

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

Relazione sulla Performance

2018

Approvato con Delibera del Direttore Generale n. 207 del 28.6.2019

28 giugno 2019

Sommario

Sommario.....	2
Premessa.....	4
Executive Summary	4
Le aree strategiche di intervento del piano della performance	7
1 Politiche integrate della promozione e tutela della salute.....	13
1.1 Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	13
1.2 Programmi di prevenzione e diagnosi precoce oncologica	15
1.3 Sanità Pubblica e prevenzione delle malattie.....	17
1.4 Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e Promozione e Tutela della Salute nelle carceri	21
1.5 Le relazioni con i portatori di interesse	24
2 Politiche per la semplificazione e l’equità nell’accesso ai servizi.....	25
2.1 Le Case della Salute	25
2.2 Assistenza Domiciliare	26
2.3 Gli Ospedali di Comunità	29
2.4 L’assistenza Specialistica Ambulatoriale.....	31
2.5 Prestazioni di ricovero ospedaliero	33
2.6 Politiche per l’Equità.....	34
2.7 Le segnalazioni dei cittadini.....	38
3 Percorsi Clinico Assistenziali	40
4 Politiche per la valorizzazione professionale.....	44
5 Performance management per la creazione di valore	48
5.1 Progetto di gestione unica AOU Policlinico di Modena – Nuovo Ospedale Civile Sant’Agostino Estense (NOCSAE)	48
5.2 Il Piano di riordino della rete dei Servizi: Delibera CTSS 6 giugno 2017	48
5.3 Governance ed appropriatezza d’uso dei farmaci.....	57
5.4 Governo dei dispositivi medici.....	57
6 Politiche di controllo, misurazione, valutazione e rendicontazione interna ed esterna.....	59
6.1 Autovalutazione raggiungimento obiettivi di programmazione DGR 919/2018.....	59
6.2 Sistema di valutazione INSIDER – Piano della Performance (PdP) 2018-20	59

6.3 Sistema di valutazione INSIDER – Griglia LEA	70
6.4 La valutazione Agenas – PNE 2018	72
6.5 Politiche per la trasparenza e l'integrità.....	74
7. La sostenibilità economico finanziaria.....	75
7.1 Risultato netto di esercizio 2016-2018 (in euro)	76
7.2 Costi pro-capite.....	76
7.3 Spesa del Personale	78
7.4 Spesa Farmaceutica	79
8. Conclusioni.....	81
ALLEGATO 1: RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE AL BILANCIO D'ESERCIZIO 2018	82

PREMESSA

L'Azienda USL di Modena, in coerenza con la delibera 1 del 2014 e la delibera 3 del 2015 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) degli Enti e Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna, redige il Piano della Performance e procede periodicamente alla rendicontazione dei risultati realizzati in relazione agli obiettivi assegnati. Il ciclo di pianificazione impostato su Piano della Performance e Relazione è uno strumento, prevalentemente ma non esclusivamente ad uso esterno all'Azienda, per rendicontare, ai diversi portatori di interesse, i risultati raggiunti dall'Azienda a seguito degli obiettivi strategici esplicitati nel Piano della Performance e negli ulteriori documenti di programmazione regionale e aziendale. Il documento che segue è la Relazione sulla Performance a consuntivo dell'anno 2018 e si inquadra nella realizzazione del Piano della Performance 2016-18, approvato dall'Azienda il 30 giugno 2016 e del suo aggiornamento nel Piano della Performance 2018 -2020, approvato con delibera 218 del 30/7/2018.

EXECUTIVE SUMMARY

La Relazione della Performance 2018 descrive i risultati raggiunti dall'Azienda USL di Modena nel corso dell'anno, focalizzandosi sinteticamente sugli aspetti maggiormente qualificanti, sotto il profilo qualitativo e, nel capitolo 6, attraverso gli indicatori quantitativi misurati dalla RER.

Il 2018 è stato caratterizzato dalla realizzazione del Piano di Riordino della rete ospedaliera approvato dalla CTSS il 7/6/2017 a seguito della sperimentazione della gestione unica del NOCSAE da parte dell'AOU con il Policlinico e dalla continuazione del lavoro sui molti cantieri e progetti aperti i cui principali saranno descritti nel seguito.

Altre linee di intervento prioritarie hanno continuato il lavoro impostato, in particolare relativamente al recupero dei tempi di attesa per i ricoveri di chirurgia programmata e il mantenimento dei risultati ottenuti sui tempi di attesa della specialistica ambulatoriale e della diagnostica.

Ad agosto 2018 la RER ha formalizzato il raggiungimento degli obiettivi del 2017 al 92%, posizionando l'Azienda USL di Modena nel terzetto delle Aziende sanitarie più performanti della Regione, tutte con lo stesso livello di raggiungimento degli obiettivi.

Il ciclo di programmazione Budget 2018 è stato avviato a dicembre 2017 e l'Azienda ha da subito orientato il perseguimento degli obiettivi assegnati, prestando le medesime attenzioni sia allo sviluppo dei servizi in ottica di risposta ai bisogni dei cittadini che di utilizzo sostenibile delle risorse disponibili. Con la DGR 919 del 18 giugno 2018, la programmazione regionale ha formalmente indirizzato l'attività aziendale per il 2018 e le indicazioni contenute sono state oggetto di integrazione nelle schede di budget con il secondo monitoraggio annuale, tenutosi tra luglio e inizio settembre 2018.

Nel paragrafo "Le Aree strategiche di intervento del PP" è riportato in sintesi lo stato di avanzamento dei progetti strategici riportati nel Piano della Performance 2018-20, con l'evidenziazione del Progetto di riordino della rete ospedaliera descritto in maggiore dettaglio nel Capitolo 5.2. Nel 2018 si è rafforzata la collaborazione con l'Ospedale di Sassuolo SpA con il progetto sull'attività di chirurgia generale da parte dell'equipe del NOS, sia per interventi di chirurgia ambulatoriale che in ricovero ordinario, a Pavullo e a Vignola, volta alla riduzione dei tempi di attesa degli interventi chirurgici programmati. Si confermano nel 2018 altri obiettivi importanti quali il mantenimento dei risultati raggiunti in termini di controllo e riduzione dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale e della diagnostica (MAPS) e il consolidamento degli interventi per il controllo dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici programmati con il mantenimento dei risultati positivi, la continuazione dell'impegno ad un ascolto attivo dei cittadini e all'implementazione di modalità di partecipazione attiva. Il paragrafo si conclude con una focalizzazione delle dimensioni obiettivo chiave dell'azione aziendale e una sintesi dell'evoluzione organizzativa condotta nel 2018, in particolare aggiustamenti sulle strutture di produzione.

La Relazione è articolata in capitoli.

Il Capitolo dedicato all'area delle Politiche integrate della promozione e tutela della salute illustra i principali risultati ottenuti in merito ai progetti di promozione della salute sugli stili di vita salutari, rivolti agli adolescenti anche in merito alle iniziative anti violenza; si riportano i dati sugli screening oncologici, misurati dalla RER, dai quali si evince un buon posizionamento dell'Azienda in termini di estensione ed adesione agli inviti rispetto alle medie regionali per lo screening mammografico, con un recupero della tempestività di refertazione e delle eventuali attese per il 2° livello e della cervice e, leggermente inferiore, per quello del colon retto. L'Azienda nel 2018 è stata impegnata in numerose attività di miglioramento ad opera del centro di coordinamento screening.

La realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione 2015-19 per il 2018 non ha ancora una rendicontazione ufficiale regionale, ma l'autovalutazione aziendale indica un raggiungimento di almeno l'80% del valore atteso in oltre il 96% degli indicatori sentinella. E' continuato l'impegno importante sul tema delle vaccinazioni, sia pediatriche che antinfluenzali; in merito alle vaccinazioni pediatriche si riportano i risultati 2018, che si confermano mediamente superiori alla media regionale, in deciso avvicinamento al target del 95%. Si sottolinea il grande risultato della vaccinazione antinfluenzale degli operatori (47% degli operatori sanitari). Nell'area della Salute Mentale è proseguita la sperimentazione prevista dal progetto dell'attività SPDC per acuti con quella di riabilitazione intensiva RTI, nella stessa unità fisica a Carpi.

Il capitolo 2, Politiche per la semplificazione e l'equità nell'accesso ai servizi, riporta i risultati raggiunti e in particolare per la CdS di Modena Nord per la quale sono stati avviati i lavori nel 2017 e con la continuazione della progettazione e la realizzazione della gara per la CdS di Carpi, la continuazione della progettazione per la CdS di Mirandola e dei lavori per Finale Emilia. Inoltre, è continuato l'impegno dell'Azienda nel consolidamento della funzione dei due OsCo attivi nel territorio, attraverso una migliore gestione della valutazione degli accessi, sempre multidisciplinare, e della durata della degenza.

Sono stati avviati progetti di presa in carico dei pazienti cronici e di raccolta dell'esperienza del cittadino e dell'operatore nel percorso di accesso e di cura. Sono riportati i dati dei risultati di MAPS in merito al rispetto dei tempi per la prima visita di specialistica ambulatoriale e di diagnostica, risultati pienamente raggiunti anche nel 2017. Altra area di obiettivi rilevanti per l'Azienda è stata quella del controllo dei tempi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati, su cui, dopo le prime azioni individuate dalla RER, si sono avviate attività per il controllo dei tempi di attesa retrospettivi e prospettici, attraverso interventi sulla standardizzazione del prericovero, sull'attribuzione delle sedute agli interventi con maggiore lista di attesa, alla gestione congiunta di tutte le piattaforme chirurgiche per la realizzazione degli interventi, alla messa a punto di meccanismi di coordinamento con i clinici utili a questo fine. Alcuni dati sull'accesso ai servizi della salute mentale completano il capitolo, insieme a un aggiornamento sul tema delle iniziative realizzate nel 2018 in merito all'Equità, con gli aggiornamenti sul percorso diabete e del percorso nascita e i nuovi HEA condotti sul Percorso Mammella e Percorso Colon retto.

Il capitolo 3 riporta alcuni indicatori relativi ai Percorsi Clinico assistenziali, Ca Mammella, Ca Colon, Percorso Nascita, Ictus, frattura del collo del femore nell'anziano, scompenso cardiaco, monitorati internamente all'Azienda attraverso un insieme di indicatori nelle diverse fasi del percorso. I risultati 2018 sono soddisfacenti, complessivamente nell'area verde o verdina del pieno raggiungimento, con un miglioramento rispetto al 2017 dei percorsi Ca Mammella e Ictus, per Percorso Nascita e Scompenso Cardiaco una leggera riduzione comunque sempre con un ottimo risultato sintetico, per Frattura del collo del femore nell'anziano e Ca Colon in peggioramento. I dati sono riferiti all'intera provincia, quindi includono anche le prestazioni erogate dal NOS e dall'AOU.

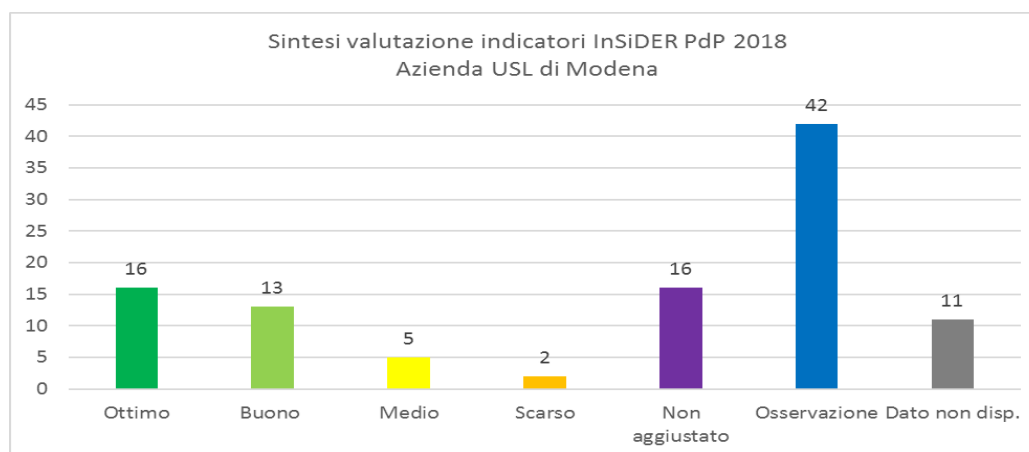
Riguardo le Politiche per la valorizzazione professionale, il capitolo 4 riporta alcuni dati della formazione erogata in Azienda nel 2018, anno nel quale si è esteso formalmente il sistema di valutazione delle prestazioni (declinato in performance organizzativa e performance individuale) a tutti i professionisti, incluso il comparto.

Nel capitolo 5 è inserito l'aggiornamento del Progetto di sperimentazione della Gestione Unica del NOCSAE con l'avvio della sperimentazione dal 1/1/2017 e l'assegnazione temporanea di circa 1250 persone all'AOU, sperimentazione conclusasi con il 31/12/2018, in anticipo sulla scadenza originariamente prevista. Nel corso del 2018 si è data progressiva applicazione al Piano di riordino della rete dei servizi dalla CTSS approvato il 6/6/2017, suddiviso in 5 sottoprogetti dei quali si dà conto nel capitolo. A conclusione del capitolo sono riportate alcune informazioni relative alle modalità e risultati 2018 del controllo e governo della spesa farmaceutica e di quella per i dispositivi.

Il capitolo 6 riporta le misurazioni e, ove disponibili, le valutazioni ottenute dall'Azienda: sulla delibera di programmazione 2018 (DGR 919/2018) è riportata un'autovalutazione dell'Azienda, in attesa di quella completa e ufficiale della RER; i dati riportati nella piattaforma di dati InSiDER - PdP della RER; la griglia LEA; il posizionamento degli Ospedali dell'azienda nella valutazione Agenas – PNE 2018 (con i dati al 2017).

Per InSiDER, il posizionamento dell'Azienda viene valutato secondo le dimensioni dell'Accesso e domanda, dell'Integrazione, degli Esiti (al momento ancora solo come indicatori osservazionali o non aggiustati, quindi non valutati) della Produzione (suddivisa tra Ospedale, Territorio e Prevenzione), Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio Clinico, Organizzazione, Anticorruzione-Trasparenza e Sostenibilità Economico-Finanziaria, con un totale di 105 indicatori applicabili all'Azienda.

Di questi, 42 sono osservazionali, di 11 non viene data una valutazione, 16 non sono aggiustati, gli altri sono valutati. Nel grafico seguente è riportata la sintesi della valutazione: si segnala l'assenza di indicatori negativi e la grande maggioranza di indicatori di livello buono e ottimo. Nel testo del capitolo sono presenti i dettagli per singolo indicatore e alcuni commenti sugli indicatori di livello medio e scarso.



A conclusione del capitolo è riportata la griglia degli indicatori LEA per l'Azienda, che esprime un ottimo o buon livello di raggiungimento per tutti gli indicatori considerati, con soli due indicatori inferiori alla media regionale e la valutazione Agenas – PNE che evidenzia una situazione buona con criticità, note e già oggetto di azioni di miglioramento, in ambito ostetrico-ginecologico a Mirandola e Pavullo (riferite a dati 2017).

Il capitolo 7 "La sostenibilità economico-finanziaria" illustra la progressiva riduzione delle risorse economiche disponibili (riduzione della quota capitaria e del fondo di riequilibrio) negli ultimi anni ma anche il rispetto dell'obiettivo del pareggio di bilancio, ottenuto con una forte attenzione alla spesa. La progressiva riduzione del Fondo di Riequilibrio complessivamente è stata da 28,3 milioni di € assegnati nel 2014 a 5,1 milioni di € nel 2017 fino ad azzerarsi nel 2018. Il perseguimento dell'obiettivo di pareggio di bilancio, nonostante la riduzione del finanziamento totale, è stato possibile grazie ad un rigorosissimo controllo economico e finanziario trasversale di tutte le aree di attività e di spesa, evidenziato dalla tendenziale riduzione fino a sotto la media regionale nel 2017 del costo pro capite senza integrazione AO/AOU/IRCSS (€1.723 vs €1.769). I costi pro capite (con l'integrazione per AO/AOU/IRCSS) indicano la conferma del posizionamento dell'Azienda al di sotto della media RER e anche un incremento continuo della differenza (-0.22% Anno 2013; -0.38% Anno 2014; -0.70% Anno 2015; -0.92% Anno 2016; -1,7% anno 2017). L'analisi dei costi pro capite mostra un contenimento dei costi pro capite per l'Azienda USL di Modena a fronte di un aumento di quelli di integrazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, anche a seguito dell'uscita del NOCSAE dal perimetro aziendale. Nel capitolo si forniscono alcuni dati sulle principali voci di spesa, costo del personale (€220,9 mil + €63,4 mil per personale in assegnazione temporanea ad AOU, spesa farmaceutica totale (in leggero aumento a €117,2 mil da €114,9 mil).

Per ulteriori informazioni è possibile consultare la Relazione al Bilancio 2018 del Direttore Generale, di cui in Allegato si fornisce un estratto, relativo al raggiungimento degli obiettivi annuali di programmazione regionale 2018 (DGR 919/2018).

LE AREE STRATEGICHE DI INTERVENTO DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

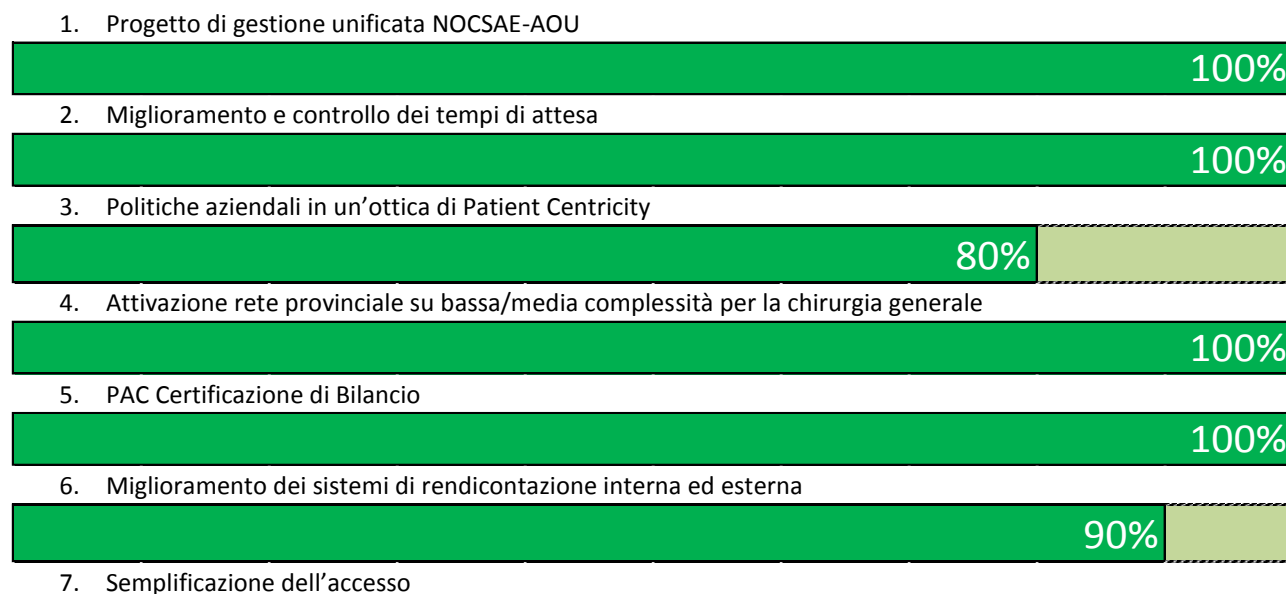
Nel Piano della Performance 2018-2020 sono state definite dalla Direzione aziendale le aree strategiche prioritarie di intervento, attraverso le quali l'Azienda USL di Modena ha inteso orientare la propria azione e migliorare le proprie performance, in linea con la Mission aziendale e con gli obiettivi di mandato e quelli annualmente assegnati dalla programmazione regionale. Gli obiettivi specifici di programmazione annuale sono stati assegnati, per il mandato della Direzione, nel 2015 con la DGR 901 del 13/7/2015, nel 2016 con la DGR 1003 del 28/6/2016, nel 2017 con la DGR 830/2017 e nel 2018 con la DGR 919/2018.

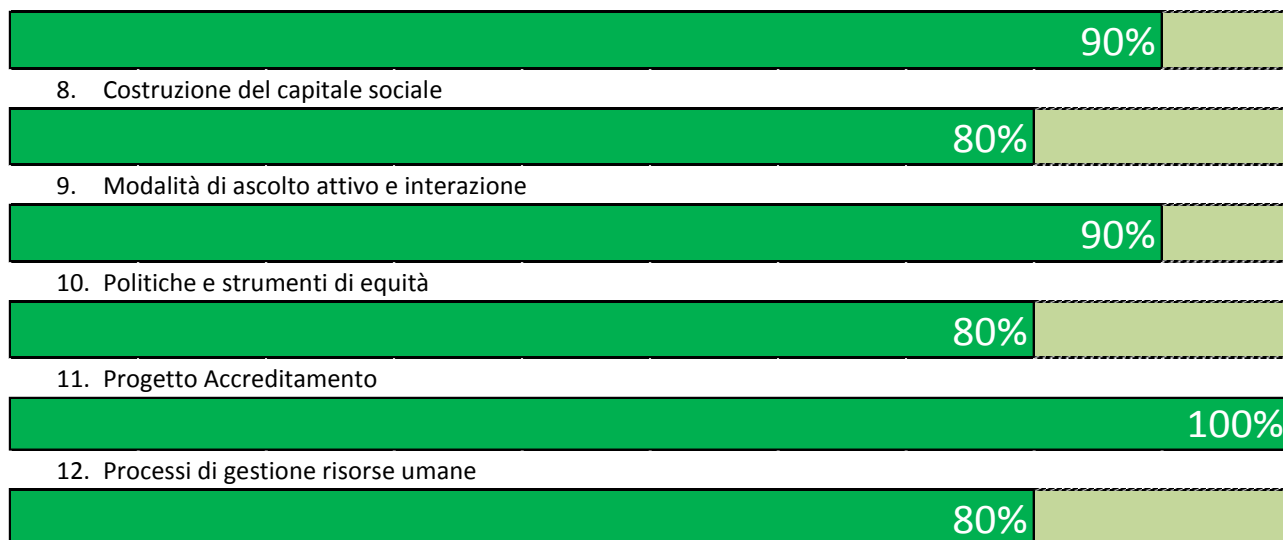
Nel Piano della Performance 2018-20 (Delibera 218 del 30/7/2018), l'Azienda USL di Modena ha formalizzato le attività per il raggiungimento degli obiettivi della programmazione: sono stati confermati gli obiettivi di attenzione alla sostenibilità economica, al controllo dei tempi di attesa che dal 2016 riguarda anche gli interventi chirurgici programmati, al proseguimento della creazione di strutture quali Case della Salute, l'attenzione alla creazione degli Hospice ancora assenti nel territorio provinciale e all'arricchimento dei servizi che sono erogati in queste strutture e in generale in prossimità dei cittadini, alla continuità assistenziale e ai pazienti fragili e cronici, al rispetto di parametri quantitativi e di requisiti guida per il riordino organizzativo ospedaliero, alla conferma degli obiettivi di promozione della salute e di prevenzione, primo fra tutti quello della implementazione del piano vaccinale.

Nel 2017 a tali linee di intervento si sono aggiunti due temi di particolare rilevanza per l'Azienda:

- L'avvio effettivo del Progetto di gestione unica dell'Ospedale NOCSAE da parte dell'AOU di Modena, con il 1/1/2017;
- L'avvio del Piano di Riordino della rete dei servizi ospedalieri, a seguito dell'approvazione della relativa delibera da parte della CTSS il 6/6/2017

Il Piano della Performance 2016-2018 elencava alcuni progetti strategici per il triennio di riferimento, definiti sulla base degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale e all'azienda USL di Modena e dall'analisi delle indicazioni al miglioramento rilevate dalla valutazione degli indicatori di performance. I progetti individuati, declinati in diverse linee di intervento, sono rappresentati nel diagramma che segue, che ne sintetizza lo stato di avanzamento qualitativo a fine 2018. Nella Relazione per alcuni di essi sono esplicitate ulteriori informazioni.





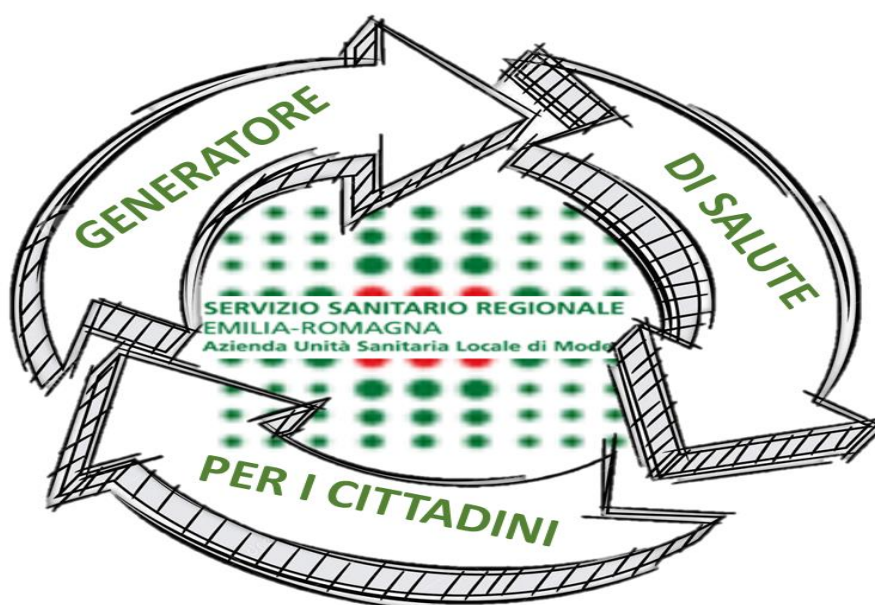
Ad integrazione di questo elenco, nel corso del 2017 si è aggiunto il Piano di Riordino della rete dei servizi (CTSS 6/6/2017), il cui stato di avanzamento al 31/12/2018 può essere sintetizzato dalla linea seguente:

13. Piano di riordino rete dei servizi (CTSS)



Nel seguito della Relazione, per ciascuna area strategica, si sintetizzano i principali risultati raggiunti nel 2018 a seguito degli obiettivi di mandato del Direttore Generale (DGR 170/2015), della programmazione regionale 2018 (DGR 919/2018) e degli obiettivi di miglioramento da fonte interna.

Lo schema seguente illustra, in estrema sintesi, la mission aziendale e le traiettorie prioritarie della strategia, che orientano le singole politiche e iniziative descritte nel seguito. Lo schema è descritto in maggiore dettaglio nella Relazione della Performance 2017, disponibile sul sito internet dell'Azienda.



La possibilità di poter continuare a contribuire al miglioramento della salute delle proprie comunità di riferimento è sempre più dipendente dalla capacità che i sistemi regionali e le Aziende hanno di saper interpretare un ruolo radicalmente nuovo rispetto al passato. L'Azienda USL di Modena ha inteso interpretare come proprio orizzonte strategico alcune dimensioni ambiti chiave della propria azione:

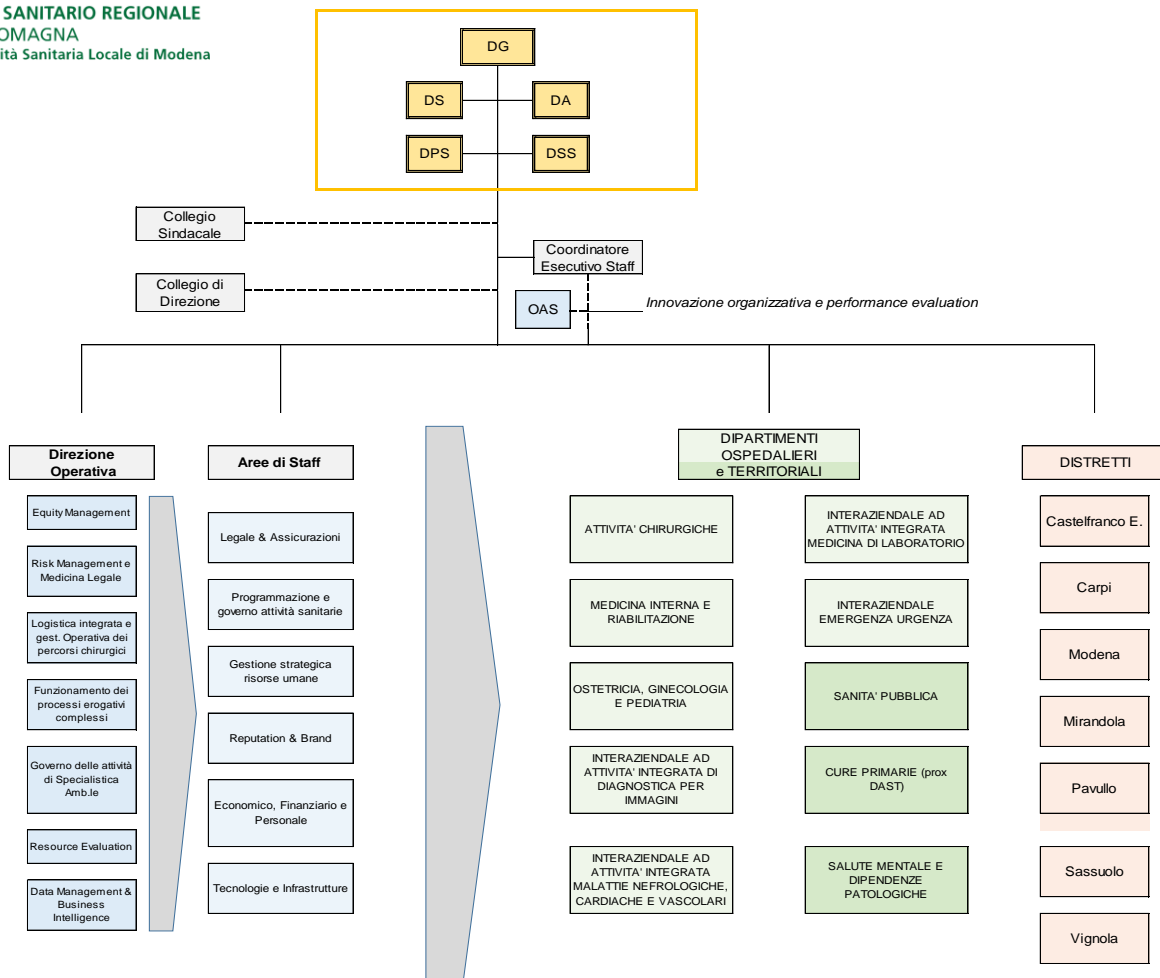
- **Semplificazione:** eliminazione dei processi a più basso o nullo valore aggiunto; costruzione di modelli “primo contatto/ultimo contatto” ovvero “all-in” al fine di ridurre al massimo le necessità di contatto con le strutture e focalizzarle sulle sole occasioni in cui si genera valore;
- **Advocacy:** contrasto alle azioni discriminatorie esplicite ed implicite che rendono meno efficace il perseguimento dell'equità orizzontale;
- **Accessibility:** ricerca del più favorevole equilibrio fra competenze d'uso, bisogni e fruibilità dei servizi e delle informazioni, anche attraverso azioni dirette ad aumentare le abilità individuali e ad utilizzare le esperienze d'uso (patient experience/patient journey);
- **Openness:** accessibilità allo scambio comunicativo attraverso un approccio omnicanale, con particolare riferimento alle accessibilità delle informazioni, al rapporto one-to-one nella risposta all'utenza;
- **Reattività:** capacità dell'organizzazione di orientarsi rapidamente verso il modello di risposta sollecitato dagli utenti, perseguendo la tempestività della risposta come elemento di valore aggiunto;
- **Value-based activity:** organizzare attività e processi orientando gli stessi alla costante valutazione del valore generato, in molteplici dimensioni, per l'utente finale;
- **Evoluzione del ruolo di agenzia:** la rilevante differenziazione dell'utenza in termini di fabbisogno e di capacità, l'evoluzione dell'health literacy, la moltiplicazione dei canali di accesso e dei sistemi di offerta, inclusa quella privata, consentono ma al tempo stesso richiedono alle Aziende sanitarie di svolgere non più un ruolo “sostitutivo” nelle scelte dei cittadini, ma anche all'opposto, un ruolo di interconnessione - informativa e di servizio - con modalità sempre più articolate in funzione della tipologia di bisogno espresso;
- **Public service:** potrebbe apparire scontato ma svolgere una attività di servizio per un'azienda sanitaria pubblica oggi non può esaurirsi nell'offrire e fornire servizi alla persona. È sempre più evidente la necessità di saper coniugare la standardizzazione della qualità per garantirne il livello, con la personalizzazione del rapporto del fruitore dei servizi con chi eroga gli stessi, la complessità e l'articolazione del tipo di risposta con il tipo di bisogno e con un intervento attivo orientato con spirito di iniziativa a guadagnare fiducia e credito.

