

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

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)

2023-2025

Deliberazione del Direttore Generale n.

Sommario

EXECUTIVE SUMMARY.....	3
1. PREMESSA.....	19
2. SCHEDA DESCRITTIVA DELL'AZIENDA	24
2.1 Chi siamo e cosa facciamo	24
2.2 Come operiamo - Organizzazione	24
2.3 Il contesto di riferimento.....	27
2.4 I dati di attività	37
2.5 I dati economici	65
2.6 Il personale.....	66
3. IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE	69
3.1 Dimensione dell'utente.....	69
3.1.1 Programmazione dell'accesso e della domanda	69
3.1.2 Programmazione dell'integrazione	80
3.1.3 Programmazione degli esiti.....	90
3.2 Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni	92
3.2.1 Programmazione della struttura dell'offerta e della produzione	92
3.2.2 Programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico.....	102
3.2.3 Programmazione dell'organizzazione	110
3.2.4 Programmazione delle dotazioni di personale.....	112
3.2.5 Programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza	115
3.3 Dimensione della Ricerca, dell'Innovazione e dello Sviluppo	118
3.3.1 Programmazione della ricerca e della didattica	118
3.3.2 Programmazione dello sviluppo organizzativo e della formazione.....	121
3.4 Dimensione della Sostenibilità	122
3.4.1 Programmazione economico finanziaria.....	122
3.4.2 Programmazione degli investimenti	124
3.4.3 Programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica	135
4. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE	138
4.1 Performance Aziendale / Valore Pubblico	138
4.2 Performance Organizzativa.....	138
4.3 Performance Individuale	141
5. INDICATORI DI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE	142

EXECUTIVE SUMMARY

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

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

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

Il PIAO è quindi un documento:

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

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

Sintesi programmazione

Il 2023, e verosimilmente gli anni a seguire, si caratterizzano per un contesto particolarmente sfidante contraddistinto da uno squilibrio tra i finanziamenti, le necessità, anche emergenti, del sistema sanitario ed i costi inflattivi incrementali che impone di rivedere e governare attentamente l'offerta, orientandola verso funzioni e servizi prioritari e realmente necessari. È verosimile che questo contesto possa contraddistinguere anche il prossimo triennio.

A fronte del disequilibrio tra finanziamenti e necessità è forte il richiamo e l'impegno a dare concreta e sostanziale attuazione

all'implementazione dei nuovi modelli territoriali richiamati dal DM 77/22, alla riorganizzazione del sistema

dell'emergenza territoriale (DGR 1206/23) e della continuità assistenziale e a perseguire gli obiettivi regionali previsti dalla DGR 1772/22 e dalla DGR 1237/23, dal PRP ma anche dal PNRR. Risulta evidente che questi obiettivi particolarmente sfidanti si potranno realizzare a patto di forti riorganizzazioni guidate dalla razionalizzazione ed efficientamento del sistema, pena la non sostenibilità di quanto siamo chiamati a realizzare.

Nella gestione dei prossimi anni, è importante, la condivisione, con le istituzioni ed i professionisti, delle scelte organizzative che impatteranno su modelli e modalità erogative da tempo consolidate. È parimenti rilevante la

responsabilizzazione delle strutture di staff ed i dipartimenti di produzione rispetto ai processi che portano all'erogazione dei servizi e delle prestazioni. Da ultimo, è prioritario l'introduzione di meccanismi di efficientamento e di governo condiviso delle risorse, monitorando lo stato d'avanzamento dei progetti ma anche performance ed esiti delle attività e dei servizi riorganizzati e garantiti.

Contesto e indirizzi - scelte gestionali del triennio

CONTESTO Contesto particolarmente sfidante, da governare, pena la non sostenibilità del sistema:

RISORSE • Risorse economiche-finanziarie: progressivo disequilibrio tra finanziamenti e necessità anche per costi in aumento (sottofinanziamento)

→ *necessità di revisione dell'offerta anche a fronte delle necessità*

ATTIVITA' OBIETTIVI • Importante riorganizzazione dell'offerta legata alla necessità di attuazione:
• → dei modelli territoriali richiamati dal DM 77/22 e riorganizzazione EU e CA
• → degli obiettivi di mandato (DG), della RER (DGR 1772/22 e 1237/23), PRP, PNRR.....
realizzabile anche a patto di revisioni dell'attuale offerta con razionalizzazione ed efficientamento del sistema e revisione dei modelli di erogazione

CONTINGENZE STRUTTURALI • Costi incrementali (energetici, inflattivi ...)
• Adeguamenti contrattuali
• Difficoltà e reperire personale soprattutto in alcuni ambiti (EU, Ost Gin, Anestesia, Ortopedia, Cardiologia, Radiologia, MMG, PLS...)
• Gestione turnover

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

1. **Condivisione delle scelte.** È necessario promuovere e diffondere in modo chiaro, ampio e partecipato, le modalità attraverso le quali realizzare le previsioni programmatiche: occorre sviluppare modalità di gestione che, a tutti i livelli, a partire da quello direzionale, garantiscano partecipazione alle scelte, trasparenza, conoscenza, confronto e condivisione delle stesse.
2. **Responsabilizzazione.** Chiara individuazione della responsabilità dei processi cruciali che non esclude l'esercizio della delega (cascata) ai collaboratori (esercizio di delega con supervisione). Oltre ai classici «CdR» occorrerà prevedere anche l'individuazione di specifici project che dovranno supportare e presidiare i processi strategici.
3. **Monitoraggio e periodica rendicontazione.** Valutazione dello stato d'avanzamento di progetti, iniziative e decisioni assunte, allo scopo di promuovere la pronta adozione dei correttivi necessari a perseguire gli obiettivi di efficacia, efficienza e sicurezza che sono alla base del nostro sistema nel rispetto dei vincoli economici di sistema (sostenibilità).
4. **Necessità di promozione di un sistema di governo complessivo dei processi e delle decisioni** aziendali, con adozione di una organizzazione flessibile di supporto e in grado di rispondere in modo più efficace, efficiente e in tempi più rapidi ai bisogni e alle sollecitazioni della prima linea e riorientare i comportamenti e le traiettorie assunte dai processi. (cabine regia, board, project) (..... COT)

La diapositiva di fianco richiama le principali direttrici di lavoro.

Importante sarà l'impegno finalizzato a contrastare le carenze di organico, soprattutto medico ed in alcune discipline e questo sia in ospedale sia sul territorio. L'attivazione di collaborazioni con le altre Aziende sanitarie della provincia e con le Scuole di Specialità, promuovendo ed

adottando programmi e iniziative volte alla fidelizzazione dei professionisti ed al consolidamento e al rafforzamento delle loro competenze che sono alla base di una assistenza di qualità, sono alcune delle azioni da perseguire.

La pandemia che ha rallentato il percorso di riorganizzazione interna dell'Azienda USL di Modena, ha comunque rappresentato anche un'occasione di cambiamento e di riorganizzazione i cui effetti saranno percepiti per lungo tempo.

L'attuale fase interpandemica consente di dare pieno corso alle previsioni della programmazione sanitaria aziendale, e questo, da un lato in continuità con il riordino, non completamente realizzato a causa della pandemia, delle attività previste negli anni precedenti (vd. documenti di programmazione ospedale-territorio presentata nelle CTSS del 6/6/2016 e del 13/12/2019) e dall'altro in coerenza con le indicazioni emergenti del DM 77/22 (riordino assistenza territoriale), DGR 1237/23 (finanziamento e obiettivi RER anno 2023), DGR 1206/23 (linee indirizzo per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza territoriale) del PRP, del PNRR e degli indirizzi strategici regionali (liste attese, efficacia e efficienza delle cure, sviluppo assistenza sul territorio separazione percorsi emergenza e urgenza, committenza, ...).

Nei prossimi tre anni, l'Azienda USL di Modena non può prescindere dalla progressiva ripresa di un percorso che porti alla completa realizzazione di risultati prioritari per la programmazione sanitaria, occorrerà pertanto:

- perseguire l'implementazione delle linee di indirizzo relative a reti cliniche integrate e reti hub&spoke, definite a livello provinciale con il coinvolgimento dell'Ospedale di Sassuolo e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ed avendo a riferimenti il criterio volumi-esiti (chirurgia oncologica, generale e specialistica, ortopedia, cardiologia...). A questo proposito sarà fondamentale il contributo dei lavori promossi all'interno del progetto reti cliniche e organizzative: i professionisti coinvolti (clinici ed esperti di organizzazione dell'area della dirigenza e del comparto) sono, infatti, chiamati a ridefinire reti, modelli assistenziali, percorsi e rapporti tra le diverse figure deputate a garantire un'assistenza efficace, sicura sostenibile;
- procedere alla revisione della rete dell'emergenza-urgenza e della continuità assistenziale assicurando la presa in carico in ambito extraospedaliero di una importante parte della casistica che oggi accede impropriamente ai PS; l'obiettivo è quello di separare i percorsi dell'emergenza (patologie tempo dipendenti) e dell'urgenza (patologie che richiedono la presa in carico immediata ed un trattamento entro le 12/24 ore). Si tratta, infatti, di bisogni distinti, ugualmente appropriati



ma che necessitano di risposte diversificate per sede, modalità, percorsi e organizzazioni. L'obiettivo è quello di innalzare gli standard di sicurezza ed efficacia del sistema, garantire il miglioramento dell'accesso ai Pronto Soccorso e la qualità sia dal punto di vista dell'accoglienza che dei tempi di risposta, (vd riferimenti agli standard definiti a livello regionale) e dare sostenibilità a sistema che negli ultimi anni è penalizzato anche dalla difficoltà a reperire professionisti competenti;

- pianificare e implementare l'omogeneizzazione delle procedure di soccorso delle emergenze cardiologiche, dei politraumi gravi e dello stroke, assicurando l'adeguatezza delle performance ai migliori standard degli indicatori di centralizzazione, anche attraverso la sistematica valutazione dei percorsi (audit);
- garantire massima efficienza nella gestione delle liste di attesa chirurgiche ed efficacia degli interventi sia per le procedure in regime di ricovero sia per le prestazioni di specialistica;
- consolidare le cure primarie, riprendendo e rafforzando il percorso di sviluppo delle strutture territoriali e di integrazione ospedale-territorio, dando progressiva attuazione alle previsioni del DM 77/22 in materia di assistenza territoriale, completando il piano che prevede la realizzazione di:
 - 27 Case della comunità programmate;
 - 8 Ospedale di Comunità (140 letti);
 - 4 Hospice (65-70 letti);
 - 7 COT;
 - oltre 50 sedi di infermieristica di Comunità;
- riorganizzazione della rete di cure palliative, ed in particolare, completamento dell'organizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) con riferimento a adulti e minori, promuovendo la presa in carico precoce del paziente che necessita di assistenza palliativa;
- promuovere modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e il sistema della salute mentale-dipendenze patologiche, anche all'interno delle Case della Salute;
- consolidare la ripresa, post pandemia, dell'attività residenziale e semi-residenziale delle strutture socio-sanitarie;
- sostenere interventi di prevenzione e promozione della salute, promuovendo l'integrazione tra i servizi territoriali ed i servizi ospedalieri, favorendo l'informazione e gli interventi di prevenzione nei processi assistenziali e la costruzione di alleanze con enti e associazioni locali, nonché garantendo equità e contrasto alle disuguaglianze;
- rinsaldare azioni di sistema mirate a promuovere l'equità nel rispetto delle differenze, attraverso l'adozione di un piano aziendale, l'utilizzo di strumenti di equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento. Sarà necessario perseguire la formazione in tema di medicina di genere ed equità, il monitoraggio degli effetti di salute delle disuguaglianze, utilizzando gli strumenti epidemiologici ad hoc predisposti con il coordinamento regionale (SLEM);
- favorire le attività volte l'approccio all'equità nel sistema dei servizi, a favorire l'equità ed il rispetto delle differenze, (Equità e Medicina di Genere) il cui governo è affidato Board Aziendale Equità con le finalità di supportare le articolazioni aziendali nello sviluppo di azioni orientate all'equità di accesso e di erogazione dei servizi e garantire l'integrazione e la coerenza delle azioni attivate a livello aziendale;
- assicurare la completa attuazione di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017 per l'area socio-sanitaria, in particolare per quanto riguarda l'assistenza domiciliare socio-assistenziale post dimissione, i laboratori protetti e Centri occupazionali per disabili e la valorizzazione del ruolo del care-giver;
- integrare la ricerca e la formazione come parte della sua missione istituzionale, progettando percorsi ed esperienze formative innovative per il pieno sviluppo delle competenze professionali, la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative;
- assicurare la qualità dei servizi e dell'assistenza con particolare riferimento ad aspetti organizzativi e professionali, allo scopo di migliorare la qualità dei processi assistenziali, anche (ma non esclusivamente) attraverso la definizione di situazioni organizzative ed operative che favoriscano l'allineamento degli operatori ai comportamenti più idonei definiti in strumenti quali procedure,

linee guida, protocolli, PDTA ecc. Per i PDTA a valenza interaziendale, si prevede il monitoraggio degli indicatori individuati a presidio del percorso e dell'adesione delle strutture coinvolte;

- mantenere aggiornati i sistemi di Strutture / Unità Operative soggette ad audit (es screening, procurement), verifiche accreditamento (in previsione Cure Primarie, Osco di Castelfranco e DH oncologico di Sassuolo, nonché la verifica di autorizzativa della PMA), Certificazione secondo il modello ISO (Laboratorio Analisi, SUAT ed in previsione SUIC) o Eusoma;
- promuovere l'attività di audit interno anche mediante autovalutazione condotte con le principali finalità di individuare aree di criticità che dovranno pertanto essere prioritariamente oggetto di azioni o piani di miglioramento, oltre a consentire un'analisi e aggiornamento del sistema documentale richiesto dai requisiti di accreditamento;
- sicurezza delle cure qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico, attraverso il consolidamento del sistema aziendale di sicurezza delle cure, gestione eventi avversi, promozione di progettualità ed iniziative volte a fornire le migliori e più appropriate cure possibili, assicurando sia adeguati standard qualitativi delle prestazioni e dei servizi sia il soddisfacimento degli obblighi di accreditamento istituzionale. Importante il lavoro sull'armonizzazione delle funzioni di gestione sinistri e rischio clinico, infettivo, occupazionale;
- promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e disegualianze, più in generale la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.) è un valore da perseguire.

Nelle pagine a seguire, si riportano, in modo sistematico, gli elementi utili ad approfondire i macro temi che, tra quelli sopra individuati, sono da ritenersi prioritari.

Recupero dei pazienti in attesa di intervento

Il recupero delle liste di pazienti chirurgici in attesa di intervento che non hanno trovato risposta a causa della pandemia, il sostanziale equilibrio tra i nuovi ingressi in lista per interventi chirurgici e i pazienti operati, il rispetto dei tempi di riposta per la chirurgia oncologica e di elezione, e, da ultimo, la garanzia dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali, costituiscono i principali obiettivi gestionali del prossimo triennio.

È altresì importante riprendere i temi legati all'appropriatezza, (di indicazione e setting erogativo), alla semplificazione dell'accesso alle prestazioni, alla sicurezza delle cure e all'avvio e implementazione di forme di assistenza alternative all'erogazione di prestazioni in presenza o alla istituzionalizzazione del caso.

La presa in carico del paziente, la continuità di cura e l'integrazione ospedale territorio, dovranno avvenire anche sviluppando progressivamente

nuovi modelli assistenziali di coordinamento tra i vari attori del processo di cura, ci si riferisce in particolare al ruolo delle Centrali Operative Territoriali, allo sviluppo di percorsi proattivi di medicina di iniziativa e alla possibilità di maggior utilizzo della rete delle strutture territoriali (OsCo, Hospice e Case della comunità) o della telemedicina, all'introduzione dell'infermieristica di comunità.

LISTE D'ATTESA: OBIETTIVI 2023

Interventi erogati entro i tempi tra quelli oggetti di monitoraggio ministeriale, nel 2023:

- recupero delle liste di attesa
- controllo della domanda, attraverso il monitoraggio della dimensione della lista di attesa
- qualità del flusso SIGLA, (copertura e qualità delle informazioni presenti)



	Obiettivo	Target 2023
PERFORMANCE	% erogato entro i tempi per chirurgia oncologica	90%
	% erogato entro i tempi per protesi d'anca	85%
	% erogato entro i tempi per chirurgia cardio-vascolare	90%
	% erogato entro i tempi per chirurgia generale	75%
	% erogato entro i tempi per totale interventi sottoposti a monitoraggio	80%
COPERTURA	Copertura SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio	80%
	Copertura SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	70%
ARRUOLAMENTO RECUPERO	Recupero degli interventi chirurgici scaduti tra il 01/01/2022 e il 31/12/2022	80%
	Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12/2021	100%
Superamento del Nomenclatore	Variazione % dell'arruolamento in lista	<3%
	Invio codici ICD9 CM diagnosi e procedura a SIGLA	100%

Offerta di sistema, vocazioni, hub spoke, volume esiti, equipe itineranti.

Il sistema sanitario provinciale è chiamato a lavorare e a fornire risposta in un'ottica di "offerta di sistema" in grado di rispondere in modo integrato al bisogno della popolazione. Per tale ragione la programmazione 2023 e degli anni successivi, prevede il coinvolgimento di tutte le strutture pubbliche e private che insistono sulla nostra Provincia, secondo un disegno, comune e condiviso, che privilegi le vocazioni produttive che già caratterizzano le varie articolazioni, ma che risponda anche a logiche volumi ed esito ed hub e spoke. La declinazione dell'offerta sarà fondata sulla sicurezza, sull'efficienza organizzativa e sulla qualità delle prestazioni erogate, ma anche, sul perseguimento di livelli crescenti di autosufficienza, da raggiungere con iniziative volte a limitare la mobilità extra provinciale per prestazioni (es. interventi chirurgici ortopedici, urologici di chirurgo generale, cataratta, diagnostica radiologica pesante) che possono trovare risposta all'interno della rete provinciale, anche attraverso l'uso esteso a più equipe - di diverse strutture o aziende - delle piattaforme chirurgiche e tecnologiche (sale operatorie, posti letto, TAC, RMN).

Piattaforme È atteso lo sviluppo ulteriore delle logiche collaborative di area, volte a coniugare la disponibilità delle piattaforme (tecnologiche e logistiche) delle strutture periferiche e la necessità di una loro ottimizzazione di impiego, rispetto alla consistenza delle liste d'attesa in capo alle diverse articolazioni ospedaliere e territoriali ed in particolare agli hub modenesi e di area.

Si prevede pertanto:

- al nord:
 - il consolidamento di alcune collaborazioni tra le equipe di Carpi e Mirandola (ambito endoscopia digestiva, pneumologia e riabilitazione, oculistica);
 - il nuovo impulso a iniziative trasversali, di rete, per la chirurgia e la cardiologia;
- al sud:
 - il consolidamento delle collaborazioni tra gli ospedali di Vignola e Pavullo con l'ospedale di Sassuolo chiamato a sostenere le attività chirurgiche in ambito di chirurgia generale, urologia, ORL, oculistica e a garantire un forte supporto in ambito cardiologico;
 - il rafforzamento del ricorso delle strutture dell'AOU alle piattaforme chirurgiche di Vignola e Pavullo allo scopo di smaltire le lunghe liste d'attesa per chirurgia di medio bassa complessità dell'AOU di Modena.
- al centro:
 - pieno sviluppo della piattaforma chirurgica di Castelfranco

Per tale ragione, occorrerà implementare ulteriormente le collaborazioni che vedono la possibilità per le equipe dell'AOU di operare su strutture AUSL.

Da percorrere anche la reciprocità delle collaborazioni, ci si riferisce in particolare alla possibilità dell'urologia di Carpi di poter accedere con sistematicità al robot di Baggiovara, e in ambito specialistico alla equipe radiologica di area sud che potrà utilizzare la RM del Policlinico, tecnologia non presente a Pavullo e Vignola.

Accesso a prestazioni ambulatoriali.

La carenza nel reperimento di alcuni specialisti (oculisti, dermatologi, fisiatristi, pneumologi, radiologi ...) rappresenta un reale problema all'incremento dell'offerta di prestazioni critiche. In merito al miglioramento dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali, le indicazioni che emergono dai numerosi tavoli interaziendali attivi sono sistematicamente diffuse, gli operatori dovranno pertanto operare nel rispetto di quanto condiviso e riportato nel Catalogo provinciale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale attivabili in urgenza, contenente i criteri clinici e i percorsi di accesso per le prestazioni richiedibili con priorità di accesso U e B. Sarà ulteriormente implementato il progetto Specialista on call, che prevede la consulenza telefonica strutturata per i medici di medicina generale da parte degli specialisti, servizio che sarà garantito su tutto l'ambito provinciale. Lo sviluppo della telemedicina, il ricorso al task shifting e modelli innovativi dell'offerta unitamente alla presa in carico delle cronicità, rappresentano delle risposte concrete sulle quali lavorare nel prossimo triennio. Delle dinamiche di una committenza esercitata in ottica di sistema in grado di meglio valorizzare i contributi dei singoli produttori, si dirà a seguire.

Una forte spinta alla razionalizzazione è prevista anche per la diagnostica per immagini con pieno utilizzo delle tecnologie pesanti presenti in provincia (uso congiunto piattaforme tecnologiche quali ad esempio le RM e TC) in modo da ottimizzare l'importante parco tecnologico a disposizione ed offrire la possibilità di impiego di diagnostiche anche ai professionisti che operano in sedi che non hanno in dotazione tutte le tecnologie. Importante per quanto attiene il governo della specialistica l'attività che sarà esercitata dalla specifica cabina di regia interaziendale.

Committenza

Come in parte anticipato, in un'ottica di sistema unico, gli indirizzi strategici volti a fronteggiare le urgenze non procrastinabili e il recupero delle liste di attesa determinate dalla pandemia, saranno gli obiettivi da perseguire sia direttamente attraverso gli ospedali in capo all'Azienda USL, ovvero gli ospedali di Carpi, Mirandola, Pavullo e Vignola, sia attraverso l'indirizzo e la ridefinizione dei rapporti tra le strutture della rete ospedaliera e territoriale, agito attraverso la revisione della committenza con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, l'Ospedale di Sassuolo SpA (NOS) sia di quella con i cinque ospedali privati accreditati (Hesperia, Igea, Fogliani, Rosa e Pineta) che operano sul territorio provinciale.

Più in particolare per quanto attiene al Privato accreditato è indispensabile riorientare la committenza allo scopo di intercettare gli effettivi bisogni di salute attraverso:

- l'erogazione di prestazioni con indici di performance critici in termini di liste d'attesa;
- promozione di percorsi e regimi erogativi omogenei ispirati ai principi di appropriatezza, sicurezza, efficacia ed efficienza.

Per tale ragione, tenuto conto del contesto locale e più in particolare della consistenza e mix delle liste d'attesa chirurgiche e ambulatoriali, della vocazione delle strutture Private, della difficoltà a reperire alcuni Specialisti (oculisti, dermatologi, ginecologi, pneumologi, fisiatri), è indispensabile avviare confronti con tutte le strutture accreditate interessate, finalizzati alla conversione del budget per attività di chirurgia ortopedica (protesi d'anca ginocchio e spalla) in prestazioni per patologie a bassa complessità ed ampia diffusione (ernie, colecisti, proctologia) a favore dei pazienti in lista d'attesa presso le strutture pubbliche ed in subordine in prestazioni ortopediche ad alta incidenza e gravate da lunghe liste d'attesa (piede, ginocchio). Per quanto attiene la specialistica ambulatoriale, oltre all'attento e continuo monitoraggio volto al riorientamento dell'offerta, occorre adoperarsi nella riconversione di budget non utilizzato per assenza professionisti, in prestazioni critiche per la provincia. Importante, da ultimo, lavorare alla declinazione congiunta di percorsi di presa in carico anche attraverso la definizione di pacchetti di prestazioni utili al completamento diagnostico.

Posti letto ospedalieri e territoriali

La dotazione di posti letto ospedalieri di Modena, pari a 2.471 unità, colloca la nostra provincia all'interno delle previsioni del DM 70/15 e alla DGR 2040/15, ovvero 3,55 letti per 1.000 abitanti e 0,6 per 1.000 abitanti per quanto attiene il postacuzie-riabilitazione. Dei 2.471 letti il 25 % (634) è a gestione diretta, il 10 % (246) in capo alla Sassuolo spa, il 47 % (1.156) afferiscono all'AOU e il 17% (435) al Privato.

Ospedale/Azienda	letti
AOU	1.156 (47%)
Sassuolo spa	246 (10%)
AUSL	634 (25%)
Privato	435 (18%)
Provincia	2.471

La dotazione di strutture e letti extraospedalieri non ha ancora raggiunto gli standard previsti dal decreto di riordino dell'assistenza territoriale (DM 77/22) per tale ragione l'Azienda ha predisposto un importante piano di realizzazione di strutture intermedie; per i dettagli si veda oltre in questo stesso documento (assistenza territoriale).

Assistenza ospedaliera

In premessa preme evidenziare come la difficoltà a reperire alcune specifiche figure di specialisti medici ha portato alla introduzione delle cooperative mediche nei PS e Ginecologie di area nord, il superamento della presenza di tale organizzazioni di professionisti rappresenta un obiettivo prioritario

Tornando agli indirizzi riferiti all'assistenza ospedaliera, nel rispetto delle competenze presenti, le missioni produttive della rete provinciale saranno orientate come di seguito riportato:

- orientamento in ottica di sistema unico provinciale della capacità produttiva di tutte le strutture della rete modenese secondo vocazione e in funzione delle priorità;
- incremento dei livelli di autosufficienza del sistema modenese (capacità di rispondere direttamente o indirettamente attraverso le strutture con le quali si intrattiene un rapporto di committenza ai bisogni della popolazione di riferimento);
- gestione sul territorio della cronicità, delle riacutizzazioni, e questo, attraverso la presa in carico dei pazienti, la maggior collaborazione dei professionisti il ricorso a nuovi strumenti (es. telemedicina) e l'introduzione di nuovi modelli (medicina di iniziativa COT);
- trattamento nel setting organizzativamente più appropriato della casistica;
- riduzione degli elevati livelli di accesso al PS, garanzia di un maggior filtro finalizzato a limitare i ricoveri non necessari con riduzione dei ricoveri inappropriati attraverso lo sviluppo di strumenti di gestione ospedale-territorio delle cronicità e delle riacutizzazioni;
- separazione dei flussi dell'emergenza tempo-dipendente (e complessa) dall'urgenza a bassa complessità con creazione di due reti distinte dedicate ai due flussi (118 DEA PS e CAU):
 - Urgenza a bassa complessità clinico assistenziale in capo a rete assistenziale delle cure primarie;
 - Emergenze-urgenze sanitarie a medio elevata complessità, in capo ai servizi d'Accettazione ed Emergenza Urgenza Ospedaliera (118, PS, DEA);
- contenimento dei ricoveri ripetuti e di quelli potenzialmente evitabili;
- riduzione della degenza ospedaliera limitandola alle giornate effettivamente necessarie garantendo un maggior turnover e una più ampia disponibilità di letti;
- facilitazione della dimissione protetta dei pazienti (anche attraverso l'implementazione delle COT ed il potenziamento delle strutture intermedie);
- accesso prioritario alla chirurgia oncologica, che dovrà garantire tempi di risposta in linea con gli standard;
- recupero delle liste d'attesa chirurgiche con utilizzo condiviso delle piattaforme in funzione della numerosità dei pazienti in lista;
- utilizzo dei letti di lungodegenza per "accompagnare" la dimissione al domicilio o in struttura e per detendere la pressione sui reparti per acuti e consentire un maggiore turnover con le maggiori disponibilità di letti che dovranno essere messe a disposizione dell'attività chirurgica (programmata e urgente) e delle emergenze-urgenze di area internistica;
- efficientamento del sistema dell'offerta, in particolare:
 - l'utilizzo delle piattaforme tecnologiche (sale operatorie diagnostiche e posti letto) deve essere condiviso e gestito in funzione delle priorità assistenziali (consistenza delle liste d'attesa,);
 - l'utilizzo congiunto da parte di equipe afferenti ad altri ospedali e Aziende, con rotazione delle equipe finalizzata a:
 - ottimizzare gli "spazi macchina",
 - offrire ai professionisti la possibilità di accesso a diagnostiche non direttamente disponibili nella sede di assegnazione.
 - recupero della mobilità passiva in regime di ricovero (ortopedia, chirurgia generale e urologia) e diagnostica strumentale (RM).

Da ultimo, la riorganizzazione dell'offerta sanitaria oltre a mantenere i principi della vocazione, anche storicamente consolidati, dovrà tenere in considerazione alcuni elementi strategici, quali:

- il mantenimento dei riferimenti presso gli hub modenesi dell'AOU per la gestione delle emergenze tempo dipendenti (IMA, stroke e politrauma grave);
- il mantenimento, in capo all'OAU, dei riferimenti per gli ambiti a valenza unica provinciale per le funzioni garantite in modo esclusivo dall'azienda Ospedaliera, ci si riferisce nello specifico a trapiantologia, malattie rare, materno infantile (gravidenza a rischio e neonatologia), maxillofaciale, chirurgia dell'arto superiore, neuroscienze, chirurgia vascolare e toracica;
- la concentrazione della chirurgia a maggior complessità presso le strutture di AOSP, Carpi e Sassuolo, dotate della competenza e delle tecnologie appropriate, e questo, in accordo con il principio volumi/esiti, per l'ambito chirurgico generale e specialistico, (oncologico e non), e centralizzazione a livello di area delle urgenze chirurgiche (generali e specialistiche);
- il tendenziale rispetto del principio di autosufficienza territoriale, per le discipline di Area medica;
- il mantenimento dell'indirizzo agli ospedali della rete Azienda USL (Mirandola, Pavullo e Vignola) della casistica chirurgica a più ampia diffusione e minor complessità (garantita anche dagli hub per gli ambiti di competenza territoriale diretta) con messa a disposizione delle equipe chirurgiche delle tre Aziende delle piattaforme chirurgiche e di posti letto, finalizzata al pieno e razionale utilizzo delle risorse e al contenimento delle liste d'attesa;

Assistenza territoriale

L'offerta di servizi e le attività sul territorio dovranno essere consolidate sulla base delle indicazioni regionali e della programmazione locale che si basano sostanzialmente sul contesto e sui seguenti aspetti e determinati:

iniziamo da contesto

- caratteristiche della rete provinciale ospedaliera (vocazioni) e territoriale di servizi, ovvero, del contesto organizzativo e dell'offerta delle diverse articolazioni sanitarie (ospedali, rete MMG e PLS, medici di continuità assistenziale, ADI, strutture residenziali e intermedie quali OSCO ecc);
- disponibilità di professionisti con riferimento a medici afferenti a diverse discipline, specialisti in formazione, infermieri anche specializzati ed OSS, personale amministrativo e di supporto; si sottolinea infatti che nel corso del 2022 è divenuta particolarmente critica (talora fino anche al blocco della capacità di arruolare) la possibilità di reperire alcune figure professionali quali medici dell'emergenza, ginecologi, radiologi, ortopedici, internisti, MMG e PLS ecc;

quanto alle determinanti occorrerà tener conto delle:

- progressive competenze maturate dai professionisti nella gestione delle nuove modalità di assistenza ed esperienza acquisita sul campo dall'intera organizzazione;
- capacità produttiva intercorrente (e a tendere) delle strutture sanitarie della provincia (ospedaliere e territoriali, pubbliche e private), determinate anche in considerazione degli standard assistenziali attesi, dei livelli di efficacia e di sicurezza da garantire e al recupero delle attività;
- progetti attivati nel corso degli anni precedenti ed anche in corso di pandemia (centralizzazione delle attività di laboratorio, telemedicina e collaborazioni che prevedono forme di assistenza in remoto) che dovranno andare a regime;

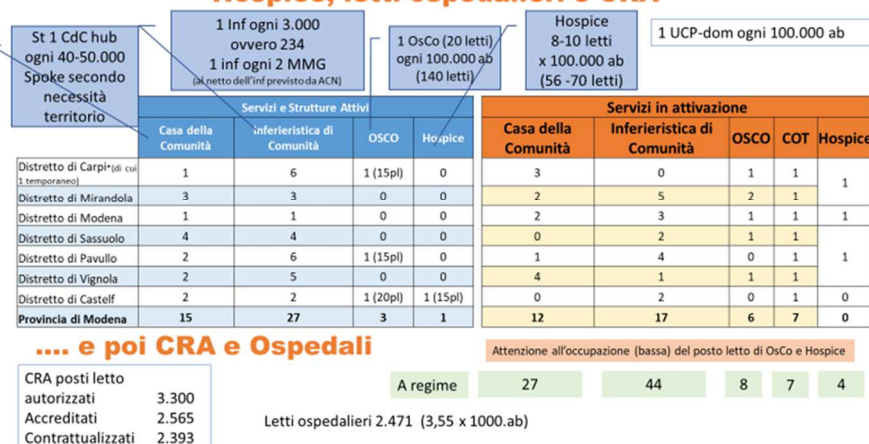
inoltre come già richiamato occorrerà lavorare per favorire:

- lo sviluppo della rete territoriale come previsto dal DM 77/22 con progressiva attivazione secondo gli standard delle strutture intermedie quali OsCo ma anche degli Hospice, delle Case della comunità, delle COT, dell'infermieristica di Comunità;
- il ritorno al pieno utilizzo della rete delle CRA con i circa 3.300 letti autorizzati, gli oltre 3.500 accreditati ed i circa 2.400 contrattualizzati.

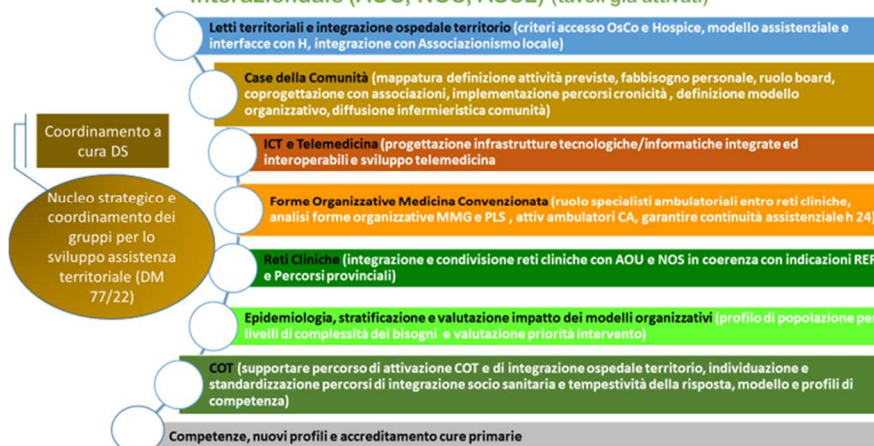
Allo scopo di dare una rappresentazione di sintesi della rilevante riorganizzazione della rete di offerta provinciale, con l'evidenza delle strutture attive e delle previsioni della programmazione locale, declinate sulla base dei nuovi standard di riferimento (DM 77/22 ma anche DM 70/15 e DGR 2040/15), si riporta a seguire uno schema riassuntivo con standard, dotazioni attuali e programmazione a tendere.

La riorganizzazione della rete territoriale verterà su una importante revisione delle strutture e del modello erogativo delle cure primarie, con potenziamento dell'assistenza domiciliare, implementazione sul territorio della funzione di infermieristica di comunità, sviluppo delle Case della Comunità (già presenti e in corso di realizzazione) ed il loro complessivo assesment per l'assistenza ai pazienti cronici e fragili. Continuerà l'azione di potenziamento della rete delle strutture intermedie (OsCo) che permetteranno di detenere la pressione sugli ospedali, il contestuale avvio delle Centrali Operative Territoriali (COT) faciliteranno e renderanno più appropriato il passaggio del paziente da ospedale a territorio. Si dovrà implementare la medicina proattiva e di iniziativa e l'integrazione sociosanitaria. Una riorganizzazione di questa portata, necessità di un forte coordinamento centrale, per tale ragione è stata istituita una cabina di regia interaziendale ed 8 gruppi di lavoro che opereranno su temi rilevanti, lo schema a seguire riporta i gruppi e i temi sui quali i professionisti saranno chiamati a fornire indicazioni.

Mappatura CdC, Infermieristica di Comunità, OSCO, COT e Hospice, letti ospedalieri e CRA



Cabina di regia per lo sviluppo dell'assistenza territoriale (DM 77/22) Interaziendale (AOU, NOS, AUSL) (tavoli già attivati)



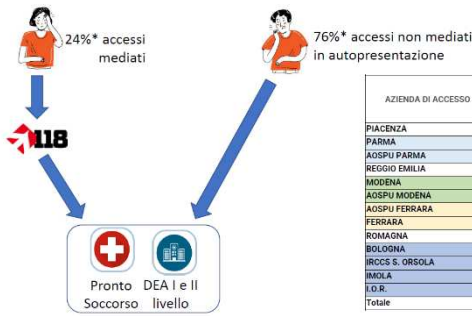
Rete dell'Emergenza Territoriale e della Continuità assistenziale

Con la DGR 1206/23 del corrente mese di luglio, la Regione ha deliberato le Linee guida della riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza territoriale, è su questa base che le Aziende dovranno riorganizzare la propria rete dell'emergenza (DEA, PS, CAU, mezzi di soccorso), da condurre anche di concerto con la riorganizzazione della Continuità assistenziale. Il primo lay out programmatico dovrà pervenire in regione entro il mese di settembre 2023. Oltre che sulla base delle indicazioni regionali, la revisione del modello dovrà avvenire anche sulla base dei dati di ricorso a tali servizi che, in provincia di Modena vedono: un afflusso ai PS superiore alla media regionale (390 per 1.000 abitanti vd 350 della RER), elevati livelli di autopresentazione (83% per AUSL e 78% per AOU vs RER al 76%) percentuale di codici bianchi e verdi del 65%, ed ancora, bassi livelli di accesso al servizio di Continuità Assistenziale ed una tipologia di risposta

Tasso accesso ai PS provincia di Modena pari a 390 x 1.000 ab.
Tasso accesso ai PS provincia di Regione pari a 352 x 1.000 ab.

Anno 2022 autopresentazione PS AUSL di Modena pari a 83%
Anno 2022 autopresentazione PS AOU di Modena pari a 78%
Anno 2022 autopresentazione PS media Regionale pari a 76%

caratterizzata prevalentemente da consigli telefonici (60 - 70%) con il 20 - 35% di visite ambulatoriali ed il 10 - 15% di visite domiciliari.



AZIENDA DI ACCESSO	Numero Accessi non mediati	Numero accessi 118	Totale	% non mediati	% mediati
PIACENZA	69.370	24.369	93.639	74%	26%
FARMA	27.784	8.885	36.669	76%	24%
AGSPU PARMA	69.084	27.469	96.573	72%	28%
REGGIO EMILIA	106.720	38.227	144.947	74%	26%
MODENA	117.906	23.683	141.589	83%	17%
AGSPU MODENA	106.962	29.607	136.569	78%	22%
AGSPU FERRARA	51.639	19.664	71.303	72%	28%
FERRARA	42.538	11.662	54.000	78%	22%
ROMAGNA	328.052	104.732	432.784	76%	24%
BOLOGNA	144.659	52.554	197.213	73%	27%
IRCCS S. ORSOLA	86.788	36.238	123.026	71%	29%
IMOLA	31.998	10.237	42.235	76%	24%
F.G.R.	26.905	1.696	28.603	94%	6%
Totale	1.210.105	389.045	1.599.150	76%	24%

La revisione del servizio di guardia medica ha visto come primo atto l'introduzione del numero unico di accesso, con centralizzazione della risposta telefonica e la progressiva separazione dei percorsi dell'emergenza, in capo agli Ospedali e dell'urgenza e dell'assistenza programmata in capo al territorio, secondo percorsi integrati che vedono la collaborazione di tutti i

professionisti e dei servizi coinvolti. Le telefonate dell'utenza sono processate da un pool di medici che potranno o risolvere il problema telefonicamente (si stima nel 60 - 70 % dei casi) o programmare un accesso presso l'ambulatorio della CA o inviare al domicilio un medico o l'equipaggio dell'emergenza urgenza territoriale (118).

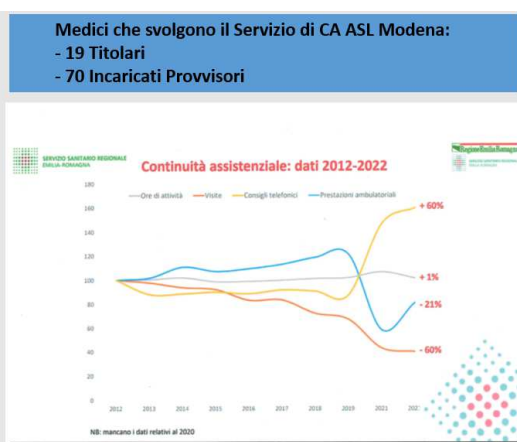
Tale riorganizzazione si accompagnerà al potenziamento del sistema 118; il medico di centrale operativa 118 assumerà una funzione di risposta clinica avanzata con il compito di supervisionare le situazioni critiche e validare specifici protocolli o percorsi clinico assistenziali,

SITUAZIONE ATTUALE DELLA Co. Assistenziale

- difficoltà a reperire medici disponibili ad effettuare i turni di CA, soprattutto nelle sedi montane;
- incremento attività di consulto telefonico e ridotta attività ambulatoriale/domiciliare del Servizio di CA da parte dei cittadini (con preferenza a recarsi in Pronto Soccorso);
- più servizi per la medesima funzioni in alcune sedi (Finale/Fanano/Mirandola..);
- necessario miglioramento della verifica quali/quantitativa del Servizio di CA.

Dall'analisi dei dati provinciali dei contatti gestiti dalla CA emerge che:

- Il 60-70% sono risolti tramite consiglio telefonico;
- Il 20-35% tramite visite ambulatoriali;
- Il 10-15% tramite visite domiciliari;



supportare la centrale operativa nell'assegnazione delle competenze e nella fase di trattamento, supportare, altresì, le scelte di avvio e sospensione dei trattamenti, indirizzare le risorse e le equipe dei diversi nodi della rete ospedaliera. A seguire gli ambiti di programmazione:

- Riorganizzazione della rete con un utilizzo più appropriato delle risorse a leadership infermieristica e medica;
- Sviluppo delle clinical competence specifiche per funzioni e ruoli dei professionisti sanitari;
- Partecipazione proattiva del volontariato nel soccorso (ODV) tramite l'integrazione e la formazione dei soccorritori;
- Istituzione in ogni centrale operativa di area omogenea di un incarico di struttura complessa a carattere organizzativo, gestionale e assistenziale, ricoperto da personale infermieristico con consolidata esperienza maturata nel settore;
- Realizzazione del Piano di investimenti sui sistemi di connessione tecnologica tra territorio e rete ospedaliera necessari per la condivisione delle informazioni in real time;
- Implementazione di un Piano di comunicazione rivolto ai cittadini, per inerente le modalità Di contatto e accesso alle strutture sanitarie;
- Implementazione rete defibrillazione.

La riorganizzazione dei mezzi di soccorso (avanzati e base) sul territorio sarà preceduta da un'attenta disamina dei volumi e tipologie delle chiamate, la riorganizzazione scaturirà anche dal confronto fra 118 e associazioni di volontariato che dovrà portare ad una distribuzione dei mezzi fondata su criteri di sicurezza, efficacia, e rispetti i livelli di efficienza che sono alla base della sostenibilità del sistema chiamato a rispondere a bisogni dell'emergenza sul territorio.

Rete dei centri di assistenza urgenza (CAU)

Da ultimo occorrerà prevedere alla realizzazione della rete dei CAU, le strutture territoriali in capo alla rete assistenziale delle cure primarie destinate alla gestione delle urgenze a bassa complessità clinico assistenziale chiamate a garantire, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso.

I CAU si caratterizzano per una dotazione di personale medico, infermieristico (se necessario, OSS).

L'orario di apertura è compreso tra le 12 e le 24 ore, con una capacità diagnostica grazie alla dotazioni di apparecchi di imaging e POCT; i CAU possono contare sul supporto specialistico (anche con telemedicina), accolgono pazienti con problemi urgenti a bassa complessità, di norma sono chiamati a coprire un bacino da 35.000 a 75.000 abitanti ed hanno come riferimento un Ospedale Polispecialistico o distrettuale con garanzia di accessibilità e tempestività di cure e continuità dei percorsi assistenziali

I CAU possono essere collocati all'interno di Case della Comunità, oppure presso le attuali sedi di PPI, presso gli Ospedali di prossimità sprovvisti di DEA di I e II livello; è comunque opportuno, dove possibile, valutare la presenza di un CAU in prossimità di un DEA di I e II livello, l'assetto finale del sistema troverà dimensionamento nell'analisi dei flussi di pazienti e dal confronto con professionisti, associazioni ed istituzioni.

Da ultimo si evidenzia ancora come i CAU saranno chiamati ad essere il punto di riferimento dei servizi territoriali, in una ottica di prossimità e capillarità e a sviluppare modalità ed interfacce organizzative con le COT, le UCCP (CdC) e le AFT (NCP) dei MMG, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali interni e con i DEA di I e II livello.

Una prima programmazione con le previsioni in termini di strutture da realizzare sul territorio dovrà essere formalizzata in Regione entro settembre 2023.

Servizi: centralizzazione delle attività laboratoristiche e razionalizzazione offerta e domanda

Nell'ambito dei Servizi, dovranno andare a regime le riorganizzazioni/razionalizzazioni delle attività di laboratorio (attività analitiche di base, complesse e specialistiche quali microbiologia, tossicologia, immunità) di Baggiovara e Policlinico, è infatti da realizzare il trasferimento al laboratorio unico di Baggiovara (BLU) di una grossa parte (2,5 ml di esami) delle indagini oggi garantite dal Centralizzato del Policlinico (3,5 ml di esami), ove resterà una funzione di laboratorio a risposta rapida (LRR) che potenzialmente potrebbe ulteriormente essere rivisto in ottica di POCT, realizzando una importante centralizzazione delle attività laboratoristiche su base provinciale.

Stante l'alto indice di consumo di esami chimico clinici dovranno essere promosse e perseguite iniziative volte alla maggior appropriatezza nella richiesta delle indagini di laboratorio (reflex, alert temporali, di genere ecc) e dovrà essere completata la centralizzazione delle indagini legate allo screening HPV. Alcune proposte sono già state avanzate e ad altre si lavorerà anche nell'ambito dello specifico gruppo di lavoro previsto all'interno del progetto interaziendale reti di cui si è già in parte detto e che sarà più ampiamente sviluppato a seguire.

Prevenzione e promozione della salute

Nell'ambito dell'attività di prevenzione e promozione della salute, risulta strategica l'adozione di un approccio interdisciplinare di cooperazione interistituzionale (Sanità, Sociale, Enti locali, Scuola e Università, Parti Sociali, Terzo Settore) coniugando interventi/programmi rivolti ai singoli con interventi sul contesto sociale ed ambientale, al fine di accrescere l'empowerment individuale e di comunità adottando un approccio che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze. L'attività di prevenzione e promozione della salute nel prossimo triennio dovrà realizzarsi secondo l'impianto previsto dalla L.R. 19 /2018 e dare piena attuazione al Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025, anche attraverso l'adozione della strategia "One Health" e con particolare attenzione al rapporto salute-ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni delle comunità locali (in particolare i Distretti) e con le agenzie e le istituzioni interessate.

Seguendo le indicazioni della L.R. 19 e del PRP i programmi di intervento saranno impostati sulla base dei bisogni di salute della popolazione, dando priorità in particolare ai temi della sana alimentazione, dell'attività

motoria, della sicurezza nei diversi ambiti, della prevenzione del disagio giovanile e delle dipendenze, della prevenzione delle patologie croniche.

Screening e PRP

Le campagne di screening dovranno operare a pieno regime mantenendo le buone performance anche negli ambiti che in passato si sono caratterizzati per qualche criticità, si veda la senologia per i tempi di accesso al 2° livello e lo screening del colonretto quanto ad adesione al 1° livello.

Importante dovrà essere l'impegno a garantire le azioni previste dal PRP a sostegno della concreta attuazione dei 20 progetti che sono stati individuati dalla AUSL di Modena.

PANFLU

Il documento è stato redatto allo scopo di definire gli interventi (efficaci e tempestivi) che devono essere posti in essere a livello provinciale dall'Azienda USL di Modena, in coordinamento con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena e con l'Ospedale di Sassuolo S.p.A., per contrastare un'eventuale epidemia influenzale a carattere pandemico.

In accordo con il documento Regionale "Piano strategico operativo di risposta a una pandemia influenzale della Regione Emilia Romagna" del 28 febbraio 2022 e dal Piano strategico-operativo Nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, l'obiettivo generale del Piano è quello di rafforzare, in piena coerenza con le indicazioni Nazionali e Regionali, il sistema di risposta ad una futura pandemia influenzale a livello locale, in modo da:

1. Proteggere la popolazione, riducendo il più possibile il potenziale numero di casi e quindi di vittime della pandemia.
2. Tutelare la salute degli operatori sanitari e del personale di altri Settori/Aree coinvolto nell'emergenza.
3. Ridurre l'impatto della pandemia influenzale sui servizi sanitari, sociali ed educativo-scolastici e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali.
4. Preservare il funzionamento della società e le attività economiche.

Questo obiettivo generale richiede di essere attuato attraverso i seguenti obiettivi specifici:

1. Pianificare le attività in caso di pandemia influenzale o di altra natura.
2. Attuare una pianificazione Provinciale coerente con gli indirizzi Regionali definendo ruoli e responsabilità dei diversi soggetti per l'attuazione delle misure previste.
3. Sviluppare un ciclo di formazione, monitoraggio e aggiornamento continuo del piano per favorire l'implementazione dello stesso e monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

Reti assistenziali

Ed ancora, il 2023 vedrà i professionisti delle tre Aziende sanitarie e del Privato coinvolti nella revisione dell'organizzazione delle principali reti assistenziali attraverso la ridefinizione dell'offerta e dei percorsi sottesi all'erogazione delle prestazioni. La Rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. Il progetto prevede la individuazione dei nodi della rete assistenziale e le relative connessioni definendo le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura. Sono attenzionate anche la qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.

Ci si riferisce al progetto Reti Cliniche integrate voluto e condiviso dalle tre Direzioni provinciali e di cui si riportano sinteticamente a seguire i temi sui quali si è deciso di lavorare:

Reti Cliniche

1. rete onco-ematologica (prioritaria)
 - 1.1. screening oncologici

2. rete cure palliative adulti - (prioritaria)
3. rete cure palliative pediatriche (cpp) (*) - (prioritaria)
4. rete materno-infantile (prioritaria)
5. rete emergenza-urgenza (prioritaria)
6. rete neuropsichiatria infantile (npi) - (prioritaria)
- 6.1. rete riabilitativa pediatrica (prioritaria)
7. rete epatopatie croniche (prioritaria)
8. rete riabilitativa adulti (prioritaria)
9. rete terapia del dolore (*)
10. rete cardiologica e di chirurgia vascolare (*)
11. reti tempo-dipendenti (*)
12. rete diabetologica (adulti e bambini)
13. rete nefrologica
14. rete dermatologia
15. rete reumatologia

A questi gruppi sulle reti cliniche si aggiungono i progetti organizzativi aziendali che riportiamo di seguito:

Progetti Organizzativi

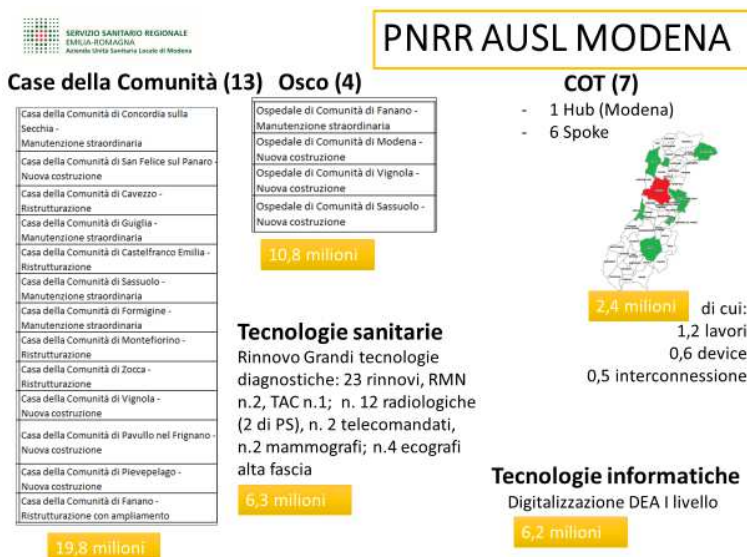
1. laboratori (prioritaria)
2. politiche del farmaco (prioritaria)
3. progetto cartella provinciale informatizzata (prioritaria)
4. programma di contrasto alla violenza di genere
5. programma di contrasto al maltrattamento e abusi sui bambini
6. piattaforma provinciale tecnologie biomediche
7. cabina di regia provinciale specialistica ambulatoriale (prioritaria)
8. cabina di regia provinciale piattaforme chirurgiche (prioritaria)
9. telemedicina

Le finalità del progetto sono rappresentate dalla volontà di assicurare qualità e sicurezza delle cure, garantire equità e tempestività di accesso alle cure, assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale, assicurare la gestione della/e patologia/e prevalente/i, garantendo che gli stessi standard di prestazioni siano erogati in tutto il territorio provinciale, coniugando l'appropriatezza del percorso clinico-assistenziale con la sostenibilità economica.



