione di accesso indiscriminato alla prestazioni diagnostiche, (incidentalmi), con conseguenze tutt'altro che positive sulla salute dei cittadini.

Da ultimo, nei prossimi anni si intende promuovere una forte governance pubblica nel rapporto con la sanità privata accreditata, chiamata a contribuire a soddisfare i reali bisogni dei cittadini, sulla base dei piani di committenza aziendali e degli standard di qualità definiti a livello contrattuale, mettendo a priorità la sicurezza e l'efficacia delle cure.

Da ultimo, con riferimento all'attività di chirurgia oncologica, ed alla concentrazione dell'attività in ragione dei volumi di attività notoriamente correlati agli esiti delle cure, come evidenziato nel report a latere che riporta i volumi garantiti nel 2024 dalle singole UU.OO., si registra una certa "frammentazione" su più produttori di alcune linee produttive meritevoli di approfondimenti circa

TIPO DI INTERVENTO	SOGGIE STANDARD PER LA CHIRURGIA ONCOLOGICA VOLUMI-ESITO	OSPEDALE DI CARPI	OSPEDALE DI MIRANDOLA	OSPEDALE DI PAVULLO	OSPEDALE DI SASSUOLO	POLICLINICO DI MODENA	OSPEDALE DI BAGGIOVARA	HESPERIA HOSPITAL
INTERVENTO PER K COLON	50 interventi all'anno	80	3	1	70	46	122	-
INTERVENTO PER K RETTO	15-20 interventi all'anno	20	-	-	7	9	26	-
INTERVENTO PER K MAMMELLA	150 interventi all'anno	166	-	-	-	683	2	-
INTERVENTO PER K STOMACO	20 interventi all'anno	12	-	-	1	8	25	-
INTERVENTO PER K PANCREAS	15 interventi all'anno	-	-	-	-	30	4	-
INTERVENTO PER K FEGATO	50 interventi all'anno	-	-	-	-	42	4	-
INTERVENTO PER K RENE	30 interventi all'anno	56	-	-	44	4	49	60
INTERVENTO PER K VESCICA	20 interventi all'anno	24	-	-	14	-	8	25
INTERVENTO PER K PROSTATA	50 interventi all'anno	81	-	-	100	-	113	132
INTERVENTO PER K OVAIO	-	8	-	-	1	4	-	-
INTERVENTO PER K UTERO	-	46	-	-	22	29	3	-
INTERVENTO PER K POLMONE	-	-	-	-	-	-	125	1
INTERVENTO PER K TIROIDE	-	61	-	-	17	14	124	-
INTERVENTO PER K VULVA	-	6	2	-	-	-	-	-

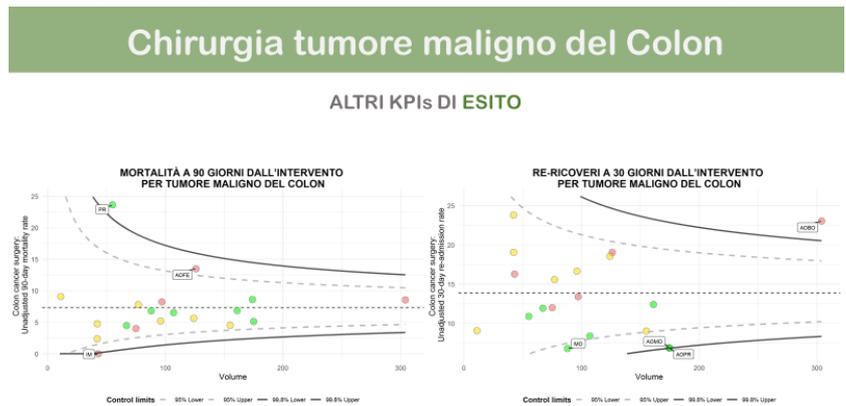
l'eventuale diversa collocazione: il tema rientra tra gli argomenti affrontati da uno dei 4 gruppi operation interaziendali di revisione dell'offerta chirurgica. Si evidenzia come tra i temi all'attenzione dei predetti

gruppi figura anche la valutazione sulle indicazioni all'utilizzo del robot chirurgico: anche in questo caso, le indicazioni che emergeranno, troveranno applicazione provinciale nel prossimo triennio.

Governo delle liste di attesa

In ambito chirurgico in generale ed ancora più nello specifico con riferimento alla chirurgia oncologica, risulta evidente come occorra nel triennio promuovere azioni volte alla concentrazione della casistica per complessità (volume/esiti) in modo che la qualificazione professionale (competence dei singoli professionisti e delle equipe) risulti garante della sicurezza e dell'efficacia dell'offerta.

In questo senso la promozione di modelli erogativi improntati all'ottimizzazione delle risorse impiegate attraverso l'efficienza nel modello erogativo (factory) ed il ricorso a "mix" professionali e assistenziali orientate alla essenzialità e sicurezza, consentirà di garantire all'utenza i migliori outcome clinici in termini di complicanze, infezioni correlate all'assistenza, degenze protratte, necessità di ricorso alla terapia intensiva, rricoveri, lesioni da pressione, cadute, mortalità) e minori costi per il sistema.



Preme evidenziare la particolare attenzione posta alla valutazione costate e periodica degli indici di performance condotta grazie allo sviluppo di sistema locali (data unit) e al sistematico confronto con i sistemi regionali (SIVER) o nazionali PNE e AGENAS, le informazioni che emergono da tali sistemi di valutazione costituiscono la base per le valutazioni e le azioni messe in campo per riorientare al meglio i processi assistenziali.

Dal punto di vista organizzativo, in ambito chirurgico occorrerà organizzare efficientemente la rete chirurgica aziendale, superando le verticalità delle singole strutture, per tale ragione nel triennio andranno resi operativi i modelli di rete fra le varie piattaforme produttive con la finalità di concentrare casistica in base alla complessità (es. modelli di focused factory) andando a perseguire la ricerca del maggior valore possibile nel percorso chirurgico, ovvero l'ottenimento dei migliori outcome (clinici, durata di degenza, infezioni e complicanze etc) con i minori costi (concentrazione ed utilizzo appropriato di tecnologie e device, utilizzo efficiente delle équipes operatorie etc).

Come detto la riorganizzazione dell'offerta chirurgica in urgenza e più in generale delle attività chirurgiche genericamente intese, vedi progetto operation, potrà consentire di trarre informazioni e guidare la riorganizzazione necessaria alla adozione dei provvedimenti utili al miglioramento dell'indice di intervento entro le 48 ore dei pazienti con frattura di femore ed età superiore ai 65 anni.

Particolare rilevanza per la gestione di governo delle attività chirurgiche sotto il profilo dell'efficacia e della sicurezza delle cure, assume l'avvio dei lavori di 4 gruppi di lavoro tematici interaziendali, che vedono la collaborazione di professionisti della Gestione Operativa, Direzione Assistenziale, Direzione di Presidio, Data Unit e clinici, che approfondiranno le dinamiche organizzative, le variabili di contesto, le opportunità di miglioramento e ipotesi di reindirizzamento strategico delle attività nelle seguenti aree di pertinenza:

1. Piattaforme chirurgiche e schieramenti di sala operatoria (con particolare riferimento alle Linee Guida regionali di luglio 2024, alle possibilità di ulteriore efficientamento delle piattaforme);
2. Soglie concentrazione casistica, vocazioni chirurgiche, focus factory (con particolare riferimento agli indicatori NGS, alla durata media preintervento e postintervento, agli esiti clinici, alla

caratterizzazione degli stabilimenti provinciali, allo sviluppo di progettualità in termini di week surgery);

3. Rete ortopedica (con particolare riferimento alla ridefinizione dei setting erogativi, alla condivisione dei criteri di priorità clinica, alla gestione più tempestiva delle urgenze);

4. Piattaforma Robotica (con particolare riferimento alla appropriatezza nelle indicazioni e alla adeguata redistribuzione delle sedute in base alle liste di attesa e alle indicazioni condivise nella DGR 639/2025)



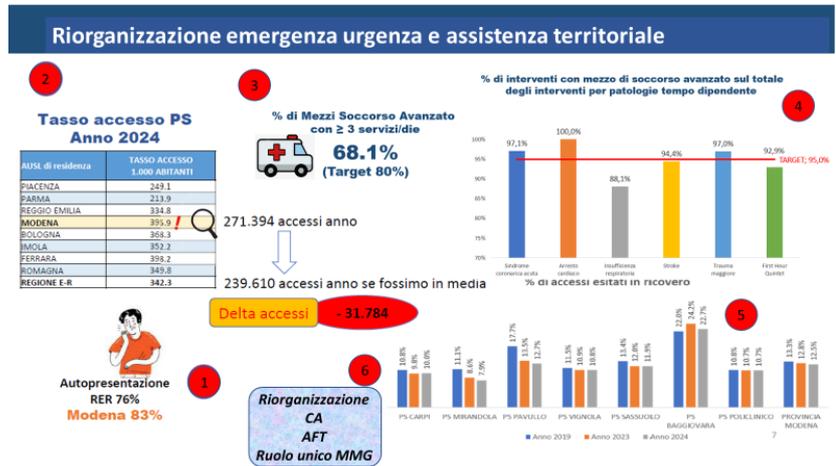
Da ultimo, anche il governo della introduzione di nuove tecnologiche quali ad esempio la robotica, impiegata in Azienda solo per interventi urologici e ortopedici, per i quali sono presenti evidenze di efficacia sicurezza e riduzione degli esiti negativi, rappresenta una azione di governo orientata al miglioramento della qualità dell'offerta chirurgica e degli esiti.

Inutile sottolineare che in questa fase di riorganizzazione e di difficoltà a reperire alcune figure professionali, particolare attenzione andrà riservata all'arruolamento ed alla formazione dei professionisti da dedicare alle attività chirurgiche (specialisti e strumentisti), dalle cui competenze dipendono efficacia e sicurezza del percorso chirurgico.

Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza

Nel corso della CTSS del 1° aprile 2025, nella quale sono state analizzate le principali criticità del sistema locale di emergenza-urgenza, con particolare riferimento

all'inappropriatezza degli accessi, alla disomogeneità nell'impiego dei mezzi di soccorso e alla pressione crescente sui Pronto Soccorso, le Direzioni Generali dell'AUSL di Modena, dell'AOU di Modena e dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. hanno ricevuto un mandato congiunto per avviare un percorso di riprogettazione della rete, formalizzato con le delibere: AUSL n. 118 del 30/04/2025 e AOU n. 113 del 30/04/2025, con le quali sono stati istituite la Cabina di Regia interaziendale e i Gruppi di Lavoro Distrettuali per la riorganizzazione del sistema provinciale.



Tale mandato ha consentito di attivare un processo strutturato, partecipato e progressivo, in grado di integrare la visione strategica con la conoscenza dei contesti locali, garantendo la coerenza metodologica tra progettazione e attuazione.

Obiettivi del progetto

Grazie al lavoro congiunto tra le tre Aziende sanitarie e gli attori istituzionali e territoriali coinvolti, si sono condivise: analisi, proposte ed azioni concrete per la trasformazione del sistema dell'Emergenza-Urgenza, con particolare riferimento a:

1. nuovi modelli organizzativi per l'assistenza primaria (AFT, CAU, CDC), finalizzati alla presa in carico delle patologie a bassa complessità;
2. effetti dell'attivazione del Numero Unico Europeo 116117, in termini di accessibilità, orientamento e reindirizzamento dell'utenza;
3. rivalutazione della rete dei mezzi di soccorso, con attenzione all'efficienza operativa, alla copertura territoriale e alla riallocazione delle risorse;
4. riorganizzazione dei Pronto Soccorso, con l'obiettivo di ridurre il ricorso a modalità straordinarie di reclutamento (es. cooperative) e migliorare la sostenibilità del sistema.

Nuovi modelli organizzativi per l'assistenza primaria (AFT, CAU, CDC).

A circa un anno dal completamento (aprile del 2024) del primo progressivo avvio delle 5 esperienze modenesi (Finale, Castelfranco Fanano, Modena e Carpi), si è condiviso di procedere alla valutazione dei risultati conseguiti da Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) con l'attenta verifica degli effetti sulla riduzione dell'autopresentazione dei cittadini ai servizi di emergenza (calo codici bianchi e verdi). Tale attività diviene necessaria al fine di garantire il monitoraggio e l'attuazione delle disposizioni della DGR 1206/2023 e delle successive indicazioni della programmazione regionale, con l'obiettivo di ridurre la percentuale di accessi inappropriati al Pronto Soccorso. In parallelo, saranno promosse le attività delle cure primarie finalizzate alla risposta ai bisogni di bassa complessità attraverso le forme aggregate di medicina generale all'interno delle Case di Comunità anche attraverso la realizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), ed il nuovo patto professionale con i medici di medicina generale (rapporto unico).

L'obiettivo dell'articolata riorganizzazione è quello di aumentare i livelli di efficacia, sicurezza ed efficienza della risposta, ricollocando correttamente i flussi dei pazienti e ridurre i tempi di attesa nei PS.

Indicatori	Target
IND1041 - Riduzione degli accessi bianchi e verdi sul totale degli accessi in Pronto Soccorso	≥5%
DES0027 - Attuazione del nuovo assetto dell'emergenza territoriale tramite l'istituzione del Dipartimento "Polo delle Centrali Operative e del servizio di elisoccorso" per ogni area omogenea (Emilia Ovest, Emilia Est, Romagna) e relativa assegnazione delle strutture complesse	100%
DES0028 - % di MSA con ≥ 3 servizi/die per area omogenea (Emilia Ovest, Emilia Est, Romagna)	≥ 85%

Inoltre, si potenzierà la campagna informativa sull'utilizzo dei nuovi canali di comunicazione e dei nuovi servizi connessi alle urgenze ed emergenze ed alle cure non urgenti.

Attivazione del Numero Unico Europeo 116117

Relativamente all'obiettivo di attivare un numero unico che "filtri" le chiamate dell'utenza come da DGR di riferimento, sono azioni prioritarie:

- L' Istituzione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116/117 con l'obiettivo di riorientare e rigenerare l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti ed altri servizi sanitari territoriali, (gestione integrata e coordinata della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità).
- Il Consolidamento del Numero Unico di Emergenza (NUE) 1.1.2 attraverso la completa migrazione di tutte le province alla nuova piattaforma tecnologica ed organizzativa, con l'obiettivo di ridurre ulteriormente i tempi di risposta alle emergenze e garantire, quando necessario, il contemporaneo intervento dell'Emergenza Sanitaria, dei Vigili del Fuoco e della Forze dell'Ordine.

Rivalutazione della rete dei mezzi di soccorso

Nel garantire la piena integrazione con i servizi territoriali, potenziamento e omogeneizzazione del sistema di soccorso pre-ospedaliero, si procederà revisionando in modo integrato, tenendo conto anche dell'organizzazione delle aree di confine, la rete dell'Emergenza territoriale, con ridefinizione dell'offerta di mezzi di soccorso sul territorio ed, in particolare, riequilibrando la presenza dei mezzi di soccorso avanzato ed il contributo delle Associazioni.

Obiettivo secondario è anche il consolidamento della rete dei trasporti in emergenza, attraverso l'armonizzazione degli approcci organizzativi, implementando le migliori soluzioni in termini di efficacia e di

efficienza (es. piena applicazione procedura su ambiti di competenza ed autonomia degli infermieri del SET 118), anche in relazione allo sviluppo di coprogettazione con il terzo settore (applicazione procedura SET 118 consulto telefonico: MSA-A, MSA-I, BLSO).

Se come detto il Volontariato è chiamato ad un ruolo importante, risulta fondamentale la promozione del volontariato giovanile attivo; per contrastare le crescenti difficoltà delle Associazioni a reperire nuovi iscritti attivi, si intende riproporre il progetto “Invitati al volontariato, educati alla responsabilità civile”, sviluppato in collaborazione con AA.VV (ANPASA, CRI, Misericordia), estendendo al massimo la platea dei potenziali partecipanti.

La diffusione territoriale dei defibrillatori automatici (DAE) e l’ ampliamento del numero di persone addestrate alla rianimazione cardio polmonare e alla defibrillazione precoce attraverso il corso di formazione Basic Life Support Defibrillation (BLSO), anche attraverso il coinvolgimento delle scuole, degli enti locali, delle associazioni di volontariato e delle associazioni sportive, sono provvedimenti orientati all’ ampliamento delle figure dei laici con competenze in ambito di misure a supporto delle funzioni vitali: le evidenze di letteratura attestano in modo incontrovertibile l’impatto positiva sugli esiti di tale politica.

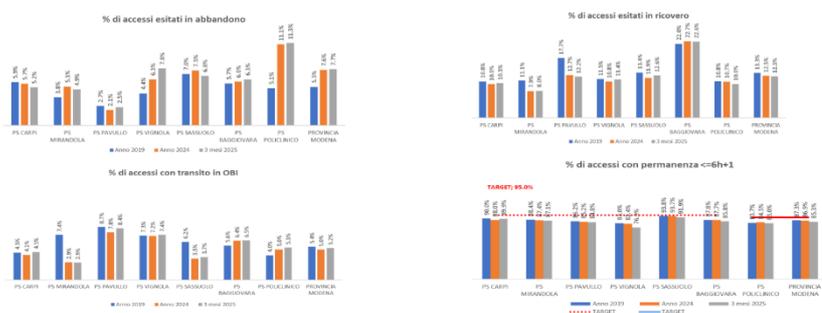
Superamento cooperative. Il progetto di riorganizzazione del Sistema Emergenza Urgenza prevede il completo superamento (entro il mese di novembre p.v) della Cooperativa a supporto dell'intera area nord (45 turni medici c/o i PS di Carpi e Mirandola). Questo potrà avvenire attraverso la finalizzazione dell'intensa attività di ricerca di personale medico per i PS di area nord. Il reclutamento sta prevedendo anche lo scorrimento di graduatorie di concorso equipollenti (es. Medicina).

È in corso l’analisi del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza (DIEU) relativa alla costruzione dei potenziali scenari riorganizzativi dei PS Provinciali; la valutazione è condotta sulla base di numerose variabili: reclutamento personale, effetti della riorganizzazione dell’Emergenza Territoriale rispetto all’efficientamento delle risorse, azioni di supporto organizzativo interne agli ospedali (percorsi di ricovero, attività di fast track specialistici etc..), azioni di supporto territoriale (nuove AFT, Servizio ambulatoriale urgenze a bassa complessità, CAU, CA).

In relazione alla dinamica ospedaliera, un ulteriore obiettivo è quello relativo alla gestione ottimale delle risorse e dei Posti Letto (PL) per i

pazienti in attesa di ricovero provenienti da PS, attraverso la maggior capacità di filtro (i valori dei PS della provincia sono migliori della media RER e tornati prossimi a quelli precedenti la pandemia) , l’introduzione di percorsi di gestione e supporto alla casistica territoriale a maggiore complessità (day service e teleconsulto), la riduzione del tempo di permanenza in PS (% di accesi con permanenza < 6h+1 che vede tutte le strutture provinciali prossime allo standard) e di boarding e l'utilizzo appropriato dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI), delle medicine d’urgenza e delle aree subintensive. Buono anche il tasso di abbandono del PS, in linea con gli indirizzi delle società scientifiche ed il ricorso all’OBI, più rilevante per le strutture non dotate di Medicina d’Urgenza.

Emergenza urgenza . Performance PS provinciali



L'ulteriore promozione di percorsi di gestione sul territorio, delle patologie afferenti alla categorie della cosiddetta ospedalizzazione evitabile, potrà consentire di ridurre il ricorso al PS (vd tasso accesso per 1.000 abitanti pari a 395 vs RER 342) e l'ospedalizzazione per alcune patologie gestibili al domicilio che risulta superiore alla media RER (es. ospedalizzazione per complicanze IMA scompenso BPCO che a Modena è pari a 254 x 100.000 abitanti ed in RER a 242): si vedano al proposito anche i percorsi di day service per la gestione congiunta ospedale territorio delle patologie passibili di trattamento territoriale, descritti in altra parte del presente documento.

Tasso accesso PS Anno 2024

AUSL di residenza	TASSO ACCESSO 1.000 ABITANTI
PIACENZA	249.1
PARMA	213.9
REGGIO EMILIA	334.8
MODENA	395.9
BOLOGNA	368.3
IMOLA	352.2
FERRARA	398.2
ROMAGNA	349.8
REGIONE E-R	342.3

Oggetto di analisi ed eventuale aggiornamento saranno anche le modalità organizzative da implementare per la gestione delle patologie tempo-dipendenti (infarto miocardico acuto, ictus cerebrale, gravi politraumi), questi percorsi saranno ulteriormente consolidate secondo i più evoluti modelli organizzativi anche sulla base di quanto emerso dagli audit clinici condotti: obiettivo il miglioramento del percorso assistenziale con riduzione della mortalità a 30gg dalla dimissione per IMA e stroke (in linea a Modena con a media RER) o l'incidenza di eventi maggiori cerebrovascolari e cardiovascolari (MACCE) che in questo momento presentano valori prossimi alla media RER.

Accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Miglioramento e verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso l'applicazione delle indicazioni regionali di appropriatezza prescrittiva vigenti per i MMG

Nonostante nel corso del 2024-2025 siano stati promossi ed effettuati numerosi incontri sul tema dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito dei Nuclei di Cure Primarie, nel contesto provinciale si continua a rilevare un aumento della domanda di prestazioni (prescritto) rispetto al periodo pre-pandemico; tutto questo, insieme alle note e significative difficoltà di reclutamento dei professionisti, soprattutto in alcune discipline (oculistica, dermatologia, radiologia, fisiatria, ginecologia, etc.), genera difficoltà relativamente alla piena fruibilità dei sistemi di accesso e criticità dei tempi di attesa in alcuni ambiti.

Per facilitare l'applicazione dei criteri di appropriatezza prescrittiva si sono quindi programmate, per il triennio 2025-27, ulteriori azioni che riguardano:

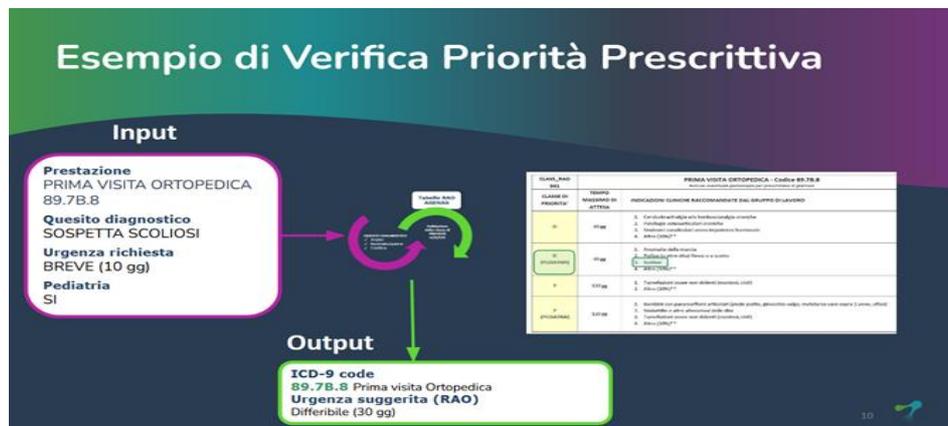
- la costruzione di Profili di Nucleo della Specialistica per ogni MMG e per le future AFT che comprendono gli indici di consumo delle prestazioni specialistiche maggiormente critiche, al fine di condividere negli Accordi Integrativi Aziendali con la Medicina Generale obiettivi che possano migliorare l'equità di accesso e l'ottimizzazione dell'offerta delle prestazioni specialistiche; sono inoltre in corso approfondimenti sui cruscotti informatici per integrare questi profili con le prestazioni richieste in modo ripetuto e il numero delle prestazioni formulate non in linea con le indicazioni di appropriatezza prescrittiva.
- utilizzo di piattaforme di Intelligenza Artificiale: l'Intelligenza Artificiale (IA) viene utilizzata in campo medico in molteplici modi, per migliorare la diagnosi, il trattamento e la gestione dei pazienti. In particolare, per quanto riguarda la Specialistica, può essere di grande aiuto nelle analisi inerenti all'appropriatezza prescrittiva perché permette la gestione di grandi quantità di dati sanitari. Da una analisi delle possibilità esistenti sul mercato si è appreso che sono a disposizione algoritmi di IA in grado di svolgere varie funzioni fra cui le due principali sono:
 - elaborazione e standardizzazione del Quesito Diagnostico (QD): poiché il QD non sempre è di facile individuazione, viene elaborato e standardizzato secondo criteri definiti per esempio dalle tabelle AGENAS o nelle indicazioni della Regione Emilia Romagna.

Figura 20 – Standardizzazione del quesito diagnostico.



- verifica della Priorità Prescrittiva: l’algoritmo elabora le richieste dei MMG contenenti il codice, la prescrizione, il quesito diagnostico standardizzato e la classe di priorità assegnata dal medico. Attraverso l’utilizzo dell’intelligenza artificiale il sistema confronta la priorità indicata con quella prevista dal Modello RAO o dalle indicazioni regionali, fornendo un riscontro sulla correttezza della classe di priorità attribuita.

Figura 21 – Verifica priorità prescrittiva.



Queste attività potrebbero essere utilizzate durante la fase di prenotazione delle prestazioni, per verificare l’esattezza delle prescrizioni e la corretta attribuzione delle priorità, evitando quindi prenotazioni di prescrizioni che non rispettano i criteri condivisi, o a posteriori consentendo analisi sui dati raccolti tipo le tipologie di prestazioni più richieste, i tempi di attesa, l’appropriatezza delle prescrizioni e delle priorità assegnate.

In questo modo si avrebbe un monitoraggio costante e si potrebbero identificare criticità e ambiti di miglioramento all’interno del sistema.

Gli algoritmi di IA permettono di gestire in modo efficiente e automatizzato un alto numero di prescrizioni, riducendo i costi operativi e i tempi che una gestione manuale richiederebbe con notevole impiego di personale.

1.2 Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni

3.2.1 Sottosezione di programmazione della struttura dell'offerta e della produzione

Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera delle attività ad alta complessità e a consumo di elevate risorse e potenziamento delle reti cliniche

Preliminarmente alla discussione delle azioni nell'ambito della sezione di programmazione relativa alla dimensione dei processi interni per la sottosezione produzione ospedale, si riportano a seguire le performance riportate dall'Azienda negli ultimi anni, raffrontati con la media regionale e gli attesi regionali o da letteratura (ove presenti). Si evidenzia come le performance conseguite nel tempo dall'Azienda siano di norma in miglioramento, migliori della media regionale e ove presente dello standard. Unica eccezione la capacità del sistema di garantire i prodotti "driver" (globuli rossi) nel rispetto dei livelli quantitativi definiti nella programmazione e rispondenti ai fabbisogni effettivi, che risultano inferiori all'atteso. Si precisa che in provincia di Modena è presente un unico Servizio Trasfusionale gestito dall'AOU di Modena responsabile anche dei rapporti con le unità di raccolta (AVIS), l'indice sopra richiamato richiede comunque uno sforzo congiunto delle due Aziende volto al raggiungimento di una migliore performance, riportando Modena a quei livelli che le sono stati propri per anni. La capacità del sistema di garantire una produzione di plasma da destinare alla lavorazione industriale adeguata a garantire la produzione di farmaci plasmaderivati per la copertura dei fabbisogni presenta valori superiori alla media regionale e concorre ad assicurare la disponibilità di questi derivati del sangue che in talune condizioni rappresentano dei "salvavità". Sostanzialmente sovrapponibile nel tempo e superiore al valore medio regionale l'indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione residente che attesta la buona capacità di dare risposte in ambito di ricoveri e di essere attrattive delle nostre strutture. L'indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione (infra e extra RER) esprime percentualmente, per ciascuna Azienda produttrice, la provenienza dei propri dimessi, ed è un indicatore della capacità di attrazione di una struttura ospedaliera, i valori inferiori alla media regionale, ma in incrementi nel tempo e migliori di diverse Aziende territoriali, indicano la propensione (attrazione) in aumento delle nostre strutture, data dalla progressiva strutturazione di alcune attività (presenza di riconosciute competenze) che stanno diventando sempre più attrattive (es chirurgia della spalla). L'indice di Case-Mix (ICM), calcolato per reparto (o disciplina) di dimissione, esprime la complessità dei casi trattati in rapporto alla complessità media regionale, i valori collocano la nostra provincia a livelli prossimi alla media regionale. Da ultimo, l'indice comparativo di performance è un indicatore che misura l'efficienza dei reparti a parità di casistica, le strutture della nostra provincia presentano da tempo valori migliori della media regionale. L'ultima colonna a destra riporta l'aspettativa del prossimo triennio che, stante le buone performance raggiunte, presenta molti attesi in mantenimento.

Produzione-Ospedale										
Indicatore	trend	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	atteso RER 2024	ATTESO PIAO
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	▬	90,23	90,05	89,68	88,79	88,8	87,53	77,78	Osservazionale	▬
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	↑	6,24	6,48	6,99	7,58	7,53	7,9	9,6	Osservazionale	▬ ↑
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	↑	3,53	3,47	3,33	3,63	3,67	4,58	12,62	Osservazionale	▬ ↑
Indice di case mix degenza ordinaria	▬	0,94	0,95	0,94	0,94	0,93	0,93	-	Osservazionale	▬ ↑
Indice comparativo di performance	▬	0,92	0,91	0,89	0,89	0,9	0,9	-	0,9-1,26	▬
Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR) - NSG	↓				-0,08	0,35	-4,32	1,34		↑
Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) - NSG	↑				13,67	3,93	7,91	6,78		▬ ↑

La rete ospedaliera provinciale (pubblica e privata accreditata) è organizzata secondo un modello di strutture a rete condiviso nel tempo tra le Aziende sanitarie modenesi; fermo restando i principi che sono alla base di questo modello, l'offerta di servizi dovrà continuare ad essere rivista nell'ottica dell'equità di accesso, di livelli crescenti di efficacia e sicurezza delle cure e di efficienza nell'erogazione delle prestazioni (sostenibilità del sistema), sviluppando nuove sinergie tra le strutture ospedaliere e tra queste e quelle territoriali (piena integrazione).

Dal punto di vista del modello di rete clinica da tempo adottato, pur sottolineando l'integrazione tra le strutture e quella dei processi assistenziali quali punti di forza, giova dal punto di vista espositivo suddividere la struttura dell'offerta in termini di risposta all'emergenza, all'elezione, ed a alcuni specifici processi legati a condizioni cliniche, sociali o di età della vita particolari.

Nel prossimo triennio occorrerà poi continuare a lavorare per ridurre le disomogeneità e l'inappropriatezza nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi nel pieno rispetto delle specificità territoriali, creando le condizioni di utilizzo del giusto setting assistenziale riservando il ricorso all'ospedale solo a i quadri che non possono trovare risposta altrettanto efficace e sicura in ambito territoriale (si veda la parte relativa all'ospedalizzazione evitabile).

Con riferimento alla struttura dell'offerta della rete ospedaliera provinciale, si sottolinea che la dotazione di posti letto per 1.000 abitanti colloca la provincia di Modena entro i livelli previsti dalla DGR 2040/15 e DM 70/15, con un tasso di letti per 1.000 abitanti tra i più bassi in Regione (Modena 3,5 vs RER 3,9). Il tasso di ospedalizzazione (NSG: H01Z anno 2024) è pari a 125,6 per 1.000 abitanti, valore sostanzialmente in linea con la media RER (124,2). A fronte di un indice di autosufficienza (87,2 %) non difforme dalla media regionale (85,5 %), con un ambito oncologico pienamente autosufficiente e una importante mobilità passiva in ambito ortopedico (verso la Lombardia). Con riferimento al principio volume/esiti e all'obiettivo programmatico di concentrazione dell'attività chirurgica oncologica si rilevano nell'offerta duplicazioni e/o ridondanze. La rete ospedaliera privata si caratterizza per una rilevante componente psichiatrica (circa 80 % dei letti per acuti in capo al privato) e per una componente di ambito chirurgica limitata alle sole discipline ortopedia (Hesperia e Fogliani) e urologia (Hesperia).

L'obiettivo del triennio per la rete ospedaliera provinciale è la progressiva ulteriore riorganizzazione in ottica di ottimizzazione dell'offerta e dei processi assistenziali: occorrerà, pertanto, promuovere la contestualizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, rafforzando le reti locali e dipartimentali e la connessione di questi con i Centri di riferimento regionali, introducendo elementi innovativi ma avendo particolare attenzione all'efficacia dell'offerta, al rispetto dei temi e alla sostenibilità.

Importante il monitoraggio dell'andamento dei processi e la valutazione degli esiti, quali strumenti oggettivi della revisione dei modelli e misura della qualità della riorganizzazione dell'offerta.

Il modello di rete clinica integrata dovrà essere continuamente rimodulato sulla base delle competenze professionali, delle disponibilità tecnologiche della necessità di perseguire crescenti livelli di autosufficienza provinciale, sicurezza e di recupero di efficienza, ma anche di diffusione e capillarità dell'offerta volta a facilitare l'accesso alle prestazioni. Occorre aver a riferimento la sostenibilità del sistema evitando che «l'eccesso di hub & spoke» allontani ulteriormente i professionisti dagli spoke rendendo ancor più complesso il reperimento di risorse che già in alcuni ambiti (emergenza, ostetricia e ginecologia, radiologia, anestesia, pediatria) risulta critico.

Nell'ottica di una offerta comune e coordinata della rete dei produttori modenesi, la necessità che le singole strutture si facciano prioritariamente carico della popolazione di riferimento anche per le prestazioni di base (autosufficienza), risulta prioritaria; in aggiunta, tenuto conto dello storico andamento della mobilità passiva per ricovero, particolarmente rilevante nella disciplina ortopedia (e diagnostica pesante), è indispensabile definire in modo congiunto una strategia che porti all'ottimizzazione ed incremento della produttività della ricca rete di strutture che insistono in provincia, con importante incremento della risposta e contenimento del fenomeno che porta i cittadini modenesi a rivolgersi a strutture extraprovincia e soprattutto extra RER (progetto recupero mobilità passiva per ortopedia).

Più in generale si intende continuare nel lavoro di riordino del sistema produttivo provinciale nel rispetto del principio volumi/esiti (reti cliniche integrate – Hospital network) e della vocazione delle strutture, con concentrazione interdistrettuale, di provincia o anche su area vasta o regionale, delle attività più complesse, superamento delle duplicazioni, e contestuale offerta diffusa delle attività meno complesse ed a più alta epidemiologia, anche ricorrendo ai team itineranti e all'uso condiviso delle piattaforme (vd oltre).