Le aree prioritarie di intervento richiedono al contempo una azione sistemica, sia per le molteplici interconnessioni fra le aree stesse, sia per la sinergia che le diverse aree sviluppate insieme possono generare. Ed è attraverso la costruzione di un sistema di governance organizzativa ad esse coerente che tali obiettivi possono essere perseguiti.

Il modello organizzativo dell'Azienda USL di Modena

Nel corso del 2018 il modello organizzativo dell'Azienda si è consolidato, sia a livello di staff che di dipartimenti di produzione. Si è confermato l'impianto complessivo e sono comunque state introdotte alcune modifiche tese a rendere la struttura organizzativa sempre più coerente alla realizzazione degli obiettivi aziendali e regionali assegnati, in un contesto di grande dinamismo e complessità.

Il modello organizzativo dell'Azienda è riportato nella figura sotto, che individua i macroaggregati organizzativi che la costituiscono ed evidenzia la struttura a matrice che lo caratterizza.



Il modello organizzativo è stato adottato da febbraio 2016 (delibera 25/2016) ed è stato successivamente precisato, aggiornato e approfondito con interventi di sistemazione che hanno riguardato sia l'ambito degli staff che quello di alcune strutture di produzione.

Si sono confermate le scelte fondanti del modello dello staff:

- la creazione di uno staff unico della direzione strategica;
- la creazione della Direzione Operativa come strumento in grado di presidiare processi ed operations a sviluppo trasversale;
- la definizione di una direzione strategica "allargata" che comprende oltre al Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, il Direttore della Direzione delle Professioni Sanitarie, il Direttore Socio-Sanitario, il Coordinatore esecutivo dello Staff, il Direttore della Direzione Operativa.

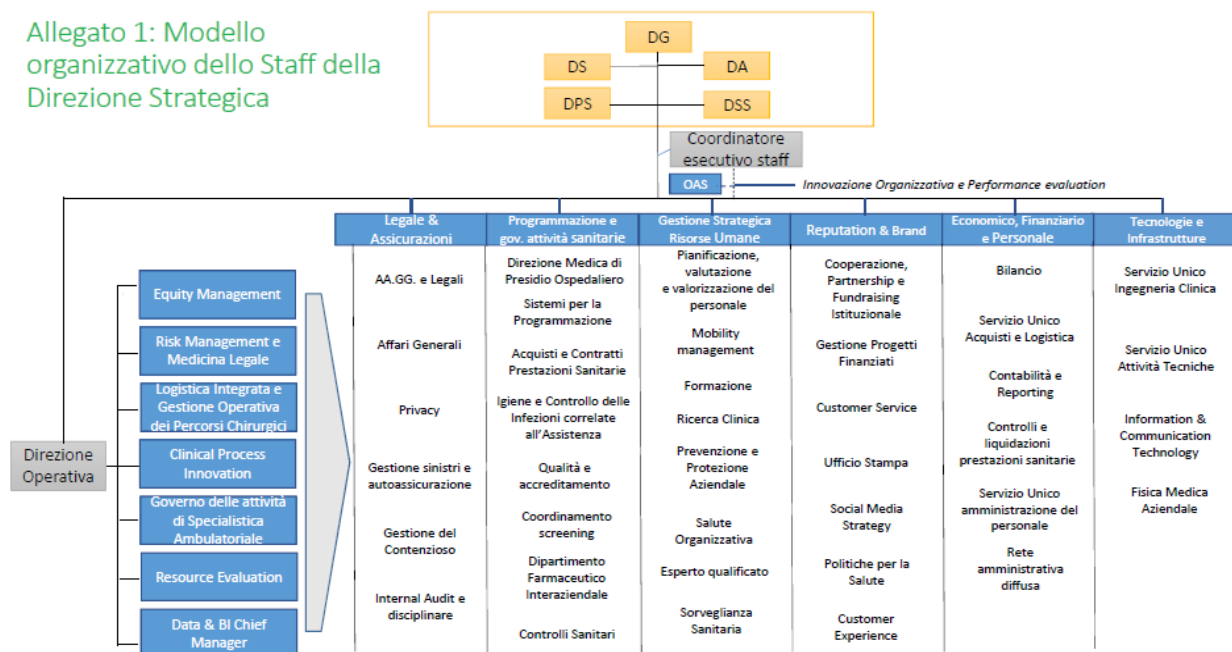
Si è pertanto consolidato il modello "a matrice" disegnato per favorire una più ampia capacità di lettura del contesto e di confronto, collaborazione tra le diverse professionalità e ruoli, per cogliere al meglio la complessità e la univocità dei bisogni dei cittadini e dare loro la risposta più adeguata e complessiva.

Le scelte effettuate testimoniano la volontà di consentire una maggiore ricchezza culturale ed articolazione concettuale delle valutazioni sottese alle scelte strategiche. Nell'agire il pensiero che nessuna parte della organizzazione perviene isolatamente ai risultati, l'Azienda si muove come sistema, ma per operare scelte efficaci ha necessità di "pensarsi" come sistema. La combinazione delle conoscenze, dei saperi e delle culture - non solo ma anche di quelle tecnico-professionali - rappresenta un tratto distintivo dell'Azienda. Ed al tempo stesso uno dei più importanti versanti evolutivi, per l'intrinseca possibilità di pervenire ad una combinazione di potenziali conoscenze, reciprocità e contaminazioni in grado di generare valore ed

innovazione. Per questo il modello è dinamico e viene di conseguenza aggiornato; nel corso del 2018 la principale innovazione nello staff ha riguardato la definizione del modello organizzativo e di funzionamento della funzione Data Management & BI (delibera 27/2018) e dei relativi macro ambiti di lavoro.

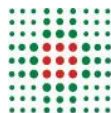
Il modello dello staff della direzione strategica a fine 2018 è riportato nella figura seguente.

Allegato 1: Modello organizzativo dello Staff della Direzione Strategica



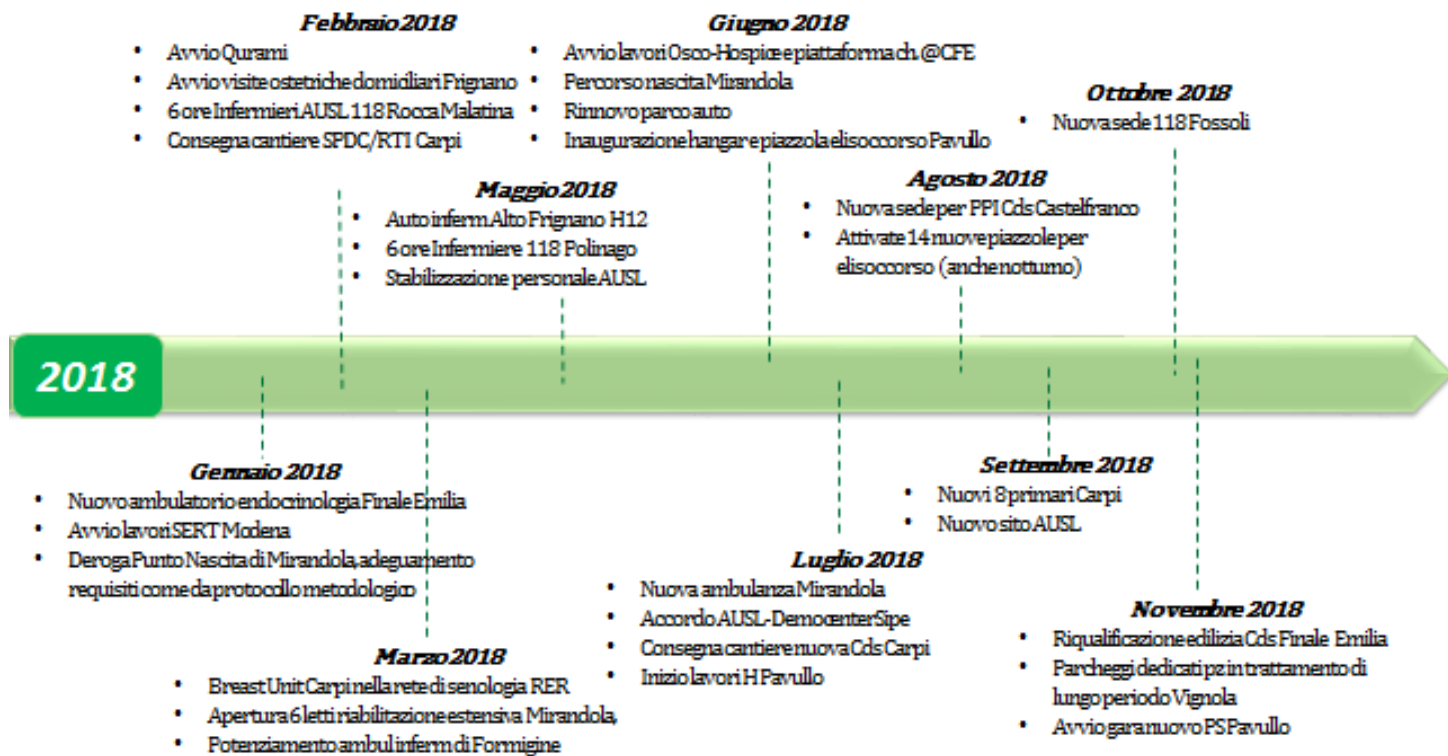
Nei Dipartimenti di produzione, le principali modifiche introdotte nel 2018 sono state:

- nel Dipartimento Attività Chirurgiche, per la valorizzazione dell'attività di chirurgia generale dell'area Sud, è stata introdotta la struttura complessa "Chirurgia Generale Sassuolo e area Sud" (del. n. 93/2018) con la finalità di attuare negli Ospedali di Vignola e Pavullo, coerentemente al Piano di Riordino deliberato dalla CTSS il 7/6/2017, un progetto di riorganizzazione della rete chirurgica provinciale concentrando la casistica chirurgica programmata a medio-bassa complessità nelle sedi Spoke e presso l'Ospedale di Sassuolo la chirurgia elettiva e urgente a medio-alta complessità e l'attività di chirurgia oncologica colo-rettale, accanto agli interventi di chirurgia minore in urgenza; questa impostazione consente la realizzazione di interventi chirurgici più in prossimità per gli utenti e un utilizzo più efficiente delle piattaforme chirurgiche dell'area Sud;
- nel Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, si è proceduto (del. n. 189/2018) a una ridefinizione delle UOC Salute Mentale Adulti Area Centro e UOC Salute Mentale Adulti Area Nord ad includere anche l'attività ospedaliera per acuti degli SPDC nelle rispettive aree, a Modena presso OCSAE e nell'ospedale di Carpi, per garantire più continuità tra fase acuta e post acuta e le fasi successive, sotto responsabilità uniche;
- a seguito della sperimentazione della gestione unica dell'Ospedale di Baggiovara da parte dell'AOU Policlinico di Modena (DGR 1004/2016) che ha determinato lo spostamento organizzativo di gran parte delle UUOO complesse del Dipartimento Integrato di Neuroscienze in AOU (le 3 strutture complesse Neurologia Nocsae, Neurochirurgia Nocsae, Neuroradiologia Nocsae, le 2 strutture Semplici Dipartimentali Neurofisiologia Interventiva Nocsae, Interventistica Neuroradiologica Nocsae, le due strutture semplici Neuroradiologia Carpi (afferente Neuroradiologia NOCSAE) e Stroke Unit (afferente Neurologia NOCSAE)), si è proceduto ad una riallocazione organizzativa di quelle restanti in altri Dipartimenti dell'Azienda USL, per favorire la loro appartenenza al Dipartimento delle Attività Chirurgiche (Oftalmologia e ORL) ed al Dipartimento di Medicina Interna e Riabilitazione (Neurologia Carpi).



Principali risultati conseguiti nel corso del 2018

Nell'immagine di seguito è rappresentata una sintesi dei principali risultati conseguiti nel 2018.



1 POLITICHE INTEGRATE DELLA PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE

Nel corso del 2018 sono proseguite le attività di promozione della salute messe in atto dall'Azienda con lo scopo di rafforzare le iniziative di promozione della salute per favorire stili di vita salutari, sia nei confronti delle persone fragili che della popolazione in generale.

E' stata redatta una Policy Aziendale per lo sviluppo di politiche per la salute attraverso la co-progettazione di strategie di promozione di benessere psico-fisico nei luoghi di vita e di lavoro, di contrasto allo sviluppo di patologie legate agli errati stili di vita e di intercettazione precoce del disagio mentale. La proposta è di cambiare, in maniera positiva e duratura, il contesto di vita della popolazione e le abitudini della stessa, favorendo la partecipazione attiva del cittadino nella definizione delle scelte che riguardano la salute per consentire di seguire uno stile di vita sano ed attivo.

Il risultato dell'azione promossa dall'Azienda è frutto di una co-progettazione con numerosi attori presenti sul territorio provinciale. L'azienda sanitaria territoriale, nel promuovere cambiamenti negli ambienti di vita e di lavoro dei cittadini, ha stretto accordi con le Amministrazioni Locali, promuovendo iniziative che favoriscano l'attività motoria e la mobilità sostenibile, oltre che coordinando progetti educativi nel proprio territorio.

In questa cornice assume sempre più un ruolo centrale la Casa della Salute, quale contesto unitario che permette di concentrare il lavoro e l'intervento di una pluralità di figure professionali capaci di indirizzare messaggi di salute, così da centrare l'intervento, aumentando la risposta ed i risultati e riducendo la non partecipazione della comunità alle scelte di salute. Il contesto, particolarmente favorevole, del setting "Case della Salute", favorisce l'organizzazione di programmi di prevenzione e promozione della salute per cluster di utenti, siano questi individuati per fattori di rischio o perché affetti da patologie specifiche o siano cronici, che per l'intera popolazione che gravita attorno alla Casa della Salute stessa.

1.1 Promozione della salute per favorire stili di vita salutari

Nel corso del 2018 sono stati realizzati, in continuità con le attività realizzate nel 2017, programmi di prevenzione e promozione della salute, con particolare attenzione ai soggetti fragili ed è proseguita la realizzazione dei progetti previsti dal piano locale attuativo del Piano Regionale Prevenzione 2015-2019.

Particolare rilevanza anche in termini di impegno di risorse ha avuto la realizzazione delle campagne vaccinali previste dal nuovo Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale. Sono inoltre stati sviluppati alcuni piani coordinati già avviati negli anni precedenti (relativi alla prevenzione della legionellosi, alla promozione dell'attività motoria, alla sicurezza alimentare e alla prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro).

Nel corso del 2018, come negli anni precedenti, le attività di educazione e promozione della salute sono state svolte all'interno del Programma di Promozione della Salute dell'Azienda USL di Modena, che si propone lo scopo di rafforzare le iniziative di promozione della salute per favorire stili di vita salutari, sia nei confronti della popolazione in generale sia delle persone fragili.

E' stata implementata la Policy Aziendale per lo sviluppo di politiche per la salute attraverso la co-progettazione di strategie di promozione di benessere psico-fisico nei luoghi di vita e di lavoro e di contrasto allo sviluppo di patologie legate agli stili di vita.

Sono stati diversi anche i progetti per la promozione di sane abitudini alimentari e attività fisica co-costruiti con gli istituti scolastici provinciali. L'Azienda USL insieme all'USR-ER - Ufficio VIII - Ambito Territoriale, ha predisposto un catalogo di 41 progetti di promozione della salute rivolti alle scuole di ogni ordine e grado della provincia. I progetti proposti si occupano di diverse tematiche:

- contrasto nell'abuso di farmaci e prevenzione del doping;
- promozione di sani stili di vita;
- cultura della sicurezza;
- l'importanza della donazione;

- cultura del rischio;
- comunicazione, relazione ed integrazione.

Tra i 41 progetti a catalogo, 3 sono quelli di recente attivazione, che hanno trovato nell'anno scolastico 2018-2019 la prima applicazione:

- I progetti *“Ti piaci? E quanto ti piaci?”* (coinvolgimento di 36 classi per un totale di 755 alunni formati) e *“Ci pensi? Ma quanto Ti pensi?”* (26 docenti formati) che affrontano, sia dal lato adolescenti che da quello dei docenti, il tema dei disturbi alimentari, valorizzando l'importanza della diversità e lo sviluppo di una capacità critica rispetto ai modelli culturali e ai messaggi proposti dai media, dalla pubblicità e dai social network.
- Il progetto *“Anche i bambini possono avere il diabete”* rivolto agli operatori scolastici delle scuole nido, scuole dell'infanzia, scuole primarie e scuole secondarie di 1° grado, al fine di conoscere e riconoscere il diabete in età evolutiva e sensibilizzare gli operatori della scuola per garantire al bambino con diabete di frequentarla in sicurezza e senza discriminazioni (formati 75 docenti e 24 operatori ata).

Nel corso del 2018 sono state realizzate numerose attività finalizzate alla promozione della sana alimentazione, che hanno interessato in particolare il mondo della scuola (progetto *“mani in pasta”* - progetto *“mangia giusto muoviti con gusto”* - progetto *“scegli con gusto e gusta in salute”* - progetto sperimentale c/o Liceo Galilei di Mirandola - promozione distribuzione automatica salutare a scuola).

Oltre a sviluppare progetti per promuovere una merenda salutare a scuola, è proseguita l'attività di valutazione qualitativa dei menù scolastici. Nel 2018 sono stati espressi 176 pareri su menù scolastici, rispondendo a tutte le richieste pervenute entro i 30 giorni previsti, e compilando la scheda di rilevazione contenuta nelle disposizioni regionali di riferimento. Complessivamente, al 31.12.2018, il 99% delle scuole in cui si effettua la refezione scolastica (435/439) ha menù recentemente valutati dal SIAN. L'Azienda USL di Modena ha, inoltre, partecipato a 5 commissioni mensa.

Nel 2018 l'offerta di prestazioni sanitarie è stata potenziata con la piena attivazione dei nuovi ambulatori della Medicina dello Sport di Carpi presso le piscine comunali. Complessivamente a livello provinciale sono state eseguite 10.831 visite per la certificazione agonistica, che comprendono le valutazioni sui soggetti minorenni, maggiorenni e over 40 e atleti disabili. Oltre all'attività certificativa, numerosi sono i progetti di promozione della salute correlati alle attività sportive sviluppati nel 2018 dal Servizio di Medicina dello Sport.

All'Azienda USL di Modena è stata assegnata anche la funzione di centro regionale antidoping. Nell'ambito del contrasto al doping nel 2018 sono stati realizzati 65 eventi di formazione/informazione e sono state eseguite 38 consulenze farmacologiche ad atleti. Sono stati realizzate 130 valutazioni del profilo ematochimico di atleti per la valutazione dello stato di salute nelle varie fasi della stagione sportiva per differenti discipline (pallavolo, ciclismo, triathlon), è stato pubblicato su rivista scientifica, un elaborato sull'interpretazione ed analisi dei dati ottenuti da tali valutazioni dal titolo *“Testosterone, cortisol, hGH, and IGF-1 levels in an Italian female elite volleyball team”*.

L'Azienda USL di Modena lavora sulla promozione dell'attività fisica per la salute facilitando la realizzazione di gruppi di cammino (36 gruppi di cammino censiti in provincia). Nel 2018 sono state effettuate 200 visite a pazienti disabili. L'obiettivo è quello di facilitare l'inserimento del disabile nelle attività sportive e questo si è realizzato anche con la costruzione, con le realtà territoriali, di una rete delle opportunità costituita da circa una settantina di società sportive.

E' stato riscritto il protocollo per la proposta di attività per soggetti con diagnosi psichiatrica e/o patologia con indicazione ai percorsi AMA. Il protocollo prevede l'invio alla Medicina dello Sport da parte degli specialisti psichiatri dei pazienti perché siano valutati e inseriti nelle attività di palestra.

Sono stati inoltre valutati, in relazione e secondo le modalità previste dalla convenzione tra l'Azienda USL e l'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM) 25 soggetti, avviati anche a percorsi di attività motoria.

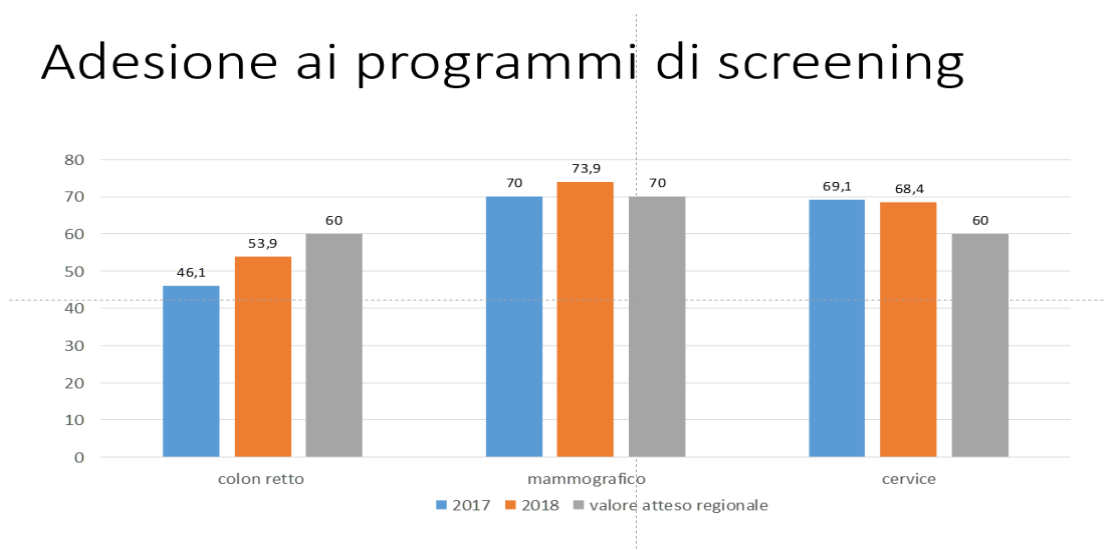
Al 31 dicembre 2018 sono 32 le palestre iscritte negli elenchi delle *“Palestre che Promuovono la Salute”* e *“Palestre che promuovono la salute e per l'Attività Motoria Adattata”*.

1.2 Programmi di prevenzione e diagnosi precoce oncologica

L'anno 2018 ha registrato un miglioramento nell'estensione e nell'adesione, rispetto all'anno 2017, sia per lo screening mammografico che soprattutto per lo screening del colon retto, con valori ottimali e leggermente inferiori a ottimali. Lo screening della cervice è allineato ai valori ottimali.

In termini di adesione agli inviti, per lo screening Colon Retto la percentuale di adesione è stata pari al 53.9% (53% nel 2017), per lo Screening dell'Utero è stata pari al 68.4% (68.9% nel 2017) (in leggero calo ma comunque superiore all'atteso della DGR 919/18), per lo Screening Mammografico l'adesione è stata pari al 70.9% (63% nel 2017) per le donne con età compresa tra i 45 e i 49 anni, 74.2% (71% nel 2017) per le donne con età compresa tra i 50 e i 69 anni, 74.9% (70% nel 2017) per le donne con età compresa tra i 70 e i 74 anni. In totale, la percentuale di adesione allo screening mammografico nel 2018 per le donne con età compresa tra i 45 e 74 anni è pari al 73.7% (superiore all'atteso della DGR 919/18).

Adesione ai programmi di screening



Per quanto riguarda i tempi di refertazione, nell'anno 2018 c'è stato un significativo recupero della criticità registrata nell'anno 2017 sui tempi di refertazione dello screening mammografico.

	Dal 01/01/2017 Al 31/12/2017	Dal 01/01/2018 Al 31/12/2018	Indicatore di qualità RER
Refertazione negativa Entro 21gg	16%	79,7%	Sotto 21gg: accettabile > 90% desiderabile 95%
Attesa 2°livello entro 30gg)	30%	95,7%	>90%

Per quanto concerne lo screening della cervice, rispetto al 2017 c'è stato un leggero calo nei tempi di approfondimento dei 2° livelli, dovuto ad un aumento degli invii a colposcopia, superiore all'atteso per l'estensione del test HPV alle fasce di età 30-39 con positività superiore ai dati di letteratura e minore negativizzazione del test HPV dopo un anno rispetto all'atteso.

Sono state intraprese diverse azioni di miglioramento, tra cui la riorganizzazione delle agende e l'ottimizzazione dei tempi di esecuzione. Dai dati dei primi mesi del 2019 è possibile notare un recupero.

	Dal 01/01/2017 Al 31/12/2017	Dal 01/01/2018 Al 31/12/2018	Indicatore di qualità RER
Refertazione intervallo test refertazione <21gg	95,2	94,5	Entro 21gg >70% valore accettabile
Refertazione intervallo refertazione <30gg	98,9	98,3	Valore desiderabile Entro 30gg >85
Approfondimenti di 2° livello iter diagnostico (colposcopie entro 56 gg)	91,8	84,1	Indicatore di qualità RER entro 56 gg >90%

Per quanto riguarda lo screening colon retto, per il 2018 si sono confermati i livelli di performance dell'anno precedente

Attesa 2 livello	Dal 01/01/2017 Al 31/12/2017	Dal 01/01/2018 Al 31/12/2018	Indicatore di qualità RER
Refertazione negativa	99,98%	100%	Entro 21 gg accettabile > 90% Entro 15gg desiderabile > 90%
Attesa 2° livello entro 30gg	94,5%	95,2%	Accettabile >90% Desiderabile >95%

Nel corso del 2018, al fine di migliorare la gestione delle attività di screening e di perfezionare ulteriormente il servizio nei confronti dei cittadini, sono stati sviluppati i seguenti progetti:

- Riconversione del programma per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina con HPV-DNA test come da indicazione della Regione Emilia Romagna. Tutte le donne dai 30 ai 64 anni sono invitate ad eseguire il test HPV- DNA (Progetto terminato).
- Istituzione Call Center dello screening colon retto (Progetto terminato).
- Attivazione invio allo screening e sollecito ad effettuare lo screening sia a Fascicolo Sanitario Elettronico che ai Medici di Medicina Generale tramite il Programma "SOLE" (Progetto terminato).
- Modifica delle lettere di invito e inserimento di link per il testo tradotto in 8 lingue.
- Attivazione di una piattaforma telefonica che permette la produzione di report sul traffico e sulla performance dell'attività del Call Center (Progetto terminato).
- Avvio di un percorso di affiancamento e inserimento del personale per l'attivazione di un Call Center Unico.

- Istituzione di procedura e istruzione operativa sul primo e secondo livello dello screening colon retto.

1.3 Sanità Pubblica e prevenzione delle malattie

Secondo le indicazioni fornite dal Piano Locale Attuativo (PLA) 2016-2018 del Piano Regionale della Prevenzione (PRP), le Aziende Sanitarie si impegnano a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali setting del PRP (Piano Regionale della Prevenzione) 2015-2019. Il PRP individua una serie di indicatori rilevanti ("indicatori sentinella"), condivisi a livello nazionale.

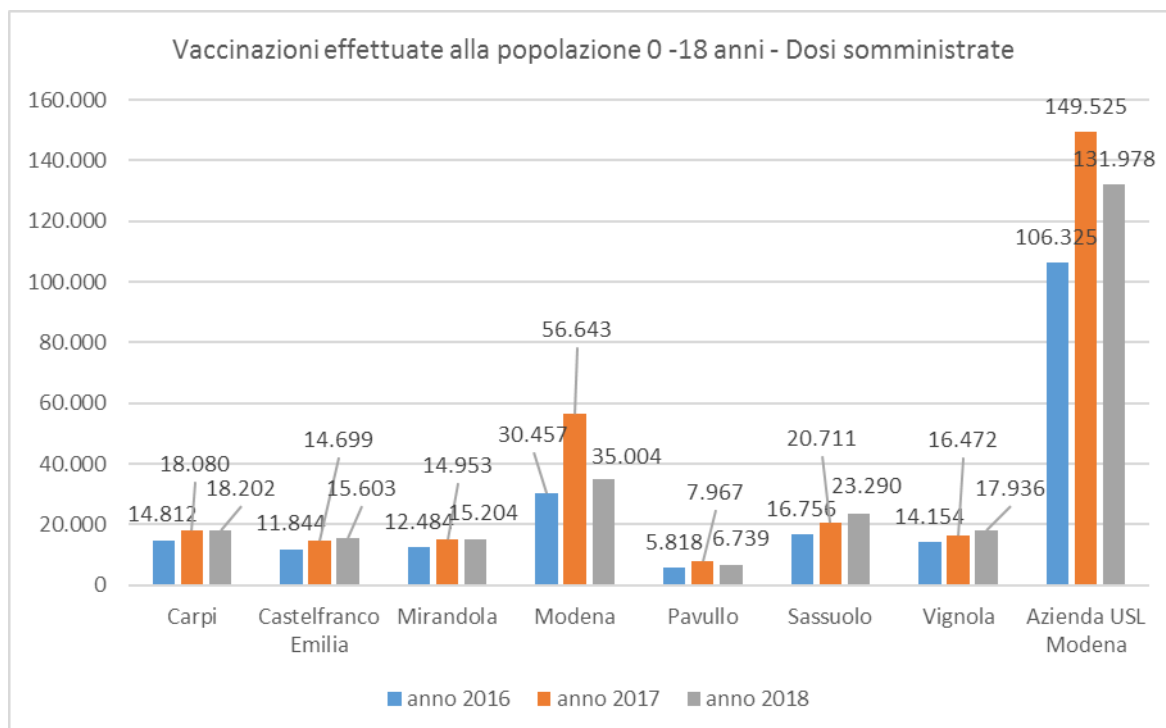
Gli indicatori sentinella dei 68 progetti del PRP sono verificati in parte a livello locale e in parte a livello regionale. Secondo quanto previsto dal PLA (PRP) per gli indicatori sentinella lo standard di ogni singolo indicatore si considera raggiunto se il valore osservato non si discosta di più del 20 % rispetto all'atteso, pertanto % di indicatori sentinella con valore conseguito ≥ 80 %; obiettivo > 95 %. La rendicontazione ufficiale dei progetti del PRP da parte della Regione non è ancora stata diffusa alle Aziende ma, secondo il monitoraggio interno, avremmo raggiunto almeno l'80% del valore atteso in oltre il 96% degli indicatori sentinella, conseguendo l'obiettivo regionale per il 2018.

Nel corso del 2018 la copertura vaccinale nell'infanzia e nell'adolescenza, in linea con quanto indicato dal nuovo piano vaccinale (PNPV 2017-2019), per l'Azienda USL di Modena ha mostrato i seguenti risultati: le coperture al 24 mese sono superiori al 95% per le 6 vaccinazioni dell'esavalente (difterite, tetano, pertosse, polio epatite b ed emofilo b). Per MPR (morbillo parotite rosolia il dato di copertura è di 94,3% (in incremento di 2 punti % sul 2017 e superiore al dato regionale pari a 93,5%).

La copertura contro il meningococco B è 85,96% rispetto al 75% richiesto dal piano regionale. La vaccinazione contro HPV nel maschio è ancora in corso; il trend di copertura è attorno al 74% rispetto al 60% previsto dal piano regionale. La vaccinazione contro HPV delle femmine è in fase di completamento e il trend di copertura è stata pari all' 80%.

Nel corso del 2018 l'attività vaccinale è stata caratterizzata dalla completa implementazione del nuovo calendario vaccinale. In particolare si è completato il raggiungimento del calendario a 4 dosi della vaccinazione contro il Meningococco B, è stata offerta a partire dal 01.01.2018 la vaccinazione contro il Rotavirus a tutti i nuovi nati, mentre da marzo 2018, contemporaneamente alla disponibilità del vaccino Gardasil 9, è iniziata l'offerta della vaccinazione contro il Papillomavirus alla coorte dei maschi del 2006.

Come si può vedere nella tabella sottostante, riportante le dosi effettuate negli ultimi anni, a fronte di una riduzione della natalità si può osservare un incremento estremamente consistente delle dosi vaccinali effettuate (il dato del 2017 è falsato dalla effettuazione di circa 30.000 dosi di vaccinazione contro il Meningococco B e ACWY in regime di co-payment a seguito di un precedente caso di meningite mortale, pertanto il dato numerico delle vaccinazioni ordinarie si collocherebbe attorno a 119.000 dosi).