Piano investimenti a supporto della riorganizzazione dell'assistenza territoriale e tecnologie sanitarie e informatiche a supporto della rete ospedaliera

Il piano investimenti aziendale a supporto della riorganizzazione sopra declinata è consistente, nell'arco dei prossimi 3-4 anni si prevede, infatti, la parziale ristrutturazione delle 15 Case della Comunità già attive e la realizzazione di ulteriori 12 Case della Comunità per un importo di 19,8 ml, l'attivazione di nuovi OsCo che a regime saranno 8 rispetto agli attuali 2 per un investimento di 10,8 ml, l'attivazione di 4 Hospice (3 in più rispetto ad oggi), l'avvio delle 7 Centrali Operative Territoriali di distretto per 2,4 ml e l'acquisizione di tecnologie sanitarie e informatiche per circa 12,5 ml: il rispetto dei tempi di realizzazione di tale programmazione sarà un obiettivo particolarmente sfidante da non derogare nonostante le difficoltà legate all'attuale congiuntura economica ed alla "volatilità" delle imprese.



Politiche di prossimità, riduzione delle disuguaglianze, partecipazione ed empowerment dei cittadini

Come già anticipato, la promozione di politiche per la prossimità, per la riduzione delle disuguaglianze di salute e per la partecipazione/empowerment dei cittadini sono i temi principali sui quali sarà orientata l'attività dei prossimi anni, intendendo mettere in atto nel triennio le azioni necessarie a garantire le stesse opportunità di accesso, di fruizione, di qualità e di appropriatezza dei servizi a tutti i cittadini. Il tema dell'umanizzazione in termini di promozione di ambienti e comportamenti finalizzati al benessere delle persone, oltre che all'eliminazione delle discriminazioni e delle barriere (fisiche, sociali e culturali) nell'accesso e fruizione ai servizi sanitari viene considerato come una parte del più generale tema dell'equità dell'assistenza sanitaria ed è al centro dell'attenzione delle trascorse ed attuali traiettorie strategiche aziendali. In base a tale approccio, le attività da compiere non saranno meramente rivolte alla gestione dell'accessibilità ai luoghi di cura, bensì allo sviluppo di politiche di inclusione.

L'integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari, si dovrà proseguire nel consolidare il nuovo assetto strutturale unitario delle funzioni amministrative, tecnico professionali delle Aziende Sanitarie provinciali e nell'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari articolandone le modalità nei diversi contesti.

L'integrazione socio-sanitaria, costituisce un elemento rilevante nella programmazione dell'Azienda USL di Modena in quanto interseca più aree di intervento sostenute da fondi nazionali e regionali e programmi trasversali. L'integrazione trova una traduzione operativa nell'obiettivo di mandato 1.9 che vede la prosecuzione della programmazione delle attività aziendali e distrettuali rivolte al Caregiver (finanziate con Fondi nazionali ad hoc) progettate in collaborazione con i referenti sociali e sanitari, la comunicazione e l'area delle professioni sanitarie. Saranno inoltre formalizzati nuovi accordi di programma per l'implementazione del Piano Nazionale della Non autosufficienza che introduce i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) di erogazione e processo e definisce le azioni di supporto. Sarà assicurata la partecipazione ai tavoli regionali finalizzati alla revisione delle procedure di accreditamento in scadenza il 31 dicembre 2024.

Si segnala inoltre l'attiva partecipazione al perseguimento degli obiettivi di mandato:

- 1.2 Consolidamento delle cure primarie...
- 1.4 Consolidamento della presa in carico;
- 1.5 Attività di prevenzione e promozione della salute attraverso il coinvolgimento strutturato ed organico degli Enti del terzo settore (Associazioni e Cooperazione).

Proseguirà nel 2023 l'attività del Tavolo aziendale migranti e vulnerabilità potenziato con l'Equipe Multidisciplinare e Multiprofessionale Aziendale Salute e Migranti che svolge il ruolo di Hub con funzione di Centro Unico di accesso per gli enti inviati nonché attivazione e coordinamento della rete dei professionisti dedicati alla presa in carico dei pazienti, attività svolta in collaborazione con l'Associazione Porta Aperta.

1. PREMESSA

Il PIAO contiene gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione dei risultati aziendali, rendicontati annualmente mediante la Relazione sulla performance. Con l'adozione del Piano triennale, dei suoi aggiornamenti periodici e delle Relazioni annuali, l'Azienda si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati in linea con il mandato istituzionale e con gli obiettivi ricevuti dalla Regione, dotandosi di strumenti idonei a fornire ai portatori di interessi informazioni precise e quantificabili sulle linee strategiche e sugli aspetti rilevanti delle attività svolte e garantendo un miglior livello di semplificazione ed integrazione al sistema di programmazione, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione.

L'Azienda USL di Modena esplicita gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione della performance aziendale del medio periodo nel PIAO; tale documento è redatto con cadenza triennale, in coerenza con gli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale e la programmazione locale e traduce nel contesto provinciale gli indirizzi sanitari derivati da quelli indirizzi nazionali e regionali (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Piano Socio Sanitario, Piano Prevenzione, LEA, obiettivi di mandato della Giunta regionale, obiettivi assegnati annualmente dalla Regione alle Aziende, ...). In tal modo il Piano traduce i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, ecc. in strategie, obiettivi e impegni pluriennali, individuando anche le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare i loro raggiungimento.

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

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

In sintesi, il PIAO è pertanto un documento di programmazione che si caratterizza per:

- Essere fortemente correlato con gli obiettivi strategici e di mandato assegnati dalla Regione alle Direzioni Generali, traducendo a livello aziendale e in una prospettiva di medio periodo le priorità strategiche che devono essere perseguite;
- Avere validità triennale e stabile, non a scorrimento (a meno che non si verificano significativi cambiamenti organizzativi o di contesto, dovendo fissare linee strategiche in applicazione di obiettivi fissi e pluriennali. Spetta al sistema di budget il ruolo di strumento strutturato per la definizione e il controllo degli obiettivi annuali;
- Essere aggiornato annualmente, nel corso del triennio di riferimento, qualora necessario è infatti possibile aggiornarne aspetti specifici, con atti/documenti attuativi, che consentano di dare attuazione alla programmazione strategica mediante la definizione di obiettivi o azioni operative (in primo luogo tramite il processo annuale di budget o mediante la declinazione di altri aspetti di dettaglio);
- Essere rivolto sia verso l'esterno, al fine di rappresentare i principali obiettivi strategici e le modalità del loro monitoraggio e rendicontazione, sia verso l'interno dell'Azienda, per fornire una cornice di riferimento strategica per l'azione gestionale e per la programmazione annuale (che come detto si sviluppa principalmente mediante il budget e gli strumenti correlati);

- Integrare tutti gli strumenti di pianificazione e programmazione già presenti in Azienda, al fine di fornire una visione di sintesi integrata; nel caso sia opportuno o necessario rinviare ad altri documenti, è necessario riportarne nel Piano i contenuti essenziali, al fine di garantire una piena leggibilità e comprensibilità del documento;
- Una struttura e contenuti omogenei tra le Aziende, secondo quanto indicato nelle Linee guida regionali, con la possibilità di indicare aspetti di specifico interesse locale ma all'interno di un quadro complessivo coerente e sistemico.

La struttura del PIAO si articola in un Executive Summary e 5 capitoli, nei primi due, Executive Summary e premessa, sono descritti in sintesi i contenuti ed il significato del Piano quale strumento di programmazione a valenza sia interna (professionisti), sia esterna (sistema degli stakeholders) ed una sintesi del Piano stesso.

L'Executive Summary riporta la sintesi dell'andamento dei principali obiettivi strategici ed il significato della programmazione integrata. In più parti del documento vi è un ampio richiamo alla revisione organizzativa e dei modelli erogativi imposti dalla fase interpandemica che stiamo affrontando e dalle recenti indicazioni in materia di riorganizzazione dell'assistenza territoriale (DM 77/22), del PNRR, del PRP, per citarne alcune, che hanno imposto la periodica revisione delle priorità gestionali e attuative di obiettivi e progetti aziendali.

La premessa riporta il significato del PIAO quale strumento di pianificazione strategica aziendale e di dialogo con l'ambiente in cui operano l'azienda ed i suoi portatori di interesse, con contestuale richiamo al sistema di Programmazione e controllo presente nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

A seguire, la scheda descrittiva dell'Azienda di fatto, si tratta di un "chi siamo, come siamo, cosa facciamo, come operiamo, con quali risultati". Nello specifico i paragrafi sono rappresentati da:

- Chi siamo e cosa facciamo
- Come operiamo
- Il contesto di riferimento
- I dati di attività
- I dati economici
- Il personale

Chi siamo (caratteristiche organizzative aziendali) e cosa facciamo (mission e vision aziendale): attingere o rimandare all'atto aziendale e/o eventuali documenti di Programmazione e controllo presenti nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Come operiamo: attingendo o rimandare all'atto aziendale per descrivere l'organizzazione e struttura di responsabilità dell'Azienda.

Il contesto di riferimento: fotografia per sintesi dell'ambiente in cui opera l'azienda, attingendo o rimandando a documenti di programmazione già sviluppati in merito. Le informazioni di base presenti devono riguardare per sintesi l'analisi della popolazione servita (contesto socio-demografico), l'analisi della domanda di prestazioni (contesto dei "bisogni" di salute), l'analisi delle priorità istituzionali in capo all'azienda (contesto istituzionale), l'analisi del sistema di offerta in cui opera l'azienda (presenza altre aziende sanitarie pubbliche, privato accreditato e non, relazioni con terzo settore, relazioni con servizi sociali ecc.).

I dati di attività: rappresentazione per sintesi dei volumi di produzione delle principali attività aziendali degli ultimi anni precedenti al triennio di vigenza del PIAO.

I dati economici: rappresentazione per sintesi del conto economico aziendale degli ultimi anni precedenti al triennio di vigenza del PIAO, nonché del piano degli investimenti attuato.

Il personale: fotografia del personale, attingendo o rimandando a documenti già disponibili. Le informazioni di base presenti devono riguardare la composizione del personale per ruolo (con dettagli sul personale dipendente e su altre forme di lavoro/collaborazione), per fasce di età e genere, nonché i principali tassi di monitoraggio dell'andamento delle dinamiche sensibili, quali l'assenteismo, le inidoneità, turn-over generato da richieste di trasferimento od altre forme diverse dalla naturale uscita per pensionamento. L'obiettivo di questa parte del PIAO è fotografare la complessità e la ricchezza del personale operante nell'azienda sanitaria (il suo "capitale" principale) nonché contestualizzare adeguatamente le principali sfide gestionali presenti ed emergenti che saranno descritte nelle sezioni successive. A seguire altri tre capitoli.

Il terzo capitolo è quello relativo alle "Sezioni e sottosezioni di programmazione: impegni strategici per valore pubblico e performance", riporta il Piano strategico di impegni ed azioni che l'Azienda intende perseguire in coerenza con gli obiettivi strategici e di mandato ricevuti, evidenziando gli aspetti ritenuti più rilevanti; il capitolo è articolato secondo sezioni e sottosezioni, coerenti con le 4 dimensioni del PIAO:

1. Dimensione dell'utente,
2. Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni,
3. Dimensione della ricerca, della innovazione e dello sviluppo,
4. Dimensione della sostenibilità.

In questa sezione viene privilegiata una prospettiva strategica, di medio-lungo periodo, in modo da garantire coerenza e leggibilità al documento, rinviando per gli aspetti specifici ad eventuali allegati oppure a documenti attuativi/applicativi da approvare annualmente nell'ambito dell'attività programmatoria, del processo di budget o quando se ne rilevasse la necessità. Nella dimensione dell'utente sono presenti 3 sottosezioni, accesso e domanda, integrazione ed Esiti. La dimensione dell'Organizzazione e processi interni prevede 5 sottosezioni: produzione, appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico, organizzazione, dotazioni di personale, anticorruzione e trasparenza, la dimensione della Ricerca, innovazione e sviluppo prevede due sottosezioni ricerca e didattica, e sviluppo organizzativo. Da ultimo la dimensione della sostenibilità con le sottosezioni relative a quella economico-finanziaria, agli investimenti ed alla sostenibilità ambientale ed energetica. (vd. rappresentazione a latere)



Il capitolo 4 "Sistema di misurazione e valutazione della performance" prevede la descrizione del sistema di misurazione e valutazione della performance, con particolare riferimento alla performance organizzativa ed individuale.

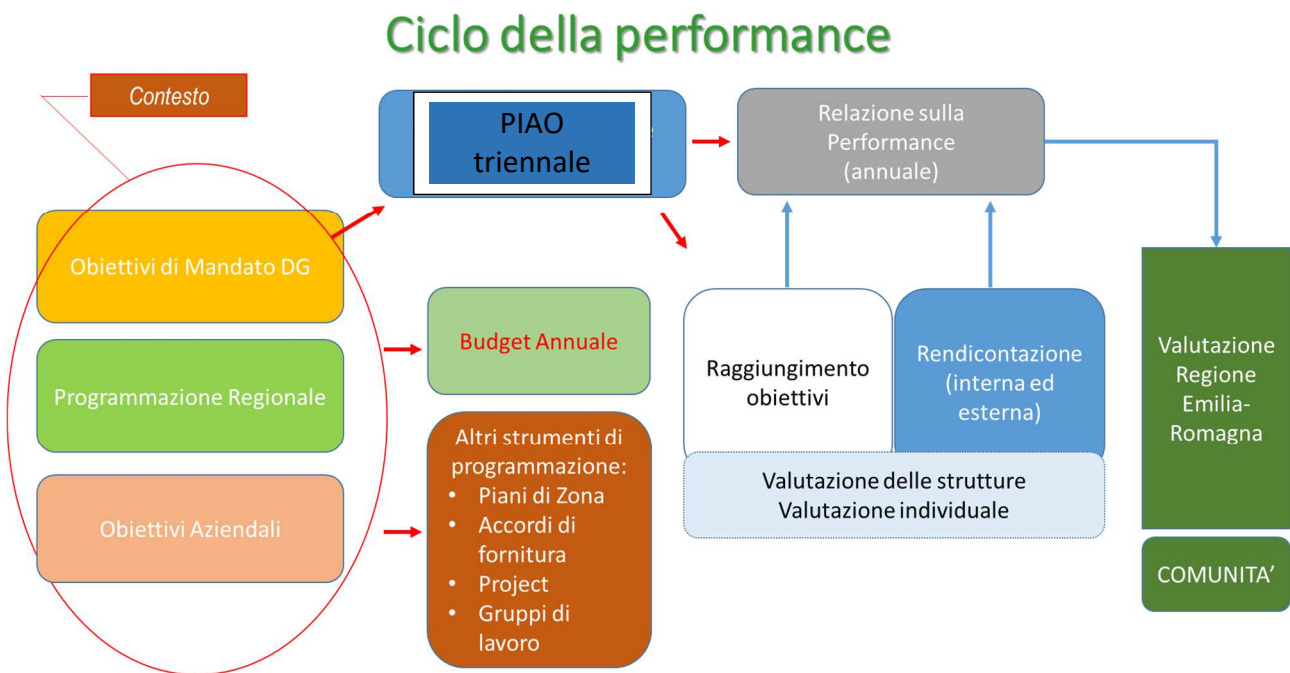
Il capitolo 5 "Indicatori di valore pubblico e performance" riporta gli indici condivisi da tutte le Aziende sanitarie regionali a misura delle proprie performance e descrive l'evoluzione prevista per gli indicatori individuati come effetto complessivo delle azioni e degli impegni strategici previsti nel Piano.

Ciclo delle Performance

Il presente documento, integrando il Piano delle Performance diventa lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance, che, come previsto dal D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, definisce i processi di pianificazione strategica pluriennale e di controllo strategico, articolati nelle fasi di seguito riportate:

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

Figura 1 - Ciclo della Performance Azienda USL Modena



Il sistema definito dal Piano delle Performance (fino al 2023) ed ora dal PIAO, si traduce negli obiettivi annuali di budget, con riflessi significativi sul sistema di valutazione annuale del personale formalizzato attraverso gli accordi firmati con le OO.SS. delle tre aree contrattuali (Comparto, Dirigenza Medico-Veterinaria e SPTA) ed è in vigore dal 2018.

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

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

Lo stato d'avanzamento delle attività programmate e delle progettualità messe in atto vengono rendicontate nella Relazione annuale delle Performance che riporta i risultati conseguiti con valenza interna, e rappresenta lo strumento di comunicazione interna con le articolazioni aziendali territoriali e ospedaliere, ed esterna

all'Azienda, ovvero nei confronti dei diversi portatori di interesse (Comuni, terzo settore, associazioni di patologia ... cittadini/utenti).

Il triennio 2020-2023 è stato fortemente caratterizzato dalla pandemia da coronavirus che ha avuto ripercussioni su molti ambiti, modificando profondamente sia la domanda sia l'offerta di prestazioni e servizi, con importante modifica dei consumi sanitari. È per questo motivo che molti dei trend attesi e degli indicatori individuati per il triennio, fanno riferimento all'anno 2019 (e precedenti), ovvero a performance pre-pandemia. Risulta comunque evidente che, anche in prospettiva, gli effetti della pandemia non potranno essere scotomizzato anche per le conseguenze che hanno determinato in modo permanente sul sistema della domanda, dell'offerta e dell'organizzazione sottesa.

Processo di budget

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

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

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

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

Le linee di indirizzo del Budget, presentate in Collegio di Direzione il 21 dicembre 2022, sono in allegato al presente documento e ne costituiscono parte integrante.

2. SCHEDA DESCRITTIVA DELL'AZIENDA

2.1 Chi siamo e cosa facciamo

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 2450 del 07/06/1994 è stata costituita l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis del D.Lgs. 502/92 come modificato e integrato dal D.Lgs 229/99, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e comprende i territori dei Comuni della Provincia di Modena. L'Azienda USL di Modena è parte integrante del Sistema Sanitario della Regione Emilia Romagna, nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti con la legge regionale n. 29 del 23/12/2004.

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

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

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

2.2 Come operiamo - Organizzazione

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

L'organizzazione aziendale si ispira ai seguenti principi fondamentali:

- la flessibilità organizzativa attraverso l'individuazione di entità organizzative temporanee o permanenti, generate dall'aggregazione di risorse provenienti dalle strutture organizzative aziendali, con il compito di realizzare piani o programmi specifici dell'Azienda, di affrontare sistematicamente problematiche afferenti a gruppi omogenei di popolazione individuati per problemi di salute o per altre caratteristiche della popolazione target e, infine, per affrontare criticità aziendali anche di carattere contingente;
- l'integrazione intesa quale raccordo sistematico tra le numerose articolazioni aziendali e tra soggetti che si occupano del complessivo processo di assistenza sanitaria e sociale dei pazienti;
- il decentramento inteso come allocazione delle decisioni e delle conseguenti responsabilità nella sede più prossima a quella in cui si registrano in concreto le conseguenze della decisione stessa;
- la distinzione tra funzioni di pianificazione strategica poste in capo alla Direzione Aziendale e la responsabilità gestionale sulla produzione di competenza dei vari livelli organizzativi;

- la chiarezza, ossia la precisa definizione delle finalità della tecnostruttura, delle funzioni di supporto e della linea produttiva, condizioni necessarie per una piena responsabilizzazione verso i risultati da ottenere;
- l'orientamento al dinamismo inteso come promozione e sviluppo della flessibilità, dell'innovatività, della creatività e della gestione del cambiamento organizzativo; · l'economicità intesa come ricerca delle soluzioni in grado di minimizzare i costi di produzione e di coordinamento dell'organizzazione. La ricerca dell'economicità si concretizza anche attraverso l'individuazione di soluzioni organizzative capaci di rendere condivise, tra più articolazioni aziendali, le risorse strutturali e il patrimonio tecnologico e professionale dell'Azienda e nella realizzazione di soluzioni improntate ad un principio di essenzialità e non ridondanza, in una visione che abbia a riferimento l'intera rete assistenziale provinciale.

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

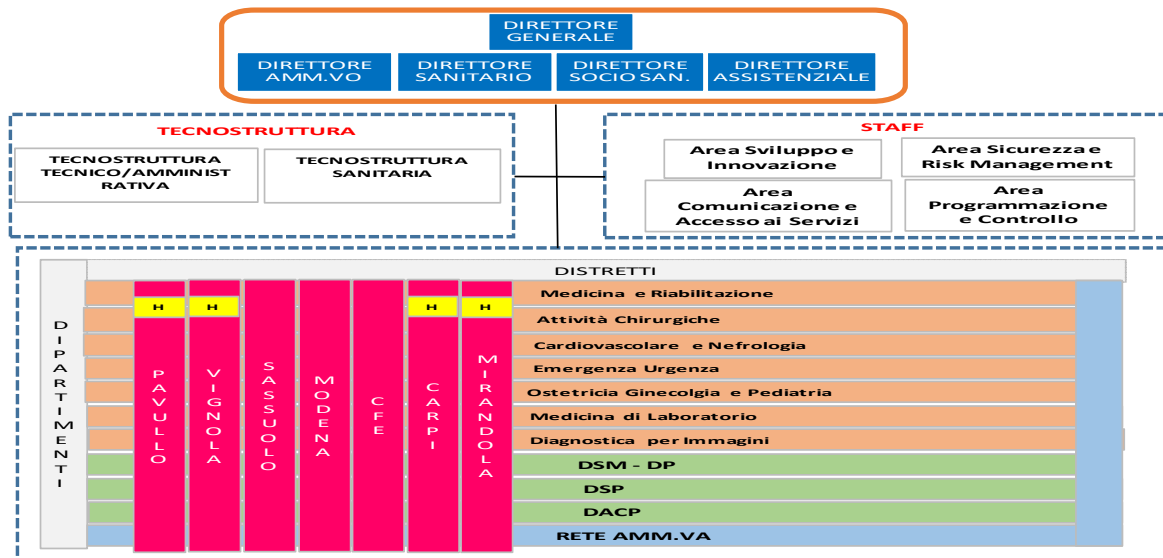
Il modello organizzativo dell'Azienda è raffigurato nelle illustrazioni seguenti, così come è stato formalmente introdotto con la Deliberazione n. 48 del 05/03/2020; la rappresentazione grafica a seguire, evidenzia, l'esito del percorso di revisione organizzativa avviata dalla nuova Direzione Generale dell'Azienda che si è insediata a giugno 2019. La revisione del modello ha interessato in particolare le aree di staff, la tecnostruttura e la Direzione delle Professioni Sanitarie. Il percorso ha visto la conclusione nei primi mesi del 2020, con l'esordio della pandemia.

Gli obiettivi del percorso di revisione organizzativa sono stati:

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

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

Figura 2 Modello Organizzativo Azienda USL Modena



Nelle figure successive (Figura 3 e Figura 4) sono raffigurate in modo più articolato le composizioni dello staff e tecnostruttura e della direzione assistenziale.

Figura 3 - Modello Organizzativo Staff e Tecnostruttura Azienda USL Modena

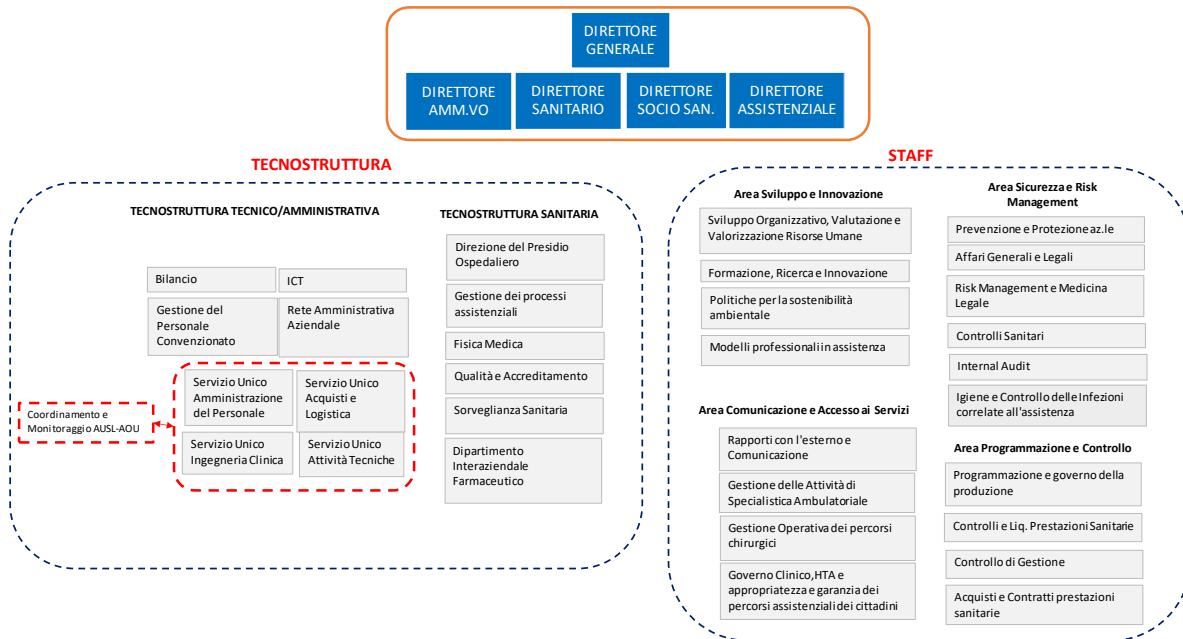
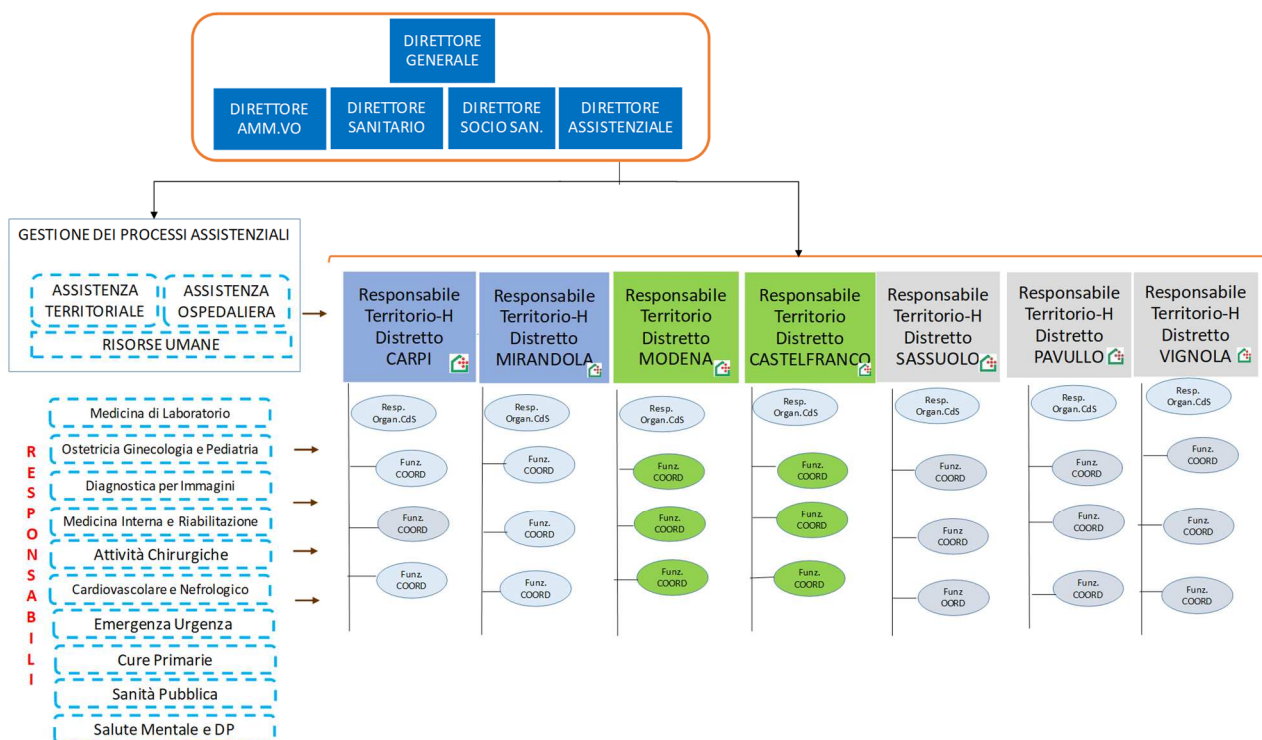


Figura 4 - Modello Organizzativo Direzione Assistenziale Azienda USL Modena



2.3 Il contesto di riferimento

Contesto demografico e socio economico

In provincia di Modena al 1/1/2023 erano residenti 706.892 persone (706.052 il 1/1/2021). Nel medio periodo la dinamica demografica è stata caratterizzata da una certa stabilità della popolazione residente, dal 2012 però si è interrotto un trend che precedentemente era stato in aumento, incremento sostenuto sia dai fenomeni immigratori che dalla ripresa delle nascite. La crisi economica, il sisma del 2012 e più recentemente la pandemia hanno determinato questo nuovo assetto demografico.

La transizione demografica, che da anni sta caratterizzando anche il territorio modenese, ha comportato un progressivo invecchiamento e un calo della natalità, sempre meno e solo in parte mitigato dai fenomeni migratori e dalla maggiore propensione a fare figli della popolazione straniera che in parte a sua volta si sta riducendo. Pur essendo un fenomeno diffuso su tutto il territorio, questo progressivo invecchiamento mostra una certa eterogeneità nel territorio: è più forte nei comuni montani, come es. nel distretto di Pavullo nel Frignano, che nel 2022 aveva un indice di vecchiaia del 216%, e più basso in quello di Castelfranco Emilia (152%).

Rispetto alla regione e al Paese, la provincia mostra un minor indice di vecchiaia (182% vs rispettivamente 199,4% e 188%), una maggior percentuale di minorenni (15,9% vs 15,1% e 15,4%) un maggior tasso grezzo di natalità (7,0 vs 6,7 e 6,8), una maggior presenza di stranieri residenti (13,6% vs 12,8 e 8,6%) e una minor percentuale di famiglie monocomponenti (36,1% vs 39,4 e 33,2). Fenomeno quest'ultimo che diventa preoccupante quando è dovuto alla presenza di anziani o grandi anziani soli come nel distretto di Pavullo dove si registra il valore più alto (42%).

Nel 2021 la speranza di vita alla nascita è stata migliore di quelle regionale per gli uomini (81,1 vs 80,8 e 80,6) e simile per le donne (85,0 vs 84,8 e 85,1). Tuttavia, rispetto al 2019 si è assistito ad una diminuzione di aspettativa di vita tra i maschi (81,8 vs 81,4 e 81,0) e le femmine (85,2 vs 85,2 e 85,3); questo fenomeno registrato in tutta Italia è stato determinato in gran parte dalla pandemia da Covid-19.

Uno degli obiettivi del Servizio Epidemiologia e comunicazione del Rischio per il triennio 2023-2025 sarà pertanto quello di continuare a monitorare la transizione demografica, anche a livello locale, e a valutarne gli effetti sui bisogni socio-sanitari.

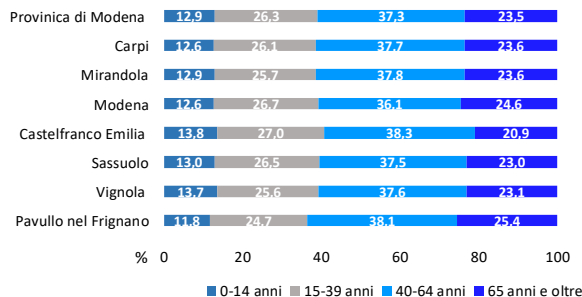
Particolare attenzione sarà rivolta allo studio della fragilità e della multi cronicità, anche a supporto della programmazione territoriale delle Case di Comunità e OsCo, della valutazione dei PDTA o di altri progetti specifici.

Figura 5 - Dati di popolazione per classe di età

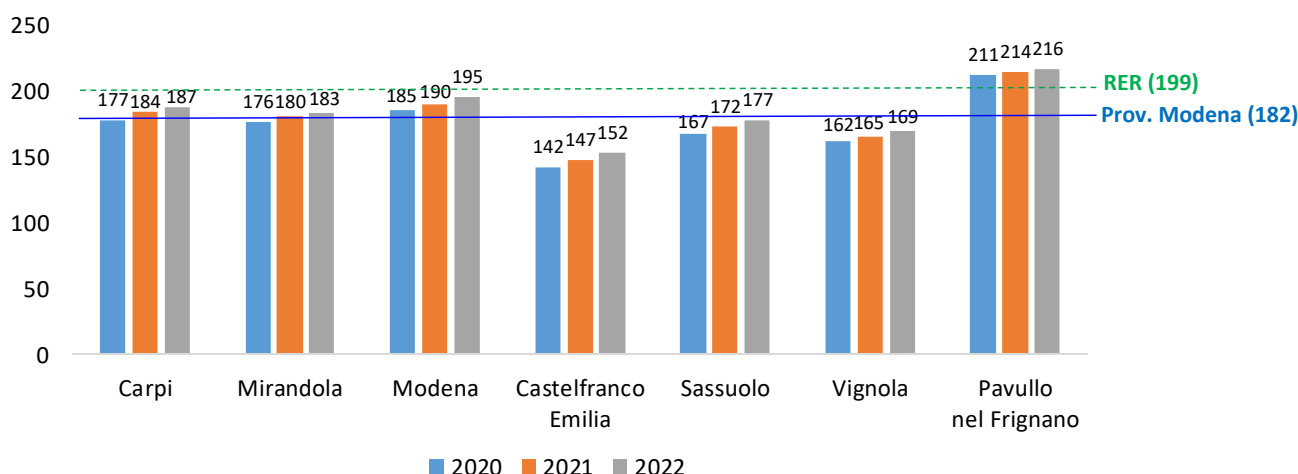
Provincia di residenza, 2022

Provincia di residenza	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	oltre 65 anni	Totale	Indice di vecchiaia
Piacenza	34.855	73.306	106.322	71.869	286.352	206,2
Parma	57.903	120.752	170.153	105.827	454.635	182,8
Reggio Emilia	69.762	140.787	199.568	118.717	528.834	170,2
Modena	91.273	185.547	263.934	166.138	706.892	182
Bologna	122.301	264.364	381.039	251.027	1.018.731	205,3
Ferrara	35.648	76.492	131.336	97.737	341.213	274,2
Ravenna	46.000	94.050	148.227	100.425	388.702	218,3
Forlì-Cesena	48.263	98.173	148.477	98.321	393.234	203,7
Rimini	41.606	85.927	132.054	81.850	341.437	196,7
RER	547.611	1.139.398	1.681.110	1.091.911	4.460.030	199,4

Distretti sanitarie della provincia di Modena, 2022



Indice di vecchiaia per distretto sanitario, 2020-2022



Fonte: Regione Emilia Romagna

In provincia di Modena il 21% dei 18-69enni ha riferito di avere una laurea: 18% negli uomini e 28% nelle donne, queste percentuali sono in linea per gli uomini con i valori regionali e nazionali mentre per le donne il valore è inferiore rispetto al livello regionale (32%).

Tra le persone con 70 anni e oltre, invece, la quota di persone con nessun titolo o licenza elementare raggiunge il 45% in provincia di Modena, percentuale che appare superiore a quelle regionale e nazionale. Il 23% dei modenesi ultra 69enni ha riportato di avere una licenza media, il 25% un titolo di scuola superiore e il 7% una laurea. Questi fenomeni probabilmente sono dovuti al ricco mercato del lavoro provinciale, che soprattutto negli anni passati, ha attirato forza lavoro a discapito dell'Università.

Il tasso di disoccupazione tra gli over 15 anni nel 2022 era pari al 5,1%; questo tasso di disoccupazione ha arrestato la sua crescita all'inizio del 2014, dopo l'aumento dovuto alla crisi economica del 2008 ed ha risentito anche della crisi post pandemia e di quella energetica. I tassi registrati nella nostra provincia risultano simili alla media regionale ma inferiori al valore nazionale.

La provincia di Modena ha una minore disparità dei redditi, espressa con il coefficiente di concentrazione di Gini, rispetto alla regione Emilia-Romagna e al Paese (27,5 vs 29,0 e 33,4; ultimo dato disponibile 2018).

Il 30% delle persone con 18-69 anni ha difficoltà economiche ad arrivare a fine mese: il 4% molte difficoltà e il 26% qualche difficoltà; valori vicini a quello regionali ma significativamente migliori quelli nazionali. Nella popolazione anziana (70 anni e più) il 25 % ha riferito difficoltà economiche: 4% molte e il 21% qualcuna, simili quelli a regionali e significativamente inferiori a quelle nazionali.

Il Servizio Epidemiologia e comunicazione del Rischio anche per il triennio 2023-2025 continuerà a valutare gli effetti sulla salute delle diseguaglianze socio economiche sia attraverso le sorveglianze di popolazione (PASSI e PASSI d'Argento), sia collaborando con le iniziative regionali (es SLEM - Studio Longitudinale Emiliano e Agenzia Sanitaria Regionale per le differenze di genere) sia con altre realtà (es. il Modena Welfare Datalab di Unimore e Comune di Modena, con l'Università Ca' Foscari e altri Enti nazionali).

Stato di salute

In provincia di Modena il 74% delle persone con 18-69 anni intervistate dalla sorveglianza PASSI nel periodo 2021-2022 hanno dichiarato una percezione positiva del proprio stato di salute mentre il 23% ha riferito di stare discretamente e il 3% male o molto male; questi valori sono simili a quelli regionali e nazionali. La percezione positiva del proprio stato di salute è maggiore tra i 18-24enni (89%), gli uomini (77%), le persone con alta istruzione (77%) e quelle senza difficoltà economiche (79%). Tra le persone con 70 anni e più la percezione positiva del proprio stato di salute cala al 48%, valore sovrapponibile a quello regionale (48%) e superiore a quello nazionale (45%). Questa percezione positiva cala con l'età ed è più alta gli uomini (59%), tra chi ha un'alta istruzione (51%) e chi non ha difficoltà economiche (53%).

Il 6% dei 18-69enni ha riferito nell'ultimo mese 14 giorni o più in cattiva salute per motivi fisici, valori in linea con a quelli regionali e nazionali. Il 12% ha vissuto 14 giorno o più in cattive condizioni di salute psicologica, valori più elevati rispetto a quelli regionali e nazionali (rispettivamente 10% e 8%). Il 3% ha dichiarato, invece, 14 giorni o più con limitazione delle attività abituali a causa della salute fisica o psicologica, percentuale simile a quella regionale e nazionale.

Secondo PASSI d'Argento 2020-2021 tra gli ultra 69enni il 10% ha riportato nell'ultimo mese 14 giorni o più in cattiva salute per motivi fisici, l'11% per motivi psicologici, percentuali simili a quelle registrate a livello regionale e nazionale. Il 3% ha dichiarato, invece, 14 giorni o più con limitazione delle attività abituali a causa della salute fisica o psicologica, valore simile a quello regionale e statisticamente inferiore a quello nazionale (7%).

Il 9% delle persone tra 18-69 anni nella provincia di Modena ha riferito di avere sintomi di depressione, con valori maggiori tra le donne (12%) rispetto agli uomini (7%), le persone con molte difficoltà economiche (22%) e quelle affette da patologie croniche (16% rispetto a chi non ne soffre 8%). La presenza di sintomi depressivi è riferita dall'8% anche negli ultra 69enni, con differenze significative tra i generi (5% uomini, 11% donne). I valori provinciali sono vicini a quelli della regione Emilia-Romagna (rispettivamente 8% nei 18-69enni e 8% negli ultra 69enni) e leggermente diversi da quelli nazionali (rispettivamente 6% e 10%).

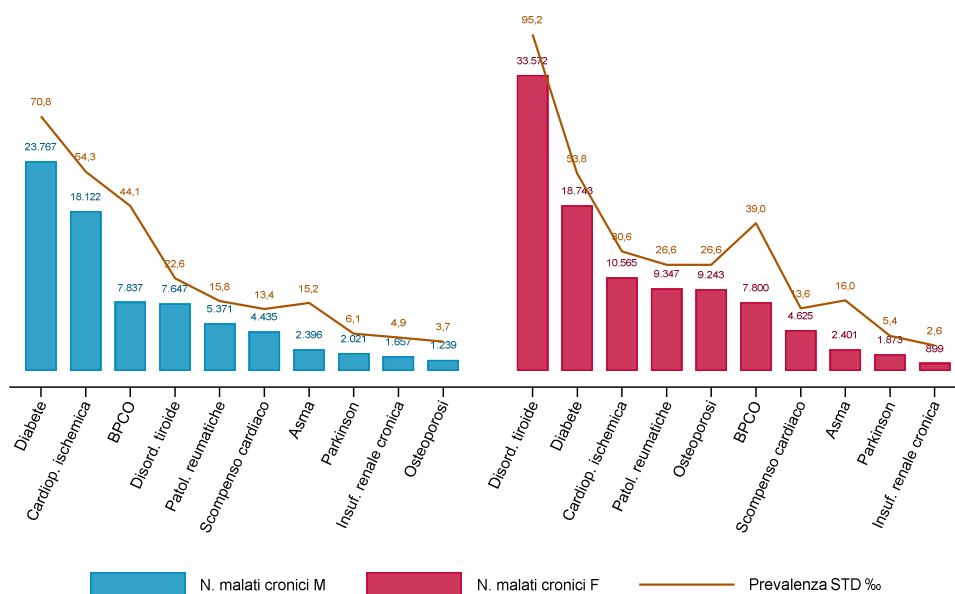
Secondo i dati delle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento si stima che il 20% dei modenesi con 18-69 anni e il 59% degli ultra 69enni soffra di almeno una patologia cronica, valori simili a quelli regionali (rispettivamente 20% e 62%) e nazionali (rispettivamente 18% e 60%).

Più in specifico per la popolazione anziana, PASSI d'Argento stima che in provincia di Modena il 10% della popolazione ultra64enne presenti segni di fragilità e che il 12% abbia qualche forma di disabilità, percentuali in linea con quelle regionale; a livello nazionale la prevalenza di persone ultra 64enni che presenta segni di fragilità risulta statisticamente superiore (17%) mentre è in linea chi ha qualche forma di disabilità.

Il 5% delle persone ultra 64enni ha problemi di vista (6% in regione e 9% in Italia), il 20% ha problemi di udito (18% in regione e 16% in Italia), il 9% ha problemi di masticazione (6% in regione e 13% in Italia).

Il 7% della popolazione ultra 64enne è a rischio di esclusione sociale, valore in linea con quello regionale (8%) e statisticamente inferiore rispetto a quello nazionale (15%). Il rischio di isolamento sociale è significativamente più alto tra le persone con 75 e più anni, con bassa istruzione e difficoltà economiche. Tra gli ultra 64enni in buona salute è a rischio di isolamento sociale scende al 2%, ma sale in maniera statisticamente significativa nelle persone con fragilità (18%) e in quelle con disabilità (32%).

Figura 6 - Prevalenza di patologie croniche nei residenti in provincia di Modena distinta per: sesso, numero di casi, e tasso standardizzato (x1.000) – Anno 2021

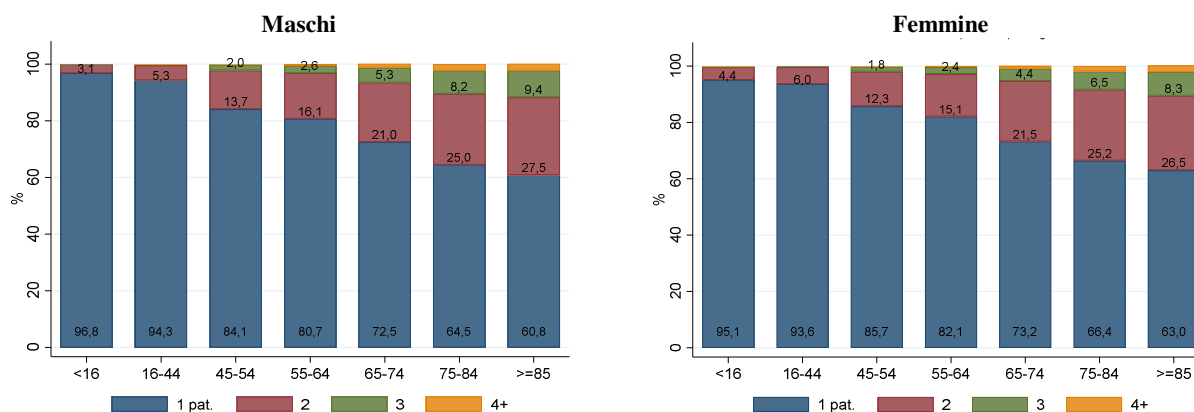


Pop Standard: popolazione residente in Emilia-Romagna 2021

Dall’analisi delle banche dati sanitarie emerge che nel 2021 le patologie a maggior prevalenza sono il diabete, i disturbi della tiroide, la cardiopatia ischemica e la BPCO. Una percentuale elevata di persone associa più di una patologia; nel 2021 il diabete è associato al BPCO in 2.941 persone ed il diabete allo scompenso cardiaco in 2.826 persone.

La distribuzione del numero di patologie per classi di età evidenzia come al crescere dell’età aumenta la quota di popolazione affetta da più patologie.

Figura 7 - Distribuzione percentuale dei malati per numero di patologie croniche* nei residenti in provincia di Modena – Anno 2021



*Patologie analizzate: Cardiopatia ischemica, Scompenso cardiaco, Diabete mellito, Insufficienza renale cronica, BPCO, Asma, Parkinson, Condizioni reumatologiche,

L'aumento della multicronicità è anche legato all'invecchiamento della popolazione e al miglioramento dell'assistenza sanitaria, che ha allungato la speranza di vita sia della popolazione generale sia di quella affetta da patologie croniche. Il contrasto alla multicronicità appare quindi come una delle sfide conseguenti all'invecchiamento della popolazione, che si deve porre anche obiettivi di equità, in quanto spesso tale condizione si associa allo svantaggio economico sociale e deve mettere in campo azioni a 360 gradi che partendo dal contrasto dei fattori di rischio perseguono alle varie forme assistenziali previsti dalle reti cliniche e dai PDTA, Hospice compreso.

Nel territorio modenese, le principali cause di morte nel 2021 sono state le malattie del sistema circolatorio (2.400; 30,1%) ed i tumori (1.985; 24,9%). I decessi per COVID-19 con il 8,8% (705 decessi) hanno rappresentato la terza causa di morte; seguono i disturbi psichici e comportamentali (settore nosologico che contiene le demenze) (575; 7,2%) e le patologie dell'apparato respiratorio (505; 6,4%). Più in particolare nel periodo 2017-2021, distinguendo per classi di età, sotto i 45 anni le prime cause di morte sono rappresentate dai tumori (27,3%) e dai traumi ed avvelenamenti (25,7%, di cui gli incidenti da traffico soli responsabili del 13% della mortalità in quella fascia di età. Nella classe intermedia (45-74 anni), i tumori sono responsabili di quasi la metà dei decessi con il 49,7%, seguiti dalle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (18,7%). Infine, nella classe di età più anziana prevalgono i decessi per malattie dell'apparato cardiocircolatorio (35,6%) e tumori (20,5%).

In provincia di Modena si ammalano di tumore maligno mediamente oltre 4.400 persone all'anno (4425 in media nel periodo 2014-2018). I dati del Registro Tumori, indicano un generale aumento dal 1988 del numero di nuovi casi (incidenza), andamento che sembra interrompersi a partire dal 2009, in maniera più marcata per gli uomini, sia come frequenza assoluta che come tasso standardizzato. Le sedi più frequenti nel quinquennio 2015-2019 nei maschi sono prostata, polmone e colon-retto; nelle donne mammella, colon-retto e polmone. Complessivamente il 69% delle donne e il 62% degli uomini sopravvivono a cinque anni dalla diagnosi di tumore, con una tendenza all'aumento fra il periodo 1996-2000 e i successivi. Secondo gli ultimi dati disponibili a livello nazionale la sopravvivenza in Emilia-Romagna e specificatamente in provincia di Modena sono tra le migliori del Paese. A livello provinciale sedi a maggior sopravvivenza, considerando i tumori più frequenti, sono quelli della prostata, testicolo e vescica per l'uomo, mammella e corpo dell'utero per le donne; i tumori del pancreas e del polmone sono invece quelli a prognosi peggiore in entrambi i sessi, con sopravvivenze a 5 anni che tuttavia sono in aumento.

Nel 2022 sono stati segnalati 228.814 casi di malattie infettive (erano 58.157 nel 2021). Le malattie infettive maggiormente denunciate sono state le infezioni da virus e chlamydiae, responsabile del forte aumento di

notifiche, seguono le infezioni intestinali (350 casi), l'acariasi (173), salmonellosi (103). Da segnalare tra le più importanti nel 2022: 54 casi di TBC, 12 di malaria e 26 nuovi casi di infezione da HIV: 22 uomini e 4 donne.

Il Servizio Epidemiologia e comunicazione del Rischio per il triennio 2023-2025 aumenterà e perfezionerà le sue valutazioni sulla salute dei modenesi, in particolare a quelle volte ad approfondire i fenomeni sanitari nel post pandemia, ricorrendo a tecniche statistiche sempre più raffinate, in particolare per l'analisi delle serie temporali e per il calcolo degli attesi, tecniche in parte già messe a punto, ma che richiederanno un affinamento costante.

Questo comporterà un continuo e rinnovato impegno sui registri:

- in primo luogo su quello di Mortalità, di cui si ha il coordinamento regionale che continuerà a vedere il Servizio in prima linea non solo nelle analisi, ma anche nella formazione, già avviata, degli operatori e dei medici certificatori, che dovrà continuare anche nel prossimo triennio.
- in secondo luogo si rafforzerà la collaborazione con il Registro Tumori Regionale di cui si è una Unità Funzionale, sia nella messa in incidenza della casistica sempre più tempestiva, ma anche partecipando attivamente al miglioramento del sistema e promuovendo l'uso dei dati del Registro Tumori presso i vari stakeholder, oncologi in primis.
- terzo continuerà l'analisi costante delle banche dati sanitarie per monitorare la cronicità e la multi cronicità. Nel triennio 2023-2025 si affineranno la stima dei casi prevalenti e le stime locali. Lo scopo, come anticipato, è anche quello di supportare la programmazione aziendale e distrettuale e la valutazione dell'impatto della riorganizzazione territoriale quale l'introduzione di nuovi modelli assistenziali (medicina di iniziativa. Presa in carico) e l'implementazione delle strutture sul territorio quali OsCo e Case di Comunità e, da ultimo al fine di misurare gli effetti della piena adozione dei PDTA.

Una delle attività che viene svolta dal 2004 nel periodo estivo che dovrà essere mantenuta e potenziata nel 2023-2025 è la sorveglianza sugli effetti delle ondate da calore. Il monitoraggio attuale permette riconoscere eccessi di mortalità della settimana precedente già il mercoledì successivo. Sarà necessario affinare il sistema per avere sempre più stime affidabili, soprattutto nel calcolo degli attesi, perturbato dalla pandemia e dall'invecchiamento della popolazione.

Più in generale il DSP, tramite i Servizi Epidemiologia e quello di Igiene Pubblica, sta sviluppando un modello per studiare la popolazione fragile anche usando modelli che utilizzano alcuni determinati socio economici. In particolare tramite il software InVEST (Valutazione integrata dei Servizi Ecosistemici e Tradeoff), si è calcolato l'indice di mitigazione del calore (Heat Mitigation Index) sulla base di ombreggiatura, evapotraspirazione ad albedo e distanza dalle aree verdi. La domanda di ES ovvero la fragilità socio-sanitaria (Vulnerability Index), viene misurata attraverso un indice che tiene conto dell'età superiore agli 80 anni, della percentuale di minori stranieri, della prevalenza di malattie croniche, del ricorso ad assistenza domiciliare integrata, del basso reddito pro capite e della presenza di anziani soli. Nel 2023-2025 questa attività dovrà essere ulteriormente sviluppata e testata e, se possibile, trasferita in altri settori, ambientali e non.