Fermo restando che, come sopra richiamato, ogni Ospedale, e pertanto anche gli hub provinciali e di area, sono tenuti a garantire in primis la "risposta di base" per la popolazione di riferimento territoriale

(autosufficienza garantita da Policlinico e OCB per i residenti nei distretti di Modena e Castelfranco e dai 5 ospedali provinciali per i rispettivi Distretti di afferenza), si riporta, a seguire, la suddivisione delle attività tra le strutture della rete provinciale che prevede la concentrazione o il decentramento delle attività sulla base della complessità della casistica:

- Mantenimento della centralizzazione dell'attività (provinciale o di area) a maggior complessità:
 - Emergenze tempo dipendenti concentrate su Baggiovara, con esiti e processi da monitorare con continuità (vd audit periodici su percorso IMA, stroke, politraumi, STEM, e STAM) ;
 - Attività a valenza provinciale concentrate sugli hub modenesi (Policlinico e Ospedale Civile di Baggiovara-OCB): ci si riferisce alle malattie infettive, malattie rare, alla neuroradiologia e neurochirurgia, alla chirurgia vascolare e toracica, al 3° livello materno infantile e oncologico, al Trasfusionale);
 - Alta complessità es chirurgia oncologica già da tempo definita, ma, come detto da rivedere, anche in ottica di superamento delle duplicazioni, sulla base della competenza professionale, sicurezza, disponibilità delle tecnologie, efficienza, esiti e sostenibilità.
- Rafforzamento del ruolo degli ospedali «distrettuali» chiamati a garantire la:
 - gestione della casistica a più ampia epidemiologia e minor complessità (media/bassa) secondo i principi della vocazione e della prossimità rispetto al bisogno (domanda) espresso dalla popolazione (es. diffusione e capillarità della chirurgia di base e ambulatoriale).
 - risposta, in ambito internistico, ai bisogni dei pazienti fragili, cronici riacutizzati e per patologie acute a medio bassa complessità e ad alta diffusione (autosufficienza)
 - risposta alla medio bassa complessità in ambito chirurgico, anche come riferimento provinciale, pensando ad una specializzazione delle nostre strutture quali “factory polispecialistiche” organizzate in relazione alla complessità/durata della degenza in day, o week-surgery, e, su base specialistica/tipologia di intervento anche con utilizzo condiviso di sale operatorie e letti di degenza (piattaforme) messe a disposizione di equipe esterne (team itineranti).
 - utilizzo più efficiente delle piattaforme operatorie es Vignola, Pavullo, Mirandola e Castelfranco

favorendo l'ottimale impiego di risorse ed il contenimento dei tempi d'attesa per chirurgia di medio bassa complessità, anche attraverso equipe/team della AUSL, di Sassuolo e della AOU, (equipe itineranti) chiamate a garantire presso queste sedi interventi a residenti (e non)

Team itineranti utilizzo congiunto piattaforme mappatura delle collaborazioni

	Equipe afferente ad altra struttura della rete (team itinerante)	Ospedale "ospitante"	Equipe afferente ad altra struttura della rete (team itinerante)	Ospedale "ospitante"
Sud	Equipe chirurgica Sassuolo SpA Equipe urologica Sassuolo SpA Equipe ORL Sassuolo SpA Equipe oculistica Sassuolo SpA Equipe cardiologica Sassuolo SpA Equipe ginecologica Sassuolo SpA Equipe ortopedica Sassuolo SpA Equipe Chirurgia AOU	Pavullo	Equipe chirurgia plastica ricostruttiva AOU Equipe pneumologica Mirandola Equipe neuroradiologica AOU Equipe radioterapica AOU Equipe anatomia patologica AOU Equipe ortopedia Mirandola Equipe chirurgia Pediatrica AOU Equipe chirurgia Mirandola	Carpi
	Equipe chirurgica Sassuolo SpA Equipe urologica Sassuolo SpA Equipe ORL Sassuolo SpA Equipe ORL di Carpi NEW Equipe oculistica Sassuolo SpA Equipe cardiologica Sassuolo SpA Equipe Urologia AOU (Equipe chirurgica AOU)	Vignola	Equipe urologica Carpi Equipe ORL Carpi Equipe ortopedia Carpi Equipe neuroradiologica AOU Equipe ginecologia Carpi	Mirandola
	Equipe cardiologica AOSP (OCB-AOU) per TAVI Equipe Urologia Sassuolo (Robot) anche ai fini formativi Equipe Urologia Carpi (Robot)	Hesperia Hospital	Equipe ortopedica Carpi (da gen 24) Equipe ortopedia AOU Baggiovara Equipe chirurgia Mirandola Equipe chirurgia Vignola	Castelfranco
	Equipe Radiologica area sud (RM)	AOU		Centro
	Equipe urologica Carpi (robot)	OCB		

allo scopo di contenere le liste d'attesa (mantenendo comunque condizioni di sicurezza ed efficienza).

- utilizzo più efficiente delle piattaforme tecnologiche quali TC e RM, spesso gravate da indici di occupazione migliorabili.

Progetto reti cliniche e organizzative

Per i principali processi produttivi viene promossa la misurazione sistematica dei volumi erogati, i consumi e le risorse utilizzate, la verifica del posizionamento rispetto al benchmark regionale e nazionale e scostamenti rispetto a linee guida e alla programmazione regionale.

Azioni prioritarie:

- Consolidamento delle reti cliniche e organizzative implementando la relazione collaborative tra strutture sia a livello regionale (rete cardiologica, oncologica e oncoematologica, chirurgia cardiovascolare e neuroscienze) sia a livello locale tra le Aziende sanitarie Modenesi anche attraverso la individuazione di percorsi assistenziali rilevanti (vd. progetto interaziendale reti

Progetto provinciale pluriennale «Reti Cliniche e Organizzative»	
Reti Cliniche	Progetti Organizzativi
1. rete onco-ematologica	1. laboratori
1.1. screening oncologici	2. politiche del farmaco
2. rete cure palliative adulti	3. progetto cartella provinciale informatizzata
3. rete cure palliative pediatriche (cpp)	4. programma di contrasto alla violenza di genere
4. rete materno-infantile	5. programma di contrasto al maltrattamento e abusi sui bambini
5. rete emergenza-urgenza	6. piattaforma provinciale tecnologie biomediche
6. rete neuropsichiatria infantile (npi)	7. cabina di regia provinciale specialistica ambulatoriale
6.1. rete riabilitativa pediatrica	8. cabina di regia provinciale piattaforme chirurgiche
7. rete epatopatie croniche	9. telemedicina
8. rete riabilitativa adulti	
9. rete terapia del dolore	
10. rete cardiologica e di chirurgia vascolare	10. Percorso cefalee
11. reti tempo-dipendenti	
12. rete diabetologica (adulti e bambini)	
13. rete nefrologica	
14. rete dermatologica	
15. rete reumatologica	
4.1 Sottogruppo pediatrico della rete materno infantile	Ulteriori proposte in corso di valutazione
	- ICI malattie croniche intestinali
	- Celiachia
	- Rete nutrizionale preventiva e clinica
	- Rete clinica geriatria provinciale

- cliniche e organizzative i cui temi sono richiamati nella diapositiva a latere) volti a garantire omogeneità delle cure ed equità di accesso, tempestività della diagnosi e del trattamento, multidisciplinarietà dell'approccio clinico-assistenziale (efficacia), integrazione del percorso ospedale-territorio, ed efficienza nella gestione coordinata e commisurata delle diverse organizzazioni coinvolte (interaziendali e ospedale-territorio);
- Nell'ambito delle reti cliniche assume rilevanza la definizione delle microreti di prossimità intese come attività delocalizzabili nei diversi contesti (ospedalieri e territoriali) ma comunque prossime all'utenza, promuovendo il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale per una presa in carico condivisa dei pazienti, (es ambito diabetologico e oncologico ma anche per il trattamento di patologie croniche ad elevato impatto epidemiologico).
- Nell'ambito delle azioni volte a organizzare efficientemente la rete di offerta provinciale e con particolare riferimento all'area chirurgica, si rende necessario proseguire nel percorso di trasferimento degli interventi chirurgici negli ambienti assistenziali (setting) più appropriati (privilegiando quello ambulatoriale), considerando la concentrazione della casistica per complessità (volume/esiti) in modo da garantire la qualificazione professionale (sicurezza ed efficacia di risposta) con ottimizzazione delle risorse impiegate attraverso l'efficienza nel modello erogativo (factory) individuato ed il ricorso a "combinazioni" professionali e assistenziali orientate alla essenzialità e sicurezza, si veda più avanti il progetto relativo agli schieramenti chirurgici per infermieri e anestesisti e condivisione di spazi e tecnologie) in modo da perseguire i migliori outcome clinici (ICP, ICM e loro reciproco rapporto, complicità, indici a misura delle infezioni) con i minori costi (concentrazione attività e superamento duplicazioni inutili, ricorso appropriato a tecnologie e device ma anche a equipe professionali);
- Integrazione, su base sovraziendale, delle liste d'attesa per procedure diagnostiche terapeutiche a media e-bassa diffusione;
- Governare l'introduzione armonica delle tecnologie innovative, mediante l'attenta valutazione dell'appropriatezza nell'utilizzo delle stesse (linee guida, e valutazione HTA preliminare all'introduzione di nuove prestazioni), condivisione delle tecnologie, anche le più complesse e ricorso, tramite specifico accordo, ad altre Aziende (pubbliche e private) solo nel caso di insufficiente disponibilità presso il pubblico modenese (es. ricorso al Privato accreditato per la robotica e lo stand by cardiocirurgico nel caso delle TAVI).
- Consolidare la centralizzazione delle piattaforme di laboratorio per gli esami biomurali di routine, con contestuale ridefinizione della rete diagnostica di laboratorio territoriale, sulla base di modelli

innovativi valorizzando il lavoro in team e le competenze professionali, con un particolare focus sull'uso appropriato delle nuove tecnologie, l'introduzione di modelli erogativi innovativi ed il contenimento della richiesta inappropriata anche con il ricorso a strumenti di governo della domanda ed educazione dei richiedenti (allert, reflex ecc).

- Centralizzazione delle indagini di NGS (new generation sequency) in un'unica piattaforma a valenza sovraprovinciale (Modena e Reggio Emilia) in grado di coniugare qualità delle risposte ed efficienza nell'utilizzo delle risorse (tecnologie, beni e dispositivi e personale).
- Promuovere una forte governance pubblica nel rapporto con la sanità privata accreditata, che è chiamata a contribuire a soddisfare i reali bisogni dei cittadini, sulla base dei piani di committenza aziendali e in considerazione dei bisogni di salute della popolazione, mettendo a priorità la sicurezza e l'appropriatezza delle cure, la maggiore capillarità dell'offerta, orientando la produzione verso la programmazione e il controllo delle attività, con superamento del modello del "puro produttore" di prestazioni.

Le azioni che si intendono promuovere sono finalizzate a raggiungere gli obiettivi sopra richiamati, in una logica che ottimizzi le risorse disponibili (professionali, tecnologiche, di beni, farmaci e dispositivi medici, e servizi) con il fine di garantire ai cittadini modenesi un accesso universalistico, equo, efficace e sicuro alle cure.

Governo delle liste d'attesa

La garanzia di un'offerta di prestazioni ampia e diffusa, assicurata in tempi congrui ad evitare la progressione della malattia, secondo i migliori requisiti di sicurezza ed efficacia e nel rispetto dei principi di efficienza e sostenibilità rappresentano gli obiettivi della gestione del prossimo triennio dell'Azienda Sanitaria di Modena.

Nel corso del triennio di vigenza del presente PIAO, l'Azienda sarà impegnata nelle azioni per il contenimento delle liste di attesa chirurgiche, con riorganizzazione dell'offerta che comporterà la necessità di:

- incremento dell'offerta in capo ai produttori interni ed esterni (committenza) al fine di garantire le tempistiche adeguate al rispetto delle classi di priorità per i pazienti oncologici, gestire i pazienti in attesa da più tempo per le patologie ad alta prevalenza e diffusione nella popolazione (interventi chirurgici di ernia, colecisti, adenoidi, circoncisioni e fimosi, etc).
- definire con precisione i percorsi di pre-ricovero e di inserimento in lista per priorità,
- gestione ottimale delle risorse (progetto operation, piattaforme condivise, schieramenti di personale, tecnologie), volto a ottimizzare la capacità produttiva e a contenere i tempi di risposta e
- l'avvio del progetto volto a ridurre la mobilità passiva (specialmente ortopedica),
- revisione su base provinciale dei servizi di sterilizzazione
- gestione delle politiche di arruolamento del personale e formazione degli operatori
- recupero della mobilità passiva extra RER che in alcune discipline risulta particolarmente rilevante (es Ortopedia).

Delle attività volte ad ottimizzare la produzione interna, quali: equipe itineranti, uso congiunto delle piattaforme chirurgiche, attivazione di focused factory o di factory multidisciplinare grazie all'utilizzo coordinato delle risorse pubbliche del sistema, si è già detto in altra parte del presente documento, e in questa sede si sottolinea la grande necessità di coordinamento che un modello di questo tipo richiede. Preme in questa sede evidenziare come anche le risorse del privato accreditato debbano rispondere alla committenza aziendale e collaborare alla risposta corale alla domanda di interventi; questo potrà avvenire con il reindirizzamento della committenza verso le discipline "critiche" o per volumi di pazienti in lista o per mobilità; da punto di vista organizzativo, in taluni casi, nel caso in cui il paziente non rivendichi l'afferenza ad una struttura o ad uno specialista pubblico, si è arrivati anche alla cessione della lista con evasione del paziente da parte del privato accreditato.

Tornando in modo più stringente ai processi interni, uno snodo cruciale del percorso chirurgico è identificabile nella struttura organizzativa del pre-ricovero, deputato al monitoraggio puntuale delle liste di attesa e interfaccia principale della Gestione Operativa per gli aspetti sia di programmazione trimestrale delle attività (assegnazione delle sedute mensili alle specialità secondo liste di attesa e schieramenti) che di pianificazione settimanale (in considerazione della tipologia di pazienti, delle procedure chirurgiche, e della occupazione di posti letto). Fondamentale perciò garantire la adeguata formazione e dotazione di personale ai prericoveri, anche ipotizzando sinergie di area, e favorendo il confronto tra le diverse sedi per omogeneizzare modalità di presa in carico e di attuazione dei profili di intervento su tutte le sedi provinciali.

Altro aspetto da presidiare e valorizzare, alla luce dei fabbisogni crescenti di sedute operatorie e in virtù delle collaborazioni già attive tra le aziende, che hanno l'obiettivo di favorire l'occupazione ottimale delle piattaforme ospedaliere (comparti operatori) da parte dei professionisti, è la capacità di risposta in termini di strumentario e processazioni da parte delle centrali di sterilizzazione presenti sul territorio, che andranno soggette ad ampliamenti e ristrutturazioni coerentemente alle esigenze emergenti, sia in termini di volumi produttivi che in ottica di gestione del rischio infettivo e di garanzia di mantenimento della programmazione prevista.

Particolare attenzione andrà garantita all'arruolamento ed alla formazione dei professionisti da dedicare alle attività chirurgiche, stante la criticità acuita negli ultimi 2 anni di figure competenti negli ambiti specifici, soprattutto strumentisti di sala operatoria, e parimenti medici in formazione specialistica assunti prima di completare il percorso formativo a causa della carenza di specialisti (ginecologi, ortopedici...).

Nell'ambito delle azioni volte ad assicurare livelli crescenti di volumi prestazionali di offerta chirurgica garantiti in sicurezza, con efficacia ed efficienza dalla rete di strutture del sistema modenese, risulta rilevante il contributo che potrà emergere dal lavoro dei 4 gruppi di lavoro interaziendali avviati nel giugno 2025 su mandato delle tre Direzioni Generali. Il progetto "operation" prevede una analisi dei volumi del mix e dell'organizzazione dell'attività chirurgica su quattro ambiti:

1. Piattaforme chirurgiche e schieramenti di sala operatoria (con particolare riferimento alle Linee Guida regionali di luglio 2024, alle possibilità di ulteriore efficientamento delle piattaforme)
2. Soglie concentrazione casistica, vocazioni chirurgiche, focus factory (con particolare riferimento agli indicatori NGS, alla durata media preintervento e postintervento, agli esiti clinici, alla caratterizzazione degli stabilimenti provinciali, allo sviluppo di progettualità in termini di week surgery)
3. Rete ortopedica (con particolare riferimento alla ridefinizione dei setting erogativi, alla condivisione dei criteri di priorità clinica, alla gestione più tempestiva delle urgenze)
4. Piattaforma Robotica (con particolare riferimento alla appropriatezza nelle indicazioni e alla adeguata redistribuzione delle sedute in base alle liste di attesa e alle indicazioni condivise nella DGR 639/2025)

I gruppi di lavoro vedranno il coinvolgimento delle direzioni sanitarie e assistenziali e dei professionisti impegnati nella valutazione e reingegnerizzazione di tutte le tappe del percorso chirurgico (prericoveri, impiego dei comparti operatori e dei professionisti, organizzazione del lavoro, redistribuzione delle risorse). Clinici e medici di organizzazione sono chiamati a valutare qualità e performance dell'attuale sistema provinciale, e soprattutto a produrre indirizzi utili per orientare le future riorganizzazioni dell'offerta. La revisione del modello erogativo che ne conseguirà dovrà generare importanti ricadute in termini di efficacia, efficienza e sicurezza dei percorsi chirurgici.

Le risultanze del gruppo operation costituiranno nel triennio di vigenza del PIAO di guidare l'allocazione delle linee produttive in modo coerente alla presenza delle dotazioni logistico, tecnologiche e di competenza professionale, indispensabili a garantire i requisiti di sicurezza efficacia ed economicità dell'offerta.

le cui dotazioni risultano in progressivo incremento come previsto dalla programmazione;

L'obiettivo strategico di maggiore diffusione dell'offerta di prestazioni nel rispetto della sicurezza, efficacia ed efficienza delle cure trova nella gestione condivisa delle piattaforme provinciali (sale operatorie e letti) uno dei principali strumenti operativi. Tale modalità di collaborazione tra le equipe delle Aziende sanitarie

modenesi dovrà essere ulteriormente sviluppata secondo logiche di efficientamento delle risorse (personale, tecnologie, sale e letti) a supporto alle UU. OO. con maggiori liste di attesa. È evidente che il ricorso alle equipe itineranti e all'utilizzo da parte di queste di piattaforme anche fuori dalla sede di appartenenza consente di garantire una offerta più diffusa di prestazioni, estendendo anche alle sedi periferiche la possibilità di offrire interventi di discipline specialistiche non stabilmente presenti in quel contesto territoriale. Questo modello di offerta consentirà ai cittadini di fruire di un maggior numero di prestazioni chirurgiche rispetto a quelle storicamente garantite, avendo comunque garanzia di sicurezza ed efficacia dell'intervento, in quanto, lo stesso sarà garantito dalla competenza di quelle stesse equipe di professionisti che, da tempo, assicurano le procedure interventistiche negli hub modenesi o di area.

Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza

Il mandato ricevuto in data 1° aprile 2025 dalla CTSSS dalle Direzioni Generali dell'AUSL di Modena, dell'AOU di Modena e dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. hanno portato alla istituzione della Cabina di Regia interaziendale e dei Gruppi di Lavoro Distrettuali che attraverso un processo strutturato, partecipato, che associa la visione strategica con la conoscenza dei contesti locali, garantendo in questo modo coerenza metodologica tra progettazione e attuazione, sta lavorando alla ridefinizione della organizzazione del sistema provinciale di emergenza urgenza territoriale.

Il lavoro congiunto tra le tre Aziende sanitarie e gli attori istituzionali e territoriali coinvolti, ha portato alla condivisione delle analisi condotte circa l'attuale modello erogativo e il livello di performance garantito, e alla individuazione di alcune proposte ed azioni per la trasformazione del sistema dell'Emergenza-Urgenza, e questo con particolare riferimento e tenendo conto degli item di seguito richiamati:

1. nuovi modelli organizzativi per l'assistenza primaria (AFT, CAU, CDC), finalizzati alla presa in carico delle patologie a bassa complessità;
2. effetti dell'attivazione del Numero Unico Europeo 116117, in termini di accessibilità, orientamento e reindirizzamento dell'utenza;
3. rivalutazione della rete dei mezzi di soccorso, con attenzione all'efficienza operativa, alla copertura territoriale e alla riallocazione delle risorse;
4. riorganizzazione del Pronto Soccorso, con l'obiettivo di ridurre il ricorso a modalità straordinarie di reclutamento (es. cooperative) e migliorare la sostenibilità del sistema.

L'obiettivo dell'articolata riorganizzazione è quello di aumentare i livelli di efficacia, sicurezza ed efficienza della risposta, ricollocando correttamente i flussi dei pazienti, riducendo al contempo i tempi di attesa nei PS.

Con riferimento alla attivazione del Numero Unico Europeo 116117 che "filtri" le chiamate dell'utenza come previsto dalla DGR di riferimento, sono state individuate le azioni prioritarie riportate nel box:

Istituzione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116/117 con l'obiettivo di riorientare l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti ed altri servizi sanitari territoriali, (gestione integrata e coordinata della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità).

Consolidamento del Numero Unico di Emergenza (NUE) 1.1.2 attraverso la completa migrazione di tutte le province alla nuova piattaforma tecnologica ed organizzativa, ☐ con l'obiettivo di ridurre ulteriormente i tempi di risposta alle emergenze e garantire, quando necessario, il contemporaneo intervento dell'Emergenza Sanitaria, dei Vigili del Fuoco e della Forze dell'Ordine.

Aree di confine e ruolo del Volontariato nella rivalutazione della rete dei mezzi di soccorso. La revisione integrata della rete dell'Emergenza territoriale con il potenziamento e l'omogeneizzazione del sistema di soccorso pre-ospedaliero e la piena integrazione con i servizi territoriali, non può prescindere dal confronto con l'organizzazione delle aree di confine, che potrà consentire la ridefinizione congiunta e integrata dell'offerta di mezzi di soccorso riequilibrando, ad esempio, la presenza dei mezzi di soccorso avanzato ed il

contributo delle Associazioni. Tale attività ha comportato e comporterà il confronto istituzionale con le Direzioni (Aziendali e del Dipartimento di emergenza) delle province limitrofe (Bologna e Reggio) e la necessità di condivisione della “nuova geografia” (sedi e fasce di copertura) dell’offerta degli equipaggi del volontariato (nuovo ingaggio del volontariato).

Con riferimento al Volontariato, la riproposizione del progetto “Invitati al volontariato, educati alla responsabilità civile”, sviluppato in collaborazione con AA.VV (ANPASA, CRI, Misericordia), con l’obiettivo di ripubblicare il bando estendendo al massimo la platea dei potenziali partecipanti, costituisce una iniziativa volta alla promozione del volontariato giovanile, che ha come fine quello di contrastare le crescenti difficoltà delle Associazioni a reperire “nuovi iscritti attivi”.

Sempre nell’ambito del governo dei processi interni, un ulteriore obiettivo è rappresentato dal consolidamento della rete dei trasporti in emergenza, attraverso l’armonizzazione degli approcci organizzativi, implementando le migliori soluzioni in termini di efficacia e di efficienza (es. piena applicazione procedura su ambiti di competenza ed autonomia degli infermieri del SET 118), anche in relazione allo sviluppo di coprogettazione con il terzo settore (applicazione procedura SET 118 consulto telefonico: MSA-A, MSA-I, BLS-D).

Rientra tra gli obiettivi anche la diffusione territoriale dei defibrillatori automatici (DAE) e l’ampliamento del numero di persone addestrate alla rianimazione cardio polmonare e alla defibrillazione precoce attraverso la promozione del corso di formazione Basic Life Support Defibrillation (BLS-D), anche attraverso il coinvolgimento delle scuole, degli enti locali, delle associazioni di volontariato e delle associazioni sportive.

Ancora nell’ambito del governo dei processi interni assume rilevanza la necessità di superamento della presenza in PS delle Cooperative. Il progetto di riorganizzazione del Sistema Emergenza Urgenza prevede, infatti, il progressivo superamento delle cooperative che dovrà essere completato entro novembre. Ci si riferisce all’area nord e ai 45 turni medici ancora presenti a supporto dei PS di Carpi e Mirandola. La finalizzazione dell’intensa attività di ricerca di personale medico per i PS di area nord e il contestuale reclutamento anche attraverso lo scorrimento di graduatorie di concorso equipollenti (es. Medicina) sono gli strumenti da porre in essere per il conseguimento di tale obiettivo e per la successiva stabilità.

È in corso l’analisi interna al Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza (DIEU) relativa alla costruzione dei potenziali scenari riorganizzativi dei PS Provinciali; la valutazione è condotta sulla base di numerose variabili: reclutamento personale, effetti della riorganizzazione dell’Emergenza Territoriale rispetto all’efficientamento delle risorse, azioni di supporto organizzativo interne agli ospedali (percorsi di ricovero, attività di fast track specialistici etc.), azioni di supporto territoriale (nuove AFT, Servizio ambulatoriale urgenze a bassa complessità, CAU, CA).

L’introduzione di percorsi di gestione e supporto alla casistica territoriale a maggiore complessità (day service e teleconsulto), la riduzione del tempo di permanenza in PS (% di accessi con permanenza < 6h+1 che vede tutte le strutture provinciali prossime allo standard) e di boarding sono tutti obiettivi che potranno essere perseguiti grazie al più stretto rapporto tra medici dell’emergenza e consulti interni all’Ospedale. L’ulteriore promozione di percorsi di gestione sul territorio, delle patologie afferenti alla categoria della cosiddetta ospedalizzazione evitabile, attraverso la condivisione di percorsi tra ospedale e territorio e l’integrazione delle figure afferenti alle diverse organizzazioni, potrà consentire di ridurre il ricorso al PS ed i ricoveri impropri; si vedano al proposito anche i percorsi di day service per la gestione congiunta ospedale territorio delle patologie passibili di trattamento territoriale, descritti in altra parte del presente documento.

Il valore della Comunicazione In considerazione dell’importante rilevanza che la riorganizzazione di questo sistema assume per istituzioni e popolazione, risulta fondamentale accompagnare e rafforzare il processo di revisione del modello attraverso una specifica campagna informativa sull’utilizzo dei nuovi canali di

comunicazione adottati dal sistema dell'emergenza (numeri verdi e numero unico 116/117) e della nuova offerta di servizi connessi alla risposta alle urgenze ed emergenze ed alle cure non urgenti.

Assistenza territoriale e applicazioni DM 77/22

Preliminarmente alla discussione delle azioni nell'ambito della programmazione della sezione di programmazione relativa alla dimensione dei processi interni per la sottosezione produzione del territorio, si riportano a seguire le performance riportate dall'Azienda negli ultimi anni, raffrontati con la media regionale e gli attesi regionali o da letteratura (ove presenti). Si evidenzia come le performance conseguite nel tempo dall'Azienda siano di norma in miglioramento, migliori della media regionale e ove presente dello standard. Unica eccezione la copertura della rete GRAD che presenta valori in riduzione e inferiori alla media regionale. Il tasso di prevalenza nei servizi della Salute Mentale, sono in incremento e superiori alla media regionale per tutte e tre gli ambiti (adulti, infantile e dipendenze patologiche). che non ha raggiunto lo standard ma che tuttavia presenta valori in incremento e comunque superiori alla media regionale. La percentuale di donne seguite dai consultori presenta un valore migliore dello standard atteso e della media della Regione. L'ultima colonna riporta l'aspettativa del prossimo triennio che, stante le buone performance traguardate, presenta molti attesi in mantenimento.

Indicatore	trend	Produzione-Territorio						Valore Regionale 2024	atteso RER 2024	ATTESO PIAO
		Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024			
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	▬	20,27	18,26	-	19,53	19,73	19,96	21,24	Osservazione	▬
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	↑	100,41	91,97	-	93	100,62	109,7	89,74	Osservazione	▬
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche	▬	9,82	7,51	7,26		9,28	9,35	8,9	Osservazione	▬
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	↑	58,22	60,57	58,25	62,32	63,56	65,94	63,85	>= 52% (media 2018)	↑
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	↑	10,43	9,36	9,37	9,78	11,03	11,78	9,83	>=7%	↑
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	▬	0,28	0,28	0,27	0,27	0,29	0,27	0,35	Osservazione	▬

Accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Corretta gestione delle Agende di prenotazione e individuazione, in caso di criticità dei tempi di attesa, di specifici percorsi di tutela di cui alla DGR 603/19 e alla DGR 620/24: per perseguire questi risultati e al fine di mantenere sempre elevata l'offerta delle prestazioni degli specialisti ambulatoriali, per tutte le priorità di accesso (U, B, D, P), oltre all'apertura delle agende a 24 mesi, sia per le prime visite sia per le prestazioni per la presa in carico, sono programmati, e continueranno ad essere calendarizzati con frequenza regolare, incontri con i Direttori delle UU.OO ospedaliere e i referenti distrettuali della Specialistica del Dipartimento di Cure Primarie. Questi operatori vengono rapidamente contattati anche nelle situazioni di temporanea criticità dell'offerta per rimodulare il numero delle prestazioni, secondo le necessità delle prestazioni pervenute nella Prelista. Anche il Privato Accreditato concorre a mantenere adeguata l'offerta attraverso disponibilità incrementabili in particolari momenti critici e facilitando la presa in carico di urgenze specialistiche, secondo percorsi preventivamente concordati. Nel triennio 2025-27 si ha l'obiettivo di sviluppare ulteriormente questi percorsi.

Particolare rilevanza, rispetto contenimento dell'iper consumo, andrà posta nella definizione degli accordi con i MMG, che dovranno contenere obiettivi e relativi interventi volti all'appropriatezza della prescrizione e questo sia in ambito di specialistica ambulatoriale che di farmaceutica.

Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito di salute della donna, infanzia, adolescenza e percorso nascita

Percorso nascita

L'assistenza alla gravidanza fisiologia, come da indicazione regionale, dovrà essere erogata attraverso l'accoglienza alla donna presso il punto nascita da lei identificato e la presa in carico in autonomia da parte

dall'ostetrica, garantendo l'assistenza al parto ed al puerperio fino alla dimissione di mamma e bambino. Nel prossimo triennio sarà necessario sviluppare:

- consolidamento del ruolo ostetrico e relativa autonomia nella gestione del basso rischio ostetrico in gravidanza, parto e puerperio e implementazione della teleassistenza;
- mantenimento e monitoraggio dell'offerta attiva dello screening NIPT (Non Invasive Prenatal Test) a tutte le donne in gravidanza nel primo trimestre, per fornire una stima del rischio di trisomie dei cromosomi 21, 18 e 13, che rappresentano la maggioranza delle anomalie cromosomiche evidenziate in epoca prenatale con l'ampliamento della possibilità di prelievo in tutti i distretti in un'ottica di prossimità. Nelle more del reclutamento degli MMG per le attività di registrazione sulla piattaforma regionale NIPT il consultorio organizza il percorso per il prelievo anche per le gravide seguite dai professionisti privati, si cercherà di superare questa situazione;
- mantenimento dello screening per il riconoscimento precoce del disagio psichico in epoca perinatale in tutti i distretti dell'AUSL di Modena;
- aggiornamento e diffusione del protocollo per lo screening per la violenza domestica in gravidanza e postparto;
- potenziamento dell'attività dell'assistente sociale all'interno dei consultori familiari;
- offerta attiva di visita di puerperio precoce da parte dell'ostetrica del Consultorio Familiare anche per le donne seguite privatamente e dimesse dai punti nascita: attivazione e informatizzazione del percorso in tutti i distretti e per tutti i punti nascita (Ospedale Carpi, Ospedale Sassuolo, Policlinico di Modena);
- mantenimento dell'offerta attiva dell'home visiting nei distretti con sospensione del punto nascita (Mirandola e Pavullo);
- revisione dei corsi di accompagnamento alla nascita: sviluppo di strategie per assicurare equità e inclusione di tutte le donne/coppie e individuare strumenti di monitoraggio e valutazione degli interventi. Creazione di una rete omogenea e permanente tra servizi per proporre un per-corso inclusivo delle molteplici professionalità e che risponda ai bisogni della nuova famiglia, in un'ottica di integrazione circolare tra ospedale e territorio e coinvolgendo attivamente i Centri per le Famiglie e le associazioni.

Adolescenza

Gli Spazi giovani consultoriali (SG), un servizio dedicato alla fascia d'età 14-19 anni presente in ogni distretto con equipe multiprofessionali formate da ginecologi, ostetriche, psicologi, andrologo, assistente sociale con accesso libero, diretto e gratuito. Gli ambiti sono quelli tipici del consultorio familiari e riguardano la salute sessuale, riproduttiva e il benessere psico-relazionale degli adolescenti e il sostegno alla genitorialità in adolescenza. In questi anni la popolazione di adolescenti che si è rivolta agli SG è stata in crescita. Le azioni previste:

- mantenere l'apertura e l'attività in ogni distretto di uno spazio giovani con personale dedicato e formato;
- continuare a realizzare e implementare i progetti di promozione e educazione alla salute rivolti ai giovani e agli adulti di riferimento, (insegnanti, educatori, allenatori sportivi ecc.) in ambito scolastico e extrascolastico, in collaborazione con altri servizi dell'AUSL, della regione Emilia-Romagna e con Enti ed istituzioni del territorio (Comuni, Scuole, corsi di formazione professionale, centri di aggregazione sportiva e ricreativa, associazioni). L'obiettivo è far acquisire ai ragazzi conoscenze e competenze sui temi della salute riproduttiva e dell'educazione affettiva: il corpo, l'identità sessuale, le relazioni tra pari, tra generi, di coppia, la sensibilizzazione e la prevenzione della violenza di genere, la preservazione della fertilità, la contraccezione e le malattie sessualmente trasmissibili, nonché promuovere la conoscenza e l'uso dei servizi sanitari dedicati agli adolescenti. I progetti affettività e sessualità sono proposti sul catalogo aziendale Sapere & Salute [<https://www.ausl.mo.it/promozione-della-salute/sapere-e-salute/>] e si cercherà nei prossimi anni di introdurre l'offerta del progetto regionale per le scuole primarie "Tutto Cambia" sulla base delle risorse disponibili.

Innovazione in ambito salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infanzia e adolescenza, salute nelle carceri

Nuove emergenze sanitarie: minori con psicopatologia (DGR 1323/2024): criticità preadolescenti e adolescenti con problematiche psicopatologiche

Negli ultimi anni si registra un aumento significativo delle condizioni psicopatologiche tra preadolescenti e adolescenti, con quadri clinici sempre più complessi sia dal punto di vista diagnostico sia in termini di gestione assistenziale. Questo incremento ha determinato una crescente pressione su tutti i livelli della rete dei servizi (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e ospedalieri), con il rischio concreto di interventi inappropriati rispetto alla reale intensità di cura necessaria.

I dati epidemiologici 2022–2024 indicano che, nella Provincia di Modena, il tasso di accessi al Pronto Soccorso per motivi di salute mentale nella fascia 0–17 anni è tra i più elevati in Emilia-Romagna, secondo solo a Reggio Emilia e Bologna in termini assoluti. Tale situazione conferma la necessità urgente di ridefinire e potenziare l'intera filiera assistenziale, in coerenza con le linee guida regionali (DGR 1323/2024).

In particolare, per la NPIA di Modena sarà necessario nel prossimo triennio prevedere azioni collegate con la gestione della emergenza urgenza da realizzarsi sia attraverso il miglioramento e la ridefinizione dei percorsi in Emergenza Urgenza (EU) sia attraverso una riorganizzazione dei servizi e delle attività offerte dalla NPIA territoriale.

1. Ridefinire i percorsi in Emergenza-Urgenza (EU) attraverso la revisione dei protocolli vigenti e la stesura di nuove procedure condivise tra tutti i servizi coinvolti nella gestione dell'acuzie psichiatrica in età evolutiva (NPIA, CSM, SERD, Pediatria ospedaliera e territoriale, PS/DEA, 118, servizi sociali ecc.). Sarà necessario, pertanto, aggiornare il documento aziendale "Gestione delle emergenze e urgenze psicopatologiche dell'infanzia e adolescenza" (ultima revisione 28/03/2019), con chiara definizione di ruoli, responsabilità e integrazione ospedale-territorio.

Attualmente, i ricoveri per minori con disturbi neuropsichiatrici si articolano su due poli: presso la Pediatria dell'AOU di Modena fino ai 14 anni, e presso l'SPDC dell'Ospedale di Baggiovara dai 14 anni in poi. Questa organizzazione, tuttavia, non garantisce un'adeguata corrispondenza tra bisogni assistenziali e setting di cura, né sotto il profilo clinico né rispetto all'appropriatezza del trattamento.

A livello regionale, l'offerta di posti letto dedicati all'età evolutiva in acuzie è attualmente molto limitata: 12 PL al Policlinico Sant'Orsola (6 per neurologia, 6 per DCA) e 6 PL a Rimini (Reparto di Psicopatologia dell'Infanzia e Adolescenza). In tale scenario si colloca il progetto AVEN per l'apertura di un reparto specialistico 0–17 anni a Parma, con una stima di 3,96 posti letto destinati a Modena (DGR 1323/2024). È necessario definire, a tal fine, procedure di accesso condivise per l'Area Vasta. Rispetto a tale tema il DSM-DP è già coinvolto nei relativi tavoli regionali e aziendali.