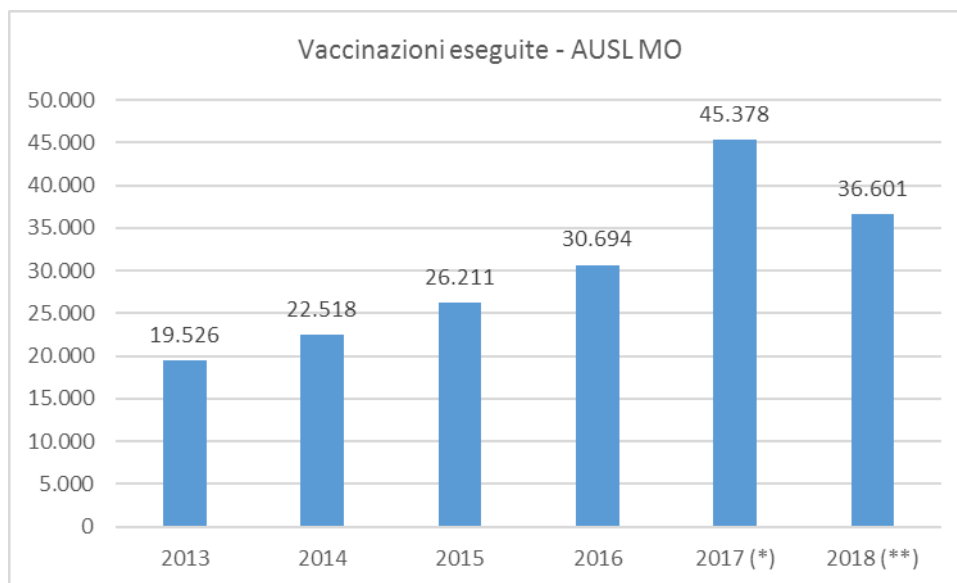


Nonostante la vaccinazione contro il Papillomavirus sia stata per diversi anni connotata come vaccinazione per il sesso femminile, l'avvio della offerta vaccinale ai ragazzi di genere maschile ha avuto un buon livello di adesione attestandosi a oltre il 70% degli invitati. Oltre all'attività di promozione ed esecuzione delle vaccinazioni nelle età previste dal calendario regionale per la fascia 0 – 17 anni, l'Azienda continua a promuovere:

- la vaccinazione anti-varicella per gli adolescenti che non abbiano già contratto la malattia in età infantile con 357 dosi nel 2018;
- la vaccinazione antinfluenzale ai minori con patologia cronica con oltre 2.300 dosi di vaccino somministrate;
- la vaccinazione anti-epatite A ai minori che si recano in zone a rischio con oltre 3.000 dosi nel 2018;
- il recupero dei minori non immuni alla vaccinazione MPR, in ottemperanza al Piano di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, con 2.216 minori recuperati;
- la gestione dei neonati da madre HbsAg positiva;
- la valutazione e la gestione dei minori ad aumentato rischio anafilattico post-vaccinale;
- la vaccinazione dei forti prematuri;
- la gestione dell'obiezione vaccinale, che per la complessa articolazione delle procedure di controllo di 16 coorti di popolazione, per lo scambio dei dati vaccinali con le scuole e per la continua attività informativa sta impegnando in maniera molto significativa il personale delle Unità Operative. Sono infatti oltre 1.500 i colloqui informativi effettuati a genitori dubbiosi sulle vaccinazioni.

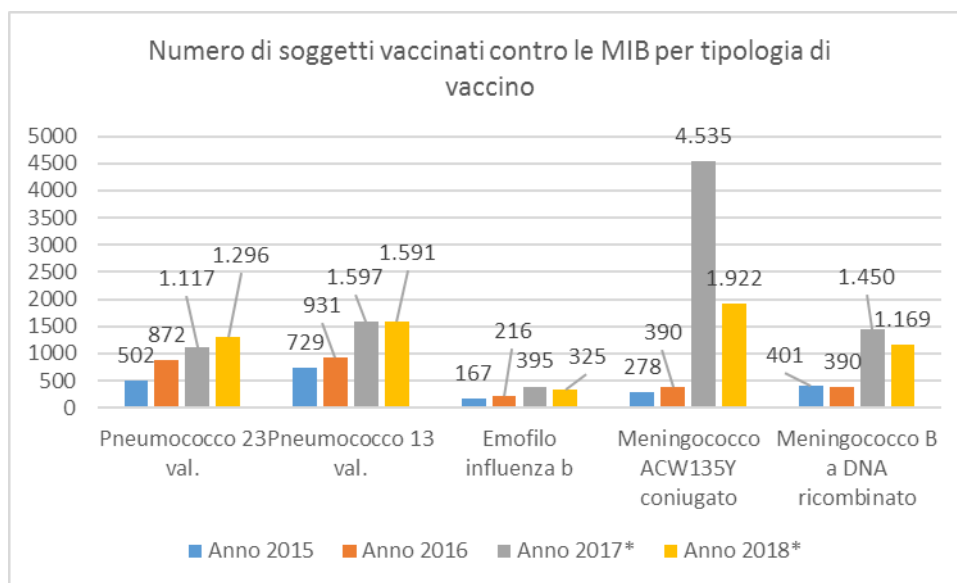
Sono continuati numerosi gli interventi di promozione sulle vaccinazioni effettuate su tutto l'ambito provinciale nei diversi comuni della provincia.

Per quanto riguarda la prevenzione delle malattie infettive, le vaccinazioni agli adulti e le consulenze per i viaggiatori internazionali sono tra gli strumenti più efficaci. Il numero di vaccinazioni eseguite dall'Azienda USL di Modena nel 2018 mostra un trend in aumento dal 2013; nel corso del 2018 sono state somministrate complessivamente 36.601 dosi di vaccino. Come detto, in eccezione l'anno 2017 nel corso del quale si è assistito ad un aumento anomalo di vaccinazioni in relazione ad una elevata richiesta di vaccinazioni contro il Meningococco in regime di co-payment.



(*) di cui 9.848 dosi di vaccino contro Meningococco somministrate in ambulatori dedicati con personale esterno di supporto,
(**) di cui 2.315 dosi di vaccino contro Herpes Zoster somministrate in ambulatori dedicati con personale esterno di supporto.

Il numero di vaccinazioni contro le malattie invasive batteriche (MIB) eseguite negli ultimi anni è riportato nella tabella seguente.



* il dato comprende sia soggetti con fattori di rischio per malattie invasive batteriche sia soggetti sani che hanno richiesto la vaccinazione contro meningococco

Il Servizio Igiene Pubblica (SIP) nel 2018 ha continuato l'attività vaccinale nei confronti dei soggetti appartenenti alle categorie a rischio previste dai tre protocolli interaziendali Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, relativi a percorsi dedicati alle seguenti categorie a rischio:

- soggetti trapiantati di cellule staminali emopoietiche;
- soggetti positivi al virus dell'immunodeficienza umana;

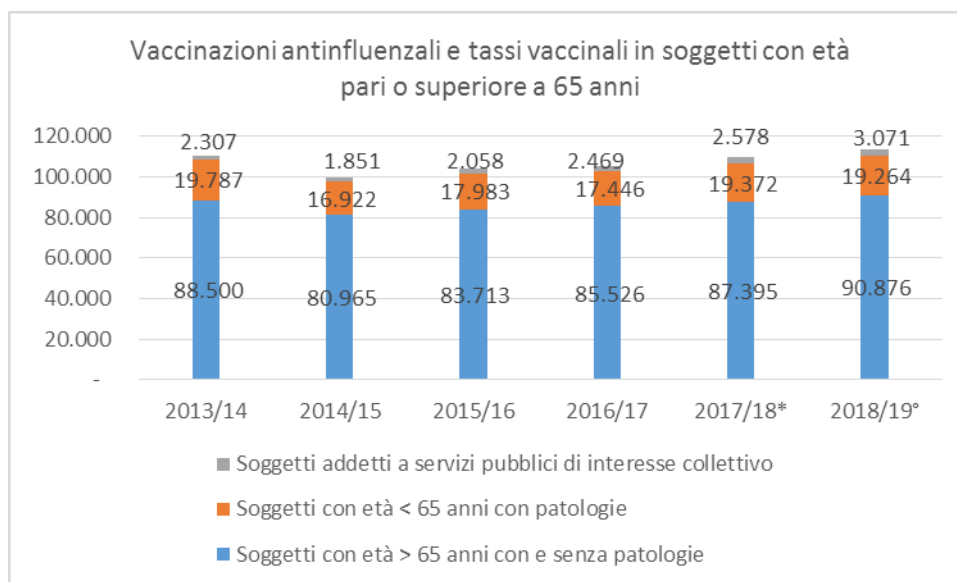
- soggetti trapiantati o in attesa di trapianto di organo solido.

I percorsi sono definiti in un unico documento interaziendale (DI.VSID).

In applicazione al protocollo vaccinale dedicato ai soggetti HIV positivi, ed in continuità con l'attività degli anni precedenti, nel 2018 sono stati presi in carico 46 nuovi pazienti provenienti dal Reparto di Malattie Infettive; i pazienti presi in carico ad oggi sono 407.

Riguardo alla vaccinazione antinfluenzale stagionale, in questi anni si osserva una copertura vaccinale degli anziani ultra sessantaquattrenni che permane inferiore al target del 75%, target regionale e del Ministero della Salute.

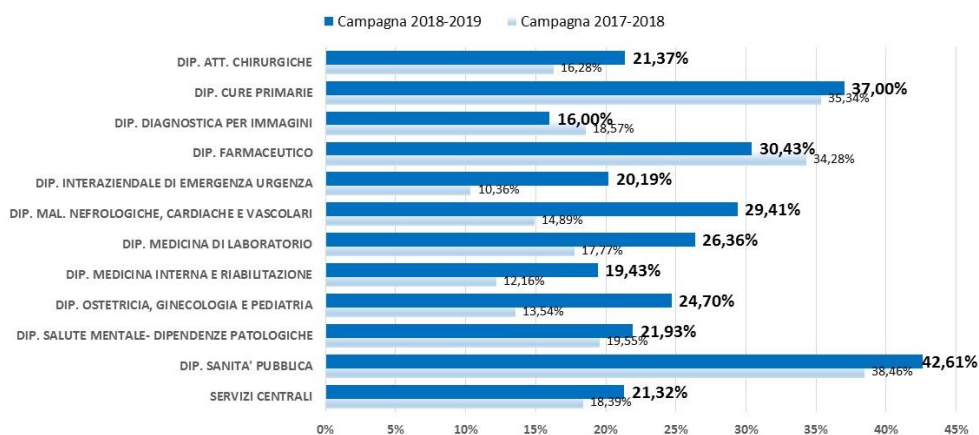
In tabella sono riportate le vaccinazioni eseguite sul territorio modenese, nelle ultime campagne, suddivise per le principali macro-categorie individuate dalla Regione Emilia-Romagna e i tassi di copertura dei soggetti ultra-sessantaquattrenni; i dati relativi alla campagna vaccinale antinfluenzale 2018/2019 sono provvisori e non ancora consolidati da parte della Regione Emilia-Romagna.



Per quanto riguarda la campagna vaccinale anti influenzale per gli operatori sanitari, le politiche di informazione, sensibilizzazione e prevenzione messe in atto dalla direzione aziendale hanno avuto un riscontro positivo. Si nota un significativo aumento di adesioni a partire dalla campagna 2015/2016 fino alla campagna di prevenzione 2018/2019, nella quale sono stati vaccinati 1154 operatori sanitari.

Vaccinazione antinfluenzale degli operatori sanitari

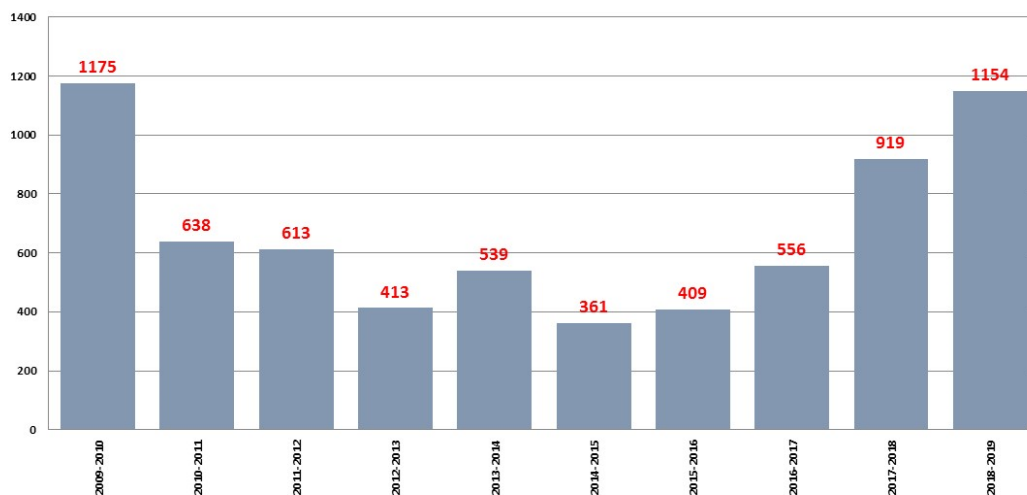
% operatori vaccinati nel Dipartimento



Andamento Campagna vaccinazione antinfluenzale dal 2009-2010 ad oggi

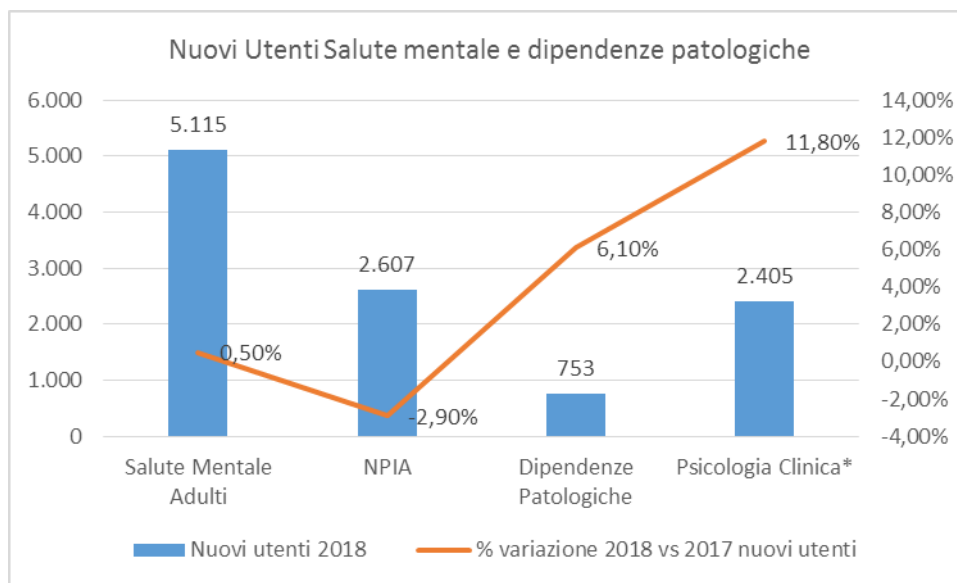
vaccinazioni effettuate presso la SSA dal 2009- 2010 (anno influenza H1N1)

**il dato fino alla campagna 2016-2017 riporta anche gli operatori vaccinati dell'ospedale di Baggiovara*

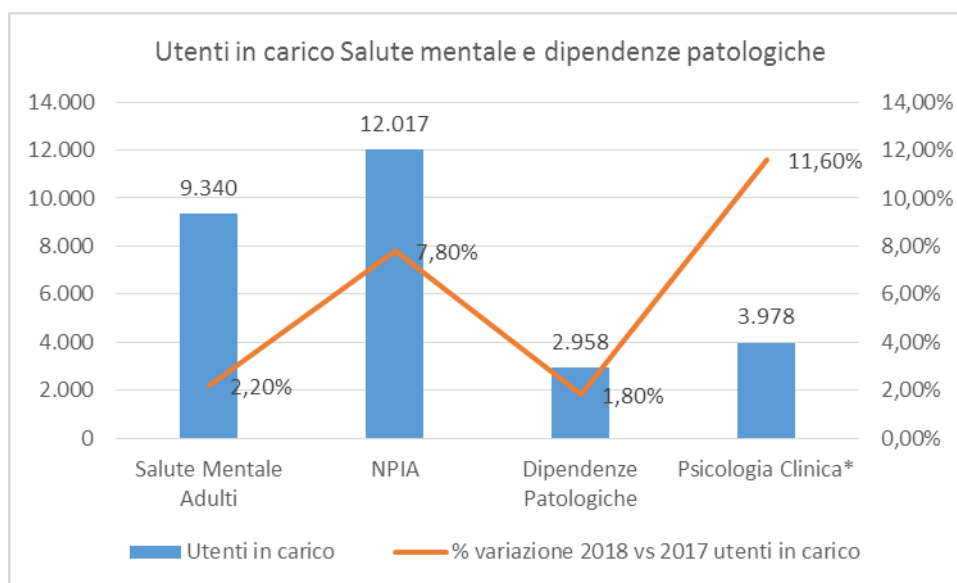


1.4 Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e Promozione e Tutela della Salute nelle carceri

Nel corso del 2018 si è assistito ad un aumento dei nuovi utenti (persone che si presentano ai CSM per la prima volta nella vita o successivamente ad una dimissione negli anni precedenti) in carico (le persone in carico sono persone che hanno attivo un progetto di cura con i CSM con trattamento clinico-psichiatrico) al settore Salute mentale adulti (+0.5% rispetto all'anno precedente), al settore dipendenze patologiche (+6.1% rispetto all'anno precedente) e al settore psicologica clinica (+11.8% rispetto all'anno precedente). Il settore che ha riscontrato una diminuzione dei nuovi utenti è la neuropsichiatria infantile (-2.9% rispetto all'anno precedente).

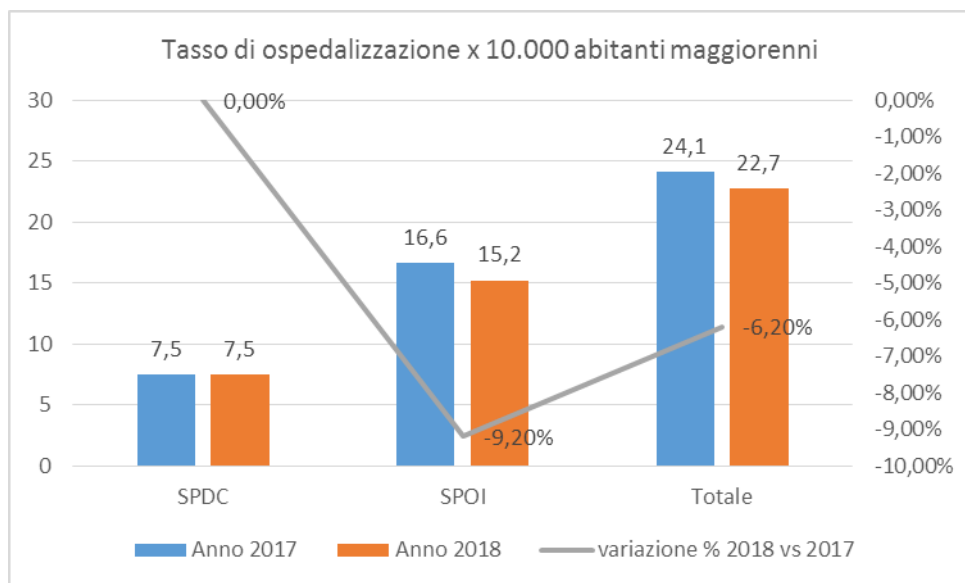


* Il dato comprende l'utenza delle U.O. Minori e Famiglie, Centri Adolescenza, Psicologia Clinica Adulti, Terapia Familiare, Psicologia Ospedaliera e delle Cure Intermedie.

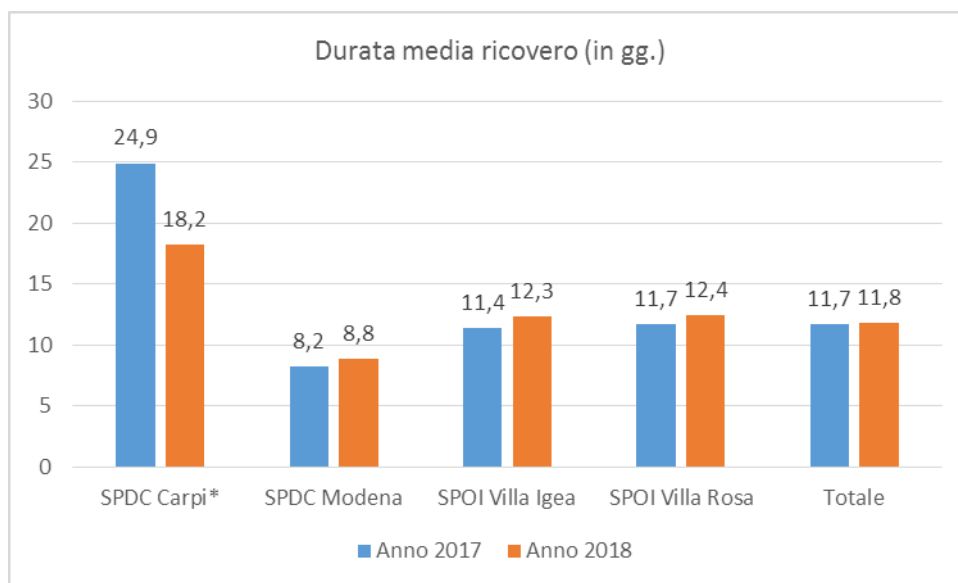


* Il dato comprende l'utenza delle U.O. Minori e Famiglie, Centri Adolescenza, Psicologia Clinica Adulti, Terapia Familiare, Psicologia Ospedaliera e delle Cure Intermedie.

Nell'anno 2018, il tasso complessivo di ospedalizzazione in acuto dei residenti maggiorenni nella provincia di Modena è stato pari a 22,7 x 10.000 abitanti. Nel 2017 il tasso della provincia era sceso sotto il tasso regionale (26,1 x 10.000 nel 2016).

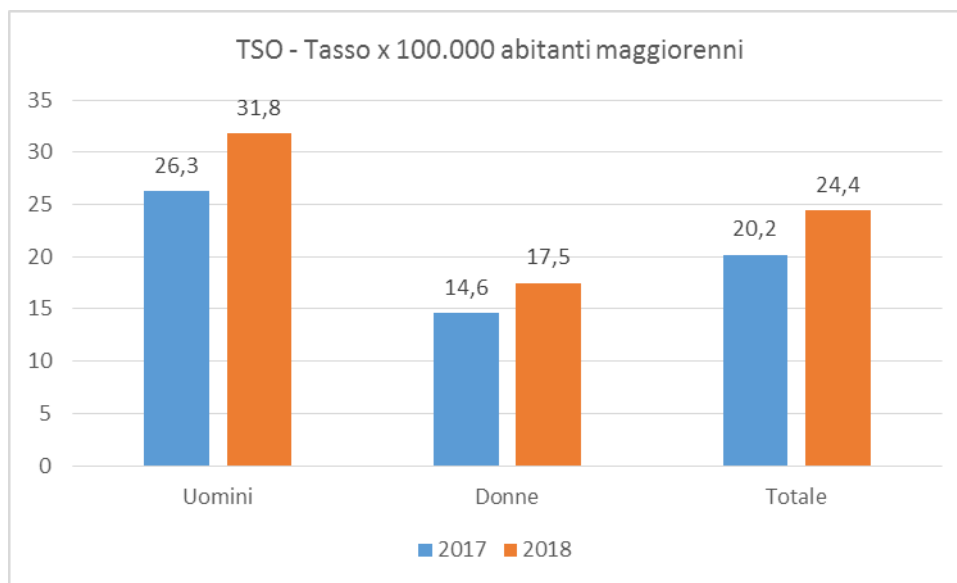


Nel 2018 la durata media dei ricoveri ospedalieri del DSM-DP è stata di 11,8 giorni, con un incremento minimo rispetto al 2017 dello 0,8%.



* Nel SPDC di Carpi il valore medio è più elevato in quanto comprende i ricoveri per acuti successivamente assistiti nello stesso reparto con modalità residenziale intensiva, secondo quanto previsto dalla sperimentazione organizzativa in atto.

Una notevole aumento da evidenziare riguarda il tasso di ospedalizzazione per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) degli utenti residenti maggiorenni nel territorio di Modena.



Per quanto riguarda la promozione e tutela della salute negli istituti penitenziari, uno degli obiettivi della DGR 919/2018 prevedeva lo screening HIV sui nuovi ingressi nell'anno per i detenuti con permanenza ≥ 14 giorni: l'obiettivo è stato raggiunto in quanto è stato effettuato al 92% dei nuovi ingressi nell'anno (target 90%). È stata attivata la funzione del ritorno dei referti specialistici (rendicontazione aziendale) al 100% per il Laboratorio ed è in fase di completamento per la radiologia.

1.5 Le relazioni con i portatori di interesse

L'Azienda USL di Modena, nel 2018, ha operato molto nell'ambito della Comunità locale, Comunità che ha favorito la presenza e il consolidamento nel tessuto sociale provinciale delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, degli organismi della cooperazione e del mondo dell'associazionismo e del volontariato ("terzo settore"). Tali soggetti, aventi vocazioni, sensibilità e finalità in sintonia e convergenti con le finalità e i valori dell'Azienda, hanno collaborato per generare e diffondere interventi a favore delle persone in condizioni di bisogno e a rischio di marginalità e, nel contempo, aventi capacità di attivazione di risorse e sostegni anche di natura professionale così da contribuire con il loro apporto a dare corpo al principio di sussidiarietà. L'integrazione socio-sanitaria ed il concorso delle forme di sussidiarietà provenienti dal "terzo settore" sono divenuti punti fermi e qualificanti degli indirizzi della programmazione aziendale in ambito di promozione della salute, della integrazione socio sanitaria e sanitaria definiti nel quadro delle disposizioni di cui al D.lgs. n. 502 del 1992 e nel D.Lgs n. 117/2017 e della normativa regionale di settore.

Le collaborazioni avviate con il "terzo settore", l'Azienda USL ne registra oltre 60, hanno favorito approfondimenti e sviluppi nei processi di presa in carico delle persone, di ogni fascia d'età, in situazioni di disagio, fragilità e non autosufficienza, secondo progressioni coerenti, da una parte, con le dinamiche dei bisogni assistenziali determinate dal progressivo invecchiamento della popolazione e dai mutamenti nella composizione e nei cicli di vita delle famiglie; dall'altra, con le esigenze di prevedere interventi graduali di razionalizzazione e riconversione dell'intero sistema di offerta socio sanitario e sanitario per adattarlo, nelle modalità di risposta alla maggiore complessità dei bisogni.

2 POLITICHE PER LA SEMPLIFICAZIONE E L'EQUITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI

2.1 Le Case della Salute

La Casa della Salute garantisce la risposta ai bisogni del cittadino in prossimità, in una logica multidimensionale, attraverso un processo di presa in carico unitario e la continuità assistenziale. Gli elementi che la caratterizzano sono:

- Accesso all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- Individuazione e decodifica del bisogno della persona e accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile;
- Risposta alla domanda di salute della popolazione almeno nelle 12 ore giornaliere;
- Presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
- Promozione della salute, dei sani stili di vita, della diagnostica precoce
- Attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono la integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- Partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti e caregiver.

Al fine di migliorare l'accesso dei cittadini, si è dato corso negli scorsi anni alla programmazione per la realizzazione delle Case della Salute, luogo fisico e funzionale in cui si concentrano servizi ed attività, nonché luogo di definizione, erogazione e verifica del percorso di cura.

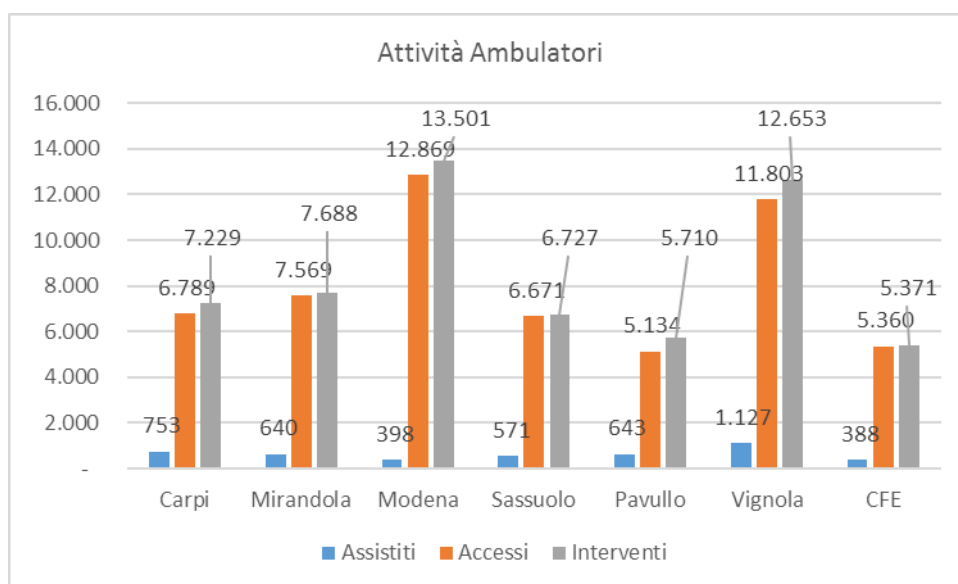
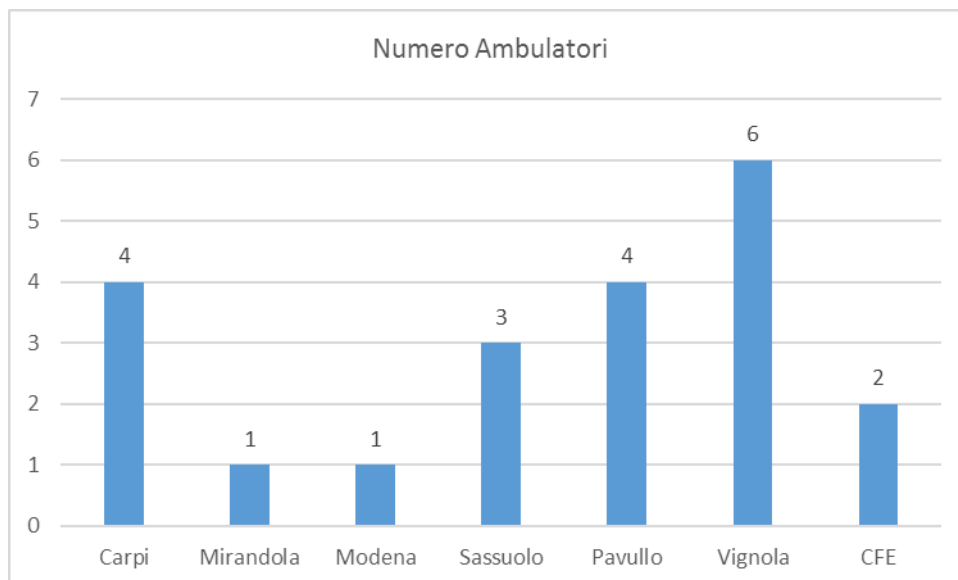
La DGR n.2128 del 05.12.2016 prevede per le Case della Salute a medio/alta complessità l'istituzione di un board gestionale organizzativo che rappresenta l'organismo formale e sostanziale di partecipazione alle decisioni da parte dei principali attori della Casa della Salute. Tale adempimento per l'Azienda di Modena riguarda le due Case della Salute a media/alta complessità di Castelfranco Emilia e Finale Emilia. Nel corso del 2018 è stato istituito il Board organizzativo della Casa della Salute di Finale Emilia andando a completare per l'Azienda quanto richiesto dalla DGR n.2128/2016.

Al 31/12/2018 le Case della Salute attive in Provincia di Modena sono 11: Novi di Modena – Rovereto – Cavezzo – Castelfranco Emilia – Bomporto - Spilamberto – Guiglia – Montefiorino – Pievepelago – Fanano – Finale Emilia. Tra il 2016 e 2017 si è avviato l'iter di progettazione e lavori per la realizzazione delle 5 CdS di Sassuolo, Modena Nord, Carpi, Mirandola e Cavezzo 2° stralcio. Sono in corso di avanzata valutazione le realizzazioni di altre 4 CdS (Modena Sud, S. Felice sul Panaro, Montese, Formigine).



Case della Salute e Ospedali di Comunità attivi nella Provincia di Modena al 31/12/2018 (in verde) e da attivare (in rosso).

Gli ambulatori infermieristici sono stati avviati in tutti i distretti, con un incremento nel numero assoluto degli assistiti e delle prestazioni. In Azienda sono stati presi in carico, nell'anno 2018, 4.508 pazienti (vs 4.086 del 2017) per un totale di 56.195 accessi (vs 52.427 del 2017) e 58.879 prestazioni (vs 52.442 del 2017).