Riguardo all'ambiente la sorveglianza continua delle banche dati sanitarie, del Registro Tumori e di quello di mortalità monitora in continuo l'instaurarsi di eventuali eccessi che potrebbero essere ambiente correlati.

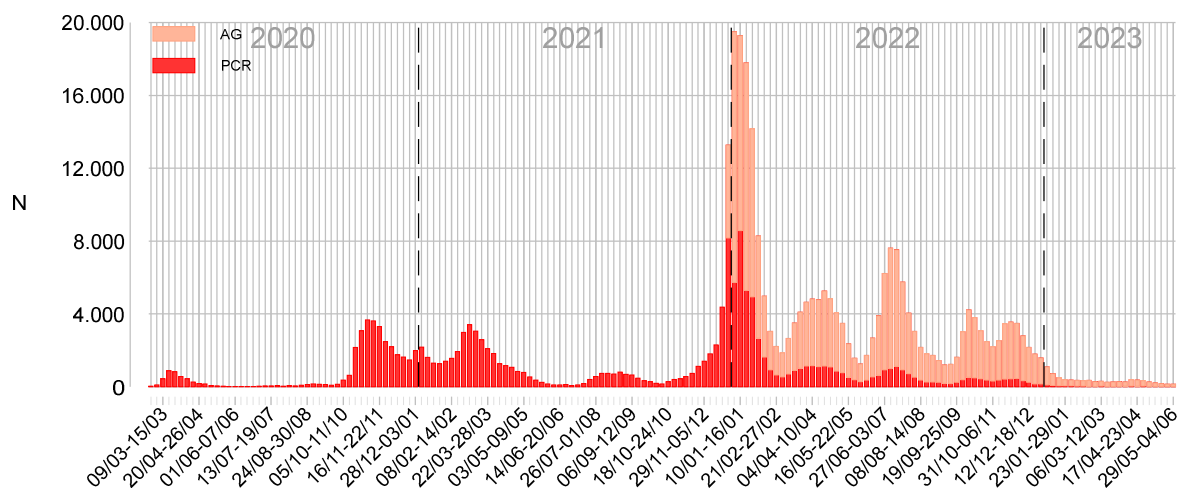
Di pari grado il Servizio Epidemiologia e Comunicazione del Rischio migliorerà la comunicazione dello stato di salute partecipando come capofila al progetto regionale del Profilo di Salute online che permetterà a professionisti, stakeholders e a tutti i cittadini di avere informazioni dettagliate e aggiornata sullo stato di salute e delle principali patologie con dettaglio distrettuale.

Epidemia da SARS Cov - 2

Per quanto riguarda l'epidemia da SARS-Cov2, dall'inizio dell'epidemia al 7 giugno 2023 sono state testate 635.912 persone, di cui 312.478 risultate positive almeno una volta (49,1%); le reinfezioni (a distanza di almeno 90 gg dalla precedente positività) sono state 28.325.

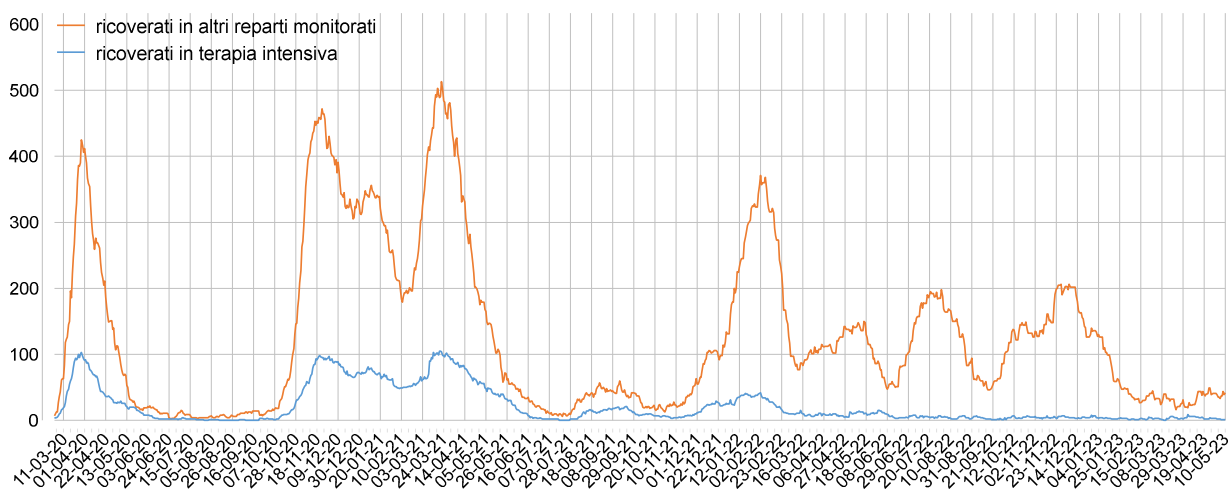
Complessivamente si sono verificati diversi picchi epidemici: a quello di inizio pandemia nei mesi di marzo/aprile 2020 caratterizzato da un forte impatto in termini di ospedalizzazione e mortalità, hanno fatto seguito: quelli di luglio, agosto e novembre 2020; quello minore di febbraio 2021; quello maggiore di luglio e quello ancora maggiore di fine dicembre 2021; a cui ha fatto seguito un calo sotto la soglia durata diverse settimane fino a febbraio 2022, quando è riiniziata la crescita poi seguita dall'attuale fase con valori decisamente inferiori.

Figura 8 - Trend temporale delle positività al tampone SARS-CoV-2 molecolare o antigenico dal 22/02/2020 al 04/06/2023, in provincia di Modena



Anche l'andamento dei ricoveri ha seguito, sia nei reparti ordinari che in terapia intensiva, l'andamento della curva epidemica avvicinandosi durante i primi tre picchi alla saturazione, con un significativo miglioramento del rapporto ospedalizzati su nuovi casi con l'avvento della vaccinazione che ha anche fortemente ridotto la letalità del COVID-19.

Figura 9 - Andamento giornaliero dei degenti risultati positivi al COVID-19 in provincia di Modena. Periodo dal 02/03/2020 al 10/05/2023



Infatti i primi picchi pandemici, soprattutto quello dei primi mesi 2020 hanno provocato eccessi di mortalità registrati sia in quella generale che in quella specifica per patologia. Dal 24 febbraio 2020 all'8 giugno 2023 si è osservato in totale un eccesso di 2.722 morti (statisticamente significativo, 11,5%), di cui 2.249 negli ultra74enni (statisticamente significativo, 12,0%), causato principalmente dalla mortalità occorsa nel 2020 ma con il contributo, pur minore, del 2021 e 2022. Gli eccessi maggiori sono stati registrati nei mesi di novembre 2020, marzo, aprile e dicembre 2020 (54,5%, 52,4% 32,5% e 32,5%). Nel 2021, pur con valori di picco minori, nei mesi di gennaio, marzo, aprile, novembre e dicembre (14,9%, 6,6%, 21,1%, e 11%). La mortalità è stata più elevata negli uomini e negli ultra 74enni e in chi aveva co-patologie (in oltre i due terzi dei casi). Nel 2022: novembre (30,8%), dicembre (25,7%) e luglio (20,1%); quest'ultimo mese, tra i più caldi di sempre, con 3 ondate anomale di calore per complessivi 15 giorni; settembre (14,1%), ottobre (10,4%) e agosto (10,3%).

Come noto dal 2021 hanno assunto particolare importanza l'immunizzazione attiva con la vaccinazione e la diffusione di varianti. La campagna vaccinale che ha preso avvio con sanitari e ospiti e operatori CRA ha dato prove della sua efficacia in quanto queste categorie non sono state praticamente colpite dalla terza ondata. Al 11/05/2023 il 15,5% della popolazione assistita di età maggiore o uguale a 5 anni, ha completato il ciclo vaccinale di base, il 48,2% ha effettuato la prima dose booster, il 20,1% ha effettuato anche la seconda dose booster appartenendo a una categoria a cui è indicata (età 60 anni e più, fragili, lavoratori del settore socio-sanitario, ecc.). Il 13,0% risulta non vaccinata e il 2,2% non lo ha completato. Lo stato vaccinale è correlato alla fascia di età: la quota di assistiti con dose booster aumenta all'aumentare dell'età, viceversa accade per la quota di assistiti non vaccinati o con ciclo incompleto o con solo ciclo completo senza dose booster. Non si rilevano invece differenze tra il genere maschile e femminile.

La diffusione delle varianti virali e la riduzione della protezione vaccinale rispetto alla protezione all'infezione hanno fatto aumentare la diffusione dell'epidemia che nei primi mesi del 2022 ha fatto registrare i valori massimi di incidenza. La protezione invece è rimasta molto elevata come accennato rispetto al rischio di eventi gravi o fatali.

Infine non è da sottovalutare la presenza di effetti a distanza del COVID-19; tale patologia è denominata sindrome Long COVID, che secondo la letteratura interessa percentuali importanti di ex ammalati, con una forte variabilità di durata e sintomatologia. I cinque sintomi più comuni sono affaticamento (58%), mal di testa (44%), disturbo dell'attenzione (27%), perdita di capelli (25%) e dispnea (24%).¹⁹

Il Servizio Epidemiologia e comunicazione del Rischio anche per il triennio 2023-2025 continuerà a monitorare in continuo la pandemia, dando un ritorno informativo ai vari stakeholders attraverso un bollettino dedicato, che dopo essere stato settimanale, con il ridursi dell'incidenza, è diventato mensile. Frequenza che potrà essere ulteriormente modulata in un senso o nell'altro sulla base della curva epidemica.

Fattori di rischio comportamentali

Secondo i dati delle sorveglianze di popolazione il fumo di sigaretta in Emilia-Romagna è già diffuso tra i giovanissimi: l'1% degli 11enni, il 6% dei 13enni e il 24% dei 15enni fuma sigarette (HBSC 2022). In provincia di Modena il 25% dei 18-69enni fuma sigarette, il 24% è un ex fumatore e il 51% non ha mai fumato. La percentuale provinciale di fumatori tra gli adulti 18-69enni (è sovrapponibile a quella regionale 24%) e nazionale (24%). Fumano maggiormente gli uomini (28% contro il 22% delle donne), le persone con 18-34 anni (29%), una bassa scolarità (33%) e quelle con difficoltà economiche riferite (35%). L'abitudine tabagica si riduce ma non si annulla anche con l'avanzare dell'età: fuma l'11% delle persone con 70 anni e più valore simile a quello regionale (12%) e nazionale (11%).

Tra i 18-69enni, in provincia di Modena, il 24% consuma alcol in modo potenzialmente rischioso per la salute. Il dato modenese è superiore a quello registrato a livello regionale (22%) e nazionale (17%). Tra gli ultra 69enne il 26% è un consumatore di alcol potenzialmente a rischio per la salute, valore più elevato di quello regionale (23%) e statisticamente superiore a quello nazionale (18%).

I dati HBSC 2022, disponibili solo per il livello regionale, indicano che molti minorenni hanno già un rapporto alterato con l'alcol: il 2% degli undicenni, il 7% dei tredicenni e il 35% dei quindicenni si è ubriacato almeno

una volta nella vita. Tra i 15enni il 40% dei ragazzi e il 43% delle ragazze ha riferito di aver bevuto nell'ultimo anno 5 o più bevande alcoliche in un'unica occasione (binge drinking).

In provincia di Modena il 17% dei bambini di 8-9 anni è definibile come non fisicamente attivo in quanto il giorno precedente la rilevazione (OKKio alla salute 2019, ultimo dato disponibile), non ha svolto attività motoria a scuola, attività sportiva strutturata e non hanno giocato all'aperto nel pomeriggio e solo il 32% fa giochi di movimento per almeno un'ora da 5 a 7 giorni alla settimana; queste percentuali risultano sovrapponibili a quelle regionali (rispettivamente del 34% e 2%).

Circa il 7% dei ragazzi emiliano-romagnoli 11-15enni e il 4% delle ragazze svolgono attività fisica ogni giorno per almeno 60 minuti, come raccomandato dalle linee guida internazionali (HBSC 2022).

Dalla sorveglianza PASSI emerge che il 55% degli adulti 18-69enni ha uno stile di vita attivo poiché pratica nel tempo libero attività fisica ai livelli raccomandati dall'OMS (51%) oppure svolge un'attività lavorativa pesante dal punto di vista fisico (8%); la percentuale di attivi è in linea con quella regionale (56%), ma superiore a quella nazionale (47%). Il 15% è completamente sedentario, valore sovrapponibile a quello regionale (15%) e significativamente inferiore a quello nazionale (30%).

Tra gli ultra 69enni modenesi il 23% della popolazione risulta essere fisicamente attivo, il 20% è parzialmente attivo dal punto di vista fisico e il 33% è sedentario, il restante 24% è non deambulante. I valori provinciali sono simili a quelli regionali mentre rispetto ai dati nazionali è minore la quota dei sedentari e dei non deambulanti.

In provincia di Modena poco meno di un terzo dei bambini di 8-9 anni è in eccesso ponderale (29%): il 22% è in sovrappeso e il 7% presenta obesità. La prevalenza provinciale di eccesso ponderale è simile a quella regionale (29%) e nazionale (30%). (OKKio alla salute 2019, ultimo dato disponibile),

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

In provincia di Modena tra le persone con 18-69 anni il 49% è in eccesso ponderale (35% è in sovrappeso e 14% con obesità), mentre il 3% è in sottopeso. Questi valori sono superiori a quelli regionali e nazionali.

Tra gli ultra 69enni l'1% è in sottopeso, il 43% è normopeso mentre il 56% è in eccesso ponderale (38% in sovrappeso e 18% presenta obesità); anche queste percentuali sono sovrapponibili a quelle regionali e nazionali.

L'andamento degli infortuni sul lavoro in provincia di Modena durante il triennio 2017-2019 appare stabile, si registrano circa 16 mila eventi denunciati all'anno, un simile andamento si osserva per gli eventi riconosciuti con quasi 10 mila infortuni riconosciuti annualmente. Nel 2020 sono state denunciati 12.432 infortuni sul lavoro e 7.921 sono stati riconosciuti, valori in diminuzione rispetto al 2019. Il calo si è registrato pur in presenza di infortunio sul lavoro a seguito dei contagi da COVID-19 (1.572 riconosciuti nel 2020). Si osserva un lieve aumento per l'anno 2021 con 13.940 infortuni denunciati e 7.690 riconosciuti, ma valori inferiori a quelli prepandemici (OReIL). Gli eventi mortali, a Modena, nel quinquennio 2017-2021 sono stati 58, di cui oltre la metà dovuti a infortuni in itinere e stradali.

Le malattie professionali denunciate sono state 644 nel 2019, 501 nel 2020 e 599 nel 2021. Meno della metà è stata riconosciuta: 46% nel 2019 e 2020 e 39% nel 2021 (OReIL). Osservando l'andamento delle malattie professionali nel tempo si nota come le denunce di tumori di origine occupazionale sono in aumento negli ultimi anni, questo risultato è anche il frutto dell'attività svolta nell'ambito del progetto OCCAM (OCcupational CAncer Monitoring) condotto dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL per il monitoraggio e la ricerca attiva delle patologie tumorali da lavoro.

Per quanto riguarda gli incidenti stradali, dopo un picco registrato nel 2000, si è assistito a un progressivo diminuzione del fenomeno. Nel 2021 si sono verificati nella provincia di Modena 2.468 incidenti stradali, che hanno provocato 3.155 feriti e 48 decessi. Rispetto al 2020 si rileva un aumento dei valori, attribuibile ad una ripresa graduale della mobilità dopo un anno che ha visto una sensibile diminuzione del fenomeno a causa di misure di contenimento della pandemia. Tuttavia il dato del 2021 appare inferiore rispetto al dato prepandemico del 2019: -6,2% di incidenti, -15,8% di morti e -9,9% feriti.

Analizzando i comportamenti, il 3,4% dei 18-69enni ha guidato almeno una volta sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'intervista. Tale percentuale è simile al valore regionale (2,7%) e superiore a quello nazionale (2,9%).

Il 99% degli intervistati ha riportato di usare sempre il casco quando va in motocicletta, scooter o motorino e il 52% allaccia sempre la cintura posteriore, valori simili a quelli regionali e superiori rispetto a quelli nazionali.

Dall'analisi degli infortuni domestici, in provincia di Modena si sono verificati in media circa 98 decessi all'anno nel quadriennio 2018-2021 in seguito a cadute in casa, provocando il più delle volte traumi cranici e fratture del femore.

Secondo PASSI 2021-2022 il 3,1% dei 18-69enni ha riferito nell'ultimo anno un infortunio domestico per il quale è dovuto ricorrere a cure sanitarie (2,5% a livello regionale e 2,4% a livello nazionale). Secondo PASSI d'Argento 2020-2022 in provincia il 6,6% della popolazione con 69 anni e più è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista, la percentuale cresce con l'età, raggiungendo il 13% tra gli ultra 84enni, valore superiore rispetto a quello regionale (10%) e nazionale (11%).

Considerando l'ultimo anno, è caduto a terra almeno una volta il 24% degli ultra 69enni; di questi il 9% ha riferito di essere stato ricoverato in ospedale. Il 12% ha riportato fratture in seguito alla caduta, percentuale più elevata tra le donne (18%). In particolare il 2,1% si è rotto il femore.

Per maggiori dettagli si rimanda allo "Stato di Salute della Provincia di Modena" in allegato al presente Piano1.

In sintesi, il Servizio Epidemiologia e Comunicazione del Rischio anche per il triennio 2023-2025 continuerà a coordinare PASSI e PASSI d'Argento offrendo supporto tecnico a tutte Aziende Usl emiliano-romagnole, elaborando i dati regionali, provinciali e quando possibile distrettuali. Per queste due sorveglianze il Servizio continuerà a partecipare al Gruppo tecnico scientifico di coordinamento nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità e a collaborare a vari network nazionali come ad esempio l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), regionali e aziendali, come ad esempio, i vari gruppi del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025. Inoltre anche nel 2023-2025 si continuerà a dare supporto tecnico alla Regione e al Sian dell'Azienda USL di Modena per le sorveglianze di adolescenti e bambini (HBSC o OKkio alla salute).

Questo permetterà di monitorare i fattori di rischio comportamentali per le malattie non trasmissibili che da soli rappresentano il 50% del burden disease. Il sistema permetterà di vedere analizzare sempre meglio la distribuzione e l'evoluzione de fattori di rischio comportamentali non solo per la popolazione genarle ma anche nei vari sottogruppi di popolazione (età, genere, istruzione, livello socio economico, cittadinanza).

Nel 2023-2025 continuerà e si rafforzerà la collaborazione con il livello regionale e quello aziendale per il monitoraggio degli esiti degli infortuni stradali e domestici, sia utilizzando le banche date sanitarie (118, PS, SDO, mortalità), sia quelli delle sorveglianze degli adulti.

Il Servizio anche nel 2023-2025 continuerà a lavorare sulla valutazione deli effetti sanitari e ambientali della mobilità attiva, sia con i dati PASSI che con quelli raccolti nell'ambito del progetto Bike to Work Modena.

La promozione della salute nei luoghi di lavoro, vedrà anche nel triennio 2023-2025 il DSP fortemente impegnato tramite SPSAL ed Epidemiologia, in particolare nella promozione ed estensione del progetto, nella formazione dei Medici Competenti. L'Azienda USL di Modena partecipa al monitoraggio di processo e alla valutazione di esito del progetto anche a livello regionale. Per questo progetto il DSP curerà lo sviluppo di una nuova versione del software ad uso dei Medici Competenti più moderno, sicuro e privacy compliant.

Nuova linfa dovrà essere data al progetto "OCCAM" monitoraggio dei tumori professionali a bassa frazione oncologica, di cui il DSP dell'Ausl di Modena è COR (Centro Operativo Regionale) del progetto. OCCOAM vede impegnati lo SPASL e l'Epidemiologia del DSP e richiede la collaborazione indispensabile di INAIL e INPS: collaborazione che è sempre stata difficoltosa, ma che durante la pandemia si è interrotta. L'obiettivo 2023-

¹ Maggiori dettagli al seguente link: <https://www.ausl.mo.it/dsp/sintesi/epidemiologica2021>

2025, una volta che INAIL, abbia riavviato la sua collaborazione con INPS, è quello di estendere OCCAM su tutto il territorio regionale.

2.4 I dati di attività

La rete ospedaliera provinciale integrata

Dotazione letti

La dotazione di posti letto ospedalieri della provincia di Modena, (vd. tabella seguente), ovvero 2.471, di cui 634 (25%) a gestione diretta, 246 (10%) in capo alla Sassuolo spa, 1.156 (47%) afferenti all'AOU e 435 (17%) al Privato, è in linea con le previsioni del DM 70/15 ed il limite fissato dalla DGR 2040/15. La dotazione provinciale sopra richiamata è infatti pari a 3,50 letti per 1.000 abitanti di cui 0,6 per postacuzie.

Tabella 1 – Posti Letto Pubblici e Privati Accreditati in Provincia di Modena – Anno 2022

Stabilimento	PL Pubblico e privato anno 2022			
	DO	DH/DS	Tot	
Policlinico	604	32	636	1.156 (47%)
OCB - Baggiovara	504	16	520	
Sassuolo spa	221	25	246	246 (10%)
CARPI	270	9	279	634 (25%)
MIRANDOLA	124	6	130	
PAVULLO	119	4	123	
VIGNOLA	94	8	102	
HESPERIA	96	0	96	435 (17%)
FOGLIANI	50	0	50	
VILLA IGEA	150	10	160	
VILLA PINETA	94	5	99	
VILLA ROSA	30	0	30	
Totale	2.356	115	2.471	

In un'ottica di sistema unico, gli indirizzi strategici volti a fronteggiare le urgenze non procrastinabili e il recupero delle liste di attesa determinate dalla pandemia, sono perseguiti sia direttamente attraverso gli ospedali in capo all'Azienda USL, ovvero gli ospedali di Carpi, Mirandola, Pavullo e Vignola, sia attraverso l'indirizzo e la ridefinizione dei rapporti tra le strutture della rete ospedaliera e territoriale, agito attraverso la revisione della committenza con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, l'Ospedale di Sassuolo SpA (NOS) e di quella con i cinque ospedali privati accreditati (Hesperia, Igea, Fogliani, Rosa e Pineta) che operano sul territorio provinciale. Nel rispetto delle competenze presenti, le missioni produttive di tutti gli Ospedali sono, infatti, state orientate a garantire le attività secondo le nuove esigenze ovvero accesso prioritario alla chirurgia oncologica, recupero delle liste d'attesa, utilizzo condiviso delle piattaforme in funzione della numerosità dei pazienti in lista, utilizzo dei letti di lungodegenza per detendere la pressione sui reparti per acuti e consentire un maggiore turnover. Le maggiori disponibilità di letti sono state messe a disposizione dell'attività chirurgica (programmata e urgente) e delle emergenze-urgenze di area internistica.

Andamento attività anno 2022

In continuità con l'anno precedente, il 2022 si è aperto nell'ottica dell'ulteriore revisione delle priorità dell'offerta ospedaliera che è risultata fortemente condizionata, soprattutto nella prima parte dell'anno, dal protrarsi della pandemia. Nella primavera del 2022 si è dato corso alla progressiva ripresa della capacità produttiva (volumi e case-mix) indirizzata al recupero degli interventi sospesi in corso di pandemia. Sono stati

riavviati i processi di condivisione delle piattaforme chirurgiche e di degenza degli ospedali periferici della rete che sono stati resi accessibili in misura maggiore alle equipe chirurgiche delle tre Aziende sanitarie modenesi. Sono altresì ripresi i processi finalizzati al perseguimento di quegli obiettivi di integrazione, appropriatezza, efficienza ed efficacia alla base della riorganizzazione del sistema ospedaliero provinciale definiti nei documenti di integrazioni Policlinico Baggiovara e successivamente aggiornati dalle direzioni delle tre Aziende sanitarie. Si veda al proposito la revisione dei gruppi di lavoro sui percorsi clinici e organizzativi interaziendali che ha portato alla definizione del progetto reti, di cui si dirà più avanti, e che rappresenta la sede nella quale verranno meglio definiti i percorsi clinico-assistenziali e gli aspetti organizzativi della rete provinciale di offerta di servizi e prestazioni dei prossimi anni.

Autosufficienza

Preme rilevare che l'autosufficienza modenese (capacità degli ospedali della provincia di Modena di rispondere al bisogno di ricovero dei residenti) è relativamente elevata e l'indice di autosufficienza provinciale (pubblico e privato) è più alto della media Regionale (vd tabella 2.4 (2) a seguire). All'interno del valore di autosufficienza modenese, poi, la componente del Privato risulta la quota più bassa della Regione: buoni indicatori a testimonianza di quell'ottica di sistema che è alla base dell'organizzazione dell'offerta della rete ospedaliera modenese.

Tabella 2 – Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture (dimessi) – Percentuale per Azienda USL di residenza, Azienda erogante – Anno 2022

Azienda USL di residenza	Stessa Azienda		AOSP sul territorio	Totale		Altre Aziende R.E.R.		extra R.E.R.		TOTALE	
	Pubblica	Privata		Pubblica	Privata	Pubblica	Privata	Pubblica	Privata	Pubblica	Privata
PIACENZA	59,6	11,3	.	59,6	11,3	8	2,2	7,3	11,6	74,9	25,1
PARMA	17,5	18,9	52,2	69,7	18,9	3,6	0,7	3,2	3,9	76,6	23,4
REGGIO EMILIA	69,6	6,8	.	69,6	6,8	13	3,9	2,4	4,4	85	15
MODENA	35,1	6,4	45	80,1	6,4	5,5	1,8	2,1	4,1	87,7	12,3
BOLOGNA	39,7	14,8	35,9	75,6	14,8	4,5	1,4	2	1,7	82,1	17,9
IMOLA	61,5	.	.	61,5	.	26,2	9,3	1,5	1,5	89,2	10,8
FERRARA	18,8	7,7	50,2	69	7,7	9,6	3,1	4	6,7	82,5	17,5
ROMAGNA	75,6	15,1	.	75,6	15,1	4,4	0,7	2,2	2	82,2	17,8
TOTALE	49,6	11,8	23,4	73	11,8	6,8	1,9	2,7	3,7	82,5	17,5

Il recente consolidamento (parziale in quanto è stata annunciata la modifica del dato del Molise) della mobilità passiva extraRER dell'anno 2022, ha consentito di valutare i ricoveri per modenesi, la valorizzazione complessiva appare in incremento rispetto al 2022 di circa 5,5 milioni di euro (+1,6%) ma ancora inferiore al dato 2019 di oltre 13.6 milioni (-3,7%); il dato della produzione delle strutture AUSL risulta inferiore dell'1,2 % a quanto registrato l'anno precedente, come vedremo a seguire sono diminuiti i ricoveri internistici ed aumentati quelli chirurgici.

Rispetto all'anno precedente risulta in incremento la produzione dell'Azienda ospedaliera di Modena di circa 1 milione di euro (+0,6%), quella dell'Ospedale di Sassuolo spa per circa 1,3 milioni (+4,2%), quella dell'Ospedalità privata modenese 1,4 milioni (+4,6%) e la mobilità infraRER per 400.000 euro (+1,5 %). Nessuna delle strutture ha raggiunto i livelli di produzione antecedenti la pandemia.

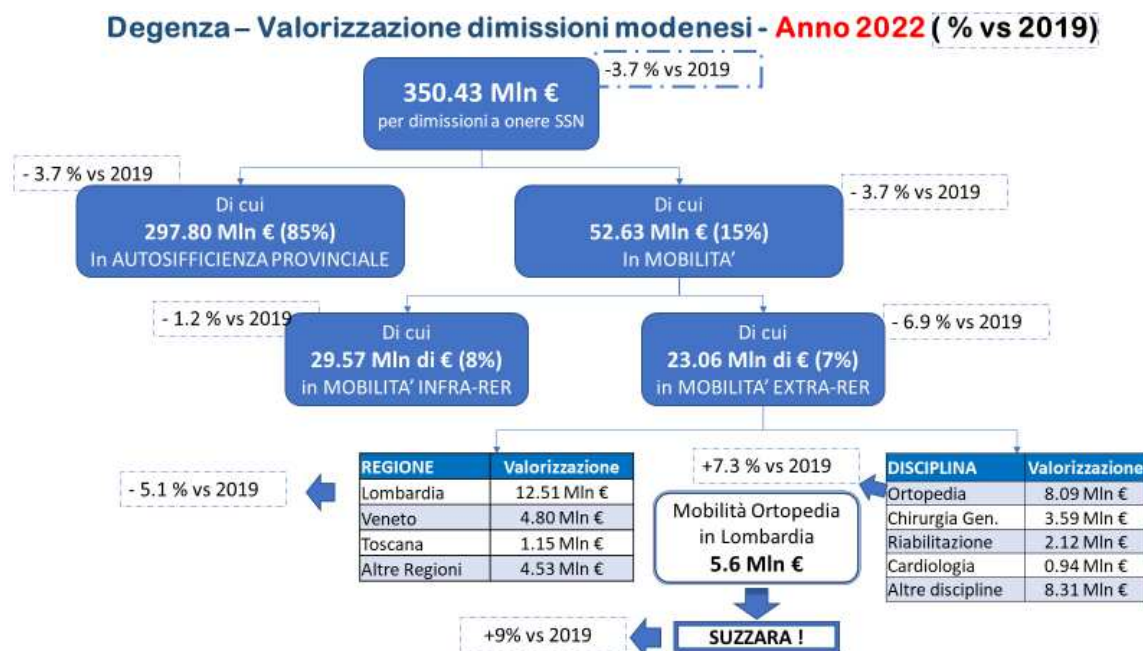
Tabella 3 - Valorizzazione dimissioni ospedaliere

Azienda di dimissione	2019		2021		2022		Variazione 2022 vs 2019		Variazione 2022 vs 2021	
	Valorizzazione	%	Valorizzazione	%	Valorizzazione	%	Assoluta	Percentuale	Assoluta	Percentuale
Ausl Modena	68.385.721 €	18.8%	61.585.834 €	17.9%	60.832.001 €	17.4%	-7.553.720 €	-11.0%	-753.834 €	-1.2%
Ospedale Sassuolo	34.547.341 €	9.5%	30.561.873 €	8.9%	31.851.170 €	9.1%	-2.696.172 €	-7.8%	+1.289.296 €	+4.2%
AOU Modena	173.428.732 €	47.6%	171.912.516 €	49.8%	173.003.092 €	49.4%	-425.640 €	-0.2%	+1.090.575 €	+0.6%
CdC modenesi	33.003.437 €	9.1%	30.699.366 €	8.9%	32.112.900 €	9.2%	-890.537 €	-2.7%	+1.413.533 €	+4.6%
Mobilità INFRA-RER	29.917.525 €	8.2%	29.131.349 €	8.4%	29.566.760 €	8.4%	-350.765 €	-1.2%	+435.411 €	+1.5%
Mobilità EXTRA-RER	24.760.164 €	6.8%	21.032.199 €	6.1%	23.061.543 €	6.6%	-1.698.621 €	-6.9%	+2.029.344 €	+9.6%
Totale	364.042.919 €	100.0%	344.923.139 €	100.0%	350.427.464 €	100.0%	-13.615.455 €	-3.7%	+5.504.326 €	+1.6%

La mobilità passiva extraRER appare in incremento di circa 2 milioni di euro (+9,6%) rispetto al 2022 ed è solo 1,7 milioni di euro inferiore al dato 2019.

La diapositiva a seguire evidenzia i flussi di mobilità suddividendoli tra infra ed extra RER e poi analizza la mobilità passiva fuori dall' Emilia Romagna per regione e disciplina, i dati sono confrontati con l'andamento del 2019 i cui volumi, come già detto non sono ancora stati raggiunti. La Lombardia e l'ortopedia costituiscono la regione e la disciplina per la quale la mobilità passiva per ricoveri risulta più elevata; il fenomeno è prevalentemente a carico di una singola struttura quella di Suzzara. Di questo occorrerà tener conto nella programmazione delle attività e nell'esercizio della committenza dei prossimi anni.

Figura 10 - Valorizzazione dimissioni modenesi



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.

Tabella 4 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri per 1.000 residenti) – Anni 2014/2022

Popolazione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Residenti in provincia di Modena	147,1	145,9	143,3	140,1	138,8	137,3	110,9	121,4	125,4
Residenti in Regione	151	148,4	144,5	141,4	139,2	137,7	113,4	121,2	124,5

Fonte banca dati regionale SDO; per l'anno 2022 è stata considerata la mobilità passiva dell'anno 2022 appena pervenuta.

Il dato 2022 (con la mobilità passiva extra regionale 2022 appena pervenuta) evidenzia un ulteriore incremento dell'ospedalizzazione, (effetto della ripresa post-pandemia) con un valore assoluto che si mantiene comunque inferiore al passato.

Il dato della provincia modenese risulta sostanzialmente allineato alla media RER, (appena superiore).

Produzione strutture AUSL di Modena

La tabella a seguire riporta i ricoveri garantiti presso gli ospedali della rete ospedaliera dell'Azienda USL (Carpi, Mirandola, Pavullo e Vignola) ed attesta l'andamento delle attività erogate in regime di ricovero ordinario e diurno. Rispetto al 2021, si è assistito a una stazionarietà complessiva dell'attività (+48 casi) anche se ancora lontana dalle performance del 2019, la flessione dell'attività si è registrata prevalentemente in ambito internistico (-1% in regime ordinario e -14% in DH) mentre l'ambito chirurgico si è caratterizzato per un ulteriore incremento (+4% sia in regime ordinario che in DS).

Tabella 5 - Ricoveri per DRG AUSL Modena – Anni 2019/2022

Regime di ricovero	Tipo	Dimessi						Valorizzazione					
		2019	2020	2021	2022	Diff.2022-2021	%	2019	2020	2021	2022	Diff.2022-2021	%
DO	C	6.488	4.765	5.691	5.909	218	4%	26.884.584	21.840.773	25.115.277	26.449.213	1.333.937	5%
	M	17.090	14.037	14.732	14.575	-157	-1%	42.673.841	35.921.089	38.417.401	36.574.759	-1.842.642	-5%
	Totale	23.578	18.802	20.423	20.484	61	0%	69.558.425	57.761.863	63.532.677	63.023.972	-508.705	-1%
DH	C	3.060	1.794	2.370	2.475	105	4%	4.458.245	2.697.867	3.596.735	3.744.919	148.183	4%
	M	849	654	854	736	-118	-14%	330.302	181.435	214.157	147.724	-66.432	-31%
	Totale	3.909	2.448	3.224	3.211	-13	0%	4.788.546	2.879.301	3.810.892	3.892.643	81.751	2%
Totale		27.487	21.250	23.647	23.695	48	0%	74.346.972	60.641.164	67.343.570	66.916.615	-426.954	-1%

L'intero anno è stato prevalentemente impegnato a garantire il recupero dei pazienti in lista per interventi non oncologici, prevalentemente in fascia C e D, che la pandemia aveva limitato/bloccato.

Con riferimento all'attività chirurgica programmata, il grafico a seguire evidenzia, per AUSL e per l'Azienda Ospedaliera, la percentuale di interventi chirurgici garantiti per singolo mese, messi a confronto con i volumi dell'anno 2019: è evidente il recupero della performance a far tempo dal mese di marzo 2022.

Rispetto al target che prevedeva per il 2022 un numero di interventi almeno pari al 92 % degli interventi del 2019, il valore raggiunto è stato pari a 92,4 % per AUSL, 93,8 % per AOU mentre il valore provinciale si è attestato a 93,2 %.

Gráfico 1 - Andamento interventi chirurgici AUSL e AOU anno 2022 vs 2019 (delta %)



Come detto, nel corso del 2022, l’obiettivo più rilevante in termini di accesso alle prestazioni è stato rappresentato dalla necessità di recupero dei pazienti in lista d’attesa chirurgica scaduti al 31 dicembre 2021. Tutte le strutture della AUSL hanno ampiamente superato l’obiettivo dell’80 %, (Carpi 90,6 %, Vignola 97,7 % e Mirandola e Pavullo 100%).

Anche Sassuolo con l’83,5% e l’AOU con il 98 % hanno recuperato in modo importante i pazienti in lista d’attesa chirurgica slittati a causa della pandemia.

Tabella 6 - AUSL di Modena interventi chirurgici dei pazienti “scaduti” entro il 31 dicembre 2022

OSPEDALE	INTERVENTI SCADUTI ENTRO IL 31 DIC 2021 (BASELINE)	TAROBIEETTIVO REGIONALE	% RECUPERO A CHIUSURA 2022
OSP CARPI	1.043	80%	90.6%
OSP MIRANDOLA	150		100.0%
OSP VIGNOLA	88		97.7%
OSP PAVULLO	72		100.0%
OSP SASSUOLO	2.690		83.5%
AUSL MO compreso Sassuolo	4.043		86.5%

Collaborazione con le altre strutture provinciali e utilizzo congiunto piattaforme tecnologiche

Il recupero dei pazienti non operati in corso di pandemia è avvenuto anche grazie all’ottimizzazione nell’utilizzo delle sale operatorie della provincia (uso congiunto delle piattaforme chirurgiche) che sono state messe a disposizione dei chirurghi in funzione della consistenza dei casi in attesa.

Nell’ambito delle azioni finalizzate al recupero delle liste di attesa, infatti, si sottolinea la collaborazione con le équipes chirurgiche della Sassuolo S.P.A. e dell’AOU, chiamate ad operare sulle piattaforme chirurgiche e tecnologiche degli ospedali della rete periferica dell’AUSL. Questo modello di lavoro ha favorito il trattamento delle importanti casistiche con case mix meno complesso, garantendo comunque le condizioni di sicurezza necessarie e migliori livelli di efficienza. Il reclutamento dei pazienti è avvenuto ricorrendo alle liste per patologie a medio-bassa complessità delle strutture che oggi sono caratterizzate da lunghe attese (Modena e Sassuolo, ma anche Carpi) a causa della concentrazione su queste stesse strutture (Policlinico e Baggiovara, Sassuolo S.P.A., Ramazzini) anche della casistica complessa, oncologica e (pluri)specialistica.

Un maggior numero di pazienti ha quindi trovato risposta ai propri bisogni (81,3 % vs atteso 80 %).

Tabella 7 - Provincia di Modena interventi chirurgici dei pazienti “scaduti” entro il 31 dicembre 2021 a dicembre 2022

OSPEDALE	INTERVENTI SCADUTI ENTRO IL 31 DIC 2021 (BASELINE)	OBIETTIVO REGIONALE	% RECUPERO A CHIUSURA 2022
AUSL MO	4.043	80 %	86.5%
AOU MO	6.304		76.6%
PRIVATO ACCREDITATO	489		98.4%
TOTALE PROVINCIALE	10.836		81.3%

L'urologia di Carpi ha ripreso con maggiore regolarità l'accesso alla piattaforma robotica dell'ospedale di Baggiovara, dove ha sottoposto ad intervento i propri pazienti affetti da tumore alla prostata; l'accesso alla piattaforma è stato progressivamente modulato in incremento in modo da ottimizzare l'impiego di tale tecnologia e dare più ampia risposta alla domanda.

In aggiunta alle collaborazioni nell'ambito della degenza di cui si è detto sopra, preme evidenziare il rapporto tra le strutture AUSL e l'equipe neuroradiologica dell'AOU (Baggiovara) che assicura prestazioni di Neuroradiologia per interni ed esterni presso le radiologie di Carpi e Mirandola (Mirandola 2 sedute RM neuroradiologiche lunghe a settimana, Carpi 6 sedute a settimana a 4 RM e 2 TAC).

Nel corso del 2022 è stata poi avviata una specifica collaborazione tra le equipe radiologiche/neuroradiologiche dell'AOU e dell'AUSL di Modena per l'utilizzo congiunto della terza RM rimasta in dotazione al Policlinico, e questo, da un lato ha consentito di aumentare l'offerta interna (presa in carico) ed esterna, e dall'altro ha offerto la possibilità all'equipe radiologica di area sud di accedere a questa diagnostica, non disponibile nelle strutture di provenienza.

Da ultimo, si evidenzia il rapporto tra la Radiologia di Sassuolo e la struttura di Pavullo, la collaborazione avviata inizialmente come risposta al “fermo macchina” per sostituzione della TAC di Sassuolo, si è nel tempo consolidata e l'equipe della spa garantisce oggi di norma un paio di sedute per esterni sull'apparecchio Tc di Pavullo. L'impegno assunto dalla due Aziende prevede di garantire tale collaborazione anche in futuro.

A causa del turnover del personale e della difficoltà di reperimento dei professionisti, le collaborazioni sopra richiamate sono state più volte modulate nel corso del 2022; talvolta, anche nella direzione di una riduzione che ha in parte vanificato l'effetto di recupero delle liste d'attesa, tuttavia, nessun dubbio sul fatto che queste iniziative siano da perseguire e da implementare anche nei prossimi anni, da qui, l'impegno costato delle Aziende volto a consolidare e individuare nuove collaborazioni anche in prospettiva futura.

Come attestato dalla tabella a seguire, al momento della stesura del presente documento il recupero degli interventi scaduti al dicembre 2021 è pressoché completo.

Tabella 8 - Provincia di Modena interventi chirurgici dei pazienti "scaduti" entro il 31 dicembre 2021 a giugno 2023

OSPEDALE	INTERVENTI SCADUTI ENTRO IL 31 DIC 2021 (BASELINE)	TARGET REGIONALE	% RECUPERO A CHIUSURA 2022	% RECUPERO AL 11 GIUGNO 2023	CASI ANCORA DA RECUPERARE
OSP CARPI	1043	100%	90.6%	97.6%	25
OSP MIRANDOLA	150		100.0%	100.0%	0
OSP VIGNOLA	88		97.7%	100.0%	0
OSP PAVULLO	72		100.0%	100.0%	0
OSP SASSUOLO	2690		83.5%	95.9%	110
POLICLINICO MODENA	4680		75.8%	91.2%	413
OSP BAGGIOVARA	1624		78.8%	92.1%	129
HESPERIA HOSPITAL	290		99.7%	99.7%	1
PROF. FOGLIANI	199		96.5%	97.0%	6
DI CUI AUSL MO	4043		86.5%	96.7%	135
DI CUI AOU MO	6304		76.6%	91.4%	542
DI CUI PRIVIATO ACCREDITATO	489		98.4%	98.6%	7
TOTALE PROVINCIALE	10836		81.3%	93.7%	684

Indicatori performance

Come detto tra gli obiettivi della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale presentata nelle CTSS del 6 giugno 2016 e 13 dicembre 2019, e del precedente piano delle performance 2021-2023, figura il miglioramento degli indicatori di efficienza/efficacia nell'utilizzo delle piattaforme logistiche e dei servizi ospedalieri, misurato in termini di tassi di occupazione, degenza media, tempi di attesa per attività ambulatoriale e interventi chirurgici, appropriatezza dei regimi di erogazione e dei modelli assistenziali; rientrano in tale monitoraggio anche gli indicatori di esito definiti a livello regionale e il contrasto alla mobilità passiva.

A seguire le performances, (tassi di occupazione, degenza media, tempi di attesa per attività ambulatoriale e interventi chirurgici, appropriatezza dei regimi di erogazione e dei modelli assistenziali, indicatori di esito) più significative realizzate nel 2022, messe a confronto con gli anni precedenti.

Gli indicatori coincidono con quelli individuati dal gruppo regionale di progetto per il PIAO.

Nel corso del 2022 gli accessi ai PS sono continuati ad aumentare (+16%) rispetto all'anno precedente e del +13% rispetto al 2021; la tabella a seguire evidenzia come gli accessi siano aumentati maggiormente a Pavullo e in misura minore a Mirandola e Carpi.

Tabella 9 - AUSL Modena Accessi al Pronto Soccorso – Anni 2021/2022

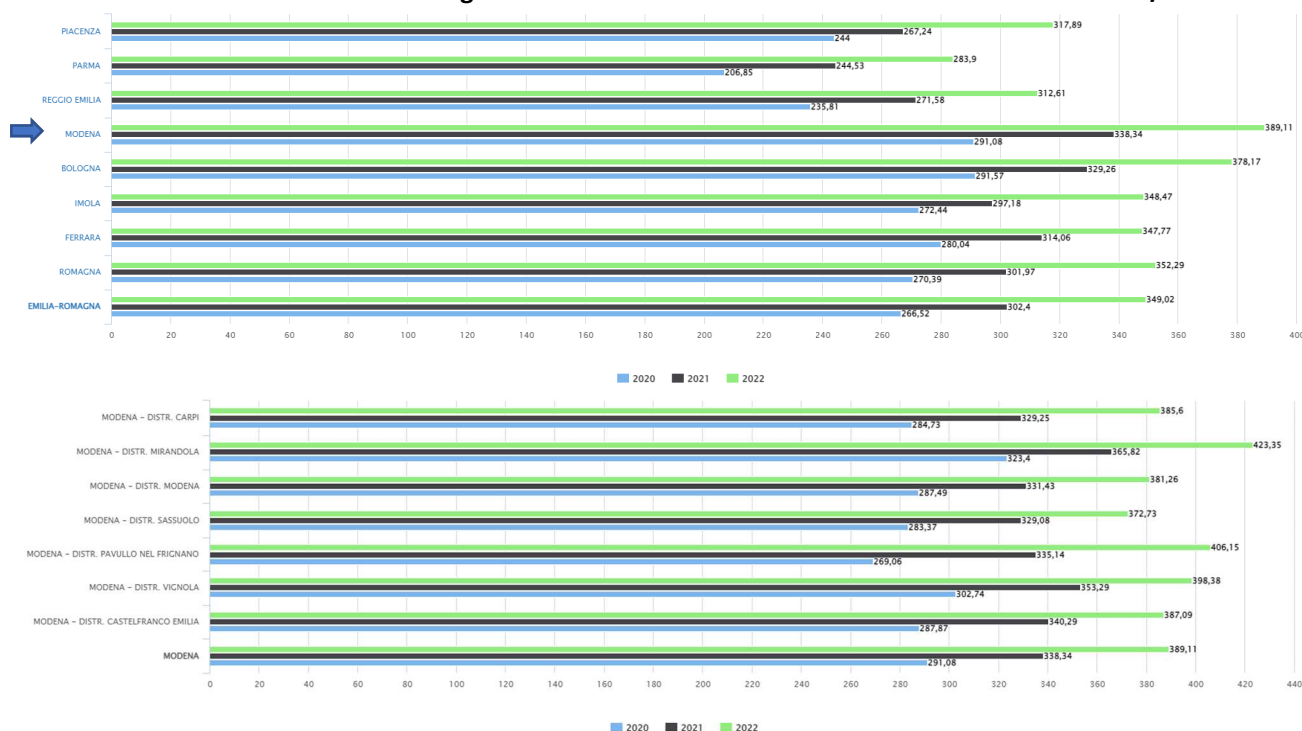
	2021	2022	2023	2024
OSP. CARPI	38.176	44.290	6.114	16,02
OSP. MIRANDOLA	21.743	25.661	3.918	18,02
OSP. VIGNOLA	20.031	21.955	1.924	9,61
OSP. PAVULLO	13.018	16.143	3.125	24,01

TOTALE	92.968	108.049	15.081	16,22
di cui trasferiti ad altro PS	1.136	1.088	-48	-4,23
% ricoveri	10,32%	8,93%		

L'incremento negli accessi 2022 è da correlare alla fiducia riacquistata dalla popolazione dopo le paure connesse alla pandemia; diminuita la percentuale provinciale di ricoveri da PS a testimonianza del ritorno ad accessi alle strutture di emergenza, anche per patologie minori.

I tassi di accesso al PS già superiori al valore medio regionale continuano ad essere elevati, all'interno della provincia, a Mirandola, Pavullo e Vignola, a Sassuolo il valore più basso.

Grafico 2 - Tassi di Accesso al PS in Regione Emilia-R e nei distretti Sanitari Modenesi – Anni 2020/2022



Per quanto attiene i tempi di permanenza in PS, nel 2022 la performance risulta nel complesso in miglioramento rispetto all'anno precedente. La tabella a seguire presenta tutti i PS della provincia che presentano performance sostanzialmente migliori rispetto alla Regione.

Buono il tasso di abbandono del PS con valore decisamente inferiori alla media regionale.

Tabella 10 - Indice di permanenza in PS in Provincia di Modena – Anni 2020/2022

PRONTO SOCCORSO

Indicatore di performance - Permanenza in PS entro 6h (+1)

ANNO	PS CARPI	PS MIRANDOLA	PS PAVULLO	PS VIGNOLA	PS SASSUOLO	PS BAGGIOVARA	PS POLICLINICO	Totale	RER
2022	89,6%	87,5%	89,6%	83,5%	91,8%	84,1%	89,3%	88,3%	80,1%
2021	85,4%	88,7%	88,0%	85,5%	91,0%	87,3%	85,7%	87,2%	82,9%
2020	87,9%	92,0%	91,1%	90,4%	92,4%	88,5%	89,0%	89,8%	86,3%

Rispetto al 2019, i ricoveri potenzialmente inappropriati sono diminuiti in tutti e quattro gli ospedali del Presidio Azienda USL (-460 casi nel complesso) con un rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG potenzialmente

inappropriati ed i restanti DRG in regime ordinario che, già al di sotto dello standard regionale atteso (0,15), si è ridotto ulteriormente passando dallo 0,11 del 2019 allo 0,10 del 2022. Rispetto all'anno precedente invece i PI sono aumentati e su questo fenomeno occorrerà lavorare a livello provinciale per recuperare i margini di efficienza, anche perché i dati dell'AOU e dell'Ospedale di Sassuolo risultano anche peggiori di quelli delle strutture dell'AUSL.

Tabella 11 - DRG Potenzialmente Inappropriati– Anni 2019/2022

Carpi	1.287	0,12	838	0,09	829	0,08	937	0,09	-350	108
Mirandola	357	0,08	195	0,06	258	0,07	302	0,09	-55	44
Pavullo	299	0,09	209	0,08	239	0,08	250	0,09	-49	11
Vignola	313	0,11	218	0,11	249	0,1	307	0,12	-6	58
Totale PRESIDIO	2.256	0,11	1.460	0,08	1.575	0,08	1.796	0,10	-460	221

108 DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria, DPCM del 12/1/2017, all.6A, in discipline per acuti

L'ICP (indice comparativo di performance), ovvero l'indicatore che a parità di case mix valuta la capacità di una struttura di trattare in modo efficiente la propria casistica, si è ulteriormente leggermente ridotto, raggiungendo 0,96; tale valore risulta migliore rispetto all'atteso regionale di 1 (1,26), pur con differenze significative tra i singoli stabilimenti e tra le singole U.O.; in generale risultano più performanti le equipe mediche rispetto a quelle di area chirurgica.

Tabella 12 - ICP – Anni 2019/2022

Stabilimento di Ricovero	2019	2020	2021	2022
Carpi	1	0,99	1,01	0,99
Mirandola	1,02	0,98	0,94	1
Pavullo	0,84	0,75	0,82	0,82
Vignola	1,05	1,07	0,92	0,82
Totale Presidio	0,97	0,96	0,96	0,95

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

La tabella a seguire riporta l'andamento del peso medio dei DRG rimasto stabile tra 1 e 1,1; il valore è stazionario grazie al corretto trasferimento dell'attività al setting più appropriato (riconduzione al regime ambulatoriale dell'attività di piccola chirurgia prima eseguita in regime di Day surgery o ordinario).

Tabella 13 - Peso medio DRG – Anni 2019/2022

Stabilimento di Ricovero	2019	2020	2021	2022
Carpi	1	1,1	1,2	1,1
Mirandola	1,1	1	1,1	1,1
Pavullo	1	1,1	1,1	1,1
Vignola	1,1	1,1	1,2	1,1
Totale Presidio	1,1	1,1	1,1	1,1

Con riferimento alle previsioni del DM n.70/15 in termini di volumi minimi a garanzia del buon esito del processo assistenziale e degli altri indicatori di buona pratica clinica si riportano a seguire i principali indici rilevati nel 2022.

Per quanto attiene i volumi di IMA, garantiti prevalentemente nella nostra USL dalla Cardiologia di Carpi, la produzione ha superato la soglia prevista dal DM 70/15 (standard casi IMA >100). Per contro, la sostanziale stazionarietà delle altre strutture, ospedali in cui è presente solo una Medicina, attestano il progressivo processo di accentramento sulle strutture HUB di riferimento.