2. Analisi delle risorse disponibili sul territorio modenese (AOU e Azienda USL), con l'obiettivo di individuare soluzioni locali in ambito ospedaliero e territoriale che consentano una presa in carico tempestiva anche in emergenza, riducendo la necessità di ricorrere ai ricoveri fuori provincia.

Come indicato nella DGR 1323/2024 sarà necessario, infatti, nel prossimo periodo prevedere e strutturare uno spettro di risposte con diversi livelli assistenziali, dal più intensivo al meno intensivo rispetto a tale tipologia di utenza.

Si riconoscono le seguenti azioni prioritarie da sviluppare nel prossimo triennio a favore dei preadolescenti e adolescenti con problematiche psicopatologiche finalizzate ad una presa in carico precoce e al minor ricorso al ricovero ospedaliero:

- potenziamento qualitativo-gestionale della RTI-M, con monitoraggio costante da parte della Cabina di Regia Ricoveri;
- implementazione delle strutture "intermedie" semiresidenziali come alternativa al ricovero ospedaliero, sia in ambito sanitario che sociosanitario;
- miglioramento dei percorsi di transizione all'età adulta, garantendo continuità terapeutica e assistenziale;

- integrazione strutturata tra i settori del DSM-DP, in particolare all'interno del Programma 14–25, con attenzione ai casi con doppia diagnosi (NPIA-SERD);
- promozione della formazione congiunta degli operatori (NPIA, SMA, SERD) per favorire linguaggi condivisi e modelli di intervento integrati;
- potenziamento degli interventi territoriali in urgenza, ottimizzando le risorse disponibili e sviluppando servizi domiciliari intensivi;
- adozione di tecnologie digitali per il monitoraggio, la teleassistenza e l'intervento precoce, in particolare per la popolazione giovanile, anche nell'ottica della prevenzione della cronicizzazione e dell'intervento sulle doppie diagnosi;
- rafforzamento degli interventi precoci nella psicopatologia (0–13 anni e >14), con interventi strutturati su scuola/famiglia/servizi.

Approccio innovativo del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute

Preliminarmente alla discussione delle azioni nell'ambito della programmazione della sezione di programmazione relativa alla dimensione dei processi interni per la sottosezione produzione e prevenzione, si riportano a seguire le performance riportate dall'Azienda negli ultimi anni, raffrontati con la media regionale e gli attesi regionali o da letteratura (ove presenti). Si evidenzia come le performance conseguite nel tempo dall'Azienda siano di norma in miglioramento e sempre migliori dello standard e spesso della media regionale. Unica eccezione la copertura vaccinale negli anziani che non ha raggiunto lo standard ma che tuttavia presenta valori in incremento e comunque superiori alla media regionale. I tassi di copertura vaccinale per MPR (morbillo, parotite, rosolia), antipneumococcica ed esavalente, non solo sono a target ma presentano valori tra i più alti in regione. I tassi di adesione per i tre screening di popolazione, collo dell'utero, mammella e colon retto presentano valori ottimali (accettabili per il colon retto). Passando alla prevenzione e vigilanza sulle attività produttive, e alla sicurezza sul lavoro, le Aziende con dipendenti ispezionate, presentano un valore superiore all'atteso. Anche per quanto attiene gli indici relativi alla salute animale e alla sicurezza, contaminazione, degli alimenti la performance è superiore all'atteso. Da ultimo la % di ragazzi che accedono a consultori per la contraccezione presenta un valore migliore dell'atteso e decisamente superiore alla media della regione. L'ultima colonna riporta l'aspettativa del prossimo triennio che, stante le buone performance traguardate, presenta molti attesi in mantenimento.

PROCESSI INTERNI Produzione-Prevenzione										
Indicatore	trend	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	atteso RER 2024	ATTESO PIAO
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1* dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - NSG	▬	95,95	97,26	-	98,19	97,91	97,84	96,49	>95%	▬
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - NSG	▬	-	-	-	62,99	61,07	61,83	59,7	>75%	▬
Copertura vaccinale antimeningococcica C a 24 mesi nei bambini - NSG	▬	94,16	95,42	-	95,88	95,43	94,78	91,8	>=95%	▬
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - NSG	▬	96,8	97,99	-	98,53	98,22	98,23	96,68	>=95%	▬
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	↓	9,01	6,32	7,4	7,71	8,69	7,71	8,42	>=7,5%	↑
% cantieri ispezionati	↑	23,48	14,37	17,63	13,61	8,15	20,84	21,36	Osservazionale	↑
Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	↑	71,26	62,98	74,25	76,09	73,26	77,07	72,87	>=70%	▬ ↑
Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	↑	68,81	68,73	70,61	70,91	70,98	71,87	66,53	>=60%	▬ ↑
Screening coloretta: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	▬	52,89	48,57	53,12	54,1	53,81	52,4	52,78	>=50%	▬ ↑
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	▬	-	72,16	96,25	100	98,94	98,4	100	>=95%	▬
Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - NSG	▬	-	-	99,33	100	100	100	99,57	>=95%	▬
% di ragazzi/e che accedono ai servizi consultoriali per la contraccezione sulla popolazione target (14-25 anni)							11,70%	8,82%	⊗ 10,2%	▬

La programmazione e la realizzazione delle attività del Dipartimento di Sanità Pubblica per il triennio 2025-2027 si baseranno sulle indicazioni contenute nei documenti regionali (la DGR 65 del 23/01/2025 contenente gli obiettivi di mandato della Direzione generale dell'AUSL di Modena, il Piano Regionale della Prevenzione,

la L.R. 19/2018 per la prevenzione e promozione della salute, la DGR 183 del 13 febbraio 2023 che ha istituito il Sistema Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici – SRPS, le Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR e i relativi indicatori di performance, le cui attività saranno illustrate in questo capitolo). Per ogni anno le attività saranno modulate sulla base delle delibere di programmazione annuale (come la DGR 972 del 23.06.2025 per l'anno 2025) e della negoziazione di budget.

La programmazione, sulla base delle indicazioni dei documenti sopra elencati persegue un approccio innovativo e integrato, che orienterà l'azione del Dipartimento di Sanità Pubblica, in particolare per i tre ambiti prioritari individuati dal PIAO: promozione della salute, prevenzione, sicurezza dei lavoratori.

Particolare attenzione sarà inoltre dedicata ai seguenti aspetti:

- governo dei dati;
- produzione di conoscenze sui profili di salute anche a livello regionale (profilo on line);
- programmazione delle attività di prevenzione basata sulle evidenze;
- integrazione intradipartimentale, con altri dipartimenti aziendali e con altri Enti (ARPAE, IZS, ITL, INAIL, INPS, Ufficio scolastico provinciale, Prefettura, Enti locali, ecc..) ulteriore sviluppo dell'efficientamento organizzativo del Dipartimento.

Di seguito viene illustrata la programmazione triennale delle attività del Dipartimento individuate come prioritarie dal PIAO.

Promozione della salute

Nel prossimo triennio, l'innovazione in tema di promozione della salute sarà uno degli assi strategici su cui si impiegherà l'azione del Dipartimento di Sanità Pubblica. Oltre all'avvio e al potenziamento dei programmi nelle Case della Comunità, l'approccio preventivo e promozionale sarà esteso progressivamente a tutti i principali setting sanitari, compresi gli ospedali, i servizi territoriali e i punti di accesso opportunistici, al fine di intercettare precocemente i determinanti modificabili della salute.

In particolare, nelle Case di Comunità, che diventeranno hub strategici per attività educative e di empowerment rivolte ai cittadini, si punterà ad implementare programmi integrati di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili attraverso interventi strutturati su stili di vita, focalizzati su alimentazione, attività fisica, consumo di alcol e tabacco. Tali programmi vedranno una crescente formazione degli operatori delle Case della Comunità, all'uso corretto dell'approccio motivazionale, in linea con il Modello Transteorico del Cambiamento. L'obiettivo è integrare stabilmente nei setting sanitari l'utilizzo dell'intervento breve motivazionale, sfruttando ogni occasione di contatto con il cittadino per promuovere comportamenti salutari. Nell'ambito della promozione della salute, sarà valorizzata la mappa delle opportunità quale strumento territoriale per facilitare l'accesso dei cittadini alle risorse disponibili per adottare stili di vita sani. Saranno attivati percorsi di alfabetizzazione sanitaria, rafforzando il legame tra comunità e servizi socio-sanitari.

Parallelamente, si intende avviare una decisa innovazione tecnologica attraverso l'impiego dell'intelligenza artificiale (IA) per rafforzare la medicina di iniziativa e migliorare l'efficacia degli interventi di promozione della salute. Tra le principali azioni previste è possibile citare:

- Creazione di contenuti digitali personalizzati mediante IA, come video, infografiche e post social, per campagne educative mirate a specifici gruppi target (per età, fattori di rischio, contesto lavorativo o sociale);
- Sviluppo di chatbot informativi intelligenti, accessibili tramite portali o app sanitarie, in grado di rispondere a domande frequenti, orientare il cittadino verso comportamenti salutari e fornire raccomandazioni personalizzate;
- Automazione dei richiami per screening, controlli e interventi di prevenzione, basata su algoritmi predittivi che considerano età, patologie note e stili di vita, anche con notifiche tramite Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);

- Promozione attiva dei sani stili di vita tramite notifiche intelligenti personalizzate, che informano i cittadini sulle azioni consigliate, con promemoria coerenti con le condizioni cliniche e gli obiettivi di salute individuali.

L'intento è quello di superare un approccio esclusivamente reattivo alla salute pubblica, rafforzando un modello proattivo, data-driven, centrato sul cittadino e capace di coniugare personalizzazione, sostenibilità e innovazione.

Prevenzione

L'approccio alla prevenzione sarà potenziato attraverso una programmazione strategica delle attività vaccinali, garantendo l'armonizzazione dell'offerta sia per coorte d'età che per specifiche condizioni di rischio. Obiettivo primario sarà l'aumento delle coperture vaccinali, anche attraverso l'utilizzo dei nuovi setting assistenziali come gli ospedali e le Case di Comunità, con un'integrazione operativa dei professionisti sanitari coinvolti. Saranno implementati interventi di formazione continua per specialisti, clinici e medici di medicina generale, unitamente a campagne informative rivolte alla popolazione, per accrescere la fiducia e l'adesione alle vaccinazioni.

Si manterrà inoltre il focus su progetti già in essere:

- Screening attivi, tra cui lo screening HCV nella popolazione generale nata tra il 1969 e il 1989, al fine di individuare precocemente soggetti portatori e facilitare l'accesso ai percorsi di presa in carico;
- Flussi informativi, con riferimento prioritario al monitoraggio della circolazione del virus SARS-CoV-2 e delle sue varianti;
- L'attività di vigilanza nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e disabili, in particolare quelle non accreditate, avvalendosi di equipe multidisciplinari in grado di integrare competenze sanitarie, sociali e ispettive.

Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

La programmazione delle attività di questo ambito sarà finalizzata a garantire l'attuazione del Piano Regionale Integrato e ad assicurare la gestione integrata, in ottica one health, delle emergenze di sanità pubblica veterinaria, in particolare per la gestione di Peste suina africana, Influenza aviaria, Lumpy Skin Disease.

Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino

Particolare attenzione sarà dedicata da parte del Servizio Veterinario 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, ai controlli sulla contaminazione degli alimenti di origine animale e al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione degli alimenti.

Relativamente al Controllo delle anagrafi animali, si realizzeranno le seguenti azioni ritenute strategiche:

- formazione dei Veterinari per quanto riguarda la valutazione e gestione delle non conformità al fine di uniformare i comportamenti prescrittivi e sanzionatori conseguenti ai controlli;
- formazione ed informazione degli allevatori, anche in collaborazione con le associazioni di settore, per la corretta implementazione di loro competenza della Banca Dati Nazionale (inserimento degli eventi, redazione e gestione dei documenti di accompagnamento...).

Relativamente all'alimentazione degli animali da reddito le azioni strategiche saranno le seguenti:

- censimento e registrazione in banca dati SINVSA dei produttori primari di materie prime per mangime ai fini in particolare della gestione del pericolo contaminazione da aflatossine;
- censimento e controllo della vendita on line di mangimi (e-commerce) che sta prendendo piede;
- valutazione dell'impatto dell'inquinamento ambientale (microplastiche) nei mangimi: progetto innovativo da sviluppare nell'arco del triennio che potrebbe coinvolgere sia l'alimentazione animale che quella umana (carni e prodotti derivati).

Copertura 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 e vegetale

In questo ambito le azioni per il perseguimento degli obiettivi di programmazione utilizzeranno un approccio innovativo e richiederanno l'introduzione di modifiche organizzative:

- riprogrammazione dei piani di campionamento alimenti sulla base della Linea guida regionale di aggiornamento 2025 del Piano Regionale di Campionamento Alimenti, che comporta una sostanziale revisione delle attività svolte negli anni precedenti in termini di matrici da campionare, modalità di campionamento e parametri da determinare. Su questo punto è stata svolta, e proseguirà in futuro, un'attività di informazione e formazione del personale addetto al campionamento per il consolidamento delle competenze necessarie, con una supervisione periodica della corretta attuazione dei singoli programmi distrettuali.
- nel contesto del rilevante turnover e complessiva diminuzione degli operatori si dovrà procedere ad una riallocazione delle risorse in termini di redistribuzione delle attività sul territorio, anche a scavalco rispetto alle sedi di riferimento, in funzione degli obiettivi da raggiungere e delle competenze disponibili.

Sicurezza dei lavoratori

L'attività di vigilanza e controllo in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro sarà svolta dal Servizio PSAL, con il contributo del Servizio Impiantistico Antinfortunistico (UOIA), seguendo gli indirizzi della programmazione regionale e sarà rivolta in particolare ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia, agricoltura e logistica e ad alcuni rischi per la salute prioritari quali ad esempio il rischio cancerogeno, lo stress lavoro-correlato e il sovraccarico biomeccanico.

Il raggiungimento dell'obiettivo di copertura della vigilanza stabilito dalla Regione (attualmente fissato ad almeno il 7,5% delle unità locali - espresse come PAT - presenti sul territorio) rappresenterà una forte sfida in considerazione della attuale dotazione di personale, che richiederà nuovi sviluppi organizzativi oltre al ricorso all'attività di vigilanza aggiuntiva.

Come indicato in premessa una quota rilevante dell'attività di vigilanza sarà effettuata nei cantieri edili, oggetto di specifico indicatore del PIAO. Questa attività perseguirà un approccio innovativo che prevede la individuazione dei cantieri a maggior rischio attraverso l'utilizzo delle informazioni contenute nel portale SICO.

Nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione proseguiranno i Piani Mirati di Prevenzione avviati negli anni precedenti.

Altro elemento innovativo che comporterà anche uno sviluppo organizzativo è l'implementazione di un percorso ambulatoriale specialistico di medicina del lavoro dedicato alla valutazione dei casi di sospetta malattia lavoro-correlata finalizzato alla emersione delle patologie occupazionali, che sarà attivato in tre sedi ambulatoriali a livello provinciale (una per area).

3.2.2 Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio sanitario

Preliminarmente alla discussione delle azioni nell'ambito della sezione di programmazione relativa alla dimensione dei processi interni per la sottosezione Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico, si riportano a seguire le performance riportate dall'Azienda negli ultimi anni, raffrontati con la media regionale e gli attesi regionali o da letteratura (ove presenti). Si evidenzia come le performance conseguite nel tempo dall'Azienda siano di norma in miglioramento, migliori della media regionale e ove presente dello standard. Uniche eccezioni la percentuale di anziani in carico a strutture sociosanitarie con accesso al PS o re-ricovero a 30 giorni dalla dimissione che risulta in incremento nel tempo e superiore alla media Regionale. Molto buoni gli indici a misura del ricorso appropriato al ricovero sia come rapporto dei DRG inappropriati sia come DH medico diagnostici, ed i DH medici in generale, in entrambi i casi i valori di Modena risultano inferiori ad atteso e alla media regionale. Buono il valore delle sepsi a misura del fenomeno delle infezioni ospedaliere, il valore di Modena è in riduzione e al di sotto dell'atteso. È stato introdotto un nuovo indicatore, composito, ovvero somma di più indici, rispetto al buon uso di antibiotici, il dato di consumo di Modena risulta inferiore alla media regionale e all'atteso. Gli indici di consumo per visite e diagnostica strumentale, ancorché nel complesso inferiori alla media regionale, presentano alcuni valori che attestano l'iperconsumo di prestazioni in alcuni ambiti (TC e RM soprattutto neurologiche, EMG soprattutto nei distretti di area nord, esami biumorali in genere e marker tumorali). Come ampiamente affrontato nel presente documento, su questi temi si stanno promuovendo iniziative per la riconduzione della domanda a maggiori livelli di appropriatezza, le azioni sono condotte anche sfruttando sistema di intelligenza artificiale. L'ultima colonna a destra riporta l'aspettativa del prossimo triennio che, stante le buone performance raggiunte, presenta molti attesi in mantenimento.

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico										
Indicatore	trend	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	atteso RER 2024	ATTESO PIAO
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - Indicatore NSG: H04Z	▬	0,15	0,12	0,11	0,13	0,13	0,13	0,16	<0,15	▬
Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: H06Z	▬	1,06	1,21	1,62	1,71	1,73	1,76	2,38	Osservazione	▬
Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: H07Z	↓	26,47	14,03	16,71	16,4	16,5	15,1	25,51	Osservazione	▬ ↓
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	↓	4,19	11,92	6,67	4,51	8,87	5,76	6,79	Osservazione	↓
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	↑	13,69	10,12	11,92	15,86	15,63	17,43	16,6	Osservazione	↓
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	↑	3,32	4,1	3,49	3,48	3,59	5,13	4,46	Osservazione	↓
Indicatore composito sui consumi di antibiotici in ambito territoriale							15	14	> 15	↑
Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	↑	600,82	668,79	784,34	850,98	868,95	912,21	924,98	Osservazione	↓
Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	↓	760,8	578,06	696,48	719,78	734,59	704,09	719,92	Osservazione	↓
Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - Indicatore NSG: D13C	↓	63,85	53,52	65,84	74,79	72,24	68,41	75,16	Osservazione	↓

Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera delle attività ad alta complessità e a consumo di elevate risorse e potenziamento delle reti cliniche

La necessità di garantire qualità, sicurezza e gestione del rischio impone alla programmazione sanitaria del prossimo triennio un processo dinamico di revisione della organizzazione fondato sui principi delle evidenze scientifiche. La gestione del rischio non è solo una questione di prevenzione degli incidenti, ma implica anche la capacità di migliorare continuamente i processi attraverso l'innovazione, la formazione e il coinvolgimento attivo dei professionisti. La cura di questi aspetti può ridurre significativamente il rischio di eventi avversi, migliorando nel contempo la qualità delle prestazioni e la sicurezza per i pazienti.

A seguire alcuni degli elementi di rilievo che caratterizzano una programmazione efficace in questo ambito:

1. individuazione e monitoraggio degli Standard di Qualità

- Individuare e monitorare gli indici (chiari e misurabili) per valutare l'efficacia dell'offerta e valutare la qualità delle cure, anche attraverso la misura della soddisfazione degli utenti, la mortalità evitabile e la gestione delle complicazioni.

- Implementare programmi di accreditamento per garantire che le strutture sanitarie rispettino determinati standard di qualità e continuare nella conduzione di audit periodici per verificarne il rispetto (audit tempo dipendenti, cure oncologiche, STAM STEN).
- Promuovere programmi di aggiornamento per il personale sanitario per mantenere elevati livelli di competenza e professionalità (Formazione continua)

2. Sicurezza del Paziente

- Gestione della sicurezza del paziente: Adottare strategie per prevenire gli errori medici, come la prevenzione delle infezioni nosocomiali, la gestione corretta dei farmaci e il monitoraggio degli eventi avversi.
- Promuovere e rendere diffusa la cultura della sicurezza favorendo la segnalazione degli errori (in assenza del timore di ritorsioni) migliorando l'analisi degli incidenti e l'apprendimento da essi.
- Adottare sistemi di gestione degli eventi avversi quali l'implementazione di protocolli per la registrazione, analisi e gestione degli incidenti e degli eventi avversi per ridurre al minimo i rischi per i pazienti.

3. Gestione del Rischio Sanitario

- Identificazione e valutazione del rischio (eventi avversi legati a trattamenti, rischi epidemiologici, problemi di accessibilità e disparità nella qualità delle cure.) È fondamentale un sistema di analisi dei rischi per identificare e prevenirli.
- Implementazione di piani operativi per garantire la continuità dei servizi sanitari durante situazioni di emergenza, come pandemie (PANFLU) , disastri naturali (PEIMAF e PAIVAC) o guasti tecnologici (recovery disaster) .
- Prevenzione e controllo delle infezioni: Attività di sorveglianza e prevenzione per evitare infezioni correlate all'assistenza (ICA), specialmente in ambienti ospedalieri ma anche sul territorio

4. Tecnologia e Innovazione nella Gestione del Rischio

- E-health e telemedicina: L'adozione di tecnologie digitali per migliorare la gestione delle informazioni sanitarie, la diagnosi a distanza, la prevenzione delle malattie e l'erogazione dei trattamenti in sicurezza (teleconsulto a distanza, telemonitoraggio).
- Sistemi di supporto alla decisione clinica: Strumenti informatici che aiutano i professionisti a prendere decisioni basate su evidenze scientifiche, riducendo gli errori e migliorando la qualità delle cure (navigatori, sistemi di IA per diagnostica).

5. Coinvolgimento del Paziente e della Comunità

- Educazione sanitaria: Sensibilizzazione e formazione della popolazione sui diritti sanitari, sui comportamenti di prevenzione e sui rischi connessi alla salute.
- Coinvolgimento del paziente nel processo decisionale: Promuovere un modello di cura condivisa in cui i pazienti siano parte attiva nelle decisioni riguardanti la loro salute, contribuendo anche alla sicurezza e alla qualità del trattamento.

6. Formazione e Sensibilizzazione del Personale

- Garantire che il personale sanitario sia adeguatamente formato su temi legati alla qualità, sicurezza e gestione del rischio, come l'uso corretto degli strumenti diagnostici, la gestione delle emergenze e la sicurezza del paziente.
- Organizzare esercitazioni pratiche e simulazioni per preparare il personale a rispondere efficacemente in situazioni di alta criticità, come emergenze sanitarie, calamità naturali o eventi avversi in sala operatoria.

7. Valutazione delle Performance e dei Risultati

- Misurazione e feedback delle performance: Implementare un sistema di valutazione delle performance che misuri non solo l'efficacia delle cure, ma anche la soddisfazione degli utenti, l'efficienza dei processi e l'aderenza agli standard di sicurezza.
- Rapporti pubblici e trasparenza: La pubblicazione dei risultati delle performance degli ospedali e delle strutture sanitarie, insieme ai dati sugli incidenti, contribuisce a una maggiore trasparenza e consapevolezza, favorendo la fiducia dei cittadini nel sistema

8. Sistema di Gestione della Qualità e del Rischio

- Sistema di gestione integrato: Creare un sistema che integri la qualità, la sicurezza e la gestione del rischio in modo coerente. Ad esempio, sviluppare protocolli e linee guida operative che supportino il personale nella gestione dei pazienti e nella prevenzione dei rischi.
- Revisione e feedback continui: Monitorare costantemente i risultati delle attività sanitarie e correggere eventuali deficienze tramite l'utilizzo di reportistica, feedback dai pazienti e dalle famiglie, e analisi dei dati clinici.
- Verifica e audit dei processi: Esaminare i processi organizzativi e assistenziali per identificare potenziali rischi e aree di miglioramento. Gli audit e le revisioni esterne possono contribuire a mantenere alta la qualità delle prestazioni.

Governo delle liste d'attesa

Tenuto conto della introduzione di nuovi modelli erogativi e, ancor più, che diversi di questi modelli prevedono la convivenza di professionisti afferenti a organizzazioni diverse perché provenienti da differenti strutture/aziende, che si trovano in modo talvolta non sistematico a dover condividere tecnologie e strutture, si pensi ad esempio alla criticità data dalla necessità di condivisione di procedure consolidate nelle strutture ospitanti non completamente note alle équipe che sono ospitate, si sottolinea la necessità di porre particolare attenzione ai processi di introduzione protetta di tali collaborazioni, dando particolare rilevanza all'attività di supervisione e coordinamento delle risorse in gioco con particolare riferimento alle figure coinvolte.

Al di là dello specifico aspetto sopra richiamato, stante la criticità, acuita negli ultimi 2 anni di figure competenti negli ambiti specifici, soprattutto strumentisti di sala operatoria, e parimenti medici in formazione specialistica assunti prima di completare il percorso formativo a causa della carenza di specialisti (ginecologi, ortopedici...) e tenuto conto del turnover di professionisti che sta caratterizzando le nostre organizzazioni, si impone particolare attenzione nella fase di arruolamento e di formazione dei professionisti da dedicare alle attività assistenziali e comunque alla gestione di processi critici.

Alla luce dell'obiettivo di favorire l'occupazione ottimale delle piattaforme ospedaliere (comparti operatori) da parte dei professionisti un altro aspetto organizzativo da presidiare e valorizzare, tenuto conto anche dei fabbisogni crescenti di sedute operatorie da assicurare (vedi il numero crescente di collaborazioni già attive tra le diverse Aziende), e la capacità di risposta in termini di strumentario e processazioni da parte delle centrali di sterilizzazione presenti sul territorio, che saranno soggette ad ampliamenti e ristrutturazioni coerentemente alle esigenze emergenti, sia in termini di volumi produttivi che in ottica di gestione del rischio infettivo e di garanzia di mantenimento della programmazione prevista.

Garanzia dell'accesso in emergenza-urgenza

Tenuto conto dell'importante turnover di professionisti che caratterizza l'ambito dell'emergenza urgenza, oltre che la necessità di porre in essere politiche di arruolamento anche di figure affini di area internistica, stante l'importante introduzione di modelli assistenziali nuovi che prevedono sempre più spesso il rapporto tra figure professionali diverse e afferenti ad organizzazione e strutture differenti, particolare attenzione dovrà essere posta nella fase di arruolamento e di formazione dei professionisti da dedicare alle attività assistenziali come pure alla ridefinizione e condivisione di procedure alla base di processi assistenziali critici.

Accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Miglioramento e verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso l'applicazione delle indicazioni regionali di appropriatezza prescrittiva vigenti per i MMG, la definizione dei percorsi condivisi ed il ricorso a strumenti di Intelligenza Artificiale.

Per facilitare l'applicazione dei criteri di appropriatezza prescrittiva si sono quindi programmate, per il triennio 2025-27, ulteriori azioni che riguardano:

- la costruzione di Profili di Nucleo della Specialistica per ogni MMG e per le future AFT che comprendono gli indici di consumo delle prestazioni specialistiche maggiormente critiche, al fine di condividere negli Accordi Integrativi Aziendali con la Medicina Generale obiettivi che possano migliorare l'equità di accesso e l'ottimizzazione dell'offerta delle prestazioni specialistiche;
- utilizzo di piattaforme di Intelligenza Artificiale: per quanto riguarda la Specialistica, può essere di grande aiuto nelle analisi inerenti all'appropriatezza prescrittiva perché permette la gestione di grandi quantità di dati sanitari.

Queste attività potrebbero essere utilizzate durante la fase di prenotazione delle prestazioni, per verificare l'esattezza delle prescrizioni e la corretta attribuzione delle priorità, evitando quindi prenotazioni di prescrizioni che non rispettano i criteri condivisi, o a posteriori consentendo analisi sui dati raccolti tipo le tipologie di prestazioni più richieste, i tempi di attesa, l'appropriatezza delle prescrizioni e delle priorità assegnate.

In questo modo si avrebbe un monitoraggio costante e si potrebbero identificare criticità e ambiti di miglioramento all'interno del sistema.

Gli algoritmi di IA permettono di gestire in modo efficiente e automatizzato un alto numero di prescrizioni, riducendo i costi operativi e i tempi che una gestione manuale richiederebbe con notevole impiego di personale.

Governance della spesa e uso appropriato dei farmaci, delle tecnologie associate e dei dispositivi medici

Il perseguimento della sostenibilità economica, della qualità e della sicurezza nell'uso di farmaci e dispositivi medici (DM) rappresenta una priorità strategica della Direzione Generale. Le azioni previste per il prossimo triennio mirano a integrare le politiche regionali con l'organizzazione provinciale, garantendo la sicurezza d'uso dei farmaci e dei DM, l'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità complessiva come da programmazione regionale.

Come nel triennio precedente, proseguiranno le azioni volte a favorire l'appropriatezza prescrittiva attraverso:

- la diffusione puntuale e l'applicazione delle raccomandazioni regionali evidence-based, prodotte da gruppi di lavoro multidisciplinari, con l'obiettivo di armonizzare i comportamenti prescrittivi e orientare i clinici verso scelte terapeutiche a elevato valore aggiunto in termini di efficacia, sicurezza e costo-opportunità;
- la promozione dell'impiego dei beni sanitari aggiudicati mediante le procedure di gara regionali Intercent-ER attraverso la collaborazione costante con la Unità Logistica Centralizzata AVEN, la tempestiva informazione dei risultati di gara agli utilizzatori/prescrittori ed il monitoraggio dell'adesione alle convenzioni regionali, con particolare riferimento ai farmaci e DM con migliore costo-opportunità;
- il rafforzamento della presa in carico dei pazienti da parte dei punti di distribuzione diretta, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza, semplificare l'accesso ai pazienti e attivare un sistema efficace di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, promuovendo progetti specifici (ricognizione ed eventuale riconciliazione, de-prescrizione, farmaco e dispositivo-vigilanza).

La Direzione Generale intende sviluppare un insieme di azioni strutturate volte a garantire un uso sicuro, appropriato ed economicamente sostenibile dei farmaci e dei dispositivi medici. Tali interventi si pongono l'obiettivo di coniugare l'efficacia clinica con la sicurezza per il paziente, riducendo variabilità, sprechi e potenziali rischi lungo tutto il percorso assistenziale.

Per quanto concerne la qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche, per il triennio 2025-2027 verrà data continuità a:

1. iniziative di formazione ed informazione in collaborazione con i Referenti del Rischio Clinico e del SUAL, con l'obiettivo di implementare i documenti "Manuale per gestire in sicurezza la terapia farmacologica. Ottobre 2022" e "Gestione dei farmaci al domicilio. Maggio 2024 (DGR 1472/2024)":
 - a. "Gestione clinica del farmaco, Farmacovigilanza e Sicurezza delle Cure" (previsti 3 incontri annuali rivolti a tutto il personale sanitario di ambito ospedaliero) per la diffusione delle corrette modalità di gestione clinica e logistica del farmaco indicate nelle Raccomandazioni Ministeriali/Regionali e recepite nella procedura interaziendale, unitamente alla diffusione delle corrette modalità di segnalazione di eventi/quasi eventi correlati alla gestione clinica del farmaco;
 - b. "Gestione degli incidenti/quasi eventi correlati a dispositivi medici e sistemi di vigilanza" (previsti 3 incontri annuali rivolti a tutto il personale sanitario di ambito ospedaliero) per la corretta gestione dei Dispositivi medici (DM) e dei Dispositivi medico diagnostici in vitro (DM-IVD), finalizzate al tempestivo riconoscimento di eventi/quasi eventi correlati al loro utilizzo e alla conseguente segnalazione attraverso i flussi informativi aziendali in essere.
2. implementazione dei percorsi di ricognizione e riconciliazione farmacologica nei momenti critici della transizione di cura (in particolare in fase di ricovero, dimissione e presa in carico territoriale) al fine di garantire la continuità terapeutica, ridurre il rischio clinico e prevenire errori da uso improprio dei farmaci. La prescrizione informatizzata sia a livello ospedaliero (già in corso con la implementazione della CCE) sia a livello territoriale consente agli specialisti ed agli MMG di effettuare l'analisi delle terapie all'atto del ricovero (ricognizione) e valutare o rivalutare gli obiettivi terapeutici che possono essere conseguiti alla luce delle condizioni di salute correnti, ridefinendo ad esempio l'opportunità del prosieguo delle terapie che il paziente ha in corso (riconciliazione). Verranno rafforzati i progetti già in essere per i pazienti in dimissione, con affiancamento ai medici di reparto presso le U.O ospedaliere di Malattie Infettive e Medicina Area Critica.

E' in fase di avvio un progetto pilota rivolto ai pazienti ricoverati presso l'OSCO (Ospedale di Comunità) di Castelfranco Emilia, che accoglie prevalentemente soggetti con bisogni clinico-assistenziali complessi, difficilmente gestibili al domicilio, o affetti da patologie croniche che necessitano di monitoraggi periodici e terapie articolate. L'OSCO accoglie inoltre pazienti dimessi da reparti ospedalieri per i quali il rientro a casa risulta ancora problematico. Si configura come un nodo strategico per l'ottimizzazione della transizione ospedale-territorio, sia sul piano clinico che terapeutico. L'implementazione di un processo strutturato di Ricognizione e Riconciliazione della Terapia Farmacologica in questo setting assistenziale si basa sulla collaborazione tra specialisti, Medici di Medicina Generale (MMG), farmacisti ospedalieri e personale infermieristico e rappresenta un elemento fondamentale per garantire appropriatezza, continuità e sicurezza delle cure: consente al medico responsabile, in fase di dimissione, di rivalutare l'intera terapia farmacologica assunta dal paziente, confermarla integralmente o modificarla come il risultato di un processo strutturato, documentato e condiviso.

E' inoltre attivo da settembre 2023 un ambulatorio per la ricognizione/semplificazione delle terapie presso i CAD del distretto di Modena e Sassuolo. L'integrazione del farmacista nel team multidisciplinare che segue il paziente presso il centro diabetologico permette non solo di garantire la consegna della terapia farmacologica prescritta nel corso della visita specialistica, ma anche di monitorare l'aderenza alla terapia, verificare il corretto utilizzo dei dispositivi per la somministrazione dei farmaci e il monitoraggio della glicemia, sensibilizzare il paziente e i care-giver alla segnalazione di effetti indesiderati correlati all'uso dei farmaci, facilitare i percorsi di ricognizione e armonizzazione delle terapie tramite interazione e confronto con il Medico di Medicina Generale.

Tali interventi puntano all'analisi complessiva della terapia assunta dal paziente, orientata alla verifica di possibili interazioni, al controllo della compliance e dell'aderenza da parte del paziente e ad una valutazione della possibilità di semplificazioni della terapia. Continuerà ad essere garantita la continuità di cura ospedale-territorio, tramite la fornitura diretta al paziente al momento della dimissione dei farmaci da assumere a domicilio.

3. Ripresa e implementazione interventi per attivare in modo strutturato percorsi dedicati alla semplificazione delle terapie e alla deprescrizione con particolare riferimento alle aree di ambito internistico e geriatrico nell'ambito della rete "Politica del Farmaco";
4. attività di informazione e formazione per sensibilizzare e sollecitare alla segnalazione gli operatori sanitari sia a livello ospedaliero che territoriale (MMG/PLS, specialisti e Farmacie convenzionate). Sarà proseguita la sensibilizzazione dei clinici dell'area onco-ematologica avviata nel biennio 2023-2025 con la partecipazione al progetto di FV attiva regionale multicentrico POEM3 e implementato il coinvolgimento attivo del paziente, informato e sollecitato alla segnalazione da parte dei farmacisti del punto di erogazione diretta Hu-care. Verranno consolidate e ulteriormente sviluppate modalità di segnalazione semplificate che favoriscano una maggior adesione al sistema da parte dei segnalatori (PS, CAU, MMG). Verranno riproposti momenti formativi mirati a promuovere il coinvolgimento dei farmacisti territoriali supportandoli nel loro ruolo di garanti della sicurezza del farmaco nel percorso di cura del paziente cronico: il progressivo trasferimento della gestione di alcune terapie croniche, come il diabete mellito tipo 2, dall'ambito ospedaliero al territorio rende necessario il rafforzamento delle loro competenze e responsabilità.