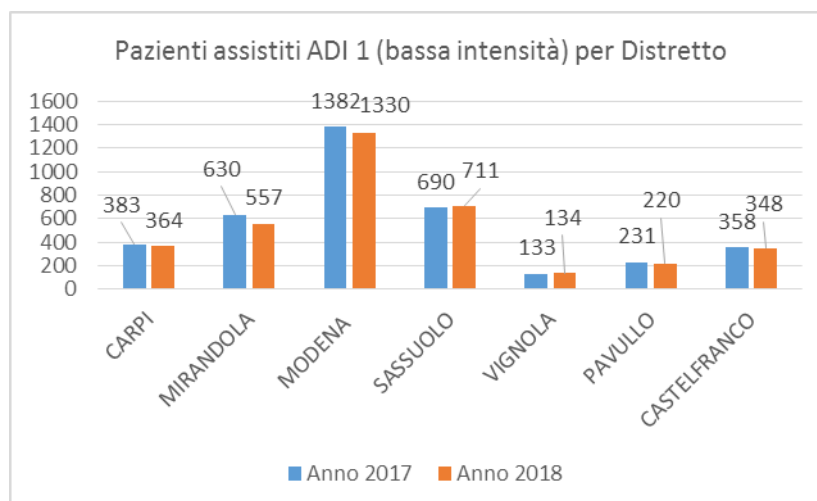
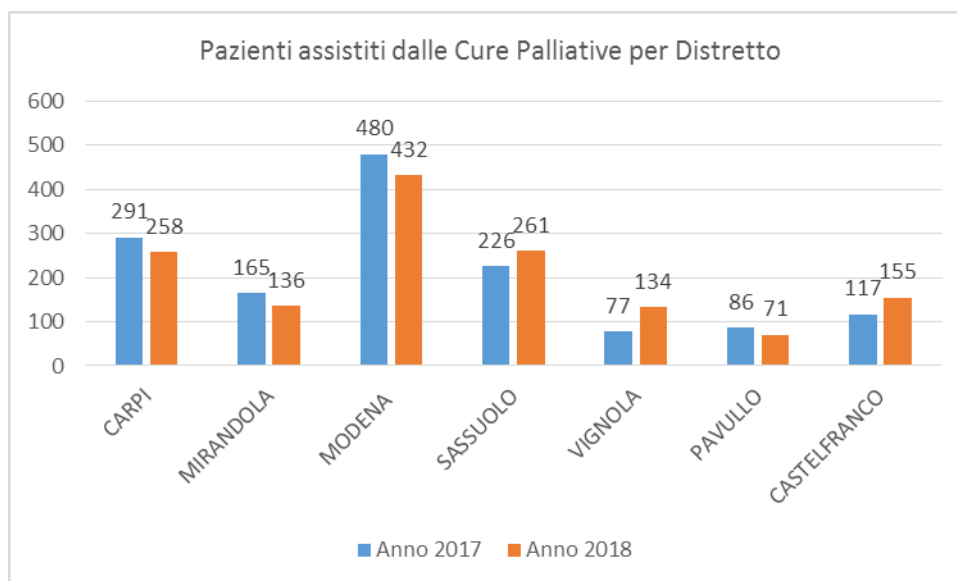


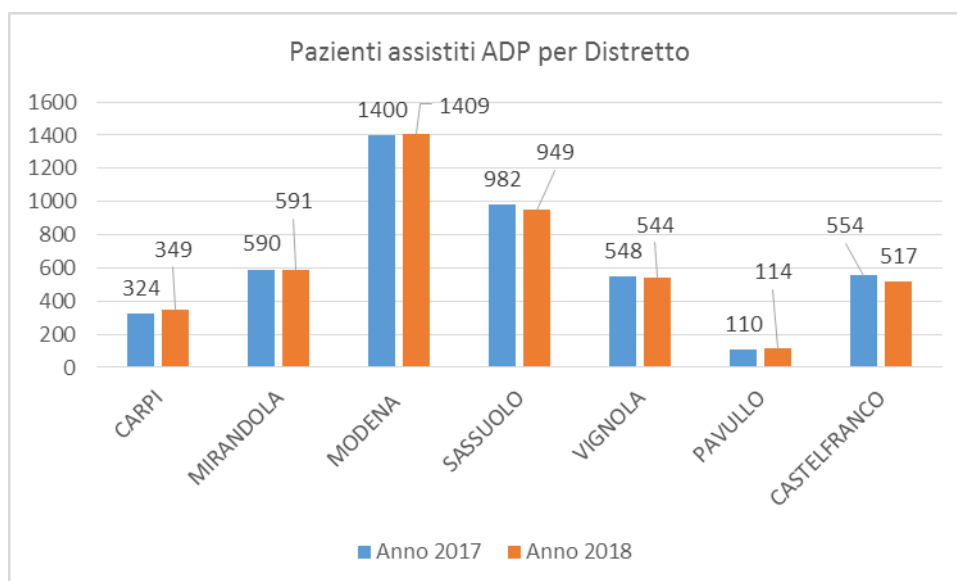
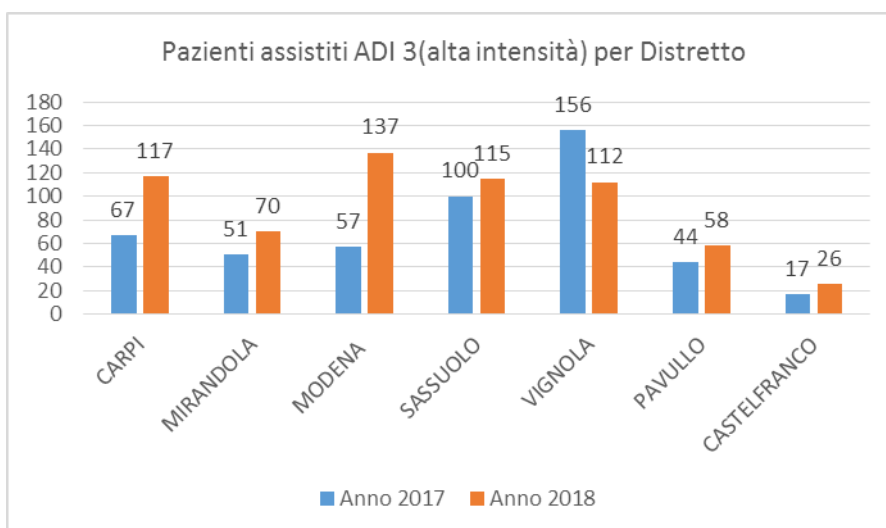
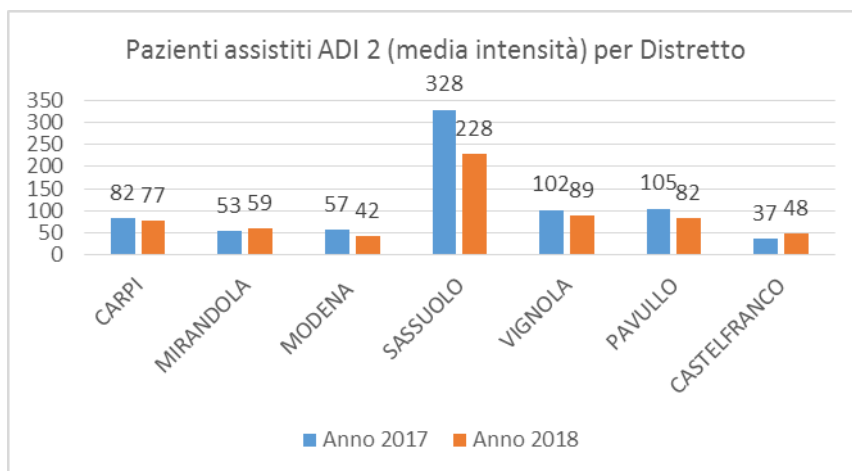
2.2 Assistenza Domiciliare

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 tre livelli di intensità delle cure fornite.

I grafici che seguono mostrano i pazienti assistiti a domicilio suddivisi per tipologia di assistenza e per Distretto nel biennio 2017-2018.





2.3 Gli Ospedali di Comunità

L'OsCo è una struttura dedicata all'assistenza integrata con la rete dei servizi territoriali, in grado di erogare assistenza sanitaria attraverso ricoveri a bassa intensità e di breve durata, con modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione. L'OsCo è dotato di posti letto destinati a pazienti residenti che, pur non presentando patologie acute ad elevata necessità di assistenza medica, non possono essere assistiti adeguatamente a domicilio e risultano per questo spesso impropriamente ospedalizzati. Si accede all'OsCo su richiesta del MMG, dal proprio domicilio, in alternativa all'ospedale, oppure, in dimissione dall'ospedale, al termine della fase acuta e prima di tornare al proprio domicilio.

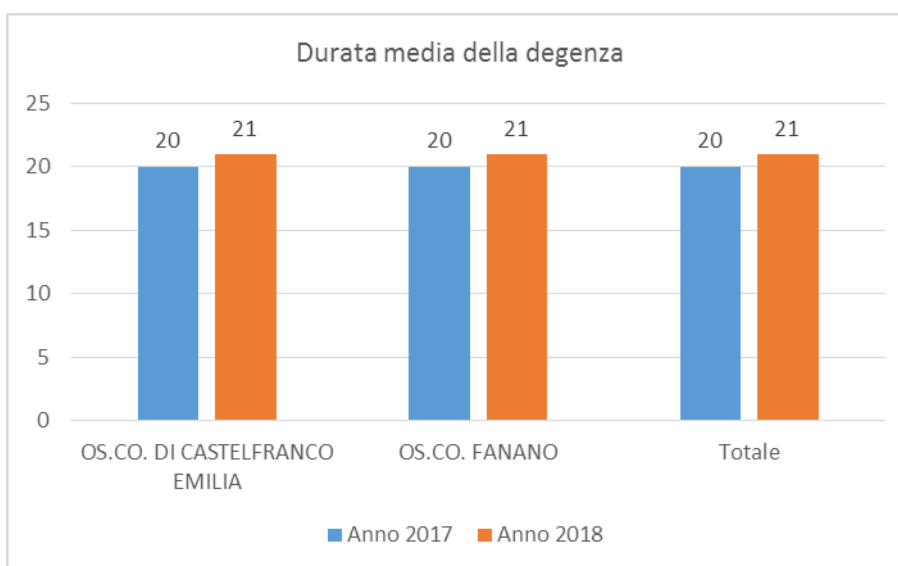
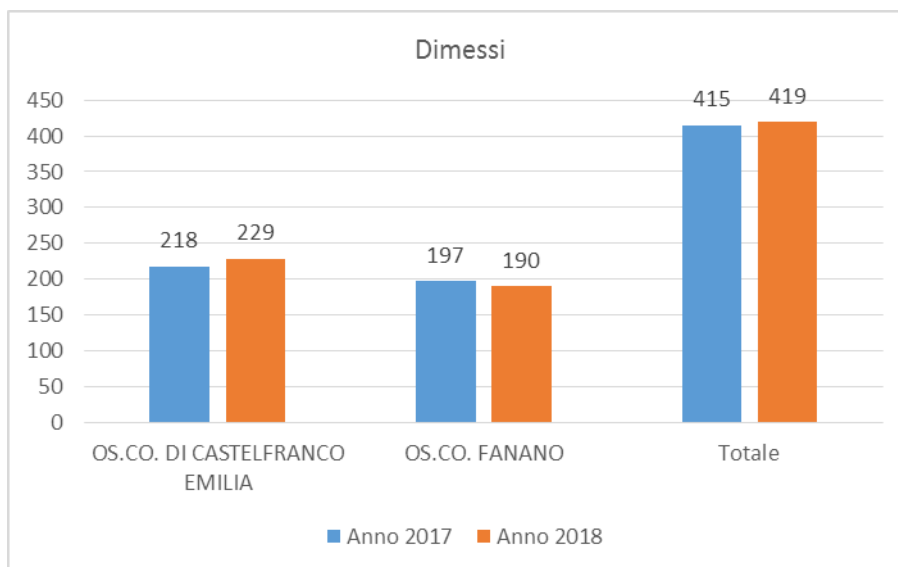
La responsabilità clinica all'interno dell'OsCo viene garantita dai medici di medicina generale. La responsabilità dell'assistenza, della gestione della piattaforma logistica e dell'organizzazione è in capo al coordinatore infermieristico. L'assistenza dei pazienti in OsCo viene garantita dalla presenza infermieristica nell'arco delle 24 ore coadiuvata da personale OSS e altri professionisti quando necessario (es. fisioterapista). Gli infermieri sono responsabili della corretta applicazione del PAI (piano assistenziale individualizzato).

Nell'Azienda USL di Modena, sono attualmente attivi due OsCo, uno a Castelfranco Emilia (17pl attivi, in prospettiva 20pl dopo i lavori di ristrutturazione) e uno a Fanano (15 pl). Nel corso del 2018 è proseguita la progettazione esecutiva dell'OsCo di Mirandola e di Finale Emilia (entrambi già finanziati).

L'OsCo di Castelfranco Emilia è stato realizzato nell'ambito della Casa della Salute Regina Margherita e della trasformazione del precedente Ospedale che prevede anche la costruzione di un Hospice (apertura prevista in autunno 2019). L'OsCo di Fanano è ottenuto dalla trasformazione di letti RSA. L'OsCo in progettazione esecutiva a Finale Emilia è ottenuto dalla trasformazione del precedente ospedale danneggiato dal terremoto.

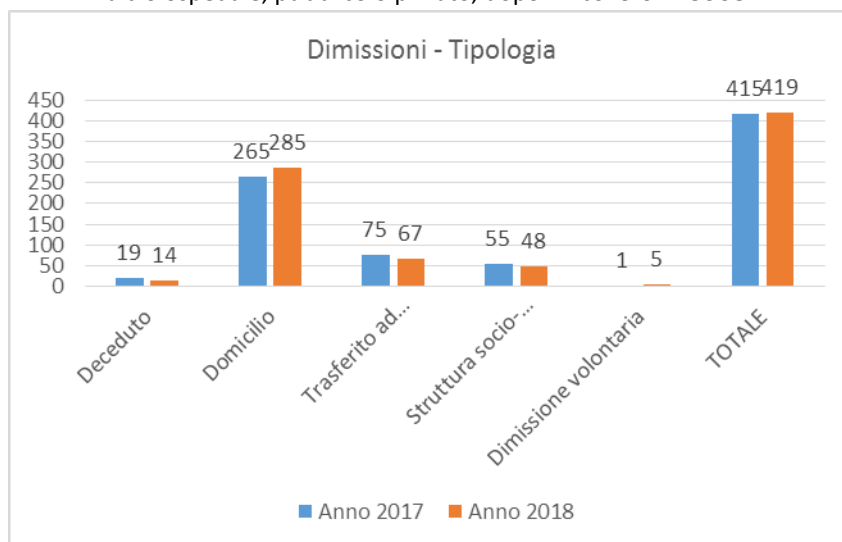
La proposta di ricovero in OsCo è sempre effettuata dall'UVM e sempre gestita dal PUASS. Il PUASS è composto da: infermiere (Case Manager), Medico inviante (se da Ospedale medico di reparto, se da domicilio MMG curante). In caso di bisogni specifici all'UVM di base si aggiungono AS, Fisioterapista, Specialista. Per tutti i pazienti che entrano in OsCo viene effettuata una valutazione multidimensionale e multi-professionale. La multi-professionalità si esprime attraverso l'utilizzo di strumenti validati e condivisi e mediante l'applicazione di una procedura che mette in sinergia e connessione i diversi professionisti, sanitari e del sociale, coinvolti nel progetto del paziente, sia nella fase di accesso che di monitoraggio e dimissione protetta. Questa modalità è risultata funzionale in termini di copertura dei posti letto in tempi congrui al bisogno del paziente.

I pazienti dimessi dagli OsCo della Provincia di Modena sono stati 419 nel 2018, con una degenza media pari a 21 giorni, leggermente superiore al target regionale di 20gg.



La dimissione dei pazienti ricoverati negli Ospedali di Comunità di Fanano e Castelfranco Emilia è avvenuta principalmente per dimissione ordinaria al domicilio del paziente, in aumento rispetto al 2017. Sono in diminuzione i pazienti ricoverati in

altro ospedale, pubblico o privato, dopo il ricovero in OSCO.



2.4 L'assistenza Specialistica Ambulatoriale

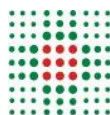
La garanzia del mantenimento dei tempi massimi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica previsti dalla Regione Emilia Romagna per le 42 prestazioni oggetto di monitoraggio è stato un obiettivo prioritario anche per il 2018. I risultati, riportati nelle tabelle sottostanti, mostrano un ulteriore miglioramento in ordine ai tempi di attesa delle visite specialistiche e delle prestazioni diagnostiche sia urgenti, con priorità entro 7 giorni, che non urgenti, con priorità entro 36/60/90 giorni, rispetto a quanto già raggiunto a fine 2016.

Il risultato raggiunto nel dicembre 2018 è il frutto di un percorso iniziato nel 2015, quando il rispetto tempi d'attesa dell'attività specialistica ambulatoriale era garantito entro i tempi previsti dalla normativa (30 gg per le visite, 60 gg per gli esami strumentali) solo per il 58% delle prestazioni, con alcune gravi problematiche riguardanti le visite endocrinologiche, pneumologiche, ginecologiche e la diagnostica pesante. I risultati 2018 (come da DGR n.1056/2015) sono visibili nella tabella seguente (fonte dati SpagoBi RER) e mostrano un sostanziale consolidamento dei risultati già ottenuti nel 2016 per visite e prestazioni ordinarie prescritte con priorità D entro 36/60 giorni.

L'obiettivo, previsto anche dalla Delibera di Programmazione n.919/2018, prevede il raggiungimento di un IP >90% sia per le visite che per le prestazioni di diagnostica (primi accessi). Tale indice si è mantenuto per tutto l'anno costantemente tra il 97% e il 100%.

Nel 2018, continuando quanto avviato l'anno precedente, è stata effettuata un'analisi strategica rispetto alle scelte qualitative di "Make or Buy" per il mantenimento della continuità dell'offerta.

Indice di Performance TDA – Anno 2018



Indice di performance TDA												
Azienda UsI di Modena, Bacino 1, priorità D												
2018												
Raggruppamento MAPS	Num. app.		TDA		Num. app.		TDA		Num. app.		TDA	
	01/01 - 31/03	01/01 - 31/03	01/04 - 30/06	01/04 - 30/06	01/07 - 30/09	01/07 - 30/09	01/10 - 31/12	01/10 - 31/12				
Colonscopia	2.246	100%	1.928	100%	1.726	100%	1.832	99%				
EMG	3.353	100%	3.416	100%	2.789	100%	3.135	100%				
Ecocolordoppler	8.497	100%	8.065	100%	6.350	100%	7.057	100%				
Ecografia Addome	7.824	97%	7.027	97%	6.421	96%	7.301	94%				
Gastroscopia	1.575	100%	1.562	98%	1.029	100%	1.179	100%				
TAC del Capo	549	97%	520	97%	535	97%	643	99%				
TAC Addome	326	99%	289	98%	354	99%	648	100%				
RMN Cerebrale	919	97%	828	99%	878	99%	1.053	98%				
RMN Addome	375	100%	322	98%	357	100%	490	99%				
RMN della Colonna	2.767	99%	2.431	99%	2.250	100%	2.546	97%				
TAC Rachide e Speco Vertebrale	262	99%	268	100%	313	100%	333	100%				
TAC Bacino	22	95%	15	100%	14	93%	38	100%				
TAC Torace	427	98%	370	98%	499	99%	738	99%				
Ecografia Mammella	371	99%	359	100%	407	99%	396	99%				
Ecocolordoppler Cardiaca	3.688	98%	3.059	98%	2.424	98%	3.167	99%				
Elettrocardiogramma	6.950	99%	6.560	99%	5.614	100%	6.558	99%				
Elettrocardiogramma Holter	1.137	100%	822	100%	815	100%	1.012	100%				
Audiometria	1.801	98%	1.698	99%	1.557	99%	1.629	97%				
Spirometria	226	95%	225	100%	155	99%	198	100%				
Fondo Oculare	506	100%	402	100%	343	100%	500	100%				
Mammografia	1.209	100%	1.089	100%	933	100%	1.102	100%				
Ecografia capo e collo	2.981	98%	2.740	97%	2.533	97%	2.784	97%				
Ecografia ostetrica e ginecologica	2.337	99%	1.871	98%	1.773	98%	1.992	99%				
ECG da sforzo	1.019	100%	753	99%	589	100%	840	100%				
RM muscoloscheletrica	2.521	100%	2.549	98%	3.024	100%	3.337	96%				
Visita Oculistica	8.112	97%	7.154	97%	6.413	95%	7.064	94%				
Visita Urologica	1.452	99%	1.398	98%	1.416	99%	1.560	98%				
Visita Fisiatrica	3.389	100%	3.312	100%	2.659	100%	3.311	100%				
Visita Endocrinologica	1.640	99%	1.644	99%	1.305	98%	1.337	98%				
Visita Neurologica	850	98%	898	99%	790	96%	844	94%				
Visita Ortopedica	3.654	100%	3.641	100%	3.397	100%	3.946	100%				
Visita Oncologica	15	100%	16	100%	17	100%	24	100%				
Visita Cardiologica	3.979	97%	4.103	95%	3.053	96%	3.668	96%				
Visita Ginecologica	2.092	100%	1.763	99%	1.581	99%	1.775	97%				
Visita Dermatologica	6.598	99%	5.877	94%	4.713	97%	4.858	97%				
Visita Otorinolaringoiatrica	4.295	98%	4.332	99%	4.030	99%	3.141	94%				
Visita Chirurgia Vascolare	208	100%	230	100%	211	100%	238	99%				
Visita Gastroenterologica	713	100%	786	99%	622	100%	765	99%				
Visita Pneumologica	457	99%	615	100%	693	98%	794	98%				
Visita Diabetologica	952	100%	1.046	100%	799	100%	1.026	99%				
Visita osterica	58	100%	59	100%	50	100%	68	100%				
Visita Senologica	440	100%	365	99%	407	100%	396	100%				

2.5 Prestazioni di ricovero ospedaliero

Nel corso del 2018, si è evidenziata una riduzione complessiva dei ricoveri rispetto al 2017 pari all'1,7%, in calo sia nella componente dei ricoveri ordinari che di Day Hospital, andamento in linea con la riduzione dei ricoveri che si registra a livello regionale.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato (numero ricoveri ordinari x 1.000 residenti), espressione dei ricoveri ordinari e Day Hospital ovunque effettuati da modenesi, evidenzia l'andamento sotto riportato??; il dato 2018 si conferma in progressiva riduzione, che si mantiene inferiore alla media regionale.

Nel 2018 i tempi d'attesa per intervento chirurgico presso le sedi dell'Azienda USL di Modena hanno raggiunto e mantenuto valori di alta performance, in relazione agli standard posti dalla RER come obiettivi. Ciò è stato possibile grazie ad una gestione operativa dei percorsi chirurgici, in base ad una logica "per processi".

L'utilizzo efficiente delle piattaforme chirurgiche è stato possibile anche grazie all'approccio di rete fra l'Ospedale di Sassuolo S.p.A. e gli ospedali di Pavullo e Vignola, consolidatasi nel 2018 per diverse specialità. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha a sua volta contribuito con l'integrazione operativa delle équipes e dell'uso condiviso delle piattaforme operatorie dell'Area Nord (Ospedali di Mirandola e Carpi per ORL e dermatologia), come per la Casa della Salute di Castelfranco Emilia.

La rete degli ospedali modenesi recepisce una logica Hub & Spoke, che consente l'esecuzione degli interventi a bassa - media complessità in prossimità al domicilio e quelli ad alta complessità centralizzati presso gli ospedali di riferimento: Carpi per l'Area Nord e Sassuolo in Area Sud.

Si riportano di seguito le performance registrate dalle Aziende sanitarie modenesi e la media regionale, da gennaio a dicembre 2018.

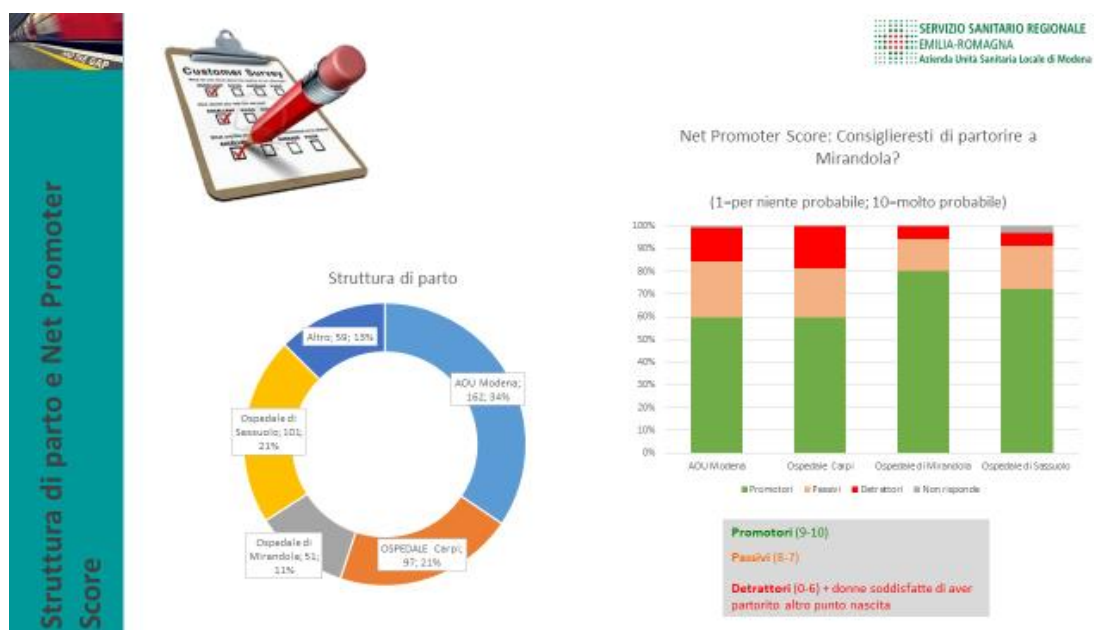
		Gennaio 2018	Febbraio 2018	Marzo 2018	Aprile 2018	Maggio 2018	Giugno 2018	Luglio 2018	Agosto 2018	Settembre 2018	Ottobre 2018	Novembre 2018	Dicembre 2018
104 - Modena (escluso Sassuolo)	N° ricoveri	192	256	259	245	284	311	215	94	217	262	221	238
	% entro la classe	93,8	96,9	98,5	98,4	98,9	98,7	98,1	97,9	97,2	98,5	99,1	99,8
Totale provincia	N° ricoveri	437	543	584	530	606	703	466	229	486	632	519	530
	% entro la classe	72,3	81,2	83,0	87,0	88,1	86,2	91,4	92,6	87,7	84,7	88,1	86,8
RER	N° ricoveri	3.154	3.586	3.974	3.418	3.044	3.870	3.111	1.686	3.297	4.195	3.803	3.315
	% entro la classe	78,1	82,3	84,2	83,9	84,5	85,2	87,3	85,7	81,5	85,3	85,2	86,8

Nel 2018 è stato avviato il progetto della definizione dei kit chirurgici standard che in fase preliminare ha già ricondotto l'anagrafica di tutto lo strumentario pluriuso aziendale in un catalogo unico di presidio ed ha consentito di standardizzare i kit per tutti i blocchi aziendali e sale ambulatoriali. Queste azioni richiedono l'informatizzazione di tutte le centrali di sterilizzazione, già in programma per il 2019.

2.6 Politiche per l'Equità

Health Equity Audit Percorso Nascita

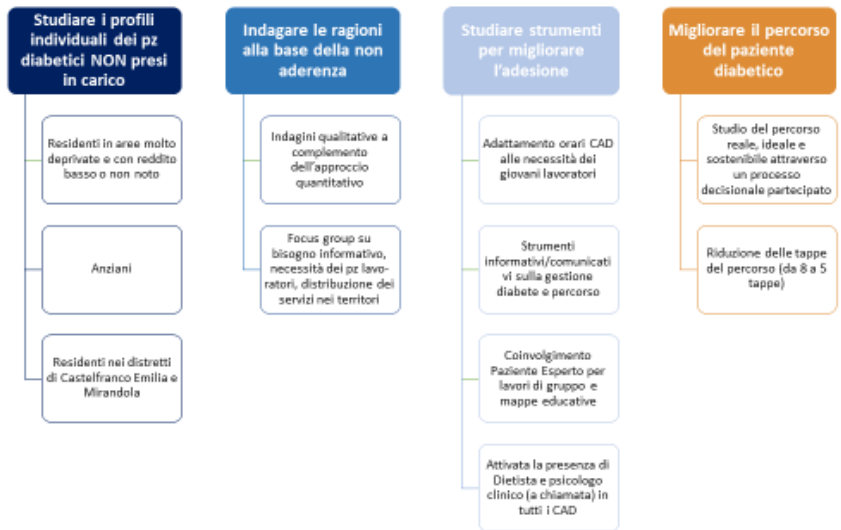
Nel 2018 l'HEA è entrato nella fase di sostenimento delle azioni di miglioramento intraprese e monitoraggio degli indicatori identificati con l'Equity Profile. Sono stati organizzati 2 open day all'Ospedale di Mirandola (il primo in giugno e il secondo in ottobre, in occasione della giornata mondiale dell'allattamento al seno) con la visita del reparto di ostetricia, e con la conoscenza dei professionisti coinvolti e dei servizi territoriali del Percorso Nascita. È proseguita anche l'attività di Customer Experience, con osservazioni mimetiche sui Consulteri e la raccolta di questionari su conoscenza del Percorso Nascita e aderenza. La maggioranza delle rispondenti consiglierebbe molto probabilmente a una persona cara il Punto Nascita in cui ha partorito, in particolare fra le partorienti presso l'Ospedale di Mirandola (80%). Parallelamente, il monitoraggio sui dati quantitativi ha fatto emergere che, nonostante un decremento del numero di partorienti residenti nel territorio del distretto di Mirandola (come in tutta la Provincia), è aumentata la percentuale di quelle che hanno scelto l'Ospedale di Mirandola come sede di parto, dal 61,2% del 2017 al 64,9% del 2018.



Health Equity Audit Percorso Diabete I

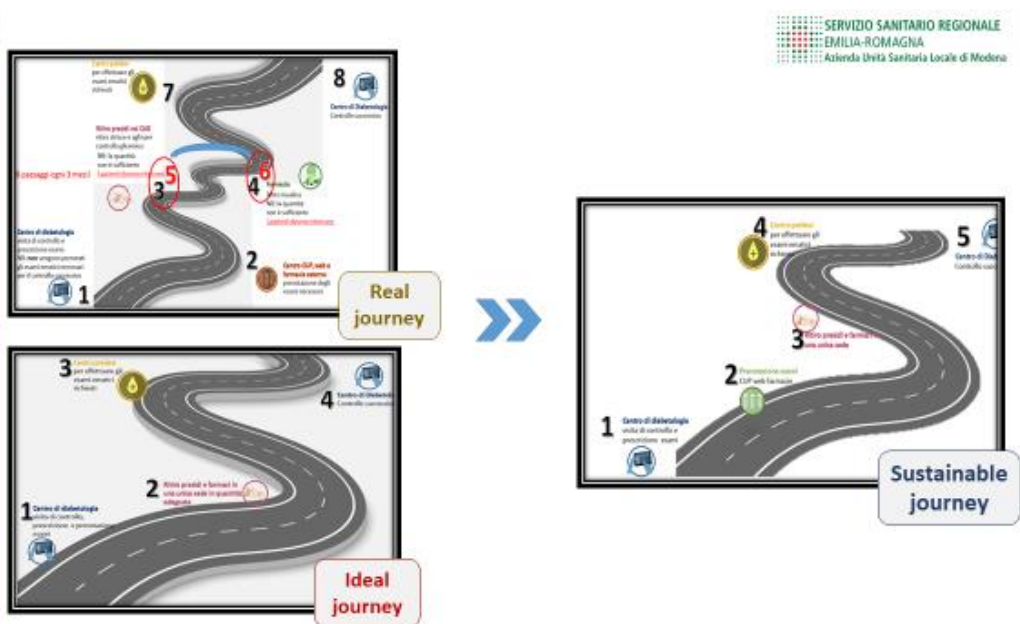
Nel 2018 l'HEA è entrato nella fase di sostenimento delle azioni di miglioramento intraprese.

Areae prioritarie: sintesi dei principali risultati



Fra le azioni maggiormente riuscite, vi è la semplificazione del percorso del paziente attuato dopo una serie di incontri partecipati con gli stakeholder, di seguito una rappresentazione grafica.

Il viaggio del paziente



Inoltre l'esperienza di HEA nell'AUSL di Modena ha supportato l'avvio di altri progetti aziendali quali: il monitoraggio dei consumi dei pazienti con diabete di tipo 1, con particolare attenzione alle variabili di presenza di microinfusore e presa in carico, la creazione di una reportistica aziendale dinamica sulla multicronicità.



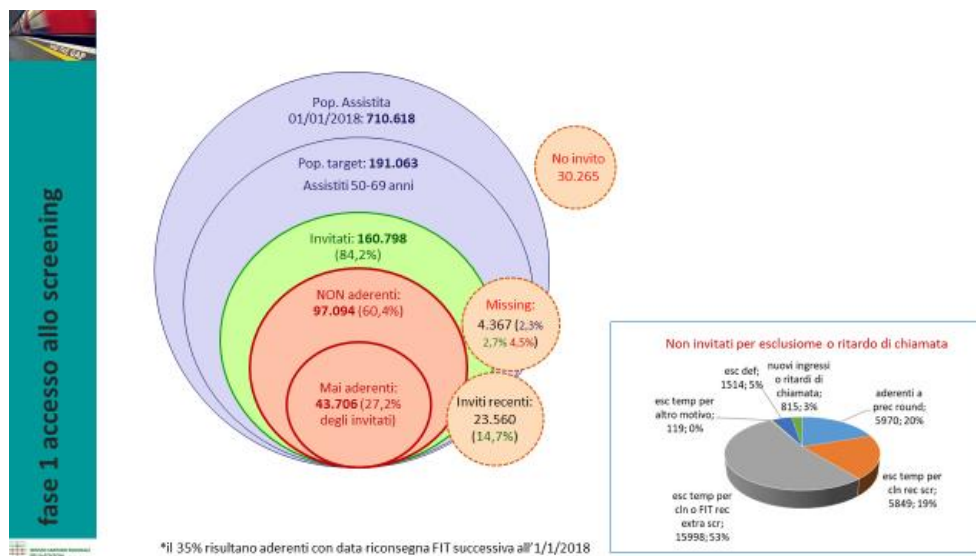
Health Equity Audit PDTA colon retto

Nel corso del 2018 il servizio Equity Management, in collaborazione con altri servizi aziendali (Epidemiologia, Centro Screening, Endoscopia e altri) dell'Azienda USL di Modena ha avviato l'Health Equity Audit del PDTA del colon retto. L'Health Equity Audit è uno strumento di programmazione sanitaria volto a rilevare eventuali disuguaglianze di una specifica popolazione in relazione all'accesso ai servizi sanitari.