Tabella 14 - Volumi per IMA (std >100) – Anni 2019/2022

	Anno 2019	Anno 2021	Anno 2022
OSP CARPI	236	287	245
OSP MIRANDOLA	115	11	11
OSP PAVULLO	26	22	34
OSP VIGNOLA	22	32	31
OSP SASSUOLO	162	158	152
OSP BAGGIOVARA	694	707	690
OSP POLICLINICO	409	363	319

Per gli indicatori volume/esiti di ambito chirurgico si rimanda allo specifico paragrafo.

Attività chirurgica

A fronte del permanere di alcune importanti rimodulazioni necessarie per continuare ad assicurare l'assistenza ai pazienti COVID +, i primi mesi del 2022 hanno visto una contrazione delle attività chirurgiche programmate in tutti gli stabilimenti provinciali. Nonostante queste criticità è stato possibile garantire il rispetto dei tempi di attesa per i pazienti inseriti in classe di priorità A da sottoporre ad interventi chirurgici per patologia oncologica raggiungendo una performance complessiva del 81 %, rispetto al target richiesto dalla RER del 80%. Sfidanti, a questo proposito, il nuovo atteso, previsto a partire dal 2023, che porta al 90% la percentuale di interventi chirurgici per patologie oncologiche operati entro i 30 giorni ed ancor più impegnativo l'obiettivo di garantire gli interventi chirurgici per protesi anca e quelli di chirurgia generale entro i tempi nella misura fissata rispettivamente nel 85% e 75%. Preme evidenziare che la performance sulle patologie tumorali è influenzata negativamente da alcuni interventi per i quali l'inserimento in fascia A è controverso, ci si riferisce alla chirurgia che riguarda tiroide e prostata: quest'ultima, in particolare, prevede già differenti grading di priorità per l'inserimento in lista di attesa esplicitati da un documento regionale, e sconta la relativa difficoltà di accesso agli spazi operatori contingentati della piattaforma robotica collocata presso l'Ospedale di Baggiovara. Il trattamento migliore del tumore della prostata è da anni rappresentato dall'intervento di prostatectomia radicale con tecnica mini invasiva eseguito con il robot Da Vinci. Questa tipologia di procedura è divenuta l'alternativa principale alla tecnica a cielo aperto, per i numerosi vantaggi, minor sanguinamento durante l'intervento, rispetto dei tessuti intorno alla prostata, ridotto dolore post operatorio, rapido tempo di recupero, ridotto tempo di degenza e soprattutto rapidità di ripresa della continenza urinaria. La richiesta da parte dei cittadini di poter eseguire l'intervento con la tecnica mini invasiva, è cresciuta in maniera esponenziale negli ultimi anni. Per poter dare una risposta concreta l'AUSL ha avviato un percorso di collaborazione con l'azienda Ospedaliera universitaria di Modena e l'equipe dell'U.O. di Urologia dell'Ospedale Ramazzini di Carpi. A partire dal mese di maggio sono state pianificate sedute mensili di chirurgia robotica. Le date di tali sedute sono state concordate tra le Direzioni Sanitarie delle Aziende, sulla base della disponibilità della sala operatoria, dei posti letto e del personale. Per questa

tipologia di prestazione pertanto nel corso dell'anno 2022 non sempre è stato possibile rispettare i tempi di attesa per classe di priorità assegnata per mancanza di un numero sufficiente di sedute operatorie che permettessero il raggiungimento di una performance ottimale e comunque entro i target richiesti.

Numerosi studi in letteratura hanno dimostrato che anche alcune tipologie di tumore della tiroide hanno criteri di grading oncologico che potrebbe consentire l'inserimento dei pazienti in lista di attesa per intervento chirurgico in classe di priorità B e C. Pur in assenza della formalizzazione di un documento regionale, che era stato prodotto da un panel di specialisti di AVEN e dell'area bolognese, coordinati dalla nostra direzione, nelle UOC di otorinolaringoiatria, in casi selezionati vengono seguite queste raccomandazioni-indicazioni e il paziente in attesa di intervento per sospetta patologia oncologica può essere inserito in una classe di priorità che non necessita il rispetto categorico dei 30 gg di attesa, contribuendo ad abbassare la performance regionale nel flusso di dati che classifica tutti i tumori della tiroide in classe A.

Nel corso del 2022, la performance totale per gli interventi di chirurgia generale monitorati SIGLA eseguiti entro i tempi di attesa per classe di priorità assegnata è stata del 52% rispetto al 75% richiesto dalla regione. Si tratta di pazienti inseriti in lista per patologia ad alta prevalenza ma a bassa e media complessità. Tale performance deriva dalla impossibilità di garantire un numero di sedute operatorie sufficienti alle attese, legato per i primi mesi dell'anno alla situazione pandemica e successivamente a criticità di personale medico (principalmente anestesisti) ed infermieristico (principalmente strumentisti). La performance per gli interventi programmati di protesi di anca raggiunta a fine anno è stata dell'83%, molto vicina al target regionale previsto dell'85%.

Nel 2022 è stato inoltre possibile ripristinare la maggior parte di tutta l'attività di chirurgia ambulatoriale all'interno degli stabilimenti. Significativa anche la quota di attività incrementale svolta presso la casa della salute di Castelfranco Emilia, in particolare per pazienti in lista di attesa sulla Chirurgia di Mirandola per interventi di asportazione lesione cute e sottocute.

La programmazione chirurgica elettiva si è allineata progressivamente al periodo precovid nella quasi totalità degli ospedali, prevedendo addirittura in alcune sedi un potenziamento sul numero totale di sedute raggiungendo una produzione chirurgica complessiva (regime ordinario, day surgery e ambulatoriale) del 103% rispetto a quella registrata nel 2021. La produzione chirurgica totale annuale degli interventi in regime ordinario e di day surgery è stata del 92% con un progressivo e graduale miglioramento a partire dalla seconda metà del 2022.

Performance dei singoli ospedali e condivisione della strategia di sistema unico provinciale con ottimizzazione nell'uso delle piattaforme

Considerando il presidio provinciale, l'ospedale Santa Maria Bianca di Mirandola è stato lo stabilimento che ha assicurato il potenziamento maggiore di sedute operatorie rispetto all'anno precedente, in particolare interventi programmati di Chirurgia Generale, Ginecologia, Otorinolaringoiatria e Urologia, incrementando l'attività a beneficio di tutti i pazienti in attesa di intervento chirurgico di media e bassa complessità e favorendo lo smaltimento delle liste di attesa di area nord prevalentemente per quegli interventi già fuori soglia rispetto alla classe di priorità assegnata. Sempre a Mirandola è stato possibile rinforzare anche la specialità di dermatologia, prevedendo un aumento del numero delle sedute chirurgiche mensili e del numero degli interventi per seduta, parallelamente è stata incrementata anche l'offerta ambulatoriale prenotabile via CUP.

Le sedi di Vignola e Pavullo hanno assicurato l'esecuzione di procedure da parte delle equipe di Sassuolo per interventi di media e bassa complessità per le specialità di oculistica, ginecologia, chirurgia generale, e otorinolaringoiatria, oltre alla gestione delle urgenze traumatologiche. Per raggiungere il target relativo ai recuperi degli interventi per i pazienti in lista e scaduti al 31-12-2021 posto in essere dalla RER, nell'ambito delle piattaforme chirurgiche presso le sedi di Vignola e Pavullo sono stati eseguiti anche interventi chirurgici di media e bassa complessità per pazienti in lista di attesa già scaduti presso l'ospedale di Carpi, nello specifico per le specialità di ortopedia e otorinolaringoiatria.

Questa collaborazione ha permesso di smaltire l'88% dei pazienti scaduti al 31/12/21 entro dicembre 2022 e raggiungere l'obiettivo richiesto dalla regione.

Come detto nell'ambito delle sinergie di rete poste in essere a livello provinciale, l'AOU e l'AUSL di Modena hanno implementato il modello di presa in carico che ha trasferito sugli ospedali distrettuali, il trattamento chirurgico delle patologie ad alta prevalenza e bassa complessità, Questa organizzazione ha consentito di destinare maggior spazio per il trattamento dei casi complessi presso l'AOU, centro Hub della rete ospedaliera modenese. L'ambito territoriale individuato per questo percorso organizzativo è l'Area Sud, ospedali di Vignola e Pavullo.

In relazione agli interventi monitorati SIGLA, per quanto riguarda le patologie oncologiche la performance è stata del 80,7%. La principale casistica responsabile del calo della performance è relativa ai casi di tumore della tiroide, considerato e classificato unicamente in classe A secondo indicazioni ministeriali mentre, come per il tumore prostatico, la bassa malignità e la differenziazione del grading istologico consentono la diversificazione sicura e appropriata anche di casistica gestibile in 60 e 180 giorni (classi B e C) come correttamente viene assicurato dagli specialisti senza anticipare trattamenti ove non necessario.

Tabella 15 - Interventi SIGLA monitorati dalla Regione Emilia-Romagna - Regime ospedaliero

Gruppo di intervento	AUSL MODENA (Pubb + Priv.)	AOU MODENA	Totale PROVINCIALE	Media RER	OBIETTIVO REGIONALE
CHIRURGIA ONCOLOGICA	80.7%	88.6%	85.8%	80.5%	>=90%
PROTESI D'ANCA	83.2%	55.0%	75.0%	85.0%	>=85%
CARDIOLOGIA E CHIRURGIA VASC	92.8%	75.0%	86.1%	85.2%	>=90%
CHIRURGIA GENERALE	47.1%	43.1%	44.0%	56.0%	>=75%
ALTRI INTERVENTI	68.5%	75.4%	69.9%	69.4%	>=75%
TOTALE	76.0%	68.7%	72.8%	74.6%	

Con riferimento al complesso delle patologie monitorate SIGLA, si è consolidata una performance del 76%, assolutamente soddisfacente tenuto conto della prolungata sospensione di attività chirurgica programmata. La piattaforma chirurgica di Castelfranco ha supportato e vicariato gli ospedali di Carpi e Mirandola per la gestione di interventi chirurgici ambulatoriali oltre a rispondere alle esigenze dei residenti nel distretto. Del tutto recentemente, la Regione ha autorizzato la struttura di Castelfranco alla erogazione di interventi ambulatoriali 'H' (es tunnel carpale, dito a scatto ...) questo ampliarà l'offerta di sale operatorie e potrà consentire di ridurre ulteriormente i volumi di pazienti in attesa (la disponibilità ad operare a Castelfranco condivisa anche dai professionisti di area sud in particolare ortopedici e chirurghi generali e da quelli dell'Azienda ospedaliera).

Indicatori a misura della qualità del percorso chirurgico (individuati anche dal gruppo di progetto regionale PIAO)

Frattura di femore

I volumi 2022 rispecchiano il potenziale della struttura commisurato all'utenza di riferimento, con livelli prestazionali che a Pavullo (69 casi) sono inferiori alla standard (> 75 casi /anno) del DM 70/15. Ragioni organizzative intercorrenti hanno parzialmente influenzato il dato di Pavullo, si evidenzia, tuttavia, come l'equipe ortopedica di Pavullo e Vignola siano gestite come una unica UO (apicalità a cavaliere e operatori chiamati ad operare su entrambe le sedi).

Tabella 16 - Volumi per Frattura di femore (> 75a) (std >75) – Anni 2019/2022

	Anno 2019	Anno 2021	Anno 2022
OSP CARPI	225	143	163
OSP MIRANDOLA	86	77	103
OSP PAVULLO	57	65	69
OSP VIGNOLA	94	93	124
OSP SASSUOLO	150	117	140
OSP BAGGIOVARA	391	477	491
OSP POLICLINICO	136	35	50

In leggera ripresa, ma comunque sempre critico rispetto al target regionale, la percentuale di casi di frattura di femore operati entro le 48 ore che, su base provinciale è passata dall'82,5% del 2019 al 76,3% del 2022; resta un fenomeno attenzionato che merita la revisione dei percorsi di alcune strutture ed un più stretto monitoraggio.

Tabella 17 - Percentuale di pazienti over 65 con frattura di femore operati entro le 48 ore dall'ammissione del ricovero (sul totale operati) – Anni 2018/2021 (std >80 %)

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
OSP CARPI	82,9	78,6	62,9	68.1%
OSP MIRANDOLA	76,4	63,6	70,6	76.5%
OSP PAVULLO	81,0	80,5	73,1	81.4%
OSP VIGNOLA	89,4	81,0	89,6	86.2%
AUSL MODENA	82,5	78,0	73,1	76.3%

Il blocco a più riprese dell'attività programmata e la centralizzazione per area delle urgenze hanno influenzato in modo importante la performance sull'intervento di colecistectomia che è riuscito nel 2022 a raggiungere per tutte le strutture il cut-off di 100.

Tutti gli Ospedali della AUSL traggono il target dei 100 interventi anno per colecistectomia.

Tabella 18 - Volumi per colecistectomia (std >100) – Anni 2019/2022

	Anno 2019	Anno 2021	Anno 2022
OSP CARPI	184	138	136
OSP MIRANDOLA	136	157	117
OSP PAVULLO	86	89	104
OSP VIGNOLA	103	89	116
OSP SASSUOLO	303	275	280
OSP BAGGIOVARA	281	234	267
OSP POLICLINICO	241	173	336

In linea con gli attesi gli indici di appropriatezza quanto ad approccio chirurgico (prevalentemente laparoscopico) ed efficienza del processo assistenziale (degenza media post operatoria <di 3 gg.) della casistica trattata per intervento di colecistectomia; si discosta dall'ottima performance Carpi dove frequentemente la casistica è più complicata o il ricovero è in urgenza e non programmato.

Tabella 19 - Interventi di colecistectomia laparoscopica degenza post-operatoria <3 giorni - (target >=90%)

	Anno 2019	Anno 2021	Anno 2022
OSP CARPI	80.1%	65.7%	75.3%
OSP MIRANDOLA	82.4%	88.2%	93.8%
OSP PAVULLO	97.2%	97.6%	94.7%
OSP VIGNOLA	94.5%	95.2%	98.9%

In peggioramento la performance di evasione della casistica chirurgica che risulta fuori dai tempi previsti dalla normativa regionale, in parte imputabile alla mancanza di professionisti (anestesisti ma anche chirurghi e infermieri) accentuatasi nel periodo post COVID.

Per quanto riguarda le altre prestazioni oggetto di monitoraggio, compreso gli interventi di protesi d'anca, le performance per l'anno 2022 hanno risentito della riorganizzazione e delle intercorrenti criticità degli organici e risultano complessivamente in peggioramento, soprattutto a Carpi.

Tabella 20 - Tempi di intervento per tumori monitorati – Anni 2021/2022 (std. > 90)

Ospedale intervento	di	2021			2022		
		Interventi per tumori monitorati	di cui entro i tempi previsti	%	Interventi per tumori monitorati	di cui entro i tempi previsti	%
Ospedale di Carpi		459	369	80%	407	314	77%
Ospedale di Mirandola		2	2	100%	2	2	100%
Presidio		461	371	80%	409	316	77%

Tabella 21 - Tempi per interventi di protesi d'anca (std 90% rispetto alla fascia) – Anni 2021/2022

Ospedale intervento	di	2021			2022		
		Interventi	di cui entro i tempi previsti	%	Interventi	di cui entro i tempi previsti	%
Ospedale di Carpi		81	69	85%	72	30	42%
Ospedale di Mirandola		43	38	88%	52	47	90%
Ospedale di Pavullo		49	25	51%	54	41	76%
Ospedale di Vignola		52	43	83%	65	63	97%
Presidio		225	175	78%	243	181	75%

Tabella 22 - Tempi di risposta per tutte le altre prestazioni oggetto del monitoraggio – Anni 2021/2022

Ospedale intervento	di	2021			2022		
		Interventi	di cui entro i tempi previsti	%	Interventi	di cui entro i tempi previsti	%
Ospedale di Carpi		366	249	68%	377	203	54%
Ospedale di Mirandola		314	204	65%	378	220	58%
Ospedale di Pavullo		230	149	65%	273	115	42%
Ospedale di Vignola		291	234	80%	328	223	68%
Presidio		1201	836	70%	1356	761	56%

DSO oncologico

L'attività oncologica (trattamenti chirurgici e medici) è stata garantita sia in corso di pandemia sia successivamente nell'attuale fase interpandemica; la tabella a seguire evidenzia i volumi di attività che risultano nel 2022 in incremento, tornando ai livelli e alle distribuzioni pre-pandemia. Si evidenzia che il calo negli accessi di Mirandola è l'incremento di Carpi (per volumi pressoché identici tra gli anni 2021 e 2022) sono l'espressione dello stesso fenomeno organizzativo che nel 2021 aveva portata a trasferire pazienti da Capri e a Mirandola a causa delle difficoltà di organico del Ramazzini; nel 2022, con il riconsolidamento degli organici l'attività si è tornata a distribuire secondo il criterio della prossimità tra paziente e struttura.

Dopo le prime esperienze territoriali a Fanano e in area Nord (Finale) nel corso del prossimo triennio occorrerà operare per consolidare le esperienze di prossimità nella gestione del paziente oncologico o con terapie croniche.

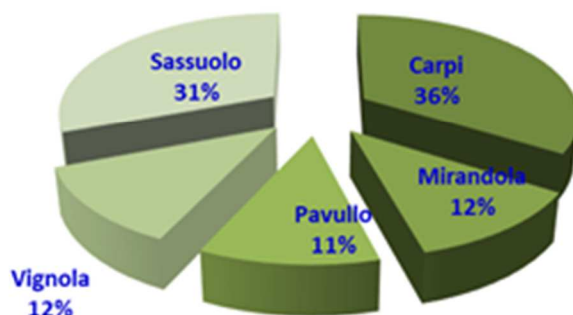
Stabile nel tempo l'attività del day service neurologico di Carpi, sostanzialmente rivolta ai pazienti con patologie degenerative.

Tabella 23 – Monitoraggio accessi e pazienti DSO – Anni 2021/2022

DSO Oncologico Azienda UsI Modena 2021 vs 2022											
Oncologia	Pazienti				Accessi				Media accessi paziente		
	12 mesi 2021	12 mesi 2022	Scost. 21/22	Scost. % 21/22	12 mesi 2021	12 mesi 2022	Scost. 21/22	Scost. % 21/22	12 mesi 2021	12 mesi 2022	Scost. 21/22
(40345) DSO Onc. Carpi	899	950	51	5,67%	5.820	6.074	254	4,36%	6,47	6,39	-0,08
(45145) DSO Onc. Mirandola	338	353	15	4,44%	2.375	2.120	-255	-10,74%	7,03	6,01	-1,02
(30145) DSO Onc. Pavullo	253	364	111	43,87%	1.895	1.996	101	5,33%	7,49	5,48	-2,01
(37245) DSO Onc. Vignola	314	432	118	37,58%	1.993	2.182	189	9,48%	6,35	5,05	-1,30
(38145) DSO Onc. Vignola c/o Sassuolo	735	906	171	23,27%	4.858	5.513	655	13,48%	6,61	6,08	-0,52
totale	2.539	3.005	466	18,35%	16.941	17.885	944	5,57%	6,67	5,95	-0,72

DSA Neurologici Azienda UsI Modena 2021 vs 2022							
DSA Neurologia	Pazienti				Accessi		
	12 mesi 2021	12 mesi 2022	Scost. 21/22	Scost. % 21/22	12 mesi 2021	12 mesi 2022	Scost. 21/22
(40645) DSA Neurologia Carpi	44	43	-1	-2,27%	177	170	-7

DSO accessi 12 mesi 2022



Zone carenti

Assistenza territoriale

Con riferimento alle cure primarie, l'Azienda garantisce tramite i propri Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) l'assistenza ad una popolazione complessiva di circa 690.000 assistibili.

Medici di Medicina Generale.

Anche nel corso del 2022 è proseguito lo sviluppo dell'Associazionismo dei Medici di Medicina Generale ed in particolare delle Medicine di gruppo che hanno mostrato un leggero incremento.

I MMG associati in medicine di gruppo, infatti, sono passati dal 50,54% (anno 2021) al 55,13% (anno 2022).

Tabella 24 - Rapporto Reti su Gruppi Medici– Anni 2020/2022

Associazionismo medico - rapporto reti su gruppo					
Anno 2020		Anno 2021		Anno 2022	
Reti	38,3%	Reti	37,0%	Reti	37,1%
Gruppi	48,8%	Gruppi	50,5%	Gruppi	55,1%

La tabella seguente (dati al 31.12.2022) riporta la distribuzione dell'organizzazione del Dipartimento Aziendale di Cure Primarie per Nuclei di Cure Primarie che vede coinvolti i 439 MMG.

Tabella 25 - Gruppi e Reti MMG per Distretto – Anno 2022

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

Pediatria di Libera Scelta

Nell'anno 2022, rispetto all'anno 2021, la situazione dei 95 PLS in relazione all'associazione è praticamente rimasta invariata.

Tabella 26 - Gruppi e Reti PLS per Distretto – Anno 2022

Anno 2022		Gruppo	Rete	non associati
Distretto	PLS	n°PLS	n°PLS	n°PLS
Carpi	14	6	3	5
Mirandola	11	0	11	0
Modena	23	6	16	1
Sassuolo	17	4	10	3
Pavullo	4	4	0	0
Vignola	13	0	12	1
Castelfranco E.	13	6	7	0
Totale	95	26	59	10

Servizio di continuità assistenziale

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

Tabella 27 - Attività Servizio di Continuità Assistenziale – Anno 2022

ANNO	VISITE DOMICILIARI	VISITE AMBULATORIALI	CONSIGLI TELEFONICI	TOTALE PRESTAZIONI ESEGUITE
2022	6.108	35.502	69.674	111.284
2021	7.348	32.038	63.471	102.857
2020	8.163	49.644	68.212	126.019

Dai dati esposti emerge un aumento di attività delle prestazioni ambulatoriali e dei consigli telefonici, mentre si conferma un trend in diminuzione per le visite domiciliari (7.348 nel 2021 vs 6.108 nel 2022).

Tabella 28 - Punti di Continuità Assistenziale – Anno 2022

Punti di continuità assistenziale	23
medici titolari di incarico a tempo indeterminato	19
medici titolari di incarico a tempo determinato	72

Come si dirà più avanti in questo documento la revisione della rete dell'emergenza-urgenza non può prescindere dalla contestuale riorganizzazione della continuità assistenziale, l'obiettivo è quello di incrementare lo standard di sicurezza ed efficacia, assicurando la presa in carico in ambito extraospedaliero di una importante parte della casistica che oggi accede impropriamente ai PS, separando i percorsi dell'emergenza (patologie tempo dipendenti) e dell'urgenza (patologie che richiedono la presa in carico immediata ed un trattamento entro le 12/24 ore); si tratta, infatti, di bisogni distinti, ugualmente appropriati ma che necessitano di risposte diversificate per sede, modalità, percorsi e organizzazioni. Di questa riorganizzazione si dirà più ampiamente a seguire.

Zone carenti: criticità

Anche nel 2022 si è riproposta la difficoltà di copertura delle zone carenti di MMG e PLS affrontate negli ultimi anni. Per ridurre l'impatto sugli assistiti si è provveduto ad assegnare incarichi temporanei e a sviluppare progetti innovativi e sperimentali di assistenza attraverso equipe di medici con attribuzione oraria e il supporto degli infermieri di comunità.

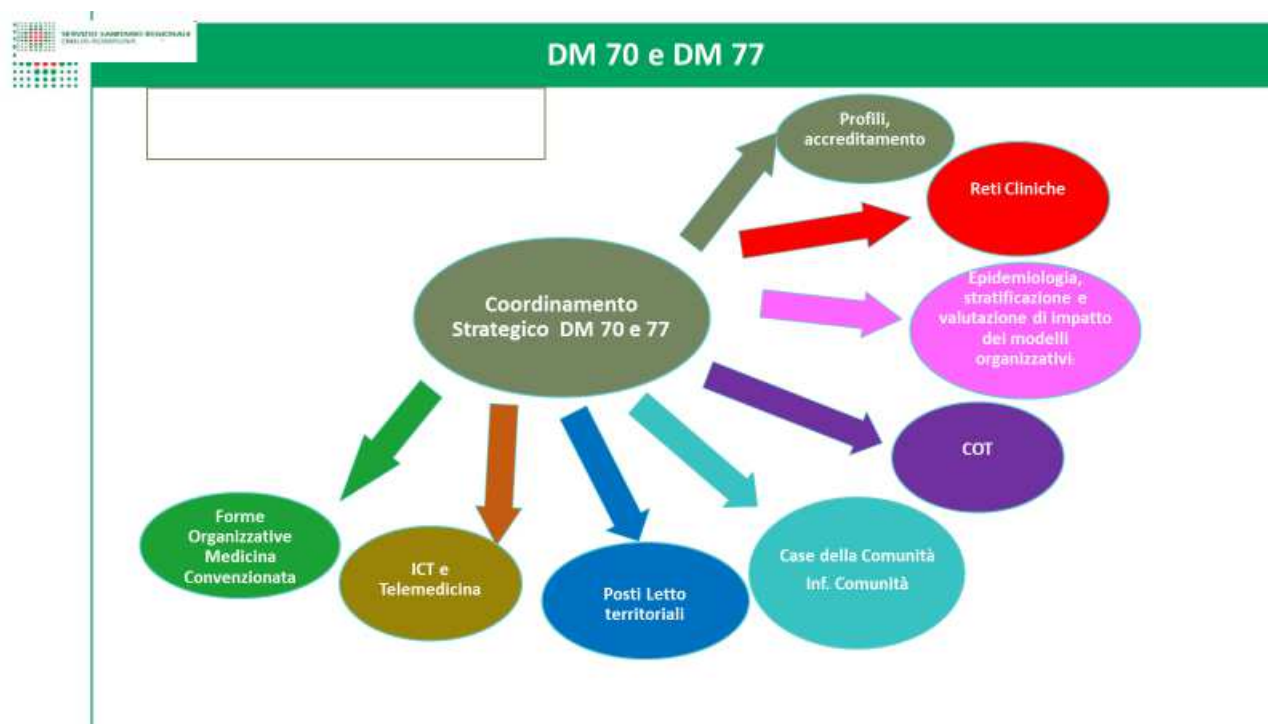
Nei prossimi anni importante sarà l'impegno dell'Azienda volto a individuare modelli in grado di superare la carenza di personale in questo ambito.

Nel 2022 è pertanto proseguita l'implementazione delle attività cliniche specialistiche e l'ulteriore sviluppo delle attività di presa in carico della cronicità negli ambulatori infermieristici presso le Case della Salute.

Case della Comunità

Importante è stato l'impegno volto allo sviluppo dell'assistenza territoriale ed in particolare alle previsioni del DM 77/22 quanto ad attivazioni delle Case della Comunità, OSCO, Hospice e Infermieristica di comunità. A tale proposito è stata attivata una specifica cabina di regia coordinata dal direttore sanitario e sono stati istituiti 8 gruppi di lavoro con specifici mandati, la diapositiva a seguire illustra organizzazione e mandati dei gruppi.

Diapo 29 - Cabina regia DM 77/22 e gruppi di lavoro attivati (8)



La figura a seguire riporta in modo sintetico lo stato d'avanzamento della programmazione delle Case della Comunità, suddividendo le strutture tra le 15 attive e le 12 in realizzazione, specificando le 14 Case della Comunità classificate come HUB in base alla complessità (servizi presenti, percorsi e orari di apertura) ed infine richiamando le fonti di finanziamento con specifico riferimento al PNRR).

Figura 11 - Case della Comunità programmazione – strutture hub e spoke

	Case della comunità	di cui attive	di cui in programmazione	di cui HUB	di cui finanziate PNRR
Provincia di Modena	27	15	12	14	13
Distr. di Carpi	4	1	3	1	0
Distr. di Mirandola	5	3	2	2	3
Distr. di Modena	3	1	2	3	0
Distr. di Sassuolo	4	4	0	3	3
Distr. di Pavullo	3	2	1	2	3
Distr. di Vignola	6	2	4	2	3
Distr. di Castelfranco	2	2	0	1	1

OsCo

La normativa prevede un OSCO di 20 letti ogni 100,000 abitanti, la nostra provincia risulta fortemente sotto dimensionata in quanto ad oggi sono attivi solamente l'OSCO di Castelfranco Emilia con 20 PL e l'OSCO di Fanano con 14 PL. Allo scopo di favorire la gestione dei pazienti post acuti Covid e più in generale i percorsi di uscita dall'ospedale o di gestione delle riacutizzazioni del territorio che non necessariamente devono esitare in ricovero è stato temporaneamente attivato l'OSCO di Novi che cesserà la propria attività all'apertura di quello di Carpi.

La tabella a seguire riporta gli indici utilizzo e performance che risultano sostanzialmente in linea con gli attesi regionali caratterizzandosi infatti per una DM inferiore ai 20 gg, una provenienza di pazienti dal territorio pari a 15 -20 % ed una percentuale di re-ricoveri inferiore al 10 % e sistematica infine l'adozione dei PAI.

L'occupazione del posto letto risulta migliorabile e su questo le articolazioni aziendali dovranno lavorare, l'introduzione delle Centrali Operative territoriali potrà portare ad un miglioramento nell'utilizzo di questa risorsa.

Tabella 30 - OsCo performance – Anno 2022

Indicatore	Atteso 2022	Struttura (OsCo)	ANNO 2022		
Degenza media in Ospedale di Comunità	DM < 20 gg	OS.CO. Castelfranco	20		
		OS.CO. Fanano	19		
		OS.CO Soliera	15		
		TOTALE	18		
Re-ricoveri in OS.CO entro 30 gg dalla dimissione	<10%	OS.CO. Castelfranco	7,0%		
		OS.CO. Fanano	7,0%		
		OS.CO Soliera	9,9%		
		TOTALE	7,8%		
NEW Tasso di occupazione posti letto in OSCO	> 85%	OS.CO. Castelfranco 20 PL	74%		
		OS.CO. Fanano 15 PL	68 %		
		OS.CO Novi 21 PL	71,1	ND	80%

Nel prossimo triennio dovrà continuare il percorso di attivazione degli OSCO previsti dalla programmazione locale che dovranno “chiudere il gap di letti” rispetto alle previsioni (140 letti in provincia).

Nello specifico la diapositiva a seguire riporta lo stato d'avanzamento della programmazione della provincia di Modena, la stessa è coerente agli attesi del DM 77/22.

Rete cure palliative ed Hospice

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

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

A seguire l'andamento delle attività degli ultimi anni che attesta un incremento nella presa in carico dei pazienti che nel corso dell'anno 2022 sono stati circa 2.500 con un incremento del 30 % rispetto al 2019 e del 17 % rispetto al 2021. La componente oncologica risulta in incremento assoluto, dai 1338 casi dell'anno 2021 ai 1511 del 2022 ovvero (+ 13%), ma soprattutto, è la componente non oncologica (patologie neurologiche degenerative) che risulta in maggior aumento relativo sul totale, essendo la casistica passata dal 30 % del 2020 al 39 % del 2022. I nuovi casi dei pazienti non oncologi, infatti, sono passati dai 464 del 2020 agli 855 del 2022 (+ 84% quasi + 400 casi), mentre l'incremento degli oncologici rispetto al 2019 è stato del 13 % (circa 170 casi).

Tabella 31 - Rete cure palliative attività – Anno 2020 -2022

Cure palliative	2020	2021	2022	22vs 21	22vs19
n pazienti totali in carico alla rete cure palliative	1.919	2.138	2.491	17%	30%
n pazienti oncologici in carico	1.338	1.410	1.511	7%	13%
% oncologici sul totale	70%	66%	61%		
n NUOVI pazienti oncologici presi in carico	1.050	1.110	1.226	10%	17%
n pazienti NON oncologici in carico	581	728	980	35%	69%
% non oncologici sul totale	30%	34%	39%		
n NUOVI pazienti NON oncologici presi in carico	464	598	855	43%	84%

Fonti: Nodo domiciliare: ADIWEB Nodi ambulatoriale e consulenze: Auriga e banca dati esenzioni (per distinzione fra oncologici e non) Nodo Hospice: flusso Hospice AUSL e AOU

La Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP) è costituita da nodi e da interconnessioni, dove i nodi sono rappresentati dai setting in cui operano equipe multiprofessionali e le interconnessioni sono rappresentate dalle modalità organizzative adottate, condivise tra tutti i nodi della rete, per perseguire i comuni obiettivi di assistenza al paziente, alla sua famiglia e di continuità assistenziale. In tale contesto il lavoro di equipe assume una rilevanza fondamentale e richiede un costante sforzo di integrazione professionale e organizzativa per la definizione e la realizzazione del piano di cura personalizzato. La rete è garante dell'equità all'accesso alle cure palliative, dell'integrazione tra i nodi e le loro equipe, della presa in carico integrata in relazione alle necessità del malato, della sua famiglia e del percorso di continuità di cura.

La Rete Locale delle Cure Palliative dell'Azienda USL di Modena, afferisce al Dipartimento di Cure Primarie, e come previsto dalla normativa regionale è attiva nei 4 nodi (setting) Domicilio, Hospice, Ospedale e Ambulatorio

Si evidenzia che da circa un anno la Rete Locale di Cure Palliative è sede di tirocinio formativo per gli specializzandi di Medicina di Comunità che frequentano le strutture attive in provincia.

La tabella a seguire riporta i dati (casi e accessi) degli ultimi tre anni suddivisi per setting e per pazienti oncologici e non oncologici (e totali). Con riferimento al 2022, fatta esclusione della componente ambulatoriale, nei fatti non agita, l'attività risulta in incremento/consolidamento.

- la casistica domiciliare risulta nel complesso in aumento rispetto all'anno precedente del 15 % (+ 44% non onco e + 4 onco);
- la casistica vista in consulenza rispetto all'anno precedente è in aumento del 29 % (+35% non onco e +19% oncologiche);
- l'attività Hospice risulta in incremento del 9 %, in questo caso l'incremento è tutto in capo all'ambito oncologico + 16 % risultando la componente NON oncologica in leggera flessione.

Tabella 32 - Rete cure palliative casi trattati dai nodi suddivisi tra oncologici e non – Anno 2020 -2022

NON Onco/Oncologico	setting	Casi			
		12 mesi 2020	12 mesi 2021	12 mesi 2022	22 vs 21
Non Oncologiche	Nodo domiciliare	411	437	628	44%
	Nodo hospice*	80	125	112	-10%
	Nodo consulenze	147	311	420	35%
	Nodo ambulatoriale	2	2	6	200%
Oncologiche	Nodo domiciliare	1.138	1.213	1.263	4%
	Nodo hospice*	298	342	398	16%
	Nodo consulenze	122	189	224	19%
	Nodo ambulatoriale	18	9	24	167%
Totale per diagnosi	Nodo domiciliare	1.549	1.650	1.891	15%
	Nodo hospice*	378	467	510	9%
	Nodo consulenze	269	500	644	29%
	Nodo ambulatoriale	20	11	30	173%

*Hospice comprende AUSL e AOU

Infermiere di comunità

Il Servizio prevede punti di accoglienza e presa in carico gestiti da personale infermieristico appositamente formato che opera in stretta sinergia con i professionisti della rete delle Case della Comunità con l'obiettivo di migliorare e avvicinare l'assistenza alla popolazione di riferimento. Il target è costituito dai cittadini più fragili, affetti da patologie croniche, l'assistenza è erogata in stretto e costante collegamento con i Medici di Medicina Generale e la rete dell'Associazione locale.

L'obiettivo dell'Infermiere di comunità, inserito a pieno titolo nel panorama della sanità locale attraverso il nuovo decreto ministeriale n. 77/2022, è di garantire l'assistenza infermieristica e una presa in carico continuativa e proattiva nella comunità di riferimento, con un'attenzione alla prevenzione e all'educazione sanitaria ai corretti stili di vita, in un'ottica di vicinanza al cittadino e di maggior continuità dell'assistenza.

L'Infermiere di comunità assicura la presa in carico sanitaria soprattutto alle persone che soffrono di patologie croniche o che vivono nelle zone più periferiche rispetto alle strutture sanitarie di riferimento. L'assistenza, in accordo con il Medico di medicina generale, viene definita con un apposito piano d'intervento personalizzato, che prevede il contatto e la visita periodica dell'infermiere sia presso l'ambulatorio di riferimento, sia al domicilio per pazienti che non possono spostarsi dalla propria abitazione. E' in corso la informatizzazione del piano terapeutico che consentirà una maggiore sicurezza nella gestione dei trattamenti e la possibilità di una puntuale rilevazione delle attività assistenziali.

L'Infermiere di comunità, collabora con tutta la rete di servizi esistenti, assistenti sociali, volontariato, servizi socio-sanitari, specialisti ambulatoriali, agevolando i percorsi quando necessario

La progettualità provinciale prevede la progressiva introduzione del servizio di infermieristica di comunità, a regime sono previste una cinquantina di sedi, molte coincidono con la Casa della Comunità

La diapo a seguire riporta l'attività 2022 erogata da servizio in corso di implementazione.

Figura 12 - Infermieristica di Comunità attività

Numero di prestazioni erogate nei Punti di Infermieristica di Comunità
Anno 2021 vs 2022

Distretto	Anno 2021	Anno 2022	Variazione % 2022 vs 2021
DISTR. CARPI	4.302	5.897	+37.1%
DISTR. MIRANDOLA	2.980	3.633	+21.9%
DISTR. MODENA	8.187	10.241	+25.1%
DISTR. CASTELFRANCO EMILIA	1.718	2.628	+53.0%
DISTR. PAVULLO NEL FRIGNANO	3.156	3.530	+11.9%
DISTR. SASSUOLO	6.613	8.540	+29.1%
DISTR. VIGNOLA	7.817	8.109	+3.7%
AUSL Modena	34.773	42.578	+22.4%

Pazienti seguiti da Infermieristica di Comunità
6.200 anno 2021
8.400 anno 2022



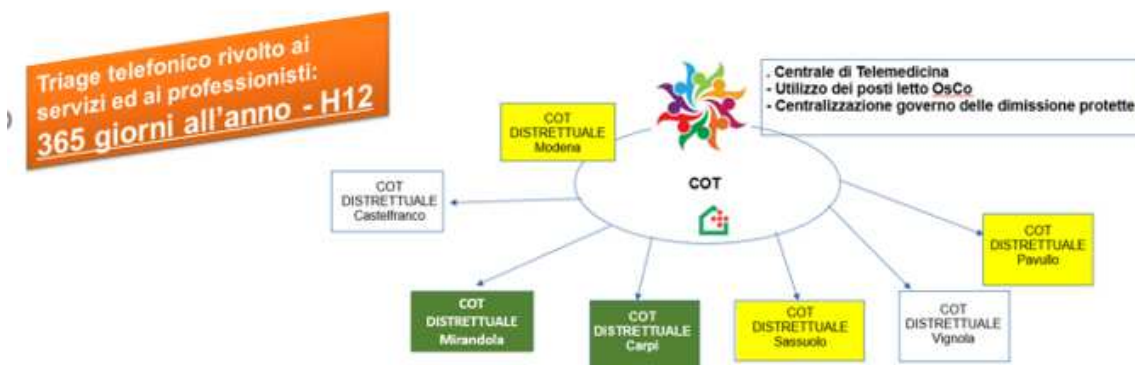
Centrali Operative Territoriali

Da ultimo le centrali operative territoriali (COT) ovvero le strutture per l'assistenza territoriale che si occupano della valutazione e presa in carico multidimensionale delle segnalazioni di assistiti fragili a livello distrettuale. Questo sistema integrato permette l'accesso guidato alla rete dei servizi sanitari territoriali, l'assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale e residenziale e i "passaggi" dei pazienti tra luoghi di cura diversi. Le COT sono attive 7 giorni su 7, H12 con triage telefonico che riceve le segnalazioni dai servizi e professionisti del territorio e ospedale compreso il PS. La COT del Distretto di Modena gestisce funzioni HUB con vocazione provinciale, rispetto ad alcune funzioni tra cui la Centrale di Telemedicina e la gestione dei posti letto OSCO provinciali. Al momento della stesura del presente documento sono attive tutte le 7 COT previste in provincia.

Figura 13 - Centrali Operative Territoriali (COT)

Centrali Operative Territoriali

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che mette in rete servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali per una tempestiva e appropriata risposta ai bisogni dei cittadini.



Disturbi cognitivi e demenze

Il 2022, dopo i “rallentamenti” (anche se solo parziali) dovuti alla crisi da Covid- 19, ha visto un ulteriore consolidamento del struttura complessa (a conduzione geriatrica) denominata Disturbi Cognitivi e Demenze (istituita con delibera DG n° 290 del 12.10.2017) con la nomina del Direttore (delibera DG n° 028 del 28.01.2019) e l’attribuzione del personale dedicato (medici, infermieri, psicologi, terapisti occupazionali, OSS) che attualmente la caratterizza come la più grossa unità operativa, a valenza provinciale, del Dipartimento Cure Primarie (90 persone lavorano in questa U.O. al 31.12.2022) ed una delle più grandi, per i livelli di interfacce e di complessità, di tutta l’azienda.

La struttura complessa ha avuto la funzione di centralizzare le attività precedentemente attribuite al Programma Aziendale Demenze con l’obiettivo del governo delle attività, definizione dei percorsi e delle procedure e del monitoraggio degli indicatori previsti dal PDTA interaziendale - Piano Diagnostico Assistenziale Terapeutico per le Demenze: accesso, diagnosi e cura, continuità assistenziale e cure palliative.

Figura 14 – Rete CDCD disturbi cognitivi in Provincia di Modena

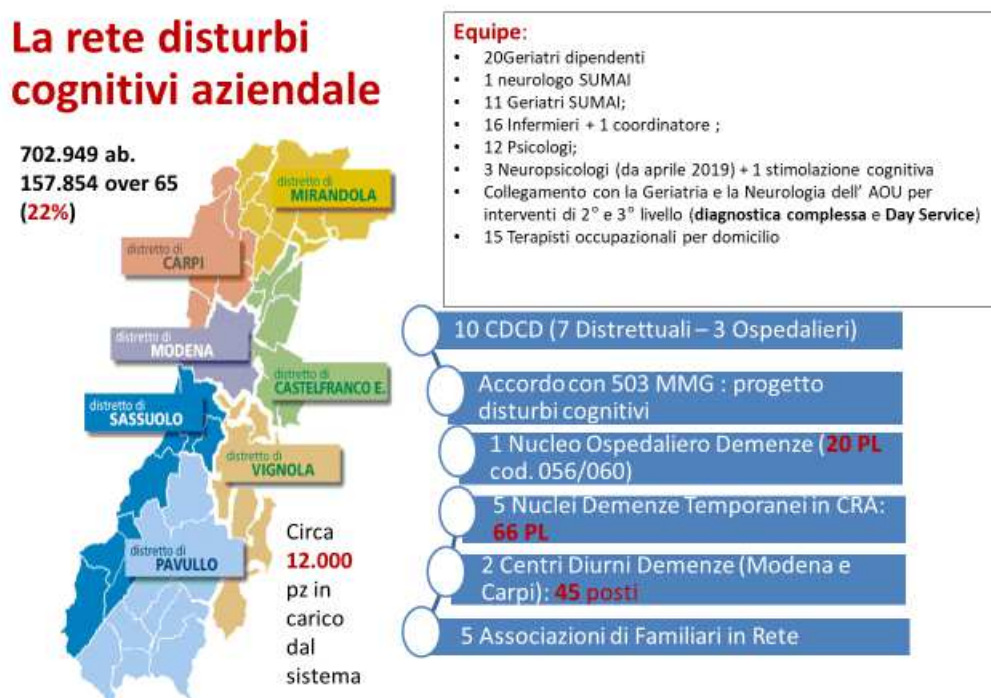
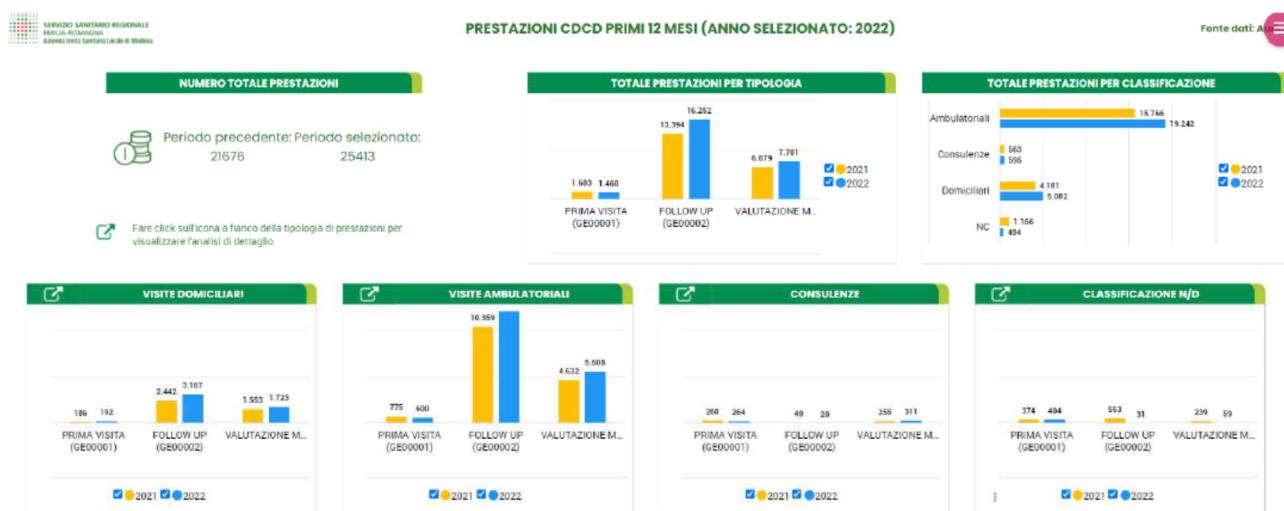


Figura 15 – attività CDCD disturbi cognitivi in Provincia di Modena



Assistenza domiciliare

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

La tabella che segue riporta il numero degli infermieri dedicati (119) nei diversi distretti ed i pazienti assistiti a domicilio suddivisi per fascia di età e per Distretto (2022).

Figura 16 – Assistenza Domiciliare Integrata

Assistenza domiciliare integrata

119 infermieri sui 7 distretti dedicati all'Assistenza Domiciliare e al Triage telefonico

Assistenza Infermieristica Domiciliare sia in programmato che in urgenza

Numero di assistiti in ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
Anno 2022

DISTRETTO	Assistiti in ADI	di cui			
		0-17 anni	18-64 anni	65-74 anni	75 anni e più
DISTR. CARPI	1.373	21	133	163	1.056
DISTR. MIRANDOLA	1.823	10	174	177	1.462
DISTR. MODENA	3.672	21	288	371	2.992
DISTR. CASTELFRANCO EMILIA	1.179	9	93	106	971
DISTR. SASSUOLO	2.133	14	236	231	1.652
DISTR. PAVULLO NEL FRIGNANO	921	2	78	106	735
DISTR. VIGNOLA	1.515	14	106	161	1.234
AUSL Modena	12.616	91	1.108	1.315	10.102

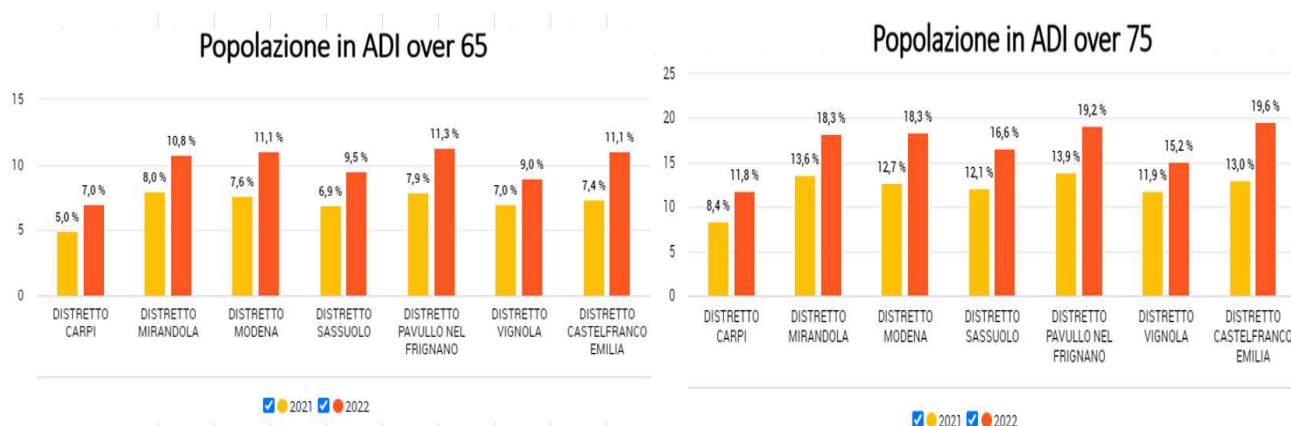
A seguire la popolazione seguita in ADI suddivisa per distretto, e tipologia di assistenza anno (2021 vs 2022), le prestazioni sono passate dalle 13.714 del 2021 alle 18.608 del 2022, l'incremento è principalmente ascrivibile alle prestazioni infermieristiche più che raddoppiate.

Tabella 33 – Popolazione seguita in ADI per Distretto Sanitario

Distretto	CP		ADI3		ADI2		ADI1		ADP		ADR		INF		Totale	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Carpi	324	399	124	112	91	74	216	157	252	197	8	15	464	1053	1,479	2007
Mirandola	143	163	130	164	40	82	310	254	513	480	0	0	736	1321	1,872	2464
Modena	520	575	125	133	24	13	1,202	1,175	1,222	1,189	266	291	704	2,327	4,063	5703
Sassuolo	276	362	137	135	153	82	652	657	611	595	113	108	275	1,040	2,217	2979
Pavullo	106	119	50	58	16	11	147	89	146	135	38	38	491	908	994	1358
Vignola	198	202	96	100	82	87	131	129	397	365	16	16	824	1,238	1,744	2137
Castelfranco	158	180	22	25	37	39	260	226	328	287	2	2	538	1,201	1,345	1960
Totale	1,725	2000	684	727	443	388	2,918	2687	3,469	3248	443	470	4,032	9088	13,714	18608

Il grafico a seguire evidenzia il tasso per singolo distretto rapportato alla popolazione di ultra 65enni e ultra 75enni, come si vedrà più ampiamente nella sezione dedicata al capitolo 4 del presente documento la performance risulta allineata all'atteso regionale.

Figura 17 – Popolazione seguita in ADI – Anni 2021/2022



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

L'offerta CUP di prestazioni di specialistica ambulatoriale nel 2022 è aumentata rispetto al 2021, pur non essendo ancora tornata ai valori del 2019: le prenotazioni per visite ed esami oggetto di rilevazione regionale per i tempi di attesa con data di appuntamento nel 2022 sono state complessivamente 648.575 rispetto alle 590.875 prenotate nel 2021 e alle 711.802 prenotate nel 2019. Nella tabella sottostante sono riportati i dati suddivisi per erogatore. La principale criticità rispetto al ripristino dei volumi di offerta CUP del periodo pre-Covid è determinata dalla carenza di specialisti e dalla difficoltà di reperimento delle risorse professionali necessarie per garantire il turnover medico.

Tabella 34 - Prestazioni prenotate CUP con data appuntamento nel 2022, 2021 e 2019 (stima dell'offerta CUP) e relativi confronti. Tipologie di visite ed esami oggetto di rilevazione regionale per i tempi di attesa.

	Accreditati	AUSL	AOU	Sassuolo SpA	Totale
Totale prestazioni prenotate 2022	264.947	237.398	77.878	68.352	648.575
Totale prestazioni prenotate 2021	253.802	204.296	67.758	65.019	590.875
Totale prestazioni prenotate 2019	292.274	269.760	82.929	66.839	711.802
Differenza 2022-2019	-27.327	-32.362	- 5.051	1.513	-63.227
Differenza % 2022-2019	-9%	-12%	-6%	2%	-9%
Differenza 2022-2021	11.145	33.102	10.120	3.333	57.700
Differenza % 2022-2021	4%	16%	15%	5%	10%

Un discorso a parte meritano gli esami di diagnostica pesante: per le tipologie di TAC e RM monitorate a livello regionale le prestazioni prenotate a CUP nel 2022 sono aumentate rispetto sia al 2021 sia al 2019. In questo ambito si inserisce anche la collaborazione con l’AOU e l’Ospedale di Sassuolo che, per favorire un utilizzo più efficiente degli spazi macchina, ha consentito da un lato a professionisti AUSL dell’area sud di svolgere attività presso la nuova RM del Policlinico, dall’altro lato a radiologi dell’Ospedale di Sassuolo di erogare prestazioni TAC presso l’Ospedale di Pavullo.