Verranno realizzate e rafforzate le seguenti azioni:

5. adesione al progetto regionale biennale "InterAction" che prevede una mappatura delle attività di revisione delle politerapie in corso nelle diverse realtà aziendali regionali finalizzate a condividere sforzi ed esperienze ed a promuovere l'implementazione di nuovi percorsi sia sul fronte ospedaliero che territoriale. E' prevista la realizzazione di protocolli di studio osservazionali prospettici o retrospettivi che consentano di realizzare interventi strutturati e la rendicontazione dei dati e degli esiti osservati.
6. coinvolgimento attivo del paziente per favorire consapevolezza, adesione al proprio percorso di cura, promozione di una corretta gestione dei farmaci al domicilio;
7. partecipazione al progetto nazionale "CosisiFa", iniziativa finanziata da AIFA (cfr. DGR 2372/2024) che mira a fornire un'informazione indipendente con l'obiettivo di garantire un uso più consapevole e appropriato dei medicinali. Il progetto prevederà la formazione di un pool di medici e farmacisti, che trasferiranno a cascata le informazioni sull'uso appropriato dei farmaci oggetto della formazione ad altri professionisti sanitari. In questo modo, gli operatori formati non solo acquisiranno competenze, ma diventeranno protagonisti nella condivisione delle migliori pratiche, contribuendo alla diffusione di una cultura del farmaco più consapevole e indipendente, sostenendo infine la crescita della qualità dell'assistenza sanitaria. Per supportare questi compiti verranno messi a disposizione materiali dedicati ed è prevista la produzione e l'implementazione di 4 pacchetti formativi, il primo dei quali, nel secondo semestre 2025, incentrato sull'uso appropriato degli antibiotici e antibiotico resistenza;
8. Implementazione dell'utilizzo nella pratica clinica degli strumenti informatici che consentano di rilevare e monitorare in maniera agevole e sistematica le terapie farmacologiche in atto ai fini della corretta ricognizione e armonizzazione terapeutica, di una maggior consapevolezza da parte dei prescrittori, di una maggior tempestività nella disponibilità dei dati:
 - a. sviluppo e implementazione di un cruscotto di monitoraggio della prescrizione della medicina generale pesata non solo per sesso ed età, ma per patologia che consente di confrontare i dati prescrittivi per favorire l'appropriatezza e la sicurezza delle cure, riducendo le variabilità prescrittive;
 - b. sviluppo e implementazione di cruscotti di monitoraggio di prescrizioni e consumi in ambito specialistico e ospedaliero. Adozione di azioni finalizzate alla riduzione del rischio clinico tramite l'utilizzo della prescrizione informatizzata e delle erogazioni di farmaci e DM, inclusi quelli della assistenza integrativa: nel triennio 2025-2027 verrà adottato il programma LOG80 in ambito onco-ematologico e ampliata la prescrizione informatizzata dopo visita ambulatoriale da parte degli specialisti. Implementazione della reportistica che possa fornire il dato relativo alla percentuale di somministrazioni in manuale rispetto a quelle con barcode ed il dato di prescrizione di alcune categorie di farmaci che hanno una ricaduta sulla prescrizione territoriale (es. PPI, Vitamina D...);

9. valutazione dell'appropriatezza dell'impiego della chemioterapia nelle fasi avanzate e terminali: nell'ambito delle reti oncologica ed emato-oncologica verrà rafforzata la collaborazione tra oncologia, cure palliative e medicina generale, al fine di garantire una presa in carico integrata e centrata sui bisogni della persona e di favorire l'attivazione precoce dei percorsi di cure palliative. Verranno inoltre sviluppati sistemi di monitoraggio aziendale degli indicatori di uso potenzialmente inappropriato della chemioterapia nel fine vita (percentuale di pazienti trattati con chemioterapia nei 30 giorni precedenti al decesso);

Sviluppo della telemedicina

L'obiettivo del triennio è rappresentato dalla promozione delle azioni volte a garantire l'implementazione dei servizi di telemedicina dei percorsi della cronicità sul territorio e all'interno delle Case della Comunità, sviluppando sistemi di teleconsulto fra professionisti nei differenti setting territoriali. Queste iniziative sono rivolte a garantire una sicurezza più diffusa e competente, pertanto saranno parimenti implementati e accompagnati con i doverosi interventi di formazione della componente professionale arruolata, progetti innovativi di efficientamento nell'utilizzo delle diverse figure professionali con esecuzione in capo ad infermieri e tecnici di indagini strumentali (al domicilio o presso le Case della Comunità) che poi saranno refertati in remoto dai medici (ci si riferisce a campi visivi, fondo dell'occhio, spirometria, ECG).

Lo Specialista on call risulta l'esperienza maggiormente sviluppata in Azienda (oltre 10.300 consulti da oltre 20 diverse discipline), questo modello da tempo in uso in provincia (introdotto prima del covid) ha permesso importanti risultati in termini anche di facilità di accesso dell'utenza che può approfittare, con offerta diffusa sul territorio, di consulenze particolarmente approfondite, perché supportate dalla competenza del consulente che da remoto supporta l'intervento del professionista di primo livello .

Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario

In continuità con gli anni precedenti e in ottemperanza a quanto previsto dal D.M. 19 dicembre 2022 ("Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" - Allegato A «Verifiche per il rilascio di nuovi accreditamenti. Piano annuale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario, Piano annuale delle emergenze sanitarie e Piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)"), il Piano Programma per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio (PPSC) viene elaborato, presentato al Collegio di Direzione e ai Comitati Consultivi Misti nonché deliberato annualmente secondo le indicazioni regionali ("Nuove linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano Programma annuale per la Sicurezza delle Cure e della rendicontazione annuale nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia-Romagna", marzo 2023). Parallelamente, viene elaborata e presentata la rendicontazione degli obiettivi del PPSC relativi all'anno precedente. Entrambi i predetti documenti risultano pubblicati sulla intranet aziendale, a disposizione degli operatori.

Presenti e deliberati in Azienda il Gruppo Aziendale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio e la Rete aziendale dei Referenti per la promozione della sicurezza delle cure, delle persone assistite e degli operatori nonché per la promozione delle buone pratiche per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e per il contrasto all'antimicrobico-resistenza.

Il Gruppo Aziendale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio svolge parte attiva nel lavoro preliminare finalizzato alla predisposizione del Piano Programma supportando il Direttore Sanitario, il Risk Manager e la Struttura aziendale di Rischio Clinico nel processo di identificazione, valutazione/analisi dei rischi. Ha inoltre il compito di: raccogliere i dati per l'identificazione e l'analisi dei rischi (monitoraggio e mappatura dei rischi), proporre azioni e progetti specifici per il miglioramento della sicurezza garantendo, per il successo delle azioni intraprese, l'integrazione con la Direzione, lo Staff e con tutte le altre reti aziendali; strutturare le proposte del Collegio di Direzione attraverso un supporto operativo; definire i programmi formativi e le azioni da attuare con cadenza annuale/pluriennale in tema di sicurezza delle cure. In altre parole, il Gruppo aziendale per la Gestione del Rischio rappresenta un sistema di supporto per la Direzione

aziendale e i professionisti al fine di individuare le deficienze del sistema e ridisegnare processi più sicuri, promuovere una cultura aziendale orientata alla sicurezza, gestire gli eventi di danno. Il Gruppo aziendale per la Gestione del Rischio si avvale inoltre della collaborazione di professionisti afferenti alla Direzione aziendale, di figure tecniche e cliniche dell'area ospedaliera e territoriale nonché dei referenti delle reti aziendali individuati, sulla base dei temi da affrontare, secondo competenze e funzioni specifiche.

La Rete dei Referenti per la promozione della sicurezza delle cure, delle persone assistite e degli operatori nonché per la promozione delle buone pratiche per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e per il contrasto all'antimicrobico-resistenza è stata invece ridefinita e formalizzata; sono stati aggiornati i nominativi dei referenti per la promozione della sicurezza, formati nel corso del 2024.

Nel corso del triennio 2025-2027, inoltre, proseguirà/proseguiranno:

- la stretta collaborazione con il Servizio Qualità e Accreditamento per quanto attiene l'applicazione e la verifica dei requisiti generali di accreditamento relativi alla sicurezza delle cure sulla base della normativa nazionale e regionale vigente nonché la condivisione del progetto regionale Vi.Si.T.A.RE e la redazione/revisione, pubblicazione e diffusione di procedure/istruzioni operative, anche mediante creazione di specifici gruppi di lavoro multiprofessionali;
- l'applicazione di strumenti proattivi di gestione del rischio, quali la FMEA/FMECA, su percorsi/processi ritenuti prioritari per l'Azienda;
- l'attività di segnalazione degli eventi avversi/near miss e l'analisi dei flussi delle fonti informative. Le fonti informative di interesse per la gestione del rischio vengono monitorate da diverse articolazioni aziendali e/o interaziendali che presidiano il flusso informativo interno, garantendo inoltre, qualora previsto, l'assolvimento di debiti informativi istituzionali (es.: Dispositivovigilanza, Farmacovigilanza, near miss ostetrici, etc.). La U.O.S. Rischio Clinico aziendale, che presiede e coordina, unitamente alla Direzione Sanitaria, il Gruppo Aziendale per la Sicurezza delle Cure, ha il compito di assicurare la corretta condivisione delle informazioni, ottenute attraverso le fonti informative, tra i soggetti interessati all'analisi delle stesse e di restituire tali analisi agli operatori e ai cittadini. A garanzia dell'intero processo, la U.O.S. Rischio Clinico funge da collettore di informazioni e da punto unico di restituzione dei dati ai portatori di interesse; in particolare, la U.O.S. Rischio Clinico, mediante l'applicativo regionale SegnalER, monitora i flussi relativi alle seguenti fonti informative, di cui alcuni direttamente gestiti da altro specifico Responsabile/Referente (livello 3 SegnalER):
 - cadute (scheda A01 modulo A SegnalER);
 - contenzione (scheda A02 modulo A SegnalER);
 - Dispositivovigilanza (scheda A03 modulo A SegnalER);
 - eventi sentinella (scheda A04 modulo A SegnalER);
 - Farmacovigilanza (scheda A05 modulo A SegnalER);
 - Incident Reporting (scheda A06 modulo A SegnalER), al momento comprensiva anche delle segnalazioni relative all'ambito trasfusionale (scheda specifica ancora in fase di sviluppo regionale);
 - lesioni da pressione (scheda A07 modulo A SegnalER);
 - morte materna (scheda A08 modulo A SegnalER);
 - morte o grave morbosità neonatale (scheda A09 modulo A SegnalER);
 - Near Miss Ostetrici (scheda A10 modulo A SegnalER);
 - Violenza verso operatore (scheda A12 modulo A SegnalER);
 - segnalazioni dei cittadini – URP (modulo B SegnalER).

Vengono inoltre monitorati i seguenti flussi informativi:

- monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza (AGENAS);
- check-list di sala operatoria (SSCL, TC, ambulatoriale, cataratta);
- Indicatori di rischio clinico – Patient Safety Indicators;
- infezioni correlate all'assistenza – flusso SiChER (Governo del Rischio Infettivo);
- SISTRA e non conformità (Struttura Complessa Immuno-Trasfusionale);
- infortuni degli operatori (SPPA);
- sinistri e richieste di risarcimento danni – database regionale (S.C. Medicina legale e Risk Management).

La sintesi dei dati ottenuti dalle fonti informative di interesse per la Sicurezza delle Cure viene annualmente resa disponibile ai cittadini attraverso la pubblicazione del relativo documento nella sezione Amministrazione trasparente del sito internet aziendale (ex art. 2, comma 5 della Legge n. 24 del 2017 - Legge Gelli). I medesimi dati, con identica tempistica, vengono pubblicati sulla intranet aziendale, a disposizione degli operatori;

- in corso la valutazione, anche da parte dell'AUSL di Modena, del modulo dell'applicativo SegnalER relativo alla gestione dei sinistri aziendali, recentemente implementato;
- la gestione degli eventi sentinella/eventi significativi non classificabili come eventi sentinella, secondo le indicazioni ministeriali aggiornate (applicativo SegnalER e portale ministeriale SIMES);
- la condivisione "in tempo reale" delle segnalazioni URP di interesse per la gestione del rischio, anche mediante l'applicativo regionale SegnalER;
- il monitoraggio delle buone pratiche (raccomandazioni ministeriali, linee di indirizzo regionali);
- le attività finalizzate al mantenimento della sicurezza in chirurgia (monitoraggio delle check list SSCL, ambulatoriale, cataratta e taglio cesareo; progetto regionale OssERvare – osservazioni in sala operatoria; formazione degli operatori in tema di non technical skills);
- le attività di monitoraggio, gestione e analisi di morti materne, morte perinatale e near miss ostetrici;
- le attività di prevenzione, monitoraggio, gestione e analisi delle cadute e della contenzione;
- le attività di prevenzione monitoraggio, gestione e analisi delle lesioni da pressione;
- il progetto regionale Vi.Si.T.A.RE, con particolare attenzione ai setting territoriali come da indicazioni regionali;
- le attività di prevenzione e gestione degli episodi di violenza verso l'operatore;
- la partecipazione ai gruppi di lavoro relativi all'implementazione della cartella clinica elettronica (cartella clinica area clinica, cartella clinica area chirurgica, cartella clinica area oncologica, cartella clinica area ostetrica) e alla cabina di regia relativa alla Cybersecurity;
- la formazione in tema di sicurezza delle cure (sicurezza farmacologica, sicurezza dei dispositivi medici, sicurezza trasfusionale, prevenzione degli episodi di violenza verso l'operatore, prevenzione delle cadute, prevenzione/gestione della contenzione, gestione degli accessi vascolari, prevenzione e gestione delle lesioni da pressione, sicurezza in chirurgia SSCL e check-list taglio cesareo, gestione delle vie aeree difficili, etc.).



Attività a supporto del mantenimento e sviluppo dell'Accreditamento a livello aziendale e regionale

La Direzione Generale intende garantire il mantenimento e lo sviluppo del sistema di gestione per la qualità e accreditamento aziendale, attraverso la predisposizione, il monitoraggio e la rendicontazione di un piano programma che consenta la rispondenza ai requisiti generali e specifici di Accreditamento e che contempli attività di audit e autovalutazione nell'ottica dell'attivazione di azioni di miglioramento.

Anche nel 2025, come per i prossimi anni, in rispondenza agli obiettivi previsti nella DGR di programmazione e finanziamento, il Sistema Qualità e Accreditamento ha provveduto all'elaborazione del Piano Programma Aziendale Qualità e Accreditamento.

Il Piano così elaborato verrà inviato alla Direzione Strategica per l'approvazione e successiva deliberazione.

Nel Piano sono contenute le iniziative rilevanti riguardanti il tema dell'accreditamento e del suo mantenimento con particolare attenzione non solo all'attività di audit ed autovalutazione, già ampiamente perseguiti nel corso dell'anno precedente, con risposte significative da parte delle articolazioni aziendali pari a circa il 70% ma anche nell'ottica di integrazione con le altre Aziende Sanitarie della provincia.

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

Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità

Garantire la tutela della salute degli operatori sanitari è un aspetto fondamentale per il buon funzionamento del sistema sanitario. Un programma integrato che prevede la formazione continua, la protezione contro i rischi fisici e psicologici, il supporto sociale e il benessere generale, contribuisce a migliorare la qualità del lavoro e la sicurezza degli operatori, a favore di un'assistenza migliore e più sicura

Di seguito, alcune dei temi e degli indirizzi previsti dall'Azienda per tutelare la salute degli operatori sanitari:

- Educazione continua su pratiche sicure e protocolli di prevenzione, tra cui la gestione del rischio biologico (infezioni nosocomiali, esposizione a agenti chimici, ecc.);
- Protezione dai Rischi Infettivi attraverso la fornitura di DPI, garantendo che tutti gli operatori abbiano accesso a dispositivi di protezione adeguati (mascherine, guanti, camici, visiere, ecc.);
- Garanzia delle vaccinazioni obbligatorie o fortemente raccomandate (ad esempio, antinfluenzale, epatite B, COVID-19);
- Applicazione del Protocollo di sorveglianza sanitaria che prevede il monitoraggio costante dello stato di salute degli operatori, con screening periodici, in particolare per malattie infettive.

Un particolare aspetto, sempre più frequente negli ultimi tempi è rappresentato dalla necessità di gestione dello Stress e del Benessere Psicologico: si intende pertanto promuovere iniziative di supporto psicologico per fronteggiare lo stress, il burnout e la pressione legata al lavoro sanitario (come nel caso di pandemie o aggressioni ecc); attenzione anche alla necessità di creare spazi di supporto emotivo e relazionale, promuovendo la cultura del benessere psicologico. Da tenere in considerazione la gestione del carico di lavoro con monitoraggio del carico di lavoro per evitare l'overload, con attenzione alla rotazione delle turnazioni e al rispetto dei riposi.

Rilevante l'ambito della prevenzione degli Infortuni sul Lavoro. Si intende implementare i piani di sicurezza sul lavoro quali prevenzione degli infortuni fisici, come quelli causati da movimenti ripetitivi, posture errate, incidenti con attrezzature mediche o materiali pericolosi. Fondamentale al proposito la promozione della formazione su ergonomia: Sensibilizzazione sull'importanza di adottare posture corrette e pratiche sicure durante le attività quotidiane.

Nell'ambito della protezione da Rischi Chimici e Fisici, occorrerà promuovere la valutazione dei rischi ambientali: Identificare i rischi legati all'esposizione a sostanze chimiche, radiazioni, agenti anestetici e materiali pericolosi, e adottare procedure di sicurezza rigorose per l'utilizzo, stoccaggio e smaltimento di materiali e sostanze chimiche pericolose. Un capitolo fondamentale è rappresentato dalla promozione della Salute e Prevenzione delle Malattie: rientrano in questo ambito le attività quali campagne di prevenzione e screening per le quali si prevedono azioni per promuovere e facilitare l'accesso degli operatori a programmi di prevenzione e screening per malattie professionali o comuni (ad esempio, problemi muscoloscheletrici, malattie cardiovascolari, ecc.). Inutile sottolineare l'attenzione al ed il supporto nelle Situazioni di Emergenza (es protocollo di protezione per esposizioni ad agenti biologici che prevede l'adozione di procedure rigorose per la protezione dagli agenti patogeni (come virus e batteri) durante l'assistenza a pazienti infetti.

Da ultimo la gestione della Sicurezza nei Luoghi di Lavoro che prevede controlli regolari sull'ambiente di lavoro per garantire che gli ospedali e le strutture sanitarie del territorio siano sicuri, con attrezzature in buono stato, impianti di ventilazione efficienti e spazi adeguati. Anche la politica di sicurezza negli spostamenti assume rilevanza, si prevede di implementare misure per ridurre i rischi legati alla mobilità degli operatori.

Più in particolare nel prossimo triennio si ritiene di promuovere le seguenti azioni:

1. Prosecuzione dell'attività di sorveglianza sanitaria (visite mediche ed accertamenti complementari - laboratorio/strumentali) come da D.Lgs 81/08 s.m.i e D.Lgs 101/20 s.m.i.

2. Effettuazione, in visita medica preventiva e periodica di screening tubercolare attraverso l'effettuazione di Intradermoreazione secondo Mantoux/Quantiferon/eventuale Rx torace/Sorveglianza tubercolare o raccolta recente documentazione come da procedura aziendale. L'esito viene registrato sulla cartella sanitaria e di rischio informatizzata MC.
3. Controllo della presenza della copertura immunitaria per le principali malattie infettive prevenibili da vaccino, come previsto dalla DGR 351/2018, a tutti gli operatori sanitari sottoposti a visita medica preventiva (in visita medica periodica ai lavoratori è già stato valutato lo stato di suscettibilità). In particolare vengono sottoposti a screening virologico per Mobbillo (M), Parotite (P), Rosolia (R), Varicella (V), in caso in cui non venga documentato l'avvenuto ciclo vaccinale completo e non venga attestato un noto titolo anticorpale protettivo. Tutti gli operatori sanitari che non documentano un titolo anticorpale protettivo (> 10 mUI/ml) per l'epatite B effettuano lo screening sierologico. Per gli operatori del settore Veterinario si valuta la vaccinazione antitetanica; se scaduta, si procede alla dose di richiamo.
4. Utilizzo della cartella sanitaria e di rischio informatizzata regionale medico competente per la gestione dall'attività di sorveglianza sanitaria, registrazione screening tubercolare, e registrazione di tutte le vaccinazioni (Epatite B, DTP, MPRV, anti COVID-19, antinfluenzale) effettuate dagli operatori del Servizio di Sorveglianza.
5. Effettuazione di campagne vaccinali dedicate agli operatori sanitari (es. vaccinazione antinfluenzale, anti Covid-19, ...).
6. Proseguimento dell'attività di "Promozione della salute dei lavoratori" anche in collaborazione con altri Servizi aziendali.
7. Fornitura di supporto psicologico individuale rivolto a lavoratori vittime di aggressioni e/o con disagi psicologici.
8. Messa in campo di interventi di gruppo a "Sostegno della promozione della salute organizzativa" con altri professionisti aziendali.
9. Collaborazione con altri Servizi nell'analisi delle segnalazioni di aggressione nei lavoratori con eventuale individuazione di misure preventive.
10. Collaborazione con il datore di lavoro e con il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale alla valutazione dei rischi e alla stesura dei Documenti di Valutazione del Rischio.
11. Svolgimento, anche in collaborazione con altri Servizi, di attività di informazione/formazione rivolta ai lavoratori.
12. Mantenimento della presa in carico di tutti gli operatori sanitari che hanno subito un infortunio occupazionale a rischio biologico.
13. Svolgimento delle indagini epidemiologiche rivolte agli operatori risultati contatti a rischio di colleghi/utenti con malattie infettive (es. Tubercolosi, Scabbia, ...).
14. Svolgimento dei sopralluoghi negli ambienti di lavoro.
15. Mantenimento del Piano per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza riferita alle attività dell'Area Sorveglianza sanitaria aziendale con mappatura dei processi, valutazione del rischio corruttivo e misure di prevenzione.

3.2.3 Sottosezione di programmazione dell'organizzazione

Preliminarmente alla discussione delle azioni nell'ambito della sezione di programmazione relativa alla dimensione dei processi interni per la sottosezione organizzazione, si riportano a seguire le performance riportate dall'Azienda negli ultimi anni, raffrontati con la media regionale e gli attesi regionali o da letteratura (ove presenti). Si evidenzia come le performance conseguite nel tempo dall'Azienda siano di norma in miglioramento, migliori della media regionale e ove presente dello standard. Con riferimento al lavoro agile tutti gli indici sono in incremento nel tempo e superiore allo standard atteso. Anche la percentuale documenti prodotti secondo lo standard per FSE 2.0 risulta superiore all'atteso e migliore della media regionale. L'ultima colonna a destra riporta l'aspettativa del prossimo triennio che, stante le buone performance raggiunte, presenta molti attesi in mantenimento.

Organizzazione										
Indicatore	trend	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	atteso 2025	ATTESO PAO
% Lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori	▬					7,1	7,02	4,58		▬
% Lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori agili potenziali	⬆					28,43	37,21	25,19		⬆
% giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative	⬆					7,18	7,53	3,68		⬆
% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti							67,34%	63,41%	≥ 60%	⬆
% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0							92,23%	88,09%	≥ 85%	⬆
% dei consensi alla consultazione espressi per gli assistiti regionali rispetto al totale degli assistiti regionali							91,27%	90,78%	≥ 90%	⬆

In Azienda si sta intraprendendo un percorso di riorganizzazione dei servizi di Staff e TecnoStruttura, a partire dalle esigenze di razionalizzazione dei servizi e di eliminazione delle ridondanze organizzative (anche nell'ottica dell'integrazione con analoghe attività garantite dall'Azienda Ospedaliera Universitaria).

Il nuovo disegno organizzativo, che si intende deliberare a breve, andrà condiviso con tutti gli attori, perseguendo gli orizzonti valoriali della chiarezza dei ruoli e delle responsabilità unita alla semplificazione dell'afferenza organizzativa.

Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, delle attività ad alta complessità e a consumo di elevate risorse e potenziamento delle reti cliniche

La riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, in particolare per le attività complesse e ad alto consumo di risorse, nell'ambito della sanità modenese, coinvolge diversi elementi organizzativi chiave. Questi elementi si inseriscono in un contesto di razionalizzazione, integrazione e miglioramento dell'efficienza e della qualità delle cure.

A seguire si riportano i principali elementi che saranno oggetto di interventi nel prossimo triennio:

1. Integrazione funzionale e strutturale tra ospedali che è alla base del modello di Rete ospedaliera integrata all'interno della quale i presidi ospedalieri della provincia di Modena (AOU Modena, Ospedale di Carpi, Sassuolo, Mirandola, Vignola, Pavullo ecc.) collaborano in modo sinergico, secondo una logica di hub & spoke che prevede la specializzazione delle strutture con le attività complesse che vengono centralizzate nei centri hub provinciali (es. Policlinico di Modena o Baggiovara) o di area (Carpi e Sassuolo), mentre negli ospedali spoke si concentrano su attività meno complesse e post-acuzie.

2. Governance e coordinamento strategico comune tra le tre Aziende Modenesi, in base a questo principio le attività di pianificazione e controllo vengono implementati secondo una comune strategia che prevede anche la progressiva condivisione di strumenti di governance (es. tavoli interaziendali, piani di attività integrati, indicatori di performance, strumenti di misura e di valutazione dell'attività e della riorganizzazione data unit). Rientra in quest'ambito anche la committenza "di sistema" che prevede ruoli chiari tra le due aziende sanitarie (AOU e AUSL), con una regia condivisa per l'utilizzo ottimale delle risorse specialistiche e un ricorso alle risorse del Privato strettamente connessa alle politiche sanitarie provinciali.

3. Gestione “condivisa” delle risorse tecnologiche, professionali e delle competenze: rientrano in quest’ambito, da un lato i team itineranti ovvero le Equipe multi-ospedaliere formate da professionisti che operano in più sedi (mobilità funzionale), per garantire equità di accesso e standardizzazione delle cure e ottimizzazione delle risorse (spazi e tecnologie) disponibili, e, dall’altro la condivisione delle competenze specialistiche che ha determinato la creazione di reti cliniche specialistiche (es. rete ictus, rete oncologica, rete intensiva reti cliniche più in generale di cui allo specifico progetto).

4. Ottimizzazione dell’uso delle tecnologie e delle strutture che ha prevede di sviluppare ulteriormente la concentrazione delle tecnologie ad alta complessità (es. robot chirurgici, diagnostica avanzata) nei centri di riferimento e di orientare in modo mirato gli investimenti strategici quali la riorganizzazione di specifiche infrastrutture (es. nuovi blocchi operatori, ammodernamento reparti ad alta intensità, sterilizzazione, UFA).

5. Innovazione nei modelli assistenziali; al di là dei modelli per intensità di cura che hanno visto soprattutto a Sassuolo la riorganizzazione dei reparti in base alla gravità e instabilità clinica del paziente (intensiva, sub-intensiva, degenza a bassa intensità) , preme in questa sede evidenziare i percorsi clinici integrati costituiti dalla definizione di PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) condivisi tra ospedale e territorio.

6. Logiche di equità territoriale in base alle quali si prevede l’accesso omogeneo ed uniforme alle cure anche nelle aree più periferiche della provincia, grazie alla centralizzazione delle attività più critiche e la presenza di filtri territoriali efficaci (es. continuità assistenziale ospedale-territorio) ed alla diffusione di attività ad alta epidemiologia (**factory polispecialistiche, oncologia di prossimità**) o allo sviluppo di iniziative di **Telemedicina e digitalizzazione** a supporto dell’accesso e della continuità di cura.

7. imprescindibile la sostenibilità economica e allocazione efficiente delle risorse che dovrà prevedere la:

- Riduzione delle duplicazioni di attività complesse tra presidi.
- Ridefinizione del fabbisogno di posti letto per intensità assistenziale.
- Monitoraggio dei costi standard e la costante valutazione di indicatori di appropriatezza.

Governo delle liste d’attesa

In linea con le indicazioni regionali definite dal Progetto SIGLA anche per il triennio 2025-2027, il governo delle liste di attesa dei ricoveri chirurgici impone attenzione alle azioni organizzative finalizzate a:

- garantire le tempistiche adeguate al rispetto delle classi di priorità per i pazienti oncologici,
- gestire i pazienti in attesa da più tempo per le patologie ad alta prevalenza e diffusione nella popolazione (interventi chirurgici di ernia, colecisti, adenoidi, circoncisioni e fimosi, etc).

Uno snodo cruciale del percorso chirurgico è pertanto identificabile nella struttura organizzativa del pre-ricovero, deputata a garantire:

- il rapporto con utenza e strutture interne
- il monitoraggio puntuale delle liste di attesa
- l’interfaccia principale della Gestione Operativa per gli aspetti sia di programmazione trimestrale delle attività (assegnazione delle sedute mensili alle specialità secondo liste di attesa e schieramenti) che di pianificazione settimanale (in considerazione della tipologia di pazienti, delle procedure chirurgiche, e della occupazione di posti letto).

Fondamentale perciò garantire la adeguata formazione e dotazione di personale ai prericoveri, anche ipotizzando sinergie di area e favorendo il confronto tra le diverse sedi per omogeneizzare modalità di presa in carico e di attuazione dei profili di intervento su tutte le sedi provinciali.

Alla luce dell’obiettivo di favorire l’occupazione ottimale delle piattaforme ospedaliere (comparti operatori) da parte dei professionisti un altro aspetto organizzativo da presidiare e valorizzare, tenuto conto anche dei fabbisogni crescenti di sedute operatorie da assicurare (vedi il numero crescente di collaborazioni già attive tra le diverse Aziende), è la capacità di risposta in termini di strumentario e processazioni da parte delle centrali di sterilizzazione presenti sul territorio, che saranno soggette ad ampliamenti e ristrutturazioni

coerentemente alle esigenze emergenti, sia in termini di volumi produttivi che in ottica di gestione del rischio infettivo e di garanzia di mantenimento della programmazione prevista.

Particolare attenzione andrà garantita all'arruolamento ed alla formazione dei professionisti da dedicare alle attività chirurgiche, stante la criticità acuita negli ultimi 2 anni di figure competenti negli ambiti specifici, soprattutto strumentisti di sala operatoria, e parimenti medici in formazione specialistica assunti prima di completare il percorso formativo a causa della carenza di specialisti (ginecologi, ortopedici...).

L'avvio dei lavori di 4 gruppi di lavoro interaziendali tematici, che vedono la collaborazione di professionisti della Gestione Operativa, Direzione Assistenziale, Direzione di Presidio, Data Unit e clinici che, consentirà di approfondire le dinamiche organizzative, le variabili di contesto, le opportunità di miglioramento e ipotizzare direttive strategiche nelle seguenti aree di pertinenza:

1. Piattaforme chirurgiche e schieramenti di sala operatoria (con particolare riferimento alle Linee Guida regionali di luglio 2024, alle possibilità di ulteriore efficientamento delle piattaforme)
2. Soglie concentrazione casistica, vocazioni chirurgiche, focus factory (con particolare riferimento agli indicatori NGS, alla durata media preintervento e postintervento, agli esiti clinici, alla caratterizzazione degli stabilimenti provinciali, allo sviluppo di progettualità in termini di week surgery)
3. Rete ortopedica (con particolare riferimento alla ridefinizione dei setting erogativi, alla condivisione dei criteri di priorità clinica, alla gestione più tempestiva delle urgenze)
4. Piattaforma Robotica (con particolare riferimento alla appropriatezza nelle indicazioni e alla adeguata redistribuzione delle sedute in base alle liste di attesa e alle indicazioni condivise nella DGR 639/2025).

Garanzia dell'accesso in emergenza-urgenza

La riorganizzazione dell'accesso alle prestazioni di emergenza-urgenza e dell'assistenza territoriale nella sanità modenese coinvolge una serie di elementi organizzativi, tecnologici ed è influenzato anche dai nuovi modelli di cura introdotti in coerenza con il DM 77/2022 ("Regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"), tra gli elementi rilevanti della riorganizzazione modenese si richiamano:

- il mantenimento della centralizzazione nei DEA (Policlinico di Modena e Baggiovara) delle emergenze tempo dipendenti e delle attività specialistiche;
- la riorganizzazione del Pronto Soccorso, con l'obiettivo di ridurre il ricorso a modalità straordinarie di reclutamento (es. cooperative) e migliorare la sostenibilità del sistema.
- la riorganizzazione dell'accesso ai Pronto Soccorso con l'introduzione di percorsi prioritari specialistici codificati (fast-track);
- la progressiva riorganizzazione o riconversione dei PPI in CAU nei territori periferici secondo logiche di sicurezza clinica e disponibilità di personale, allo scopo di dare risposta ai codici minori,
- l'introduzione di nuovi modelli organizzativi per l'assistenza primaria (AFT, CAU, CDC), finalizzati alla presa in carico delle patologie a bassa complessità;
- l'attivazione del Numero Unico Europeo 116117, in termini di accessibilità, orientamento e reindirizzamento dell'utenza;
- la rivalutazione della rete dei mezzi di soccorso, con attenzione all'efficienza operativa, alla copertura territoriale e alla riallocazione delle risorse.

Assistenza territoriale ed applicazione del DM 77/2022

La riorganizzazione e lo sviluppo dell'assistenza territoriale modenese in coerenza con il DM 77/2022 presenta diversi elementi organizzativi rilevanti che dovranno esser governati nel prossimo triennio; tra questi si richiamano:

- l'applicazione del Nuovo modello di assistenza territoriale che prevede l'introduzione di

- Case della Comunità (CdC) (27 a regime di cui 19 già operative) chiamate a garantire
 - medicina generale, continuità assistenziale, infermieristica di comunità,
 - specialistica ambulatoriale,
 - punto unico di accesso (PUA),
 - supporto per cronicità e fragilità.
- le 7 Centrali Operative Territoriali (COT), una per distretto chiamate a garantire:
 - Il coordinano dei percorsi di presa in carico, dimissione protetta, transizioni ospedale-territorio;
 - Funzione centrale nel coordinamento tra assistenza domiciliare, ospedaliera e sociale.
- L'assistenza domiciliare potenziata (ADI e infermiere di famiglia e comunità) chiamata a:
 - Estensione della presa in carico a domicilio, anche per pazienti ad alta complessità.
 - l'implementazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) come figura cardine del nuovo assetto.
- Ospedali di Comunità (OsCo) ovvero le strutture intermedie per pazienti clinicamente stabili ma non gestibili a domicilio.
- L'integrazione digitale e sistemi informativi quali:
 - Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) potenziato e interoperabile.
 - Sistemi di telemonitoraggio e teleassistenza per pazienti cronici o fragili.
- Gli effetti dell'avvio del nuovo ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG) con il loro
 - Inserimento sempre più strutturato nelle Case della Comunità.
 - Partecipazione a équipe multidisciplinari per la presa in carico della cronicità.
- Elementi trasversali di governance e qualità legati alla introduzione di :
 - Protocolli territoriali e PDTA integrati (es. per scompenso cardiaco, BPCO, diabete).
 - Logiche di equità e prossimità per i territori montani e decentrati (Pavullo, Mirandola...).

Innovazione in ambito salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infanzia e adolescenza, salute nelle carceri

Ridefinizione dell'assistenza sanitaria erogata negli Istituti penitenziari

L'obiettivo del DSMDP è garantire un'assistenza efficace, la continuità di cura tra il carcere e il territorio in stretta integrazione con l'area sanitaria della medicina penitenziaria, al fine di tutelare il diritto alla salute, alla salute mentale e di rafforzare azioni di contrasto alla tossicodipendenza e alcool dipendenza.

Obiettivo è anche garantire un'equivalenza delle cure; a tal fine i Servizi intramurari (CSM e SDP) sono predisposti con le caratteristiche organizzative dei Servizi del territorio. Elemento che qualifica questa organizzazione è che la gran parte del personale sanitario e tecnico del DSMDP che lavora all'interno degli Istituti della provincia (Casa Circondariale di Modena e Casa di Reclusione di Castelfranco Emilia.), lavora anche nei CSM e nei SDP del territorio modenese.