La prima fase ha riguardato la definizione del gruppo di lavoro multiprofessionale e delle aree prioritarie di indagine, ovvero: verificare che tutta la popolazione target sia invitata all'esame di screening colon retto, individuare gli aderenti (saltuari e regolari) e i non aderenti all'invito, con particolare focus sui mai aderenti, verificare se le variabili di Equità condizionano la non adesione allo screening, verificare i drop-out fra 1° e 2° livello e fra 2° livello e intervento, individuare gli operati per carcinoma del colon o del retto in età da screening per percorso (screening o extrascreening).

La seconda fase è stata la definizione dell'Equity Profile della popolazione target (assistiti, all'1/1/2018, con età compresa fra i 50 e i 69 anni), dei non invitati all'ultimo round screening (ovvero nei 2 anni precedenti), dei non aderenti e mai aderenti, dei sospesi dall'invito per colonscopia extra-screening recente e dei drop out fra primo e secondo livello, attraverso il collegamento di diverse banche dati cliniche e anagrafiche. Il 15% della popolazione target è risultata non invitata allo screening nell'ultimo round, di cui quasi il 45% risultano sospesi dall'invito per colonscopia recente extra-screening. Tra gli invitati allo screening, il 60% risulta non aderente: questa percentuale comprende una parte di inviti tornati al mittente (2,7% sul totale degli invitati), un 14,7% di persone invitate da meno di 3 mesi (che potrebbe ancora rispondere all'invito) e un 27,2% di mai aderenti allo screening (in presenza di almeno due inviti). Il 95% dei mai aderenti non risulta coperto extra screening (né da FIT né da colonscopia), un terzo di questi ha un'età compresa fra i 55 e i 59 anni e oltre la metà ha una fascia di reddito bassa o molto bassa. Tra gli aderenti allo screening con esame di 1° livello positivo, l'11% rifiuta gli approfondimenti di 2° livello nel percorso di screening (drop out).

Nel corso del 2019 devono quindi essere individuate, e condivise con il gruppo di lavoro, le azioni di miglioramento.

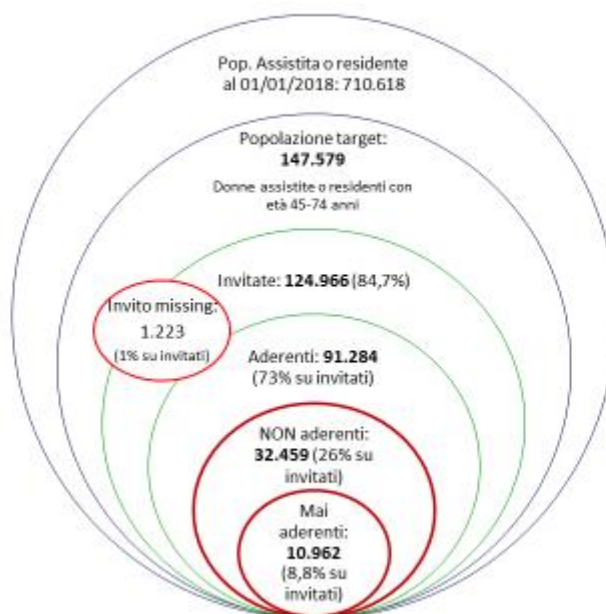


Health Equity Audit PDTA mammella

Nel corso del 2018 il servizio Equity Management, in collaborazione con altri servizi aziendali (Epidemiologia, Centro Screening, Breast Unit e altri) dell'Azienda USL di Modena ha avviato l'Health Equity Audit del PDTA della mammella. L'Health Equity Audit è uno strumento di programmazione sanitaria volto a rilevare eventuali disuguaglianze di una specifica popolazione in relazione all'accesso ai servizi sanitari.

La prima fase ha riguardato la definizione del gruppo di lavoro multiprofessionale e delle aree prioritarie di indagine, ovvero: verificare che tutta la pop. target sia invitata all'esame di screening mammografico, individuare le aderenti (saltuari e regolari) e non aderenti all'invito, con particolare focus sulle mai aderenti, verificare se le variabili di Equità condizionano la non adesione allo screening, verificare i drop-out fra 1° e 2° livello e fra 2° livello e intervento, analizzare il tempo intercorso tra l'esame di 2° livello e l'intervento, individuare le operate per carcinoma alla mammella in età da screening per percorso (screening o extrascreening).

È stata poi iniziata la seconda fase, con la definizione dell'Equity Profile della popolazione target (donne assistite, all'1/1/2018, con età compresa fra i 45 e i 74 anni), delle non invitate all'ultimo round screening e delle non aderenti e mai aderenti, attraverso il collegamento di diverse banche dati cliniche e anagrafiche. Il 15% della popolazione target è risultata non invitata allo screening nell'ultimo round, con un valore particolarmente elevato fra le residenti nel distretto di Mirandola (23,6%). Tra le non invitate all'ultimo round, il 15% circa risultano sospese o escluse dall'invito o nuovi ingresso (meno di 3 mesi) in ritardo di chiamata, mentre il 44%, nonostante sia in ritardo di chiamata, ha già un appuntamento fissato per la mammografia. Tra le invitate allo screening, il 26% risulta non aderente: questa percentuale comprende un 9% di mai aderenti (in presenza di almeno due inviti ricevuti).



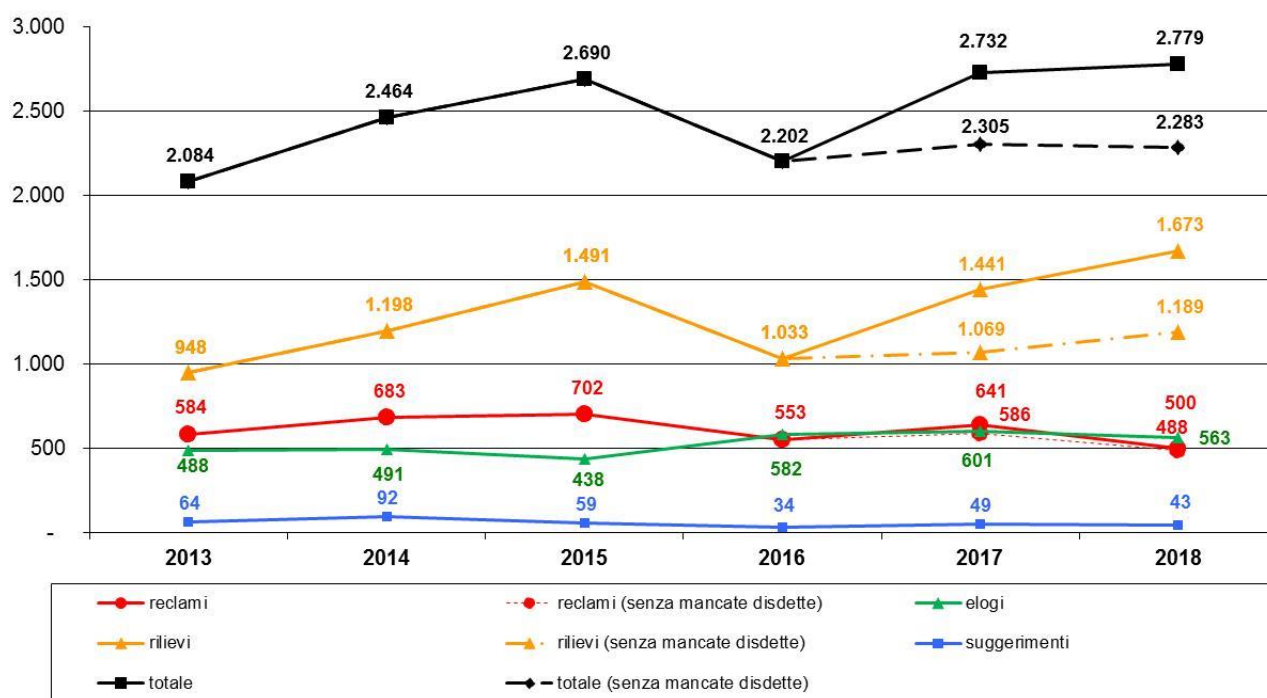
2.7 Le segnalazioni dei cittadini

Nel corso del 2018 sono state presentate 2.779 segnalazioni, di cui il 18% reclami¹, il 60,2% rilievi², il 20,3% elogi e 1,5% suggerimenti. L'andamento delle segnalazioni nel 2018 mostra un lieve aumento nel totale, dovuto a un significativo aumento dei rilievi, a fronte di una leggera diminuzione delle altre tipologie di segnalazione. Resta significativo l'impatto delle lamentele dei cittadini sanzionati per mancata/ritardata disdetta di prestazioni specialistiche ambulatoriali, emerso nel 2017, anno in cui si è dato avvio alla procedura sanzionatoria come disposto dalla legge regionale 2/2016. Tale impatto è ben evidenziato nel grafico seguente: nell'andamento del totale delle segnalazioni, dei reclami e dei rilievi è indicato sia il dato complessivo (linea continua) sia il dato senza le segnalazioni presentate a seguito di sanzione (linea tratteggiata).

Andamento segnalazioni per tipologia – 2013-2018

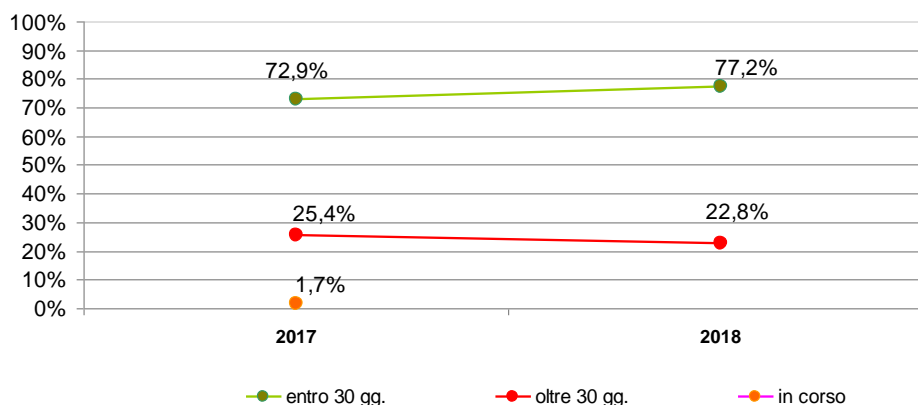
¹ I reclami attivano un percorso formale di valutazione (istruttoria) attraverso l'acquisizione di relazioni o pareri richiesti ai responsabili delle Unità Operative o dei Servizi coinvolti; si concludono generalmente con una risposta scritta al cittadino.

² I rilievi sono inoltrati per lo più in modo informale (verbalmente o telefonicamente), vengono presi in carico dall'URP che li gestisce direttamente, fornendo tempestivo riscontro al cittadino, senza avviare l'istruttoria "canonica" tipica del reclamo. Questa modalità "smart" permette di intervenire rapidamente sulle disfunzioni segnalate, evitando che diventino veri e propri reclami.



Per quanto riguarda i tempi di risposta ai reclami, si può osservare che nel 2018 su 500 reclami, quelli che hanno ottenuto una risposta scritta entro 30 giorni sono il 77,2%, oltre 30 giorni il 22,8%, in miglioramento rispetto al 2017. I tempi di risposta al cittadino dipendono soprattutto dal tempo impiegato dal singolo Servizio/Unità Operativa per condurre le indagini necessarie ad accertare i fatti segnalati e a fornire all'URP una relazione sul caso. La procedura aziendale in vigore stabilisce un massimo di 10 giorni quale termine entro cui fornire la relazione.

Tempi di risposta ai reclami



Il tempo mediano³ per l'anno 2018 è di 12 giorni per le pratiche a cui si è data risposta entro 30 giorni e di 45 giorni per quelle in cui si è superato tale termine.

³ Si considera il valore mediano perché è il meno influenzato dai valori estremi.

3 PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI

I Percorsi Clinico Assistenziali rappresentano una modalità attraverso cui garantire la continuità delle cure, l'omogeneità degli interventi, la qualità del processo di cura, l'equità orizzontale, la trasparenza dell'offerta di servizio, la personalizzazione dell'intervento nel rispetto delle migliori evidenze disponibili, la multiprofessionalità e multidisciplinarietà degli interventi.

Dal 2015 alcuni percorsi sono monitorati attraverso un insieme di indicatori, aziendali, regionali e alcuni nazionali; tali percorsi sono sviluppati prevalentemente a livello interaziendale, proprio per garantire continuità della presa in carico, sia per pazienti cronici che acuti, anche a partire dalle piattaforme produttive individuate. Sono state migliorate le modalità di rilevazione dei dati di attività e di accesso e sono state estese a tutto il percorso, da implementare nei prossimi anni.

Sono stati individuati nel cruscotto direzionale un insieme di alcuni indicatori specifici per percorso, distinti per fase di presa in carico e sintetizzati nella tabella che segue, che riporta i dati indicazione del grado di raggiungimento del livello di performance (graduato da verde: ottimo a rosso: critico).

Nelle tabelle che seguono sono sintetizzati i risultati degli indicatori, per il 2018, calcolati a livello di provincia modenese, includendo quindi i dati di tutti i produttori e non solo dell'Azienda USL (prevalentemente di AOU Policlinico e NOS).

Percorsi clinici – assistenziali - anno 2018

Percorso clinico assistenziale	Valutazione complessiva	Fasi					
		Diagnosi	Pre-ospedalizzazione	Acuta	Post-Acuta/Riabilitativa	Follow-up	Esito
CA Mammella	87%	92% (6 indicatori)	100% (1 indicatore)	100% (4 indicatori)	100% (1 indicatore)	64% (5 indicatori)	100% (1 indicatore)
CA Colon	84%	99% (2 indicatori)	97% (1 indicatore)	75% (1 indicatore)	45% (1 indicatore)	79% (2 indicatori)	100% (1 indicatore)
Percorso nascita	90%		100% (6 indicatori)	82% (5 indicatori)		72% (1 indicatori)	
Ictus	96%	100% (2 indicatori)		100% (2 indicatori)	70% (1 indicatori)	100% (1 indicatore)	100% (1 indicatore)
Frattura del collo del femore nell'anziano	86%	74% (2 indicatori)		100% (3 indicatori)	83% (1 indicatore)	70% (2 indicatori)	98% (1 indicatore)
Scompenso Cardiaco	91%			100% (1 indicatore)		86% (3 indicatori)	

La valutazione interna di questi percorsi mostra un posizionamento complessivo soddisfacente, con percentuali di raggiungimento obiettivi, per gli indicatori utilizzati, sopra al 90% per Scompenso cardiaco, Percorso Nascita e Ictus mentre inferiore per Frattura Femore, Ca Mammella e Ca Colon soprattutto. Questo percorso indica degli elementi di criticità da tenere presenti per avviare un piano di miglioramento già dal 2019. La fase del Follow-up è quella che incontra più criticità e anch'essa richiede un approfondimento specifico.

Analizzando l'andamento della valutazione complessiva del 2018 rispetto al 2017, è possibile osservare:

- un miglioramento rispetto al 2017 dei percorsi Ca Mammella e Ictus,
- per Percorso Nascita e Scompenso Cardiaco una leggera riduzione comunque sempre con un ottimo risultato sintetico
- per Frattura del collo del femore nell'anziano e Ca Colon in peggioramento

Percorso clinico assistenziale	Valutazione complessiva 2015	Valutazione complessiva 2016	Valutazione complessiva 2017	Valutazione complessiva 2018	Trend 18/17
CA Mammella	81%	81%	86%	87%	↑
CA Colon	89%	90%	85%	84%	↓
Percorso nascita	92%	88%	91%	90%	↓
Ictus	96%	92%	94%	96%	↑
Frattura del collo del femore nell'anziano	94%	87%	89%	86%	↓
Scenpense Cardiaco	98%	97%	93%	91%	↓

Per l'Azienda, obiettivo prioritario della implementazione di PDTA è il miglioramento della Patient Experience evitando frammentazioni, inappropriatelyzza, inefficacia e inefficienza degli interventi. Per la realizzazione di PDTA efficaci e in grado di rispondere ai bisogni di salute, è necessario il coinvolgimento e la collaborazione di tutte le strutture sanitarie-sociali con le quali le persone hanno contatto, eliminando quelle che non producono valore e chiarendo obiettivi, responsabilità, tempi e tipologie di intervento. Tale progettazione richiede il coinvolgimento anche dei pazienti stessi e dei caregiver. I PDTA dell'AUSL sono costruiti in modo da garantire un costante adattamento alla realtà locale favorendo una frequente manutenzione e revisione dei contenuti clinico/organizzativi, una costante verifica degli indicatori di efficacia ed efficienza. La presenza di indicatori consente una valutazione sintetica dell'andamento del processo e degli obiettivi. Le dimensioni dei percorsi che sono (in qualche caso saranno) sottoposte a periodiche valutazioni sono:

- modalità di accesso al percorso da parte dei cittadini;
- appropriatezza degli interventi diagnostici, terapeutici e assistenziali (EBM-EBN-EBP-EBHC);
- esito degli interventi erogati (Indicatori-AUDIT);
- equità nel raggiungimento delle diverse fasce di popolazione;
- accoglimento di quanto emerso dalle indagini di customer experience;
- appropriata allocazione delle risorse.

Nella tabella seguente è riportato lo stato di avanzamento delle attività di co-costruzione degli 8 PDTA su cui l'AUSL Modena ha in corso la progettazione nel 2019:

Vertigini	0%
Disturbi cognitivi e demenze	80%
Disturbi spettro autistico	50%
Rete oncologica	60%
Malattia Renale Cronica	70%
Esordi psicotici	80%
Disturbi Specifici Apprendimento	90%

Nutrizione Artificiale Domiciliare	80%
------------------------------------	-----

L'approccio spesso orientato alla cura della singola patologia attraverso l'attivazione di un singolo specifico PDTA rischia, nel caso della persona con multicronicità, di produrre un'assistenza frammentata, erogata da molteplici strutture e professionisti che non interagiscono tra loro. A queste condizioni il meccanismo di presa in carico potrebbe rivelarsi incompleto e poco efficace. Il rischio è di "de-strutturare" la persona nelle singole patologie, fino al punto di poter essere esposta a un numero eccessivo e/o improprio di trattamenti.

Un "corretto sistema di presa in carico" della persona con multicronicità deve prevedere accanto alla presenza dei tradizionali PDTA (DM2, BPCO, SCC, Demenza, Insufficienza renale cronica, Malattia epatica cronica, i principali), la presenza sul territorio di uno specifico Team integrato (MMG e Infermiere cronicità) che segua la persona a garanzia della continuità assistenziale. Il MMG rappresenta storicamente il punto di riferimento per ogni persona assistita.

Sulla base di queste motivazioni, l'Azienda ha iniziato nel 2018 a sviluppare il Progetto Multicronicità, che si propone di implementare il sistema informativo della persona con malattia cronica partendo dalle persone affette da DM2 (percorso già strutturato e articolato), intercettando gradualmente anche i bisogni legati a problemi di scompenso cardiaco cronico e BPCO. Questo avviene attraverso l'utilizzo di strumenti evoluti di analisi dei dati (BI, geolocalizzazione, data analytics e data mining) con un approccio trasversale e inclusivo che consenta una visione dinamica, omnicomprensiva, equa e predittiva del cluster di pazienti multicronici del territorio della provincia di Modena, da parte dei professionisti coinvolti, primi fra tutti i MMG.

L'ottica del progetto è basata sul modello Value Base Healthcare in ambito territoriale, secondo l'approccio tipico di Health Population Management.

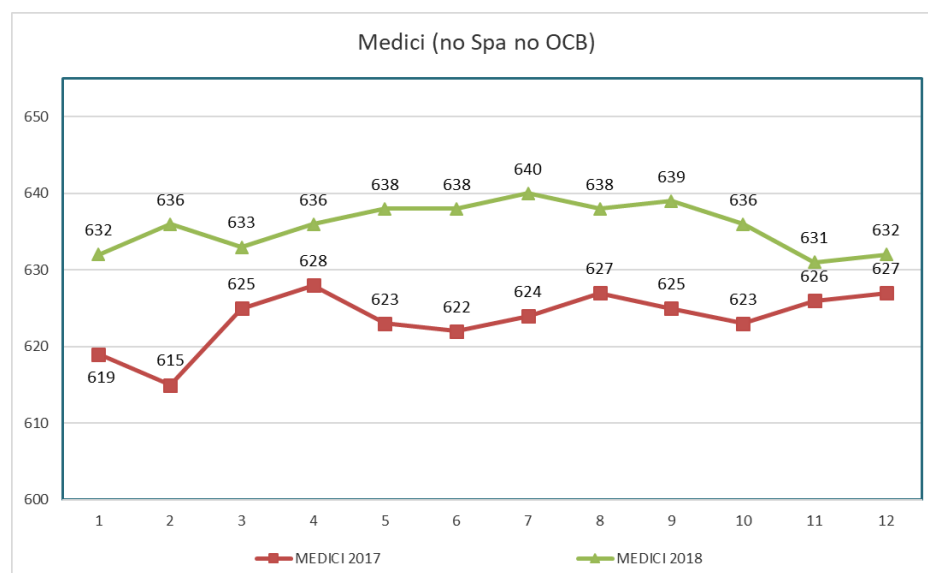
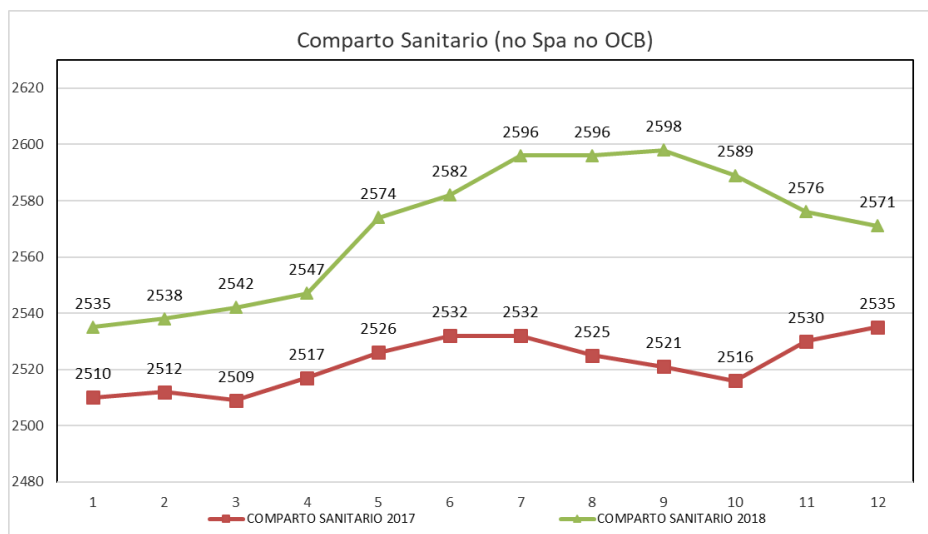
Successivamente saranno intercettati ulteriori bisogni legati alle principali patologie croniche. L'esito atteso è il miglioramento del processo di presa in carico e dell'accessibilità ai servizi attraverso l'osservazione dell'evoluzione dei bisogni socio – assistenziali e sanitari.

4 POLITICHE PER LA VALORIZZAZIONE PROFESSIONALE

L'area della performance delle Politiche per la valorizzazione professionale comprende tutte le politiche che favoriscono lo sviluppo del capitale umano dei professionisti, dalle competenze tecnico-professionali a quelle organizzative, inclusa la collaborazione con i colleghi, la relazione e l'ascolto, l'orientamento al raggiungimento degli obiettivi fino ad includere gli strumenti di valutazione della performance organizzativa e individuale.

La gestione delle risorse umane in Azienda USL di Modena nel 2018 si è caratterizzata per i seguenti aspetti:

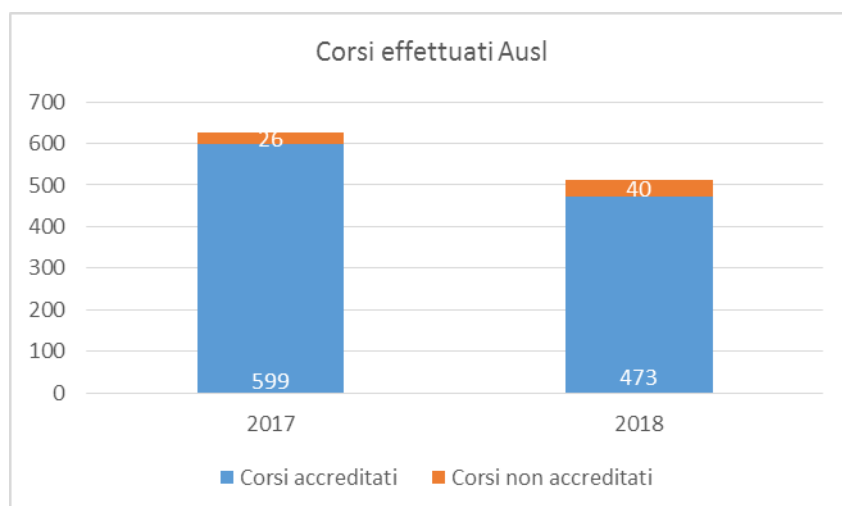
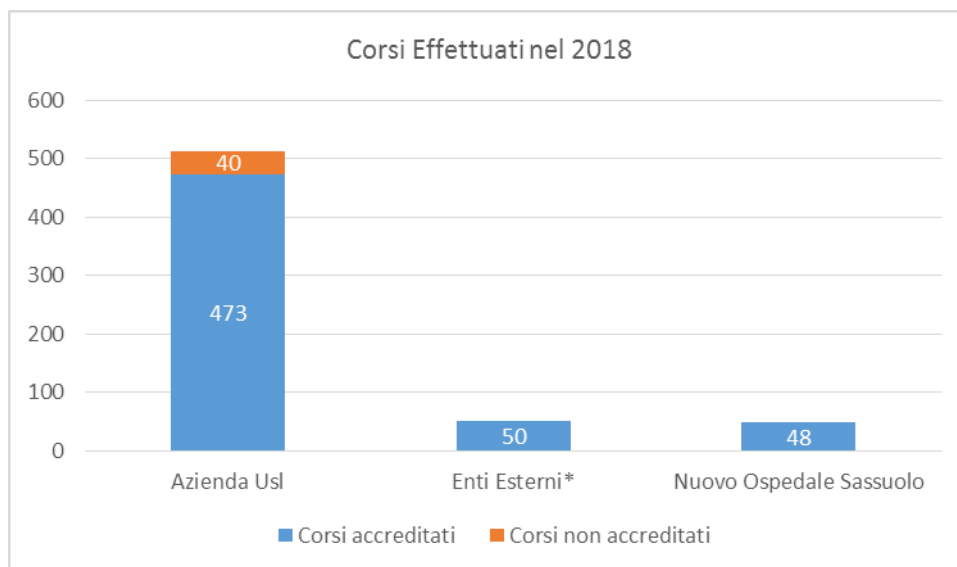
- La revisione del sistema di valutazione annuale di risultato per il personale di tutte e 3 le aree contrattuali attraverso:
 - L'identificazione delle due dimensioni valutative:
 - Performance Organizzativa, che misura il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali, dipartimentali e delle singole strutture;
 - Contributo Individuale, che misura la qualità del contributo di ciascun professionista operante in azienda nel concorrere ai risultati organizzativi ottenuti, per i dirigenti e per il comparto;
 - Relativamente alla Performance Organizzativa, il superamento di ogni forma di acconto sulla retribuzione di premialità (presente in precedenza sia per l'area contrattuale del comparto che della dirigenza medico veterinaria) attraverso la eventuale corresponsione di "ratei infrannuali" sulla base dell'andamento di un panel costituito da una trentina di obiettivi/indicatori derivati dai documenti di programmazione annuale (Budget/DGR Linee di Programmazione) che, monitorati mensilmente, determinano la possibilità e la misura della corresponsione del rateo medesimo;
 - L'adozione di una scheda di valutazione per il Contributo Individuale orientata su alcuni item, differenti nelle 3 aree contrattuali, comunque orientati alla valutazione di aspetti fondamentali per una buona erogazione di servizi quali la flessibilità, le buone relazioni con gli utenti interni ed esterni che hanno caratterizzato la prestazione dei singoli nell'anno trascorso.
- La revisione degli strumenti di valutazione pluriennale e di incarico attraverso l'adozione di nuove schede di valutazione maggiormente coerenti con la finalità del processo e con le previsioni dell'OIV – SSR, articolata su tre aree di competenza: Tecnico-professionale, organizzativo-gestionale e relazionale.
- Un importante investimento sulle risorse umane volto al consolidamento ed al rafforzamento dell'organico aziendale, specialmente dei profili sanitari, anche attraverso la stabilizzazione del rapporto di lavoro per 110 unità di personale nel 2018, prevalentemente appartenenti ai profili clinici e sanitari.
- La politica di investimento sul personale direttamente coinvolto nell'assistenza, come si evidenzia dai grafici che seguono, ha visto un costante incremento rispetto all'anno precedente:



- La sistematizzazione dell’iniziativa formativa dedicata ai neo assunti “Welcome Day” che, articolata in 4 edizioni 2018, ha visto il coinvolgimento di 81 professionisti. L’evento formativo ha come principali obiettivi:
 - Offrire un momento di socializzazione organizzativa;
 - Seminare senso di appartenenza e valori;
 - Offrire strumenti di conoscenza dell’Azienda, dei suoi processi e delle modalità di funzionamento fondamentali.

Nel Piano Aziendale della Formazione 2018, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 150 del 15/06/2018 erano previsti 675 corsi, dato allineato ai 625 svolti nel 2017, in 1.643 edizioni. In corso d’anno sono state previsti ulteriori 34 corsi (con 77 edizioni programmate) in integrazione al PAF 2018 (Corsi su mandato della RER, corsi in risposta agli obiettivi della DGR 919/18, altri su bisogni professionali specifici ed ulteriori delle strutture) autorizzati con Delibera del Direttore Generale n. 49 del 11/02/2019.

Nell’anno 2018 il Provider Azienda USL di Modena ha accreditato complessivamente n. 571 corsi (dei quali 473 corsi erogati dall’Azienda USL, 50 corsi erogati da Enti Esterni e 48 corsi erogati dall’Ospedale di Sassuolo Spa) mentre ne sono stati svolti in Azienda 510, di cui 473 accreditati e 40 non accreditati.



Analizzando i dati relativi ai soli corsi USL, nel corso del 2018 sono state progettate 1.314 edizioni, delle quali ne sono state svolte 1.077 pari all'82% (nel 2017 si erano svolte l'88% delle edizioni programmate). Tra le edizioni svolte (1.077) per 1.027 è stato richiesto l'accREDITAMENTO ECM; mentre 50 si sono svolte senza accREDITAMENTO ECM. La tipologia di formazione è riportata nella tabella sottostante che indica la varietà di metodi formativi utilizzati in Azienda e la rilevanza della metodologia FAD (50 edizioni anche nel 2017).

TIPOLOGIA	TOTALE
Convegno senza verifica apprendimento	4
Formazione Residenziale	535
Formazione Residenziale Interattiva	174
FAD con strumenti informatici/cartacei	1
FAD E-learning	50

Formazione sul Campo: Gruppo di miglioramento o di studio	208
Formazione sul Campo: Training Individualizzato	105
Totale edizioni	1.077

Nel 2018, gli eventi organizzati dalla Azienda hanno registrato 28.815 partecipazioni da parte di operatori dipendenti e non dipendenti (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali, operatori di ospedali privati accreditati, liberi professionisti). A queste vanno aggiunte, inoltre, 1.393 partecipazioni in edizioni svolte presso il Nuovo Ospedale di Sassuolo e 1.819 partecipazioni in edizioni svolte presso Enti Esterni di cui la Funzione Formazione segue le procedure di accreditamento. In Azienda sono presenti 3.429 operatori con obbligo di acquisire i crediti formativi, di questi 1.993, pari al 58%, hanno raggiunto nell'anno almeno 25 crediti (è sempre stato considerato il minimo di crediti per anno in assenza di riduzioni) solo con la formazione interna.

5 PERFORMANCE MANAGEMENT PER LA CREAZIONE DI VALORE

Le attività intraprese dall'Azienda e rendicontabili nell'area del performance management riguardano lo sviluppo di strumenti in grado di indirizzare le attività verso il raggiungimento di risultati "value-based" per il sistema, la collettività, i professionisti, aumentando la propensione alla valorizzazione dell'esperienza dei pazienti, alla personalizzazione delle risposte e alla capacità di cogliere tempestivamente il mutamento dei bisogni della collettività.