Tabella 35 - Prestazioni TAC e RM prenotate CUP con data appuntamento nel 2022, 2021 e 2019.

	2022	2021	2019
TAC (capo, rachide e speco vertebrale, addome, torace e bacino)	21.022	17.892	20.066
RM (cerebrale, addome, colonna, muscoloscheletrica)	47.026	42.962	39.226

Grazie agli sforzi compiuti e alle attività poste in essere a livello provinciale, l’indice di performance dei tempi di attesa per le prenotazioni con priorità di accesso D relative alle viste e agli esami diagnostici oggetto di rilevazione ha raggiunto l’obiettivo regionale, arrivando nel complesso al 94% nel mese di dicembre 2022, come pubblicato sul sito www.tdaer.it.

Per quanto riguarda le urgenze, si è proceduto ad una revisione del Catalogo provinciale ed è stato potenziato il progetto “Specialista on call” (SPOC) di entrambi i progetti si dirà più avanti

Nell’ottica di migliorare la presa in carico dei pazienti tramite l’utilizzo delle nuove tecnologie, è proseguita l’erogazione delle prestazioni organizzative a distanza (“colloquio in videochiamata” e “colloquio telefonico significativo”) da parte di AUSL, AOU e Ospedale di Sassuolo, per un totale di 12.734 prestazioni effettuate da medici e 9.496 da altro personale sanitario (+56% rispetto al 2021). Sono continuate anche le attività di telerefertazione cardiologica a distanza, già operative in epoca pre-covid in alcune realtà aziendali, a supporto della gestione dei percorsi di presa in carico di pazienti che necessitano di eseguire ECG di controllo nell’ambito di situazioni di cronicità oppure valutazioni cliniche per la definizione del piano assistenziale individuale al momento dell’ingresso in strutture territoriali.

Area Salute Mentale Adulti

L’impulso all’innovazione clinico organizzativa del Settore Salute Mentale Adulti, impegnato a garantire la continuità assistenziale in fase pandemica, si è concentrato sulla riorganizzazione degli obiettivi riabilitativi dei Centri Diurni a gestione diretta, sull’inserimento della figura dell’“utente esperto” all’interno dei CSM, sull’implementazione di interventi rivolti ai disturbi gravi di personalità, sulla definizione di percorsi volti al monitoraggio della salute fisica di pazienti in trattamento farmacologico.

Importante il lavoro di revisione dell’offerta che coinvolge anche Privato accreditato che nella realtà modenese svolge un ruolo rilevante.

Tra le prime Aziende in Regione, si è conclusa la fase di implementazione del sistema informativo regionale per la salute mentale adulti (CURE) che è stato adottato sia nell’ambito della psichiatria adulti che della neuropsichiatria infantile.

Continua l’impegno per la realizzazione di interventi volti al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari nelle Aziende che non sono sede di REMS (Residenza per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza) implementando servizi di psicologia clinica all’interno degli istituti penitenziari allo scopo di favorire la dimissibilità di soggetti autori di reato affetti da disturbo mentale con misure di sicurezza detentive applicate presso le REMS e per sostenere progetti di tipo residenziale o semiresidenziale per soggetti con misure di sicurezza non detentive, sperimentando la metodologia del Budget di Salute.

Nell’ottobre 2022 si è tenuta l’12esima edizione M&t, la “Settimana dedicata alla Salute Mentale” – che ha consolidato la modalità “mista”, con eventi curati sia in presenza che in streaming, consentendo in tal modo la partecipazione di centinaia di utenti, professionisti, Enti del Terzo Settore, cittadini.

Programma Dca - Disturbi del Comportamento Alimentare

Nel corso del 2022 i nuovi accessi al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)-DCA sono stati complessivamente 216 (nel 2021 280, 170 del 2020, 112 del 2019 e 88 del 2018). Il totale dei pazienti seguiti (tra nuovi accessi e pazienti già in cura) ammonta nel 2022 a 417 (nel 2021 380, raddoppiati rispetto ai 190 del 2018) a 380. In questo senso sono state fortemente implementate le attività del centro diurno territoriale-DCA (terzo livello del PDTA-DCA) aperto nel luglio 2020 (estesi gli orari di apertura, attuati gruppi psicoeducativi sui temi dell'immagine corporea, della motivazione alla cura e della riabilitazione psiconutrizionale).

Nel 2022, stati, inoltre, attivati progetti riabilitativi innovativi quali: "RitrovarSI in cucina con lo chef" (percorso di riabilitazione psiconutrizionale presso la cucina del ristorante stellato L'Erba del Re - chef Luca Marchini) e "Alimentarsi di musica" (Progetto di musicoterapia finanziato dalla Fondazione di Modena e coprogettato con l'Associazione Briciole ODV, l'Associazione Euphonia ETS e l'Associazione Nordoff Robbins Italia e diretto non solo alle pazienti e ai loro famigliari, ma anche ai professionisti sanitari e ai volontari che operano all'interno del Programma DCA).

L'utilizzo delle piattaforme digitali ha permesso lo svolgimento, per tutto il 2022 dei percorsi psicoeducativi di gruppo (metodo Maudsley) diretti ai famigliari (coinvolti 65 famigliari).

Il Programma DCA ha proposto all'interno del catalogo Sapere&Salute (progetti di promozione e sani stili di vita nelle scuole; Azienda USL di Modena; PRP5 RE-R,) un intervento di prevenzione universale destinato alle scuole di secondo grado della provincia di Modena che ha coinvolto nel 2022 30 insegnanti e 800 alunni.

Area Neuropsichiatria

Con riguardo al Settore Neuropsichiatria Infantile resta confermato l'impegno per la piena applicazione del PRIA - Programma Regionale Integrato per l'Assistenza territoriale rivolto ai minori con disturbi dello spettro autistico – con particolare attenzione al tempo di risposta delle strutture, tempo che intercorre tra la diagnosi e l'inizio del trattamento, malgrado le criticità legate alle carenze di organico in particolare medico.

Nel corso dell'anno 2022 è stato fatto un appalto per incrementare i trattamenti abilitativi-riabilitativi per i bambini con disturbo dello spettro dell'autismo nella fascia di età 0-6 anni e sono state assunte con fondi dedicati psicologhe e tecniche della riabilitazione psichiatrica che hanno consentito di aumentare il numero delle valutazioni in fascia 0-13 e in fascia adolescenziale-giovane età adulta.

Relativamente alla fascia di età 14-25, il Settore NPPIA in particolare è attualmente posto di fronte ad un incremento di casistica di adolescenti che presentano psicopatologia e necessitano di accedere al servizio e di essere tempestivamente presi in carico.

In tale popolazione si associa una maggiore gravità e complessità nei singoli casi seguiti, con necessità di monitoraggio sistematico da parte del personale degli interventi in corso, per quel che concerne sia l'attività clinica ambulatoriale sia le attività svolte presso semiresidenze e ricoveri in strutture accreditate.

A tal proposito è stata aperta la comunità semiresidenziale terapeutico riabilitativa "Gen Z" rivolta ad adolescenti e a giovani adulti con manifestazioni cliniche che determinano una marcata compromissione delle relazioni all'interno dei diversi contesti di vita (disagio psicologico e relazionale profondo, breakdown evolutivi), talora con necessità di allontanamento per brevi periodi dal nucleo familiare.

Inoltre è stato attivato un appalto per l'avvio di un servizio di organizzazione e gestione di interventi educativi-assistenziali (attività di assistenza di base e attività individuale di tipo educativo) a favore di preadolescenti ed adolescenti (di età compresa tra gli 11 e i 17 anni) con disturbo psicopatologico grave e/o complesso in fase acuta in carico alle strutture di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPPIA) del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda Usl di Modena.

Infine sono state formalizzate le equipe distrettuali/di area (a seconda delle risorse umane dei diversi servizi del DSM) per la presa in carico di minori e giovani adulti nell'ambito del Programma Dipartimentale 14-25.

Area Dipendenze Patologiche

Con riguardo al Settore Dipendenze Patologiche si sono mantenute i volumi di attività confermando la buona capacità di attrazione dei Servizi DP per tutte le tipologie di Utenza, raggiungendo 4981 persone con varie tipologie di consumi ed addiction, e servendo un numero doppio di persone per contatti occasionali o in

provenienza da altri territori, a riprova della mobilità della popolazione afferente ai SerDP che trova nelle reti di Servizi la garanzia di continuità terapeutica sul territorio nazionale.

Il Settore DP ha raggiunto tutti gli obiettivi prefissati per il Piano Regionale Prevenzione, in particolare per il Piano Predefinito 4 (PP4): nel corso del 2022 infatti è stata rimodellata la rete multiprofessionale dei Referenti Prevenzione del Settore DP per rispondere appieno alla messa in campo delle azioni del PP4. È stato mantenuto e rafforzato il lavoro dedicato alla prossimità/domiciliarità con progetti in continuità con il 2021 e progetti innovativi, in partnership con gli Enti Accreditati ed a Gestori di Servizio (Unità di Strada a piedi e con camper, drop in, Housing First, Clinica Mobile, domiciliarità).

Sono stati garantiti nella pratica clinica e nei percorsi di prevenzione e promozione della salute alti standard di qualità, con una forte attenzione alla sicurezza delle cure e dei messaggi insiti nella comunicazione dei contenuti riferiti alle addiction, attraverso strumenti del risk management e attraverso formazione specifica (EUPC). È proseguita la collaborazione del Settore DP con la Sorveglianza Sanitaria sul tema delle addiction sia in termini formativi (progetto Arsinoe) sia di percorso di coaching e recupero dei Dipendenti dell'AUSL (progetto Chirone).

Nel 2022 si sono stabilizzate le attività gruppali previste interne al Settore DP (gruppi psicoterapeutici, gruppi motivazionali, mindfulness, DBT) ed è stata rafforzata la collaborazione con i gruppi di Auto-mutuo-aiuto (AA, AIAnon, Acat, NA, GA) attraverso un tavolo provinciale di nuova costituzione. È proseguita la collaborazione con la Medicina dello Sport che ha portato alla progettazione di un percorso dedicato ai Centri Antifumo ed agli Utenti SerDP per il miglioramento delle condizioni di salute. A questo proposito è proseguita la manutenzione del network per il controllo e l'eradicazione dell'HCV nella popolazione afferente, sia con consumo di sostanze che di alcol, in collaborazione con l'AOU ed il DSP. Ha preso l'avvio il rinnovato protocollo con la Prefettura di Modena che prevede la collaborazione inter-istituzionale a favore dei giovani infra 25 anni che hanno violato l'ex-art 75 del TU 309/90. Sempre in tema di prevenzione selettiva sono entrati a regime i corsi info-educativi di 1° livello (online) per chi viola l'art 186 del Codice della Strada e sono stati ripresi i corsi di 2° livello per le persone che hanno recidivato nella violazione (in presenza).

Sanità pubblica

La programmazione delle attività di prevenzione svolte dal Dipartimento di Sanità Pubblica, soprattutto nei primi mesi dell'anno 2022, è stata caratterizzata dal protrarsi dell'emergenza Covid, che ha reso necessario dedicare parte delle risorse del Dipartimento alla gestione dell'epidemia.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica ha rivestito un ruolo centrale nella gestione della pandemia, finalizzato alla tutela della salute attraverso quelle attività fondamentali per il contenimento della propagazione delle infezioni da Sars-CoV-2: tempestiva identificazione dei soggetti infetti e dei loro contatti e l'adozione delle misure necessarie per interrompere le catene di trasmissione.

Particolare attenzione è stata rivolta, oltre che alle situazioni individuali, anche al controllo dei numerosi potenziali contesti a rischio di sviluppo di focolai, fra cui quelli scolastici, quelli delle Strutture per anziani e fragili, quelli lavorativi

L'efficacia delle misure di controllo non può prescindere dalla capacità del sistema di sorveglianza di identificare e isolare tempestivamente le persone infette, in grado cioè di trasmettere il virus, dalle conseguenti inchieste epidemiologiche sui casi, mirate alla individuazione delle fonti del contagio e dei contatti da porre a loro volta in isolamento.

In particolare le attività critiche per l'interruzione delle catene di trasmissione sono: una buona sensibilità del sistema di sorveglianza ed accertamento dei casi sospetti, la capacità di effettuare isolamenti efficaci e tempestivi e di rintracciare, isolare e monitorare i contatti. I vari punti sono uno dipendente dall'altro, dato che un efficace contact-tracing, per evitare casi secondari, non può prescindere da una buona capacità di identificazioni dei casi e delle loro esposizioni.

Per quanto riguarda il Dipartimento di Sanità Pubblica, soprattutto nel primo semestre del 2022, si è reso necessario un notevole impegno da parte del Servizio di Epidemiologia per la gestione dei complessi percorsi informativi utilizzati per la tempestiva identificazione dei nuovi casi e da parte del Servizio di Igiene Pubblica per la successiva presa in carico.

Nelle fasi più critiche il Dipartimento di Sanità Pubblica si è avvalso anche del contributo offerto dai Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, Veterinario, Igiene degli Alimenti, Medicina dello sport e tutto

lo staff amministrativo. La capacità di gestione delle attività legate alla pandemia è stata ulteriormente aumentata in modo rilevante dall'attivazione di incarichi professionali e contratti previsti dalle disposizioni nazionali e regionali (bandi della Protezione Civile, altri bandi Covid).

Tra le altre azioni messe in campo, che hanno determinato anche nel 2022 un impegno significativo dal punto di vista organizzativo e in termini di risorse umane dedicate, è da sottolineare la gestione del call-center aziendale, a disposizione di cittadini, pazienti e professionisti sanitari.

L'assistenza alla CRA è proseguita anche nel corso del 2022 con una stretta collaborazione di operatori del Servizio di Igiene Pubblica con la Direzione socio-sanitaria e gli operatori dell'Area Fragili allo scopo di gestire le situazioni di positività riscontrate nel contesto delle CRA (interventi formativi, assistenza nella gestione organizzativa dei singoli contesti) volte al contenimento del fenomeno.

Un altro filone di attività di grande impegno è stata la gestione dei casi e dei focolai in ambito scolastico. Oltre alla gestione dei casi in ambito scolastico il DSP ha svolto una serie di azioni di informazione, formazione e assistenza nei riguardi delle scuole, in collaborazione con la Pediatria di Comunità.

L'attività che ha determinato una svolta nel contrasto alla pandemia è stata la campagna di vaccinazione anticovid, avviata il 27 dicembre 2020, proseguita per tutto il 2021 e 2022. In corso, che ha impegnato in modo straordinario Direzione Aziendale, Dipartimento di Cure Primarie, Dipartimento di Sanità Pubblica e altre strutture aziendali e ha richiesto un enorme sforzo organizzativo da parte dell'Azienda, raggiungendo ottimi risultati in termini di copertura vaccinale della popolazione.

Un altro impegno significativo per il Dipartimento di Sanità Pubblica è la gestione dei flussi informativi sull'andamento della epidemia che devono essere garantiti nei confronti della Regione e delle Istituzioni locali. Dall'inizio del 2022 il caricamento sul sistema informativo regionale SMI dei nuovi casi diagnosticati ogni giorno è stato automatizzato. Sono rimasti attivi anche nel 2022 i report quotidiani nei confronti della direzione aziendale e degli Enti locali e il report settimanale nei confronti della Regione. E' inoltre proseguita la produzione del report epidemiologico settimanale sulla situazione epidemica della provincia di Modena.

Nel 2022 sono stati assolti ulteriori compiti, tra i quali la gestione delle problematiche relative al rilascio del Green Pass, in particolare legate alla mancata/errata registrazione delle vaccinazioni o delle guarigioni, e le verifiche di legge riguardanti gli avvisi di procedimenti sanzionatori da parte dell'Agenzia delle Entrate indirizzate ai soggetti risultati inadempienti nei confronti degli obblighi vaccinali contro Covid-19 ex art. 4 DL 44 del 01/04/2022. A questi compiti si è fatto fronte anche grazie al contributo di risorse amministrative aggiuntive dedicate operanti nel servizio Call Center presso il Dipartimento di Sanità Pubblica.

2.5 I dati economici

L'esercizio 2022 si è chiuso con un disavanzo di -9.907.614 €. Le principali componenti che hanno determinato il disavanzo di gestione, incidendo in misura significativa sull'equilibrio economico dell'esercizio, sono attribuibili al trascinarsi dei costi connessi alla gestione dell'emergenza Covid, ad un significativo incremento dei costi dell'energia e del riscaldamento, solo parzialmente finanziati da specifici contributi e dai maggiori costi inflattivi in termini di acquisizione di beni e servizi.

Tabella 36 – Andamento macro aggregati Bilancio di Esercizio Azienda USL di Modena – Anni 2019/2022

Descrizione	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	Consuntivo 2021	Consuntivo 2022
Valore della Produzione	1.376.940.014	1.347.164.204	1.373.228.614	1.454.453.272
Costi della Produzione	-1.368.835.495	-1.329.458.657	-1.391.295.904	-1.447.520.001
Proventi e Oneri Finanziari	-1.635.105	-1.667.449	-1.443.952	-1.534.282
Proventi e Oneri Straordinari	14.569.981	3.490.427	39.990.264	6.614.603
Imposte e Tasse	-21.031.078	-19.516.010	-20.468.988	-21.921.206
Risultato di Esercizio	8.317	12.515	5.623	-9.913.237

Con riferimento al disavanzo sopra indicato, si precisa che la Regione Emilia-Romagna ha disposto di dare copertura allo stesso avvalendosi delle norme previste dalla Legge di Bilancio n. 197/2022 (art. 1 commi 822 e 923) tese a svincolare quote del proprio avanzo vincolato di amministrazione.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 602 del 20/04/2023 “Approvazione di quote di avanzo vincolato di amministrazione da svincolare in applicazione del comma 822 dell’art. 1 della legge 29 dicembre 2022, n. 197 così come modificato dall’art. 16-ter del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198 convertito con modificazioni dalla Legge 24 febbraio 2023, n. 14 per l’attuazione degli interventi previsti alle lettere B) e C-bis) del medesimo comma”, la Giunta ha infatti provveduto ad approvare le quote di avanzo vincolato di amministrazione da svincolare e ad attribuire alle stesse la destinazione vincolata alla copertura totale del disavanzo di gestione 2022 delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

2.6 Il personale

Per l’anno 2022 le determinanti della programmazione del personale si sono sviluppate in coerenza con le linee di programmazione regionali e con l’obiettivo economico complessivo assegnato. In particolare possono essere suddivise in due macro aree:

da un lato quella collegata all’alleggerimento della pressione dovuta alla gestione pandemica COVID-19 ed in particolare alla campagna vaccinale;

dall’altro quella collegata al mantenimento delle altre attività aziendali.

Con riferimento alla specifica gestione pandemica il 2022, in raffronto alla precedente annualità, si è caratterizzato per la conclusione dello stato emergenziale nel mese di marzo e per il generale alleggerimento di tutte le attività COVID correlate che tanto hanno inciso sulla gestione 2021, quali: riduzione della gestione dei Tamponi Drive Through; riduzione delle equipie USCA; riconversione degli OSCO COVID; dismissione degli alberghi COVID.

A tutto ciò si deve aggiungere la riduzione dell’impegno conseguente alla campagna vaccinale che, nel 2021 nel pieno della sua attività, con l’apertura dei Punti Vaccinali (PUV) nei sette distretti della provincia aveva determinato l’acquisizione di 130 operatori sanitari addetti alla somministrazione dei vaccini e 110 operatori tecnico-amministrativi per la gestione delle attività di supporto alla campagna vaccinale.

Con riferimento invece alle ulteriori attività aziendali attivate nel biennio 2020-2021, il 2022 si è caratterizzato per il focus sull’assistenza territoriale collegato all’approvazione del DM 77, in particolar modo attuato attraverso la revisione dell’organizzazione dei Servizi di Assistenza Domiciliare passati su H12 7gg/7gg e sull’avvio delle COT e della Centrale di Telemedicina.

Di tutto ciò emerge riscontro nei grafici che seguono e che rappresentano l’andamento annuo del personale a partire dal 2019.

Figura 18 – Andamento totale del personale dipendente – Anni 2019/2022

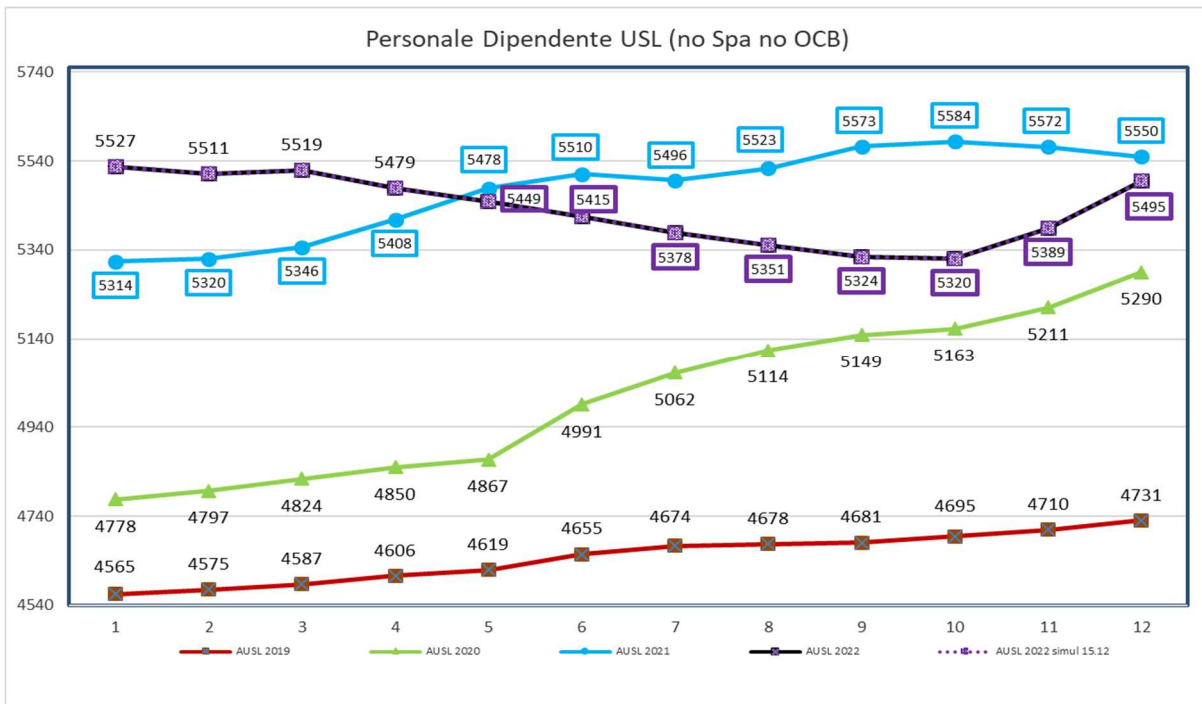


Figura 19 – Andamento totale del personale dirigente– Anni 2019/2022

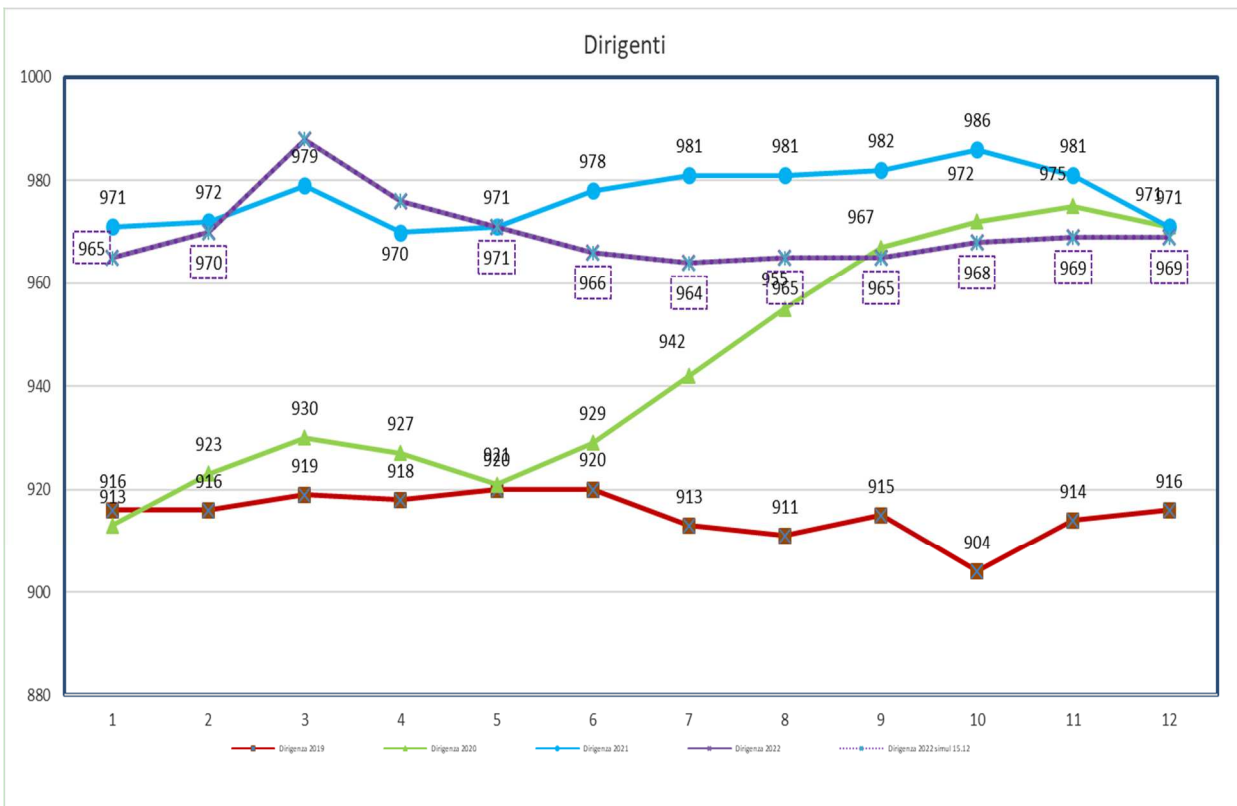
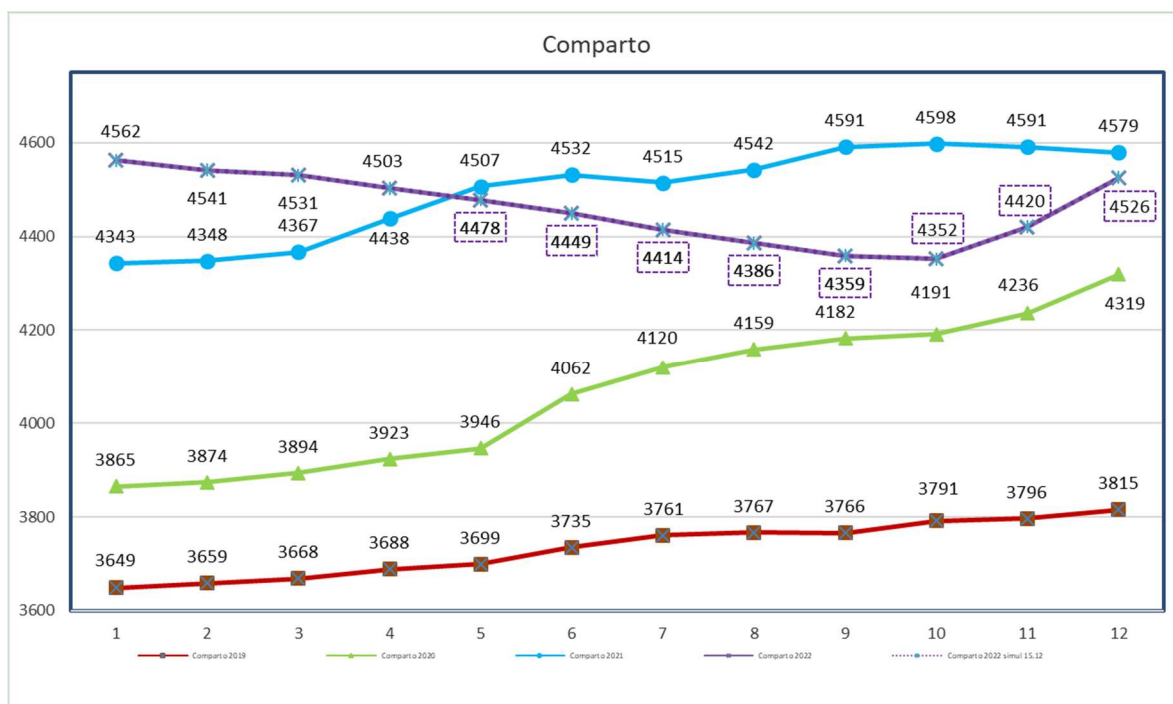


Figura 20 – Andamento totale del personale comparto dipendente – Anni 2019/2022



Il focus centrale delle politiche di sviluppo del personale nel 2022 è stato quello di continuare a lavorare, unitamente alle rappresentanze dei lavoratori, all’implementazione degli strumenti contrattuali di valorizzazione dei percorsi di carriera professionali.

Sul versante dell’area comparto il 2022 è stato l’anno in cui ha visto la luce il rinnovo del CCNL 2019/2021 (nel mese di novembre), e pertanto si tratta di un anno di preparazione alle innovazioni che il CCNL rinnovato ha portato con sé; in parallelo si è dato corso al prosieguo dell’applicazione dell’accordo quadro triennale 2021-2023 sia per le procedure di progressione economica orizzontale che per la progettualità incentivante. Sul versante delle aree dirigenziali, ed in particolare su quella di Area Sanità, particolare attenzione è stata posta alla riflessione sui sistemi di valorizzazione del personale medico, il cui reclutamento comporta sempre più difficoltà. In tal senso si è definito un percorso di valorizzazione dell’incentivazione di risultato per i professionisti medici assunti presso i setting più in sofferenza, quali l’area dell’Emergenza-Urgenza, quella dell’Ostetricia-Ginecologia e le aree geograficamente più periferiche di Mirandola e Pavullo.

Sempre con riferimento alle politiche di valorizzazione del lavoro, nel corso dell’anno 2022 l’Azienda ha provveduto a dare corso al sia alle procedure di stabilizzazione ex art. 20 c. 1 del D.lgs. n. 75/2017 che alle c.d. “stabilizzazioni dei precari del COVID”.

3. IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

3.1 Dimensione dell'utente

3.1.1 Programmazione dell'accesso e della domanda

Specialistica Ambulatoriale

Come detto, l'offerta a CUP di prestazioni di specialistica ambulatoriale non è ancora tornata ai valori del 2019: le prenotazioni per visite ed esami oggetto di rilevazione regionale per i tempi di attesa con data di appuntamento nel 2022 sono state complessivamente 648.575 rispetto alle 590.875 prenotate nel 2021 e alle 711.802 prenotate nel 2019. La tabella sottostante riporta i dati suddivisi per erogatore. È evidente la diffusa criticità a ritornare ai livelli di offerta pre-pandemia, solo l'ospedale di Sassuolo è riuscito a incrementare i livelli di offerta specialistici e lo ha fatto in due branche critiche quali l'oculistica e la radiologia (PC e soprattutto RM).

Tabella 37 - Prestazioni prenotate CUP con data appuntamento nel 2022, 2021 e 2019 (stima dell'offerta CUP) e relativi confronti. Tipologie di visite ed esami oggetto di rilevazione regionale per i tempi di attesa.

	Accreditati	AUSL	AOU	Sassuolo SpA	Totale
Totale prestazioni prenotate 2022	264.947	237.398	77.878	68.352	648.575
Totale prestazioni prenotate 2021	253.802	204.296	67.758	65.019	590.875
Totale prestazioni prenotate 2019	292.274	269.760	82.929	66.839	711.802
Differenza 2022-2019	-27.327	-32.362	- 5.051	1.513	-63.227
Differenza % 2022-2019	-9%	-12%	-6%	2%	-9%
Differenza 2022-2021	11.145	33.102	10.120	3.333	57.700
Differenza % 2022-2021	4%	16%	15%	5%	10%

La principale criticità rispetto al ripristino dei volumi di offerta CUP del periodo pre-Covid è determinata dalla carenza di specialisti e dalla difficoltà di reperimento delle risorse professionali necessarie per garantire il turnover medico, questo avviene in alcune discipline quali l'oculistica, la dermatologia, la ginecologia, la pneumologia, la cardiologia, la radiologia per citare le più critiche. Anche le strutture del Privato accreditato hanno difficoltà a reperire alcune figure professionali.

L'andata a regime, prevista per il 2024, del nuovo nomenclatore tariffario nazionale che prevede una riduzione (minima) della tariffa delle visite, renderà ancor più difficile il contesto all'interno del quale cercare di reperire le figure carenti.

Grazie agli sforzi compiuti e alle attività poste in essere a livello provinciale, l'indice di performance dei tempi di attesa per le prenotazioni con priorità di accesso D relative alle visite e agli esami diagnostici oggetto di rilevazione ha raggiunto l'obiettivo regionale, arrivando nel complesso al 94% nel mese di dicembre 2022, come pubblicato sul sito www.tdaer.it.

Come richiamato sopra per le prestazioni di TAC e RM monitorate a livello regionale le prestazioni prenotate a CUP nel 2022 sono aumentate rispetto sia al 2021 sia al 2019, ma parallelamente è aumentato molto anche la domanda.

Tabella 38 - Prestazioni TAC e RM prenotate CUP con data appuntamento nel 2022, 2021 e 2019.

tipologia indagine	2019	2021	2022	delta vs 19	delta vs 21
TAC (capo, rachide e speco vertebrale, addome, torace e bacino)	20.066	17.892	21.022	5%	17%
RM (cerebrale, addome, colonna, muscoloscheletrica)	39.226	42.962	47.026	20%	9%

In questo ambito, preziose sono state le collaborazioni con l’AOU e soprattutto con l’Ospedale di Sassuolo che hanno permesso un utilizzo più efficiente degli spazi macchina e, contestualmente, hanno consentito da un lato ai professionisti dell’AUSL di area sud, di svolgere attività presso la nuova RM del Policlinico e, dall’altro lato, ai radiologi dell’Ospedale di Sassuolo di erogare prestazioni TAC presso l’Ospedale di Pavullo.

Un ulteriore impulso alla razionalizzazione dell’offerta è previsto anche per la diagnostica per immagini con pieno utilizzo delle tecnologie pesanti presenti in provincia (uso congiunto piattaforme tecnologiche quali ad esempio le RM e TC) in modo da ottimizzare l’importante parco tecnologico a disposizione ed offrire la possibilità di impiego di diagnostiche anche ai professionisti che operano in sedi che non hanno in dotazione tutte le tecnologie. È indubbio come una tale organizzazione si possa ripercuotere positivamente sull’accesso alla prestazione da parte dei cittadini in quanto genera un’offerta più diffusa, capillare, ampia e di maggiore qualità.

Queste collaborazioni, come quelle che vedono i Neuroradiologi di Baggiovara accedere alle diagnostiche di area nord dovranno trovare continuità anche nel prossimo triennio. L’utilizzo a pieno delle piattaforme disponibili e la mobilità dei professionisti (team itineranti) sono una delle principali risposte che le Aziende sanitarie modenesi potranno congiuntamente consolidare nei prossimi anni; questo potrà portare ad un incremento dell’offerta, alla riduzione dei tempi di risposta e al contenimento della mobilità passiva verso Veneto e Lombardia per diagnostica pesante (RM).

Da ultimo, tenuto conto del costante incremento della domanda, occorrerà lavorare sull’appropriatezza della domanda e sui progetti volti al contenimento dell’accesso a strutture extraRER; per tale ragione, nell’ambito del progetto reti è stata prevista una specifica cabina di regia interaziendale chiamata ad operare sui temi di governo della specialistica ambulatoriale.

In merito al miglioramento dell’accesso alle prestazioni, le indicazioni che emergeranno dai numerosi tavoli interaziendali attivi dovranno trovare sistematica diffusione, gli operatori dovranno pertanto operare nel rispetto di quanto condiviso in occasione della definizione dei percorsi (PDTA) e di quanto riportato nel Catalogo provinciale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Per quanto riguarda le urgenze, occorrerà continuare nella revisione del Catalogo provinciale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale attivabili in urgenza (ultimo aggiornamento settembre 2022), che, sintetizzando criteri clinici e percorsi di accesso, fornisce un concreto supporto all’attività dei medici di medicina generale. In particolare, l’aggiornamento del Catalogo deve recepire le indicazioni regionali di appropriatezza prescrittiva definite nel tempo.

Dovrà essere ulteriormente potenziato il progetto “Specialista on call” (SPOC) che, mediante un numero verde univoco, permette ai medici di medicina generale di ottenere una consulenza telefonica su problematiche cliniche da parte di specialisti di diverse branche e del Pronto Soccorso, favorendo così una gestione condivisa dei problemi di salute dei cittadini. Nello specifico, nel 2022, lo SPOC ha ricevuto in totale 6.522 chiamate (erano state circa la metà nel 2021); sono state aggiunte, tra le branche a disposizione per consulenze in remoto, la sanità pubblica e l’otorinolaringoiatria ed è stata integrata la Cardiologia dell’Ospedale Ramazzini di Carpi.

Il progetto SPOC che già oggi annovera oltre 15 diverse discipline, dovrà vedere il continuo arruolamento di nuovi specialisti, si sottolinea infatti che, un'indagine sul livello di gradimento da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti, condotta di recente, ha rilevato una buona soddisfazione per il servizio offerto.

Nell'ottica di migliorare la presa in carico dei pazienti tramite l'utilizzo delle nuove tecnologie, dovrà proseguire l'erogazione delle prestazioni organizzative a distanza ("colloquio in videochiamata" e "colloquio telefonico significativo") da parte di AUSL, AOU e Ospedale di Sassuolo; nel 2022 sono state garantite 12.734 prestazioni effettuate da medici e 9.496 da altro personale sanitario (+56% rispetto al 2021). Dovranno continuare anche le attività di telerefertazione cardiologica a distanza, queste esperienze già operative in epoca pre-covid in alcune realtà aziendali, sono a supporto della gestione dei percorsi di presa in carico di pazienti che necessitano di eseguire ECG di controllo nell'ambito di situazioni di cronicità oppure valutazioni cliniche per la definizione del piano assistenziale individuale al momento dell'ingresso in strutture territoriali. In coerenza con la DGR 1227/2021 e la relativa circolare n. 2 del 7 aprile 2022 sulla telemedicina, inoltre, un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare ha approfondito gli aspetti tecnologici, comunicativi, di privacy, di gestione del rischio e del consenso informato con la finalità di attivare anche la tele-visita in diabetologia.

In adempimento a quanto previsto dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021 (DGR n. 603/2019) rispetto a primi accessi e controlli e dalla circolare regionale 2/2019 ("Linee Guida sulla applicazione delle condizioni di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria"), nel gestionale CUP è stato attivato un meccanismo che consente di prenotare le prescrizioni delle visite di controllo con esenzione per patologia e tipo accesso 1 all'interno dell'offerta di prime visite. La messa a regime di questo automatismo, che ha richiesto una revisione della configurazione delle agende di prenotazione, è stata accompagnata da un'attività di informazione/comunicazione nei confronti dei prescrittori e degli erogatori che ha permesso di condividere le novità introdotte dalla DGR 603/2019 in merito al tipo accesso e alle classi di priorità da utilizzare per la compilazione delle ricette. L'aggiornamento continuo degli operatori sugli aspetti relativi all'accesso alle prestazioni rappresenta una attività da garantire con continuità allo scopo di valorizzare il lavoro continuo di definizioni dei percorsi.

Si evidenzia inoltre che per quanto riguarda la presa in carico da parte dello specialista, nel complesso le Aziende Sanitarie modenesi hanno raggiunto gli obiettivi regionali relativi alla prescrizione e prenotazione delle visite di controllo e delle prestazioni con tipo accesso 0, questo risultato andrà mantenuto anche in futuro perché rappresenta un importante elemento di qualità dell'offerta.

Particolare attenzione è stata dedicata anche allo sviluppo di percorsi clinico-organizzativi: sono state ridefinite le modalità di accesso ai test allergologici; è stato formalizzato un progetto per la presa in carico da parte dell'UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'AUSL di Modena dei cittadini che eseguono prestazioni di endoscopia digestiva in ambito SSN nei Centri privati accreditati e che necessitano di un approfondimento o di un completamento diagnostico o diagnostico-operativo con l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza. Inoltre è stato rivisto il percorso clinico-organizzativo relativo alle prestazioni odontoiatriche di conservativa, riattivando la prenotazione CUP dei piani terapeutici (sospesa in epoca pandemica) ed è stato attivato un gruppo di lavoro interaziendale per la condivisione di un PDTA sulla broncopneumopatia cronica ostruttiva per la gestione integrata tra medici di medicina generale, infermieri di comunità e specialisti ambulatoriali e ospedalieri. La messa in atto nei prossimi mesi delle modalità assistenziali condivise con questi lavori consentiranno di migliorare la qualità delle prestazioni erogate.

Sono proseguite le attività relative al CUPweb che hanno consentito di rendere prenotabile la quasi totalità delle prestazioni di primo accesso, sia specialistiche che di laboratorio, definite obbligatorie a livello regionale, questo costituisce una importante semplificazione delle modalità di accesso.

Per permettere un monitoraggio tempestivo e condiviso dell'offerta CUP di specialistica ambulatoriale, sono stati sviluppati all'interno del datawarehouse aziendale i primi due cruscotti, uno per la valutazione prospettica dei posti liberi presenti a CUP (aggiornato quotidianamente) e l'altro per l'analisi delle prescrizioni dematerializzate (e quindi della domanda di visite ed esami) emesse dai medici che operano in provincia.

Liste d'attesa e priorità nella gestione operativa dei percorsi chirurgici

A fronte di rimodulazioni importanti negli ospedali necessarie per continuare ad assicurare l'assistenza ai pazienti COVID +, i primi mesi del 2022 hanno evidenziato una contrazione delle attività chirurgiche programmate in tutti gli stabilimenti provinciali. Nonostante queste criticità è stato possibile garantire il rispetto dei tempi di attesa per i pazienti inseriti in classe di priorità A da sottoporre ad interventi chirurgici per patologia oncologica raggiungendo una performance complessiva del 81 %, rispetto al target richiesto dalla RER del 80%. Le patologie tumorali per le quali non sono rispettati sempre i 30 giorni dalla diagnosi all'intervento riguardano tiroide e prostata, quest'ultima prevede già differenti gradings di priorità per l'inserimento in lista di attesa esplicitati da un documento regionale, ma ha risentito dell'insufficienza di spazi operatori sulla piattaforma robotica collocata presso l'Ospedale di Baggiovara.

Nel corso del 2022, la performance totale per gli interventi di chirurgia generale monitorati SIGLA eseguiti entro i tempi di attesa per classe di priorità assegnata è stata del 52% rispetto al 75% richiesto dalla regione. Si tratta di pazienti inseriti in lista per patologia ad alta prevalenza ma a bassa e media complessità. Tale performance deriva dalla impossibilità di garantire un numero di sedute operatorie sufficienti alle attese, legato per i primi mesi dell'anno alla situazione pandemica e successivamente a criticità di personale medico (principalmente anestesisti) ed infermieristico (principalmente strumentisti).

Il recupero delle liste di pazienti chirurgici in attesa di intervento che non hanno trovato risposta a causa della pandemia, il sostanziale equilibrio tra i nuovi ingressi in lista per interventi chirurgici e i pazienti operati, il rispetto dei tempi di risposta per la chirurgia oncologica e di elezione, e, da ultimo, la garanzia dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali, costituiscono i principali obiettivi gestionali dei prossimi anni

Con il superamento dei problemi legati alla pandemia (maggiore disponibilità di letti e personale assistenziale) e reperimento dei professionisti da impiegare nelle sale operatorie anche grazie al ricorso ad equipe itineranti le performance attese in termini di recupero dei pazienti non operati per il covid ed il rispetto dei tempi d'attesa per fascia di gravità potranno allinearsi agli attesi previsti dalla regione e che qui di seguito si richiamano.

LISTE D'ATTESA: OBIETTIVI 2023

Interventi erogati entro i tempi tra quelli oggetti di monitoraggio ministeriale, nel 2023:

- recupero delle liste di attesa
- controllo della domanda, attraverso il monitoraggio della dimensione della lista di attesa
- qualità del flusso SIGLA, (copertura e qualità delle informazioni presenti)



	Obiettivo	Target 2023
PERFORMANCE	% erogato entro i tempi per chirurgia oncologica	90%
	% erogato entro i tempi per protesi d'anca	85%
	% erogato entro i tempi per chirurgia cardio-vascolare	90%
	% erogato entro i tempi per chirurgia generale	75%
	% erogato entro i tempi per totale interventi sottoposti a monitoraggio	80%
COPERTURA	Copertura SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio	80%
	Copertura SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	70%
ARRUOLAMENTO RECUPERO	Recupero degli interventi chirurgici scaduti tra il 01/01/2022 e il 31/12/2022	80%
	Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12/2021	100%
Superamento del Nomenclatore	Variazione % dell'arruolamento in lista	<3%
	Invio codici ICD9 CM diagnosi e procedura a SIGLA	100%

Nel 2022 è stato inoltre possibile ripristinare la maggior parte dell'attività di chirurgia ambulatoriale all'interno degli stabilimenti. Significativa anche la quota di attività incrementale svolta presso la casa della salute di Castelfranco Emilia, in particolare per pazienti in lista di attesa sulla Chirurgia di Mirandola per interventi di asportazione lesione cute e sottocute. È altresì importante riprendere i temi legati all'appropriatezza, (di indicazione e setting erogativo), alla semplificazione dell'accesso alle prestazioni, alla sicurezza delle cure e all'avvio e implementazione di forme di assistenza alternative al ricovero.

In questo senso la recente autorizzazione regionale alla erogazione anche presso Castelfranco delle prestazioni cosiddette H di chirurgia complessa ambulatoriale, offrirà una maggior possibilità di dare risposta ai numerosi pazienti in lista per interventi ad alta incidenza e relativa complessità.

Ovviamente la piattaforma chirurgica di Castelfranco potrà essere messa a disposizione anche delle equipe anche di altre Aziende (ospedaliera di Modena e Sassuolo) gravate da liste di attesa più consistenti di quelle della AUSL di Modena.

Il miglioramento dell'accesso alle prestazioni chirurgiche potrà essere migliorato anche attraverso lo sviluppo delle piattaforme chirurgiche (Factory) dedicate in modo specifico ad interventi chirurgici multidisciplinari a più ampia diffusione e medio/bassa complessità (anche come week surgery). Tale modello potrà essere adottato negli ospedali periferici della AUSL e potrà comportare il coinvolgimento degli specialisti di altri ospedali della provincia (Sassuolo e AOU).

Riorganizzazione attività chirurgiche - obiettivi Factory



Importanti sono in vantaggio in termini di capillarità e ampliamento dell'offerta, sicurezza delle prestazioni, riduzione della mobilità passiva, fidelizzazione dei professionisti ed efficienza del sistema produttivo, la diapositiva a latere riassume i vantaggi attesi dalla introduzione diffuso del modello di factory.

Il sistema sanitario provinciale è chiamato a lavorare e a fornire risposta in un'ottica di "offerta di sistema" in grado di rispondere in modo integrato al bisogno della popolazione. Per tale ragione la programmazione 2023 e degli anni successivi, prevede il coinvolgimento di tutte le strutture pubbliche e private che insistono sulla nostra Provincia, secondo un disegno, comune e condiviso, che privilegi le vocazioni produttive che già caratterizzano le varie articolazioni, ma che risponda anche a logiche volumi ed esito ed hub e spoke. La declinazione dell'offerta sarà fondata sulla sicurezza, sull'efficienza organizzativa e sulla qualità delle prestazioni erogate, ma anche, sul perseguimento di livelli crescenti di autosufficienza, da raggiungere con iniziative volte a limitare la mobilità extra provinciale per prestazioni (es. interventi chirurgici ortopedici, urologici di chirurghi generale, cataratta, diagnostica radiologica pesante) che possono trovare risposta all'interno della rete provinciale, anche attraverso l'uso esteso a più equipe - di diverse strutture o aziende - delle piattaforme chirurgiche e tecnologiche (sale operatorie, posti letto, TAC, RMN).

Come già richiamato in altra parte di questo documento, è atteso lo sviluppo ulteriore delle logiche collaborative di area, volte a coniugare la disponibilità delle piattaforme (tecnologiche e logistiche) delle strutture periferiche e la necessità di una loro ottimizzazione di impiego, rispetto alla consistenza delle liste d'attesa in capo alle diverse articolazioni ospedaliere e territoriali ed in particolare agli hub modenesi e di area.

Si prevede pertanto:

- al nord:
 - il consolidamento di alcune collaborazioni tra le equipe di Carpi e Mirandola (ambito endoscopia digestiva, pneumologia e riabilitazione, oculistica);
 - il nuovo impulso a iniziative trasversali, di rete, per la chirurgia e la cardiologia;
- al sud:
 - il consolidamento delle collaborazioni tra gli ospedali di Vignola e Pavullo con l'ospedale di Sassuolo chiamato a sostenere le attività chirurgiche in ambito di chirurgia generale, urologia, ORL, oculistica e a garantire un forte supporto in ambito cardiologico;
 - il rafforzamento del ricorso delle strutture dell'AOU alle piattaforme chirurgiche di Vignola e Pavullo allo scopo di smaltire le lunghe liste d'attesa per chirurgia di medio bassa complessità dell'AOU di Modena.
- al centro:
 - pieno sviluppo della piattaforma chirurgica di Castelfranco;

Da percorrere anche la reciprocità delle collaborazioni, ci si riferisce in particolare alla possibilità dell'urologia di Carpi di poter accedere con sistematicità al robot di Baggiovara, e in ambito specialistico alla equipe radiologica di area sud che potrà utilizzare la RM del Policlinico, tecnologia non presente a Pavullo e Vignola.

Committenza

Come in parte anticipato, in un'ottica di sistema unico, gli indirizzi strategici volti a fronteggiare le urgenze non procrastinabili e il recupero delle liste di attesa determinate dalla pandemia, saranno gli obiettivi da perseguire sia direttamente attraverso gli ospedali in capo all'Azienda USL, ovvero gli ospedali di Carpi, Mirandola, Pavullo e Vignola, sia attraverso l'indirizzo e la ridefinizione dei rapporti tra le strutture della rete ospedaliera e territoriale, agito attraverso la revisione della committenza con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, l'Ospedale di Sassuolo SpA (NOS) sia di quella con i cinque ospedali privati accreditati (Hesperia, Igea, Fogliani, Rosa e Pineta) che operano sul territorio provinciale.

Più in particolare per quanto attiene al Privato accreditato è indispensabile riorientare la committenza allo scopo di intercettare gli effettivi bisogni di salute attraverso:

- l'erogazione di prestazioni con indici di performance critici in termini di liste d'attesa;
- promozione di percorsi e regimi erogativi omogenei ispirati ai principi di appropriatezza, sicurezza, efficacia ed efficienza.

Per tale ragione, tenuto conto del contesto locale e più in particolare della consistenza e mix delle liste d'attesa chirurgiche e ambulatoriali, della vocazione delle strutture Private, della difficoltà a reperire alcuni Specialisti (oculisti, dermatologi, ginecologi, pneumologi, fisiatri), è indispensabile avviare confronti con tutte le strutture accreditate interessate, finalizzati alla conversione del budget per attività di chirurgia ortopedica (protesi d'anca ginocchio e spalla) in prestazioni per patologie a bassa complessità ed ampia diffusione (ernie, colecisti, proctologia) a favore dei pazienti in lista d'attesa presso le strutture pubbliche ed in subordine in prestazioni ortopediche ad alta incidenza e gravate da lunghe liste d'attesa (piede, ginocchio). Per quanto attiene la specialistica ambulatoriale, oltre all'attento e continuo monitoraggio volto al riorientamento dell'offerta, occorre adoperarsi nella riconversione di budget non utilizzato per assenza professionisti, in prestazioni critiche per la provincia. Importante, da ultimo, lavorare alla declinazione congiunta di percorsi di presa in carico anche attraverso la definizione di pacchetti di prestazioni utili al completamento diagnostico.