La continuità e l'integrazione con l'area trattamentale è garantita dalla presenza costante di personale tecnico (TRP) del settore Salute Mentale dedicato nei due istituti C.C. e C.R.

Per ottimizzare gli interventi si è consolidata la modalità di valutazione congiunta tra operatori del CSM e SDP per quelle situazioni in cui la richiesta ad entrambi i settori è motivata dalla richiesta di prescrizioni di farmaci o nei casi di cosiddetta doppia diagnosi. Valutazioni congiunte sono effettuate anche tra CSM e Psicologa Nuovi Giunti e rischio suicidario, quando vi è il sospetto di una patologia psichiatrica maggiore.

Per favorire gli scambi e i confronti tra i settori sono organizzate équipe trasversali e multiprofessionali in cui partecipano operatori del DSMDP e DCP; gli operatori del DSMDP partecipano alle équipe settimanali del rischio suicidario cui sono presenti anche rappresentanti della polizia penitenziaria e dell'area giuridico pedagogica. Sono organizzate anche équipe bimensili tra operatori del DSMDP.

All'interno degli Istituti C.C. e C.R. è attiva l'Osservazione Psichiatrica che consente di individuare persone con problemi di salute mentale che necessitano di percorsi specifici in ambienti idonei, mantenendo così costati e attivi collegamenti con ATSM, SPDC, ecc...

Ricordando che la salvaguardia della salute mentale non coincide necessariamente con l'assistenza psichiatrica, per quanto questa sia importante e necessaria, l'obiettivo è anche favorire la predisposizione di un ambiente sufficientemente adeguato a mantenere l'equilibrio psichico ed assicurare condizioni dignitose durante la detenzione.

Per migliorare l'assistenza negli Istituti penitenziari ci si propone nel prossimo triennio di:

1. promuovere percorsi terapeutici e riabilitativi sempre più efficaci in collaborazione con i Servizi territoriali al fine di "proteggere" le persone che necessitano di trattamenti specifici;
2. programmare la formazione congiunta con l'area sanitaria della medicina penitenziaria, la psicologia clinica e la polizia penitenziaria al fine di favorire l'intercettazione di comportamenti problema che possono essere segnale di disagio psichico grave;
3. implementare percorsi condivisi e integrati con la Psicologia Clinica (esempi attuali Peer Supporter e Sex Offender) e i Promotori della Salute per corretti stili di vita anche nella condizione di detenzione;
4. implementare la Telemedicina e il Teleconsulto come modalità di condivisione dei percorsi di cura con i referenti territoriali per utenti già in carico ai servizi, e, per i nuovi casi, la valutazione da parte dei referenti territoriali.

Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e disuguaglianze

L'Azienda nel corso degli anni ha promosso un modello virtuoso di coinvolgimento dei cittadini e delle loro associazioni attraverso i Comitati Consultivi Misti, che hanno visto la partecipazione dei cittadini in numerose iniziative legate ai temi dei percorsi clinici diagnostico-terapeutici, della sicurezza aziendale, della promozione della salute e dell'appropriatezza e dell'emergenza-urgenza. Iniziative che sono state numerose volte co-progettate con le associazioni di riferimento attraverso il bando del terzo settore promosso dalla Direzione socio-sanitaria aziendale.

Anche per il prossimo triennio si prevede di continuare ad investire in questa logica, andando a sviluppare iniziative di co-progettazione, anche con particolare riferimento al coinvolgimento delle comunità di cittadini stranieri che insistono nei singoli territori, andando a identificare "agenti di prossimità" in grado di leggere i bisogni delle singole aree territoriali e di costruire risposte di comunità che possano integrare i servizi sanitari e sociali presenti sui territori. Un elemento chiave è quello di costruire fiducia e relazioni continuative tra le istituzioni sanitarie, sociale e le comunità.

Saranno sempre più sostenute progettazioni condivise a livello di comunità, per aumentare l'integrazione delle case della comunità e dei percorsi diagnostici all'interno delle comunità, sostenendo il ruolo attivo dei volontari, come già avviene nel progetto delle Palestre della memoria. Particolare attenzione verrà dedicata al coinvolgimento della rete provinciale delle scuole, come già ora avviene, facendo diventare questi spazi generatori di salute e benessere per tutta la comunità in modello inclusivo e intergenerazionale.

Inclusione ed accessibilità D. Lgs. 222/2023

Con riferimento al Decreto Legislativo 222 del 13 dicembre 2023, ad oggetto "Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227", l'Azienda USL di Modena ha provveduto ad individuare il Responsabile dell'inclusione e dell'accessibilità che sarà chiamato a promuovere, nel prossimo triennio, degli obiettivi, inseriti nel ciclo della performance aziendale, volti a promuovere l'inclusione sociale all'accesso alle persone con disabilità nell'ambiente di lavoro nella pubblica amministrazione e di accessibilità ai servizi erogati.

Approccio innovativo del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute

La programmazione, sulla base delle indicazioni dei documenti sopra elencati persegue un approccio innovativo e integrato, che orienterà l'azione del Dipartimento di Sanità Pubblica, in particolare per i tre ambiti prioritari individuati dal PIAO: promozione della salute, prevenzione, sicurezza dei lavoratori.

Particolare attenzione sarà inoltre dedicata ai seguenti aspetti:

- governo dei dati;
- produzione di conoscenze sui profili di salute anche a livello regionale (profilo on line);
- programmazione delle attività di prevenzione basata sulle evidenze;
- integrazione intradipartimentale, con altri dipartimenti aziendali e con altri Enti (ARPAE, IZS, ITL, INAIL, INPS, Ufficio scolastico provinciale, Prefettura, Enti locali, ecc..) ulteriore sviluppo dell'efficientamento organizzativo del Dipartimento.

Promozione della salute

Oltre all'avvio e al potenziamento dei programmi nelle Case della Comunità, l'approccio preventivo e promozionale sarà esteso progressivamente a tutti i principali setting sanitari, compresi gli ospedali, i servizi territoriali e i punti di accesso opportunistici, al fine di intercettare precocemente i determinanti modificabili della salute.

Si punterà ad implementare programmi integrati di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili attraverso interventi strutturati su stili di vita, focalizzati su alimentazione, attività fisica, consumo di alcol e tabacco. Tali programmi vedranno una crescente formazione degli operatori delle Case della Comunità, all'uso corretto dell'approccio motivazionale, in linea con il Modello Transteorico del Cambiamento. L'obiettivo è integrare stabilmente nei setting sanitari l'utilizzo dell'intervento breve motivazionale, sfruttando ogni occasione di contatto con il cittadino per promuovere comportamenti salutari.

Prevenzione

L'approccio alla prevenzione sarà potenziato attraverso una programmazione strategica delle attività vaccinali, garantendo l'armonizzazione dell'offerta sia per coorte d'età che per specifiche condizioni di rischio. Obiettivo primario sarà l'aumento delle coperture vaccinali, anche attraverso l'utilizzo dei nuovi setting assistenziali come gli ospedali e le Case di Comunità, con un'integrazione operativa dei professionisti sanitari coinvolti. Saranno implementati interventi di formazione continua per specialisti, clinici e medici di medicina generale, unitamente a campagne informative rivolte alla popolazione, per accrescere la fiducia e l'adesione alle vaccinazioni.

Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Relativamente al Controllo delle anagrafi animali, si realizzeranno le seguenti azioni ritenute strategiche:

- formazione dei Veterinari per quanto riguarda la valutazione e gestione delle non conformità al fine di uniformare i comportamenti prescrittivi e sanzionatori conseguenti ai controlli;
- formazione ed informazione degli allevatori, anche in collaborazione con le associazioni di settore, per la corretta implementazione di loro competenza della Banca Dati Nazionale (inserimento degli eventi, redazione e gestione dei documenti di accompagnamento...).

Copertura 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 e vegetale

In questo ambito le azioni per il perseguimento degli obiettivi di programmazione utilizzeranno un approccio innovativo e richiederanno l'introduzione di modifiche organizzative:

- riprogrammazione dei piani di campionamento alimenti sulla base della Linea guida regionale di aggiornamento 2025 del Piano Regionale di Campionamento Alimenti, che comporta una sostanziale

revisione delle attività svolte negli anni precedenti in termini di matrici da campionare, modalità di campionamento e parametri da determinare. Su questo punto è stata svolta, e proseguirà in futuro, un'attività di informazione e formazione del personale addetto al campionamento per il consolidamento delle competenze necessarie, con una supervisione periodica della corretta attuazione dei singoli programmi distrettuali.

- Nel contesto del rilevante turnover e complessiva diminuzione degli operatori si dovrà procedere ad una riallocazione delle risorse in termini di redistribuzione delle attività sul territorio, anche a scavalco rispetto alle sedi di riferimento, in funzione degli obiettivi da raggiungere e delle competenze disponibili.

Sviluppo della telemedicina

L'esperienza di assistenza "a distanza" fino ad oggi hanno dimostrato buoni risultati e gradimento da parte dei destinatari. Il contatto "a casa" da parte dell'équipe degli ambulatori della cronicità ha consentito il mantenimento della domiciliarietà, la rilevazione di situazioni di instabilità in fase precoce senza ricadute peggiorative in termini di esiti di salute dei cittadini. Anche le televisite hanno permesso di sostituire parte dell'attività ambulatoriale specialistica di controllo in presenza e questo è avvenuto per quadri cronici noti o per pazienti con difficoltà di accesso alle strutture. Infine decisamente molto utilizzato lo SPOC, ovvero le consulenze tra professionisti, oltre 20 le discipline coinvolte con oltre 9.500 contatti anno).

Per tale ragione si darà impulso al potenziamento di tutte le attività erogabili in telemedicina e a distanza.

Anche nel contesto penitenziario saranno sviluppati ulteriormente Programmi di telemedicina che consentano l'erogazione a distanza di prestazioni specialistiche (telemedicina) e di teleconsulto tra professionisti.

Ovviamente occorrerà dimensionare di conseguenza l'insieme di applicativi collegati ai sistemi regionali di teleconsulto, garantendone una fruibilità da ogni ambito specialistico.

L'obiettivo del triennio è rappresentato dalla promozione delle azioni volte a garantire l'implementazione dei servizi di telemedicina dei percorsi della cronicità sul territorio e all'interno delle Case della Comunità, sviluppando sistemi di teleconsulto fra professionisti nei differenti setting territoriali. Con riferimento all'accessibilità si sottolinea come tutte queste iniziative sono rivolte a garantire una accessibilità più diffusa e competente, pertanto sarà data priorità all'utenza fragile per condizione clinica (inamovibilità) e/o sociale unità monofamiliari o altra fragilità anche di natura economica o relazionale) e/o residente nelle zone montane o comunque disagiate che hanno difficoltà all'accesso ai servizi sanitari o alle singole prestazioni.

Continuerà, nel triennio prossimo, lo sviluppo della telemedicina nelle varie espressioni assistenziali (televisita, teleconsulto e telemonitoraggio, ...).

Con riferimento alla televisita, il percorso già avviato con la diabetologia rappresenta il modello "pilota" da estendere anche ad altri ambiti, (gastroenterologia, endocrinologia, neurologia) che dovranno essere promossi nei prossimi anni. Saranno parimenti implementati progetti innovativi di efficientamento nell'utilizzo dei professionisti con esecuzione in capo ad infermieri e tecnici di indagini strumentali (al domicilio o presso le Case della Comunità) che poi saranno refertati in remoto dai medici (ci si riferisce a campi visivi, fondo dell'occhio, spirometria, ECG).

I Centri di salute mentale sono stati i primi servizi ad attivare la televisita nell'ambito della cartella clinica regionale CURE, con possibilità di attivare percorsi di teleriabilitazione e teleassistenza da parte delle professioni sanitarie. All'interno del Dipartimento stanno sviluppando progetti di televisita e telemonitoraggio per i pazienti ricoverati in RTI, in stretta collaborazione con gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

Virtual Hospital

La capacità di lettura dei bisogni della popolazione di riferimento è uno strumento in grado di aumentare l'integrazione delle professionalità e dei servizi in campo nei singoli territori, andando anche a incidere su

una maggiore capacità e flessibilità di risposta dei servizi. Questo potrà essere sviluppato attraverso il progressivo maggior ricorso alle tecnologie e ai modelli di virtual hospital, che costituiscono la risposta territoriale dei percorsi diagnostico terapeutici e lo strumento in grado di ridurre la distanza dei cittadini dai punti di erogazione delle prestazioni altamente specialistiche, riducendo le disuguaglianze di accesso ai servizi e le differenze di esito delle cure.

Specialista on call

Lo Specialista on call risulta l'esperienza maggiormente sviluppata in Azienda (oltre 10.300 consulti da oltre 20 diverse discipline), questo modello da tempo in uso in provincia (introdotto prima del covid) ha permesso importanti risultati in termini anche di facilità di accesso dell'utenza che può approfittare, con offerta diffusa sul territorio, di consulenze particolarmente approfondite, perché supportate dalla competenza del consulente che da remoto supporta l'intervento del professionista di primo livello .

Attività a supporto del mantenimento e sviluppo dell'Accreditamento a livello aziendale e regionale

Tenuto conto che alcuni dipartimenti afferiscono ad entrambe le Aziende e ritenuto prioritaria la necessità di garantire una gestione sempre più integrata dei processi assistenziali, appare rilevante la necessità di condivisione (tra le tre Aziende) degli indirizzi e la negoziazione congiunta degli obiettivi facendo comunque salva l'autonomia gestionale in capo alle singole Aziende.

Alla luce di quanto espresso nelle Linee di Indirizzo al Budget, il Sistema Qualità e Accreditamento ha condiviso con gli uffici qualità dell'Azienda Ospedaliera e dell'Ospedale di Sassuolo, obiettivi comuni tra cui sicuramente l'applicazione e mantenimento dei requisiti, ma anche formazione e clinical competence, monitoraggio delle azioni di miglioramento a seguito di verifiche interne o esterne, audit clinici e riesami della direzione per i dipartimenti interaziendali e aziendali.

GRIGLIA RILEVAZIONE OBIETTIVI BUDGET 2025	
Indicatore	
Applicazione e mantenimento dei requisiti generali e specifici di accreditamento regionale previsto dalla DGR 1314/2024 e 327/2004 e successivi aggiornamenti	
Aggiornamento dello stato di addestramento con indicazione delle clinical competence	
Monitoraggio delle AC/AM avviate a seguito di Audit Clinici, SEA, Verifiche ispettive,ecc	
Svolgimento di attività di audit clinico su PDTA elaborati	

Si prevede, inoltre, di sostenere lo sviluppo del processo di accreditamento a livello regionale, assicurando la partecipazione dei Valutatori e dei professionisti alle attività di verifica presso le strutture sanitarie, ai progetti formativi promossi dalla Regione e alla revisione complessiva del modello di accreditamento regionale, in coerenza con le indicazioni ricevute dal livello nazionale.

L'Azienda Usl di Modena ha risposto sempre positivamente alle iniziative promosse dalla Regione. I Valutatori e, in generale i Professionisti, convocati hanno saputo conciliare l'attività clinico-assistenziale con le richieste in tema di accreditamento e formazione, come dimostrano i dati presenti in SIVER che collocano l'azienda USL di Modena in una posizione alta rispetto all'atteso e alla media regionale, come dimostrato dalla tabella sotto riportata.

Percorsi di razionalizzazione e integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, sociosanitari e tecnico amministrativi del Servizio Sanitario Regionale

L'Azienda Usl di Modena, in linea con gli indirizzi dettati dalla Regione Emilia-Romagna, ha sviluppato e continuerà a sviluppare percorsi di razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, sociosanitari e tecnico-amministrativi. Tale attività si svilupperà attraverso la riorganizzazione di alcuni servizi amministrativi e tecnici di supporto, la ridefinizione dei processi, delle competenze e afferenze dei servizi trasversali con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena.

L'integrazione che ha visto nascere negli anni passati alcuni servizi unici interaziendali si svilupperà e consoliderà anche attraverso la revisione di processi produttivi nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell'impiego delle risorse, nella salvaguardia delle specificità territoriali.

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

La transizione digitale nella sanità va oltre la semplice adozione di nuove tecnologie: essa rappresenta uno strumento essenziale per rendere i servizi sanitari più accessibili, personalizzati e reattivi alle esigenze di cittadini e operatori. Questa trasformazione mira a offrire servizi innovativi, incrementando al contempo efficienza e produttività dell'intera organizzazione, il tutto in piena conformità con gli stringenti standard e vincoli normativi regionali, nazionali ed europei che regolano il settore sanitario e la Pubblica Amministrazione.

Lo sviluppo dell'infrastruttura ICT è un processo profondamente interconnesso con l'evoluzione e l'adattamento dell'organizzazione stessa. La transizione digitale richiede una transizione organizzativa che consideri l'investimento in tecnologia come un'opportunità per ripensare i processi, formare le persone, ridefinire i ruoli e promuovere una cultura dell'innovazione e della collaborazione.

Nel prossimo triennio, l'organizzazione aziendale sarà impegnata nella prosecuzione dell'implementazione della cybersecurity che, da progetto PNRR, dovrà diventare un tema pervasivo di tutta l'organizzazione aziendale, da cui discenderanno le attività programmate. Proseguiranno quindi:

- le implementazioni continue di misure tecniche e tecnologiche in ambito sicurezza;
- la formazione continua degli utenti sulle migliori pratiche di sicurezza e sulle procedure da adottare in caso di incidenti, al fine di mantenere viva la sensibilizzazione sui rischi cyber;
- la formazione e l'aggiornamento continui dei tecnici ICT per garantire che tutto ciò che riguarda la cybersicurezza rimanga al passo con le evoluzioni tecnologiche;
- l'evoluzione dell'organizzazione attraverso un rinnovo profondo e radicale di molte procedure e processi interni che attualmente potrebbero non essere pienamente conformi agli standard di elevata sicurezza informatica.

Sarà anche cruciale l'evoluzione dei sistemi acquisiti nell'ambito dei progetti finanziati dal PNRR. In particolare, si estenderanno a tutta la provincia gli applicativi di ambito ospedaliero. Lo scopo principale è ottimizzare l'utilizzo delle risorse ICT, ridurre l'onere legato alla formazione del personale nell'eventuale trasferimento tra ospedali e garantire omogeneità di documentazione sanitaria del paziente nel trasferimento tra ospedali.

Il progetto PNRR sta gettando le basi per una piena diffusione della telemedicina a livello territoriale, fornendo gli strumenti informatici essenziali per la televisita, il teleconsulto, il telemonitoraggio e la teleassistenza. Questo rappresenta un punto di partenza cruciale, ma il vero potenziale della telemedicina si dispiegherà attraverso diverse evoluzioni future, che andranno ben oltre la semplice implementazione tecnologica. Solo la piena integrazione con gli strumenti informatici già in uso in azienda potrà aprire le porte all'evoluzione da un insieme di strumenti a un vero e proprio paradigma di cura, trasformando radicalmente il modo in cui i servizi sanitari vengono erogati e fruiti, con un'attenzione crescente all'efficienza, alla personalizzazione e alla sicurezza.

I progetti di dematerializzazione documentale e di digitalizzazione dei workflow interni verranno ulteriormente proseguiti e intensificati. Questo significa trasformare i processi basati su carta e procedure manuali in workflow completamente digitali, riducendo gli sprechi, aumentando l'efficienza, migliorando l'accessibilità delle informazioni e garantendo la tracciabilità delle operazioni. L'obiettivo è eliminare la carta dove possibile, sostituendola con processi digitali nativi, dalla firma elettronica alla gestione documentale elettronica, riducendo così anche i costi legati all'archiviazione e deposito dei documenti cartacei.

Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico - Incremento del livello di alimentazione e digitalizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE2.0) rappresenta uno strumento fondamentale per la digitalizzazione del Servizio Sanitario Regionale e per il miglioramento dell'assistenza sanitaria ai cittadini. L'obiettivo strategico per il prossimo triennio è incrementare significativamente il livello di alimentazione e digitalizzazione del FSE, garantendo una maggiore completezza e fruibilità dei dati sia ai cittadini che agli operatori sanitari.

Lo sviluppo Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0) è oggetto di investimento PNRR che si concluderà nel 2026 col nucleo minimo di documenti sanitari. Da tale primo passo è previsto lo sviluppo di un ecosistema di dati ampliato secondo le indicazioni delle strutture nazionali competenti.

La formazione e comunicazione verso gli operatori sanitari ricoprono un ruolo fondamentale per promuovere una cultura digitale e superare le criticità legate alle competenze digitali. Continueranno i percorsi formativi specifici e mirati per tutto il personale sanitario e amministrativo sull'utilizzo corretto e completo del FSE, con particolare enfasi sull'importanza dell'alimentazione dei dati; si svilupperanno ulteriormente le piattaforme formative digitali mantenendole aggiornate nei contenuti e negli strumenti.

La condivisione di informazioni attraverso il FSE 2.0 deve essere considerata un elemento abilitante essenziale per lo sviluppo e l'ottimizzazione dei percorsi di cura. Un FSE completo e interoperabile permette ai professionisti di avere una visione olistica del paziente, migliorando la diagnosi, la terapia e il follow-up, e rendendo il sistema sanitario più efficiente e orientato al paziente.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE2.0) non può più essere considerato un progetto IT, ma deve diventare parte integrante delle linee guida aziendali di ogni realtà sanitaria. Il suo sviluppo e la sua implementazione devono essere pienamente integrati nelle decisioni di investimento e nelle scelte organizzative. In termini di investimenti implica una destinazione di risorse strutturali che alimenti investimenti continui in ricerca e sviluppo, sicurezza dei dati, aggiornamento tecnologico e formazione del personale.

Governo delle risorse umane

Il focus centrale delle politiche di sviluppo del personale nel triennio 2025/2027 sarà quello di continuare a lavorare, unitamente alle rappresentanze dei lavoratori, all'implementazione degli strumenti contrattuali di valorizzazione dei percorsi di carriera professionali.

Sarà assicurata particolare attenzione alle assunzioni e agli altri istituti finalizzati alla riduzione delle liste di attesa, al supporto della rete dell'emergenza urgenza, ed agli strumenti finalizzati a sostenere i servizi assistenziali a fronte della carenza di particolari professionalità.

Verrà inoltre completata l'implementazione delle procedure dirette a dare applicazione agli indirizzi regionali in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile, contenuti nei diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali regionali, sia per il personale del comparto che per quello delle aree dirigenziali.

Verrà effettuata la revisione/aggiornamento degli incarichi di funzione che troverà espressione in apposito atto deliberativo.

Nel corso del prossimo triennio si proseguirà nella piena implementazione dei sistemi di valutazione e valorizzazione del personale in coerenza con quanto indicato nel proprio "Piano 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione", redatto secondo le indicazioni dell'OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e della normativa di riferimento, partecipando al Tavolo OIV-SSR per lo sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale.

Sarà quindi portata avanti la piena attuazione delle Linee guida 1/2022 dell'OIV-SSR "Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende sanitarie" al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze (annuale di risultato, pluriennale ai fini del rinnovo incarico e del riconoscimento dell'indennità di esclusività, valutazione nuovi assunti e valutazione competenze).

Sul versante metodologico, la connessione tra questi processi di valutazione e la loro gestione informatizzata consente di rendere immediatamente visibili sul Portale del dipendente (GRU) a valutati, valutatori e gestori HR tutte le valutazioni riguardanti le risorse umane aziendali e quindi la possibilità di sviluppare visioni strategiche e politiche sul personale.

POLA – Piano Organizzativo Lavoro Agile

Come previsto dall'art. 14 Legge n. 124/2015, modificato da art. 263 D.L.34/2020, l'Azienda USL di Modena ha adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 19 del 25/01/2022 la regolamentazione aziendale in

merito all'istituto del Lavoro Agile (smart working) e successivamente predisposto e deliberato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), allegato al PIAO 2023-2325 (Deliberazione del Direttore Generale n. Deliberazione n. 264 del 31/07/2023). Il POLA riferito al triennio 2025-2027 è allegato quale parte integrante del presente Piano.

Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi

Per garantire una gestione efficace e conforme dei flussi informativi, si prevede l'adozione di un approccio sistematico e strutturato. Ogni anno verrà effettuata una mappatura aggiornata degli obblighi normativi, sia a livello nazionale che regionale, così da mantenere un quadro sempre allineato alle disposizioni vigenti. A supporto di questo processo, sarà definito un piano operativo interno per ciascun flusso, che specifichi chiaramente responsabilità, scadenze e indicatori di qualità.

Per prevenire eventuali criticità, sarà attivato un sistema di alert e controllo qualità, utile a rilevare tempestivamente errori o ritardi nella trasmissione dei dati. Inoltre, saranno programmati incontri periodici con i servizi tecnici per verificare la conformità delle attività e proporre eventuali azioni correttive.

Raccolta dei dati, consolidamento dei sistemi informativi, dei registri e delle sorveglianze

Grazie alla sottoscrizione di un accordo di contitolarità tra le Aziende sanitarie modenesi, si lavorerà per favorire l'integrazione progressiva dei sistemi informativi aziendali e regionali, promuovendo l'interoperabilità tra banche dati cliniche, amministrative ed epidemiologiche. Questo processo sarà accompagnato dalla standardizzazione dei dataset e dei tracciati record, così da garantire uniformità e confrontabilità dei dati raccolti.

Particolare attenzione sarà dedicata alla promozione di iniziative di data governance, finalizzate a garantire l'uso corretto, sicuro ed etico dei dati sanitari. A tal fine, sarà potenziata anche la formazione tecnica degli operatori coinvolti nella gestione dei flussi informativi, per rafforzare le competenze e assicurare un utilizzo consapevole degli strumenti digitali.

Adempimenti nei flussi informativi

Si punterà sull'ottimizzazione dei processi di raccolta, validazione e trasmissione dei flussi informativi obbligatori, attraverso l'adozione di soluzioni digitali standardizzate che riducano il margine di errore e migliorino l'efficienza operativa. Sarà garantito un allineamento costante con le linee guida ministeriali e regionali, anche mediante la partecipazione attiva ai tavoli tecnici di settore.

Per supportare il monitoraggio e la valutazione delle attività, verranno sviluppati strumenti di business intelligence e dashboard operative, utili a visualizzare in tempo reale lo stato dei flussi e a orientare le decisioni strategiche.

Queste linee strategiche mirano a consolidare una cultura del dato fondata su trasparenza, efficienza e innovazione, contribuendo in modo concreto al miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari e alla sostenibilità del sistema nel suo complesso.

Un progetto di particolare rilievo a livello provinciale è la realizzazione della Data Unit Provinciale (DUP), finalizzata a migliorare la gestione e l'accesso alle informazioni sanitarie. Gli obiettivi principali includono la creazione di un Data Warehouse unico provinciale che integri i dati provenienti dalle tre aziende sanitarie provinciali, la standardizzazione e normalizzazione delle informazioni secondo criteri condivisi, e l'adozione di strumenti di Business Intelligence per garantire una restituzione tempestiva e aggiornata dei dati. Inoltre, si punta a rendere le informazioni più facilmente accessibili attraverso una base dati comune consultabile in modo immediato. I principali vantaggi di questa integrazione interaziendale sono: una raccolta omogenea e coerente dei dati sanitari, la riduzione delle ridondanze nella gestione delle informazioni, un miglior controllo della qualità e dell'accuratezza dei dati, una maggiore trasparenza grazie a sistemi di reportistica condivisi, e una tempestività quasi immediata nell'accesso alle informazioni.

Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi, promuovere la trasparenza

Nel corso del prossimo triennio proseguirà l'impegno dell'Azienda a valorizzare e semplificare gli strumenti di promozione della trasparenza. Sarà inoltre significativo l'apporto offerto dai gestionali in utilizzo presso l'Azienda: il ricorso all'applicativo GAAC per la gestione contabile, la gestione delle agende per prenotazioni di prestazioni ambulatoriali nella procedura CUP (Centro Unico di Prenotazione); la gestione del protocollo documentale e del percorso di adozione degli atti (delibere e decisioni) attraverso applicativo informatizzato e centralizzato Archiflow; la gestione del personale attraverso l'applicativo GRU WHR Time applicato a tutti gli enti del SSR.

L'Azienda pone attenzione all'applicazione della misura preventiva della rotazione del personale, tenendo conto delle difficoltà nella sua applicazione derivanti da vincoli contrattuali, alta specificità e professionalità delle qualifiche connesse anche al settore sanitario. Nei casi in cui non sia possibile attuare un programma di rotazione si fa ricorso alla misura della segregazione delle funzioni, al frazionamento dei processi ed al controllo del referente sovraordinato.

Il focus è posto soprattutto sulle aree a più elevato rischio, quali quelle relative alle attività di ispezione e controllo tra le quali, in particolare, l'ambito veterinario, nel quale vengono poste in essere misure che garantiscono una percentuale di rotazione superiore agli indicatori target di riferimento (il 20% delle attività o il 20% dei veterinari dirigenti); concorre al sistema di rotazione, il turnover di personale dirigente.

Con riferimento agli incarichi di vertice (Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore delle Attività Socio-Sanitarie e Direttore Assistenziale) vengono acquisite le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità e svolti i relativi controlli.

3.2.4 Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale

Il focus di azione è orientato ad assicurare la sostituzione delle cessazioni sulle linee di attività che concorrono al raggiungimento degli obiettivi aziendali, nel rispetto dei limiti economici indicati in premessa.

Le politiche di reclutamento seguiranno due direttrici con riferimento alle differenti componenti dell'organico aziendale.

Comparto: l'obiettivo è la gestione puntuale della copertura di turn-over entro i limiti definiti dalla Regione Emilia-Romagna, valutando altresì le specifiche necessità conseguenti alle nuove attivazioni ed al progressivo superamento del lavoro atipico. Il reclutamento per quest'area del personale è orientato al rafforzamento delle funzioni territoriali connesse a DM 77/22, a consentire di garantire livelli di presenza adeguati anche nel periodo delle ferie, soprattutto nelle realtà che presentano una carenza diffusa, quale l'area nord e l'area montana e garantire le necessità connesse al piano recupero liste d'attesa e alla riorganizzazione dell'emergenza urgenza territoriale, fermo restando l'impegno per il mantenimento delle funzioni di vigilanza e sicurezza sul lavoro.

Dirigenza sanitaria: l'obiettivo è quello di continuare la progressiva stabilizzazione degli organici, in particolare medici, attraverso l'inserimento in corso d'anno di personale medico, nelle aree strategiche e al progressivo superamento del lavoro atipico. Tali inserimenti sono funzionali alla realizzazione di incrementi di attività correlati al recupero dei tempi di attesa per l'attività chirurgica, attivazioni di nuove aree di attività anche attraverso rimodulazioni nell'area internistica e della medicina d'urgenza e sono altresì funzionali all'obiettivo del superamento del ricorso all'esternalizzazione di servizi medici (PS) alle cooperative e alla riorganizzazione dell'emergenza urgenza territoriale.

Il piano assunzioni è dunque prioritariamente orientato a superare alcune criticità (cooperative, contrattisti) e al consolidamento/rafforzamento dell'offerta in alcuni ambiti (recupero pazienti chirurgici) oltre ad arginare alcune croniche carenze o da ultimo implementare nuove attività (factory chirurgiche, letti subintensivi) o riorganizzazioni quali:

- Superamento cooperative presenti nei PS di area nord e attivazione dei letti di sub intensiva di Mirandola (in collaborazione con internisti);
- Riorganizzazione del sistema emergenza urgenza territoriale anche tenendo conto della riorganizzazione della continuità assistenziale e dell'avvio delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);
- Piano assunzioni a supporto dell'incremento di attività e in risposta a criticità/sofferenze croniche sia in ambito ospedaliero sia in ambito territoriale:
 - anestesisti per garantire maggiori sedute e recuperare i pazienti in lista per intervento chirurgico oltre ad una rimodulazione/potenziamento delle attività dell'ospedale di Vignola;
 - ortopedici per recuperare i pazienti in lista per intervento chirurgico;
 - chirurghi nell'ambito della chirurgia generale per il recupero dei pazienti in lista d'attesa e l'uso congiunto e ottimale delle piattaforme;
 - oculisti per potenziamento attività finalizzata al rispetto dei tempi di attesa e copertura turnover;
 - fisiatri anche in previsione del consolidamento della riorganizzazione della riabilitazione provinciale;
 - ulteriore completamento delle strutture della rete territoriale previste dal DM 77/22 con l'ampliamento dei posti letto delle strutture intermedie (OSCO, Hospice) e infermieristica di comunità.
- Superamento della presenza dei contratti atipici dell'organico medico in Pediatria a Pavullo;
- Copertura delle dotazioni, mediche e assistenziali, necessarie alla attivazione di 4 letti di sub intensiva e OBI (PS Carpi);
- Adeguato supporto alle funzioni di Psichiatria e Neuropsichiatria infantile;
- Consolidamento organico Dipartimento Sanità Pubblica e Veterinaria per garantire le funzioni relative alla vaccinazione e alla vigilanza (sicurezza alimentare e sicurezza luoghi di lavoro).

In particolare, in ragione della necessità di dare risposta adeguata ai pazienti presenti nelle liste d’attesa chirurgiche, si prevede l’ulteriore sviluppo della condivisione delle piattaforme produttive chirurgiche da parte di professionisti (aziendali ed extraaziendali), in modo da ottimizzarne l’utilizzo e garantire un mix di prestazioni chirurgiche finalizzato ad aumentare i volumi produttivi nelle diverse sedi di erogazione.

Di seguito una tabella sintetica che riporta le figure mediche ad oggi previste, in relazione ai fabbisogni evidenziati:

Tabella 28 – Figure mediche previste per il prossimo triennio.

DIRIGENTI SANITARI	2025	2026-2027
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1	↑
CARDIOLOGIA	2	=
GERIATRIA	1	=
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1	=
MED. EMERGENZA-URGENZA	4	↑
MEDICINA INTERNA	1	=
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	↑
PRESIDIO/IGIENE/ ORG. SERVIZI BASE	2	=
PSICOLOGO	1	=
RADIOLOGIA	3	↑
VETERINARI	3	↑
PSICHIATRIA	6	↑
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3	↑
CHIRURGIA GENERALE		↑
OFTALMOLOGIA		↑
MEDICINA DEL LAVORO		↑
MEDICO IGIENISTA		↑
TOTALE	29	

3.2.5 Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza

Preliminarmente alla discussione delle azioni nell'ambito della sezione di programmazione relativa alla dimensione dei processi interni per la sottosezione organizzazione, anticorruzione e trasparenza, si riportano a seguire le performance riportate dall'Azienda negli ultimi anni, raffrontati con la media regionale e gli attesi regionali o da letteratura (ove presenti). **Si evidenzia come le performance conseguite nel tempo dall'Azienda siano migliori della media regionale.** Con riferimento all'assolvimento degli obblighi di trasparenza la performance è al 100% e la % di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi è ampiamente superiore alla media regionale. L'ultima colonna a destra riporta l'aspettativa del prossimo triennio che, stante le buone performance raggiunte, presenta molti attesi in mantenimento.

Anticorruzione-Trasparenza										
Indicatore	trend	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	atteso 2025	ATTESO PAO
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	■					100	100	100		■
% di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi							84,93%	67,93%		■ ↑

Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi, promuovere la trasparenza

L'Azienda pone la massima attenzione per dare completa attuazione alle disposizioni di cui alla L. n. 190/2012, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", al D.Lgs. n. 33/2013 concernente gli obblighi di pubblicità, alle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione ed alle disposizioni regionali in materia, definendo e programmando l'implementazione delle misure di prevenzione dei rischi corruttivi nella Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO, dove sono riportati gli obiettivi generali e strategici, prevedendo una connessione con il Piano della Performance e la programmazione annuale di Budget, al fine di presidiare la concreta attuazione di detti obiettivi, nonché per assicurare coerenza tra i documenti aziendali a garanzia di un sistema di programmazione e monitoraggio efficace.

La Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza allegata al presente PIAO aggiorna la Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza al PIAO 2023-2025, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 63 del 28/02/2023 ed aggiornato con Deliberazione del Direttore Generale n. 82 del 27/02/2024, facendo proprie le metodiche di mappatura dei processi, di valutazione dei rischi corruttivi e di individuazione delle misure di prevenzione definite dall'atto di indirizzo adottato da ANAC (con la delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 recante "Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019"), nonché le indicazioni fornite dal Piano nazionale anticorruzione 2022 (PNA 2022), adottato da ANAC con delibera del 17 gennaio 2023, n. 7.

Con riferimento all'attuazione degli obblighi normativi e delle indicazioni regionali si rappresentano più nel dettaglio le linee strategiche per il prossimo triennio:

1. Monitoraggio delle misure di prevenzione

Il monitoraggio annuale delle misure di prevenzione della corruzione consente di valutare, alla luce degli esiti dell'attività di controllo e analisi a cura dei responsabili delle strutture amministrative aziendali, l'opportunità di introdurre misure nuove ed innovative rispetto al passato o la loro semplificazione qualora eccedenti rispetto allo scopo, grazie. Il monitoraggio relativo al 2024 ha evidenziato l'effettiva attuazione delle misure generali e specifiche e la loro adeguatezza in quanto non sono state rilevate criticità, anomalie o non conformità riconducibili a fenomeni corruttivi, non sono pervenute segnalazioni da canale whistleblowing o da altri canali e nessun evento corruttivo ha interferito con l'ordinaria amministrazione dell'Azienda. Le misure, così come riproposte, implementate/modificate oppure oggetto di sviluppo nel triennio sono contenute nell'Allegato 4 della Sottosezione.

2. Assolvimento degli obblighi di trasparenza

- a) promozione di maggiori livelli di trasparenza (già previsto dall'art. 10, co. 3, del d.lgs. 33/2013, come novellato dall'art. 10 del d.lgs. 97/2016). L'aggiornamento del sito Amministrazione Trasparente viene curato con lo scopo sia di adempiere agli obblighi di pubblicazione nel modo più completo ed efficiente e secondo i criteri di qualità di cui all'articolato complesso di disposizioni in materia, che di offrire al cittadino una maggiore intelligibilità e chiarezza nel merito delle informazioni ivi contenute. In tale senso è stata ridefinita la sezione relativa ai Bandi di Gara e Contratti al fine di dare attuazione alle delibere di ANAC n. 264/2023, come modificata dalla delibera ANAC 601/2023, ed alle indicazioni regionali. E' inoltre determinante l'individuazione dei direttori responsabili della pubblicazione all'interno dello stesso PIAO - Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza - e di referenti dei direttori dei servizi responsabili della pubblicazione dei dati e delle informazioni in Amministrazione Trasparente e la loro formazione sul campo attraverso relazioni costanti nel tempo.
- b) informatizzazione e semplificazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente". Sono state "automatizzate" le seguenti sezioni:
 - a. Provvedimenti (delibere del Direttore Generale e Decisioni dei Direttori delle Strutture) inerenti agli Atti di aggiudicazione
 - b. Consulenti Collaboratori, con il rinvio alla Banca Dati PERLA.PA
 - c. Personale, con la sezione Curricula dei dirigenti e incarichi di funzione alimentata dal portale GRU WHR Time [applicativo per la gestione delle risorse umane adottato da tutti gli Enti del SSR];
 - d. Bandi di Gara e Contratti, il cui flusso informativo è garantito anche tramite i collegamenti alle Banche dati BDNCP (Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici dell'ANAC), IntercentER (Sistema Acquisti Telematici Emilia-Romagna - SATER), Sistema Informatico Telematico degli Appalti della Regione Emilia Romagna (SITAR), Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione MEPA, Banca Dati Amministrazioni Pubbliche OpenBDAP, Portale degli investimenti pubblici (OpenCUP), Servizio Contratti Pubblici (SCP) del Ministero delle infrastrutture e della mobilità
 - e. Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici: predisposto un flag nel gestore documentale al fine di consentire l'estrazione dei provvedimenti e la pubblicazione automatizzata
 - f. Beni immobili e gestione patrimonio: nella relativa sezione, oltre ai dati riportati si fa riferimento anche alla Banca Dati Patrimonio PA
 - g. Liste di attesa, i dati per tutte le Aziende USL della Regione sono pubblicati on-line sul sito www.tdaer.it e ReportER
 - h. Dati sui pagamenti del Servizio Sanitario Nazionale (incassi, pagamenti e indicatori suddivisi per composizione di spesa), sono consultabili anche accedendo al sito ministeriale per la PA: SOLDI PUBBLICI - Banca dati SIOPE
 - i. Atti di programmazione delle opere pubbliche e tempi, costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche. Le informazioni sono disponibili nella Banca Dati Amministrazioni Pubbliche
 - j. Accessibilità e catalogo di dati, metadati e banche dati: le informazioni sono disponibili attraverso l'Accesso agli OPENDATA ReportER, Repertorio nazionale dei dati territoriali, catalogo dei dati della PA e delle banche dati, Banche dati della Regione Emilia Romagna, Catalogo e Obiettivi accessibilità disponibili sul sito AgID - Agenzia per l'Italia Digitale
 - k. PNRR: in un'ottica di semplificazione si è provveduto a predisporre nel gestore documentale un flag riguardante gli atti del PNRR che consente l'estrazione automatizzata degli atti relativi all'attuazione delle misure

Nel corso del prossimo triennio proseguirà l'impegno dell'Azienda a valorizzare e semplificare gli strumenti di promozione della trasparenza. Sarà inoltre significativo l'apporto offerto dai gestionali in utilizzo presso l'Azienda: il ricorso all'applicativo GAAC per la gestione contabile, la gestione delle agende per prenotazioni di prestazioni ambulatoriali nella procedura CUP (Centro Unico di Prenotazione); la gestione del protocollo documentale e del percorso di adozione degli atti (delibere e decisioni) attraverso applicativo informatizzato e centralizzato Archiflow; la gestione del personale attraverso l'applicativo GRU WHR Time applicato a tutti gli enti del SSR.

I monitoraggi annuali svolti ai sensi delle delibere di ANAC, riferiti agli obblighi di trasparenza, hanno sinora prodotto una valutazione più che positiva per l'Azienda, come da attestazioni dell'OIV regionale reperibili sul sito aziendale di A.T.

3. Puntuale riscontro alle istanze di accesso civico e generalizzato

Il registro degli accessi viene pubblicato sul sito Aziendale ogni 6 mesi, contiene il riepilogo delle 3 tipologie di accesso (documentale, civico, civico generalizzato), l'indicazione di ACCESSO EVASO O ACCESSO DINIEGO, e in quest'ultimo caso indicata la motivazione del diniego. I settori maggiormente coinvolti nelle varie tipologie di accesso sono: Dipartimento di Sanità Pubblica, Servizio Personale, Ufficio Privacy e Accesso agli atti, Direzioni Sanitarie Aziendali. Nel corso del 2024 non sono pervenute istanze di accesso civico semplice.

4. Rotazione del personale e dei dirigenti

L'Azienda pone attenzione all'applicazione della misura preventiva della rotazione del personale, tenendo conto delle difficoltà nella sua applicazione derivanti da vincoli contrattuali, alta specificità e professionalità delle qualifiche connesse anche al settore sanitario. Nei casi in cui non sia possibile attuare un programma di rotazione si fa ricorso alla misura della segregazione delle funzioni, al frazionamento dei processi ed al controllo del referente sovraordinato.

Il focus è posto soprattutto sulle aree a più elevato rischio, quali quelle relative alle attività di ispezione e controllo tra le quali, in particolare, l'ambito veterinario, nel quale vengono poste in essere misure che garantiscono una percentuale di rotazione superiore agli indicatori target di riferimento (il 20% delle attività o il 20% dei veterinari dirigenti); concorre al sistema di rotazione, il turnover di personale dirigente.

5. Inconferibilità e incompatibilità

Con riferimento agli incarichi di vertice (Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore delle Attività Socio-Sanitarie e Direttore Assistenziale) vengono acquisite le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità e svolti i relativi controlli.

Nelle fasi di instaurazione del rapporto di lavoro vengono acquisite le autocertificazioni dei candidati e nella fase dell'assunzione verificato il 100% delle dichiarazioni sostitutive relative all'esistenza, o meno, nel casellario giudiziale di iscrizioni (rif. D.P.R. n. 313/2002). Analogamente si procede a richiedere ai componenti delle diverse Commissioni Esaminatrici di dichiarare la l'assenza di conflitti di interesse e di condanne per i delitti di cui al cap. I, Titolo II, Libro II del Codice Penale (ai sensi dell'art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001). Con Deliberazione n. 336 del 31/10/2023 è stato adottato il "Regolamento aziendale in materia di controlli sulle dichiarazioni sostitutive prodotte in fase di assunzione".

6. Codice di comportamento

A seguito dell'entrata in vigore del DPR 62/2013, con Deliberazione n. 24/2014 l'Azienda USL di Modena ha provveduto ad adottare il proprio Codice di comportamento, successivamente aggiornato nel 2018 con Deliberazione n. 143/2018 sulla base dello schema di riferimento regionale, previa procedura di partecipazione pubblica. In ragione delle modificazioni introdotte dal DPR n. 81/2023, con Delibera di Giunta Regionale n. 1956 del 13 novembre 2023 è stato approvato il nuovo schema tipo del Codice di comportamento per il personale operante presso le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna, a seguito della quale l'Azienda, esperita la procedura di consultazione pubblica e di condivisione con gli stakeholders ed acquisito il parere favorevole dell'OAS e dell'OIV regionale, ha adottato il nuovo Codice (Deliberazione del Direttore Generale n. 39 del 25/01/2024).

Ai sensi dell'art. 2, il Codice si applica a tutto il personale che a qualsiasi titolo presta attività lavorativa per l'Azienda. Relativamente alle procedure attivate per acquisizione di risorse umane, tutti i contratti stipulati con consulenti e collaboratori prevedono il richiamo agli obblighi di condotta definiti dal Codice.

Relativamente alle procedure di gara per la fornitura di servizi, dai potenziali fornitori si acquisisce la seguente dichiarazione: "di essere edotto degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento dei dipendenti delle Aziende Sanitarie afferenti all'AVEN, pubblicati sui siti Internet delle stesse e si impegna, in caso di aggiudicazione, ad osservare e a far osservare ai propri dipendenti e collaboratori, per quanto applicabile, il suddetto codice, pena la risoluzione del contratto".

Relativamente alle procedure di gara relative ai lavori, l'assenza di conflitti di interesse, la tracciabilità, la partecipazione non riconducibile ad un unico centro decisionale, la correttezza, la diligenza sono principi già presenti nei contratti che vengono sottoscritti con professionisti ed imprese per l'esecuzione dei lavori pubblici. Nel modello di domanda di partecipazione ai bandi di gara è stata comunque inserita una dichiarazione ancora più esplicativa di "osservanza degli obblighi del D.P.R. 62/2013".

7. Gestione del conflitto di interessi

A titolo esemplificativo e non esaustivo, l'Azienda si è dotata delle seguenti misure:

- acquisizione e conservazione delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte dei dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o di nomina a RUP, DEC, componenti commissioni, etc.
- acquisizione delle dichiarazioni di assenza del conflitto di interessi nell'attivazione di contratti di consulenza e collaborazione;
- attività di sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto in materia dalla l. 241 /1990 e dal Codice di comportamento con riferimento all'obbligo di astensione;
- valutazione congiunta con il Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale sulla presenza o meno di conflitto di interessi in merito a richieste di autorizzazione allo svolgimento di attività extraistituzionali ed allo svolgimento di attività libero professionale per personale del comparto sanità;
- utilizzo di appositi moduli, inseriti nella piattaforma informatica GRU, per agevolare la presentazione delle dichiarazioni relative al conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento, inserite come indicatore nella programmazione regionale. Al fine di conseguire un pieno raggiungimento dell'obiettivo vengono adottate iniziative di sensibilizzazione e demo sul funzionamento della piattaforma, anche in sinergia con il livello regionale.

8. Misure per prevenire il pantouflage

Nel nuovo Codice di Comportamento aziendale è stato previsto il divieto di pantouflage indicando la necessità di sottoscrivere una dichiarazione nella quale i dipendenti prendono atto del divieto e si impegnano a rispettarlo, secondo le indicazioni aziendali in materia. Nei contratti di lavoro è presente la seguente previsione: "Il lavoratore che negli ultimi tre anni di servizio, abbia esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs 165/2001 non può svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri, ai sensi dell'art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs 165/2001".

Relativamente alle procedure di gara inerenti ai lavori, in conformità a quanto previsto nella delibera n. 88/2017 di A.N.AC. le stazioni appaltanti prevedono nella lex specialis di gara, tra le condizioni ostative alla partecipazione, oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, il divieto di cui all'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. 165/2001. Nei contratti di lavori pubblici sono contenute le richieste dei Protocolli di legalità (comprese nel Bando o nella lettera di invito, allegati parte integrante al contratto), ovvero "la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PA nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto".

Relativamente alle procedure di gara relative alla fornitura di beni e servizi dai potenziali fornitori si acquisisce la seguente dichiarazione: "di essere edotto degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento dei dipendenti delle Aziende Sanitarie afferenti all'AVEN, pubblicati sui siti Internet delle stesse e si impegna, in caso di aggiudicazione, ad osservare e a far osservare ai propri dipendenti e collaboratori, per quanto applicabile, il suddetto codice, pena la risoluzione del contratto".

9. Formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza

La formazione, quale componente essenziale della prevenzione, si è concentrata nel triennio precedente sul tema trasparenza. Il corso di formazione in FAD, obbligatorio, ha sviluppato i seguenti argomenti 1. un nuovo approccio alla trasparenza; 2. gli attori della trasparenza; 3. il piano triennale della prevenzione e trasparenza; 4. privacy e trasparenza; 5. il nuovo diritto di accesso.

Nel 2024 è stato introdotto un corso in FAD sul nuovo Codice di Comportamento rivolto a tutti gli operatori che proseguirà nel triennio 2025-2027, integrato da percorsi formativi/informativi sui temi dell'etica, della prevenzione e della trasparenza.

10. Gestione delle segnalazioni whistleblowing

Nel 2021 è stata adottata la Procedura DG.PO.014 del 19/08/2021 per le segnalazioni di condotte illecite (whistleblower) completata con Valutazione di Impatto Piattaforma Whistleblowing (DPIA prot. n. 2034/22

del 13/01/2022). È quindi attivo un canale riservato, criptato per ricevere le segnalazioni di che trattasi, oltre alla possibilità di invio delle stesse tramite pec e a mezzo posta.

La materia è stata oggetto di revisione con il decreto legislativo 10 marzo 2023, n. 24 che ha recepito in Italia la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto in senso fortemente ampliativo. In questo contesto, si è proceduto all'implementazione dei sistemi aziendali di segnalazione attraverso l'introduzione di un apposito canale telefonico. Attraverso i canali messi a disposizione sono pervenute alcune richieste o segnalazioni che sono state prese in carico e gestite dall'Azienda tramite il RPCT e le strutture interessate ma che, tuttavia, non presentavano le caratteristiche tipizzate dalla disciplina a tutela del whistleblower (segnalazioni del tutto ultronee alla fattispecie in esame e/o che sarebbero potute essere destinate all'URP, al Dipartimento di Sanità Pubblica o ad altri servizi dell'Azienda).

11. Patti di Integrità e Protocolli di legalità

L'Azienda USL applica nelle procedure di gara i Patti di Integrità e i Protocolli di Legalità [ai sensi del Codice Antimafia], finalizzati alle attività di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi e di infiltrazione della criminalità organizzata. Il Sistema Acquisti Telematici Emilia-Romagna – SATER -Romagna (SATER) e il Sistema Informatico Telematico degli Appalti della Regione Emilia Romagna – SITAR supportano le stazioni appaltanti fornendo tali strumenti nella gestione informatizzata della procedura di gara.

12. Collaborazioni del RPCT

Oltre alla propria attività di supporto e informazione alle strutture aziendali, al fine di promuovere e sostenere le migliori pratiche per la trasparenza dell'azione amministrativa e delle migliori prassi di attuazione delle disposizioni in materia di contrasto ai fenomeni corruttivi, il RPCT partecipa inoltre:

- al Tavolo di coordinamento della "Rete per l'integrità e la trasparenza ed il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione (Determinazione n. 19717 del 5/12/2017 e Determinazione n. 894 del 20/01/2022 del Responsabile del Servizio Affari Legislativi e aiuti di stato Direzione generale risorse, Europa, innovazione e istituzioni);
- al Tavolo di coordinamento regionale in materia di prevenzione della corruzione;
- al Tavolo di confronto degli RPCT di AVEN al fine di condividere le buone pratiche e soluzioni comuni per l'applicazione della normativa in materia;
- al Tavolo della Legalità del Comune di Modena ed alle iniziative, anche formative, proposte da questo.

1.3 Dimensione della Ricerca, dell'Innovazione e dello Sviluppo

3.3.1 Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica

Attività di ricerca

Al fine di sostenere la ricerca sanitaria, la Regione ha da tempo individuato le linee strategiche per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo, prevedendo nuovi strumenti di programmazione tra i quali il "Piano regionale triennale della ricerca sanitaria". Nell'attesa dell'elaborazione di detto documento, il "Board Scientifico Aziendale per la Formazione, Ricerca e Innovazione" sarà chiamato a proporre un piano aziendale triennale per la ricerca che miri a individuare gli ambiti di ricerca ritenuti prioritari, dare indicazioni su temi/quesiti di ricerca che possano essere promossi dall'Azienda USL di Modena con la compartecipazione (per quanto possibile) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, individuare le azioni che possano prevedere la partecipazione alle attività di ricerca da parte delle professioni sanitarie tutte e degli studenti dei diversi corsi di laurea, di specializzazione e dei master universitari, individuare i bisogni formativi del personale che svolge (o si accinge a svolgere) attività di ricerca, modulando (per quanto possibile e in accordo alle linee di indirizzo regionali, evitando la ridondanza) l'offerta formativa.

Il piano triennale aziendale, sarà così proposto nel primo Collegio di Direzione utile per la sua approvazione e successiva esecuzione.

Ci si aspetta che tale iniziativa, in aggiunta e in accordo alla revisione dei processi organizzativi interni già in essere ad opera della funzione Ricerca Clinica Aziendale (al fine di velocizzare l'iter di valutazione della fattibilità e sostenibilità aziendale delle proposte progettuali di ricerca e, conseguentemente, il relativo iter autorizzativo), possa aumentare il numero di professionisti capaci di essere partecipanti attivi dei progetti di ricerca, che sappiano lavorare in rete e rendere attrattiva la nostra Azienda nei confronti dei finanziatori e degli stakeholders esterni, sia locali che internazionali, rafforzando – più in generale – la cultura condivisa della ricerca.

Al fine di rendere sempre più trasparente l'attività di ricerca, la Regione si è dotata di un flusso di dati denominato SirER (Sistema informativo per la ricerca sanitaria in Emilia Romagna), con l'obiettivo di rilevare le informazioni di carattere generale e clinico che riguardano gli studi condotti nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliero-Universitarie, negli IRCCS e nei Centri privati convenzionati presenti sul territorio della Regione. La nostra Azienda, dopo aver partecipato ai tavoli tecnici di progettazione di detto strumento, si sta dotando di tutti gli strumenti atti ad alimentare regolarmente il flusso con le tempistiche richieste dalla Regione stessa.

Attività di formazione

La strategia formativa 2025–2028 dell'AUSL Modena, fondata sugli obiettivi di mandato della Direzione Generale, dovrà puntare a:

- Sostenere l'evoluzione organizzativa del sistema territoriale
- Rafforzare la capacità professionale, digitale e gestionale degli operatori
- Consolidare l'integrazione interprofessionale e sociosanitaria
- Favorire la qualità, l'equità e la sostenibilità dei servizi

In collaborazione con altri servizi aziendali, servirà promuovere lo sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari, sociosanitari e amministrativi dell'Azienda per garantire un sistema di cura, orientato alla presa in carico globale della persona, alla continuità assistenziale, all'innovazione organizzativa e alla qualità dell'assistenza.

Questi i principali orientamenti.

Dal punto di vista metodologico, la trasformazione digitale sarà uno dei pilastri della formazione sanitaria. Si dovranno prevedere:

- Simulazione avanzata e realtà aumentata/virtuale (AR/VR): sempre più utilizzate per formare professionisti in ambienti sicuri e controllati, specie in ambiti ad alta complessità come la chirurgia e l'emergenza-urgenza.

- Piattaforme e-learning personalizzate e intelligenti.
- Utilizzo dell'intelligenza artificiale (IA): per analizzare dati di apprendimento, ottimizzare i percorsi formativi e generare contenuti su misura.

I contenuti faranno riferimento ai seguenti ambiti.

A supporto dell'attuazione del DM 77/2022 e degli investimenti del PNRR, la formazione sarà orientata a nuove funzioni e setting territoriali:

- Casa della Comunità: formazione nei CCLaB (CasaCommunityLab), con approcci interprofessionali su cronicità, fragilità, prevenzione, salute mentale e medicina d'iniziativa.
- Cure domiciliari: competenze avanzate per l'assistenza 24/7, telemonitoraggio, presa in carico di pazienti complessi.
- Infermieri di famiglia e comunità (IFeC): programmi per il consolidamento del ruolo, supervisione clinica, formazione peer-to-peer.
- Centrali Operative Territoriali (COT): formazione per la continuità tra ambienti di cura, integrazione delle informazioni, triage multiprofessionale.
- Ospedali di Comunità (OdC): formazione su gestione sub-acuti, approccio geriatrico e riabilitativo, transizione di cura.

Sarà necessario lo sviluppo di competenze digitali orientate a

- Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE): formazione per tutti i professionisti sull'utilizzo, aggiornamento e alimentazione del FSE.
- Telemedicina: corsi su televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, privacy e consenso informato.
- Dematerializzazione delle prescrizioni e piani terapeutici: formazione tecnico-pratica per MMG, specialisti e farmacisti.

Formazione per la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza

L'obiettivo è aumentare la qualità delle cure e la sicurezza del paziente, attraverso:

- Audit clinici e risk management: formazione su SegnalER, root cause analysis, prevenzione eventi avversi.
- Uso sicuro dei farmaci e dei dispositivi: corsi basati sul "Manuale sicurezza terapia farmacologica" e buone pratiche regionali.
- Antimicrobico-resistenza: formazione multiprofessionale su stewardship antibiotica e uso appropriato.

L'integrazione tra sociale e sanitario richiederà percorsi mirati al personale delle CRA su cronicità, disabilità, demenza.

Il prossimo triennio vedrà un rafforzamento della dimensione etica e inclusiva della formazione:

- Medicina di genere e differenze di salute: percorsi mirati per medici, infermieri, farmacisti, psicologi.
- Salute dei migranti e popolazioni vulnerabili: formazione su accessibilità linguistica, culturale e giuridica.
- Violenza di genere e abuso minorile: percorsi specifici per la diagnosi precoce, l'approccio relazionale e il lavoro di rete.
- Strumenti di equity assessment: sviluppo di competenze valutative per ridurre disuguaglianze.

Salute mentale e innovazione dei servizi psico-sociali.

In coerenza con il Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 verrà sviluppata la formazione a supporto dei sei ambiti principali di intervento:

- Promozione, prevenzione e cura. Viene ridefinito il concetto stesso di salute mentale, spostando il focus dalla malattia al benessere psicologico, alla prevenzione precoce e alla promozione di stili di vita salutari. Si introduce un linguaggio antistigma e si propone un'alfabetizzazione emotiva e relazionale diffusa, con programmi scolastici e comunitari di educazione alla salute mentale.

- Infanzia e adolescenza. Grande attenzione è posta alla diagnosi precoce dei disturbi del neurosviluppo, alla transizione dai servizi per minori a quelli per adulti e all'integrazione tra neuropsichiatria infantile, scuole, consultori e servizi sociali. Le équipes di transizione diventano strumenti chiave per non lasciare soli i giovani nei momenti di maggiore vulnerabilità.
- Giustizia e misure di sicurezza. Si rafforza la connessione tra giustizia e salute mentale. Viene proposta una maggiore integrazione tra servizi territoriali e REMS, con formazione specifica in ambito forense, protocolli condivisi per la valutazione della pericolosità sociale e lo sviluppo di sistemi informativi dedicati.
- Risk management e sicurezza. Il Piano integra la gestione del rischio clinico con la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Vengono previsti strumenti per la prevenzione di eventi critici, la formazione sulla gestione dell'aggressività, l'implementazione di ambienti terapeutici sicuri e l'attenzione al benessere del personale.
- Integrazione socio-sanitaria. Vengono rilanciati strumenti come il Budget di Salute, la prescrizione sociale, l'abitare supportato e l'inclusione lavorativa, in una logica di forte sinergia tra sanità, welfare e comunità locali. La salute mentale viene così riconosciuta anche come diritto di cittadinanza e dimensione fondamentale della coesione sociale.
- Formazione e ricerca. Il PANSM richiede una revisione profonda dei percorsi formativi pre e post-laurea, con focus su adolescenza, nuove dipendenze, salute perinatale, disturbi di personalità e psicopatologie complesse. Forte impulso anche alla ricerca applicata e traslazionale, in collaborazione tra ASL, università, ISS, IRCCS e società scientifiche.

La Formazione dovrà attivarsi per implementare

- Sviluppo del Dossier Formativo di gruppo (DFG).
- Valutazione dell'impatto formativo sui comportamenti professionali e sui risultati organizzativi introdotti nei servizi dopo gli eventi formativi.
- Ampliamento dell'offerta FAD e blended.
- Aumento della progettualità e realizzazione di eventi formativi in collaborazione con AOU e NOS

3.3.2 Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo

Percorsi di razionalizzazione integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari e tecnico amministrativi del Servizio Sanitario Regionale

L'Azienda Usl di Modena, in linea con gli indirizzi dettati dalla Regione Emilia-Romagna, ha sviluppato e continuerà a sviluppare percorsi di razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, sociosanitari e tecnico-amministrativi. Tale attività si svilupperà attraverso la ridefinizione dei processi, delle competenze e afferenze dei servizi trasversali con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena.

L'integrazione che vede nascere dei servizi unici interaziendali e che si sviluppa concretamente nell'attuazione di processi anche di area vasta (come ad esempio per l'indizione di concorsi per il comparto sanitario) avverrà nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell'impiego delle risorse, al fine di continuare a garantire l'equità di accesso ai servizi, nella salvaguardia delle specificità territoriali.

La provincia di Modena ha intrapreso negli ultimi anni percorsi articolati di razionalizzazione ed efficientamento sia sul fronte sanitario (assistenza ospedaliera e territoriale) sia su quello tecnico-amministrativo, in linea con gli indirizzi nazionali (DM 70/2015, DM 77/2022, PNRR) e regionali (modello Emilia-Romagna per l'integrazione tra AUSL e AOU).

Gli ambiti maggiormente strategici della riorganizzazione sono rappresentati da:

- Razionalizzazione dei Servizi Sanitari
 - Riorganizzazione della rete ospedaliera
 - Modello Hub & Spoke;
 - Ruolo di hub specialistico e universitario in capo al Policlinico di Modena
 - DEA di II livello presso l'Ospedale di Baggiovara ed in sinergia con Policlinico
 - Ospedali di riferimento di area (Carpi e Sassuolo) e spoke periferici (Mirandola, Pavullo, Vignola, Castelfranco) per acuzie di base e post-acuzie.
 - Concentrazione delle attività complesse nei centri hub per migliorare qualità e sicurezza (es. stroke unit, cardiocirurgia, grandi traumi).
 - Riorganizzazione posti letto secondo logiche di intensità di cura (alta, media, bassa intensità) a Sassuolo.
- Integrazione ospedale-territorio con particolare sviluppo di alcuni processi
 - Dimissioni protette e percorsi post-acuti condivisi con la rete territoriale (OsCo, ADI, COT).
 - Percorsi assistenziali integrati per cronicità, fragilità, disabilità.
- Razionalizzazione dell'assistenza territoriale (in base al DM 77/2022) con realizzazione del piano di avvio delle
 - 27 Case della comunità chiamate ad accentrare funzioni sanitarie e sociosanitarie (MMG, specialisti, infermieri di comunità, sportello sociale).
 - 7 Centrali Operative Territoriali (COT) **Coordinamento tra ospedali, ADI, OsCo, MMG**, assistenza sociale.
 - 8 Ospedali di Comunità (OsCo): per ricoveri brevi di pazienti non acuti, spesso fragili, in fase di post-dimissione;
 - Introduzione delle reti digitali e di telemedicina e l'implementazione di Fascicolo Sanitario Elettronico, telemonitoraggio per cronici, triage digitale.

Integrazione dei processi gestionale delle Aziende sanitarie modenesi

L'esperienza maturata in questi anni ha rafforzato la convinzione che la risposta alla domanda e l'organizzazione dell'offerta debbano essere affrontate in un'ottica di integrazione dei processi gestionali delle tre Aziende sanitarie pubbliche (indirizzi e obiettivi comuni, budget condiviso). Risulta, infatti, ampiamente condivisa, la consapevolezza che occorre superare l'approccio "tradizionale" per struttura e

perseguire una modalità di lavoro per processi/progetti concordati e condivisi, in grado di dare risposte alla complessità del quadro provinciale al quale siamo chiamati a rispondere in modo congiunto.

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

Tenuto conto che alcuni dipartimenti afferiscono ad entrambe la Aziende e ritenuto prioritaria la necessità di garantire una gestione sempre più integrata dei processi assistenziali, appare rilevante la necessità di condivisione (tra le tre Aziende) degli indirizzi e la negoziazione congiunta degli obiettivi facendo comunque salva l'autonomia gestionale in capo alle singole Aziende.

La collaborazione tra le equipe afferenti alle diverse Aziende deve trovare sempre maggiori ambiti di espressione, e questo, a partire dai dipartimenti interaziendali che già per loro natura condividono da tempo l'approccio e le strategie organizzative ma anche tra organizzazione dipartimentali complementari che devono essere accomunati da percorsi assistenziali condivisi e da obiettivi del tutto sovrapponibili. Non ci si riferisce solo al governo condiviso, appropriato e sicuro dell'impiego dei farmaci (farmaceutica convenzionata) e dei dispositivi, dove ormai sono da tempo attive strategie comuni, ma occorre dare maggior impulso a modalità condivise di risposta alle liste d'attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero per intervento chirurgico (centralità del paziente e dei suoi bisogni).

Superamento duplicazioni Oltre alla integrazione tra le risorse, l'organizzazione dell'offerta di prestazioni può trovare maggiori livelli di razionalizzazione volti al superamento delle duplicazioni con recupero di efficacia e sicurezza (volume/esiti) ed efficienza nell'offerta.

Gestione comune/interaziendale anche dei processi non sanitari Il rafforzamento delle attività interaziendali non riguarda solo l'ambito dell'assistenza sanitaria, anche la gestione di Servizi di supporto (acquisti di beni, farmaci e dispositivi, ICT, gestione risorse umane) dovranno trovare ulteriore sviluppo e crescenti livelli di integrazione (procedure di acquisto e gestione condivise e uffici unici).

Nell'ambito dei percorsi di razionalizzazione integrazione ed efficientamento dei servizi, si rende necessario promuovere percorsi di razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi attraverso la ridefinizione dei processi, delle competenze e afferenze dei servizi trasversali delle aziende sanitarie provinciali, e questo, nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell'impiego delle risorse.

POLA – Piano Organizzativo Lavoro Agile

Come previsto dall'art. 14 Legge n. 124/2015, modificato da art. 263 D.L.34/2020, l'Azienda USL di Modena ha adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 19 del 25/01/2022 la regolamentazione aziendale in merito all'istituto del Lavoro Agile (smart working) e successivamente predisposto e deliberato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), allegato al PIAO 2023-2325 (Deliberazione del Direttore Generale n. Deliberazione n. 264 del 31/07/2023). Il POLA riferito al triennio 2025-2027 è allegato quale parte integrante del presente Piano.

Valorizzazione del capitale Umano

Migliorare i sistemi di valutazione delle competenze e orientare i sistemi premianti (economici e non economici) nonché i profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione

Performance Organizzativa

L'Azienda USL di Modena attribuisce al sistema di valutazione del personale un ruolo fondamentale per il riconoscimento del merito, dell'impegno e delle competenze espresse dai professionisti nel raggiungimento degli obiettivi aziendali, nonché un mezzo fondamentale per lo sviluppo delle competenze e della carriera professionale. In questa prospettiva l'Azienda pone particolare attenzione alla corretta identificazione e valutazione degli obiettivi di performance annuali (processo di budget e programmazione regionale) e di quelli legati all'incarico connesso alla posizione ricoperta, nonché allo sviluppo ed assessment delle

competenze professionali e di altra natura necessarie per esercitare efficacemente i diversi ruoli definiti dall'assetto organizzativo.

In una organizzazione di dimensioni rilevanti, quale l'Azienda USL di Modena, l'esercizio della gestione e valutazione coinvolge tutti i ruoli gestionali, dalla Direzione Strategica ai Direttori e Responsabili delle macroarticolazioni e delle unità operative. I direttori/responsabili delle unità organizzative e dei servizi di produzione e di staff/tecnostruttura condividono la responsabilità con la Direzione Generale sul raggiungimento degli obiettivi aziendali e sull'assegnazione di responsabilità in coerenza ai risultati da raggiungere e alla conseguente gestione del ruolo associato a tali responsabilità. Questa condivisione si concretizza nell'identificazione di obiettivi annuali derivanti dagli obiettivi generali di Azienda, di programmazione annuale e di mandato pluriennale del Direttore Generale individuati dalla Regione, da cui discende un sistema di regole di valutazione e riconoscimento delle premialità coerenti.

Il processo della valutazione, all'interno delle regole aziendali definite negli accordi, prevede un esercizio di responsabilità e competenza da parte dei valutatori. La valutazione va supportata da elementi oggettivi, derivati da comportamenti professionali agiti ed eventi accaduti, da dati e informazioni di fonte interna ed esterna all'Azienda, in relazione alla posizione e ruolo ricoperto da ciascun valutato. Tuttavia la valutazione comporta aspetti di soggettività ineliminabili laddove riguardi aspetti comportamentali ed attese di contributi che sono interconnessi con le relazioni professionali, nonché con il sistema valoriale della cultura organizzativa aziendale.

Le procedure di valutazione sono improntate ai seguenti principi:

- a) imparzialità, celerità e puntualità al fine di garantire la continuità e la certezza delle attività professionali connesse all'incarico conferito, la stretta correlazione tra i risultati conseguiti e la nuova attribuzione degli obiettivi, nonché l'erogazione delle relative componenti retributive, inerenti alla retribuzione di risultato a seguito di una tempestiva verifica dei risultati conseguiti;
- b) trasparenza dei criteri usati, oggettività delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- c) informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio nella valutazione di I e II istanza;
- d) diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione sulla quale l'organismo di verifica è chiamato a pronunciarsi.

Per supportare i valutatori, l'Azienda:

- a) promuove l'adozione di strumenti e percorsi efficaci che aiutino - in un processo equo e trasparente - a distinguere, premiare e sviluppare le competenze richieste in coerenza all'esercizio del ruolo che si è chiamati a ricoprire;
- b) sviluppa periodicamente azioni di monitoraggio sull'utilizzo degli strumenti valutativi, anche in coerenza allo sviluppo del software regionale GRU;
- c) favorisce percorsi di formazione e accompagnamento dei valutatori;
- d) garantisce tempestività di informazione e trasparenza di comunicazione mediante un sistema di reporting che informi periodicamente sul grado di raggiungimento degli obiettivi durante il periodo di realizzazione, per consentire ai valutatori di esercitare con piena consapevolezza la propria azione manageriale e professionale;
- e) garantisce nel complesso il rispetto delle regole della valutazione definite dalla metodologia e dagli accordi integrativi aziendali, anche in collaborazione con l'OAS e l'OIV regionale;
- f) promuove un'alimentazione della valutazione delle prestazioni con logiche di "multisource feedback" completa di tutte le informazioni che possono essere utili ai valutatori di prima istanza per svolgere al meglio il loro compito.