5.1 Progetto di gestione unica AOU Policlinico di Modena – Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino Estense (NOCSAE)

Il progetto di sperimentazione della gestione unica del NOCSAE dal parte dell'AOU Policlinico di Modena è stato avviato dalla RER su proposta della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) della Provincia di Modena, con la DGR 2092/2015, con i seguenti obiettivi: "evitare la crescita dell'offerta ospedaliera complessiva oltre i fabbisogni individuati dalla programmazione e la duplicazione dell'offerta stessa, realizzando coerentemente agli obiettivi della programmazione regionale la concentrazione della attività ospedaliera, ottimizzando la qualità e la sostenibilità economica dei percorsi assistenziali".

La successiva DGR 1004/2016 del 28/6/2016 ha dettagliato il progetto, la cui progettazione e realizzazione ha rappresentato per l'AUSL un impegno importante per il triennio.

La gestione unica è stata attivata il 01/01/2017, con il trasferimento all'AOU di Modena del patrimonio di tutta l'area ospedaliera di Baggiovara (Ospedale, Centro Servizi e pertinenze in generale), l'assegnazione temporanea del personale già addetto alle funzioni presenti e svolte presso l'Ospedale, il passaggio di altro personale addetto a servizi "trasversali", il trasferimento dei contratti di fornitura dei beni e servizi utili all'attività ospedaliera. Entro il perimetro fisico dell'ospedale di Baggiovara, l'AUSL ha mantenuto il Laboratorio e il SPDC del Dipartimento di Salute Mentale con 20 posti letto.

Il personale e le unità organizzative sono oggetto di assegnazione temporanea all'AOU dal 1/1/2017 (Delibera 308/2016 "Assegnazione temporanea all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena del personale dell'Azienda USL assegnato al NOCSAE di Baggiovara ai sensi della DGR n. 1004 del 28.06.2016" e Delibera 5/2017 "Gestione unica tra Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino Estense (NOCSAE) e Policlinico di Modena" che, ai sensi della LR n.43/2001, prevede il mantenimento del rapporto giuridico del personale con l'Azienda USL, mentre il rapporto funzionale e gerarchico è posto in capo all'AOU, in virtù del potere datoriale attribuito al Direttore Generale della stessa.

Con la DGR 2024 del 26/11/2018 ad oggetto "Conclusione della sperimentazione gestionale per la gestione unica fra l'Azienda USL di Modena – Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino Estense con sede a Baggiovara – e l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena", di cui alla DGR 1004/2016", è stato approvato il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti e rendicontati e quindi la conclusione della sperimentazione. La LR 24 del 27 dicembre 2018, all'art. 25 approva il conseguente riassetto dell'AOU MO e dell'AUSL di Modena con il passaggio dell'ospedale di Baggiovara e di tutti i provvedimenti attuativi dell'operazione e stabilisce che il personale attualmente in assegnazione temporanea venga trasferito dall'AUSL alla AOU in data 1/1/2020 o anche in data antecedente, da stabilire con un atto della Giunta.

5.2 Il Piano di riordino della rete dei Servizi: Delibera CTSS 6 giugno 2017

La delibera n. 7 della CTSS del 6/6/2017 "Dal PAL verso una rete ospedaliera provinciale integrata" ha approvato il Piano di Riordino della Rete dei Servizi per la revisione della rete dei servizi ospedalieri, e territoriali, che include la gestione unica dell'Ospedale di Baggiovara da parte del Policlinico di Modena (DGR 1004/2016).

Per la realizzazione degli obiettivi condivisi, l'Azienda USL di Modena ha avviato una programmazione delle attività entro un orizzonte temporale 2017-2019.

Con il Piano di Riordino, l'Azienda ha riletto l'intera offerta provinciale ribadendo la mission di azienda territoriale della AUSL, mantenendo il ruolo di gestore dei 4 ospedali della rete aziendale, ma al contempo ridefinendo il profilo distintivo di azienda sanitaria territoriale.

L'Azienda quindi ha definito dei "sotto-progetti" in linea con gli obiettivi del Piano di Riordino della rete dei servizi a ciascuno dei quali è stato assegnato un Project Manager, coordinati dalla Direzione Strategica.

Entro questo stesso approccio di Project Management, l'Azienda USL ha inserito un ulteriore progetto per la gestione delle attività relative alla realizzazione ed allo sviluppo del nuovo Laboratorio Metropolitano "BLU" e ad attività ad esso correlate, visto il notevole impatto dello stesso sull'attività aziendale (Prj 5).

I Progetti che compongono la realizzazione del Piano di Riordino sono pertanto i seguenti, con l'indicazione delle principali linee di lavoro nelle quali si realizzano:

Progetto di riordino della rete di servizi: 5 progetti aziendali

Prj1 - Pavullo	Prj2 - Vignola	Prj3 - Area Nord	Prj4 - Rete attività territoriali	Prj5 - Laboratorio
<ol style="list-style-type: none"> Emergenza Urgenza Ampliamento del Pronto Soccorso; Sistema Emergenza Territoriale 118: incremento automedica H24 con Medico e Infermiere; Progetto ellisoccorso H24; Chirurgia Generale - Ortopedica <ul style="list-style-type: none"> Sviluppo piattaforma chirurgia generale (utilizzo della piattaforma operatoria da parte dell'Equipe di Sassuolo); Riorganizzazione delle attività di chirurgia ortopedica Percorso Nascita. 	<ol style="list-style-type: none"> Chirurgia Generale <ul style="list-style-type: none"> Funzione di week surgery multispecialistica per patologie di media - bassa complessità; Sviluppo ambulatorio chirurgico (utilizzo della piattaforma operatoria da parte dell'Equipe di Sassuolo); Medicina d'Urgenza <ul style="list-style-type: none"> Medicina d'urgenza: area di degenza con 8 PL; Rete Ortopedica <ul style="list-style-type: none"> Riorganizzazione delle attività di chirurgia ortopedica Attivazione auto medica H24 con medico e infermiere; Oncologia Day Service: integrazione con UO Oncologia di Sassuolo; Cure di fine vita 	<ol style="list-style-type: none"> Integrazione Clinica/Percorsi; Condivisione piattaforma chirurgiche e sviluppo rete chirurgica; Integrazione Ortopedia; SPDC - RTI; OSAS; Nascere a Mirandola (deroga); Progetto Riabilitazione (trasformazione PL cod. 60). 	<ol style="list-style-type: none"> Piattaforma operativa chirurgia ambulatoriale - Castel Franco Emilia (collaborazione tra AUSL e AOSP); Casa della Salute in fase di programmazione e in fase di valutazione: dare valore. Ospedali di Comunità in fase di programmazione; Hospice in fase di programmazione (Area Nord - Area Centro - Area Sud). 	<ol style="list-style-type: none"> Implementazione nuovo laboratorio Metropolitano BLU <ul style="list-style-type: none"> Realizzazione della piattaforma della diagnostica di laboratorio nell'area provinciale modenese; Attività diagnostiche decentrate: <ul style="list-style-type: none"> Accesso immediato e diretto alle prestazioni diagnostiche di laboratorio; Trasferimento alla pratica clinica della innovazione diagnostica; Prevenzione del rischio clinico; Sviluppo delle attività diagnostiche decentrate nella rete delle cure primarie.

Di seguito sono sintetizzati i risultati raggiunti con la fine del 2018 dei progetti avviati:

Prj 1 - Pavullo

Emergenza - Urgenza

Il potenziamento della rete EU è avvenuto secondo quanto indicato nel documento di riorganizzazione della rete provinciale approvato dalla CTSS il 6 giugno 2017:

- aspetti strutturali:
 - ristrutturazione completa del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Pavullo con raddoppio dell'area disponibile. La gara di appalto si è completata ed i lavori sono stati assegnati. L'intervento prevede il temporaneo spostamento del PS in altra sede, che avrà inizio entro il mese di febbraio 2019 con la realizzazione del PS provvisorio, il cui completamento è previsto entro maggio 2019. Seguirà il trasferimento dell'attuale PS nella sede provvisoria.
- aspetti operativi:
 - Pronto Soccorso-118 Ospedale di Pavullo. Interventi attuati:
 - estensione oraria della funzione di triage h 24;
 - completamento dell'organico medico;

- individuazione del nuovo Responsabile medico della Struttura Semplice Dipartimentale;
 - acquisizione e inserimento di 6 infermieri per la funzione di triage (e automedica);
 - elaborazione procedure legate alla gestione delle urgenze ostetriche, formazione specifica nella gestione del travaglio di parto sul territorio e in PS degli operatori del PS, del Servizio di Anestesia e Rianimazione, dell'UO di Ostetricia e Ginecologia, del Consultorio e della UO di Pediatria.
- Rete 118 territoriale:
- attivata l'automedica h24 presso PS Pavullo;
 - attivata postazione infermieristica 6 h/die x 5 gg/settimana a Polinago;
 - è stata avviata anche la progressiva copertura infermieristica notturna h 12 nel sub-ambito dell'Alto Frignano con postazione Riolutato in collaborazione con le AAV locali.

Per quanto riguarda la realizzazione di elisuperfici e aree di atterraggio notturno, risultano attive l'elisuperficie di Pavullo e le aree di atterraggio notturno di Pievepelago, Fiumalbo, Sestola, Fanano, Serramazzoni oltre a tre aree aggiuntive situate nel comprensorio sciistico del Cimone.

Chirurgia Generale – Ortopedica

Da fine 2017 è stato avviato un programma di collaborazione fra l'AUSL di Modena e l'Ospedale di Sassuolo finalizzato allo sviluppo delle attività di chirurgia generale sulle piattaforme operatorie di Pavullo e di Vignola anche al fine di perseguire l'obiettivo regionale indicato dalla DGR 272/17 sul rispetto dei tempi di attesa fissati per gli interventi di chirurgia programmata.

Le attività chirurgiche vengono programmate da parte dei chirurghi mantenendo il più possibile la prossimità rispetto al luogo di residenza dei cittadini (per tipologia di intervento e per condizioni del paziente). Il programma, avviato a fine 2017, ha determinato un notevole incremento degli interventi di chirurgia generale, sia ambulatoriali complessi (ricongruiibili alle riparazioni di ernia inguinale o ombelicale con protesi) che in regime di ricovero ordinario e in day surgery (interventi per ernia e colecistectomie laparoscopiche).

Tale attività ha consentito di migliorare l'utilizzo della capacità produttiva delle piattaforme chirurgiche esistenti nonché abbattere sensibilmente le liste di attesa dei pazienti per gli interventi interessati. La riorganizzazione del governo delle liste d'attesa ha consentito inoltre un netto miglioramento delle performance. A Pavullo la % di realizzazione di interventi chirurgici nei tempi massimi previsti dalla classe di priorità dell'intervento è passata dal 87% a dicembre 2017 al 100% del dicembre 2018 (stabile da Agosto 2018).

La disponibilità delle piattaforme andrà a pieno regime a seguito del completamento dei lavori di ristrutturazione delle sale operatorie di Pavullo, ma a tutt'oggi è assicurata la piena funzionalità delle discipline chirurgiche, grazie alla stretta collaborazione con Vignola, fin dal servizio di prericovero, primo riferimento per pazienti e caregiver.

Percorso Nascita

Le azioni per il mantenimento della qualità e sicurezza del percorso nascita nel Distretto di Pavullo, al superamento della funzione assistenza al travaglio-parto del Punto Nascita dell'Ospedale di Pavullo a ottobre 2017, sono state inserite in un percorso di integrazione funzionale con il servizio Salute Donna, risultando imprescindibile infatti il coinvolgimento delle strutture territoriali di tutta l'area Sud. La creazione di protocolli condivisi con i centri Hub (Sassuolo e Policlinico di Modena), la collaborazione con il 118, il Pronto Soccorso e con la Pediatria inoltre hanno rafforzato gli aspetti di sicurezza definiti e richiesti nell'assistenza alla donna gravida e al neonato.

Particolare importanza ha rivestito e riveste la formazione teorico-pratica di tutti gli operatori volta ad acquisire e mantenere nuove competenze in un mutato assetto assistenziale ivi compreso il coinvolgimento di tutte le associazioni che attualmente, sul territorio, lavorano a sostegno della salute di madre e del neonato.

Il mantenimento della presenza medica nelle fasce diurne e di quella ostetrica h-24 che continuano ad operare in stretta collaborazione con la Pediatria, il Pronto Soccorso, il Servizio di Anestesiologia e il Sistemi dell'Emergenza-Urgenza, nonché il continuo collegamento funzionale con i Punti Nascita di riferimento, hanno permesso di perseguire gli obiettivi sopracitati.

Le principali azioni intraprese sono state:

- Anagrafe di tutte le donne in gravidanza e geo-localizzazione della residenza per individuare eventuali difficoltà di accesso ai servizi sia programmati che in urgenza;
- Istituzione di consulenze ostetriche presso le Case della Salute di Pievepelago e Fanano;

- Primo colloquio informativo in gravidanza (possibilmente entro la 9/10 settimana) offerto attivamente, col coinvolgimento dei MMG e dei PLS, a tutte le donne in gravidanza, comprese le donne che saranno assistite da libero professionisti;
- Presa in carico e assistenza alla gravidanza in collaborazione con i servizi territoriali secondo il profilo di rischio ostetrico con contatti programmati trimestralmente per il monitorizzare l'andamento clinico e le eventuali problematiche emergenti. Tale presa in carico e assistenza risultano essere ad oggi potenziati relativamente a tutte le prestazioni diagnostico-assistenziali al fine di offrire in loco l'intero pacchetto assistenziale della gravidanza. Tale offerta ha permesso di limitare se non annullare la mobilità per prestazioni connesse alla gravidanza per tutte le donne residenti nel distretto di Pavullo, valorizzando al tempo stesso il lavoro di monitoraggio, sorveglianza e messa in sicurezza di tutte le gravidanze. In questo ambito si inserisce l'aumento dell'offerta di due esami di fondamentale importanza nell'assistenza alla gravida:
 - ecografie ostetriche del I°, II°, III° trimestre;
 - test combinato.
- Colloquio e offerta di visita ostetrica da eseguirsi tra 32 e 35 settimane al fine di creare il collegamento assistenziale con il punto nascita scelto dalla donna per l'espletamento del parto anche attraverso protocolli concordati con i punti nascita medesimi;
- Collegamento funzionale con gli ambulatori della gravidanza a rischio dei centri HUB per tutte quelle pazienti con alti livelli di rischio in gravidanza, fermo restando la garanzia di una assistenza in loco per le pazienti che presentano livelli di rischio di media intensità (ipertensione lieve, diabete gestazionale, ecc) al fine di limitare al massimo la mobilità delle pazienti;
- Consulenza ostetrica in gravidanza e nel post parto sia telefonica che ambulatoriale a richiesta della donna h/24;
- Proposta di ospitalità gratuita per partorienti (ed eventuale partner) presso strutture ricettive per cui è stata attivata un'apposita convenzione nei pressi dei Punti Nascita di Sassuolo e Policlinico di Modena nell'imminenza del parto, al fine di ridurre eventuali problematiche logistiche-gestionali (lontananza residenza-Punta Nascita, clima avverso in grado di rendere difficoltoso l'accesso).

Nell'ottica di salvaguardare il benessere materno e neonatale durante tutto il percorso nascita e quindi anche dopo il parto, sono stati valorizzati, attraverso un ampliamento ed un potenziamento dell'offerta, tutti quegli interventi di messa in sicurezza della diade madre-bambino attraverso:

- Dimissione protetta con il sostegno dell'ostetrica attraverso un puntuale progetto di cura nel puerperio;
- Dimissione del neonato con già fissato l'appuntamento col pediatra per la visita nella prima settimana di vita e comunque con le tempistiche definite dai colleghi ospedalieri. Alla donna viene infatti garantita una visita entro le 72 ore dalla dimissione con visite successive anche a domicilio entro i 30 giorni del post-partum con frequenza calendarizzate a seconda dei diversi casi e contesti: Progetto "Puerperio insieme";
- Dimissioni protette madre bambino nelle gravidanze multiproblematiche (potenziamento dell'intervento attualmente presente);
- Consulenza e sostegno allattamento al seno;
- Consulenza ostetrica e promozione della ripresa della funzionalità del piano perineale;
- Potenziamento dell'offerta dei corsi di accompagnamento alla nascita e degli incontri nel post parto quali strumenti importanti della promozione del benessere della madre e del bambino: promozione rivolta anch'essa al miglioramento della sicurezza in gravidanza, parto e puerperio.

Sono stati messi in campo una serie di interventi in stretta collaborazione con il Pronto Soccorso, il 118 e i centri HUB per la gestione delle emergenze ostetriche. Tali interventi sono sintetizzabili in:

- presenza ostetrica h24 presso l'Ospedale di Pavullo, sia per eventuali interventi in PS che per trasporto/accompagnamento di partorienti al Punto Nascita;
- definizione di idonee procedure per la gestione di EU ostetriche in PS e formazione del personale di PS-118;
- definizione di idonee procedure di indirizzo della gravida verso il Punto Nascita sulla base del rischio della paziente, stato del travaglio, area geografica;
- potenziamento della rete 118 per garantire una miglior gestione territoriale con l'aggiunta di:
 - da settembre 2017, automedica presso il PS di Pavullo;
 - da maggio 2018, auto-infermieristica notturna a copertura dell'Alto Frignano da maggio 2018.

- da maggio 2018, parziale infermierizzazione diurna dell'ambulanza con soccorritori di Polinago;
- da ottobre 2017, monitoraggio di tutti gli eventi ostetrici gestiti sul territorio e/o in PS.

Prj 2 - Vignola

Attività chirurgica

Da fine 2017 è stato avviato un programma di collaborazione fra l'AUSL di Modena e l'Ospedale di Sassuolo finalizzato al riordino ed allo sviluppo delle attività di chirurgia generale sulle piattaforme operatorie aziendali dell'area Sud -, Pavullo e di Vignola, che si è consolidata nel 2018 con la creazione di una Struttura Complessa di Chirurgia Generale Sassuolo e Area Sud, con una direzione unica per i tre Ospedali.

Il programma, avviato a fine 2017, ha determinato nel 2018 un notevole incremento degli interventi di chirurgia generale, sia ambulatoriali (riconducibili alle riparazioni di ernia inguinale o ombelicale con protesi) che in regime di ricovero ordinario e in day surgery (interventi per ernia e colecistectomie laparoscopiche).

A Vignola si è registrato un trend in costante aumento della % di interventi effettuati nei tempi previsti dalla classe di priorità dal 73% di gennaio 2017 al 98% di dicembre 2017, valore poi attestato stabilmente al 100% da Maggio 2018.

Presso il Blocco operatorio dell'Ospedale di Vignola è già attiva una colonna laparoscopica che consente di effettuare interventi di Chirurgia Generale con una visione ottimale grazie alla telecamera 4k. Gli interventi che vengono eseguiti a Vignola mediante l'utilizzo di questa colonna sono colecistectomie, ernie inguinali, ombelicali e laparoceli in laparoscopia, ma è già in progetto un'estensione del suo utilizzo per interventi di otorinolaringoiatria (Functional Endoscopic Sinus Surgery e miringoplastica).

Presso il Day service oncologico – prima facente capo all'Ospedale di Sassuolo e acquisito a novembre 2017 dall'Azienda USL – si è assistito negli ultimi anni a un positivo incremento degli accessi oltre a un miglioramento dei servizi. Da aprile 2018 è stata infatti attivata la Commissione invalidi per accertamento Disabilità per patologia oncologica, grazie alla collaborazione fra Oncologia e Medicina Legale e da novembre sono presenti in Ospedale parcheggi dedicati ai cittadini in cura al Day service.

Week Surgery

È stato messo in uso un nuovo ecografo, per il migliore inquadramento diagnostico dei pazienti in condizioni d'emergenza, a disposizione delle attività chirurgiche e del Pronto Soccorso. È un ecografo progettato per coniugare la facilità di spostamento con un'alta qualità dell'immagine. Dispone di un'ampia dotazione di sonde e si rivela particolarmente adatto a prestazioni di pronto soccorso e a tutte le procedure di emergenza in cui è necessario un riscontro ecografico.

Tra il 2017 e il 2018 è aumentata l'attività della Chirurgia generale di Vignola, passata da 992 a 1048 interventi complessivi. Un incremento, destinato ad aumentare, frutto di una importante riorganizzazione dell'attività sui diversi regimi – ambulatoriale, ordinario e day service – che ha permesso la ricollocazione dei pazienti nel miglior contesto assistenziale (ad esempio quello ambulatoriale), senza nulla variare nella presa in carico, garantendo ai cittadini percorsi più snelli e privilegiando l'utilizzo di tecniche mininvasive.

In quest'ottica la nuova tecnologia a disposizione della sala operatoria potrà consentire un ulteriore miglioramento dei tempi d'attesa e un incremento della produzione chirurgica dell'Ospedale di Vignola.

Auto medica H 24

L'équipe del PS svolge la sua attività con una presenza attiva sul territorio attraverso l'automedica, in sede con tutte le attività ambulatoriali e di assistenza ai pazienti ricoverati in Osservazione breve intensiva e infine nell'assistenza alla degenza ordinaria in Medicina d'urgenza.

Progetto Fine Vita

È terminato il percorso di formazione congiunta Ospedale/territorio (inter pares) ed è stato definito referente di Ospedale. A gennaio è iniziato il percorso formativo Aziendale per il completamento dell'attivazione del nodo Ospedale della rete per l'end stage non solo oncologico.

Orientamento casistica semi intensiva medica

Dal 2017, 6 PL dalla Medicina sono stati riconvertiti in PL della Medicina d'Urgenza, per un loro utilizzo più appropriato e più coerente alla mission sia della MEU che della Medicina. È stata definita la procedura per l'accesso all'area monitorata ed è stata condotta la relativa formazione.

Prj 3 – Area Nord

Sviluppo rete chirurgica

Gli ospedali di Carpi e di Mirandola sono stati oggetto di azioni di riordino volte a consolidare le specifiche vocazioni, in termini di attività chirurgica, oltre che al raggiungimento degli obiettivi sui tempi di attesa degli interventi.

La casistica di attività chirurgica fino a media complessità è tendenzialmente concentrata su Mirandola. L'attività ORL è erogata in entrambi gli ospedali, a Carpi focalizzando la maggiore complessità, in regime Day Surgery, One day Surgery e le patologie neoplastiche/adeno-tonsillare, con la collaborazione dell'AOU di Modena. A Mirandola sono concentrati gli interventi sulla patologia dell'orecchio. A Mirandola si effettua attività oculistica ambulatoriale, nonché attività chirurgica in Day surgery per interventi di odontoiatria per utenti disabili.

È stata effettuata un'ottimizzazione dell'attività della sala delle urgenze h12 a Carpi, 3 gg su 5, integrata tra le specialistiche di chirurgia e ortopedia, con massima flessibilità nell'utilizzo in base agli ingressi da PS e ai trasferimenti delle urgenze ortopediche da Mirandola per i pazienti con elevata valutazione di rischio (ASA 4), mentre tutti gli altri vengono trattati a Mirandola.

Progetto riabilitazione

Nel 2018 è stata riattivata la funzione di Riabilitazione Estensiva su letti dedicati, il cui numero è progressivamente passato da 6 (derivanti dalla trasformazione di letti di LD) a 10 posti letto (6 all'interno della lungodegenza e 4 aggiuntivi aperti nel corso del 2018, ai quali nel 2019 ne sono aggiunti altri 4 anch'essi ex novo, che hanno portato il numero totale di PL a 130. Questa offerta è dedicata ai pazienti ortopedici e neurologici (post-ictus o successiva ad interventi di protesica) è erogata da un'équipe multidisciplinare con fisiatra, fisioterapista e medico internista, con l'individuazione di Mirandola come centro dell'attività ortopedico-riabilitativa dell'area Nord.

Sono state valorizzate, inoltre, le specificità delle attività in Area Medica, con la definizione di tre aree di identità prevalente, Cardiologia, Medicina, Pneumologia, quest'ultima punto di riferimento provinciale per l'assistenza di pazienti con SLA e Distrofia Muscolare in telemedicina e Hub del percorso diagnostico/terapeutico e di follow up per i disturbi del sonno.

Da un confronto tra l'anno 2015 ed il 2018, emerge un rilevante incremento della chirurgia in regime ordinario e day surgery, con interventi che passano da 2982 a circa 3300, grazie anche a una ricollocazione nel miglior contesto assistenziale (ad esempio quello ambulatoriale), senza nulla variare nella presa in carico del paziente. Ad esempio sono cresciuti gli interventi di Ortopedia e traumatologia e complessivamente gli interventi eseguiti in regime diurno (day hospital-day service).

È stato progettato un percorso che identifica le modalità di valutazione e di presa in carico orto-riabilitativa dei pazienti residenti nei distretti di Carpi e Mirandola candidati a chirurgia protesica, attraverso un percorso assistenziale integrato. Il percorso prende avvio dal Medico di famiglia che prescrive la visita specialistica e tutti i necessari approfondimenti diagnostici di primo livello, effettuati presso l'ambulatorio specialistico di ortopedia. Il cittadino viene così accompagnato nel proprio percorso dalla visita fisiatrica all'eventuale diagnostica di secondo livello, fino alla comunicazione della data del pre-ricovero. In un'unica giornata, il cittadino può sottoporsi a tutti gli esami propedeutici all'intervento – esami di laboratorio, elettrocardiogramma, visita anestesiologicala, tampone nasale – e riceve comunicazione della data fissata per l'intervento.

In occasione del ricovero, l'équipe multispecialistica – fisioterapista, ortopedico, fisiatra – segue il paziente e coordina la prima fase della riabilitazione, il successivo follow-up, con l'accompagnamento del paziente in modo congiunto ortopedico-fisiatico. Il percorso prevede successivamente visite di controllo a 1, 6 e/o 12 mesi dall'intervento e l'attivazione della cosiddetta seconda fase riabilitativa.

Ortopedia

È stato definito il percorso per la presa in carico in Area Nord dei pazienti con fratture di femore, a seguito della valutazione ASA all'ingresso in PS, e la conseguente definizione del setting più appropriato di cura, in funzione dell'appropriatezza dell'intervento e della valutazione del rischio globale del paziente.

È stato avviato il riordino della programmazione dell'attività ortopedica sia ambulatoriale che chirurgica (ad es. riattivazione ambulatori specialistici Area Nord per distretti articolari) sia nella sede di Carpi che in quella di Mirandola.

Nel post-operatorio, l'Ospedale di Mirandola può contare sulla presenza di anestesisti specialisti nella terapia del dolore essendo Mirandola riferimento dell'area Nord per la terapia antalgica. Un efficace controllo del dolore post-operatorio permette una precoce ripresa del movimento per questa tipologia di pazienti riducendo notevolmente, in assenza di complicanze, i tempi di degenza.

Gli investimenti e gli interventi organizzativi realizzati dall'Azienda nel corso degli ultimi anni, grazie anche alle donazioni della Comunità mirandolese, hanno permesso di migliorare sensibilmente l'attività dell'Ortopedia, diminuendo drasticamente i tempi d'attesa per gli interventi così come la durata del ricovero, consentendo un utilizzo più efficiente delle piattaforme chirurgiche.

SPDC - RTI

Da febbraio 2017 è attiva la sperimentazione dell'attività SPDC per acuti e di RTI (Riabilitazione terapeutica intensiva) nello stesso luogo, in un ambiente integrato e contiguo, in una sede temporanea nell'Ospedale di Carpi durante i lavori di ampliamento e di ristrutturazione della sede definitiva presso la Palazzina 10 dell'Ospedale. La sperimentazione ha visto la realizzazione di attività formativa specifica per tutti gli operatori, l'assunzione di terapisti della riabilitazione psichiatrica, la revisione dei protocolli interni di approccio al paziente e di passaggio tra un setting in acuto e quello in sub-acuto. La sperimentazione ha una durata di due anni e al momento sono in corso le elaborazioni dei dati per la sua valutazione, anche se è probabile una sua estensione ad includere il rientro nella struttura definitiva per un periodo di assestamento.

Nell'ambito della sperimentazione sono stati effettuati due Focus Group con gli operatori all'avvio della sperimentazione e uno con i familiari dei pazienti, cui ne sono seguiti altri ad inizio 2019, con familiari e operatori e con i pazienti, finalizzati ad esplorare e raccogliere aspettative, punti di vista, criticità e spunti di azioni migliorative da parte dei diversi aventi interesse nel servizio.

Nascere a Mirandola

A seguito della deroga alla chiusura del punto nascita di Mirandola (ottobre 2017), sono state diverse le attività messe in atto dall'Azienda per aumentarne l'attrattività, oltre a quanto era già stato intrapreso in precedenza.

Fin dal 2015, infatti, sono stati diversi gli investimenti, non solo sugli spazi ma anche sulle dotazioni tecnologiche, effettuati dall'Azienda nell'ambito del percorso di potenziamento del Punto Nascita che hanno portato all'acquisizione di:

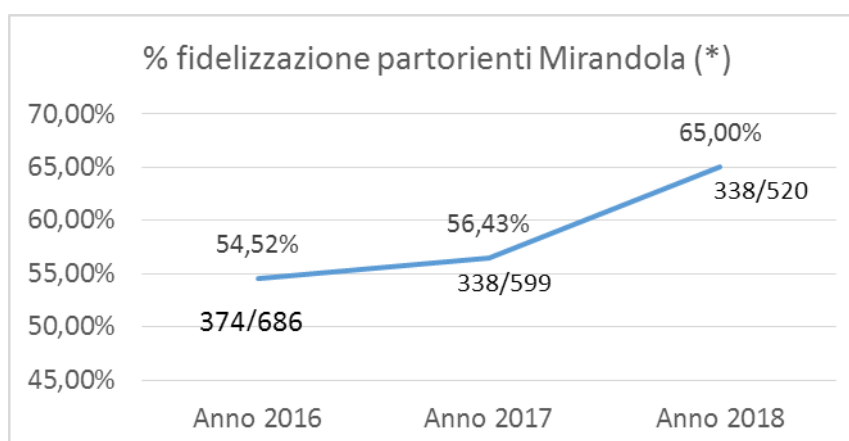
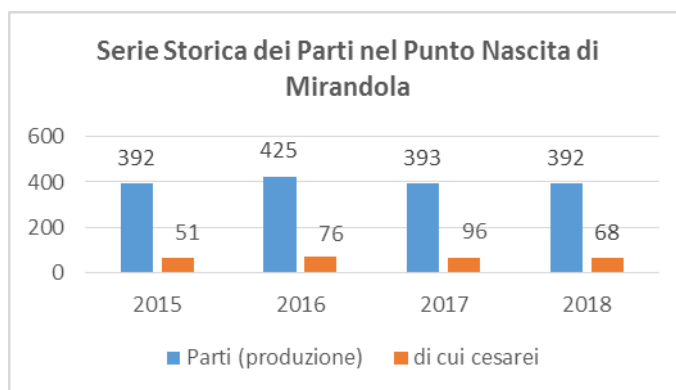
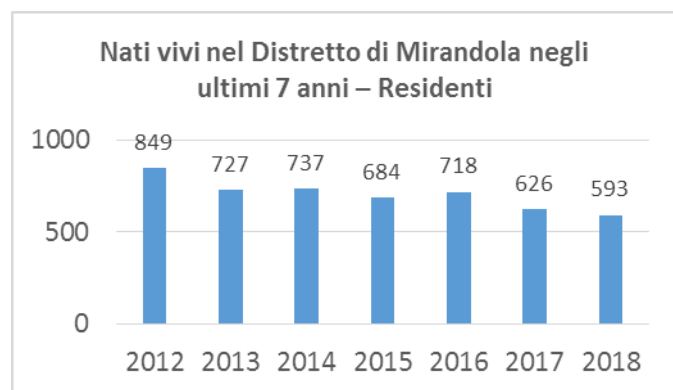
- un tavolo di sala operatoria per cesarei d'urgenza;
- una telemetria fetale;
- un cardiocografo;
- una pompa a infusione;
- un ecografo aggiuntivo;
- un sistema di riscaldamento neonatale.

Attraverso l'adeguamento ai requisiti specifici e agli standard richiesti nell'ambito della deroga di due anni concessa per il proseguimento dell'attività di Punto Nascita di primo livello, è stato possibile confermare l'aderenza alla totalità dei criteri d'accesso previsti dalle indicazioni del Ministero e utilizzati fino ad oggi per l'accompagnamento delle donne con gravidanza fisiologica di tutto il distretto e dei territori limitrofi. L'Azienda ha rivisto tutto il materiale informativo e comunicativo (con la collaborazione delle utenti) e attivato canali e occasioni di coinvolgimento della comunità sul suo Punto Nascita.

L'Azienda ha realizzato e distribuito sul territorio un memo che, trimestre dopo trimestre, ricorda le visite e gli esami da effettuare e fornisce informazioni sul Percorso Nascita. Sono numerosi i professionisti coinvolti per offrire a ogni mamma un'assistenza personalizzata: ostetriche, ginecologi e psicologa sono disponibili sin dal primo contatto al Consultorio.