Rete dell'Emergenza Territoriale e della Continuità assistenziale

Nel corrente mese di luglio la Regione ha deliberato (DGR 1206/23) le Linee guida della riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza territoriale, è su questa base che le Aziende dovranno riorganizzare la propria rete dell'emergenza (DEA, PS,

Distribuzione accessi per codice di TRIAGE – 3 mesi 2023

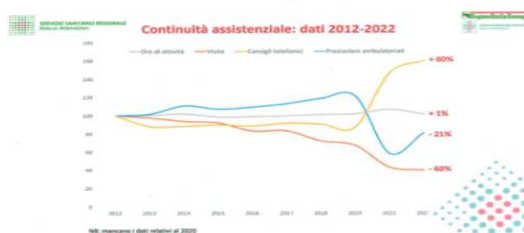
1 trim 2023	PS CARPI		PS MIRANDOLA		PS PAVULLO		PS VIGNOLA		PS SASSUOLO		PS BAGGIOVARA		PS POLICLINICO		TOTALE	
TRIAGE	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%
Bianco	334	2.8%	181	2.7%	279	7.0%	389	7.0%	501	4.5%	338	3.0%	6313	24.1%	8.335	10.9%
Verde	7.853	66.3%	3.224	48.3%	2.030	50.8%	2.837	51.4%	5.901	53.2%	6.592	57.7%	12.948	49.4%	41.385	53.9%
Bianchi + Verdi	8.187	69%	3.405	51%	2.309	58%	3.226	58%	6.402	58%	6.930	61%	19.261	73%	49.720	65%
Azzurro	3.027	25.6%	2.052	30.8%	1.199	30.0%	1.626	29.5%	3.007	27.1%	3.266	28.6%	3.579	13.7%	17.756	23.1%
Arancione	499	4.2%	1.137	17.0%	453	11.3%	610	11.0%	1.596	14.4%	730	6.4%	2.934	11.2%	7.959	10.4%
Rosso	134	1.1%	76	1.1%	39	1.0%	59	1.1%	96	0.9%	505	4.4%	438	1.7%	1.347	1.8%
Totale	11.847	100.0%	6.670	100.0%	4.000	100.0%	5.521	100.0%	11.101	100.0%	11.431	100.0%	26.212	100.0%	76.782	100.0%

Tasso accesso ai PS provincia di Modena pari a 390 x 1.000 ab.
Tasso accesso ai PS provincia di Regione pari a 352 x 1.000 ab.

Anno 2022 autopresentazione PS AUSL di Modena pari a 83%
Anno 2022 autopresentazione PS AOU di Modena pari a 78%
Anno 2022 autopresentazione PS media Regionale pari a 76%

CAU, mezzi di soccorso), da condurre anche di concerto con la riorganizzazione della Continuità assistenziale. Il primo lay out programmatico dovrà pervenire in regione entro il mese di settembre 2023. Oltre che sulla base delle indicazioni regionali, la revisione del modello dovrà avvenire anche sulla base dei dati di ricorso a tali servizi che, in provincia di Modena vedono: un afflusso ai PS superiore alla media regionale (390 per 1.000 abitanti vd 350 della RER), elevati livelli di autopresentazione (83% per AUSL e 78% per AOU vs RER al 76%) percentuale di codici bianchi e verdi del 65%, ed ancora, bassi livelli di accesso al servizio di Continuità

Medici che svolgono il Servizio di CA ASL Modena:
- 19 Titolari
- 70 Incaricati Provisori



Assistenziale ed una tipologia di risposta caratterizzata prevalentemente da consigli telefonici (60 - 70%) con il 20 - 35% di visite ambulatoriali ed il 10 - 15% di visite domiciliari.

La revisione del servizio di guardia medica ha visto come primo atto l'introduzione del numero unico di accesso, con centralizzazione della risposta telefonica e la progressiva separazione dei percorsi dell'emergenza, in capo agli Ospedali e dell'urgenza e dell'assistenza programmata in capo al territorio, secondo percorsi integrati che vedono la collaborazione di tutti i professionisti e dei servizi coinvolti. Le telefonate dell'utenza sono processate da un pool di medici che potranno o risolvere il problema telefonicamente (si stima nel 60 -70 % dei casi) o programmare un accesso presso l'ambulatorio della CA o inviare al domicilio un medico o l'equipaggio dell'emergenza urgenza territoriale (118).

Tale riorganizzazione si accompagnerà al potenziamento del sistema 118; il medico di centrale operativa 118 assumerà una funzione di risposta clinica avanzata con il compito di : supervisionare le situazioni critiche e valida specifici protocolli o percorsi clinico assistenziali, supportare la centrale operativa nell'assegnazione delle competenze e nella fase di trattamento, supportare, altresì, le scelte di avvio e sospensione dei trattamenti, indirizzare le risorse e le equipe dei diversi nodi della rete ospedaliera. A seguire gli ambiti di programmazione:

- Riorganizzazione della rete con un utilizzo più appropriato delle risorse a leadership infermieristica e medica
- Sviluppo delle clinical competence specifiche per funzioni e ruoli dei professionisti sanitari
- Partecipazione proattiva del volontariato nel soccorso (ODV) tramite l'integrazione e la formazione dei soccorritori
- Istituzione in ogni centrale operativa di area omogenea di un incarico di struttura complessa a carattere organizzativo, gestionale e assistenziale, ricoperto da personale infermieristico con consolidata esperienza maturata nel settore.
- Realizzazione del Piano di investimenti sui sistemi di connessione tecnologica tra territorio e rete ospedaliera necessari per la condivisione delle informazioni in real time.
- Implementazione di un Piano di comunicazione rivolto ai cittadini, per inerente le modalità di contatto e accesso alle strutture sanitarie
- Implementazione rete defibrillazione

La riorganizzazione dei mezzi di soccorso (avanzati e base) sul territorio sarà preceduta da un'attenta disamina dei volumi e tipologie delle chiamate, la riorganizzazione scaturirà anche dal confronto fra 118 e associazioni di volontariato che dovrà portare ad una distribuzione dei mezzi fondata su criteri di sicurezza, efficacia, e rispetti i livelli di efficienza che sono alla base della sostenibilità del sistema chiamato a rispondere a bisogni dell'emergenza sul territorio.

Rete dei centri di assistenza urgenza (CAU)

Da ultimo occorrerà prevedere alla realizzazione della rete dei CAU, le strutture territoriali in capo alla rete assistenziale delle cure primarie destinate alla gestione delle urgenze a bassa complessità clinico assistenziale chiamate a garantire, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso.

I CAU si caratterizzano per una dotazione di personale medico, infermieristico e se necessario, OSS.

L'orario di apertura è compreso tra le 12 e le 24 ore, con una capacità diagnostica grazie alla dotazioni di apparecchi di imaging e POCT; i CAU possono contare sul supporto specialistico (anche con telemedicina), accolgono pazienti con problemi urgenti a bassa complessità, di norma sono chiamati a coprire un bacino da 35.000 a 75.000 abitanti ed hanno come riferimento un Ospedale Polispecialistico o distrettuale con garanzia di accessibilità e tempestività di cure e continuità dei percorsi assistenziali.

I CAU rappresentano uno strumento per facilitare e rendere più appropriato sicuro e di qualità l'accesso ai trattamenti urgenti e di continuità, per tale ragione saranno collocati all'interno di Case della Comunità, oppure presso le attuali sedi di PPI, presso gli Ospedali di prossimità sprovvisti di DEA di I e II livello; è comunque opportuno, dove possibile, valutare la presenza di un CAU in prossimità di un DEA di I e II livello,

l'assetto finale del sistema troverà dimensionamento nell'analisi dei flussi di pazienti e dal confronto con professionisti, associazioni ed istituzioni.

Da ultimo si evidenzia ancora come i CAU saranno chiamati ad essere il punto di riferimento dei servizi territoriali, in una ottica di prossimità e capillarità e a sviluppare modalità ed interfacce organizzative con le COT, le UCCP (CdC) e le AFT (NCP) dei MMG, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali interni e con i DEA di I e II livello.

Nei box a latere una esemplificazione dei criteri di accesso a CAU e ai DEA (dipartimenti di accettazione d'urgenza di 1 e 2 livello).

Criteri di accesso ai CAU
I criteri d'accesso sono riconducibili ad almeno due delle seguenti categorie:
✓ Paziente Autonomo deambulante ("vertical")
✓ Dolore NRS < 7 (lieve 0-3, moderato 4-6, severo 7-10)
✓ Bassa criticità del motivo principale di presentazione e bassa complessità del percorso clinico-diagnostico assistenziale che si stima essere conclusivo presso gli ambulatori del CAU o nell'ambito dei percorsi che possono essere attivati dai CAU

Criteri per accesso ai DEA Centralizzazione tempestiva
Motivo di presentazione con indicazioni ad un percorso di emergenza-urgenza, es:
✗ Dolore toracico
✗ Dispnea acuta
✗ Dolore addominale con NRS > 6
✗ Cefalea intensa e inusuale
✗ Disturbo neurologico acuto

15

Servizi: centralizzazione delle attività laboratoristiche e razionalizzazione offerta e domanda

Nell'ambito dei Servizi, dovranno andare a regime le riorganizzazioni/razionalizzazioni delle attività di laboratorio (attività analitiche di base, complesse e specialistiche quali microbiologia, tossicologia, immunità) di Baggiovara e Policlinico, è infatti da realizzare il trasferimento al laboratorio unico di Baggiovara (BLU) di una grossa parte (2,5 ml di esami) delle indagini oggi garantite dal Centralizzato del Policlinico (3,5 ml di esami), ove resterà una funzione di laboratorio a risposta rapida (LRR) che potenzialmente potrebbe ulteriormente essere rivisto in ottica di POCT, realizzando una importante centralizzazione delle attività laboratoristiche su base provinciale.

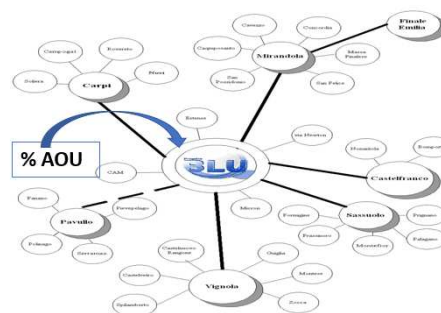
Oltre alla razionalizzazione dell'offerta e alla maggior qualità delle prestazioni erogate che una tale riorganizzazione comporterà, in questa sede preme ricordare come questa sia l'occasione per prendere in esame anche la possibilità di modificare le modalità d'accesso alle indagini di laboratorio che precedono la somministrazione dei trattamenti oncologici nei pazienti in terapia con chemioterapici; l'obiettivo è quello di una migliore accessibilità e di una organizzazione al servizio del cittadino e non del Servizio che eroga l'attività come troppo spesso è stato.

Come detto presso il Policlinico rimarrà un laboratorio a risposta rapida (LRR) in grado di assicurare i percorsi interni, tuttavia, il progetto si potrà caratterizzare per una ulteriore evoluzione nella risposta al paziente interno (introduzione di POCT) con una ulteriore semplificazione dei percorsi di risposta che potrà avere ripercussioni positive sul flusso dei pazienti ricoverati.

Inoltre, stante l'alto indice di consumo di esami chimico clinici dovranno essere promosse e perseguite iniziative volte alla maggior appropriatezza nella richiesta delle indagini di laboratorio (reflex, alert temporali, di genere ecc) e dovrà essere completata la centralizzazione delle indagini legate allo screening HPV. Alcune proposte sono già state avanzate e ad altre si lavorerà anche nell'ambito dello specifico gruppo di lavoro previsto all'interno del progetto interaziendale reti di cui si è già in parte detto e che sarà più ampiamente sviluppato a seguire.

Accesso alle cure oncologiche

L'obiettivo della semplificazione nell'accesso alle cure è tra quelli prioritari della riorganizzazione della rete oncologica (vd. Anche progetto reti cliniche) che si propone di creare un modello di cura incentrato sulla persona, capace di assicurare la migliore assistenza attraverso i diversi setting di cura, dall'ospedale per acuti, alle case di comunità, al domicilio stesso del malato. Come già evidenziato in altra parte del documento preme sottolineare il tema della cosiddetta "oncologia di prossimità" poiché per una categoria di pazienti così vulnerabili, è centrale garantire la continuità di cura tra ospedale e territorio e permettere l'equo accesso



ai servizi sanitari di riferimento garantendo la capillarità dell'offerta senza pregiudicare efficacia e sicurezza delle cure. Dopo le prime esperienze territoriali a Fanano e in area Nord (Finale), nel corso del prossimo triennio occorrerà operare per consolidare le esperienze di prossimità nella gestione del paziente oncologico o con terapie croniche.

La valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.) è un valore da perseguire.

Politiche di prossimità, riduzione delle disuguaglianze, partecipazione ed empowerment dei cittadini

Come già anticipato, la promozione di politiche per la prossimità, per la riduzione delle disuguaglianze di salute e per la partecipazione/empowerment dei cittadini sono i temi principali sui quali sarà orientata l'attività dei prossimi anni, intendendo mettere in atto nel triennio le azioni necessarie a garantire le stesse opportunità di accesso, di fruizione, di qualità e di appropriatezza dei servizi a tutti i cittadini. Il tema dell'umanizzazione in termini di promozione di ambienti e comportamenti finalizzati al benessere delle persone, oltre che all'eliminazione delle discriminazioni e delle barriere (fisiche, sociali e culturali) nell'accesso e fruizione ai servizi sanitari viene considerato come una parte del più generale tema dell'equità dell'assistenza sanitaria ed è al centro dell'attenzione delle trascorse ed attuali traiettorie strategiche aziendali. In base a tale approccio, le attività da compiere non saranno meramente rivolte alla gestione dell'accessibilità ai luoghi di cura, bensì allo sviluppo di politiche di inclusione.

Equità e Medicina di Genere

Per quanto attiene i temi dell'Equità e della Medicina di Genere l'individuazione del Responsabile aziendale e dello specifico Board Aziendale dell'Equità potranno assicurare la regia ed il coordinamento trasversale e necessarie alla promozione di questi temi con le finalità di:

- sviluppare linee di indirizzo volte a favorire l'equità ed il rispetto delle differenze, e l'approccio all'equità nel sistema dei servizi, affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli
- supportare le articolazioni aziendali nello sviluppo di azioni orientate all'equità di accesso e di erogazione dei servizi.
- garantire l'integrazione e la coerenza delle azioni attivate a livello aziendale sui temi di competenza, coinvolgendo i servizi interessati.

Rischio clinico, revisione dell'offerta assistenziale e segnalazioni cittadini

Il Sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini consente di registrare gli eventi che per i cittadini hanno natura di incidente (percezione di un danno subito, indipendentemente dal fatto che tale danno sia oggettivo o che per tale danno venga richiesto un risarcimento) e, di conseguenza, di indicare aree organizzative che necessitano di miglioramento. In particolare, rivestono interesse ai fini della Gestione del Rischio le segnalazioni dei cittadini aventi per lo più carattere di reclamo, riferite nella stragrande maggioranza dei casi ad aspetti tecnico-professionali e, in misura nettamente inferiore, ad aspetti economici, organizzativi, burocratici-amministrativi, di umanizzazione e relazionali nonché strutturali.

La nuova modalità di condivisione delle segnalazioni dei cittadini "in tempo reale", ovvero compatibilmente con la tempistica normalmente necessaria alla conclusione dell'iter di gestione della segnalazione da parte dell'URP, avviata sperimentalmente all'inizio del 2020 e proseguita negli anni successivi attraverso la creazione di una cartella condivisa tra i due Servizi (Rischio Clinico/URP) e l'utilizzo di una mail dedicata, ha consentito di monitorare, appunto pressoché in tempo reale, anche il flusso delle segnalazioni dei cittadini favorendo un opportuno confronto con le ulteriori fonti informative a disposizione del Rischio Clinico nonché, laddove indicato e/o richiesto, l'implementazione condivisa di eventuali azioni di miglioramento tempestive rispetto al verificarsi dell'evento/quasi evento.

La continuità del progetto di condivisione delle segnalazioni di interesse per la gestione del rischio “in tempo reale” proseguirà, nel prossimo triennio, attraverso l’applicativo regionale SegnalER, avviato in Azienda USL di Modena in via sperimentale dal 16/1/2023 (modulo A - segnalazioni degli operatori) e dal 21/2/2023 (modulo B - segnalazioni dei cittadini), attualmente a regime.

Occorrerà altresì consolidare le modalità di coinvolgimento e confronto con i cittadini, attualmente in corso attraverso i Comitati Consultivi Misti.

Salute Mentale

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

Rispetto a tutti i Settori di attività (Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria Infantile e dell’Adolescenza) si assiste e si prevede un aumento costante dei bisogni sia in termini quantitativi che qualitativi.

In particolare occorre programmare le attività alla luce del significativo incremento di casistica nella fascia 14-25, adolescenti che presentano psicopatologia e necessitano di accedere ai servizi e di essere tempestivamente presi in carico. In tale popolazione si associa una maggiore gravità e complessità nei singoli casi seguiti, con necessità di monitoraggio sistematico da parte del personale degli interventi in corso, per quel che concerne sia l’attività clinica ambulatoriale sia le attività svolte presso semiresidenze e ricoveri in strutture accreditate.

A tal proposito, sul fronte dell’accesso, si apre la comunità semiresidenziale terapeutico riabilitativa “Gen Z” rivolta ad adolescenti e a giovani adulti con manifestazioni cliniche che determinano una marcata compromissione delle relazioni all’interno dei diversi contesti di vita (disagio psicologico e relazionale profondo, breakdown evolutivi), talora con necessità di allontanamento per brevi periodi dal nucleo familiare.

Anche sul fronte dei DCA si prevede un aumento di casistica in base a quanto osservato nell’ultimo triennio in cui i casi risultano sostanzialmente raddoppiati; a fronte di ciò vengono implementate le attività del centro diurno territoriale-DCA (terzo livello del PDTA-DCA) aperto nel luglio 2020 (estesi gli orari di apertura, attuati gruppi psicoeducativi sui temi dell’immagine corporea, della motivazione alla cura e della riabilitazione psiconutrizionale).

Socio sanitario

Il nuovo piano nazionale della non autosufficienza 2022-2024 identifica una matrice di programmazione che si compone di tre programmi operativi (LEPS di erogazione, LEPS di processo e Azioni di supporto) rivolti a due gruppi di destinatari persone con non autosufficienza e persone con disabilità. La DGR 905/2023 recepisce le indicazioni nazionali e formula il piano regionale identificando gli obiettivi per l’anno 2023 che prevedono:

- Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell’ambito territoriale sociale e nell’ambito territoriale sanitario. Protocollo operativo di funzionamento dell’Équipe Integrata all’ambito territoriale sociale e all’ambito territoriale sanitario.
- Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall’ambito territoriale sociale e dall’ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell’Équipe Integrata comune all’ambito territoriale sociale e all’ambito territoriale sanitario.

Si rimanda all’anno 2024 la definizione di strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall’ambito territoriale sociale e dall’ambito territoriale sanitario. Protocolli operativi di funzionamento

dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.

Gli obiettivi sopraesposti prevedono che si definisca a livello aziendale un modello di raccordo tra LEA e LEPs andando a declinare l'interrelazione tra la Centrale operativa territoriale (COT) ed i Punto unico di accesso previsti dai LEPs. Va necessariamente salvaguardata e distinta la funzione di front office dei suoi dispositivi organizzativi e la funzione valutativa degli stessi demandata ad un team multiprofessionale integrato in grado di attivare le molteplici risorse sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Rispetto all'area Migranti e vulnerabilità si prevede di consolidare l'attività di raccordo svolta con Prefettura, Questura, rete centri di accoglienza ed Enti locali e di sviluppare nuove forme di collaborazione con gli Empori solidali, i Centri linguistici per stranieri. E' prevista inoltre l'Istituzione equipe minori stranieri non accompagnati (MSNA).

Nell'ambito del lavoro di costante raccordo con gli Enti Gestori condotto centralmente e a livello distrettuali proseguiranno le attività del Gruppo pubblico privato composto da operatori AUSL afferenti al DASS, Dipartimento di Sanità pubblica, UO infezioni ospedaliere, Aree sociosanitaria, Distretti, Uffici di piano e rappresentanti degli Enti gestori nato in periodo pandemico per affrontare in modo congiunto ed unitario a livello provinciale l'assistenza nei contesti residenziali e domiciliari. Nel prossimo biennio saranno attuati i percorsi formativi provinciali rivolti al personale delle CRA e CSRR che riguarderanno

- Cure palliative e dolore
- Gestione paziente psichiatrico e/o disturbi del comportamento da patologie dementigene
- Contenzione
- Valutazione delle lesioni da pressione e utilizzo dei DPI specifici in fase avanzata

La partecipazione alla revisione del sistema di accreditamento, aderendo ai gruppi di lavoro promossi dalla Regione ci permetterà di contribuire al processo di innovazione sui servizi per la domiciliarità estendendo la telemedicina/telemonitoraggio/teleconsulto anche nell'ambito del sociosanitario, ma anche promuovendo modelli organizzativi che valorizzino il personale mettendolo in contatto e relazione con gli infermieri di comunità e definiscano ambiti di autonomia degli operatori addetti all'assistenza.

Si prevede di predisporre un Accordo quadro provinciale dell'offerta non accreditata rivolta ai cittadini disabili al fine di valorizzare nuove sperimentazioni di assistenza.

Si prevede uno sviluppo progressivo del progetto caregiver con la collaborazione dei Distretti e del Dipartimento cure primarie per la co-costruzione di percorsi formativi con MMG e PLS, la prosecuzione della collaborazione con il Provveditorato agli studi della Provincia di Modena per l'individuazione e sostegno dei Giovani caregiver. Saranno realizzate due attività a sostegno delle risorse attivabili dalla COT e dai PUA una da condurre con la collaborazione della Protezione Civile che prevede la geolocalizzazione dei pazienti fragili e l'altra una azione di potenziamento della rete dei Gruppi Auto Mutuo Aiuto.

Salute pubblica

Nel prossimo triennio sarà implementato il nuovo modello di assistenza territoriale che per quanto riguarda la prevenzione collettiva e sanità pubblica dovrà dare particolare rilievo ad alcuni aspetti:

- la valorizzazione dell'epidemiologia e dell'uso di dati epidemiologici, in particolar modo del Profilo di salute ed equità, per la definizione di bisogni e priorità di intervento, la valutazione di impatto dei programmi, la governance dei processi (es. medicina di iniziativa)
- le azioni di promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunità, con particolare riferimento ai programmi del PRP 2021-2025
- le azioni di preparedness e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo (in particolare il piano pandemico influenzale PanFlu) garantendo uno stretto raccordo ed il supporto alle autorità sanitarie locali e regionali nonché alle Agenzie ed Enti a ciò deputati
- l'attività di Profilassi Vaccinale, in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025 prevede la "Rete" territoriale per l'erogazione delle vaccinazioni, un modello organizzativo territoriale a rete che deve tener conto

delle caratteristiche del territorio definendo l'organizzazione interna e promuovendo collaborazioni con Strutture, in particolare le Case della Comunità, e con professionisti opportunamente individuati e formati per l'erogazione delle vaccinazioni ed il raggiungimento degli obiettivi indicati nel Piano, nel rispetto delle indicazioni e delle leggi regionali

- la comunicazione con l'utenza, compresa quella professionale che rappresenta un interlocutore peculiare dei Servizi del Dipartimento di sanità Pubblica, come veicolo di efficacia degli interventi di prevenzione e promozione della salute.

Indicatori di Performance Dimensione Utente – Accesso e domanda Anno 2022 (Fonte: InsidER)

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
UTENTE	Accesso e Domanda	UT001	Accesso e Domanda		-	-	
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0319	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	>= 90%	84.31	66.72	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0320	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	>= 90%	92.45	86.2	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0795	Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	>= 90%	88.71	78.29	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0807	Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi		76.77	69.76	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0787	% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo (escluse quelle con tipo accesso = 1) - EROGATO	>= 70%	89.75	94.13	tendenziale incremento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0789	Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi		79	71.9	tendenziale incremento/mantenimento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0861	% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte		98.23	98.74	tendenziale incremento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0775	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	> 95%	73.94	-	NA (allineamento a standard RER)
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0776	% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	> 90%	85.93	86.66	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0137	% abbandoni dal Pronto Soccorso		6.11	4.77	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0410	Tasso std di accessi in PS		349.02	389.11	tendenziale riduzione
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0782	Indice di filtro del PS		19.49	12.79	tendenziale miglioramento/mantenimento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0830	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso - Indicatore NSG: D09Z	<=18	15	-	allineamento a standard/riduzione
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0841	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - Indicatore NSG: H01Z	<= 160	119.4	120.7	allineamento media RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0765	Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	> 90%	80.35	80.63	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0766	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	> 90%	85	83.24	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0767	Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	> 90%	68.55	77.79	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0955	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti		-	-	tendenziale riduzione
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0289	% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	>= 50%	46.79	49.64	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0907	Pazienti => 65 anni presi in carico in ADI - PNRR	> 8,5 %	10.81	10.19	tendenziale incremento

3.1.2 Programmazione dell'integrazione

Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio

Il potenziamento dei servizi assistenziali territoriali finalizzata alla garanzia dei LEA, secondo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio provinciale prevede lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità che rappresentano il punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento. In parallelo si dovrà operare per il potenziamento delle cure domiciliari (casa quale luogo privilegiato dell'assistenza), l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health").

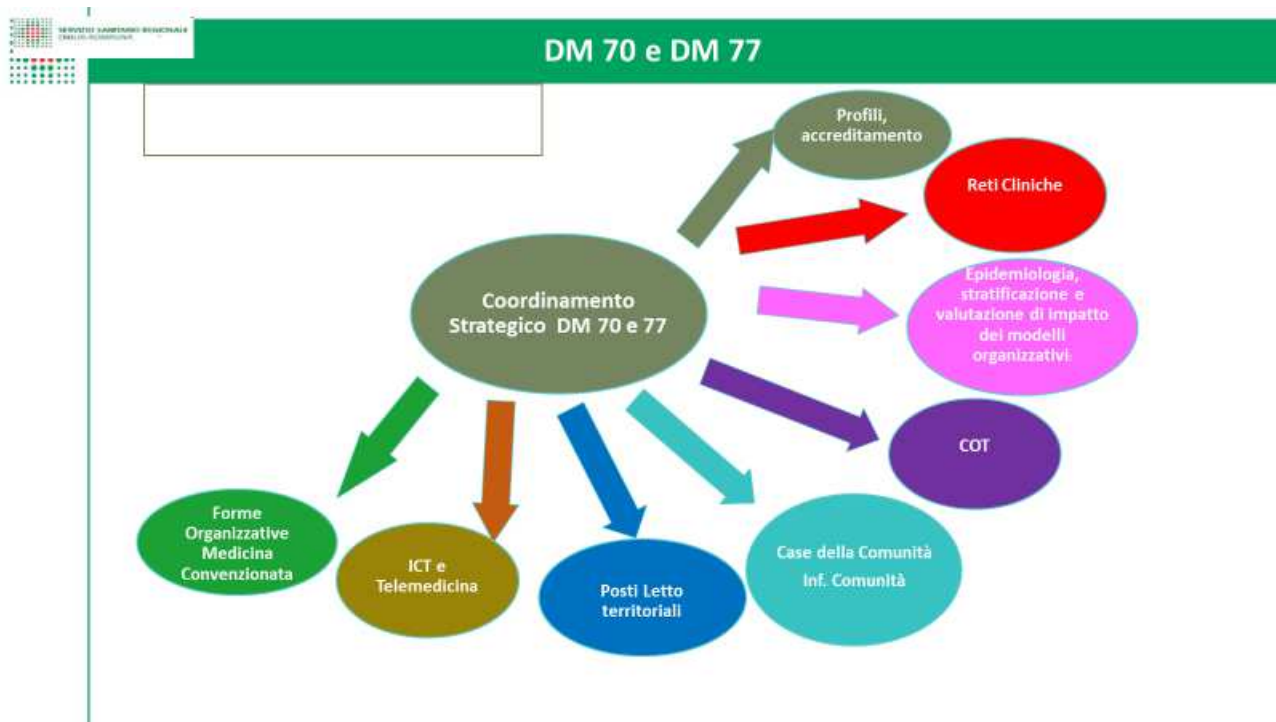
Dovrà trovare pieno sviluppo la medicina di iniziativa e la presa in carico dei pazienti che dovrà avvenire per stratificazione volta a individuare l'intensità dei bisogni; a questo proposito sarà importante l'introduzione di

modelli e servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio.

Importante la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

Il consolidamento di quanto previsto dal DM 77/15 e la realizzazione della programmazione locale in termini di attivazioni delle Case della Comunità, OSCO, Hospice ed Infermieristica di comunità nonché lo sviluppo dei processi assistenziali collegati allo sviluppo di tali strutture, ha richiesto l'attivazione di una specifica cabina di regia, coordinata dal direttore sanitario, che ha visto la istituzione di 8 gruppi di lavoro con specifici mandati, la diapositiva a seguire illustra organizzazione e mandati dei gruppi.

Figura 21 - Cabina regia DM 77/22 e gruppi di lavoro attivati (8)



Programma di realizzazione delle case della salute e degli OSCO e Hospice incluse le attività di monitoraggio e valutazione previste dal Piano Sociale e Sanitario 2017-2019

Nel triennio, lo sviluppo dei processi di cura territoriali, l'implementazione delle attività cliniche specialistiche e l'ulteriore sviluppo delle attività di presa in carico della cronicità (anche negli ambulatori infermieristici), potrà avvenire anche grazie alla realizzazione dell'articolato programma di realizzazione di Case della Salute, OsCo ed Hospice.

Case della Comunità

La programmazione provinciale prevede a regime 27 Case della Comunità, la figura a seguire riporta in modo sintetico lo stato d'avanzamento della programmazione suddividendo tali strutture tra le 15 attive e le 12 in realizzazione, la figura specifica anche le 14 Case della Comunità classificate come HUB in base alla complessità (servizi presenti, percorsi e orari di apertura) ed infine richiama le fonti di finanziamento con specifico riferimento al PNRR).

Figura 22 - Case della Comunità programmazione – strutture hub e spoke

Case della Comunità

	Case della comunità	di cui attive	di cui in programmazione	di cui HUB	di cui finanziate PNRR
Provincia di Modena	27	15	12	14	13
Distr. di Carpi	4	1	3	1	0
Distr. di Mirandola	5	3	2	2	3
Distr. di Modena	3	1	2	3	0
Distr. di Sassuolo	4	4	0	3	3
Distr. di Pavullo	3	2	1	2	3
Distr. di Vignola	6	2	4	2	3
Distr. di Castelfranco	2	2	0	1	1

Distretto	Comune sede CdC	Stato	Profilo (DM 77)	FINANZIAMENTO PNRR
Carpi	Sedi di Novi e di Rovereto	Attiva	Spoke di Carpi	No
	Carpi	In programmazione	HUB	No
	Capogalliano	In programmazione	Spoke di Carpi	No
	Soliera	In programmazione	Spoke di Carpi	No
Mirandola	Finale Emilia	Attiva	HUB	No
	Concordia sulla Secchia	Attiva	Spoke di Mirandola	PNRR
	Cavezzo	Attiva	Spoke di Mirandola	PNRR
	S. Felice sul Panaro	In programmazione	Spoke di Mirandola	PNRR
	Mirandola	In programmazione	HUB	No
Modena	Modena Nord "Vecchi" via Fanti	Attiva	HUB	No
	Ex Estense	In programmazione	HUB	No
	Charitas	In programmazione	HUB	No
	Formigine	Attiva	Spoke di Sassuolo	PNRR
Sassuolo	Formigine Casinalbo	Attiva	HUB	No
	Sassuolo	Attiva	HUB	PNRR
	Montefiorino	Attiva	HUB	PNRR
	Spilamberto	Attiva	HUB	No
Vignola	Guiglia	Attiva	Spoke di Vignola	PNRR
	Castelnuovo Rangone	In programmazione	Spoke di Vignola	No
	Vignola	In programmazione	HUB	PNRR
	Montese	In programmazione	Spoke di Vignola	No
	Zocca	In programmazione	Spoke di Vignola	PNRR
Pavullo	Pievepelago	Attiva in ristrutturazione	Spoke di Pavullo	PNRR
	Fanano	Attiva	HUB	PNRR
	Pavullo nel Frignano	In programmazione	HUB	PNRR
Castelfranco	Bomporto	Attiva	Spoke di Castelfranco	No
	Castelfranco Emilia	Attiva	HUB	PNRR

Standard: 1 CdC HUB ogni 40-50.000 abitanti -> per il territorio AUSL Mo sono 14

Rete OsCo

Gli OsCo sono le strutture deputate alla gestione dei percorsi di uscita dall'ospedale e di quelle riacutizzazioni sul territorio che non necessariamente devono essere in ricovero ospedaliero.

Il DM 70/15 prevede un OSCO di 20 letti ogni 100.000 abitanti, come anticipato, la nostra provincia risulta fortemente sotto dimensionata in quanto ad oggi sono attivi solamente l'OSCO di Castelfranco Emilia con 20 letti e l'OSCO di Fanano con 14 letti e quello di Novi con 15 letti.

La programmazione locale consentirà di chiudere il gap di letti mancanti rispetto alle previsioni (140 in provincia).

La tabella a seguire riporta gli indici utilizzo e performance che risultano sostanzialmente in linea con gli attesi regionali caratterizzandosi, infatti, per una DM inferiore ai 20 gg, una provenienza di pazienti dal territorio pari a 15 -20 % ed una percentuale di re-ricoveri inferiore al 10 % e sistematica infine l'adozione dei PAI.

La figura a seguire riporta lo stato d'avanzamento della programmazione della provincia di Modena, la stessa è coerente con gli attesi del DM 77/22.

Figura 23 - Ospedali di Comunità programmazione e finanziamenti PNRR

Ospedali di Comunità

	Ospedale di comunità	di cui attive	di cui in programmazione	di cui finanziate PNRR	Distretto	Ospedale di Comunità	Stato	FINANZIAMENTO PNRR
Provincia di Modena	8 (9*)	2 (3*)	6	4				
Distretto di Carpi	1 (2*)	0 (1*)	1	0	Carpi	DSCO di Novi*	Attivo (riattivato dal 8/11/22)	No
Distretto di Mirandola	2	0	2	0	Carpi	DSCO di Carpi	in programmazione	No
Distretto di Modena	1	0	1	1	Mirandola	DSCO di Mirandola	in programmazione	No
Distretto di Sassuolo	1	0	1	1	Mirandola	DSCO Finale Emilia	in programmazione	No
Distretto di Pavullo	1	1	0	1	Modena	DSCO Modena	in programmazione	PNRR
Distretto di Vignola	1	0	1	1	Sassuolo	DSCO Sassuolo	in programmazione	PNRR
Distretto di Castelfranco	1	1	0	0	Pavullo	DSCO Fanano	Attivo	PNRR
					Vignola	DSCO Vignola	in programmazione	PNRR
					Castelfranco	DSCO Castelfranco	Attivo	No

Sviluppo della rete di cure palliative

La Rete delle cure palliative garantisce cure attive e “globali” alle persone la cui malattia non risponde più ai trattamenti specifici (L. 38/2010). L'obiettivo è quello di promuovere la migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie, quando non si può guarire e prolungare la vita.

Le cure palliative hanno quindi lo scopo di ridurre i sintomi che causano sofferenza, prima di tutto il dolore, offrire un sostegno al malato e alla sua famiglia in ogni fase della malattia, non ritardare né accelerare la morte, ma contrastare qualsiasi forma di accanimento terapeutico e qualsiasi forma di eutanasia, coinvolgere e sostenere i familiari o altre persone che assistono i malati.

La rete locale di cure palliative nella nostra provincia si articola in quattro nodi:

- domicilio
- ambulatorio
- ospedale
- hospice

L'accesso ai servizi della rete viene proposto dal Medico di Medicina Generale, al quale ci si può rivolgere in caso di bisogno.

L'attività del nodo ambulatoriale dovrà essere opportunamente implementata, e particolare attenzione dovrà e essere posta all'avvio precoce dell'assistenza palliativa

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

Tabella 39 - Hospice sedi attive, in programmazione e dotazioni previste

DISTRETTO	ATTIVI	POSTI LETTO ATTESI	HOSPICE IN PROGRAMMAZIONE	IPOSTESI DOTAZIONE POSTI LETTO A REGIME
Carpi			HOSPICE AREA NORD (ipotesi sede San Possidonio in corso di valutazione)	15 -20
Mirandola				

DISTRETTO	ATTIVI	POSTI LETTO ATTESI	HOSPICE IN PROGRAMMAZIONE	IPOTESI DOTAZIONE POSTI LETTO A REGIME
Modena	*		HOSPICE territoriale Modena (Progettazione esecutiva in corso da parte della Fondazione).	15
Sassuolo			HOSPICE AREA SUD (Predisposto protocollo già condiviso con Associazione e Comune. In attivazione procedura di variante urbanistica.)	15
Pavullo				
Vignola				
Castelfranco	CFE (15 PL)			15
TOTALE	1	56 -70	3	60 - 65

* Storicamente è attivo un Hospice presso l'AOU di Modena con 10 letti, la struttura è collocata presso il Centro Oncologico Modenese e assicura attività/assistenza in continuità con quella per acuti garantita appunto dal COM. All'avvio della funzione presso il "nuovo" Hospice territoriale di Modena è previsto il superamento di tale attività "atipica" presso il COM.

Sviluppo degli ambulatori della cronicità e investimento sulla figura dell'infermiere di comunità

L'Infermiere di comunità, è una nuova figura prevista dal DM 77/2022: assicura la presa in carico sanitaria dei pazienti affetti da patologie croniche; risulta particolarmente utile nell'assistenza ai pazienti che vivono in aree disagiate. In accordo con il Medico di medicina generale, l'assistenza, viene definita con un apposito piano d'intervento personalizzato (in corso di informatizzazione per ragioni di sicurezza delle cure e di rilevazione delle attività), che prevede il contatto e la visita periodica dell'infermiere, sia presso l'ambulatorio di riferimento, sia al domicilio (per i pazienti che non possono spostarsi dalla propria abitazione). Il Servizio ha il compito di garantire la presa in carico continuativa e proattiva nella comunità di riferimento, con un'attenzione alla prevenzione e all'educazione sanitaria ai corretti stili di vita, in un'ottica di vicinanza al cittadino e di maggior continuità dell'assistenza.

Il Servizio è strutturato in punti di accoglienza e presa in carico, questi sono gestiti da personale infermieristico specificamente formato, che opera in stretta sinergia con i professionisti della rete delle Case della Comunità. Come detto, il target assistenziale è costituito dai cittadini più fragili, affetti da patologie croniche, l'assistenza è erogata in stretto e costante collegamento con i Medici di Medicina Generale e la rete dell'Associazionismo locale.

L'Infermiere di comunità, collabora con tutta la rete di servizi esistenti, assistenti sociali, volontariato, servizi socio-sanitari, specialisti ambulatoriali.

La progettualità provinciale prevede la progressiva introduzione del servizio di infermieristica di comunità; a regime sono previste una cinquantina di sedi, e molte coincideranno con la Casa della Comunità

La tabella seguire riporta lo stato d'avanzamento della progettualità relativa alla progressiva introduzione dell'infermieristica di comunità; 31 sono le sedi attivate e di queste 14 presso le case della Comunità, la programmazione prevede l'attivazione di altre 21 sedi.

Figura 24 - Infermieristica di Comunità sedi attive e programmazione

Punti di Inf. Comunità	Sedi attive	Sedi in fase di attivazione
Distretto di Carpi	1. Migliarina, 2. Novi (CdC) 3. Rovereto (CdC) 4. Soliera 5. Campogalliano 6. Cortile	Carpi (CdC)
Distretto di Mirandola	1. Finale Emilia (CdC) 2. Cavezzo (CdC) 3. Concordia (CdC) 4. San Felice s/P 5. Massa Finalese 6. Camposanto 7. San Possidonio	Mirandola (CdC)
Distretto di Modena	1 nella Casa della Comunità	Centro storico (CdC), Madonnina, Modena Est (Minutara) Modena via Panni (CdC) Cognento, Ganaceto, San Donnino, Albareto
Distretto di Sassuolo	1. Montefiorino (CdC) 2. Formigine (CdC) 3. Sassuolo (CdC) 4. Palagano 5. Frassinoro	Maranello/Fiorano
Distretto di Pavullo	1. Fanano (CdC) 2. Pievepelago (CdC) 3. Serramazzoni 4. Lama Mocogno 5. Polinago	Fiumalbo, Riolunato, Sestola, Montecreto, Pavullo (CdC)
Distretto di Vignola	1. Guiglia (CdC) 2. Montese 3. Zocca 4. Spilamberto	Castelnuovo Rangone (CdC) Castelvetro, Vignola (CdC) Casinalbo (CdC)
Distretto di Castelfranco	1. Castelfranco (CdC) 2. Bomporto (CdC) 3. Ravarino	Nonantola
Provincia di Modena	31 sedi attive (di cui 14 in CdC)	21 in fase di attivazione

Sviluppo della medicina di iniziativa

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale è diventata un nodo strategico per favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, sia attività di prevenzione e promozione della salute che percorsi di presa in carico della cronicità, basati sulla medicina di iniziativa, e questo in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità, PNRR 2021, DM 77/2022.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale diventa condizione essenziale per sviluppare diversi interventi in campo sanitario, tra cui lo sviluppo delle Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, il potenziamento della domiciliarità e della Telemedicina, favorendo, tra le altre cose, il più possibile la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio.

Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità territorio-ospedale

Centrali Operative Territoriali

Da ultimo le centrali operative territoriali (COT) ovvero le strutture per l'assistenza territoriale che si occupano della valutazione e presa in carico multidimensionale delle segnalazioni di assistiti fragili a livello distrettuale. Questo sistema integrato permette l'accesso guidato alla rete dei servizi sanitari territoriali, l'assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale e residenziale e i "passaggi" dei pazienti tra luoghi di cura diversi. Le COT sono attive 7 giorni su 7, H12 con triage telefonico che riceve le segnalazioni dai servizi e professionisti del territorio e ospedale compreso il PS. La COT del Distretto di Modena gestisce funzioni HUB con vocazione provinciale, rispetto ad alcune funzioni tra cui la Centrale di Telemedicina e la gestione dei posti letto OSCO provinciali. Al momento della stesura del presente documento sono attive tutte le 7 COT previste in provincia.

Sviluppo delle cure domiciliari

Il Servizio ha l'obiettivo di mantenere al domicilio la persona non autosufficiente, con problemi sanitari e/o socio-sanitari, fornendo un supporto infermieristico e all'occorrenza socio-assistenziale. Per quanto attiene l'accessibilità il servizio è attivo tutta la settimana, dal lunedì alla domenica, assicurando l'assistenza del Medico di Medicina Generale e dell'infermiere del dipartimento cure primarie al domicilio. Al bisogno possono essere attivati Medici specialisti, Assistente Sociale e Operatori Socio Sanitari. Si sottolinea come il servizio sia operativo durante tutti i giorni della settimana.

Progetti per l'innovazione nell'ambito dell'assistenza alle persone affette da patologie psichiatriche

Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

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

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

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

Nell'area delle Dipendenze Patologiche assume particolare rilievo la crescente eterogeneità dei comportamenti di abuso e dipendenza (da sostanze e comportamentali). La capacità di organizzare o riorganizzare in modo innovativo i progetti e le offerte è fondamentale per intercettare i nuovi consumi soprattutto tra le fasce più giovani della popolazione. Le strategie di intervento sono orientate alla riduzione dei danni provocati dal consumo di sostanze e al contrasto alla marginalità sociale.

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

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

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

Con riguardo al Settore Dipendenze Patologiche si rafforzeranno le attività di prevenzione e prossimità, nonché gli interventi a tutela della grave marginalità, in stretta sinergia e coprogrammazione con gli Enti Accreditati per le Dipendenze e gli EELL di riferimento. Proseguirà l'incremento degli interventi su tabagismo e alcolismo.

Si consolideranno i programmi di attività a bassa soglia/SFD anche attraverso la contrattualizzazione delle attività sperimentali di Housing first, nell'ottica dell'ampliamento accoglienza abitativa invernale con percorsi budget salute. Si prevede inoltre di attivare ed incrementare interventi gruppalì e di prevenzione sulle dipendenze patologiche comportamentali attraverso l'acquisizione di figure di psicologi e TRP dedicati.

Con riguardo al Settore Neuropsichiatria Infantile resta confermato l'impegno per l'applicazione del PRIA - Programma Regionale Integrato per l'Assistenza territoriale rivolto ai minori con disturbi dello spettro autistico – con particolare attenzione al tempo di risposta delle strutture tra il tempo di diagnosi e l'inizio del trattamento e all'offerta di 3/4 ore settimanali di trattamento abilitativo / riabilitativo ai bambini nella fascia 0-6 anni. Anche in questo caso la piena aderenza agli standard assistenziali previsti è condizionata dalla carenza di risorse professionali. Tra le attività d'inclusione sociale e comunitaria verranno ulteriormente sostenute le pratiche sportive e saranno estese quelle a sostegno dell'attività musicale e sociale. Verranno portate a regime le attività del Polo DSA.

A fronte dell'aumento dei bisogni degli utenti adolescenti proposta verranno rafforzate le attività semiresidenziali per minori con bisogni socio sanitari complessi e mantenuta la quota di partecipazione sanitaria al "servizio semiresidenziale rivolti ad adolescenti" con polipatologia o bisogni sociosanitari complessi denominato "Itinera" ex DGR 1102/2014, gestito in appalto dal Comune di Modena su delega Ausl.

Verrà inoltre verificata fattibilità / sostenibilità dell'attivazione di percorsi semiresidenziali con possibilità di pernottamento in emergenza per adolescenti per la gestione delle fasi "critiche" e contestuale programmazione della presa in carico, con obiettivo di ridurre accessi in PS e SPDC.

Completamento del programma di attuazione delle farmacie dei servizi

La farmacia dei servizi è un'evoluzione dell'attività professionale nell'ambito delle cure primarie. Nasce dalla volontà di ampliare i servizi territoriali, sia per favorire la deospedalizzazione della sanità, sia per ampliare il ruolo che le farmacie devono assolvere nell'ambito del Sistema sanitario nazionale. Tra i servizi che potranno essere offerti figurano la possibilità di erogare prestazioni infermieristiche e di riabilitazione, assistenza e dispensazione dei farmaci al domicilio a supporto del medico, aderenza terapeutica, farmacovigilanza, erogazione di prestazioni analitiche mediante impiego di dispositivi anche in telemedicina, una offerta incrementale sulla quale confrontarsi che si aggiunge al servizio di prenotazione, pagamento ticket, ritiro referti già in uso.

Integrazione sociosanitaria

Si riconferma il ruolo fondamentale assegnato alle relazioni con gli Enti del terzo settore dando piena attuazione ai percorsi di co-programmazione e co-progettazioni previsti dal D.lgs. 117/2017 e recepiti nella Delibera del Direttore Generale 199 del 16/06/2021 con l'approvazione dell'elenco delle Associazioni e degli Enti del Terzo settore, qualificati a collaborare tramite convenzioni con l'Azienda USL di Modena per lo sviluppo di progetti e per attività di interesse generale. Si rileva come il percorso definito negli anni passati agevoli la partecipazione degli ETS alla programmazione e progettazione degli interventi sostenuti da nuovi Fondi nazionali, come quello destinato a cittadini con autismi ma anche le attività previste dalle Reti cliniche o dai gruppi di lavoro aziendali nati per attuare il DM 77/2022.

Sarà significativa la collaborazione con la Dipartimento di Economia UNIMORE-Fondazione Biagi per elaborazione di un indice SROI –Social Return On Investment o Impatto Sociale per misurare l'impatto a medio lungo termine della collaborazione con gli Enti del Terzo Settore.

L'integrazione socio-sanitaria, costituisce un elemento rilevante nella programmazione dell'Azienda USL di Modena in quanto interseca più aree di intervento sostenute da fondi nazionali comprensive del "dopo di noi" e regionali e programmi trasversali. L'integrazione trova una traduzione operativa nell'obiettivo di mandato 1.9 che vede la prosecuzione della programmazione delle attività aziendali e distrettuali rivolte al Caregiver (finanziate con Fondi nazionali ad hoc) progettate in collaborazione con i referenti sociali e sanitari, la comunicazione e l'area delle professioni sanitarie. Saranno inoltre formalizzati nuovi accordi di programma per l'implementazione del Piano Nazionale della Non autosufficienza che introduce i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) di erogazione e processo e definisce le azioni di supporto. Sarà assicurata la partecipazione ai tavoli regionali finalizzati alla revisione delle procedure di accreditamento in scadenza il 31 dicembre 20224. Si segnala inoltre l'attiva partecipazione al perseguimento degli obiettivi di mandato 1.2 Consolidamento delle cure primarie..., 1.4 Consolidamento della presa in carico, 1.5 Attività di prevenzione e promozione della salute attraverso il coinvolgimento strutturato ed organico degli Enti del terzo settore (Associazioni e Cooperazione). Prosegue nel 2023 l'attività del Tavolo aziendale migranti e vulnerabilità potenziato con l'Equipe Multidisciplinare e Multiprofessionale Aziendale Salute e Migranti che svolge il ruolo di Hub con funzione di Centro Unico di accesso per gli enti inviati nonché attivazione e coordinamento della rete dei professionisti dedicati alla presa in carico dei pazienti, attività svolta in collaborazione con l'Associazione Porta Aperta.

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

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

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

Nel prossimo triennio si ritiene di sviluppare e rafforzare ulteriormente i canali digitali già attivati perfezionandone i percorsi e sviluppando ulteriori modalità che migliorino ulteriormente sia in termini di qualità che rapidità le risposte alle esigenze degli utenti. Nel contempo non bisogna mai tralasciare risposte ugualmente celeri e puntuali tramite canali analogici che consentano anche alle fasce di popolazione non "digitalizzata" di accedere in modo rapido ed efficace ai servizi ed uffici aziendali.

Si ritiene altresì di sviluppare una maggior integrazione, sinergia e collaborazione con i servizi sanitari in corso di revisione e rinnovamento con un riferimento particolare per quelle strutture e servizi previsti dal DM 77/2022 quali le case della comunità, gli ospedali di comunità e le centrali operative territoriali.

Sanità pubblica – controlli e vigilanza integrata

Nel prossimo triennio sarà implementato presso il DSP il nodo locale del Sistema Regionale Prevenzione della Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SRPS), istituito dalla DGR 183/2023 (in attuazione della L.79/2022 e del DM 9/6/2022) in materia di tutela della salute della popolazione nei confronti dei determinanti di rischio ambientale derivanti dalle attività umane e dall'ambiente costruito.

Il nodo SRPS avrà in carico gli iter procedurali relativi: al rilascio di autorizzazioni ambientali, alla bonifica di siti contaminati, alle VIS - Valutazioni di Impatto Sanitario nelle procedure di VAS e VIA, al rilascio dei pareri sui piani urbanistici.

Il nodo SRPS interverrà inoltre nella gestione dei determinanti di rischio ambientale (rumori, odori, CEM, inquinanti chimici, ecc...), con riferimento alle segnalazioni degli utenti e, in un'ottica di integrazione delle competenze con Arpa e gli Enti locali.

Al nodo dipartimentale SRPS è richiesta una forte interazione e collaborazione con il Servizio di Epidemiologia e Comunicazione del rischio. In particolare, il Servizio di Epidemiologia potrà fornire dati per la valutazione di rischi correlati ad esposizioni ambientali, concorrendo anche allo sviluppo di tali analisi e potrà essere di supporto nella organizzazione di campagne ed eventi comunicativi su rischi ambientali

Per quanto riguarda l'attività di vigilanza e controllo verranno data priorità alle attività inserite nella programmazione regionale (piano regionale integrato in materia di sicurezza alimentare, obiettivi fissati annualmente dalla Regione relativamente alla vigilanza negli ambienti di vita e di lavoro).

Sarà inoltre perseguito un ulteriore sviluppo delle integrazioni interne ed esterne al DSP, in particolare attraverso piani di vigilanza congiunta e coordinata tra diversi Servizi del DSP e con altri Enti di controllo.