Il sistema di sviluppo delle competenze e di premialità collegato al raggiungimento degli obiettivi si avvale delle seguenti leve:

- le quote economiche annuali di retribuzione di premialità/risultato, definite negli specifici accordi integrativi per ciascuna area contrattuale (Comparto Sanità, Dirigenza Sanità e Dirigenza PTA) e

collegate al raggiungimento degli obiettivi di performance annuale ovvero a obiettivi di particolare rilevanza aziendale;

- lo sviluppo di carriera attraverso le progressioni economiche orizzontali in area Comparto ed il sistema aziendale per il conferimento degli incarichi dirigenziali o di funzione per tutte le aree contrattuali;
- la formazione interna ed esterna e qualsiasi occasione di sviluppo e confronto professionale (ad es. partecipazione a gruppi di lavoro e studio di rilievo regionale e nazionale, partecipazione ad organismi, commissioni, ecc.);
- un dialogo continuo tra valutatore e valutato, tra responsabili e collaboratori, ispirato e dedicato a produrre costanti feedback che aiutino a orientare la propria azione e svolgerla in coerenza con attese di comportamento ed obiettivi di performance.

Gli obiettivi di performance organizzativa possono riguardare obiettivi e risultati attesi assegnati a livello di strutture e/o di team/gruppo di lavoro (centri di responsabilità – CdR), ove necessario articolati o ricomposti su ambiti organizzativi, o su percorsi/progetti che siano trasversali alle strutture e che prevedano il coinvolgimento di unità operative afferenti a dipartimenti diversi. Gli obiettivi si articolano in aree e dimensioni che fanno riferimento ad obiettivi di:

- sviluppo di progetti, percorsi, rimodulazioni organizzative, obiettivi RER o nazionale;
- miglioramento della qualità professionale, organizzativa e di fruizione dei servizi sanitari da parte di cittadini, pazienti, utenti e familiari;
- volumi di attività e tempi d'attesa;
- obiettivi collegati alla promozione della salute, all'accessibilità, alla sostenibilità economica, alla prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza.

La valutazione viene supportata da un chiaro e trasparente processo di individuazione e comunicazione degli obiettivi (durante il processo di budget annuale e/o in ogni altro momento opportuno) e connesse responsabilità, affinché tutti abbiano piena conoscenza degli obiettivi sui quali saranno valutati e del collegamento tra obiettivi aziendali, di macro-articolazione, di unità organizzativa e di processo, per ricostruire le necessarie coerenze.

L'obiettivo di questo processo di valutazione è anche sviluppare l'analisi strutturata delle dinamiche organizzative e la definizione puntuale nonché il riallineamento in corso d'opera dei contributi attesi dalle persone per la realizzazione degli obiettivi aziendali, di dipartimento, di unità operativa, di percorso. Gli obiettivi possono derivare anche dall'assegnazione di progetti di particolare rilevanza aziendale ed essere aggiornati e/o modificati in corso d'anno, anche in relazione all'approvazione di documenti di programmazione o di orientamento dell'azione aziendale (budget dinamico). Di tali variazioni e aggiornamenti viene data comunicazione e avviato un approfondimento o ad hoc o in occasione degli incontri periodici di monitoraggio di avanzamento del budget. I diversi obiettivi, o la parte di essi ritenuta di particolare valenza strategica o con caratteristiche il cui raggiungimento sia molto "sfidante", possono essere "pesati" sulla base della relativa importanza ed ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato. In quest'area valutativa gli obiettivi sono assegnati a tutte le componenti professionali operanti nelle unità operative/percorsi e tendono ad assicurare un coinvolgimento complessivo di tutti i componenti del CdR verso il raggiungimento di obiettivi comuni, sottolineando la complementarietà e l'integrazione che deve caratterizzare il lavoro in Azienda.

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. Il processo segue la cascata organizzativa: la Direzione Generale assegna la valutazione della Performance Organizzativa alla prima linea dirigenziale (Direttori di Dipartimento e Direttori dei Servizi) sulla base dei risultati di budget raggiunti e di una relazione di autovalutazione che mette in evidenza dal punto di vista quantitativo e qualitativo i principali risultati raggiunti nell'anno e le innovazioni introdotte nelle aree di managerialità. A loro volta i Direttori dei Dipartimenti assegnano una valutazione della performance organizzativa alle strutture complesse afferenti al dipartimento sulla base dei risultati di budget e di una relazione di autovalutazione che mette in evidenza i principali risultati raggiunti nell'anno dal punto di vista

organizzativo e manageriale. Dalla valutazione della performance organizzativa deriva il riconoscimento della componente di retribuzione annuale di premialità ad essa collegata secondo le quote e le regole stabilite in sede di accordo integrativo per ciascuna area contrattuale. Le singole quote economiche variano a seconda della posizione ricoperta e, con riferimento alle aree dirigenziali, anche della collocazione organizzativa, in quanto:

- per tutte le posizioni con responsabilità di struttura (titolari di incarico di struttura complessa e semplice dipartimentale Dirigenza area sanità e titolari di incarico di struttura complessa e semplice dirigenza area funzioni locali PTA) la retribuzione di risultato legata alla Performance Organizzativa è collegata per una quota pari al 15% alla misura in cui la Regione Emilia – Romagna valuterà il livello di raggiungimento degli obiettivi annuali dell’Azienda USL di Modena;
- per i dirigenti con responsabilità di struttura complessa o semplice afferenti agli staff/tecnostruttura della Direzione Aziendale la retribuzione di risultato legata alla performance organizzativa è collegata per una quota del 85% al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e per una quota pari al 15% alla misura media di raggiungimento dei risultati di budget aziendale da parte dei Dipartimenti di produzione. Questo collegamento è stato declinato nel sistema di valutazione annuale come elemento di trasversalità e per stimolare l’integrazione e la consapevolezza che i risultati sono comuni e che ciascuno è parte del medesimo ecosistema organizzativo.

Performance Individuale

La valutazione annuale del raggiungimento degli obiettivi di performance viene completata anche dalla valutazione del contributo individuale agito dai singoli professionisti per il raggiungimento degli obiettivi assegnati all’U.O. ed alle strutture aziendali, la c.d. performance organizzativa.

Per i ruoli gestionali i criteri di valutazione sono riconducibili all’area della Managerialità (strategicità degli obiettivi, Innovazione, Integrazione e Valorizzazione Risorse Umane assegnate).

Per i ruoli professionali la valutazione è riconducibile ad aspetti legati al contributo individuale messo in campo nell’anno e alla qualità dei comportamenti professionali e organizzativi agiti (etica, rispetto dei valori aziendali e del codice di comportamento, espressione del ruolo e agire relazionale).

La valutazione segue il principio della cascata organizzativa: la Direzione Generale assegna le valutazioni alla prima linea dirigenziale (Direttori delle macroarticolazioni organizzative), i quali a loro volta assegnano le valutazioni ai singoli professionisti afferenti. Dalla valutazione del contributo individuale, insieme alla 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. In alcuni casi vengono assegnati obiettivi a singoli professionisti, anche afferenti a più unità operative, che 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.

Nel triennio di riferimento l’Azienda proseguirà nel percorso di piena implementazione dei sistemi di valutazione e valorizzazione del personale in coerenza con quanto indicato nel proprio “Piano 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione”, redatto secondo le indicazioni dell’OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e della normativa di riferimento, partecipando al Tavolo OIV-SSR per lo sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale e assicurando il pieno utilizzo del Sistema GRU, anche al fine di supportare l’elaborazione di indicatori e di report a livello regionale e aziendale all’interno dei datawarehouse regionali.

Nell’ambito dell’attività di sviluppo di sistemi di valutazione integrata dei dipendenti, anche alla luce dei contratti nazionali siglati, si conferma l’attenzione dell’Azienda a dare piena attuazione ai percorsi aziendali in applicazione delle Linee guida 1/2022 dell’OIV-SSR (“Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende sanitarie”) al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze (annuale di risultato, pluriennale ai fini del rinnovo incarico e del riconoscimento dell’indennità di esclusività, valutazione nuovi assunti e valutazione competenze).

Sul versante metodologico, la connessione tra questi processi di valutazione e la loro gestione informatizzata consente di rendere immediatamente visibili sul Portale del dipendente (GRU) a valutati, valutatori e gestori HR tutte le valutazioni riguardanti le risorse umane aziendali e quindi la possibilità di sviluppare visioni strategiche e politiche sul personale.

1.4 Dimensione della Sostenibilità

3.4.1 Sottosezione di programmazione economico finanziaria

Sostenibilità economico-finanziaria

Preliminarmente alla discussione delle azioni nell'ambito della sezione di programmazione relativa alla dimensione della sostenibilità per la sottosezione sostenibilità economico-finanziaria, si riportano a seguire le performance riportate dall'Azienda negli ultimi anni, raffrontati con la media regionale e gli attesi regionali. Si evidenzia come le performance conseguite nel tempo dall'Azienda siano migliori della media regionale. Con riferimento all'assolvimento degli obblighi di trasparenza la performance è al 100% e la % di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi è ampiamente superiore alla media regionale. Unica eccezione la spesa farmaceutica territoriale che per effetto della DD risulta superiore alla media RER ed il tasso di copertura del flusso DIME che ha margini di miglioramento sui quali stiamo lavorando. Continuano ad essere buoni i tempi di pagamento dei fornitori

L'ultima colonna a destra riporta l'aspettativa del prossimo triennio che, stante le buone performance raggiunte, presenta molti attesi in mantenimento.

SOSTENIBILITA'										
Sostenibilità economico-finanziaria										
Indicatore	trend	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	atteso RER 2024	ATTESO PIAO
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	↑	-15,2	-22,6	-4,6	-2,67	-6,54	-18,68	-	Osservazione	☰ ↑
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	↑	92,35	-	-	92,35	90,83	92,48	95,77	>=95%	↑
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	☰	85,43	86,58	87,18	87,9	88,38	88,68	90,1	Osservazione	↑
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	↓	167,03	162,14	180,55	190,24	197,15	211,58	206,92	Osservazione	↓
Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	↑	-	14,49	-	16,04	16,33	17,55	19,32	Osservazione	↑
Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	☰	-	46,45	-	44,03	43,66	44,3	29,79	Osservazione	☰
Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	☰	-	7,42	-	9,66	8,82	9,46	11,86	Osservazione	☰
Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	↓	-	28,89	-	29,53	28,78	27,98	37,06	Osservazione	↓

Governance della spesa e uso appropriato dei farmaci, delle tecnologie associate e dei dispositivi medici

Il rispetto della programmazione economico-finanziaria è elemento indispensabile per la sostenibilità del sistema e occorre una attenta analisi dei consumi per valutarne l'andamento.

La prescrizione e l'utilizzo dei prodotti farmaceutici e dei dispositivi medici sono subordinati alla promozione e al consolidamento dell'appropriatezza prescrittiva, alle raccomandazioni e alle linee guida da attuare tramite percorsi di standardizzazione, responsabilizzazione, monitoraggi e audit ad hoc.

In tale contesto, è indispensabile adottare una visione provinciale che individui indicatori ed obiettivi che tengano in considerazione anche della spesa indotta dai professionisti delle altre Aziende Sanitarie provinciali, la cui spesa ricade sulla programmazione economico-finanziaria e sul bilancio dell'azienda USL, assumendo una visione provinciale.

1. monitoraggio mensile della spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera (con focus specifici su farmaci innovativi e vaccini) e spesa per dispositivi medici per la verifica del rispetto degli obiettivi annuali e la analisi di eventuali criticità;
2. monitoraggio mensile delle prescrizioni di farmaci da alto impatto economico e Dispositivi Medici (determinanti di spesa) per la Direzione Aziendale e gli altri Servizi coinvolti nella gestione dei budget, di apposita reportistica con analisi delle criticità e discussione delle possibili cause e azioni di miglioramento. Elaborazione di specifici focus sulle aree critiche (numero di pazienti, centri

- prescrittori, costo medio terapia per patologia disaggregato per centro, durata media dei trattamenti, trend di utilizzo e prescrizione);
3. implementazione della presa in carico dei pazienti da parte dei punti di distribuzione diretta, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza, semplificare l'accesso ai farmaci e attivare un sistema efficace di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva per alcune categorie farmacologiche a elevato impatto. Questa modalità consente di semplificare il percorso di approvvigionamento da parte del paziente, evitare accessi multipli a canali distributivi diversi e acquisire una visione completa del trattamento farmacologico, comprendente anche le terapie ancillari e disporre un monitoraggio clinico più preciso e puntuale;
 4. la promozione dell'impiego dei beni sanitari (farmaci e DM) aggiudicati mediante le procedure di gara regionali Intercent-ER attraverso:
 - a. collaborazione attiva alla stesura dei capitolati di gara regionali e di AVEN: proseguirà l'attività di collaborazione alla stesura dei capitolati gara e anche la gestione dell'applicazione dei risultati di gara;
 - b. tempestiva informazione dei risultati di gara agli utilizzatori/prescrittori ed il monitoraggio dell'adesione alle convenzioni regionali, con particolare riferimento ai farmaci e DM con migliore costo-opportunità;
 - c. prosecuzione delle azioni di monitoraggio dell'impiego dei farmaci biosimilari in relazione dei risultati delle gare Intercent-ER (per aree e target specifici);
 - d. efficientamento delle procedure amministrative di registrazione dei nuovi contratti a livello del magazzino di Area Vasta al fine di minimizzare i tempi in cui i prodotti aggiudicatari vengono resi disponibili e massimizzare i possibili risparmi correlati.
 - e. verifica della corretta compilazione e della corretta registrazione delle dispensazioni dei farmaci prescritti mediante registri di monitoraggio AIFA: completa gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (trattamenti chiusi con richiesta di rimborso);

Rispetto dell'equilibrio economico finanziario

Le linee guida per la programmazione pluriennale delle aziende della provincia di Modena sono definite all'interno della cornice delineata dal Programma di mandato della XII legislatura della Regione Emilia-Romagna e del programma di mandato dei Direttori Generali (DGR n. 65/2025 e n. 73/2025).

Obiettivo prioritario 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 il rispetto del vincolo di bilancio annualmente definito dalla Regione, concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale.

Il sistema sanitario provinciale persegue l'obiettivo di consolidare i risultati ottenuti in termini di garanzia dei livelli essenziali di assistenza tenendo conto che il quadro economico nazionale e regionale è contrassegnato dalla significativa limitazione delle risorse disponibili e dalla crescita della domanda di servizi sanitari e socio sanitari: in tale contesto risulta imprescindibile un intervento di innovazione della governance e l'adozione di modelli organizzativi adeguati alle necessità di soddisfare i crescenti bisogni di salute della popolazione assistita e al contempo mettere in atto azioni di revisione della struttura dei costi e di promozione dell'efficienza operativa. Le riorganizzazioni e i recuperi di efficienza sono finalizzate a ri-allocare in funzione di scelte oculate e coerenti con la programmazione e la sostenibilità del sistema. Il recupero di efficienza è condizione indispensabile ad "autofinanziare" le nuove attivazioni non isorisorse.

Per il prossimo triennio sono programmate attività relative alla razionalizzazione, riduzione e contenimento di verifica della congruità della spesa sanitaria, di controllo dei livelli di offerta rispetto agli standard previsti per la popolazione di riferimento e alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa. Le progettualità attive, nell'ambito della programmazione annuale, sono orientate alla realizzazione del piano di contenimento dei tempi di attesa, alla riorganizzazione del sistema emergenza urgenza, al completamento della riorganizzazione della continuità assistenziale, all'introduzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali

(AFT), alla progressiva realizzazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e della realizzazione del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (DM 77/22). Le azioni programmate del triennio, definite in modo coerente con gli obiettivi di mandato della Direzione Generale, vengono annualmente declinate puntualmente nell'ambito del processo di budget.

L'Azienda si impegna ad un contenimento complessivo dei costi operativi, mettendo in campo azioni per efficientare i diversi fattori produttivi a maggior assorbimento di risorse, perseguendo l'equilibrio complessivo, attraverso azioni di revisione organizzativa, di efficientamento dei processi assistenziali e ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse

In continuità con quanto avviato nel corso del 2024, per il triennio successivo proseguirà l'attenzione dell'Azienda nel presidiare costantemente l'andamento della gestione economico-finanziaria, individuato specifiche azioni gestionali in coerenza con le indicazioni della programmazione regionale e con obiettivi di contenimento dei costi, volte alla piena realizzazione degli obiettivi assegnati.

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:** con l'obiettivo di perseguire un efficace governo dei costi per l'acquisizione dei beni e servizi, si persegue l'adesione ad iniziative centralizzate di acquisto e il rispetto della programmazione degli acquisti definita dal Master Plan triennale adottato dall'Agenzia Intercent-ER. Per l'Ausl il target previsto di percentuale minima di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi è pari al 60%. L'Azienda è, altresì, impegnata nel completamento della digitalizzazione dell'intero processo di acquisto di beni e servizi, in linea con le indicazioni nazionali. Al processo di ordine-fatturazione, consolidato da alcuni anni, e alle procedure di affidamento, che sono state completamente digitalizzate nel corso del 2024, nel 2025 si proseguirà nel percorso di completamento della digitalizzazione anche della fase di esecuzione contrattuale. Verrà inoltre avviato un progetto di riorganizzazione gestionale del settore acquisti al fine di adattare l'organizzazione alle eterogenee esigenze e alle rapide dinamiche di approvvigionamento di beni e servizi, che sia adeguato in termini di gestione dell'intero ciclo di vita dei contratti, in un contesto normativo in rapida evoluzione e in un'ottica di appropriatezza dell'azione amministrativa, raccordando le fasi di programmazione – progettazione – affidamento – esecuzione e presidiando la gestione della spesa.
- **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:
 - **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).
 - **Trasformazione del patrimonio immobiliare** per lo sviluppo edilizio, compresa la relativa programmazione di nuove strutture in fase di costruzione;

- Attuazione del programma di adeguamento antiincendio e al monitoraggio del Programma stato di attuazione dei miglioramenti /adeguamenti sismici delle strutture sanitarie delle aziende del servizio sanitario regionale.
 Prioritari nel triennio sono i seguenti obiettivi:
 - o Completamento del programma di interventi strutturali finanziati con il PNRR;
 - o Finanziamenti ex art. 20 L 67/88: realizzare secondo le tempistiche e le modalità attuative volte al raggiungimento degli obiettivi prefissati, concordate con la Regione alla quale viene fornito periodicamente il monitoraggio sull'avanzamento delle attività;
 - o In relazione agli interventi già ammessi al finanziamento, si perseguirà l'obiettivo del completamento degli interventi programmati riconducibili ad Accordi di programma, nonché gli altri interventi finanziati con fondi statali, regionali precedentemente al 2019;
 - o Realizzazione del Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID, in relazione alla specifica programmazione aziendale.
- Tecnologie biomediche: oltre alle attività di manutenzione correttiva saranno sviluppati piani di manutenzione preventiva programmata e piani di verifica di sicurezza elettrica e funzionale. Gli investimenti in tecnologie biomediche sono caratterizzati principalmente dai rinnovi di tecnologie datate (oltre i 12 anni di vita), con problematiche di sicurezza e per adeguamento a processi di cura. Nel 2025 si completeranno inoltre le attività previste per gli interventi l'ammmodernamento tecnologico previsti dal PNRR (Grandi apparecchiature) e verranno messi in uso i kit di telemonitoraggio di primo livello funzionali allo sviluppo della telemedicina;
- Programma regionale gestione diretta dei sinistri (LEGALE): coerentemente con il programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile (DGR 2079/2013), gli obiettivi perseguiti hanno lo scopo principale di garantire l'efficacia del sistema delle cure e la tempestività delle decisioni di definizione transattiva delle vertenze, ove ne ricorrano i presupposti, al fine di pervenire ad una fattiva riduzione del contenzioso e dei tempi di liquidazione del sinistro. Per raggiungere detto obiettivo verrà perseguita la massima sinergia fra il livello regionale e quello aziendale al fine di garantire un'efficace e tempestiva gestione dei sinistri; attenendosi alle indicazioni ed alle tempistiche fornite, nonché alle modalità di relazione tra le stesse e NRV sinistri.

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 annualmente definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare rendicontando puntualmente alla CTSS della Provincia di Modena, nel rispetto di quanto stabilito nelle Linee di Programmazione e Finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di anno in anno definite.

In linea con quanto definito dalle normative, si procederà all'invio sia dei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi) che delle rendicontazioni trimestrali e verifiche 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, LA e CP.

Resta fermo l'impegno all'ottimizzazione della gestione finanziaria e alla 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), anche attraverso l'adozione di un piano di flussi di cassa aggiornato trimestralmente, volto a programmare efficacemente l'utilizzo delle risorse finanziarie. 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.

Governo delle Risorse Umane

Per l'anno 2025 le determinanti della programmazione del personale si svilupperanno in coerenza con le Linee di programmazione e di finanziamento regionali. La programmazione è altresì definita in conformità con gli obiettivi di programmazione sanitaria ed economico-finanziaria e tengono conto dei contenuti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Le indicazioni regionali fornite definiscono la cornice economica di riferimento per il triennio 2025/2027 con di obiettivi di contenimento dei costi del personale dipendente e atipico all'interno di un perimetro economico definito. L'Azienda procede costantemente al monitoraggio della gestione delle risorse con la finalità di verificare i costi sostenuti in relazione agli obiettivi assegnati e a mettere in campo azioni e misure correttive a fronte di eventuali scostamenti, per ottimizzare i costi a garanzia della sostenibilità economica del SSR, senza incidere sulle aree di attività direttamente interessate dalle dinamiche relative all'erogazione dei livelli essenziali di servizio.

Le azioni direttrici strategiche e gli strumenti di programmazione che la Direzione Aziendale sta implementando includono la ristrutturazione dell'offerta della rete ospedaliera e territoriale attraverso l'adozione di strumenti di valutazione e analisi che consentano di riallocare in termini di valore le risorse attraverso l'implementazione di strumenti per la revisione dei carichi di lavoro, degli schieramenti di sala operatoria, di revisione degli indici di consumo sanitario. Questo intervento di medio-lungo termine, considerato essenziale ed irrinunciabile per la sostenibilità del sistema, con un possibile impatto sulla riallocazione delle risorse.

Per gli approfondimenti sul tema del governo delle risorse umane si rimanda al Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2025 – 2027, parte integrante del presente documento.

3.4.2 Sottosezione di programmazione degli investimenti e PNRR

Investimenti

Preliminarmente alla discussione delle azioni nell'ambito della sezione di programmazione relativa alla dimensione della sostenibilità per la sottosezione investimenti, si riporta l'andamento dell'indicatore relativo alla vetustà delle apparecchiature sanitarie, anche grazie agli investimenti PNRR che vedono l'Azienda impegnata nel rinnovo di molte tecnologie il patrimonio aziendale presenta valori allineati alla media regionale che, di fatto, è il risultato atteso anche nel prossimo triennio.

Investimenti										
Indicatore	trend	Valore Aziendale 2019	Valore Aziendale 2020	Valore Aziendale 2021	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	atteso RER 2024	ATTESO PIAO
% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	↑				12,69	66,67	69,09	70,19	Osservazione	■

Governo degli investimenti infrastrutturali e tecnologici

L'Azienda USL di Modena, per il triennio 2025/2027, per tutte le opere da realizzare con fondi regionali, nazionali e della Comunità Europea, intende rispettare le tempistiche finalizzate alla realizzazione degli interventi ed alle tempistiche dei piani fornitura. Nelle tabelle seguenti, sono rappresentate le schede 1, 2 e 3 del Piano Investimenti 2025/2027, condiviso sullo sharepoint della Regione Emilia-Romagna e parte integrante del Bilancio Economico Preventivo 2025.

PINV 2025-2027 – SCHEDA 1

Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare nel 2026 (€)	Investimento da realizzare nel 2027 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Adeguamento prevenzione incendi Ospedale Castelfranco Emilia	1.516.382,15	579.207,61	-	-
Adeguamento Prevenzione Incendi Sedi Distrettuali	730.000,00	1.036.741,37	-	-
Realizzazione di un nuovo Centro di Cure Primarie c/o l'Ospedale di Finale Emilia, adeguamenti impiantistici e messa a norma	4.091.869,16	200.000,00	500.000,00	500.000,00
Opere per la messa in sicurezza Ospedale Pavullo nel Frignano	158.984,40	400.000,00		
Interventi di adeguamento funzionale e normativo Ospedale di Carpi	428.693,79	200.000,00	-	-
Realizzazione Casa della Salute Polo Sud Ovest Modena	476.452,01	3.000.000,00	1.700.000,00	-
Realizzazione Hospice area sud - Modena	1.378.247,43	1.770.000,00	470.000,00	-
Realizzazione Hospice area centro - Modena	1.524.321,11	3.000.000,00	500.000,00	-
Miglioramenti e messa a norma corpi di fabbrica - Casa della Salute di Castelfranco Emilia	150.000,00	1.000.000,00	534.719,96	-
Interventi di ristrutturazione per completamento Corpo di Fabbrica 02 - Ospedale di Mirandola	522.002,95	2.500.000,00	2.500.000,00	2.200.000,00
H Vignola trasferimento CUP c/o ex laboratorio 1° stralcio	-355.290,10	-	-	-
Concordia ex padiglione Muratori	200.000,00	247.452,46	-	-
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)	256.819,86	200.000,00	-	-
Nuovo ospedale Sassuolo - Manutenzioni straordinarie urgenti - Anno 2021	-333.316,20			
Nuovo ospedale Sassuolo - Manutenzioni straordinarie urgenti - Anno 2022	-239.155,16			

Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare nel 2026 (€)	Investimento da realizzare nel 2027 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Interventi indifferibili e urgenti - anni 2024 e precedenti	1.643.486,99	-	-	-
Modena - Attrezzature acquistate con commesse e donazioni				
Acquisto Defibrillatori				
SW gestione dell'attività dei medici competenti delle Aziende sanitarie della Regione	187.718,19			
Manutenzioni evolutive straordinarie	9.367,46			
Fondo FSE (Fascicolo sanitario elettronico)	772.114,14			
GAAC	16.280,86			
DSM - CURE	82.847,52			
SEGNALER - progetto regionale	110.433,11			
Sistemi informatici acquistati con commessa/donazioni - Anno 2025	100.000,00			

PINV 2025-2027 – SCHEDA 2

Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare nel 2026 (€)	Investimento da realizzare nel 2027 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Realizzazione nuovo Ospedale di Carpi	2.000.000,00	6.150.000,00	2.000.000,00	115.633.276,71
Completamento realizzazione di nuovo Centro di Cure Primarie c/o l'Ospedale di Finale Emilia, adeguamenti impiantistici e messa a norma	150.000,00	850.000,00	1.000.000,00	-
Completamento realizzazione della Casa della Salute Polo sud ovest Modena	100.000,00	700.000,00	680.000,00	-
Completamento degli interventi di miglioramento e messa a norma corpi di fabbrica - Casa della Salute di Castelfranco Emilia	50.000,00	400.000,00	90.000,00	-
Completamento ristrutturazione corpo 02 ala ovest ospedale di Mirandola	150.000,00	100.000,00	1.000.000,00	730.000,00
Adeguamento Pronto Soccorso Ospedale Sassuolo	588.924,71	1.100.000,00	-	-
Impianti trigenerazione ospedale Mirandola - Casa della Comunità Castelfranco Emilia	100.000,00	800.000,00	1.800.000,00	1.625.258,40
Centro servizi Mirandola edificio 09	100.000,00	338.644,40	-	-
H Mirandola - Progetto di riqualificazione dei parcheggi interni	-	120.000,00	-	-
Trasferimenti a seguito Piano Sedi Modena e ridisegno sedi NPJA	-	1.000.000,00	685.767,25	-
Montese - Casa della salute	50.000,00	50.000,00	700.000,00	200.000,00
H Carpi - Riassetto Neurologia - Fase 1: Stroke unit	-	140.924,80	-	-
AOS - Casa della salute di Zocca	476.410,71	50.000,00	-	-
ORDINANZA N. 16/2023 del IL COMMISSARIO STRAORDINARIO ALLA RICOSTRUZIONE NEL TERRITORIO DELLE REGIONI EMILIA-ROMAGNA, TOSCANA E MARCHE - INTERVENTI MINORI	-	-	-	-
ORDINANZA N. 16/2023 del IL COMMISSARIO STRAORDINARIO ALLA RICOSTRUZIONE NEL TERRITORIO DELLE REGIONI EMILIA-ROMAGNA, TOSCANA E MARCHE - Ospedale Carpi 1	-	-	-	-
ORDINANZA N. 16/2023 del IL COMMISSARIO STRAORDINARIO ALLA RICOSTRUZIONE NEL TERRITORIO DELLE REGIONI EMILIA-ROMAGNA, TOSCANA E MARCHE - Ospedale Carpi 2	-	-	-	-
ORDINANZA N. 16/2023 del IL COMMISSARIO STRAORDINARIO ALLA RICOSTRUZIONE NEL TERRITORIO DELLE REGIONI EMILIA-ROMAGNA, TOSCANA E MARCHE - Ospedale Mirandola	-	79.170,58	-	-

ORDINANZA N. 16/2023 del IL COMMISSARIO STRAORDINARIO ALLA RICOSTRUZIONE NEL TERRITORIO DELLE REGIONI EMILIA-ROMAGNA, TOSCANA E MARCHE - Ospedale Vignola	-	-	-	-
Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica				
Acquisizione kit per telemonitoraggio 1° livello e assistenza domiciliare da remoto				

PINV 2025-2027 – SCHEDA 3

Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare nel 2026 (€)	Investimento da realizzare nel 2027 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Riassetto Sede Modena Soccorso per Centrale Operativa Unificata Trasporti Secondari (COUTS) 1° Step				
Sede San Giovanni del Cantone - Interventi vari per adeguamento sicurezza D.Lgs 81/2008 - Fase 1				
Sede San Giovanni del Cantone - Interventi vari per adeguamento sicurezza D.Lgs 81/2008 - Fase 2				
Nuovo Ospedale di Carpi (MO) - arredi, tecnologie biomediche ed ICT				
Adeguamento prevenzione incendi ospedale Pavullo - completamento				
Adeguamento prevenzione incendi ospedale Vignola - completamento				
Adeguamento prevenzione incendi ospedale Mirandola - completamento				
Adeguamento prevenzione incendi ospedale Carpi - completamento				
Adeguamento strutture territoriali - completamento				
Manutenzione programmata - rinnovamento ascensori				
Manutenzione programmata - sicurezza e rinnovamento impiantistico impianti meccanici				
Manutenzione programmata - sicurezza e rinnovamento impiantistico impianti elettrici				
Manutenzione programmata - sicurezza opere edili				
Manutenzione programmata - straordinaria urgente				
Miglioramento sismico CdC Castelfranco E. completamento Corpi 01 e 02				
Programmazione amianto				
Nuovo Ospedale di Comunità nel Comune di Medolla				
Completamento PNRR - Casa della Comunità di San Felice sul Panaro -Nuova costruzione				
Completamento PNRR - Casa della Comunità di Castelfranco Emilia - Ristrutturazione				
Completamento PNRR - Casa della Comunità di Vignola -Nuova costruzione				
Completamento PNRR - Casa della Comunità di Pievepelago -Nuova costruzione				
Completamento PNRR - Casa della Comunità di Fanano - Ristrutturazione con ampliamento				
Completamento PNRR - Ospedale di Comunità di Fanano - Manutenzione straordinaria				
Completamento PNRR - Ospedale di Comunità di Modena -Nuova costruzione				
Completamento PNRR - Ospedale di Comunità di Sassuolo -Nuova costruzione				
Casa della Comunità di Pavullo				
Sostituzioni programmate per obsolescenza				
Incremento attività				
Rinnovo Applicativi territoriali				

Nuovo Ospedale di Carpi

Si ritiene opportuno inserire una specifica per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Carpi, principale investimento, non solo per il prossimo triennio, ma anche per gli anni a seguire.

La VI fase dell'art. 20 comprende, per l'AUSL di Modena, il solo cofinanziamento finalizzato alla realizzazione del Nuovo ospedale di Carpi (valore complessivo dell'investimento € 126.000.000, di cui € 57.000.000 finanziati ex Art. 20 L. 67/1988 VI Fase - e € 69.000.000 di PPP).

Codice	Titolo intervento	CUP	Importo complessivo
APE 9	Nuovo Ospedale di Carpi	91B20000980006	126.000.000,00

Il sistema progettato per il nuovo ospedale è costituito da diversi corpi di fabbrica, strettamente interconnessi a livello funzionale ma dotati di una propria autonomia formale e compositiva, la scelta di realizzare diversi blocchi funzionali risponde ai seguenti criteri ordinatori:

- L'assetto planivolumetrico è pensato per ridurre l'impatto sull'ambiente realizzando un compromesso fra altezza degli edifici e consumo di suolo, pervenendo a un'altezza generale di tre livelli fuori terra e progettando solo il corpo delle degenze con quattro livelli. Il complesso si struttura tramite blocchi funzionali in stretta connessione fra loro in modo da consentire una specializzazione a ciascun blocco e al tempo stesso promuovere la massima integrazione delle loro funzioni.
- La realizzazione di diversi blocchi aumenta la superficie di facciata e risponde all'esigenza di dotare il maggior numero di aree possibili di luce naturale.
- La dislocazione dei vari corpi di fabbrica risponde al criterio di complessità crescente, sia da un punto di vista sanitario che tecnologico e permette la razionalizzazione del sistema impiantistico e dello schema dei percorsi interni.
- I corpi di fabbrica sono disposti seguendo una permeabilità decrescente delle varie aree. Infatti, il complesso si compone ponendo in successione aree sempre meno accessibili al pubblico e sempre destinate prevalentemente a un'utenza sanitaria.

Area del Nuovo Ospedale di Carpi



Il complesso ospedaliero in progetto è così conformato e suddiviso:

- nella parte anteriore del complesso, a formare una piazza d'ingresso, sono situati due blocchi paralleli di tre piani, che ospitano il sistema dipartimentale e della formazione, nonché a piano terra alcune funzioni che richiedono l'accesso diretto dall'esterno;
- trasversalmente ai precedenti è realizzato il blocco centrale, composto da quattro piani, che ospita le funzioni sanitarie correlate all'accesso e alla fruizione da parte del pubblico, compresa la hall d'ingresso.
- alle spalle è realizzato l'edificio ad alta specializzazione sanitaria, composto da tre piani, che ospita le funzioni ad alta tecnologia destinate prevalentemente a una fruizione del paziente interno. Sono qui collocati i comparti operatori, intensivi e il pronto soccorso;



In fine, sul retro del complesso, in prossimità della bretella carrabile principale è realizzato in blocco mono-piano delle centrali tecnologiche, distante dalle degenze e dalle funzioni al pubblico e contiguo alle zone ad alto contenuto tecnologico.

Per quanto attiene ai lavori, si evidenziano interventi in Scheda 3 (non ancora finanziati), la cui realizzazione è prioritaria rispetto alla programmazione Aziendale.

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 2023-2025 e gli indicatori di monitoraggio del Piano delle Performance sugli investimenti.

Governo degli investimenti PNRR

Proseguirà, nel corso del prossimo triennio, di concerto con le altre articolazioni aziendali, la realizzazione degli interventi della programmazione aziendale per gli interventi da eseguirsi con risorse stanziare dal PNRR per le seguenti consistenze, così come definite dal Piano Operativo RER approvato con Dlb. 811 del 23.05.2022 della Regione Emilia-Romagna.

L'Azienda, nel rispetto delle milestone e dei target nazionali ha provveduto alla conclusione delle opere previste per le COT strutture e la relativa attivazione delle strutture, all'approvazione dei progetti esecutivi previsti per gli affidamenti in appalto integrato e l'inizio delle opere oltre alle valutazioni in merito all'incremento dei quadri economici a seguito dell'applicazione della revisione prezzi e conseguente modalità di attuazione del procedimento come da nota Prot. 106306 del 24/12/2024.