Sono stati aperti un blog per le mamme, realizzato un video sull'intero percorso della gravidanza di una coppia di genitori e sono stati progettati interventi per migliorare la conoscenza del PN e del suo funzionamento da parte delle gravide fin dalla 20^a settimana di gestazione, attraverso un migliore contatto con i corsi pre-parto organizzati dai Consultori.

I risultati conseguiti nel 2018 indicano il mantenimento del livello dei parti rispetto al 2017, risultato molto buono in un contesto di denatalità, e una crescente propensione alla scelta del PN di Mirandola da parte delle residenti, cresciuta dal 54,5% nel 2016 a più del 60% nel 2018 (65% senza mobilità extra RER).



NB: Dato al 2018 al netto della mobilità extra RER, non ancora disponibile.

OSAS

In provincia di Modena quasi 35mila persone hanno disturbi del sonno. Il disturbo del sonno più diffuso è l'insonnia, mentre quello più serio è l'"OSAS", ovvero sindrome da apnee ostruttive nel sonno, caratterizzata da episodi ripetuti di ostruzione delle vie aeree associati a riduzioni di saturazione di ossigeno nelle arterie.

All'interno degli ambulatori di Pneumologia dell'ospedale di Mirandola è stato attivato il centro aziendale disturbi del sonno con l'integrazione con i Medici di Medicina Generale e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Il percorso del paziente inizia con una richiesta al proprio MMG di prenotare una visita specialistica per sospetta OSAS. In caso di conferma, l'assistito sarà inviato in uno dei centri (Ospedale di Mirandola, Ospedale di Sassuolo e Villa Pineta a Pavullo) in grado di effettuare il monitoraggio cardio-respiratorio notturno, indagine fondamentale per registrare eventuali episodi di apnea notturna. Se l'esame accerta la diagnosi, lo specialista avvierà il paziente al trattamento terapeutico più appropriato, mentre, nei casi più complessi, la persona sarà presa in carico dal centro mirandolese, specializzato nella cura delle OSAS.

Prj 4 – Rete dei servizi territoriali

Piattaforma operatoria Chirurgia Ambulatoriale Castelfranco Emilia

I lavori di ristrutturazione della piattaforma chirurgica della Casa della Salute di Castelfranco Emilia iniziati in giugno 2018 sono al termine a fine 2018 e la data di inaugurazione è stata fissata per il 30 marzo 2019. Sono previsti interventi di oculistica, ginecologia, terapia del dolore e interventi di ortopedia e dermatologia (queste ultime due specialità assicurati da professionisti del Policlinico) e chirurgia generale-vascolare. La piattaforma diventerà attiva per ortopedia e chirurgia vascolare dopo l'estate.

La presenza della piattaforma ambulatoriale chirurgica definisce il livello molto alto della CdS di Castelfranco, completandone l'offerta territoriale.

Case della Salute - OsCo

Sono stati nominati i referenti organizzativi delle Case della Salute ed è stato definito il Board Organizzativo delle Case della Salute Hub (Castelfranco Emilia e Finale Emilia).

Dopo un'intensa attività organizzativa si sta rinnovando il "Percorso diabete" nelle Casa della Salute: attivato a Castelfranco Emilia e a Fanano, e in fase di attivazione a Montefiorino, Pievepelago, Guiglia e Concordia. Attraverso la telemedicina, infatti, le attività di diagnostica e refertazione saranno gestite in rete, a tutto vantaggio dei pazienti. Elettrocardiografo e retinografo ora lavorano "a distanza" e i referti vengono inviati agli specialisti – cardiologi e oculisti dell'Azienda USL – per garantire qualità e tempestività dell'assistenza, mentre i pazienti possono sottoporsi agli esami previsti nel percorso di cura rimanendo sul loro territorio di residenza.

I pazienti diabetici che aderiscono alla proposta sono in questo modo soggetti a valutazione, monitoraggio ed educazione terapeutica – con cadenza diversa a seconda del livello di rischio individuato – con un accompagnamento costante: il lavoro del personale infermieristico si integra con le consulenze specialistiche (diabetologo, chirurgo vascolare, cardiologo, oculista, dietista) con l'obiettivo, accanto agli aspetti sanitari, di promuovere un corretto stile di vita.

Con diversi stadi di avanzamento, si sta lavorando ad alcune nuove Case della Salute che verranno realizzate su tutta la provincia di Modena nel prossimo biennio: saranno 9, delle quali due in via di progettazione (cfr. par. 2.1)

Hospice

Nel giugno 2018 è stato avviato il cantiere per la realizzazione del primo Hospice dell'Azienda, all'interno della Casa della Salute di Castelfranco Emilia.

Si tratta di un'opera di rilievo per tutta l'area centrale della Provincia di Modena e che accrescerà l'offerta di assistenza del polo di Castelfranco Emilia all'interno della rete sanitaria provinciale. Un incremento quantitativo e qualitativo di servizi nell'ottica di una medicina di prossimità, sempre più vicina ai cittadini nella risposta ai loro bisogni di salute. Nei mesi iniziali del 2019 si è consolidata l'ipotesi di un Hospice a Modena, che vedrà la sua realizzazione nei prossimi anni. La programmazione prevede altri due Hospice, uno in area Sud e l'altro in area Nord.

Accanto ai due OsCo attivi in provincia a Castelfranco (17PL) e a Fanano (15PL), il progetto dell'OsCo di Mirandola è stato inviato alla RER per la sua autorizzazione, a valle della quale si potrà procedere alla gara di assegnazione lavori e quello dell'OsCo di Finale Emilia è anch'esso nella fase della Delibera regionale di approvazione.

Progetti Territorio

Un nuovo punto di riferimento arricchisce la rete delle cure palliative dell'Azienda: dal 20 dicembre 2018 hanno preso il via le attività dell'ambulatorio sul Distretto di Modena, dopo quelli esistenti di Castelfranco, Carpi, Spilamberto, Pavullo e Sassuolo (sono in fase di avvio le attività per l'apertura di un ambulatorio CP a Mirandola). L'attività dell'ambulatorio si rivolge a persone affette da patologia in fase avanzata che riescono ad accedere ai servizi, ed è garantita dal Medico Palliativista insieme all'infermiere dedicato alle cure palliative. Può rappresentare una fase di assistenza intermedia che precede l'attivazione delle cure palliative domiciliari.

Diversi i servizi offerti: consulenza sulla sintomatologia di difficile controllo, soprattutto il dolore, supporto nelle scelte di cura eticamente impegnative in un'ottica di contrasto all'accanimento diagnostico-terapeutico, accompagnamento nel percorso di consapevolezza e convivenza con la fase avanzata della malattia, orientamento rispetto alle risorse attivabili nella rete familiare, sociale e nella rete delle cure palliative e pianificazione anticipata delle cure. Accanto a ciò, si è avviata la promozione sul territorio di un'adeguata consapevolezza sul ruolo e sull'utilità delle cure palliative e sulla Legge 219/2017 relativa alle DAT (Disposizioni anticipate di trattamento).

Prj 5 – Laboratorio

Implementazione del nuovo laboratorio metropolitano BLU presso OCSAE

Sono proseguite nel 2018 le attività per la costruzione del nuovo laboratorio metropolitano BLU presso la struttura di Baggiovara. L'avvio dei lavori risente del ritardo causato dal ricorso effettuato in sede di assegnazione dell'appalto per la concessione delle tecnologie. Sono state effettuate tutte le attività preliminari e a seguito della pronuncia del Consiglio di Stato (ottobre 2018) si è conclusa la progettazione esecutiva (tenuto conto di alcune precisazioni chieste dal DSP) e si sta procedendo con la consegna del cantiere e l'avvio dei lavori. Sono stati realizzati dei lavori di consolidamento preliminare nelle sedi di Pavullo, Mirandola e Carpi.

Attività diagnostiche decentrate

Proseguono le attività in merito allo sviluppo delle attività diagnostiche decentrate PoCT nella rete delle cure primarie (Case della Salute, Ospedali di Comunità e assistenza domiciliare), in particolare per il paziente fragile e con patologie croniche. È arrivato il primo PoCT in CdS a Fanano (test della coagulazione) e a breve sarà disponibile anche per il servizio domiciliare, con collegamenti informativi realizzati e pronti.

5.3 Governance ed appropriatezza d'uso dei farmaci

Nel 2018 si è registrata una flessione nei costi della farmaceutica convenzionata, a seguito di numerose azioni intraprese verso una sensibilizzazione verso una prescrizione appropriata (- 5.96% a 71.945.589 € vs 76.503.363 € del 2017), con un minore costo di €4,5 milioni. L'Azienda sta proseguendo le attività rivolte alla diffusione di buone prassi sul tema di "Appropriatezza prescrittiva e buon uso del farmaco" su PPI, Vitamina D, Farmaci Cardiovascolari, Antibiotici, tramite attivazione gruppi di lavoro con Specialisti e MMG, come da indicazioni regionali.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera, distribuzione diretta e distribuzione per conto, nel 2018 si è registrato un aumento a €94.947.892 (+2% rispetto al 2017). È aumentata anche la spesa per farmaci innovativi pari a poco meno di €6 milioni (+48% rispetto al 2017); viceversa si è verificata una riduzione della spesa per i farmaci HCV pari a 4.470.414 € (-171% rispetto al 2017) e per i vaccini (-4% rispetto al 2017) per i quali sono stati spesi €8 milioni.

Riguardo alla erogazione dei farmaci nelle diverse forme attuate al fine di agevolare i pazienti nell'approvvigionamento dei farmaci prescritti in ambito ospedaliero o per la presa in carico del malato cronico o pluripatologico, si è registrata una riduzione complessiva della spesa Farmaceutica territoriale rispetto al 2017 (114.920.841 nel 2018 vs 116.154.962 nel 2017).

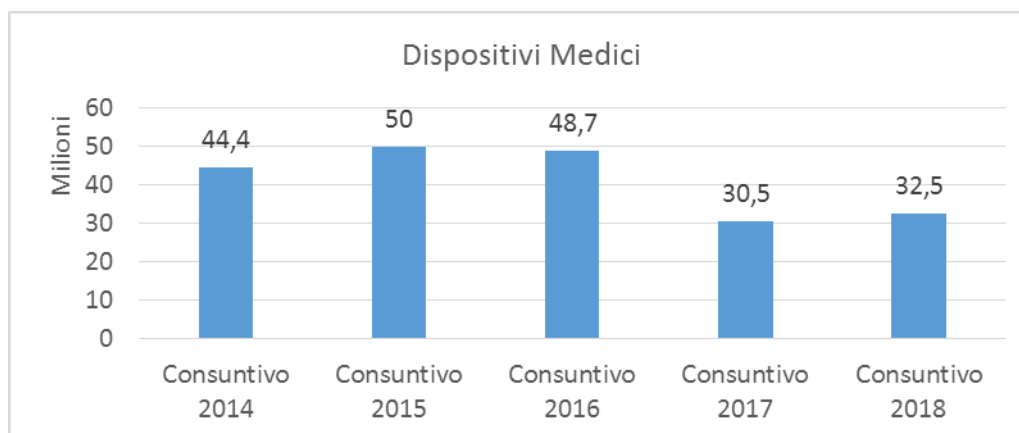
Sono proseguite le attività dei gruppi di lavoro provinciali con gli Specialisti per gruppi di farmaci ad alto costo (Oncologici, Farmaci Sclerosi Multipla, NAO, HIV e HCV, Biologici in reumatologia, dermatologia e gastroenterologia, farmaci oculistici per degenerazione maculare), con programmazione di tetti di spesa. Continuano le attività di promozione dell'utilizzo di farmaci Biosimilari e di farmaci col miglior rapporto costo-opportunità. Progrediscono i processi di diffusione ed implementazione delle raccomandazioni dei gruppi di lavoro RER.

È in continuo aumento il trend di ricorso all'impiego di farmaci a brevetto scaduto, rispetto al 2017.

5.4 Governo dei dispositivi medici

Il tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico (inclusi in particolare i dispositivi medici diagnostici in vitro e i dispositivi distribuiti sul territorio - assistenza integrativa e protesica) nel 2018 è stato superiore al 98% per tutti i DM introdotti in modalità acquisto. Il tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico, per il 2018 è stato superiore al 25%, in linea con l'obiettivo regionale. I costi per i Dispositivi Medici sono fortemente aumentati di circa €3,5 milioni di cui €1 milione legato all'incremento dell'attività del Laboratorio Analisi; €2 milioni per incrementi di attività chirurgica aumentata per mantenere il rispetto degli obiettivi dei tempi di attesa e ca. 500 mila € per attività ambulatoriale/domiciliare del territorio (stomie, medicazioni, presidi monouso).

La spesa per dimesso anno 2018 è stata per l'AUSL di €32.500.000.



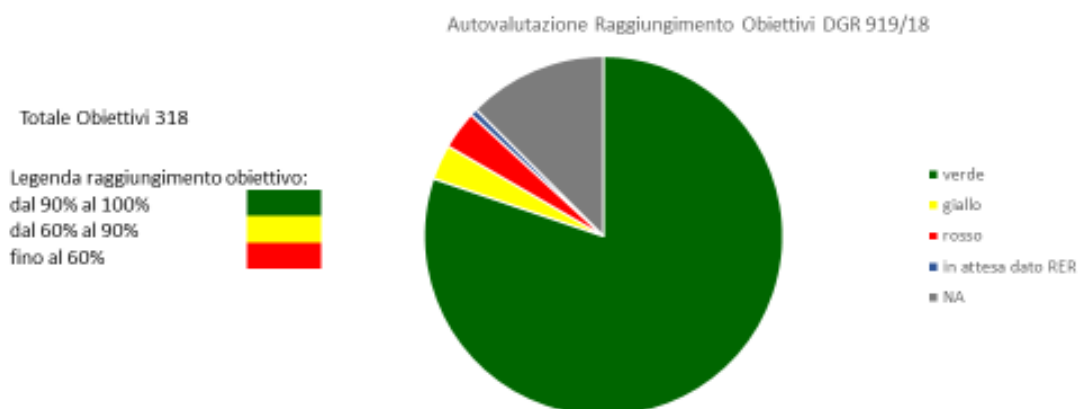
6 POLITICHE DI CONTROLLO, MISURAZIONE, VALUTAZIONE E RENDICONTAZIONE INTERNA ED ESTERNA

In quest'area sono riportati i risultati aziendali che vengono monitorati a seguito degli obiettivi formalmente assegnati dalla Regione o riportati dagli indicatori di misurazione della performance aziendale predisposti dalla RER.

6.1 Autovalutazione raggiungimento obiettivi di programmazione DGR 919/2018

L'Azienda ha effettuato la rendicontazione dei singoli obiettivi di programmazione 2018, di cui alla DGR 919/2018, a fine aprile 2019 con i dati al 31/12/2018 ed ha effettuato una completa autovalutazione di tutti i 318 obiettivi assegnati.

Complessivamente, l'autovalutazione effettuata ha evidenziato una grande maggioranza di obiettivi raggiunti, pienamente o leggermente meno, una ridotta quantità di obiettivi raggiunti parzialmente e alcuni singoli obiettivi non raggiunti nei tempi o modi previsti.



Nell'Allegato 1 è riportato il dettaglio della rendicontazione dei singoli obiettivi inviata alla RER.

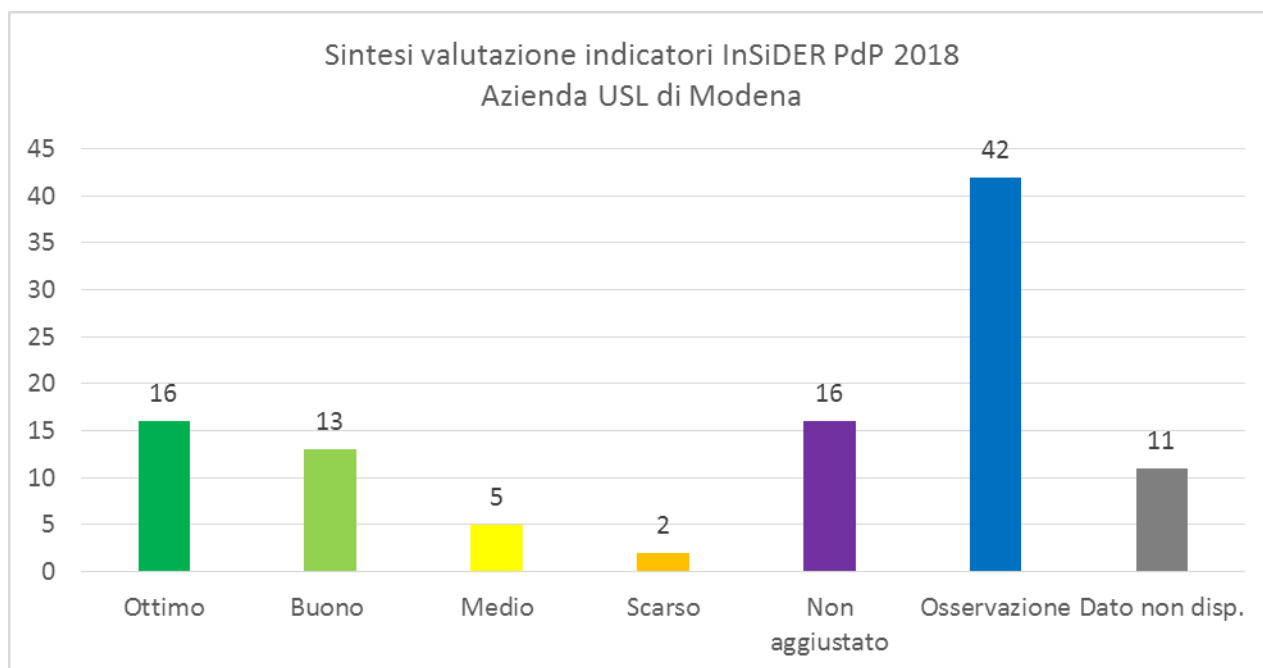
6.2 Sistema di valutazione INSIDER – Piano della Performance (PdP) 2018-20

La RER ha rivisto e aggiornato il sistema di indicatori comune a tutte le aziende sanitarie regionali con la piattaforma InSiDER, che ha integrato e ampliato il precedente sistema SIVER. Ha anche predisposto un elenco unitario di indicatori utili a rappresentare sinteticamente la valutazione della singola azienda in rapporto alle altre e alla media regionale, sotto il profilo della Performance, calcolando i relativi indicatori e mettendo a disposizione di ciascuna Azienda tale rilevazione. Altri insiemi di indicatori calcolati e pubblicati sulla stessa piattaforma sono relativi al raggiungimento degli indicatori della griglia LEA.

I dati pubblicati sugli indicatori 2018 calcolati dalla RER e riguardanti il Piano della Performance Aziendale 2018-20, sono riportati nelle tabelle successive, con i risultati dell'Azienda comparati con lo stesso risultato conseguito nel 2017 e con i valori medi della Regione Emilia-Romagna. I dati sono riportati per Dimensioni e Aree della Performance. La legenda di lettura è la seguente: Rosso – Pessimo; Arancione – Scarso; Giallo – Medio; Verdino – Buono; Verde – Ottimo; Viola – Non

Aggiustato; Blu – In osservazione; Grigio – Dato non disponibile. IL trend indica un miglioramento o un peggioramento rispetto allo scorso anno.

Il dato sintetico della sezione PdP è rappresentato nel grafico seguente, che evidenzia l'assenza di indicatori Rossi (pessimi), 7 tra scarsi e medi (20% degli indicatori con valutazione), 13 di livello buono (36%) e 16 ottimi (44%). Complessivamente, più dell'80% degli indicatori misurati con indicazione della valutazione sono di livello buono o ottimo nel 2018⁴.



Nelle pagine seguenti si riporta il dettaglio degli indicatori di cui sopra.

La prima dimensione del sistema di valutazione InSiDER - PdP, riguardante l'accesso e la domanda, mostra un andamento dell'Azienda USL di Modena positivo per tutti gli indicatori di monitoraggio.

Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Regionale	AUSL MO 2017	AUSL MO 2018	Valutazione 2018	Trend
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	132,86	134,15	133,34		↑
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	97,82	97,44	97,68		↑

⁴ Fonte: piattaforma RER InSiDER visitata il 11/6/2019.

Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	98,71	98,87	98,64		↓
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	10,69	8,35	7,65		↑
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	16	-	-		
% abbandoni dal Pronto Soccorso	5,05	4,46	4,3		
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	69,02	66,64	71,34		
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	60,24	70,26	69,01		
Tasso std di accessi in PS	388,32	418,44	422,78		
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg	88,36	-	90,42		
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg	89,45	-	94,42		
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	80,72	-	91,4		

Fonte: Regione Emilia Romagna, INSIDER, 2019.

Integrazione

Indicatore	Valore Regionale	AUSL MO 2017	AUSL MO 2018	Valutazione 2018	Trend
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	106,81	147,57	123,1		↑

Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti >= 18 anni - GRIGLIA LEA	386,89	374,68	384,75		↓
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	4,21	4,33	4,51		↑
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	8,14	9,03	10,65		
% IVG medica sul totale IVG	34,21	34,71	41,69		
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	25,64	28,52	14,73		
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	23,17	21,46	24,99		↓
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	190,65	221,09	233,15		↑

Fonte: Regione Emilia Romagna, INSIDER, 2019.

Per il momento, la dimensione degli Esiti nella piattaforma riporta solo dati in osservazione (blu) o non aggiustati (viola) e quindi non viene ancora emessa dalla RER una valutazione di posizionamento rispetto a un target/media regionale. Quindi possiamo solo esprimere il trend del sistema provinciale (Azienda e altri produttori provinciali pubblici, AOU MO e privati, Hesperia Hospital) rispetto all'anno 2017.

Esiti

Indicatore	Valore Regionale	AUSL MO 2017	AUSL MO 2018	Valutazione 2018	Trend
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	8,98	8,89	7,89		↑
Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	44,78	19,85	19,39		↓

Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	11,86	16,12	11,49		↑
Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	1,51	1,17	0,57		↑
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1,68	0,91	0,89		↑
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1,24	-	-		
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	10,09	10,39	12,01		↓
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,88	0	0		=
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	10,03	10,99	11,4		↓
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	82,43	78,77	81,42		↑
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	82,4	90,63	99,8		
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	89,07	0	87,66		
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	6,47	3,2	3,37		↓
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,78	-	-		
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	5,08	0	0		=
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	3,61	2,9	2,78		↑
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	17,47	9,21	9,33		↓

Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,94	0,73	0,67		↑
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,24	1,43	2,54		↓
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	71,36	68,27	63,75		↓
Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	2	2	3		

Fonte: Regione Emilia Romagna, INSIDER, 2019.

Nella dimensione Produzione Ospedale si evidenzia una limitata criticità sulla degenza media rapportata alla complessità del ricovero, maggiore che nelle altre aziende regionali e, per i ricoveri acuti medici, in leggero peggioramento. Invece si registra un ottimo risultato sulla degenza media preoperatoria ad indicare una pianificazione ottimale degli interventi.

Produzione Ospedale

Indicatore	Valore Regionale	AUSL MO 2017	AUSL MO 2018	Valutazione 2018	Trend
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,52	1,17	0,89		↑
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,4	-0,1	-0,08		↓
Degenza media pre-operatoria	0,71	0,69	0,64		↑
Volume di accessi in PS	1921960	164092	165130		
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	354621	29460	28812		
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	254222	17575	17385		
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	36893	2333	2346		

Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	88491	7087	7274		
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,86	1,82	2,34		↓

Fonte: Regione Emilia Romagna, INSIDER, 2019.

La dimensione Produzione-Territorio mostra un andamento dell'Azienda USL di Modena positivo e ulteriormente in miglioramento per i 2 indicatori valutati.

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Regionale	AUSL MO 2017	AUSL MO 2018	Valutazione 2018	Trend
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	20,86	20,1	20,65		
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	52,2	54,29	56,56		
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	60,13	57,99	59,8		
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	28,71	23,79	26,03		
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	5,93	7,18	8,35		
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	20,29	19,77	20,23		↑
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	81,39	87,1	95,03		↑
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,37	0,25	0,28		

% ambulatori infermieristici per gestione cronicità nelle Case della Salute attive	78,1	54,55	54,55	
Durata media di degenza in OSCO	19,2	19,95	21,06	
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	7117094	800909	818403	
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	6669619	625104	632668	
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	47878684	7045966	7173290	
Volume di accessi in ADI: alta intensità	463022	61438	65432	
Volume di accessi in ADI: media intensità	847215	27546	23193	
Volume di accessi in ADI: bassa intensità	1790340	273802	271661	
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	-	-	-	

Fonte: Regione Emilia Romagna, INSIDER, 2019.

La dimensione della Produzione-Prevenzione mostra un andamento dell'Azienda buono e ottimo in alcuni indicatori, in miglioramento rispetto all'anno precedente specialmente sul tema delle vaccinazioni pediatriche, con ancora un valore medio (giallo) relativamente a:

- Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA (MO 94.3 – RER 93.47);
- Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini (MO 93.79 – RER 92.09).

ad indicare che le azioni intervenute sono state efficaci anche se debbono essere mantenute per rientrare in zona "verde".

Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Regionale	AUSL MO 2017	AUSL MO 2018	Valutazione 2018	Trend
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	93,47	92,5	94,3		↑
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	-	-	-		

Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95,17	94,56	95,75		↑
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,44	9,6	9,5		↓
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	-	-	-		
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	-	-	-		
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)	69,54	70,15	73,69		↑
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)	62,59	69,11	68,36		↓
% di persone che hanno partecipato allo screening colorettole rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)	54,07	47,94	53,86		↑
Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	-	-	-		
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	-	-	-		
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	92,09	93,5	93,79		↑
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni	90,86	91,7	94,11		
% cantieri ispezionati	20,05	22,32	25,76		↑
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	100	100	100		=
% di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni	79,82	75,33	82,04		

Fonte: Regione Emilia Romagna, INSIDER, 2019.

La dimensione dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio Clinico, mostra un andamento dell'Azienda USL di Modena buono e ottimo in alcuni indicatori, con invece un valore medio (giallo) relativamente a:

- Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (MO 861,42 – RER 790,54);
- % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici (MO 54,32 – RER 51,48), nonostante sia superiore alla media RER è in peggioramento rispetto al 2017 e decisamente inferiore alle aziende best performer su questo indicatore.

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio Clinico

Indicatore	Valore Regionale	AUSL MO 2017	AUSL MO 2018	Valutazione 2018	Trend
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,07	1,14	1,3		↓
Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	29,87	22,45	21,38		↑
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,2	0,18	0,18		=
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	7,65	6,76	6,94		
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	9,56	9,52	9,23		
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	6,38	8,97	4,45		
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	3,35	2,6	1,71		
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	21,74	20,01	20,25		
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	790,54	838,36	861,42		↓

% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	51,48	56,81	54,32		↓
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	13,54	14,61	13,26		
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	4,85	4,42	4,34		

Fonte: Regione Emilia Romagna, INSIDER, 2019.

Tra gli indicatori riguardanti l'anticorruzione e trasparenza, l'Azienda USL di Modena ha raggiunto il 100% dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Regionale	AUSL MO 2017	AUSL MO 2018	Valutazione 2018	Trend
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,66	100	100		=
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	-	-	-		

Fonte: Regione Emilia Romagna, INSIDER, 2019.

Anche sotto il profilo della Sostenibilità Economico-Finanziaria, la valutazione della performance aziendale è positiva con 5 indicatori positivi su 6 valutati. In particolare, l'indicatore sintetico del costo pro capite totale è in diminuzione e decisamente inferiore alla media regionale, mentre è superiore e in peggioramento il dato relativo al costo dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro e la componente di costo rivolta all'assistenza ospedaliera è in forte riduzione a favore di un leggero aumento di quella distrettuale, coerentemente alla mission dell'Azienda territoriale.

Sostenibilità Economico-Finanziaria

Indicatore	Valore Regionale	AUSL MO 2017	AUSL MO 2018	Valutazione 2018	Trend
Costo pro capite totale	1767,86	1741,49	1722,99		↑
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	57,08	59,65	63,34		↓

Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	165,21	165,81	163,22		↑
Costo pro capite assistenza distrettuale	1077,93	1024,03	1024,27		↓
Costo pro capite assistenza ospedaliera	632,84	656,75	633,9		↑
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-	-15	-20		
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	-	-	-		
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	85,63	83,5	84,86		↑

Fonte: Regione Emilia Romagna, INSIDER, 2019.

6.3 Sistema di valutazione INSIDER – Griglia LEA

Nella tabella seguente sono riportati i dati di raggiungimento degli obiettivi assegnati nei LEA per l'anno 2018, in rapporto al dato medio Regionale (Fonte: piattaforma RER InSiDER visitata il 11/6/2019). Per 19 indicatori il dato di Modena è allineato a quello medio regionale, in 7 casi è migliore, in 2 casi inferiore (Tasso standardizzato di ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti e Posti letto attivi in Hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)), entrambi indicatori già inferiori anche nel 2017 e relativi a situazioni per cui l'Azienda ha avviato azioni di miglioramento (il primo Hospice verrà aperto nell'autunno 2019 a Castelfranco Emilia).

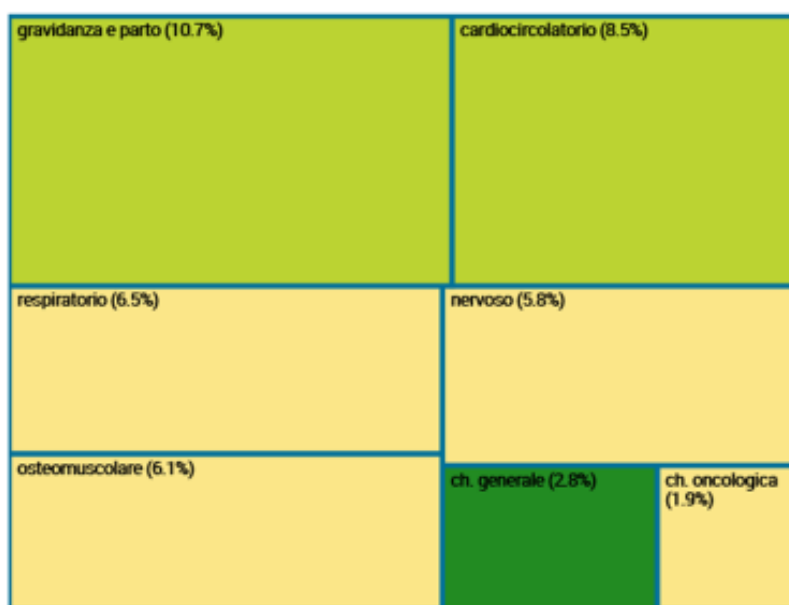
Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	Indicatore	EMILIA-ROMAGNA	MODENA
PREVENZIONE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale	-	-
		Copertura vaccinale poliomielite a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94.77	94.93
		Copertura vaccinale difterite a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94.72	95.04
		Copertura vaccinale tetano a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94.86	95.21
		Copertura vaccinale epatite B a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94.43	94.78
		Copertura vaccinale HIB a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94.03	94.56
		Copertura vaccinale pertosse a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94.72	95.04
		Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	91.11	92.5
	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA	53.25	55.42	
	Screening oncologici	Screening oncologici	-	-
		Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina.	15	15
	Sicurezza sul lavoro	Sicurezza sul lavoro	-	-
		% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9.79	9.6
	Prevenzione veterinaria	Prevenzione veterinaria	-	-
Brucellosi bovina e bufalina e ovcaprina - caricamento dei dati sul sistema informativo SANAN		95.43	100	
% di aziende ovcaprine controllate per anagrafe		4.25	4.42	
Sicurezza alimentare	Sicurezza alimentare	-	-	
	Contaminazione degli alimenti – controlli programmati dal Piano Nazionale Residui	184.28	217.13	
ASSISTENZA DISTRETTUALE	Ospedalizzazione in età pediatrica	Ospedalizzazione in età pediatrica	-	-
		Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	126.63	148.38
		Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	101.06	113.67
	Ospedalizzazione per patologie croniche	Ospedalizzazione per patologie croniche	-	-
		Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	415.31	375.64
		Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine) x 100.000 residenti >= 18 anni - GRIGLIA LEA	38.88	39.4
		Tasso std di ospedalizzazione per BPCO x 100.000 residenti >= 18 anni - GRIGLIA LEA	77.5	46.72
	Anziani	Tasso std di ospedalizzazione per scompenso cardiaco x 100.000 residenti >= 18 anni - GRIGLIA LEA	298.92	289.52
		Anziani	-	-
		% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	4.14	4.33
	Malati terminali	Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani >= 65 anni in strutture residenziali x 1.000 anziani residenti - GRIGLIA LEA	14.15	14.02
		Numero di posti per assistenza agli anziani >= 65 anni in strutture residenziali x 1.000 anziani residenti - GRIGLIA LEA	-	-
		Malati terminali	-	-
	Farmaceutica	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100) - GRIGLIA LEA	2.22	0.52
Farmaceutica		-	-	
Specialistica ambulatoria	% del consumo dei farmaci appartenenti al PHT - GRIGLIA LEA	97.27	97.66	
	Specialistica ambulatoria	-	-	
Salute mentale	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	6.86	6.53	
	Salute mentale	-	-	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	Ospedalizzazione	Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	20.57	20.1
		Ospedalizzazione	-	-
		Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	134.48	133.9
	Appropriatezza	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2.17	1.18
		Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	33.49	22.47
	Parti	Appropriatezza	-	-
		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriato	0.21	0.18
		Parti	-	-
	Frattura di femore	Tagli cesarei primari : % di interventi in maternità di I livello o comunque con <1000 parti - GRIGLIA LEA	17.12	10.97
		Tagli cesarei primari : % di interventi in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti - GRIGLIA LEA	20.11	11.54
	Emergenza - Urgenza	% di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN - GRIGLIA LEA	9.86	*
		Frattura di femore	-	-
		% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario - GRIGLIA LEA	73.45	61.51
		Emergenza - Urgenza	-	-
	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	16	-	

(*): dato fonte aziendale al 31/12/2018: 0,1%

6.4 La valutazione Agenas – PNE 2018

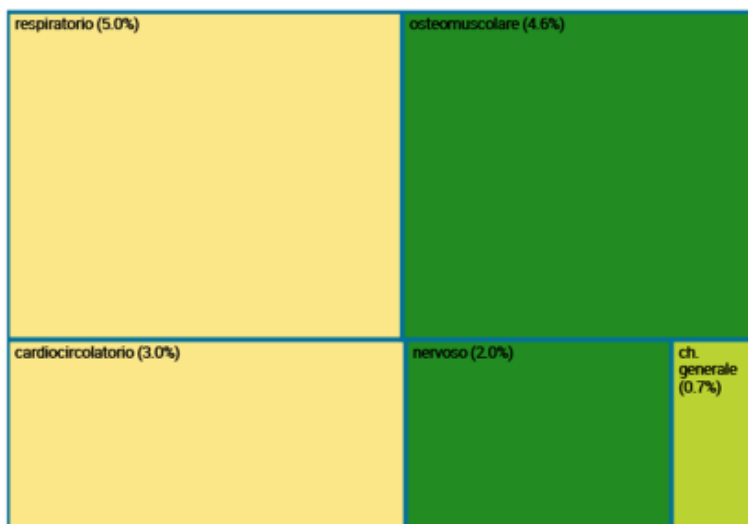
Agenas valuta le performance degli ospedali italiani e pubblica sul suo sito dei diagrammi (“treemaps”). L’analisi di ogni struttura è rappresentata graficamente da un rettangolo suddiviso al suo interno in piccoli rettangoli di dimensione e colori diversi che corrispondono alle aree cliniche considerate. La grandezza dei rettangoli è proporzionale al volume di attività nell’area clinica di riferimento rispetto al totale dell’attività complessiva delle diverse aree cliniche della struttura. Il colore corrisponde invece alla valutazione conseguita: punteggio molto alto = verde scuro, alto = verde chiaro, punteggio medio = giallo, basso = arancione, molto basso = rosso e dati non disponibili = grigio. La valutazione e la corrispondente attribuzione del colore è stata effettuata su una selezione di indicatori PNE maggiormente rappresentativi dell’area clinica, a ciascuno dei quali è stato attribuito un peso proporzionale alla rilevanza e alla validità dell’indicatore stesso nell’area di pertinenza⁵. La valutazione ottenuta nel 2018 (sui dati 2017) dagli Ospedali della AUSL di Modena è riportata di seguito.