Indicatori di Performance Dimensione Utente – Integrazione Anno 2022 (Fonte: Insider)

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
UTENTE	Integrazione	UT002	Integrazione		-	-	
UTENTE	Integrazione	IND0828	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - Indicatore NSG: D03C	<= 343	275.86	272.71	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Integrazione	IND0829	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - Indicatore NSG: D04C	<= 109	94.33	88.11	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Integrazione	IND0866	Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni		29.4	26.44	tendenziale incremento
UTENTE	Integrazione	IND0960	Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni		21.64	20.05	tendenziale riduzione
UTENTE	Integrazione	IND0836	% di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - Indicatore NSG: D27C		6.43	4.97	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Integrazione	IND0856	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti - Indicatore NSG: D29C		135.47	183.87	tendenziale riduzione
UTENTE	Integrazione	IND0783	Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - Indicatore NSG: D05C		22.23	21.7	tendenziale riduzione
UTENTE	Integrazione	IND0280	Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni		184.02	177.95	tendenziale incremento
UTENTE	Integrazione	IND0862	Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI		10.82	1.21	tendenziale riduzione
UTENTE	Integrazione	IND0859	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - Indicatore NSG: D22Z		100	85.03	tendenziale incremento
UTENTE	Integrazione	IND0837	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - Indicatore NSG: D30Z	>= 50%	56.6	43.3	allineamento a standard/incremento
UTENTE	Integrazione	IND0656	% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni - Indicatore NSG: D32Z	<= 25%	26.82	23.23	tendenziale riduzione

UTENTE	Integrazione	IND0902	% IVG medica sul totale IVG	>= 34% (media 2018)	80.01	89.65	tendenziale incremento
UTENTE	Integrazione	IND0542	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	<= 25%	13.36	21.28	tendenziale riduzione
UTENTE	Integrazione	IND0673	% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO		8.07	8.37	tendenziale riduzione
UTENTE	Integrazione	IND0860	N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: D33Z	>= 24,6	40.8	38.02	tendenziale incremento

3.1.3 Programmazione degli esiti

La valutazione degli esiti è un elemento imprescindibile della valutazione delle performance; di fatto, la individuazione delle vocazioni delle strutture, la condivisione delle piattaforme tecnologiche (sale operatorie, degenze tecnologie) per un loro impiego ottimale, i programmi di riorganizzazione delle attività, avvengono dopo attenta valutazione degli esiti, e questo, sia in modo prospettico sia a posteriori in occasione del monitoraggio delle ricadute delle attività avviate.

Questa valutazione avviene avendo a riferimento la letteratura EBM e le indicazioni offerte dai diversi sistema di misura degli esiti PNE, Agenas, NSG, come pure lo stesso panel di indicatori individuati dal gruppo di progetto del PIAO 2023 che si riportano a seguire.

In considerazione della forzata riorganizzazione dei percorsi nascita di area nord collegati alla carenza nel reperimento di specialisti ostetrici la valutazione degli indicato a misura del percorso nascita (volumi e sicurezza parti fisiologici e cesarei, complicanze da parto, controllo del dolore, assistenza alle donne gravide da parte dei consultori...ecc) appare particolarmente rilevante la misura di questi indici finalizzata alla verifica del mantenimento delle buone performance fino ad oggi registrate.

Ancora, rappresenta una priorità la misura delle performance collegate alla gestione delle emergenze tempo dipendenti (IMA stroke politraumi); per tale ragione questi percorsi devono essere sottoposti ad audit allo scopo di verificare la qualità del processo assistenziale ed individuare le azioni correttive volte ad aumentare la sicurezza e l'efficacia dell'intervento.

Stante la rilevanza dell'argomento il rilievo nel tempo di alcuni indici meritevoli di attenzione, già nel corso dell'anno 2022 è stata avviata la revisione, attraverso audit, del percorso relativo all'infarto del miocardio (IMA), l'iter dovrà concludersi con la individuazione delle raccomandazioni da implementare; la metodologia messa a punto in questa occasione consentirà, successivamente, la revisione anche degli atri percorsi rilevanti (Ictus e politraumi gravi in primis).

In questa sede preme evidenziare l'importante attività finalizzata a valutare la qualità, l'efficacia e la sicurezza delle cure con l'audit interno, questo potrà avvenire anche mediante autovalutazione condotte con le principali finalità di individuare aree di criticità che dovranno essere prioritariamente oggetto di azioni o piani di miglioramento. L'occasione, consentirà anche l'analisi e l'aggiornamento del sistema documentale richiesto dai requisiti di accreditamento.

Uno dei principali strumenti utili alla definizione di situazioni organizzative ed operative che favoriscono l'allineamento degli operatori ai comportamenti più idonei è sicuramente rappresentato dai PDTA, documenti a valore interaziendale. A tal proposito, ed in prospettiva, si prevede la seguente scaletta di interventi:

- per i PDTA già attivati occorrerà attuare e continuare l'attività di monitoraggio degli indicatori individuati a presidio del percorso e dell'adesione delle strutture coinvolte;
- per i temi ritenuti rilevanti si opererà per la definizione di nuovi PDTA a valenza provinciale.

Stante la trasversalità dei processi assistenziali provinciali, sarà importante garantire la inter aziendalità di queste attività di valutazioni.

Area Salute Mentale

Un ambito particolare è rappresentato dalla salute mentale, in tale contesto continueranno ad essere sostenute le iniziative di monitoraggio delle ospedalizzazioni per la Salute Mentale Adulti, volto alla riduzione delle ammissioni ospedaliere a rischio di inappropriately. In particolare, l'attività di monitoraggio dell'occupazione dei posti letto dell'intera rete provinciale, nei diversi settori, consentirà il governo più efficiente della relativa spesa. Verrà sostenuto l'obiettivo di "Contenzione Zero" in tutti i reparti ospedalieri e residenziali, pubblici e del privato accreditato, della Provincia. Particolare attenzione verrà rivolta alle azioni per ridurre il ricorso al TSO. Al fine di evitare il prolungamento inappropriato di ricoveri ospedalieri, dovuto alla mancanza di sostegno domiciliare alle dimissioni, verrà sostenuta la formazione di assistenti familiari, di sostegno ai caregiver, attraverso la gestione "pubblica" e qualificata dell'assistenza familiare, dalla selezione al contratto.

Si rimanda anche alle tematiche affrontate nei paragrafi relativi alla gestione del rischio e infezioni ospedaliere.

Indicatori di Performance Dimensione Utente – Esiti Anno 2022 (Fonte: InsidER)

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
UTENTE	Esiti	UT003	Esiti		-	-	
UTENTE	Esiti	IND0389	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	<= 12%	7.62	10.09	riduzione
UTENTE	Esiti	IND0390	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	>= 35%	49.73	25.82	incremento (problema calcolo)
UTENTE	Esiti	IND0391	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	<= 14%	11.86	9.17	tendenziale riduzione
UTENTE	Esiti	IND0275	Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	< 4%	1.73	0.84	NA (tendenziale riduzione)
UTENTE	Esiti	IND0276	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	<= 4%	1.92	1.76	NA (tendenziale riduzione/mantenimento)
UTENTE	Esiti	IND0392	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	<= 3%	1.25	-	NA (tendenziale riduzione/mantenimento)
UTENTE	Esiti	IND0393	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	<= 14%	10.02	9.18	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Esiti	IND0394	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	<= 3,5%	2.26	-	NA (tendenziale riduzione/mantenimento)
UTENTE	Esiti	IND0395	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	<= 12%	10.53	11.05	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Esiti	IND0396	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	90 casi	81.94	98.47	tendenziale incremento
UTENTE	Esiti	IND0398	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - Indicatore NSG: H03C	<= 7,5%	4.17	6.45	riduzione
UTENTE	Esiti	IND0400	Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	<= 7%	4.4	0	NA (riduzione)
UTENTE	Esiti	IND0401	Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	<= 6%	4.12	4.65	riduzione
UTENTE	Esiti	IND0846	% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - Indicatore NSG: H17C	< 15%	15.12	10.84	tendenziale riduzione
UTENTE	Esiti	IND0847	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - Indicatore NSG: H18C	< 25%	16.48	11.43	tendenziale riduzione
UTENTE	Esiti	IND0402	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	<= 0,7%	0.86	0.59	tendenziale riduzione
UTENTE	Esiti	IND0403	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	<= 1,2%	1.38	1.03	tendenziale riduzione
UTENTE	Esiti	IND0404	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	< 6	2	2	tendenziale riduzione
UTENTE	Esiti	IND0912	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore (*) in regime ordinario	>=80%	64.7	61.48	tendenziale incremento
UTENTE	Esiti	IND0399	Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	<= 3%	0.92	-	NA (riduzione)

UTENTE	Esiti	IND0867	Tasso di amputazioni maggiori e minori in pazienti diabetici		3.14	1.86	tendenziale riduzione
UTENTE	Esiti	IND0975	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - Indicatore NSG: D01C		18.07	20.85	riduzione
UTENTE	Esiti	IND0976	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ICTUS ISCHEMICO - Indicatore NSG: D02C		17.36	13.85	tendenziale riduzione

3.2 Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni

3.2.1 Programmazione della struttura dell'offerta e della produzione

Riordino dell'assistenza territoriale ed ospedaliera

Passando alle politiche generali dello sviluppo strategico, appare opportuno concentrarsi sui temi, che costituiscono il presupposto principale delle scelte allocative aziendali per il prossimo triennio e ne orientano gli obiettivi.

La premessa d'obbligo è quella relativa al disequilibrio tra risorse disponibili e quelle necessarie, e questo, anche alla luce delle riorganizzazioni particolarmente sfidanti che dovranno essere promosse sul territorio e in ospedale. Senza precedenti la criticità nel reperimento di diverse figure professionali sia in ambito assistenziale che della dirigenza medica. In quest'ultimo caso le discipline di emergenza urgenza, ostetricia e ginecologia, oculistica, dermatologia, pneumologia, fisiatria, radiologia sono su tutte quelle più critiche, anche nell'ambito delle cure primarie (MMG PLS e Guardie Mediche) dove sta diventando critica la garanzia del turnover.

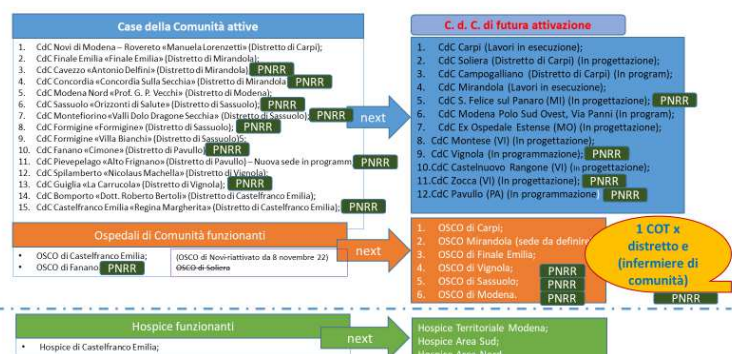
In premessa preme evidenziare come la difficoltà a reperire alcune specifiche figure di specialisti medici ha portato alla introduzione delle cooperative mediche nei PS e Ginecologie di area nord, il superamento della presenza di tale organizzazioni di professionisti rappresenta un obiettivo prioritario.

Rete assistenziale del territorio

L'applicazione delle previsioni del DM 77/22 richiede un'attenzione prioritaria, sotto il profilo organizzativo e delle risorse assegnate a tutte le tematiche proprie del territorio. Di assoluta rilevanza, poi, la necessità di potenziare le attività, le funzioni e la responsabilità del livello territoriale, che dovrà prevedere lo sviluppo delle cure primarie verso aggregazioni strutturali di professionisti e la piena operatività dei percorsi di cura e assistenziali, multidisciplinari e multiprofessionali, centrati su un ruolo primario del medico di Medicina generale, dell'infermieristica di Comunità, con piena adozione ed esercizio della medicina di iniziativa e della presa in carico della cronicità sul territorio che potrà beneficiare del progressivo completamento della programmazione delle Case della Comunità delle COT e degli Osco ed infine degli Hospice e del sistema dell'infermieristica di comunità. A questo proposito si evidenzia infatti che la rete di strutture territoriali modenesi (OsCo, Hospice e Case della Comunità) risulta ancora ampiamente al di sotto dei parametri previsti dalla normativa (DM77/22) e che la programmazione provinciale ha previsto la loro progressiva realizzazione. La diapositiva a latere

Programmazione rete territoriale (anche alla luce del PNRR)

Rev dgr 811/22



riporta le strutture già attive, quelle in programmazione o ristrutturazione e ove prevista la fonte di finanziamento collegata al PNRR.

Su questa rete di strutture potranno più solidamente strutturarsi ed innovarsi le numerose funzioni del territorio legate alla prevenzione e promozione della salute, all'integrazione sociale-sanitaria, all'assistenza nell'ambito della salute mentale, salute infanzia/donna, alla continuità assistenziale, all'associazionismo medico, ambulatori ABC e specialistica ambulatoriale, fino allo sviluppo delle COT, dell'assistenza domiciliare ed infermieristica di comunità e delle cure palliative.

In sintesi, lo sviluppo dei modelli organizzativi per rafforzare l'assistenza territoriale dovrà prevedere:

- Piena operatività della cabina di regia costituita per lo sviluppo degli obiettivi del DM 77/2022 ed il governo della progressiva implementazione,
- Concreta adozione dei modelli di assistenza proattiva basati sulla medicina di iniziativa,
- Potenziamento dell'attività di Assistenza Domiciliare,
- Piena operatività delle sette Centrali Operative Territoriali (COT) attivate che dovranno consolidare le modalità di lavoro e di rapporto con i servizi territoriali e ospedalieri;
- Sviluppo continuo delle attività della Centrale di Telemedicina;
- Progressiva attivazione e sviluppo dei Punti di Infermieristica di Comunità;
- Garanzia della continuità dell'assistenza primaria (MMG/PLS);
- Progressiva realizzazione della pianificazione della rete delle Case della Comunità (27 a regime) degli Osco (8) e degli Hospice (4).

Riorganizzazione della rete della continuità assistenziale

Con riferimento al primo dei punti citati ed in considerazione della rilevanza del tema (riorganizzazione dell'assistenza territoriale in funzione del DM 70/22) è importante l'azione di coordinamento delle direzioni aziendali ma è altrettanto fondamentale che gli otto gruppi di lavoro interaziendali individuati, producano i documenti con le indicazioni e che le stesse siano puntualmente e prontamente adottate dall'intera organizzazione A seguire e nella diapositiva a latere si riportano per punti i principali temi oggetto di discussione:



1. Letti territoriali e integrazione ospedale territorio: criteri di accesso ad OsCo e Hospice, modello assistenziale e interfacce con ospedale, integrazione con associazionismo locale.
2. Case della Comunità: mappatura definizione attività previste, fabbisogno personale, ruolo del board chiamato a governare le attività, coprogettazione con associazioni, implementazione percorsi cronicità, definizione del modello organizzativo, diffusione della funzione di infermieristica comunità.
3. ICT e Telemedicina: progettazione infrastrutture tecnologiche/informatiche integrate ed interoperabili e sviluppo della telemedicina in provincia.
4. Forme Organizzative Medicina Convenzionata: ruolo degli specialisti ambulatoriali all'interno reti cliniche, analisi forme organizzative MMG e PLS, attiv ambulatori CA, garantire continuità assistenziale h 24.
5. Reti Cliniche: integrazione e condivisione delle reti cliniche con AOU e NOS in coerenza con le indicazioni regionali e i percorsi provinciali.

6. Epidemiologia, stratificazione e valutazione impatto dei modelli organizzativi: profilo di popolazione per livelli di complessità dei bisogni e valutazione delle priorità di intervento.
7. COT: supporto al percorso di attivazione delle 7 COT e di integrazione ospedale territorio, individuazione e standardizzazione dei percorsi di integrazione socio sanitaria e tempestività della risposta, modello e profili di competenza.
8. Competenze, nuovi profili e accreditamento delle cure primarie (previsto per il 2024).

Le prime proposte dovranno essere prodotte nel corso del 2023, ma si evidenzia che, il coordinamento dei progetti ed il presidio dell'effettiva adozione delle riorganizzazioni individuate dovrà continuare anche nei mesi successivi.

Con riferimento alla progressiva introduzione della figura dell'infermiere di comunità preposto alla promozione della salute e della prevenzione e alla gestione delle reti multiprofessionali e dei processi di salute individuali, familiari e della comunità all'interno ed in modo integrato col sistema delle cure primarie, si riportano a seguire le tappe dell'implementazione della funzione:

- Mappatura in tutti i territori (sedi CdC e territori meritevoli di attivazione di Punti di infermieristica di Comunità) in funzione del bisogno e delle risorse necessarie;
- Condivisione con i Sindaci e identificazione delle sedi;
- Condivisione con i coordinatori dei MMG e PLS;
- Mappatura dei professionisti dei singoli territori (inf. domiciliare, ambulatoriale, wound care, stomie, specialistica, fisioterapisti, ostetriche, logopedisti ecc.);
- Progettazione con gli MMG, PLS e con gli Assistenti Sociali;
- Coprogettazione con Associazionismo e Comunità locale (parrocchie, palestre, circoli, ecc...).

Di assoluta rilevanza appare poi la revisione della rete dei punti di Continuità Assistenziale che deve procedere di pari passo alla riorganizzazione della rete dell'emergenza e dei singoli nodi (DEA di 1 e 2 livello, PS e PPI) rimodulata sulla base dell'integrazione delle risorse ospedaliere e territoriali, della introduzione del numero unico provinciale 116-117 e, soprattutto, della separazione dei percorsi dell'emergenza e dell'urgenza. Per questo punto si rimanda alla specifica sezione di questo documento che descrive in modo più compiuto il progetto di riorganizzazione.

Procedere alla revisione della rete dell'emergenza-urgenza e della continuità assistenziale assicurando la presa in carico in ambito extraospedaliero di una importante parte della casistica che oggi accede impropriamente a tale sistema è l'obiettivo che deve portare a separare i percorsi dell'emergenza (patologie tempo dipendenti) e dell'urgenza (patologie che richiedono la presa in carico immediata ed un trattamento entro le 12/24 ore), si tratta infatti di bisogni distinti, ugualmente appropriati ma che necessitano di risposte diversificate per sede, modalità percorsi e organizzazioni, l'obiettivo è quello di innalzare gli standard di sicurezza ed efficacia del sistema garantire il miglioramento dell'accesso ai Pronto Soccorso e la qualità sia dal punto di vista dell'accoglienza che dei tempi di risposta, (vd riferimenti agli standard definiti a livello regionale);

Riqualificazione della rete ospedaliera

La riqualificazione della rete ospedaliera a partire dalle previsioni del DM 70/2015 e della DGR 2040/15, dovrà essere volta a garantire:

- migliori esiti (rapporto volumi esiti e necessità di concentrazione anche su area vasta delle attività più complesse)
- livelli crescenti di sicurezza efficacia ed efficienza che passi per la ulteriore definizione (seconda vocazione) delle missioni dei nodi della rete e soprattutto dei rapporti tra questi (percorsi) e che sia garante di:
 - livelli sempre maggiori di sicurezza ed efficienza,
 - recupero dei pazienti in lista e garanzia dei pazienti secondo le fasce di gravità Si sottolinea che la dotazione di posti letto per 1.000 abitanti colloca la provincia di Modena ampiamente

entro i livelli previsti dalla DGR 2040/15 e con un tasso tra i più bassi in regione. Il modello di rete clinica integrata dovrà essere rivisto sulla base delle competenze professionali, delle disponibilità tecnologiche della necessità di perseguire crescenti livelli di sicurezza e di recupero di efficienza, ma anche di diffusione e capillarità dell'offerta volta a facilitare l'accesso alle prestazioni; infine occorre aver sempre a riferimento la sostenibilità del sistema evitando che «l'eccesso di hub & spoke» allontani ulteriormente i professionisti dagli spoke rendendo ancor più complesso il reperimento di risorse che già in alcuni ambiti (emergenza ostetricia e ginecologia, radiologia) risulta critico.

A seguire lo schema degli indirizzi in tema di assistenza ospedaliera che prevede:

- Riordino del sistema produttivo nel rispetto del principio volumi/esiti (reti cliniche integrate – Hospital network) e della vocazione delle strutture,
- Mantenimento della centralizzazione dell'attività (provinciale o di area) a maggior complessità
 - Emergenze tempo dipendenti su Baggiovara (da monitorare comunque in continuo vd audit)
 - Attività a valenza provinciale concentrate sugli hub modenesi (malattie infettive, malattie rare, neuroradiologia e neurochirurgia, chirurgia vascolare e toracica, 3° livello materno infantile e oncologico, trasfusionale)
 - alta complessità es chirurgia oncologica già definita (ma rivedibile sulla base di competenza professionale, sicurezza, disponibilità delle tecnologie, efficienza, esiti e sostenibilità) da ricondurre agli hub provinciali o di area (vd schema)
- Rafforzamento del ruolo degli ospedali «distrettuali»
 - in ambito internistico: risposta per pazienti fragili, cronici e per patologie acute ad alta diffusione (autosufficienza) e medio bassa complessità.
 - in ambito chirurgico a medio bassa complessità, anche come riferimento provinciale pensando ad una loro specializzazione quali “factory” organizzate anche in relazione alla complessità/durata della degenza (day, week-surgery) e/o su base specialistica o della tipologia di intervento anche grazie all'utilizzo condiviso di sale operatori e letti di degenza (piattaforme).
 - Gestione della casistica a più ampia epidemiologia e minor complessità (media/bassa) secondo i principi della vocazione e della prossimità rispetto al bisogno (domanda) espresso dalla popolazione (es. diffusione e capillarità della chirurgia di base e ambulatoriale).
 - Utilizzo più efficiente delle piattaforme operatorie es Vignola, Pavullo, Mirandola e Castelfranco volto a favorire l'ottimale impiego di risorse ed il contenimento dei tempi d'attesa per chirurgia di medio bassa complessità anche attraverso equipe/team della AUSL, di Sassuolo e della AOU, (equipe itineranti) chiamate a garantire presso queste sedi interventi a residenti (e non) allo scopo di contenere le liste d'attesa presenti nelle strutture di diretta afferenza. Tali attività dovranno comunque essere organizzate avendo cura di mantenere alte le condizioni di sicurezza ed efficienza.
 - Pieno utilizzo della struttura di Castelfranco anche grazie alla autorizzazione regionale all'esercizio dell'attività H di chirurgia ambulatoriale complessa, che consente di porre al servizio dell'intera provincia la piattaforma chirurgica.
 - Utilizzo più efficiente delle piattaforme tecnologiche quali TC e RM spesso gravate da indici di occupazione migliorabili.

Riavvio dell'attività sanitaria ordinaria garantendo il rispetto delle liste d'attesa e le condizioni di sicurezza

Le liste d'attesa e i tempi di evasione delle prestazioni di chirurgia e di specialistica restano una priorità

Lo schema a seguire riporta gli obiettivi 2023 che risultano in continuità con quelli del 2022 ed allineati agli indicatori individuati dal gruppo di progetto del PIAO.

Oltre ai consolidati obiettivi sul monitoraggio della % di interventi oggetto di monitoraggio ministeriale erogati entro i tempi si dovrà mantenere:

- il focus sul recupero delle liste di attesa
- il controllo della domanda, attraverso il monitoraggio della dimensione della lista di attesa
- la qualità del flusso SIGLA, sia in termini di copertura che di qualità delle informazioni presenti.

La diapositiva a seguire richiama i principali indicatori e i target attesi per il 2023 in ambito di chirurgia.

	Obiettivo	Target 2023
PERFORMANCE	% erogato entro i tempi per chirurgia oncologica	90%
	% erogato entro i tempi per protesi d'anca	85%
	% erogato entro i tempi per chirurgia cardio-vascolare	90%
	% erogato entro i tempi per chirurgia generale	75%
	% erogato entro i tempi per totale interventi sottoposti a monitoraggio	80%
COPERTURA	Copertura SIGLA-SDO per interventi sottoposti a monitoraggio	80%
	Copertura SIGLA-SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	70%
RECUPERO	Recupero degli interventi chirurgici scaduti tra il 01/01/2022 e il 31/12/2022	80%
ARRUOLAMENTO	Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12/2021	100%
Superamento del Nomenclatore	Variazione % dell'arruolamento in lista	<3%
	Invio codici ICD9 CM diagnosi e procedura a SIGLA	100%

In ambito di specialistica restano confermati gli standard relativi a:

- 1° visite (entro i 30gg)
- Diagnostica strumentale (entro i 60gg)
- Urgenza B (entro i 10gg)
- Presa in carico
- Garanzia dei tempi di evasione delle prestazioni per ogni singola branca specialistica oggetto di monitoraggio.

A seguire il piano azioni interaziendale di governo dell'attività chirurgica:

1. Istituzione, nell'ambito del progetto reti cliniche e organizzative e piena operatività di una cabina di regia a valenza provinciale specifica gestione integrata delle piattaforme chirurgiche e dei letti,
2. Utilizzo condiviso delle piattaforme chirurgiche provinciali (team itineranti)
3. Riorganizzazione delle sedute operatorie con priorità all'emergenza, oncologia e al recupero delle liste di attesa.
4. Pulizia sistematica delle liste con re-call dei pazienti ed eventuale reindirizzamento, ove accolto, ad altre strutture con minor tempi d'attesa (compreso il privato)
5. Incremento dell'offerta di sedute operatorie, superando la carenza di organico, grazie al ricorso mirato all'istituto dell'aggiuntiva e all'efficientamento degli slot disponibili (occupazione sala, tempi cambi ecc)

6. Pieno utilizzo delle sale operatorie di Castelfranco anche grazie alla autorizzazione pervenuta dalla regione
7. Revisione della committenza nei confronti del privato volta ad orientare l'attività delle case di cura al recupero della mobilità passiva e al contenimento delle liste del sistema pubblico
8. Gestione delle varie fasi che dovranno portare alla realizzazione del nuovo ospedale di Carpi (ospedale di sostituzione)

Di seguito il piano azioni interaziendale di governo dell'attività di specialistica ambulatoriale

1. Istituzione di specifica cabina di regia interaziendale a valenza provinciale per la condivisione delle azioni migliorative finalizzata al raggiungimento degli obiettivi regionali; la struttura è prevista nell'ambito del progetto reti cliniche e sarà chiamata a garantire il governo congiunto della specialistica ambulatoriale provinciale.
2. Committenza «di sistema» nei confronti dei produttori pubblici (AOU e NOS) e privati accreditati finalizzata a garantire un'offerta diffusa e aderente agli standard previsti per volumi e tempi di erogazione
3. Gestione dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale a livello provinciale, nel rispetto del concetto di prossimità, ove possibile, tramite la periodica pubblicazione dei bandi per specialisti.
4. Revisione in corso d'anno dei volumi dell'offerta dell'AOU di Modena, Ospedale di Sassuolo e del Privato Accreditato al fine di rispondere alle criticità emergenti (contratto di fornitura)
5. Periodico confronto con altri produttori (AOU di Modena, Ospedale di Sassuolo, Privato Accreditato), volto a ritarare l'offerta di prestazioni ambulatoriali sulla base della criticità emergenti.
6. Introduzione di modelli innovativi di task shifting o che vedano il ricorso alla telemedicina o al governo dei controlli con presa in carico della cronicità volti a garantire l'appropriatezza delle prestazioni e rendere più efficace ed efficiente il sistema dell'offerta
7. Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione → Gruppo interaziendale con direzioni sanitarie, direzioni amministrative ed ICT

Nel tempo, anche alla luce di quanto potrà emergere dai gruppi di lavoro sulle reti cliniche e organizzative e delle prime riorganizzazioni nell'ambito dell'emergenza urgenza rete di strutture territoriali e condivisione delle piattaforme produttive si potrà rivedere la consistenza, i rapporti, gli specifici contenuti della rete ospedaliera provinciale e le funzioni di ogni singolo stabilimento; fondamentale, poi, il governo del processo di integrazione dei due Ospedali Hub della provincia (Policlinico e Baggiovara) non ancora giunto alla conclusione se si considerano le duplicazioni e ridondanze e la riduzione/conversione/trasferimento di funzioni e posti letto, che potrebbero ancora essere promosse modulando e riconfigurando le vocazioni di unità operative e stabilimenti, riservando una particolare attenzione a:

- riequilibrio posti letto internistici (sottodimensionati) e chirurgici (sovradimensionati) ma anche riequilibrio dei posti letto di lungodegenza/riabilitazione alla luce della progressiva attivazione delle strutture intermedie del territorio (OsCo e Hospice)
- introduzione ambiti di attività a direzione infermieristica,
- ricorso al giusto livello organizzativo della risposta assistenziale con conseguente sviluppo di attività anche in assenza di ricovero e potenziamento della circolazione di specialisti sul territorio (Case della comunità, OsCo e domicilio)
- uso ottimale e congiunto delle piattaforme tecnologiche

In aggiunta alla necessità di una più esatta definizione del ruolo di ogni singolo stabilimento della rete, partendo dalla definitiva eliminazione delle duplicazioni ancora esistenti, si individuano inoltre le seguenti principali direttrici:

- la piena attuazione delle semplificazioni/integrazioni gestionali già previste e di quelle ulteriormente possibili tra AUSL e Policlinico;
- l'adozione, sia all'interno degli ospedali che tra questi e gli altri punti del sistema delle cure, di modelli organizzativi e stili di relazione corrispondenti alla presa in carico professionale ed umana della persona ammalata e a una lineare continuità assistenziale;
- il rafforzamento del governo clinico attraverso la sistematicità dei controlli di appropriatezza, di competenza professionale, di adeguatezza organizzativa e, più in generale, di sicurezza delle cure.

Predisposizione ed attivazione del piano di riorganizzazione per la gestione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva

Grazie ai finanziamenti DL34 dedicati al covid, l'Azienda ha potuto progettare la realizzazione di 8 posti letto di subintensiva: 4 a Carpi, aggregati alla medicina d'urgenza e di fatto già attivi e 4 a Mirandola, a valenza polispecialistica, in corso di realizzazione. Nei prossimi anni tali dotazioni potranno garantire maggiori livelli di sicurezza e assicurare un'assistenza appropriata oltre che al paziente internistico critico ed instabile, anche ad una fascia di pazienti post chirurgici che prima venivano centralizzati.

Da ultimo la presenza di un maggior numero di letti subintensivi potrà detendere la pressione sulle terapie intensive dello stesso Ramazzini e degli Hub modenesi.

Assistenza oncologica

Il tema dell'assistenza al paziente oncologica rappresenta una priorità, per tale ragione la giunta regionale ha approvato nel dicembre 2022 uno specifico atto deliberativo (DGR 2316/22). che rappresenta l'indirizzo della riorganizzazione che tutte le province dovranno promuovere.

L'obiettivo della Rete Oncologica ed Emato-oncologica è quello di assicurare la migliore qualità e appropriatezza delle cure per il paziente in un processo assistenziale efficace e sicuro che connette e integra l'ospedale e il territorio.

Il modello di riferimento è rappresentato dal Comprehensive Cancer Care Network, il quale garantisce, nel rispetto delle autonomie locali, la maggiore uniformità possibile in termini di accesso, gestione clinica e assistenziale, governance e monitoraggio dei risultati ai fini sia clinici, sia di ricerca. Lo scopo è quello di garantire ai cittadini cure, assistenza e servizi sempre più di alta qualità e, al tempo stesso, vicini in termini di prossimità al domicilio.

L'obiettivo prioritario della rete è di creare un modello di cura incentrato sulla persona, capace di assicurare la migliore assistenza attraverso i diversi setting di cura, dall'ospedale per acuti, alle case di comunità, al domicilio stesso del malato. Come già evidenziato in altra parte del documento preme sottolineare il tema della cosiddetta "oncologia di prossimità" poiché per una categoria di pazienti così vulnerabili, è centrale garantire la continuità di cura tra ospedale e territorio e permettere l'equo accesso ai servizi sanitari di riferimento garantendo la capillarità dell'offerta senza pregiudicare efficacia e sicurezza delle cure.

All'interno del progetto reti cliniche, lo specifico gruppo costituito dai professionisti delle tre Aziende modenesi, dovrà declinare, nel nostro contesto, le ricadute collegate all'applicazione degli standard strutturali, organizzativi, tecnologici e qualitativi, identificando le strutture territoriali nelle quali svolgere le attività oncologiche e oncoematologiche, le figure professionali necessarie e le competenze adeguate.

Il Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) prevede una relazione strutturata e organizzata, gestita da un'autorità centrale (la Regione) preposta alla macroprogrammazione, di istituzioni complementari, sinergiche e organizzate per un medesimo obiettivo di cura. Il modello prevede i tre livelli operativi riportati nel box a seguire.

Centri di I livello

Strutture che erogano prestazioni oncologiche ed emato-oncologiche in prossimità, in linea con i programmi e gli indirizzi definiti nella normativa nazionale, regionale e locale e previa valutazione di appropriatezza e sicurezza (es. all'interno di Ospedali di Comunità, Case di Comunità);

Centri di II livello

Ospedali distrettuali in grado di assicurare, all'interno del coordinamento di rete e in continuità con i centri di III livello, prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali oncologiche ed emato oncologiche;

Centri di III livello

Ospedali polispecialistici in cui sono presenti tutte le competenze specialistiche ad interesse oncologico ed emato-oncologico, le dotazioni tecnologiche a elevata complessità assieme a programmi di formazione continua e di ricerca.

Rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute**Prevenzione e promozione della salute**

Nell'ambito dell'attività di prevenzione e promozione della salute, risulta strategica l'adozione di un approccio interdisciplinare di cooperazione interistituzionale (Sanità, Sociale, Enti locali, Scuola e Università, Parti Sociali, Terzo Settore) coniugando interventi/programmi rivolti ai singoli con interventi sul contesto sociale ed ambientale, al fine di accrescere l'empowerment individuale e di comunità adottando un approccio che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze. L'attività di prevenzione e promozione della salute nel prossimo triennio dovrà realizzarsi secondo l'impianto previsto dalla L.R. 19 /2018 e dare piena attuazione al Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025, anche attraverso l'adozione della strategia "One Health" e con particolare attenzione al rapporto salute-ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni delle comunità locali (in particolare i Distretti) e con le agenzie e le istituzioni interessate.

Seguendo le indicazioni della L.R. 19 e del PRP i programmi di intervento saranno impostati sulla base dei bisogni di salute della popolazione, dando priorità in particolare ai temi della sana alimentazione, dell'attività motoria, della sicurezza nei diversi ambiti, della prevenzione del disagio giovanile e delle dipendenze, della prevenzione delle patologie croniche.

Screening e PRP

Le campagne di screening dovranno operare a pieno regime mantenendo le buone performance anche negli ambiti che in passato si sono caratterizzati per qualche criticità, si veda la senologia per i tempi di accesso al 2° livello e lo screening del colonretto quanto ad adesione al 1° livello.

Importante dovrà essere l'impegno a garantire le azioni previste dal PRP a sostegno della concreta attuazione dei 20 progetti che sono stati individuati dalla AUSL di Modena.

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

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

1. Adesione alle indicazioni prescrittive individuate per alcune molecole target per impatto sulla salute, sulla sicurezza e sulla spesa (antibiotici, PPI, vitamina D, omega 3, antidiabetici, farmaci biologici ad alto costo, farmaci intravitreali) attraverso azioni volte alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva (costo opportunità, stewardship antimicrobica...) in ambito ospedaliero e sul territorio, favorendo ampio ricorso ai farmaci a brevetto scaduto e ai biosimilari;
2. Governo interaziendale della prescrizione dei farmaci ad alto costo (biologici in ambito reumatologico/dermatologico/gastroenterologico, farmaci per HIV, oncologici, farmaci per lo scompenso, anti-PCSK9) con stima/programmazione dei livelli di consumo attesi su base provinciale e presidio delle azioni di promozione dell'appropriatezza d'uso e di gestione del rischio (si veda in particolare le terapie innovative ad alto costo con criticità di impiego in termini di sicurezza e rischio di inappropriately);
3. Adesione ai risultati delle gare regionali attraverso il costante monitoraggio del livello di adesione alle gare, con particolare riferimento ai prodotti (sia farmaci sia DM) ad alto impatto sulla spesa;

4. Adesione alle raccomandazioni o alle linee di indirizzo sull'uso di farmaci e di dispositivi medici prodotte dalla Commissione Regionale del Farmaco, da gruppi regionali (es GREFO) o locali;
5. Corretta alimentazione dei flussi informativi farmaci e dispositivi medici, compilazione dei registri di monitoraggio della appropriatezza disponibili sulla piattaforma SOLE e sulla piattaforma AIFA da parte dei medici specialisti, prescrizione informatizzata delle terapie oncologiche orali da parte degli specialisti oncologi ed ematologi, al fine di una corretta e completa (anche istotipo e markers specifici) alimentazione del data base oncologico regionale;
6. Interventi in materia di farmacovigilanza, dispositivovigilanza e rischio clinico finalizzati alla corretta sensibilizzazione dei prescrittori; a questo proposito con riferimento ai dispositivi (DM), sarà posta particolare attenzione alla sensibilizzazione degli operatori sanitari alla sicurezza di impiego, al rafforzamento del sistema di vigilanza/sorveglianza del mercato, agli obblighi di segnalazione degli incidenti e al successivo iter (rintracciabilità del prodotto, conduzione delle indagini cliniche ...);
7. Governo del complesso percorso di introduzione di nuovi dispositivi, con sviluppo di specifiche competenze e di processi decisionali fondati su EBM ed HTA, avvalendosi anche di organismi strutturati come la Commissione Dispositivi Medici;
8. Produzione di reportistica a supporto della correttezza prescrittiva, presentazione delle stesse in ambiti ospedalieri e territoriali (NCP), promozione di audit clinici in tema di uso appropriato di farmaci e DM anche con riferimento all'ambito degli innovativi.

Indicatori di Performance Dimensione Processi Interni – Produzione Ospedale Anno 2022 (Fonte: InsidER)

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	PI001	Produzione-Ospedale		-	-	
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0868	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia		77.85	88.79	tendenziale incremento autosufficienza
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0869	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione		9.31	7.58	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0870	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione		12.85	3.63	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0871	Indice di case mix degenza ordinaria		-	0.94	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0872	Indice comparativo di performance		-	0.89	tendenziale riduzione (part chir)
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0978	Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR) - Indicatore NSG: H08Za		-1.51	-0.08	tendenziale incremento autosufficienza
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0979	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) - Indicatore NSG: H08Zb		0.96	13.67	tendenziale incremento autosufficienza

Indicatori di Performance Dimensione Processi Interni – Produzione Territorio Anno 2022 (Fonte: InsidER)

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	PI002	Produzione-Territorio		-	-	
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0953	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti		-	-	incremento presa in carico
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0225	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile		-	-	incremento presa in carico
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0226	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche		8.37	8.3	incremento presa in carico
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0310	% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	>= 52% (media 2018)	58.18	62.32	incremento presa in carico
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0661	% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita		59.18	61.83	tendenziale incremento

PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0662	% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita		25.49	24.35	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0317	% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	>= 7%	8.39	9.96	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0499	Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti		0.36	0.27	tendenziale incremento

Indicatori di Performance Dimensione Processi Interni – Produzione Prevenzione Anno 2022 (Fonte: InsidER)

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	PI003	Produzione-Prevenzione		-	-	
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0171	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - Indicatore NSG: P02C	> 95%	97.01	98.19	tendenziale adeguamento a standard/incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0172	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - Indicatore NSG: P06C	> 75%	61.97	62.99	tendenziale adeguamento a standard/incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0175	Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini - Indicatore NSG: P04C	>= 95%	93.22	95.88	tendenziale adeguamento a standard/incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0177	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - Indicatore NSG: P01C	> 95%	97.26	98.53	tendenziale adeguamento a standard/incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0185	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	>= 7,5%	8.29	7.71	tendenziale adeguamento a standard/incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0187	% cantieri ispezionati		14.44	13.61	incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0761	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)	>= 70%	71.33	76.09	tendenziale adeguamento a standard ottimale /incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0762	% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)	>= 60%	65.27	70.91	tendenziale adeguamento a standard ottimale /incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0763	% di persone che hanno partecipato allo screening colorettole rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)	>= 50%	53.16	54.1	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0850	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza	>= 95%	96.67	96.48	tendenziale adeguamento a standard/incremento

			alimentare per il cittadino - NSG				
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0851	Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - NSG	>= 95%	100	100	mantenimento

3.2.2 Programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

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

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

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

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

A seguire si illustrano le azioni che l'Azienda intende realizzare nel triennio 2023-2025.

Accreditamento

Con Determinazione del 30 marzo 2022, l'Azienda USL di Modena ha ottenuto dalla Regione il riconoscimento di struttura accreditata.

Nel citato provvedimento si definisce inoltre che, nel periodo di validità dell'accreditamento (quinquennale), l'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) effettuerà attività di verifica finalizzate ad accertare il possesso dei requisiti di accreditamento che dovranno comprendere:

- Il Dipartimento Aziendale delle Cure Primarie
- Il Day Hospital Oncologico di Sassuolo
- l'Hospice di Castelfranco Emilia.

Vengono quindi delineati alcuni degli ambiti prioritari, di interesse anche per le future verifiche di accreditamento, che, conseguentemente, determineranno le priorità di intervento in ambito di Accreditamento per l'UOS Qualità e Accreditamento.

In particolare, per la complessità del Dipartimento di Cure Primarie e del quadro normativo di riferimento, il prossimo periodo vedrà un rilevante impegno della UOS a supporto di tutte le articolazioni che compongono il Dipartimento stesso.

Inoltre, al fine di garantire il mantenimento dei requisiti previsti dal modello di Accreditamento, la Regione Emilia Romagna ha dato mandato alle Aziende di attuare azioni di audit interno anche mediante autovalutazione. In coerenza con l'obiettivo Regionale, tradotto dalla Direzione Aziendale in obiettivo di Budget per i Dipartimenti, il Servizio Qualità e Accreditamento ha avviato una serie di valutazioni e di incontri al fine di comprendere come potesse essere attuata un'attività di valutazione/autovalutazione che fosse al contempo sostenibile, efficace e facilmente fruibile da parte dei professionisti. Da tali valutazioni e dai riscontri raccolti è emersa la necessità di procedere ad un'intensa opera di selezione dei requisiti (di cui alle varie Delibere Regionali) dando priorità ad aspetti professionali ed organizzativi, più di competenza dei professionisti a cui l'autovalutazione si rivolge, rispetto a quelli di tipo impiantistico/strutturale/tecnologico (che per altro maggiormente risentono della data di definizione degli stessi), anche in linea con l'orientamento Regionale di trasferire la valutazione di questi ultimi ad un livello autorizzativo, mantenendo ovviamente inalterati i requisiti oggetto di valutazione.

L'esito delle checklist consentirà di effettuare una mappatura complessiva delle criticità emerse realizzando una reportistica dello stato del Sistema in relazione ai requisiti di accreditamento, sia a livello di singola Unità Operativa sia a livello complessivo, nonché l'avvio di azioni o piani di miglioramento anche trasversali per le criticità comuni

Un ulteriore ambito in cui si dovranno prevedere azioni nel prossimo periodo è, in fine, rappresentato dalla necessità di sottoporre a revisione una buona parte della documentazione del Sistema Qualità relativa all'applicazione degli otto criteri generali al fine di renderli coerenti con le importanti modifiche ed evoluzioni che hanno interessato l'azienda negli anni successivi alla verifica di Accreditamento (2019).

Sicurezza delle cure

La pianificazione delle azioni relative alla sicurezza delle cure e alla gestione del rischio per il prossimo triennio tiene conto di quanto programmato e realizzato negli anni precedenti nonché dei documenti e della normativa nazionale e regionale di riferimento; inoltre, sarà caratterizzata, da un lato, dal mantenimento e dallo sviluppo delle ormai consolidate attività di base e, dall'altro, dall'introduzione di altri interventi specifici e innovativi.

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

Di seguito una sintetica rappresentazione degli obiettivi generali relativi alla sicurezza delle cure:

- promuovere e consolidare una cultura aziendale orientata alla sicurezza delle cure basata sulle buone pratiche, sulla trasparenza, sull'apprendimento dall'errore (segnalazione spontanea) e sulla cultura del «no blame» (non colpevolizzazione);
- supportare la Direzione Strategica e i professionisti al fine di individuare le deficienze del sistema, ridisegnare processi più sicuri e gestire gli eventi di danno;
- monitorare e mappare i rischi attraverso l'analisi integrata delle fonti informative mediante implementazione a regime dell'applicativo regionale SegnalER (in uso dal 16/1/2023);
- predisporre, implementare e monitorare il Piano Programma aziendale per la Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio;
- promuovere l'integrazione trasversale e multiprofessionale tra tutti gli operatori afferenti le varie articolazioni aziendali che tenga conto della sicurezza del paziente, degli operatori, degli ambienti e delle attrezzature attraverso l'identificazione e l'analisi dei rischi, la ridefinizione di processi più sicuri, il monitoraggio dei rischi e dell'effettiva implementazione delle eventuali azioni di miglioramento individuate, nonché la gestione degli eventi significativi, laddove si verificano;

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

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

- revisione e aggiornamento della Delibera aziendale costitutiva del Gruppo aziendale per la Gestione del Rischio;
- ridefinizione e formazione, necessaria in ragione dei profondi cambiamenti organizzativi e del turnover degli operatori, della Rete dei Referenti aziendale per la gestione del rischio clinico, infettivo e occupazionale, presente sia a livello ospedaliero che territoriale, finalizzata anche a consolidare la stretta sinergia tra i Servizi (U.O.S. Rischio Clinico, S.C. Igiene e Controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza, Nuclei Operativi per il controllo delle ICA e per l'uso responsabile degli antibiotici, Servizio di Protezione e Prevenzione aziendale) e la Rete stessa;
- consolidare la propensione degli operatori alla segnalazione spontanea degli eventi avversi e dei quasi eventi anche alla luce dell'avvio della sperimentazione dell'applicativo regionale SegnalER, a regime;
- proseguire le attività di gestione e analisi degli eventi sentinella e degli eventi avversi/quasi eventi significativi, secondo modalità strutturate e garantendo il flusso informativo verso i portatori di interesse;
- mantenere il buon livello di adesione aziendale alle Raccomandazioni ministeriali (monitoraggio AGENAS) e regionali in tema di sicurezza delle cure;
- consolidare l'integrazione delle competenze della U.O.S. Rischio Clinico con quelle del Servizio Qualità e Accreditamento, anche nell'ambito di progetti regionali e nell'applicazione di strumenti di gestione del rischio;
- consolidare l'integrazione delle competenze dell'U.O.S. Rischio Clinico con la S.C. Igiene e Controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza, anche nell'ambito di progetti regionali e nella ridefinizione della Rete dei Referenti per il rischio clinico, infettivo e occupazionale;
- consolidare l'integrazione delle competenze della U.O.S. Rischio Clinico con quelle del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale mediante analisi condivisa delle fonti informative di interesse e valutazione congiunta di rischi e cause/concause (episodi di violenza verso gli operatori), nell'ambito di progetti regionali nonché nella ridefinizione della Rete dei Referenti per il rischio clinico, infettivo e occupazionale;
- consolidare l'integrazione con il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico per quanto attiene le tematiche di sicurezza della terapia farmacologica, Farmacovigilanza, nell'ambito del progetto regionale Vi.Si.T.A.RE nonché per quanto attiene la formazione dei professionisti;
- proseguire, unitamente al Servizio Unico Ingegneria Clinica, le attività formative in tema di corretta gestione dei dispositivi medici e di segnalazione di eventi tramite il flusso della Dispositivovigilanza;
- consolidare l'integrazione tra U.O.S. Rischio Clinico e Servizio Interaziendale di Medicina Trasfusionale attraverso la prosecuzione dell'attività formativa in tema di sicurezza della terapia trasfusionale nonché l'analisi congiunta e strutturata di eventi significativi;
- condividere le priorità e gli obiettivi di competenza in tema di sicurezza dei processi assistenziali;
- proseguire le attività relative alla sicurezza in chirurgia e nel taglio cesareo (flusso dati SSCL-SOS.net, SSCL-TC, progetto OssERvare, formazione agli operatori);
- prosecuzione dei progetti regionali Vi.Si.T.A.RE e OssERvare;

- prosecuzione delle attività inerenti la prevenzione della morte materna e perinatale nonché il monitoraggio e l'analisi strutturata dei near miss ostetrici, secondo le modalità operative indicate dalla Regione;
- prosecuzione delle attività finalizzate alla prevenzione delle cadute dei pazienti degenti e nelle strutture sanitarie del territorio, anche attraverso strategie di sensibilizzazione di operatori, pazienti e caregiver;
- implementare l'attenzione e le conoscenze degli operatori in tema di prevenzione e gestione della contenzione, favorendo altresì la propensione alla segnalazione spontanea di eventi avversi/near miss correlati;
- prosecuzione delle attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione delle lesioni da pressione, anche attraverso la Rete Wound Care aziendale;
- prosecuzione delle attività finalizzate alla prevenzione dell'allontanamento del paziente ricoverato;
- applicare strumenti proattivi di gestione del rischio (FMEA-FMECA), secondo le priorità aziendali;
- consolidare l'integrazione con l'URP attraverso la modalità operativa di condivisione delle segnalazioni dei cittadini mediante l'applicativo regionale SegnalER;
- consolidare le modalità di coinvolgimento e confronto con i cittadini, attualmente in corso attraverso i Comitati Consultivi Misti;
- proseguire la stretta collaborazione tra U.O.S. Rischio Clinico e Comitato Valutazione Sinistri aziendale;
- definire un percorso aziendale relativo alla definizione e standardizzazione del percorso di correzione degli errori di identificazione degli assistiti (il raggiungimento di tale obiettivo risulta tuttavia incerto in relazione ad aspetti tecnologici quali la difficoltà di comunicazione tra i vari sistemi informativi in uso).

Per un maggior livello di dettaglio si rinvia al Piano Programma per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio aziendale che, a far tempo dal 2023, come previsto dal D.M. 19 dicembre 2022 e in coerenza con le successive linee di indirizzo regionali, dovrà essere elaborato con periodicità annuale.

Governo del rischio infettivo

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

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

I contenuti del programma sono orientati sia alla prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), per il tramite della sorveglianza e controllo della diffusione nei diversi setting assistenziali dei microrganismi (in particolare di "alert organism"), sia alla promozione dell'utilizzo responsabile degli antibiotici. Il programma include anche interventi rivolti all'ambito Socio Sanitario.

L'attuazione delle attività previste dal programma è affidata a due "Nuclei Operativi", anch'essi multiprofessionali e multidisciplinari, uno per il controllo delle ICA e l'altro per l'uso responsabile degli antibiotici.

Inoltre, l'assetto organizzativo, prevede una "rete di referenti" di unità operativa/Servizio per il governo del rischio infettivo e per la gestione del rischio.

Si rimanda al Programma annuale per la descrizione approfondita delle specifiche attività.

Obiettivi rilevanti:

- a) Ridefinire e aggiornare la rete aziendale dei referenti per il rischio clinico e infettivo, includendo anche tematiche afferenti al Servizio Protezione e Prevenzione Aziendale (sicurezza degli operatori) e progettando una formazione specifica.

- b) Formazione sulla prevenzione delle ICA e dell'antimicrobicoresistenza con particolare riferimento agli obiettivi del PNRR, integrando i corsi aziendali e i corsi regionali disponibili sulla piattaforma e-laber.
- c) Collaborazione con la Direzione Socio Sanitaria e il Dipartimento di Sanità Pubblica al fine di consolidare l'azione di supporto dell'Azienda ai contesti Socio-Assistenziali.
- d) Coinvolgimento delle associazioni di volontariato attraverso interventi di informazione / formazione sul rischio infettivo.
- e) Consolidare alcune attività considerate di particolare rilevanza e oggetto di obiettivi specifici da parte della Regione:
 - Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico (SICHER) basata sul protocollo europeo definito dall'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC);
 - Sorveglianza degli Enterobatteri produttori di carbapenemasi (vedi anche Circolare Ministeriale "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi - CPE" del 26/02/2013);
 - Igiene delle mani: continuare le attività di sensibilizzazione degli operatori sanitari verso la pratica dell'igiene delle mani, in particolare per il tramite della formazione teorica e delle osservazioni "sul campo" del grado di adesione ai 5 momenti indicati dall'OMS (registrazione dei dati delle osservazioni in MappER - Mani App Emilia Romagna);
 - Partecipazione ai progetti "Vi.Si.T.A.Re" e "Osservare". I progetti, coordinati dalla U.O.S. aziendale Rischio Clinico, sono finalizzati a migliorare la sicurezza nei reparti e nei blocchi operatori, anche in riferimento al rischio infettivo.

Percorso nascita e assistenza perinatale

La tutela della salute della donna, dei diritti della partoriente e della salute del neonato costituiscono un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e di riabilitazione in tale ambito, hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura.