Azioni per lo sviluppo sostenibile

L'Azienda USL di Modena, tra le aree di programmazione per il prossimo triennio, si farà promotrice di azioni volte alla tutela dell'ambiente, programmando attività legate alla realizzazione di nuovi investimenti rispettosi delle normative legate alla sostenibilità, all'acquisto di energia da fonti rinnovabili, al monitoraggio degli interventi di manutenzione straordinaria, all'orientamento su consumi consapevoli e al pieno utilizzo delle sedi esistenti.

Gli interventi previsti dal Piano Investimenti, per il prossimo triennio, seguono i principi di sostenibilità ambientale. Sia gli investimenti finanziati tramite l'ex Art. 20 che gli interventi finanziati dalle risorse PNRR (Missione 6 e Missione 1), sono stati progettati cercando di attuare la transizione ecologica e digitale. Per gli interventi di carattere edilizio è stata posta l'attenzione sull'ottimizzazione dei consumi energetici, mentre per gli acquisti di tecnologie biomediche ed informatiche le priorità sono la digitalizzazione, la riduzione delle emissioni e l'interoperabilità degli strumenti e software informatici. I principali interventi sulla sostenibilità ambientale riguardano:

- Il nuovo Ospedale di Carpi;
- I dispositivi Medici e le tecnologie sanitarie;
- Laboratorio clinico.

3.4.3 Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica

Governo degli investimenti infrastrutturali e tecnologici

In merito alla programmazione degli interventi finanziati dalle risorse previste comma 14, art. 1, L. 160/2019 efficientamento energetico ed economia circolare e interventi di edilizia sanitaria, si riassumono di seguito gli interventi per i quali l’Azienda USL ha redatto gli Studi di fattibilità propedeutici alla richiesta di accesso al finanziamento:

Interventi AUSL Modena - efficientamento energetico ed economia circolare (linea di finanziamento PG5):

Azienda	Struttura	Descrizione intervento	CUP	Importo
AUSL MO	Ospedale di Mirandola Casa della Comunità Castelfranco Emilia	Impianti di trigenerazione Ospedale di Mirandola - Casa della Comunità Castelfranco Emilia	J94E23000000001	4.350.000,00

In particolare per ciascuna delle due strutture indicate verrà realizzato un impianto di trigenerazione, verranno efficientati componenti impiantistici delle centrali esistenti ed UTA e verrà realizzato un sistema implementabile di supervisione e telegestione degli impianti in essere.

Per quanto riguarda le attività di ristrutturazione e di costruzione di nuovi edifici, le progettazioni sono e saranno effettuate con criteri di Alte Prestazioni Energetiche. L’Azienda USL di Modena continua a monitorare i consumi e a calibrare gli impianti in funzione in base alle reali necessità.

L’attività di programmazione sulla gestione dell’energia prevede:

- Condivisione di un tavolo interdisciplinare per la valutazione delle esigenze sanitarie e conseguente necessità di utilizzo delle sedi distrettuali;
- Programmazione interventi di manutenzione straordinaria volti all’efficientamento/revamping degli impianti e alla loro flessibilità di utilizzo.
- Programmazione interventi di manutenzione straordinaria volti all’efficientamento degli involucri edilizi.
- Realizzazione di una pagina “Green” che si propone di documentare i finanziamenti in corso relativi ad interventi di efficientamento energetico/ad alta efficienza energetica, così come i salvaschermi dedicati al tema della sostenibilità.

Governo degli investimenti PNRR

Il piano investimenti 2025 - 2027 è stato confermato tenendo conto delle esigenze di rinnovo delle tecnologie esistenti e dei programmi di fornitura finanziati, da risorse regionali o da fondi ex art.20 e acquisti PNRR. Proseguono gli interventi sulle Case della Comunità (M6 C1 Investimento 1.1 Case della Comunità), sugli Ospedali di Comunità (M6 C1 Investimento 1.3 Ospedali di Comunità), nella misura già rappresentata nel presente documento.

Prosegue, inoltre, l’intervento PNRR, parte della Missione 6 Salute, è “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (M6 C2 Investimento 1.1.2 Grandi Apparecchiature Sanitarie e Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II)).

Ulteriore intervento PNRR, parte della Missione 6 Salute, ha come oggetto la “Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali- Interconnessione”. L’obiettivo è raccogliere, gestire e monitorare i dati di

salute già prodotti dalle strutture, servizi e professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali, dando supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale, attraverso un sistema centrale di coordinamento e ottimizzazione degli interventi. Il progetto ha rispettato le scadenze ed è ora in fase di rendicontazione.

Nel 2024 si sono svolte le attività previste nell'intervento PNRR per la "Adozione ed utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province Autonome – Rafforzamento dell'infrastruttura digitale dei sistemi sanitari" che ha per obiettivo l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Nazionale. Dopo l'adeguamento dei software, la criticità, ai fini del raggiungimento degli obiettivi, è rappresentata dalla adozione completa della firma elettronica da parte di tutti i professionisti dell'Azienda.

Nell'ambito della "Missione 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo" si colloca l'intervento "Investimento 1.2 Abilitazione al cloud per le PA locali" che ha impegnato tutto il servizio nella migrazione dei sistemi al Datacenter Lepida. Il progetto è in fase di rendicontazione propedeutica all'asseverazione.

L'Azienda USL di Modena ha aderito anche a 2 bandi PNRR della "Missione 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo":

- Avviso Misura 1.4.3 "Adozione piattaforma pagoPA"
- Avviso Misura 1.4.3 "Adozione piattaforma app IO"

In attesa del completamento dei progetti di rinnovo dei sistemi si è provveduto a piccoli adeguamenti per rispondere nei tempi richiesti a esigenze di adeguamento normativo, a richieste informative regionali e/o ministeriali (concretizzate nei flussi informativi) e a modifiche organizzative. Tali attività sono state finanziate con fondi aziendali, commesse regionali e donazioni.

Proseguono secondo la pianificazione regionale i progetti pluriennali GAAC e GRU, Medico Competente, CURE e SegnalER. Risorse aziendali sono state utilizzate per attività correlate a questi progetti regionali quali l'importazione dei dati di storico e le integrazioni con sistemi aziendali.

Le risorse complessivamente impegnate derivano, oltre che dai fondi PNRR, dal Fondo FSE e, in piccola parte, dal conto economico; ulteriori risorse provengono da finanziamenti regionali per i sistemi GRU, GAAC, CURE e SegnalER. Per parte importante dei finanziamenti si è attinto da commesse su progetti specifici che prevedevano una quota per la digitalizzazione.

Azioni per lo sviluppo sostenibile

L'Azienda USL di Modena, tramite il Bilancio di Sostenibilità ambientale, ha avviato la programmazione ed il costante monitoraggio degli impatti generati dalle proprie attività, sperimentando nuove metodologie e strumenti in grado di rappresentare e valorizzare gli impatti che genera nel contesto in cui è inserita ed opera. Questo approccio permette di raccontare il ruolo aziendale in un momento storico di transizione energetica, di transizione verso l'economia circolare e di ottimizzazione dell'assistenza nell'erogazione di servizi sostenibili a tutela dei pazienti, delle famiglie e della comunità che serviamo.

Tra i principali temi trattati in materia di sostenibilità ambientale spicca la digitalizzazione dei processi, finalizzata alla riduzione dell'impatto ambientale, pur mantenendo invariata la qualità dei servizi. In Ausl Modena la digitalizzazione riguarda prevalentemente i seguenti progetti:

- Il sistema di RIS-PACS provinciale;
- Sale operatorie multimediali e integrate con i sistemi medicali;
- La gestione tracciati di cardiologia (progetto MUSE) che consente l'esecuzione degli esami in prossimità e la lettura dei tracciati a distanza;
- La rete delle apparecchiature di laboratorio (POCT) per l'emergenza-urgenza;

- La gestione in remoto delle apparecchiature biomediche;
- Fascicolo Sanitario Elettronico, con l'obiettivo finale di avere il 100% dei cittadini in grado di accedere ai servizi offerti con il canale di comunicazione digitale.
- Televisita: definizione del modello di televisita nel diabete di tipo 1. E' in corso di attivazione la televisita per la disciplina di endocrinologia.
- Tele-PDTA: il primo di questi percorsi è stato quello della BPCO;
- Teleassistenza: è stato attivato il Servizio di teleassistenza da parte degli infermieri della Centrale di telemedicina a supporto dei pazienti e caregiver e da parte degli infermieri del SADI.
- Progetto telemedicina in ambiente Carcerario.
- Progetto teleconsulto: sono stati attivati Gruppi multidisciplinari in ambito oncologico, disciplina di terapia del dolore e patologia cronica BPCO.
- Cartella clinica regionale CURE, già attiva presso il Servizio di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza ed è in corso di attivazione presso i Servizi Dipendenze patologiche.

Prosegue l'attenta e costante azione di controllo sul corretto utilizzo dell'energia, tramite il monitoraggio dei consumi, il monitoraggio e la verifica delle bollette energetiche, che ha garantito una costante diminuzione dei consumi nell'ultimo triennio. Sono stati redatti gli studi di fattibilità propedeutici alla realizzazione degli impianti di trigenerazione dell'Ospedale di Mirandola e della Casa della Comunità di Castelfranco Emilia. Per quanto riguarda le attività di ristrutturazione e di costruzione di nuovi edifici, le progettazioni sono e saranno effettuate con criteri di Alte Prestazioni Energetiche.

Per quanto riguarda i rifiuti speciali, nell'ultimo triennio, stiamo assistendo ad una progressiva diminuzione, sia dei chili prodotti che, di conseguenza, dei costi di smaltimento, grazie ad una sempre più attenta differenziazione da parte dei professionisti Ausl. Nello specifico l'Azienda, negli ultimi anni, ha sviluppato delle campagne informative e attivato dei corsi di formazione, rivolti al personale dipendente, su come differenziare correttamente i rifiuti speciali.

Per il futuro si intende procedere al trattamento dei rifiuti sanitari interno alle strutture dell'Azienda USL di Modena, cercando di ottenere una diminuzione dei costi legati allo smaltimento, una riduzione delle emissioni di CO2 e dell'utilizzo di acqua e di elettricità. Inoltre l'Azienda USL di Modena sta attivando, in collaborazione con il Tecnopolo Mario Veronesi divisione biomedicale di Democenter, un progetto sul packaging in ambito sanitario, incentrato sulla riduzione delle dimensioni e sull'utilizzo di sole plastiche riciclabili.

Di recente è stato avviato il progetto ambulatori verdi. L'Ambulatorio Verde è un ambulatorio in cui vengono adottate semplici regole per limitare i consumi e rispettare l'ambiente. L'obiettivo principale è quello di realizzare un progetto in provincia di Modena per promuovere reparti ed ambulatori ecosostenibili. Lo scopo è principalmente la sensibilizzazione degli operatori sanitari che lavorano nei reparti e negli ambulatori del territorio e, tramite essi, diffondere alla popolazione un'educazione ecologica, veicolando semplici regole virtuose che possono essere replicate nelle proprie abitazioni e nella vita di tutti i giorni. Scopo secondario è quello di iniziare a favorire una ottimizzazione del consumo energetico, in primis a livello ambulatoriale e di riflesso sulla popolazione.

Al fine di una continua riduzione dell'impatto ambientale, l'Azienda USL di Modena proseguirà, nel prossimo triennio, a lavorare su:

- Piano di spostamento casa-lavoro;
- Parcheggi protetti per le biciclette;
- Promuovere l'utilizzo di mezzi pubblici;
- Gestione ottimale del parco mezzi;
- Installazione delle colonnine di ricarica per auto elettriche;
- Promozione della mobilità attiva, sottolineando i vantaggi in termini di benessere e salute associati;

- Introduzione di incentivi economici (ad es. Bike to work);
- Sviluppo di accordi per sconti acquisto bici, casco, abbigliamento tecnico;

Al fine di ridurre il numero delle postazioni e degli ambienti di lavoro, dedicati ai dipendenti, con conseguente riduzione dei costi di conduzione e manutenzione delle strutture, l'Azienda USL di Modena sta sviluppando un paio di progetti volti pieno utilizzo degli spazi di lavoro.

Ascolto attivo e co-progettazione con la comunità

L'Azienda USL di Modena vorrebbe sperimentare un Laboratorio partecipato sulla sostenibilità della salute. In una logica di dialogo con i cittadini e le associazioni coinvolte su queste tematiche è pensabile di creare un Laboratorio partecipato sulla sostenibilità della salute, a cui potranno partecipare i cittadini e le associazioni esperte di queste tematiche (Legambiente, ISDE, FIAB, ecc), insieme alle altre istituzioni della nostra comunità, alle scuole, così come membri dei CCM. L'idea è quella di condividere i problemi e le buone pratiche, facendo anche conoscere e migliorare le azioni esistenti.

Le progettualità dell'Azienda USL di Modena, in materia di sostenibilità ambiental, possono essere approfondite al seguente link: <https://www.ausl.mo.it/azienda/sostenibilita-aziendale/>

4. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE

La dinamicità e complessità dei sistemi sanitari rendono indispensabile l'adozione di modelli e strumenti di gestione ed accountability per chiarire e comunicare le strategie aziendali ai diversi interlocutori esterni ed interni all'Azienda e per rappresentare e rendicontare le direzioni, i risultati raggiunti e il valore generato dall'azione organizzativa.

I sistemi di misurazione e valutazione consentono all'Azienda di tradurre gli indirizzi strategici in obiettivi ed azioni operative e di rappresentare ai diversi interlocutori significativi il valore generato e i risultati di performance raggiunti nelle diverse aree d'intervento.

L'attuazione delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti. Tale sistema coinvolge le diverse componenti dell'Azienda.

1.1 Performance Aziendale / Valore Pubblico

L'Azienda USL di Modena effettua un monitoraggio sul grado di attuazione degli obiettivi di valore pubblico e di performance istituzionale e organizzativa delle strutture rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione.

La Performance Aziendale viene quindi valutata attraverso i diversi sistemi di misurazione e valutazione previsti dalla RER per la valutazione delle performance aziendali e di confronto tra le varie aziende sanitarie della Regione.

In modo particolare gli strumenti di valutazione di riferimento sono gli indicatori InSiDER prodotti da diversi dashboard di misurazione delle performance nazionali e che contengono gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia e del Programma Nazionale Esiti. Alcuni di questi indicatori sono parte integrante del presente documento.

Secondo quanto stabilito dal D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., risulta particolarmente rilevante il ruolo svolto dall'Organismo Aziendale di Supporto all'OIV-SSR e dall'OIV-SSR stesso in tali attività di monitoraggio, rappresentato dalla verifica dell'andamento della performance dell'Azienda nel rispetto agli obiettivi programmati.

È 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.

1.2 Performance Organizzativa

L'Azienda USL di Modena attribuisce al sistema di valutazione del personale un ruolo fondamentale per il riconoscimento del merito, dell'impegno e delle competenze espresse dai professionisti nel raggiungimento degli obiettivi aziendali, nonché un mezzo fondamentale per lo sviluppo delle competenze e della carriera professionale. In questa prospettiva l'azienda pone particolare attenzione alla corretta identificazione e valutazione degli obiettivi di performance annuali (processo di budget e programmazione regionale) e di quelli legati all'incarico connesso alla posizione ricoperta, nonché allo sviluppo ed assessment delle competenze professionali e di altra natura necessarie per esercitare efficacemente i diversi ruoli definiti dall'assetto organizzativo.

In una organizzazione di dimensioni rilevanti, quale l'Azienda USL di Modena, l'esercizio della gestione e valutazione coinvolge tutti i ruoli gestionali, dalla Direzione Strategica ai Direttori e Responsabili delle macroarticolazioni e delle unità operative.

I direttori/responsabili delle unità organizzative e dei servizi di produzione e di staff/tecnostruttura condividono la responsabilità con la Direzione Generale sul raggiungimento degli obiettivi aziendali e

sull'assegnazione di responsabilità in coerenza ai risultati da raggiungere e alla conseguente gestione del ruolo associato a tali responsabilità.

Questa condivisione si concretizza nell'identificazione di obiettivi annuali derivanti dagli obiettivi generali di azienda, di programmazione annuale e di mandato pluriennale del direttore generale individuati dalla Regione, da cui discende un sistema di regole di valutazione e riconoscimento delle premialità coerenti.

Il processo della valutazione, all'interno delle regole aziendali definite negli accordi, prevede un esercizio di responsabilità e competenza da parte dei valutatori.

La valutazione va supportata da elementi oggettivi, derivati da comportamenti professionali agiti ed eventi accaduti, da dati e informazioni di fonte interna ed esterna all'Azienda, in relazione alla posizione e ruolo ricoperto da ciascun valutato.

Tuttavia la valutazione comporta aspetti di soggettività ineliminabili laddove riguardi aspetti comportamentali ed attese di contributi che sono interconnessi con le relazioni professionali, nonché con il sistema valoriale della cultura organizzativa aziendale.

Le procedure di valutazione sono improntate ai seguenti principi:

- a) imparzialità, celerità e puntualità al fine di garantire la continuità e la certezza delle attività professionali connesse all'incarico conferito, la stretta correlazione tra i risultati conseguiti e la nuova attribuzione degli obiettivi, nonché l'erogazione delle relative componenti retributive, inerenti alla retribuzione di risultato a seguito di una tempestiva verifica dei risultati conseguiti;
- b) trasparenza dei criteri usati, oggettività delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- c) informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio nella valutazione di I e II istanza;
- d) diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione sulla quale l'organismo di verifica è chiamato a pronunciarsi.

Per supportare i valutatori, l'Azienda:

1. promuove l'adozione di strumenti e percorsi efficaci che aiutino - in un processo equo e trasparente - a distinguere, premiare e sviluppare le competenze richieste in coerenza all'esercizio del ruolo che si è chiamati a ricoprire;
2. sviluppa periodicamente azioni di monitoraggio sull'utilizzo degli strumenti valutativi, anche in coerenza allo sviluppo del software regionale GRU;
3. favorisce percorsi di formazione e accompagnamento dei valutatori;
4. garantisce tempestività di informazione e trasparenza di comunicazione mediante un sistema di reporting che informi periodicamente sul grado di raggiungimento degli obiettivi durante il periodo di realizzazione, per consentire ai valutatori di esercitare con piena consapevolezza la propria azione manageriale e professionale;
5. garantisce nel complesso il rispetto delle regole della valutazione definite dalla metodologia e dagli accordi integrativi aziendali, anche in collaborazione con l'OAS e l'OIV regionale.
6. promuove un'alimentazione della valutazione delle prestazioni con logiche di "multisource feedback" completa di tutte le informazioni che possono essere utili ai valutatori di prima istanza per svolgere al meglio il loro compito.

Il sistema di sviluppo delle competenze e di premialità collegato al raggiungimento degli obiettivi si avvale delle seguenti leve:

- le quote economiche annuali di retribuzione di premialità/risultato, definite negli specifici accordi integrativi per ciascuna area contrattuale (Comparto Sanità, Dirigenza Sanità e Dirigenza PTA) e collegate al raggiungimento degli obiettivi di performance annuale ovvero a obiettivi di particolare rilevanza aziendale;
- lo sviluppo di carriera attraverso le progressioni economiche orizzontali in area Comparto ed il sistema aziendale per il conferimento degli incarichi dirigenziali o di funzione per tutte le aree contrattuali;

- la formazione interna ed esterna e qualsiasi occasione di sviluppo e confronto professionale (ad es. partecipazione a gruppi di lavoro e studio di rilievo regionale e nazionale, partecipazione ad organismi, commissioni, ecc.);
- un dialogo continuo tra valutatore e valutato, tra responsabili e collaboratori, ispirato e dedicato a produrre costanti feedback che aiutino a orientare la propria azione e svolgerla in coerenza con attese di comportamento ed obiettivi di performance;

Gli obiettivi di performance organizzativa possono riguardare obiettivi e risultati attesi assegnati a livello di strutture e/o di team/gruppo di lavoro (centri di responsabilità – CdR), ove necessario articolati o ricomposti su ambiti organizzativi, o su percorsi/progetti che siano trasversali alle strutture e che prevedano il coinvolgimento di unità operative afferenti a dipartimenti diversi.

Gli obiettivi si articolano in aree e dimensioni che fanno riferimento ad obiettivi di:

- sviluppo di progetti, percorsi, rimodulazioni organizzative, obiettivi RER o nazionali
- miglioramento della qualità professionale, organizzativa e di fruizione dei servizi sanitari da parte di cittadini, pazienti, utenti e famigliari,
- volumi di attività e tempi d’attesa
- obiettivi collegati alla promozione della salute, all’accessibilità, alla sostenibilità economica, alla prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza.

La valutazione viene supportata da un chiaro e trasparente processo di individuazione e comunicazione degli obiettivi (durante il processo di budget annuale e/o in ogni altro momento opportuno) e connesse responsabilità, affinché tutti abbiano piena conoscenza degli obiettivi sui quali saranno valutati e del collegamento tra obiettivi aziendali, di macro-articolazione, di unità organizzativa e di processo, per ricostruire le necessarie coerenze.

L’obiettivo di questo processo di valutazione è anche sviluppare l’analisi strutturata delle dinamiche organizzative e la definizione puntuale nonché il riallineamento in corso d’opera dei contributi attesi dalle persone per la realizzazione degli obiettivi aziendali, di dipartimento, di unità operativa, di percorso.

Gli obiettivi possono derivare anche dall’assegnazione di progetti di particolare rilevanza aziendale ed essere aggiornati e/o modificati in corso d’anno, anche in relazione all’approvazione di documenti di programmazione o di orientamento dell’azione aziendale (budget dinamico). Di tali variazioni e aggiornamenti viene data comunicazione e avviato un approfondimento o ad hoc o in occasione degli incontri periodici di monitoraggio di avanzamento del budget.

I diversi obiettivi, o la parte di essi ritenuta di particolare valenza strategica o con caratteristiche il cui raggiungimento sia molto “sfidante”, possono essere “pesati” sulla base della relativa importanza ed ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato.

In quest’area valutativa gli obiettivi sono assegnati a tutte le componenti professionali operanti nelle unità operative/percorsi e tendono ad assicurare un coinvolgimento complessivo di tutti i componenti del CdR verso il raggiungimento di obiettivi comuni, sottolineando la complementarietà e l’integrazione che deve caratterizzare il lavoro in azienda.

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.

Il processo segue la cascata organizzativa: la Direzione Generale assegna la valutazione della Performance Organizzativa alla prima linea dirigenziale (Direttori di Dipartimento e Direttori dei Servizi) sulla base dei risultati di budget raggiunti e di una relazione di autovalutazione che mette in evidenza dal punto di vista

quantitativo e qualitativo i principali risultati raggiunti nell'anno e le innovazioni introdotte nelle aree di managerialità.

A loro volta i Direttori dei Dipartimenti assegnano una valutazione della performance organizzativa alle strutture complesse afferenti al dipartimento sulla base dei risultati di budget e di una relazione di autovalutazione che mette in evidenza i principali risultati raggiunti nell'anno dal punto di vista organizzativo e manageriale.

Dalla valutazione della performance organizzativa deriva il riconoscimento della componente di retribuzione annuale di premialità ad essa collegata secondo le quote e le regole stabilite in sede di accordo integrativo per ciascuna area contrattuale. Le singole quote economiche variano a seconda della posizione ricoperta e, con riferimento alle aree dirigenziali, anche della collocazione organizzativa, in quanto:

- per tutte le posizioni con responsabilità di struttura (titolari di incarico di struttura complessa e semplice dipartimentale Dirigenza area sanità e titolari di incarico di struttura complessa e semplice dirigenza area funzioni locali PTA) la retribuzione di risultato legata alla Performance Organizzativa è collegata per una quota pari al 15% alla misura in cui la Regione Emilia – Romagna valuterà il livello di raggiungimento degli obiettivi annuali dell’Azienda USL di Modena;
- inoltre, per i dirigenti con responsabilità di struttura complessa o semplice afferenti agli staff/tecnostruttura della Direzione Aziendale la retribuzione di risultato legata alla performance organizzativa è collegata per una quota del 85% al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e per una quota pari al 15% alla misura media di raggiungimento dei risultati di budget aziendale da parte dei Dipartimenti di produzione.

Questo collegamento è stato declinato nel sistema di valutazione annuale come elemento di trasversalità e per stimolare l’integrazione e la consapevolezza che i risultati sono comuni e che ciascuno è parte del medesimo ecosistema organizzativo.

1.3 Performance Individuale

La valutazione annuale del raggiungimento degli obiettivi di performance viene completata anche dalla valutazione del contributo individuale agito dai singoli professionisti per il raggiungimento degli obiettivi assegnati all’U.O. ed alle strutture aziendali, la c.d. performance organizzativa.

Per i ruoli gestionali i criteri di valutazione sono riconducibili all’area della Managerialità (strategicità degli obiettivi, Innovazione, Integrazione e Valorizzazione Risorse Umane assegnate).

Per i ruoli professionali la valutazione è riconducibile ad aspetti legati al contributo individuale messo in campo nell’anno e alla qualità dei comportamenti professionali e organizzativi agiti.

Per i ruoli gestionali i criteri di valutazione sono riconducibili all’area della Managerialità (strategicità degli obiettivi, Innovazione, Integrazione e Valorizzazione Risorse Umane assegnate).

Per i ruoli professionali la valutazione è riconducibile ad aspetti legati al contributo individuale messo in campo nell’anno e alla qualità dei comportamenti professionali e organizzativi agiti (etica, rispetto dei valori aziendali e del codice di comportamento, espressione del ruolo e agire relazionale).

La valutazione segue il principio della cascata organizzativa: la Direzione Generale assegna le valutazioni alla prima linea dirigenziale (Direttori delle macroarticolazioni organizzative), i quali a loro volta assegnano le valutazioni ai singoli professionisti afferenti.

Dalla valutazione del contributo individuale, insieme alla 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.

In alcuni casi vengono assegnati obiettivi a singoli professionisti, anche afferenti a più unità operative, che 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.

5. INDICATORI DI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

L'attività di rendicontazione degli obiettivi di programmazione sanitaria regionale, è tempestivamente ed analiticamente effettuata nelle more delle attività previste per l'adozione del Bilancio di Esercizio.

Nello specifico, la rendicontazione dettagliata degli obiettivi sarà inserita nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale, parte integrante del Bilancio di Esercizio dell'Azienda USL di Modena, pubblicata, come previsto dalla normativa, sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente.

Pertanto la prossima rendicontazione relativa agli indicatori di performance elencati di seguito, sarà pubblicata contestualmente con l'adozione dei Bilanci dei prossimi Esercizi. Visionabile al seguente link:

<https://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/9805>

Indicatori di Performance PIAO Anno 2025 (Fonte: Insider)

SEZIONE	SOTTOSEZIONE	DESCRIZIONE	Target	EMILIA-ROMAGNA (Anno 2024)	AUSL MODENA (Anno 2024)	Trend atteso nel triennio 2025/2027
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa ex ante primi accessi (tipo accesso = 1): n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg (classe priorità D) - SSN	>= 90%	85,61%	82,39%	Allineamento a Standard RER
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa ex ante primi accessi (tipo accesso = 1): n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg (classe di priorità D) - SSN	>= 90%	94,09%	90,62%	Mantenimento
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	>= 90%	89,74%	76,69%	Allineamento a Standard RER
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D (tipo accesso = 1 - SSN) - NSG	>= 90%	76,08%	88,35%	Raggiungimento Target
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B (tipo accesso = 1 - SSN) - NSG	>= 90%	80,21%	76,27%	Allineamento a Standard RER
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2)	Osservazione	37,49%	38,06%	Mantenimento
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% ricette specialistiche ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	Osservazione	98,79%	99,38%	Mantenimento
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi				
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	>= 95%	85,57%	86,63%	Raggiungimento Target
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - NSG				
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - NSG	≤ 160	124,25	125,58	Mantenimento
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	Osservazione	20,31	23,08	Allineamento a Standard RER
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 80%	75,71%	73,39%	Raggiungimento Target
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	≥ 80%	85,01%	75,08%	Allineamento a Standard RER
UTENTE	ACCESSO E DOMANDA	Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente	≥ 80%	76,22%	81,18%	Mantenimento
UTENTE	INTEGRAZIONE	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	≤ 261 per 1000 ab.	242,85	254,69	Allineamento a Standard RER
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG	≤ 56,38 per 1000 ab.	82,48	87,71	Allineamento a Standard RER
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso dimissioni protette (dimessi con età >=65 anni)	Osservazione	30,51	24,81	Allineamento a Standard RER
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	Osservazione	24,55	30,7	Allineamento a Standard RER
UTENTE	INTEGRAZIONE	% di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - NSG	≤ 6,9%	6,50%	4,52%	Mantenimento
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti per 100.000 abitanti - NSG	Osservazione	128,84	151,14	Allineamento a Standard RER
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8,00 alle ore 20,00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti) - NSG	Osservazione	7041	88,66	Allineamento a Standard RER
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	Osservazione	10,13	0,83	Mantenimento
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) - NSG	Osservazione	100	100	Mantenimento
UTENTE	INTEGRAZIONE	Pazienti >= 65 anni presi in carico in ADI - PNRR	> 8,5 %	11,51%	11,17%	Raggiungimento Target
UTENTE	INTEGRAZIONE	N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è <= 7 gg., sul numero di ricoveri in Hospice di malati oncologici - NSG	≤ 25%	25,35%	17,15%	Mantenimento
UTENTE	INTEGRAZIONE	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG	≥ 60%	56,40%	46,70%	Raggiungimento Target
UTENTE	INTEGRAZIONE	% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	≥ 60%	7,39%	6,71%	Mantenimento
UTENTE	INTEGRAZIONE	Numero di anziani con età >=75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1,R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti - NSG	≥ 24,6 punteggio sufficienza > 41 punteggio massimo	39,48	38,07	Raggiungimento Target
UTENTE	INTEGRAZIONE	Tasso di occupazione Ospedali di Comunità	Osservazione	83,61	90,58	Mantenimento
UTENTE	INTEGRAZIONE	% IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche	≥ 25%	50,26%	28,70%	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	≥ 90%	87,21%	92,76%	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	≤ 13,60	9,39	13,99	Allineamento a Standard RER
UTENTE	ESITI	Mortalità a 30 giorni per BPCO ricattizzata - NSG	≤ 12%	8,39%	9,59%	Allineamento a Standard RER
UTENTE	ESITI	Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	≥ 95%	80,05%	99,43%	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui - NSG	≥ 90%	97,11%	100%	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - NSG	< 6,2%	3,82%	2,16%	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	≤ 1,2%	1,60%	0,38%	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	≤ 0,7%	0,97%	0,42%	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	≥ 80%	66,59%	52,82%	Raggiungimento Target

SEZIONE	SOTTOSEZIONE	DESCRIZIONE	Target	EMILIA-ROMAGNA (Anno 2024)	AUSL MODENA (Anno 2024)	Trend atteso nel triennio 2025/2027
UTENTE	ESITI	% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	≤ 20% punteggio sufficienza ≤ 15% punteggio massimo			
UTENTE	ESITI	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	≤ 25% punteggio sufficienza ≤ 20% punteggio massimo	16,26%	8,80%	Mantenimento
UTENTE	ESITI	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	≤ 14,39	17,51	20,71	Raggiungimento Target
UTENTE	ESITI	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	≤ 13,95	15,04	15	Raggiungimento Target
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - NSG	≥ 95%	96,49%	97,84%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - NSG	> 75%	59,70%	61,83%	Raggiungimento Target
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi nei bambini - NSG	≥ 95%	91,80%	94,78%	Raggiungimento Target
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - NSG	≥ 95%	96,68%	98,23%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% aziende con dipendenti ispezionate	≥ 7,5%	8,42%	7,71%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% cantieri ispezionati	Osservazione	21,36%	20,34%	Allineamento a Standard RER
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)	≥ 70% valore ottimale ≥ 60% valore accettabile	72,87%	77,07%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)	≥ 60% valore ottimale ≥ 50% valore accettabile	66,53%	71,87%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)	≥ 60% valore ottimale > 50% valore accettabile	52,78%	52,40%	Raggiungimento Target
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG	≥ 95%	100%	98,40%	Allineamento a Standard RER
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	Copertura 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 e vegetale - NSG	≥ 95%	99,57%	100%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Prevenzione	% di ragazzi/e che accedono ai servizi consultoriali per la contraccezione sulla popolazione target (14-25 anni)	≥ 10,2%	8,82%	11,70%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	Osservazione	21,24	19,96	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	Osservazione	89,74	109,7	Allineamento a Standard RER
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	≥ 52% (media 2018)	63,85%	65,94%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	≥ 7%	9,83%	11,78%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	Osservazione	0,35	0,27	Allineamento a Standard RER
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Territorio	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche	Osservazione	8,9	9,35	Allineamento a Standard RER
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Stessa provincia	Osservazione	77,78	87,53	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Stessa Regione	Osservazione	9,6	7,9	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Fuori regione	Osservazione	12,62	4,58	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice di case mix degenza ordinaria	Osservazione		0,93	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Indice Comparativo di Performance (ICP)	≤ 1.25		0,9	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR) - NSG	compreso tra -3% e 3%	1,34%	-4,32%	Allineamento a Standard RER
PROCESSI INTERNI	PRODUZIONE - Ospedale	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) - NSG	≤ 5%	6,78%	7,91%	Allineamento a Standard RER

SEZIONE	SOTTOSEZIONE	DESCRIZIONE	Target	EMILIA-ROMAGNA (Anno 2024)	AUSL MODENA (Anno 2024)	Trend atteso nel triennio 2025/2027
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario - NSG	< 0,15	0,16	0,13	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Tasso di ricoveri diurno di tipo medico - diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG	Osservazione	2,38	1,76	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG	Osservazione	25,51	15,1	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	Osservazione	924,98	912,21	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	Osservazione	719,92	704,19	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG	Osservazione	75,16	68,41	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	Osservazione	16,60%	17,43%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	Osservazione	4,46%	5,13%	Allineamento a Standard RER
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Indicatore composito sui consumi di antibiotici in ambito territoriale	≥ 15 punti	14	15	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	% di grandi anziani (>= 75 anni) trattati con 9 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali undertreatment, sul totale di grandi anziani	Osservazione	9,02%	10,27%	Allineamento a Standard RER
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori	Osservazione	4,58%	7,02%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori agili potenziali	Osservazione	25,19%	37,21%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative	Osservazione	3,68%	7,53%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti	≥ 60%	63,41%	67,34%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0	≥ 85%	88,09%	92,23%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	ORGANIZZAZIONE	% dei consensi alla consultazione espressi per gli assistiti regionali rispetto al totale degli assistiti regionali	≥ 90%	90,78%	91,27%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	Osservazione	100%	100%	Mantenimento
PROCESSI INTERNI	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	% di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi	Osservazione	67,93%	84,93%	Mantenimento
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	Numero medio di pubblicazioni per ricercatore				
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	Impact Factor normalizzato				
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. trial clinici approvati dal CE				
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. studi osservazionali approvati dal CE				
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)				
INNOVAZIONE E SVILUPPO	RICERCA E DIDATTICA	N. studi osservazionali attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)				
SOSTENIBILITA' FINANZIARIA	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	<60 giorni		-18,68	Mantenimento

SEZIONE	SOTTOSEZIONE	DESCRIZIONE	Target	EMILIA-ROMAGNA (Anno 2024)	AUSL MODENA (Anno 2024)	Trend atteso nel triennio 2025/2027
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	Osservazione	206,92	211,58	Allineamento a Standard RER
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Tasso di copertura flusso DIME sul conto economico	≥ 90%	95,59%	92,48%	Allineamento a Standard RER
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	Osservazione	19,32%	17,35%	Mantenimento
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	Osservazione	29,79%	44,30%	Mantenimento
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	Osservazione	11,86%	9,46%	Mantenimento
SOSTENIBILITA'	SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	Osservazione	37,06%	27,98%	Mantenimento
SOSTENIBILITA'	INVESTIMENTI	% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	50%	70,19%	69,09%	Allineamento a Standard RER