Ospedale Ramazzini di Carpi - 2018

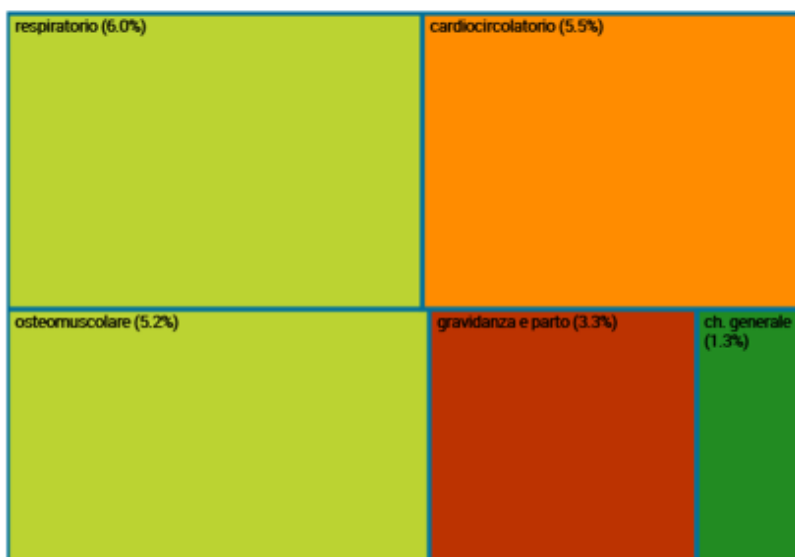


⁵ Tratto dal sito <http://www.agenas.it/treemap-la-nuova-analisi-sintetica-delle-strutture-ospedaliere>. La % indica la quota di attività svolta nell’area clinica specifica.

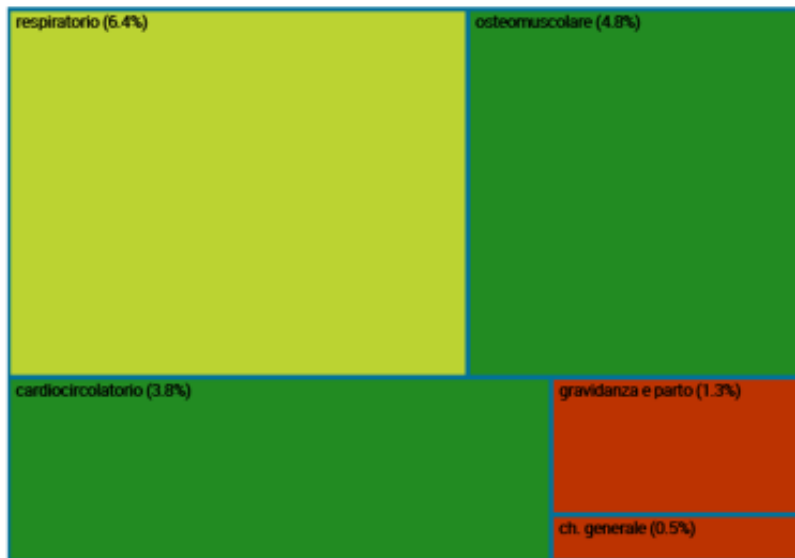
Ospedale Vignola - 2018



Ospedale Santa Maria Bianca Mirandola - 2018



Ospedale Pavullo nel Frignano - 2018



La valutazione riportata dai 4 ospedali è buona in tutte le dimensioni valutate, con una criticità per l'area gravidanza e parto sia a Mirandola che a Pavullo (dovuta al mancato raggiungimento del limite dei 500 parti nel 2017 in entrambe le strutture) e, per quest'ultimo, anche della chirurgia generale, già oggetto di un piano di riqualificazione come descritto in questo documento.

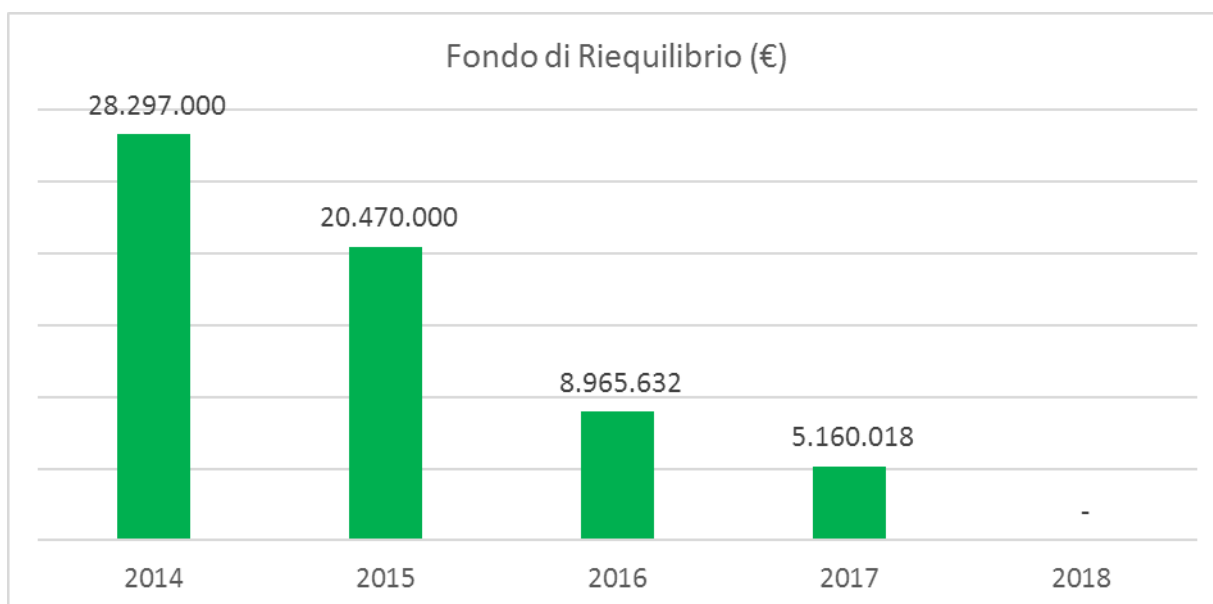
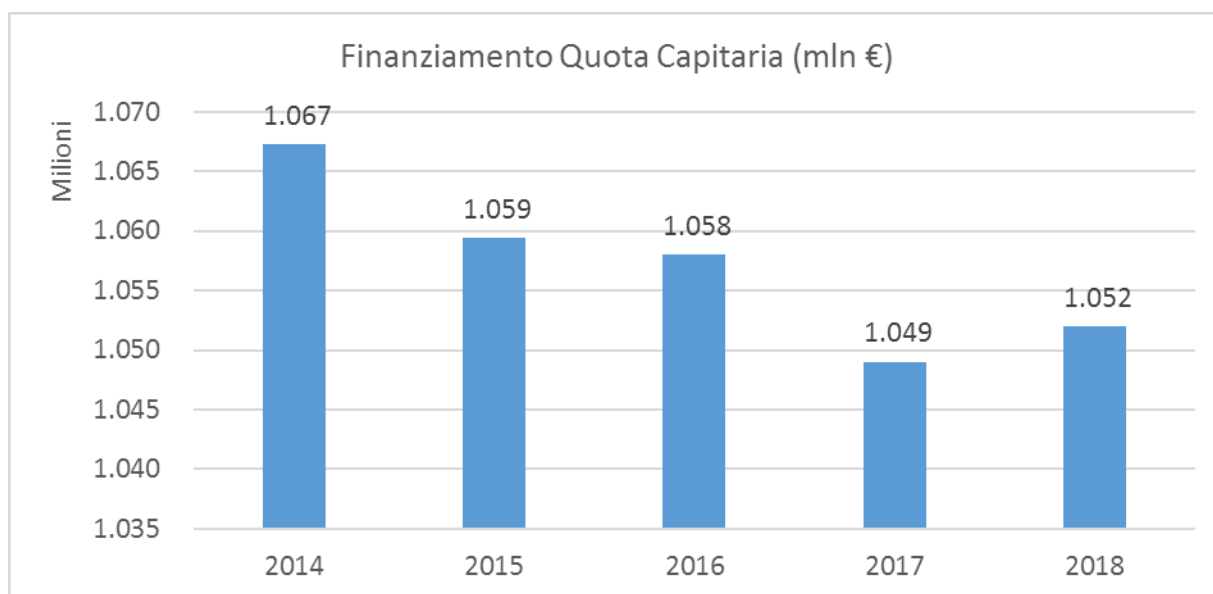
6.5 Politiche per la trasparenza e l'integrità

Nel corso del 2018 l'Azienda ha proseguito il percorso legato alla promozione dell'etica e dell'integrità del proprio agire. Sono state adottate diverse iniziative fra cui ricordiamo le principali:

- implementazione delle misure previste nel Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2018-2020 (www.ausl.mo.it/integrita);
- applicazione della nuova modalità di valutazione del rischio di corruzione per tutte le strutture e i processi aziendali;
- diffusione del nuovo codice di comportamento in cui sono previste specifiche previsioni legate alla ricerca, alle liste di attesa e alla gestione delle camere mortuarie (delibera 143/2018);
- applicazione del Sistema Aziendale dei Controlli Interni, coordinato dal servizio di Internal Audit aziendale, con i relativi audit sul sistema dei controlli interni (delibera 307/2018);
- formazione sui temi dell'integrità con i dipendenti e con i cittadini;
- pubblicazione di tutte le informazioni previste per la trasparenza sul sito Amministrazione Trasparente (www.ausl.mo.it/trasparenza), così come certificato anche dall'Organismo Indipendente di Valutazione regionale.

7. LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICO FINANZIARIA

Negli ultimi anni l'Azienda USL di Modena ha registrato una progressiva riduzione del Fondo di Riequilibrio, partendo dal 2014, anno in cui la cifra assegnata era pari a € 28.3 milioni, fino ad arrivare a nessuna assegnazione per il 2018. Il perseguimento dell'obiettivo di pareggio di bilancio, nonostante la riduzione del finanziamento totale, è stato quindi possibile grazie ad un rigorosissimo controllo economico e finanziario trasversale di tutte le aree sopradescritte.



Fonte: DGR 919/2018 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2018" Regione Emilia-Romagna

Nel 2018, in linea con gli obiettivi di mandato regionali, è stato rispettato il vincolo del pareggio di bilancio. Si riportano nel seguito alcuni valori di riferimento relativi all'anno 2018.

7.1 Risultato netto di esercizio 2016-2018 (in euro)

	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Consuntivo 2018
VALORE DELLA PRODUZIONE	1.298.160.657	1.371.016.464	1.354.788.890
COSTI DELLA PRODUZIONE	-1.275.591.280	-1.350.903.039	-1.339.109.890
PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-2.675.687	-1.658.966	-1.468.899
PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	266.196	2.592.993	6.838.286
IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	-20.144.397	-21.030.400	-21.036.647
RISULTATO	15.489	16.253	10.626

Fonte: AUSL MO, Elaborazione su dati consuntivi Bilancio 2018 (Delibera 146/2019)

7.2 Costi pro-capite

Il calcolo dei costi pro capite è stato effettuato sulla seguente popolazione pesata:

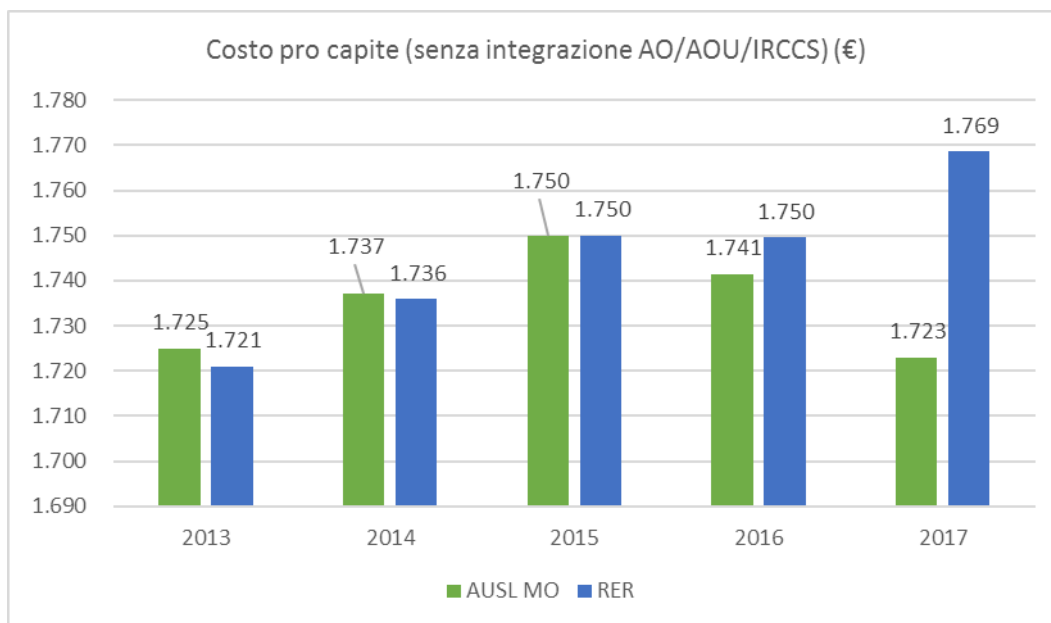
2013 Pop Pesata - MO 685.001 – RER 4.471.104

2014 Pop Pesata - MO 683.294 – RER 4.452.783

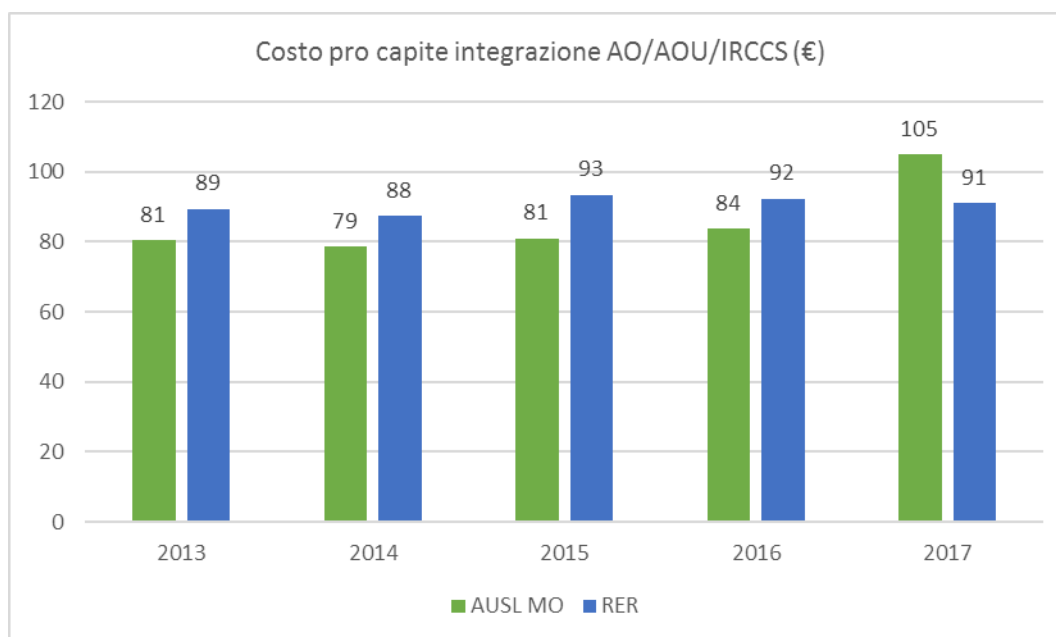
2015 Pop Pesata - MO 685.394 – RER 4.457.115

2016 Pop Pesata - MO 684.814 – RER 4.454.393

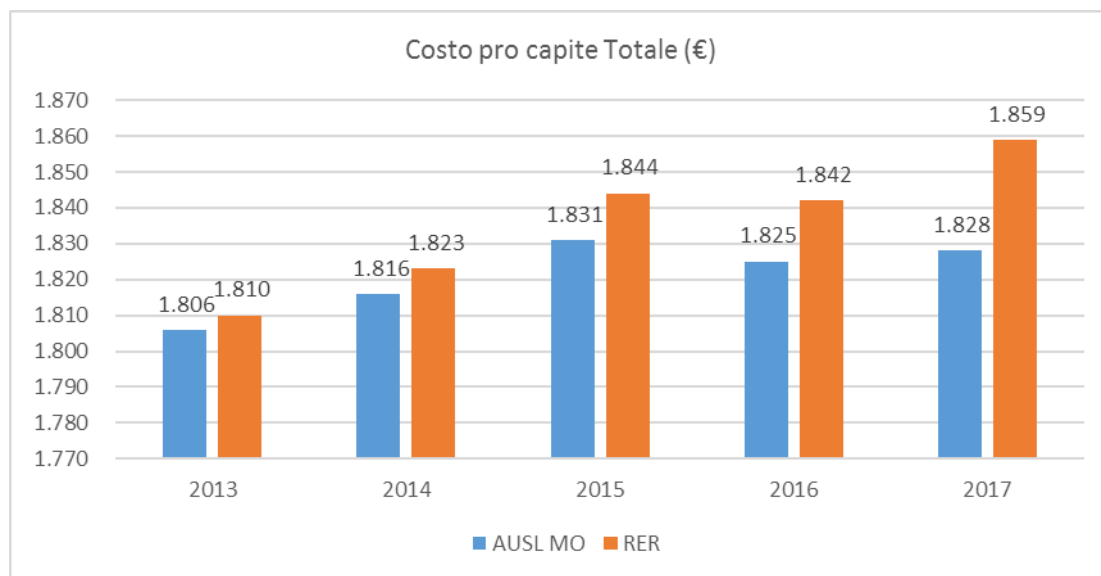
2017 Pop Pesata - MO 686.411 – RER 4.457.318



Fonte: Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Regione Emilia-Romagna



Fonte: Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Regione Emilia-Romagna



Fonte: Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Regione Emilia-Romagna

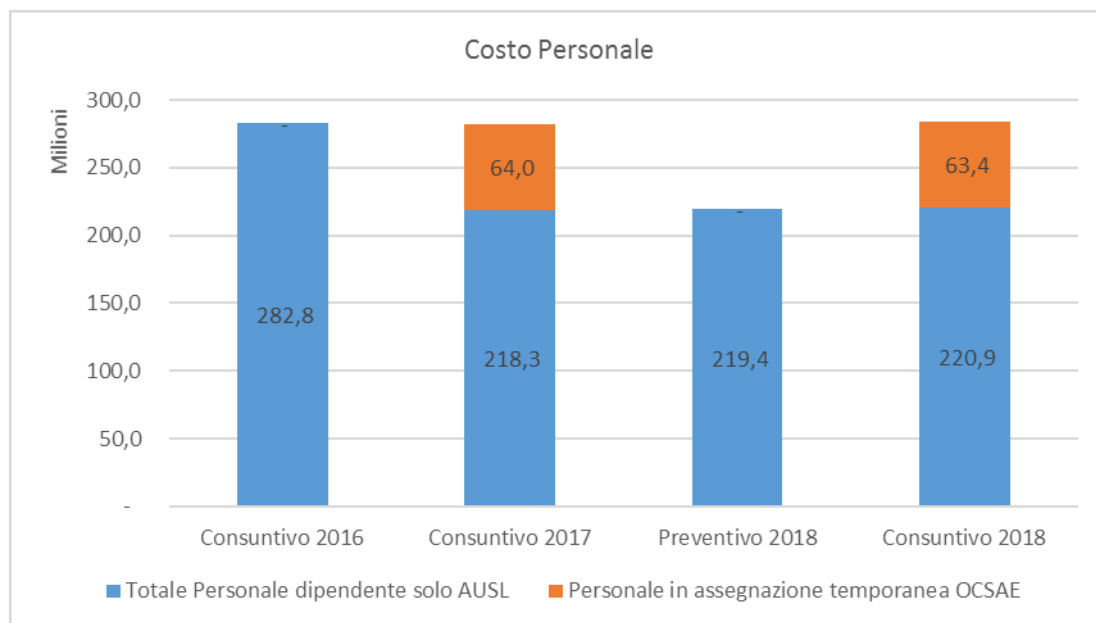
Dall'analisi dei costi pro capite relativi al quadriennio 2013/2017 per l'Azienda USL di Modena, si nota un'inversione del trend nel 2016, tendenzialmente confermata nel 2017, che determina un posizionamento decisamente inferiore alla media della Regione Emilia-Romagna. Nello specifico, l'Azienda è l'unica delle aziende con i costi pro capite al di sotto della media regionale a mostrare un trend in riduzione nel 2016 e nel 2017 rispetto al 2015, ancora superiore. L'analisi mostra un contenimento dei costi pro capite per l'Azienda a fronte di un aumento di quelli di integrazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Il valore in aumento nel 2017 è determinato dal passaggio dell'Ospedale Civile Sant'Agostino Estense all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena a decorrere dal 01/01/2017. La Mission dell'Azienda territoriale che si esprime nell'obiettivo di realizzare livelli di assistenza territoriale e di prossimità, richiede un'azione di committenza che inverta la tendenza di crescita dei costi pro capite ospedalieri in favore dei servizi territoriali.

7.3 Spesa del Personale

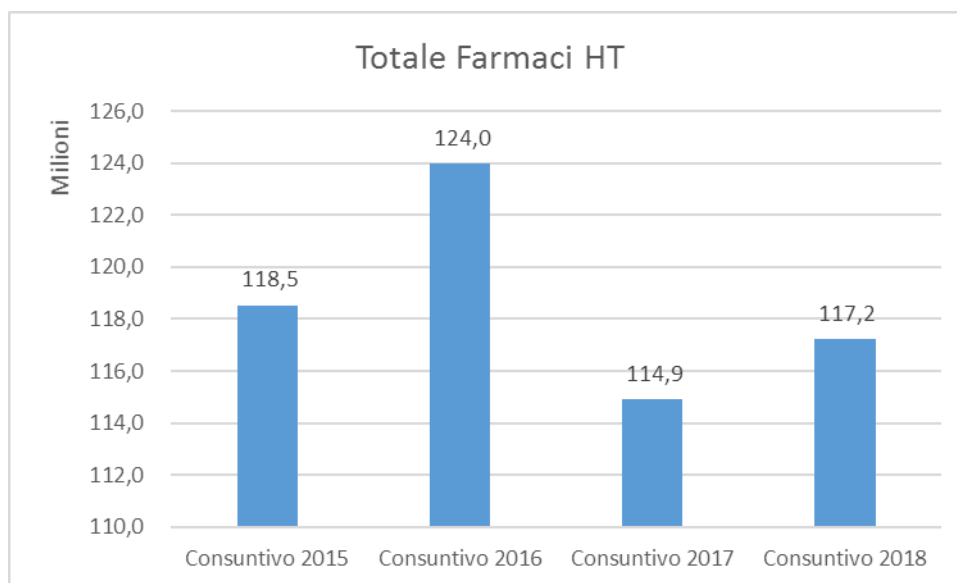
L'Azienda USL di Modena, nel corso del 2018, ha ulteriormente ridotto la spesa per il personale dipendente, rispetto agli anni precedenti, in linea con quanto richiesto dalle delibere di programmazione regionale. Il costo del personale dipendente, nel modello al lordo dei rimborsi per il personale comandato presso l'Ospedale di Sassuolo e presso l'Ospedale Civile Sant'Agostino-Estense, segna un decremento di circa €2.7 milioni rispetto alle previsioni iniziali, per effetto del rigido contenimento del turnover e di accorte politiche del personale che pure hanno rispettato gli accordi tra Regione e sindacati, recepiti a livello locale.

Al costo del preventivo pari a € 219,4 milioni sono stati aggiunti €4.200.000 per il rinnovo contrattuale. I minori costi di circa € 2,7 milioni sono stati, in parte, compensati dall'incremento di € 1,4 di personale sanitario (comprensivo del personale sanitario interinale, dei contratti di lavoro autonomo e atipico).

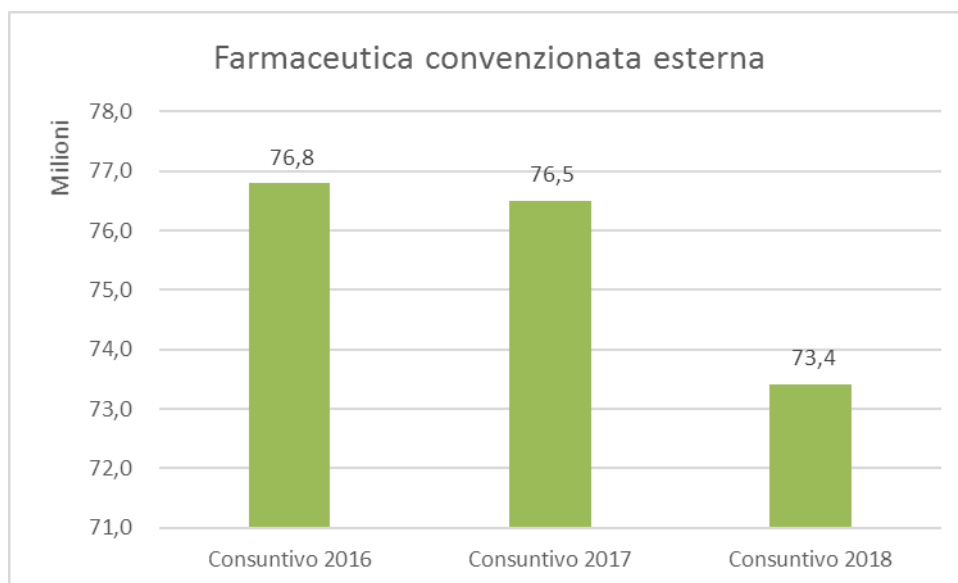
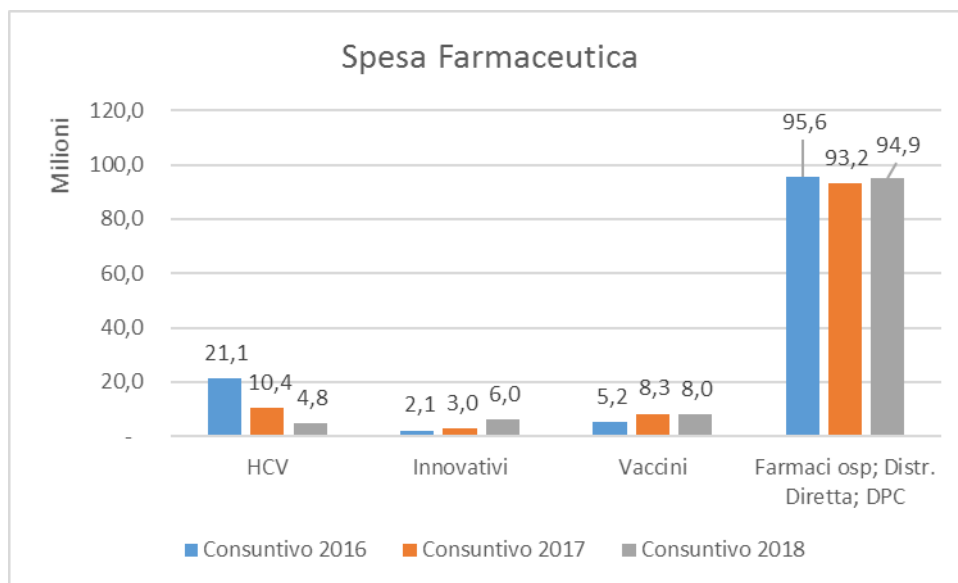
Nel grafico seguente è possibile distinguere la spesa per il personale totale, sia dipendente AUSL di Modena che in assegnazione temporanea presso OCSAE.



7.4 Spesa Farmaceutica



La spesa Farmaceutica totale del 2018, sostenuta dall'Azienda USL di Modena, è stata pari a 117.237.162 €, composta dai farmaci ospedalieri, dalla distribuzione diretta e dal DCP pari a 94.947.892 €, dai farmaci HCV pari a 4.770.414 €, dagli Innovativi pari a 5.976.822 € e dai Vaccini pari a 7.990.157 €.



Continua il trend di riduzione della spesa per la Farmaceutica Convenzionata Esterna, nel 2018 è stata pari a 73.417.840 € (-4% sul 2017).

8. CONCLUSIONI

Nel 2019 l'Azienda continuerà a perseguire gli obiettivi regionali, nel rispetto dei vincoli posti (di natura finanziaria e temporale). Forte attenzione sarà posta alla conclusione di quanto previsto nel Piano di riordino della rete dei servizi approvata dalla CTSS, al consolidamento degli ottimi risultati raggiunti in termini di controllo dei tempi di attesa della specialistica e degli interventi programmati, alla luce delle nuove DGR in materia, allo sviluppo dei servizi di prossimità, presso le Case della Salute e il domicilio. Nel corso del 2019 è infatti in programma l'apertura di due nuove CdS, una a Sassuolo (aperta a marzo 2019) e la prima CdS a Modena dedicata alla salute della donna, del bambino e della famiglia nonché dell'Hospice di Castelfranco Emilia.

Aree di sviluppo del 2019 sono la formalizzazione di ulteriori percorsi multidisciplinari e interaziendali (tra i quali demenze e disturbi cognitivi), il loro radicamento nelle CdS con la diffusione di ambulatori per la presa in carico della cronicità in tutti i territori (DM2, BPCO, SCC), il rafforzamento della comunicazione attiva e partecipata con i cittadini e utenti, il consolidamento della realizzazione degli obiettivi di programmazione regionale, il mantenimento dei tempi programmati per la realizzazione del Piano Investimenti e delle collegate opere di sviluppo delle strutture territoriali.

ALLEGATO 1: RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE AL BILANCIO D'ESERCIZIO 2018 (ESTRATTO)

Capitolo della Relazione sulla Gestione del Direttore Generale allegata al Bilancio d'esercizio 2018 (Delibera 146 del 30/4/2019), inerente la rendicontazione delle «azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 919/2018.