Sul Percorso Nascita, accanto a agli obiettivi storici, volumi e sicurezza parti fisiologici e cesarei, complicanze da parto, controllo del dolore, assistenza alle donne gravide da parte dei consultori, per i quali sono state registrate performance molto buone (vd a seguire capitolo sugli esiti) l'Azienda è stata fortemente impegnata nella riorganizzazione dei percorsi di area nord che si è resa necessaria a causa della diffusa carenza di personale che ha determinato una forte criticità nei due punti nascita di Carpi e Mirandola. L'introduzione delle cooperative mediche nei due punti nascita di area nord ha comportato un forte impegno volto alla definizione di percorsi assistenziali sicuri (riorganizzazione del lavoro, revisione delle procedure assistenziali e dei rapporti tra i professionisti coinvolti nel processo di cura, diversa centralizzazione dei casi). In considerazione delle predette criticità il 22 dicembre 2022 la funzione del punto nascita di Mirandola è

stata temporaneamente sospesa ed è stata contestualmente rafforzata l'offerta di prestazioni specialistiche di primo e secondo livello ospedaliero, in integrazione con le attività consultoriali, garantendo a livello distrettuale tutte le attività compatibili con gli strumenti e le risorse presenti con importante riorganizzazione e potenziamento del percorso nascita locale con misure a favore della prossimità del sostegno alla genitorialità: supporto al puerperio a domicilio e all'accudimento neonatale (Home visiting). Oltre al rafforzamento dell'offerta dei corsi di preparazione al parto, è stata strutturata e garantita, a tutte le donne residenti nel distretto, un'offerta attiva di assistenza ostetrica alla gravidanza, con un monitoraggio attento, anche di quella parte di donne assistite da specialisti privati, che possono trovare nella strutture pubbliche l'offerta della diagnosi prenatale (ecografie, NIPT), delle consulenze ostetriche, psicologiche e dell'avvio ai percorsi appropriati per programmare la sede del parto. Più in particolare si è previsto di: a) predisporre un anagrafe di tutte le donne in gravidanza e geo-localizzazione della residenza per individuare eventuali difficoltà nell'accesso ai servizi sia programmati che in urgenza, b) offrire attivamente il primo colloquio informativo in gravidanza (possibilmente entro la 9-10 settimana) a tutte le donne in gravidanza, comprese le donne assistite da libero professionisti anche grazie al coinvolgimento dei MMG e PLS c) garantire la presa in carico e l'assistenza alla gravidanza secondo il profilo di rischio ostetrico con contatti programmati trimestralmente per monitorizzare l'andamento clinico e le eventuali problematiche emergenti.

Passando alla gravidanza a termine e al parto è stato previsto un accompagnamento alle «scelte del parto» e la promozione della continuità assistenziale anche con presenza delle ostetriche di Mirandola nei punti nascita di riferimento (Carpi e Modena) che potranno incontrare le donne negli ambulatori della gravidanza a termine, durante la degenza ed in dimissione. La dimissione «appropriata» della coppia madre neonata/o è garantita dall'assegnazione all'uscita dal reparto dell'appuntamento già prefissato col pediatra del territorio e anche di quello per visita dell'ostetrica in consultorio, da garantirsi a Mirandola in ospedale o a domicilio, secondo le preferenze e i bisogni assistenziali della donna. È stata altresì garantita la presa in carico di tutte le donne nel puerperio e avvio dell'assistenza domiciliare, (visite domiciliari post partum), anche attraverso un percorso formativo specifico per le professioniste che andranno ad assistere al domicilio. Tale offerta è garantita a tutte le donne, non solo a quelle in difficoltà, con l'obiettivo anche di sostegno e informazione ai genitori sulle opportunità presenti nel contesto locale a sostegno della genitorialità, in integrazione coi centri famiglie e le associazioni di volontariato.

Si è inoltre lavorato per la promozione:

- della figura dell'ostetrica di comunità quale elemento di congiunzione tra i professionisti;
- dell'allattamento con un accompagnamento vigile e attento ai bisogni della mamma e del bambino;
- della riabilitazione del piano perineale subito nel post partum al fine di prevenire disfunzioni del pavimento pelvico che se non trattate cronicizzano;
- della ripresa e rafforzamento della rete sociosanitaria ed educativa sul progetto della promozione della salute mentale perinatale, della prevenzione della violenza domestica nel percorso nascita e della prevenzione del maltrattamento e abuso sui minori.

Come detto, contestualmente è stata rafforzata l'offerta di prestazioni specialistiche di primo e secondo livello, in integrazione con le attività consultoriali, garantendo a livello distrettuale tutte le attività compatibili con gli strumenti e le risorse presenti.

Il mantenimento dell'organizzazione assistenziale sul territorio, l'incremento dell'offerta ambulatoriale, il mantenimento dei buoni indici di performance del percorso nascita territoriale e ospedaliero, ed infine, il superamento della presenza delle cooperative mediche a Mirandola e Carpi rappresentano gli obiettivi del breve e medio termine sui quali operare.

Appropriatezza farmaceutica

Le azioni specifiche di governo dell'assistenza farmaceutica sulle quali attenzionare i prescrittori e gli ambiti di intervento saranno come sempre declinate avendo a riferimento i contenuti delle indicazioni regionali, a seguire si richiamano i principali ambiti, sottolineando l'importanza del coinvolgimento complessivo di tutti i professionisti (ospedalieri e territoriali) coinvolti nel processo prescrittivo quale strumento forte di raggiungimento dell'obiettivo del buon uso del farmaco:

- a) Adesione alle indicazioni prescrittive individuate per alcune molecole target per impatto sulla salute, sulla sicurezza e sulla spesa (antibiotici, PPI, vitamina D, omega 3, antidiabetici, farmaci biologici ad alto costo, farmaci intravitreali) attraverso azioni volte alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva (costo opportunità, stewardship antimicrobica...) in ambito ospedaliero e sul territorio, favorendo ampio ricorso ai farmaci a brevetto scaduto e ai biosimilari;
- b) Governo interaziendale della prescrizione dei farmaci ad alto costo (biologici in ambito reumatologico/dermatologico/gastroenterologico, farmaci per HIV, oncologici, farmaci per lo scompenso, anti-PCSK9) con stima/programmazione dei livelli di consumo attesi su base provinciale e presidio delle azioni di promozione dell'appropriatezza d'uso e di gestione del rischio (si veda in particolare le terapie innovative ad alto costo con criticità di impiego in termini di sicurezza e rischio di inappropriatazza);
- c) Adesione ai risultati delle gare regionali attraverso il costante monitoraggio del livello di adesione alle gare, con particolare riferimento ai prodotti (sia farmaci sia DM) ad alto impatto sulla spesa;
- d) Adesione alle raccomandazioni o alle linee di indirizzo sull'uso di farmaci e di dispositivi medici prodotte dalla Commissione Regionale del Farmaco, da gruppi regionali (es GREFO) o locali;
- e) Corretta alimentazione dei flussi informativi farmaci e dispositivi medici, compilazione dei registri di monitoraggio della appropriatezza disponibili sulla piattaforma SOLE e sulla piattaforma AIFA da parte dei medici specialisti, prescrizione informatizzata delle terapie oncologiche orali da parte degli specialisti oncologi ed ematologi, al fine di una corretta e completa (anche istotipo e markers specifici) alimentazione del data base oncologico regionale;
- f) Relativamente al settore Dispositivi Medici la veloce evoluzione della normativa europea sia in termini di regolamentazione del mercato (Regolamenti UE) che di dispositivovigilanza richiede un costante aggiornamento per gli operatori e un continuo adattamento a nuove regole.
- g) Interventi in materia di farmacovigilanza, dispositivovigilanza e rischio clinico finalizzati alla corretta sensibilizzazione dei prescrittori; a questo proposito con riferimento ai dispositivi (DM), sarà posta particolare attenzione alla sensibilizzazione degli operatori sanitari alla sicurezza di impiego, al rafforzamento del sistema di vigilanza/sorveglianza del mercato, agli obblighi di segnalazione degli incidenti e al successivo iter (rintracciabilità del prodotto, conduzione delle indagini cliniche ...);
- h) Governo del complesso percorso di introduzione di nuovi dispositivi, con sviluppo di specifiche competenze e di processi decisionali fondati su EBM ed HTA, avvalendosi anche di organismi strutturati come la Commissione Dispositivi Medici;
- i) Produzione di reportistica a supporto della correttezza prescrittiva, presentazione delle stesse in ambiti ospedalieri e territoriali (NCP), promozione di audit clinici in tema di uso appropriato di farmaci e DM.

Sorveglianza Sanitaria

- Adempimenti dettati dalla normativa vigente relativi alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (D.L.gs 81/08 e D.L.gs 101/20);
 - effettuazione visite mediche;
 - esecuzione sopralluoghi anche in collaborazione con altri Servizi (SPPA, Servizio Tecnico,...);
 - elaborazione Documenti Valutazione del Rischio
- Promozione alla salute sui luoghi di lavoro per l'adozione di corretti stili di vita (attività motoria: corsi ginnastica posturale, camminate; benessere psicologico; salute alimentare,...);

- Prosecuzione dell'offerta vaccinale contro influenza, MPR, varicella, ecc per gli operatori sanitari;
- Percorsi integrati con altri professionisti aziendali per la valutazione/presa in carico del lavoratore dislessico;
- Implementazione delle potenzialità della "cartella medico competente" regionale di cui l'Azienda di Modena è il punto di riferimento;
- Coordinamento delle attività della Sorveglianza Sanitaria con le Strutture Sanitarie della RER;
- Prevenzione e gestione dell'operatore vittima di violenza con altri professionisti dell'Azienda;
- Predisposizione di corsi di formazione teorici/pratici di difesa personale degli operatori che lavorano in contesti a maggior rischio di violenza fisica;
- Formazione teorico/pratica ed addestramento degli operatori sanitari, nei diversi setting aziendali, relativamente al rischio da esposizione a MMC/pz e all'utilizzo corretto degli ausili;
- Sviluppo di percorsi facilitati per i lavoratori con patologie croniche per le consulenze specialistiche (es. dietista, fisioterapista...);
- Formazione sul campo per acquisizione di conoscenze/competenze di ergonomia;
- Potenziamento dell'utilizzo linee guida per espressione dei giudizi di idoneità, di condivisione dei giudizi tra i medici competenti, e di gestione delle "idoneità difficili".

Indicatori di Performance Dimensione Processi Interni – Produzione Appropriata, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico Anno 2022 (Fonte: InsidER)

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	PI004	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico		-	-	
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0843	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario - Indicatore NSG: H04Z	<= 0,21	0.16	0.13	tendenziale riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0857	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: H06Z		2.28	1.72	tendenziale riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0858	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: H07Z		26.53	16.47	tendenziale riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0621	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici		7	4.51	riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0622	Embolia polmonare o tromboembolia venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici		3.75	3.05	riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0505	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS		14.55	15.86	riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0506	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni		4.41	2.95	riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0333	% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	<=5%	23.72	21.91	riduzione

PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0343	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	< 850 prescrizioni per 1.000 ab.	639.37	752.74	riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0863	Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio		825.92	849.78	allienamento a media RER/riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0864	Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio		721.98	718.58	tendenziale riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0865	Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - Indicatore NSG: D13C		75.03	73.5	tendenziale riduzione

3.2.3 Programmazione dell'organizzazione

POLA - Piano Organizzativo Lavoro Agile

Come previsto dall'art. 14 Legge n. 124/2015, modificato da art. 263 D.L.34/2020. L'Azienda USL di Modena ha predisposto e deliberato il POLA. Tale documento è parte integrante, quale allegato, al presente Piano.

Trasformazione digitale

Le nuove tecnologie devono entrare in modo sostanziale nell'organizzazione dei servizi ospedalieri, territoriali e socio-sanitari ed il ricorso a strumenti di telemedicina deve diventare strutturale.

La trasformazione digitale dei servizi sanitari rappresenta la chiave essenziale per migliorare significativamente l'accessibilità e la fruizione dei servizi da parte della cittadinanza e al tempo stesso consentire il raggiungimento di una maggiore economicità e sostenibilità del sistema, ma soprattutto è una fondamentale opportunità per aumentare l'efficacia clinica ed assistenziale.

I finanziamenti del PNRR rendono più realizzabile questa trasformazione digitale.

Sarà importante allinearsi alle previsioni del "Piano per la trasformazione digitale dei servizi sanitari e sociali" unificando allo scopo i finanziamenti disponibili (PNRR ed altri), e abbracciando l'impostazione che vede i sistemi informatici ed informativi articolati secondo piattaforme informatiche uniche regionali.

Rete FSE; integrazione socio-sanitaria

Con riferimento alla digitalizzazione e conservazione dei documenti digitali i risultati raggiunti, in coerenza con le disposizioni previste dal DPCM n. 178 del 29 settembre 2015, depongono per il sostanziale raggiungimento degli obiettivi di invio all' FSE sia per i referti di laboratorio, sia per quelli di specialistica ambulatoriale e radiologia (considerando anche le strutture private accreditate), sia infine per il PS. La % delle lettere di dimissioni inviate al FSE, rapportato all'attività rendicontata nel flusso SDO, come dati forniti dai servizi informativi RER, è risultato pari all' 86,3% considerando le sole strutture pubbliche e 71% se si considerano anche le strutture private accreditate. A conclusione delle attività di adeguamento dei sistemi per la gestione della firma elettronica remota, si è testato il sistema di firma partendo da UUOO selezionate per poi estenderlo a tutta l'azienda. Tale sistema porterà all'invio dei documenti firmati digitalmente, in percentuale crescente, condizione necessaria all'alimentazione del FSE regionale e del FSE nazionale.

A supporto della semplificazione e del miglioramento dell'accessibilità ai servizi, si è operato per creare le condizioni per perseguire gli obiettivi per lo sviluppo di strumenti a supporto della semplificazione e del miglioramento dell'accessibilità. Particolare impegno è stato profuso nell'adozione sviluppo e supporto dei progetti pluriennali secondo pianificazione regionale: Gestione Informatizzata dell'Area Amministrativo

Contabile (GAAC), gestionale introdotto ad inizio 2022, Gestione delle Risorse Umane (GRU), Medico Competente, Sistema Informatizzato della Salute Mentale (CURE) introdotto e adottato in ambito di psichiatria adulti e NPI Progetto Telemedicina Regionale sul quale è attivo uno specifico gruppo nell'ambito del tavolo di adozione del DM 77/22.

La diffusione della firma elettronica dei clinici, nonostante la capillarità della rete di operatori che si occupano della distribuzione, sta procedendo non senza difficoltà per la mancanza di adesione dei professionisti.

I sistemi necessitano di continua manutenzione volta a garantire la continuità della funzione e anche il periodico confronto con i professionisti chiamati ad utilizzare in modo più sistematico i sistemi di refertazione allo scopo di aumentare ulteriormente la percentuale di referti firmati che, attualmente risulta critica.

Nel prossimo triennio l'Azienda sarà impegnata in diversi progetti di virtualizzazione dei servizi tra i quali preme evidenziare: il Portale del cittadino preposto alla gestione delle pratiche SAUB, l'integrazione con l'App IO per il rapporto amministrativo con il cittadino (es pagamento ticket).

Tra le attività che saranno sviluppate un particolare rilievo assumerà l'introduzione della Cartella Clinica Elettronica, del sistema di prescrizione e somministrazione in tutte le UO di ambito medico e chirurgico dell'Azienda e l'implementazione delle cartelle del territorio. Sarà altresì introdotto il Sistema di gestione dei percorsi chirurgici, la sostituzione del Repository e relative integrazioni, l'implementazione di Software specialistici a supporto attività di diagnosi e cura (Endoscopia digestiva, Pneumologia, Dermatologia e Oftalmologia) che saranno in parte subordinati alla scelta della cartella clinica di cui si è detto sopra. Di dovrà lavorare al potenziamento della security (manutenzione adeguata dei sistemi nell'ambito della sicurezza) sia attraverso upgrade tecnologici sia attraverso l'adozione di sistemi di monitoraggio. Saranno oggetto di intervento anche i sistemi di interoperabilità interaziendale e regionale per la condivisione informazione per il quale si è in di indicazioni dalla regione.

Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale

Dovrà proseguire l'implementazione sia dei servizi di Telemedicina, il teleconsulto, la televisita, la teleassistenza e teleriabilitazione, sia sul fronte dell'adozione delle tecnologie che sul fronte dell'integrazione delle informazioni con gli applicativi aziendali. Nell'ambito della Televisita e più in generale della Telemedicina, risulta fondamentale l'adozione della delibera regionale 1227/2021 che definisce gli standard per lo sviluppo dei servizi di telemedicina all'interno delle Aziende sanitarie. Verranno definite le modalità di sviluppo dei singoli servizi di telemedicina definendo per ogni servizio il modello da implementare nello sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici. Nello specifico ambito di sviluppo futuro della telemedicina:

- l'area della diagnostica di radiologia e di laboratorio anche durante i meeting multidisciplinari che consentirà il passaggio agile ed efficace delle informazioni fra i professionisti;
- nell'ambito della revisione dei percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie croniche a livello interaziendale con introduzione di modelli di televisita e di teleassistenza (es. PDTA-BPCO; diabete; scompenso cardiaco; malattie croniche intestinali);
- l'area della continuità assistenziale con la possibilità di implementare il teleconsulto nei confronti dei MMG e dei medici delle cure primarie e CRA. Ambiti di sviluppo del teleconsulto e teleriabilitazione riguardano anche il percorso dei pazienti trapiantati e con tumore al seno;
- in ambito nefrologico è previsto lo sviluppo della telemedicina in campo ambulatoriale e dialitico finalizzato a favorire la crescita dei pazienti selezionati per la metodica dialitica domiciliare;
- nell'ambito della Salute Mentale, verrà posta a regime l'implementazione del sistema informativo regionale per la salute mentale adulti (CURE) estendendolo alla NPJA e alle DP, attraverso il confronto tra i professionisti e occasioni estensive di formazione al fine dell'utilizzo quotidiano dello strumento. Sarà particolarmente curata la funzione che CURE consente di Telemedicina e teleconsulto;
- introduzione dei servizi di telemedicina (es. teledermatologia con telerefertazione e televisita) all'interno delle Carceri;
- Sviluppo di progetti di ricerca in stretta collaborazione con Azienda Ospedaliero Universitaria.

In tema di integrazione dei servizi generali, amministrativi, tecnici e sanitari, si dovrà proseguire nel consolidare il nuovo assetto strutturale unitario delle funzioni amministrative, tecnico professionali delle

Aziende Sanitarie provinciali e nell'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari articolandone le modalità nei diversi contesti.

Corretta gestione dei flussi informativi

Particolare attenzione meriteranno gli adempimenti finalizzati alla garanzia dei flussi informativi, ponendo particolare attenzione alla raccolta dei dati, al consolidamento dei sistemi informativi, ai registri ed alle sorveglianze, provvedendo con tempestività e completezza alla trasmissione dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale, regionale, ma anche e soprattutto a supporto della programmazione, della valutazione delle attività erogate.

Adempimenti relativi ai flussi informativi

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

- a) SDO: al di là dell'adempimento alle indicazioni della tracciabilità dei pazienti covid e sospetti covid attraverso l'utilizzo della codifica ICD9CM come da indicazioni della Regione (PG 2020/210759 del 10/03/2020) e della manutenzione dei setting assistenziali relativi alla dinamica dei posti letto (anagrafica dei reparti), dovrà essere migliorata la qualità di rilevazione dei dati del flusso informativo per le nuove necessità del Piano Nazionale Esiti e riferite in particolare alla data e ora intervento, inizio intervento per le procedure interventistiche di emodinamica, pneumologia ed endoscopia; frazione di eiezione, creatinina serica, pressione arteriosa; titolo di studio;
- b) ASA: sostituzione dell'attuale applicativo di raccolta di tutti i flussi informativi da vari applicativi sanitari per la produzione del flusso informativo della specialistica ambulatoriale (ASA);
- c) AFO, FED, DIME Adempimenti LEA C14 e C15: a seguito dell'avvio dell'applicativo di area amministrativo contabile (GAAC), vengono essere mantenute le attività volte all'analisi della completezza e qualità dei flussi informativi FED e AFO e DIME e dovranno essere gestite le anomalie rilevate;
- d) EMUR: Proseguiranno le attività di adeguamento alle richieste regionali riferite in particolare al monitoraggio del tempo di boarding e di processo;
- e) DB Clinici REAL, RERIC, RERAI, Sicher, SSCL, DBO oncologico, HIV Attività di adeguamento alle richieste regionali riferite in particolare al miglioramento della qualità dei flussi informativi e corretto linkage con i relativi flussi di riferimento (SDO, ASA, FED).

Da ultimo con riferimenti al PNRR ed a servizi ICT, SUIC e SUAT dovranno essere rispettate le scadenze del PNRR sia regionali sia ministeriali che europee e dovrà essere garantita con continuità la puntualità delle rendicontazioni ministeriali e regionali richieste, rispettando le scadenze date e garantendo il continuo colloquio con l'unità regionale di gestione del PNRR.

Servizi sociali

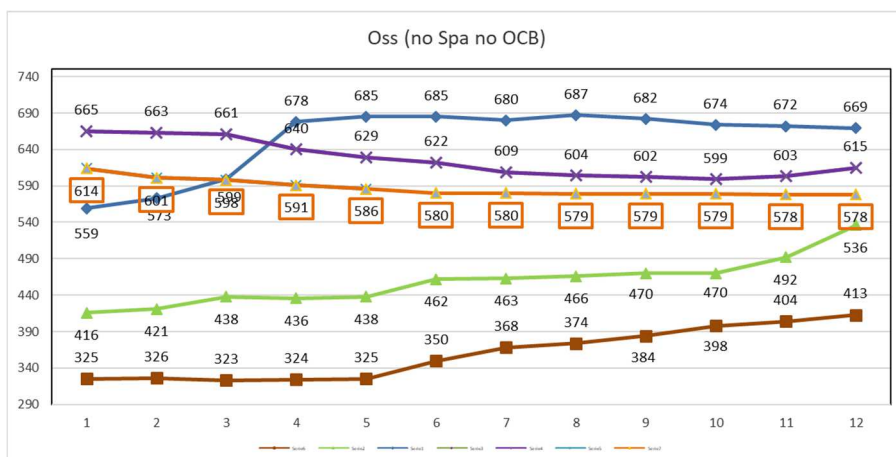
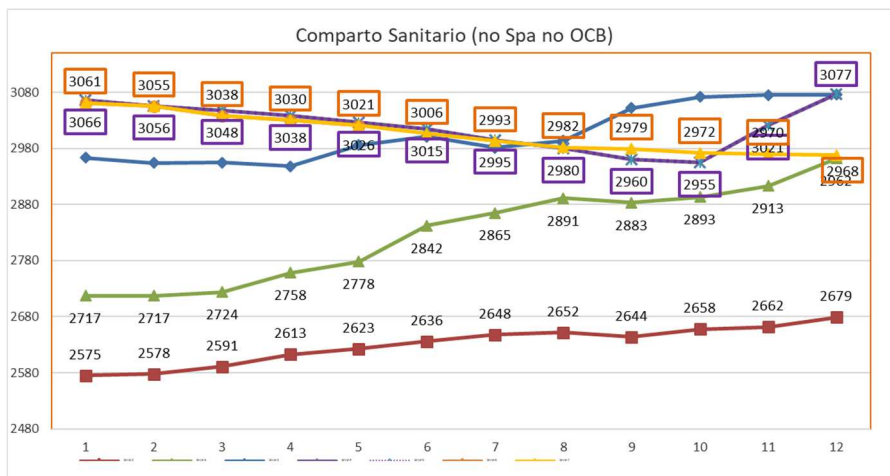
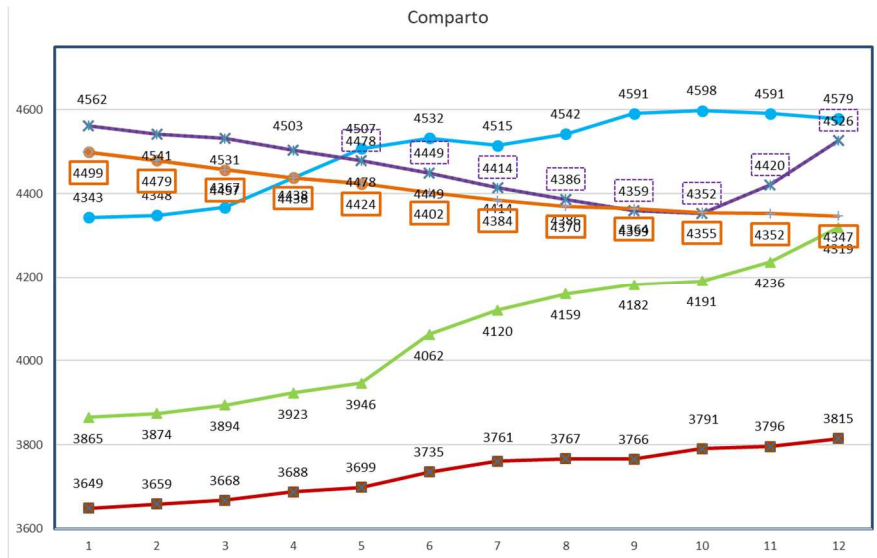
Alla luce dell'introduzione del nuovo gestionale regionale GAAC, in collaborazione in particolare con Controllo di gestione deve essere definita un nuovo cruscotto e relativa reportistica che monitori in modo puntuale l'utilizzo dei finanziamenti assegnati in relazione agli utenti target ed ai servizi ad essi associati.

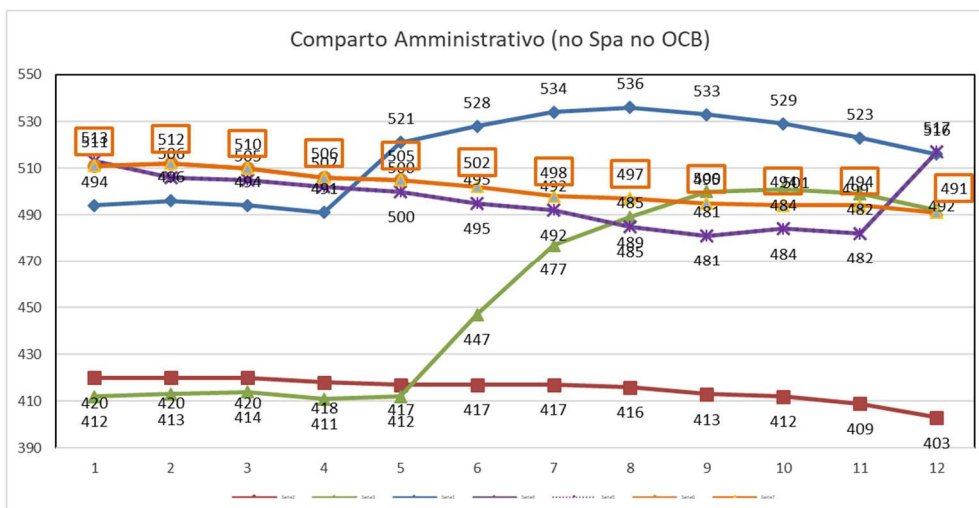
3.2.4 Programmazione delle dotazioni di personale

Per l'anno 2023 le determinanti della programmazione del personale si svilupperanno in coerenza con le linee di programmazione regionali e con l'obiettivo economico complessivo assegnato con nota della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare avente ad oggetto "Obiettivi di Budget – 2023 – integrazione della nota prot. 0178041 e 0178429 del 24/02/2023".

Le politiche di reclutamento seguiranno due direttrici con riferimento alle differenti componenti dell'organico aziendale.

Da un lato, in riferimento all'area del Comparto, l'obiettivo 2023 sarà quello di contenere gradualmente l'organico con una gestione della copertura di turn-over entro i livelli del 2022. I grafici che seguono, e che rappresentano l'andamento annuo del personale a partire dal 2019, ci danno evidenza di tutto ciò:





Dal lato della dirigenza sanitaria l'obiettivo 2023 sarà quello di gestire la pesante condizione degli organici, in particolare medici, attraverso l'inserimento in corso d'anno, uno "stock" di personale medico, nelle aree strategiche più depauperate, da anni di impossibilità a sostituire il turn-over per mancanza di professionisti. Tali inserimenti saranno altresì funzionali all'obiettivo del superamento del ricorso all'esternalizzazione di servizi medici (PS e ginecologia) alle cooperative. Di seguito una tabella sintetica che riporta le figure mediche necessarie:

	TOTALI
ANESTESISTI	8
PS	10
GINECOLOGI	6
INTERNISTI	8
CHIRURGHI	5
RADIOLOGI	4
ORTOPEDICI	1
Psichiatri/NPIA	10
	52

Il focus centrale delle politiche di sviluppo del personale nel 2023 sarà quello di continuare a lavorare, unitamente alle rappresentanze dei lavoratori, all'implementazione degli strumenti contrattuali di valorizzazione dei percorsi di carriera professionali.

Sul versante dell'area comparto l'anno 2023 sarà dedicato alla "messa a terra" del nuovo CCNL 2019-2021 avvenuta a novembre 2022, in particolare attraverso:

- La ridefinizione del sistema indennitario del personale;
- La revisione della regolamentazione sul nuovo sistema degli incarichi di area comparto (incarichi di posizione e incarichi di funzione);
- La ridefinizione della mappatura aziendale dei suddetti incarichi;
- La revisione del regolamento della mobilità interna aziendale;
- La revisione della regolamentazione aziendale sull'orario di lavoro;
- La definizione del sistema aziendale per l'assegnazione dei DEP.

Sul versante della dirigenza sanità invece l'anno 2023 sarà il primo anno di applicazione di un importante percorso di valorizzazione della incentivazione per i professionisti operanti in setting/aree disagiate dell'Azienda individuati nelle UU.OO. aziendali del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza e del Dipartimento di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria, nonché nelle UU.OO. dei Distretti di Mirandola e di Pavullo n.f. (afferenti a tutte le articolazioni organizzative aziendali). Nello specifico si interverrà sull'incremento della retribuzione di premialità per i Dirigenti Medici e Veterinari di prima assunzione, quale strumento strategico di valorizzazione di queste figure professionali durante la contingente fase contraddistinta dalla carenza sul mercato del lavoro dei professionisti e dall'elevato tasso di turn-over.

Alla luce della recente revisione della normativa in merito alla stabilizzazione dei rapporti di lavoro precari il ricorso al tempo determinato per molti profili professionali risulta contenuta ed al di sotto delle soglie fissate dalla Contrattazione Nazionale; il ricorso al rapporto di lavoro a tempo determinato è in costante diminuzione nel corso dell'ultimo biennio, seppure permangano specifiche aree professionali che presentano percentuali più alte laddove il ricorso al rapporto a tempo determinato è legato alla tempistica di reclutamento a tempo indeterminato, come per i profili professionali dell'OSS e dell'Autista di Ambulanza.

Con riferimento specifico alla stabilizzazione del personale, anche nel periodo di vigenza del presente Piano l'Azienda darà seguito sia alle procedure di stabilizzazione ex art. 20 c. 1 del D.lgs. n. 75/2017 che alle c.d. "stabilizzazioni dei precari del COVID" previste dalla legge di bilancio n. 234/2021, secondo le indicazioni regionali in materia e compatibilmente con il vincolo del 50% del fabbisogno delle assunzioni per ciascuna annualità.

Per ulteriori specifiche si rimanda al Piano Triennale Fabbisogni del Personale 2023-2025 dell'Azienda USL di Modena **che verrà inserito nel presente documento a seguito della prescritta autorizzazione regionale e del conseguente recepimento aziendale.**

3.2.5 Programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza

Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi, promuovere la trasparenza e implementare la funzione aziendale di audit

L'Azienda pone la massima attenzione per dare completa attuazione a tutte le misure inserite nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2022-2024 (adottato con deliberazione n. 136 del 15/04/2022) facendo proprie le metodiche di mappatura dei processi, di valutazione dei rischi corruttivi e di individuazione delle misure di prevenzione definite dall'atto di indirizzo adottato da A.N.AC. (con la delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 recante "Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019").

Nel corso dell'anno 2022 è stato adottato il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2022-2024 (Deliberazioni del Direttore Generale n. 387 del 28/10/2022 e n. 455 del 20/12/2022) formulato tenendo conto del documento "Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza" presentato da A.N.AC. il 3/02/2022 nonché delle indicazioni della Regione Emilia Romagna fornite tramite la DGR n 1299 del 1/08/2022 e la nota prot. n. 83150/22.

È stata curata, nel dettaglio:

- la messa a terra delle misure specifiche e degli adempimenti connessi alle misure generali nonché l'aggiornamento tempestivo del sito web "Amministrazione Trasparente".
- il monitoraggio annuale delle misure di prevenzione della corruzione, svoltosi valutando l'opportunità di introdurre misure nuove ed innovative rispetto al passato o la loro semplificazione qualora eccedenti rispetto allo scopo, frutto dell'analisi congiunta con i responsabili delle strutture amministrative aziendali, ha evidenziato l'effettiva attuazione delle misure generali e specifiche e la loro adeguatezza.

Nel corso del 2022 non sono state rilevate criticità anomalie o non conformità riconducibili a fenomeni corruttivi, non sono pervenute segnalazioni da whistleblowing o da altri canali e nessun evento corruttivo ha interferito con l'ordinaria amministrazione dell'Azienda AUSL di Modena.

Parallelamente sono stati perseguiti e continueranno ad esserlo gli obiettivi di:

- a) promozione di maggiori livelli di trasparenza (già previsto dall'art. 10, co. 3, del d.lgs. 33/2013, come novellato dall'art. 10 del d.lgs. 97/2016), curando con continuità l'aggiornamento del sito Amministrazione Trasparente allo scopo sia di adempiere agli obblighi di pubblicazione nel modo più

completo ed efficiente e secondo i criteri di qualità di cui all'articolato complesso di disposizioni in materia, che di offrire al cittadino una maggiore intelligibilità e chiarezza nel merito delle informazioni, tecniche, ivi contenute. In tale senso, è significativa e determinante l'individuazione di referenti dei direttori dei servizi responsabili della pubblicazione dei dati e delle informazioni in Amministrazione Trasparente e la loro formazione sul campo proseguita nel 2022 attraverso relazioni costanti nel tempo.

- b) informatizzazione e semplificazione del flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente". Sono state "automatizzate" le seguenti sezioni:
- a. Provvedimenti (delibere del Direttore Generale e Decisioni dei Direttori delle Strutture) e decisioni inerenti agli Atti di aggiudicazione (rif. art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016).
 - b. Consulenti Collaboratori, con il rinvio alla Banca Dati PERLA.PA
 - c. Personale, la sezione Curricula dei dirigenti e incarichi di funzione è alimentata dal portale GRU WHR Time [applicativo per la gestione delle risorse umane adottato da tutti gli Enti del SSR].
 - d. Bandi di Gara e Contratti - Informazioni sulle singole procedure (art. 1 comma 32 della legge 190 del 2012). Il flusso informativo è garantito anche tramite i collegamenti alle Banche dati:
* il Sistema Acquisti Telematici Emilia-Romagna – SATER -Romagna (SATER) * il Sistema Informatico Telematico degli Appalti della Regione Emilia Romagna – SITAR * il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione MEPA; * la Banca Dati Amministrazioni Pubbliche OpenBDAP * il Portale dei dati aperti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (per accedere ai dati in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e fornitore) * il Servizio Contratti Pubblici (SCP) del Ministero delle infrastrutture e della mobilità.
 - e. Liste di attesa, i dati per tutte le Aziende USL della Regione sono pubblicati on-line sul sito www.tdaer.it
 - f. I Dati sui pagamenti del Servizio Sanitario Nazionale (incassi, pagamenti e indicatori suddivisi per composizione di spesa), sono consultabili accedendo al sito ministeriale per la PA: SOLDI PUBBLICI Banca dati SIOPE
 - g. Atti di programmazione delle opere pubbliche e Tempi, costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche. Le informazioni sono disponibili nella Banca Dati Amministrazioni Pubbliche.
 - h. Accessibilità e catalogo di dati, metadati e banche dati Le informazioni sono disponibili attraverso l'Accesso agli OPENDATA: * <http://www.saluter.it/siseeps/reporter> * Repertorio nazionale dei dati territoriali (<http://www.rndt.gov.it/>) * catalogo dei dati della PA e delle banche dati (<http://www.dati.gov.it/>) * catalogo dati gestiti da AGID (<http://basidati.agid.gov.it/catalogo>) * Banche dati della Regione Emilia Romagna (<https://trasparenza.regione.emilia-romagna.it/altri-contenuti/banche-dati>) * Obiettivi accessibilità disponibili sul sito AgID - Agenzia per l'Italia Digitale.
 - i. Si segnala, a riguardo, l'apporto significativo in materia offerto dall'automatizzazione dei processi in atto presso l'Azienda: il ricorso all'applicativo GAAC per la gestione contabile, la gestione informatizzata delle liste d'attesa, la gestione delle agende per prenotazioni di prestazioni ambulatoriali nella procedura CUP (Centro Unico di Prenotazione), la gestione del protocollo documentale e del percorso di adozione degli atti (delibere e decisioni) attraverso applicativo informatizzato e centralizzato Archiflow, la gestione del personale attraverso l'applicativo GRU WHR Time applicato a tutti gli enti del SSR.
- c) rotazione del personale e dei dirigenti tenuto conto che difficoltà nella applicazione della misura derivano da vincoli contrattuali, alta specificità e professionalità di alcune qualifiche connesse anche al settore sanitario. Nei casi in cui non sia stato possibile attuare un programma di rotazione si è fatto ricorso e si continuerà ad adottare la misura della segregazione delle funzioni ed il frazionamento dei processi e controllo del referente sovraordinato.

- d) verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconfirmità.
- e) la raccolta delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi [sinteticamente rappresentate da dichiarazioni su: rapporti con soggetti esterni (articolo 4, comma 4) del Codice disciplinare Aziendale adottato con delibera n. 143/2018); adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni (articolo 7, del Codice); vincoli di parentela con colleghi in rapporto di subordinazione gerarchica (art. 18 bis della L.R. n. 43/2001) e, in generale, tutte quelle situazioni in cui possano evidenziarsi conflitti di interessi tra il ruolo istituzionale e le attività che vengono svolte per conto dell'Azienda (art. 4. del Codice)] che corrispondono ad obbligo previsto dal Codice di comportamento aziendale adottato con delibera n. 143/2018 e ad un obiettivo della Direzione contenuto nell'Allegato B [OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE 2022] della DGR 1772/2022 [Linee di programmazione e finanziamento delle A. del SSR per l'anno 2022. Integrazione della DGR n. 407/2022].
- f) manutenzione del canale aziendale criptato per il whistleblowing. Nel 2021 è stata adottata la Procedura DG.PO.014 del 19/08/2021 per le segnalazioni di condotte illecite (whistleblower) completata con Valutazione di Impatto Piattaforma Whistleblowing (DPIA prot. n. 2034/22 del 13/01/2022). È quindi attivo un canale riservato, criptato e certificato (<https://www.ausl.mo.it/segnalazioneilleciti>) per ricevere le segnalazioni di che trattasi.²

La materia è stata oggetto di revisione con il decreto legislativo 10 marzo 2023, n. 24 che recepisce in Italia la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto in senso fortemente ampliativo³ del novero dei soggetti, persone fisiche, che devono essere protette per le segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche e di espansione dell'ambito oggettivo, cioè di ciò che è considerato violazione rilevante ai fini della protezione nonché distinzione tra ciò che è oggetto di protezione e ciò che non lo è.

- g) la formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza tra i dipendenti e l'innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata. La formazione è concentrata sul tema trasparenza. Il corso di formazione, in FAD, è obbligatorio e si prefigge di raggiungere tutti i dipendenti nel periodo di validità del Piano e sviluppa i seguenti argomenti 1. un nuovo approccio alla trasparenza; 2. gli attori della trasparenza;³ il piano triennale della prevenzione e trasparenza; 4. privacy e trasparenza; 5. il nuovo diritto di accesso.
- h) Patti di Integrità ed i Protocolli di legalità. L'Azienda USL applica nelle procedure di gara i Patti di Integrità e i Protocolli di Legalità [ai sensi del Codice Antimafia], finalizzati alle attività di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi e di infiltrazione della criminalità organizzata. Il Sistema Acquisti Telematici Emilia-Romagna – SATER -Romagna (SATER) e il Sistema Informatico Telematico degli Appalti della Regione Emilia Romagna – SITAR supportano le stazioni appaltanti fornendo tali strumenti nella gestione informatizzata della procedura di gara
- i) estensione degli obblighi di condotta previsti nel Codice di Comportamento Aziendale a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni).
- j) Misure per prevenire il pantouflage.
- k) Puntuale riscontro alle istanze di accesso civico e generalizzato

² Sono previsti codici sostitutivi dei dati identificativi del denunciante e garantisce le tutele previste dalla normativa di riferimento. Permette di inviare al RPCT le informazioni utili per individuare gli autori della condotta illecita e le circostanze del fatto. Tali segnalazioni possono essere inoltrate, altresì, via PEC, per posta ordinaria o anche oralmente, anche in forma anonima (in tale caso vengono prese in considerazione ove si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, tali da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati).

³ Con effetto a decorrere dal 15 luglio 2023

- l) Formulazione di pareri congiunti con il Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale sulla presenza, o meno, di conflitto di interessi in merito a richieste di autorizzazione allo svolgimento di attività extraistituzionali.
- m) Collaborazione del RPCT con il Tavolo di coordinamento della "rete per l'integrità e la trasparenza" della Regione Emilia-Romagna (RIT), cui partecipa come componente (istituito con determinazione n. 19717 del 5/12/2017 e Determinazione Num. 894 del 20/01/2022 del Responsabile del Servizio affari legislativi e aiuti di stato Direzione generale risorse, Europa, innovazione e istituzioni)⁴.

Indicatori di Performance Dimensione Processi Interni – Anticorruzione - Trasparenza Anno 2022 (Fonte: InsidER)

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
PROCESSI INTERNI	Anticorruzione-Trasparenza	PI006	Anticorruzione-Trasparenza		-	-	
PROCESSI INTERNI	Anticorruzione-Trasparenza	IND0405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza		-	-	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Anticorruzione-Trasparenza	IND0818	% centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale		63.3	77.05	tendenziale incremento

3.3 Dimensione della Ricerca, dell’Innovazione e dello Sviluppo

3.3.1 Programmazione della ricerca e della didattica

Promozione della cultura della ricerca e dell’avvio della costituzione di una rete di referenti dipartimentali della ricerca

Coerentemente con quanto previsto sin dalla Legge Regionale n. 29 del 23 dicembre 2004 e dalle due Delibere di Giunta Regionale n. 1066/2009 e 910/2019, questa Azienda da sempre ha ritenuto l’attività di ricerca e l’innovazione due condizioni essenziali per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari.

Al fine di raccogliere le proposte progettuali innovative che potrebbero essere sottoposte all'attenzione del Collegio di Direzione, si è deciso di costituire una rete di referenti per la ricerca, per ciascun dipartimento. Il percorso ha preso avvio in autunno 2022 con l'obiettivo di portare i partecipanti ad avanzare delle ‘lettere d’intenti’ da sottoporre all’attenzione della direzione. Questo progetto intende concretizzare l'Azione 4 "Valorizzazione dei professionisti e sostegno ad attività di ricerca", identificata dalla DGR 1066/2009: è necessario che ogni Azienda fornisca il supporto organizzativo per svolgere in modo adeguato ed efficiente l'attività di ricerca..."ma anche l'offerta di una formazione mirata ad accrescere la consapevolezza dell'importanza della ricerca e a creare quelle competenze che sono necessarie ad esercitare nell'Azienda una funzione ideativa e propositiva e a partecipare all'attività in modo qualitativamente adeguato.

Il supporto scientifico-amministrativo

Nel corso del 2022, nell’ambito della AUSL di Modena hanno preso avvio le attività progettuali relative a 27 studi clinici, 3 dei quali “profit” e 24 “no profit”.

⁴ Si tenga conto a riguardo che nell'Allegato B [OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE 2022] della DGR 1772/2022 [Linee di programmazione e finanziamento delle A. del SSR per l'anno 2022. Integrazione della DGR n. 407/2022] è esplicitamente previsto che “Le Aziende dovranno seguire le indicazioni condivise nel Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione istituito con Determina del Direttore Generale n.22853 del 21/12/2020”.

Le procedure adottate dalla Ricerca Clinica garantiscono un continuo monitoraggio nelle diverse fasi di gestione di una sperimentazione clinica: dalla fase di avvio a quella di chiusura, consentendo di verificare la congruità dei contenuti dei contratti eventualmente stipulati, per tutti gli aspetti in essi contenuti, con particolare riguardo a quelli economici. Le attività sono dettagliate nella Procedura Aziendale di Certificabilità di bilancio (DA.PO.030 del 29/06/2017). Più in particolare, ogni studio clinico che preveda una qualche forma di finanziamento, ha una propria scheda di budget, nella quale, è prevista la raccolta dei dati 'anagrafici' e di quelli previsionali di incasso (suddivisi per voci economiche e per allocazione degli incassi stessi).

La funzione Ricerca cura il supporto agli sperimentatori sia nella fase di ideazione e progettazione della ricerca clinica (per quanto concerne aspetti amministrativi, normativi, organizzativi e, per certi versi, metodologici) sia durante l'iter di inoltro delle pratiche relative agli studi, al CEAVEN stesso.

L'ufficio si avvale della consulenza di un professionista esterno per gli aspetti normativi legati alla stipula di contratti e convenzioni.

La piattaforma regionale "SIRER"

Nell'ambito della riorganizzazione dei Comitati Etici la Regione si è dotata di una piattaforma regionale utilizzabile sia dai Comitati etici che dalle Infrastrutture Ricerca e Innovazione delle Aziende sanitarie per la gestione dei progetti sottoposti ai Comitati etici e, più in generale, dei programmi di ricerca. Tale piattaforma consente, oltre alla gestione degli studi presentati ai Comitati Etici, di ottenere informazioni sulle attività di ricerca condotte dai ricercatori del Servizio Sanitario Regionale. Attraverso la piattaforma unica web-based, denominata SIRER (Sistema Informativo per la Ricerca in Emilia-Romagna), viene gestito l'iter autorizzativo e il monitoraggio dei processi di ricerca clinica. Le segreterie dei diversi Comitati Etici di aree vaste e gli uffici Ricerca garantiscono la corretta alimentazione della piattaforma, caricando il parere del Comitato Etico in modo esaustivo in almeno il 90% degli studi presentati e valutati in Comitato Etico stesso. Tale azione, ha reso possibile la pubblicazione di un dossier dal titolo "L'attività di ricerca sanitaria in Emilia-Romagna. I dati SIRER sugli studi clinici", da parte dell'ASSR (disponibile al link: https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/rapporto-sirer-2020-2021/@@download/publicationFile/Report_SirER_2020-21.pdf).

Supporto alle attività di dimensione regionale, relative alle infrastrutture della ricerca

La funzione ricerca è stata impegnata nel corso del 2022 nella rendicontazione delle attività di rilevazione del personale e delle attività svolte nelle Infrastrutture della Ricerca, promossa dalla ASSR. Tale attività ha portato alla identificazione di quelle attività minime e necessarie attribuibili alle diverse infrastrutture della ricerca di livello aziendale, in maniera tale da porre le basi per un'uniforme azione di governo della ricerca stessa a livello regionale. Sono state individuate, inoltre, quelle attività riguardanti il monitoraggio e la gestione delle ricerche che, per le loro peculiarità, hanno bisogno di professionalità specifiche, reperibili eventualmente nei diversi contesti territoriali provinciali.

Procedura dei Controlli sulle Sperimentazioni cliniche, in accordo con il Piano triennale "Prevenzione Corruzione e Trasparenza"

Durante il 2021 è stata pubblicata nell'applicativo sanitario "QSAN" la procedura che regola i controlli sulla conduzione degli studi e delle sperimentazioni cliniche. Rispetto agli indicatori previsti dalla stessa procedura, si rileva che l'attività di controllo, durante l'anno 2022, ha risentito della concomitanza di più fattori (come la contrazione del personale afferente alla funzione Ricerca) che hanno 'dettato' e scandito le attività del servizio, rallentandone la realizzazione.

La Ricerca, nel corso del 2022, ha comunque continuato l'attività di controllo della gestione delle sperimentazioni cliniche nelle diverse unità operative aziendali. Il fine è stato sempre quello di garantire il controllo degli aspetti rilevanti autorizzativi, contrattualistici, normativo-regolatori delle sperimentazioni. Sono state garantite, pertanto, le attività ritenute prioritarie e previste dal "Sistema Aziendale dei Controlli Interni – SACI".

Tutela dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR)

In seguito all'entrata in vigore dal 25 maggio 2018 del Regolamento UE n. 679/2016, la Direzione Generale delega a ciascun responsabile scientifico le competenze e responsabilità in materia di protezione dei dati personali legati alla conduzione delle sperimentazioni (Del. DG. N. 227 del 30/07/2018).

Rilevazione statistica sulla "Ricerca e sviluppo nelle istituzioni pubbliche" (rilevazione "ISTAT")

I dati relativi alle attività di Ricerca e Sviluppo vengono inviati annualmente all'Istituto Nazionale di Statistica nell'ambito della "Rilevazione statistica sulla ricerca e sviluppo nelle istituzioni pubbliche".

I dati inviati riguardano le ricerche attive in Azienda negli anni oggetto della rilevazione, in particolare quelli relativi alle spese per l'attività di ricerca, forniti dal Servizio Economico Finanziario, e quelli anagrafici relativi al personale impiegato nelle suddette attività, forniti dal Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane.

Valorizzazione dei servizi della ricerca scientifica

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

In linea con tali finalità, l'Azienda promuove, in modo continuativo, la formazione e sensibilizzazione alla ricerca, attraverso dei corsi specifici con diverse modalità di erogazione (residenziale, blended, di tutorship). L'Azienda intende valorizzare i propri ricercatori e favorire una convergenza tra le competenze scientifiche dei propri professionisti e gli oggetti di indagine che l'Azienda ritiene prioritari. A tal fine l'Azienda ha adottato, con atto proprio, la delibera di giunta regionale che istituisce e regola l'utilizzo del "Fondo Aziendale Innovazione" (con risorse economiche dedicate) al fine di valorizzare e sostenere le cosiddette 'ricerche spontanee', il cui unico obiettivo è quello di rispondere ai bisogni di salute.

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

Per tali motivi, la struttura organizzativa della funzione Ricerca oggetto di una profonda rivisitazione, avvalendosi di un "Board Scientifico per la Formazione, Ricerca e Innovazione", che è già stato costituito e deliberato con le sue componenti, per meglio rispondere alle esigenze di ricerca identificate dalla Direzione e a quelle della rete di ricercatori presenti nella AUSL di Modena, in accordo alla propria mission di servizio. È in corso l'individuazione degli obiettivi e delle azioni da intraprendere ad opera del board.

Sulla base di alcune norme già operative è necessario prevedere l'"applicazione dei sistemi informativi di supporto alle sperimentazioni cliniche", anche attraverso l'uso di specifiche professionalità nel campo della gestione dei dati e del coordinamento della ricerca (L. 3 dell'11 gennaio 2018 – "Legge Lorenzin"), inoltre è necessario prevedere, per i centri che effettuano sperimentazioni cliniche, la dotazione di specifiche risorse professionali (D. Lgs. 52 del 14 maggio 2019).

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

La Biblioteca Aziendale supporta tutti i professionisti dell'Azienda nella conduzione di ricerche bibliografiche, di document delivery, oltre a promuovere incontri e presentazioni delle banche dati a disposizione. In accordo con i Dipartimenti verranno individuati i temi per i quali prevedere un servizio di aggiornamento continuo sulle principali pubblicazioni scientifiche pertinenti, che possano fornire spunti e suggerimenti per la valutazione dei propri servizi e l'introduzione di nuovi interventi.

3.3.2 Programmazione dello sviluppo organizzativo e della formazione

La programmazione delle attività inerenti la formazione del triennio 2023-2025 (formazione trasversale e dipartimentale), tiene conto della promozione dello sviluppo di competenze di carattere tecnico-professionale, organizzativo-gestionale e comunicativo-relazionale, in coerenza con la realizzazione degli obiettivi della programmazione regionale, degli obiettivi di mandato della Direzione e delle esigenze formative e dei te specifici declinati a livello delle strutture di staff e line e dei Dipartimenti.

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

Anche per il triennio 2023-2025 proseguirà la collaborazione con l'Azienda AOU di Modena, sia per la pianificazione formativa dei dipartimenti interaziendali, che attraverso la progettazione comune di iniziative rivolte ai professionisti delle due Aziende.

Proseguirà anche la collaborazione con le Aziende sanitarie della regione e dell'Area Vasta Emilia Nord, al fine di condividere anche attraverso le piattaforme SELF e E-LLABER, la formazione a distanza gestita dalle diverse realtà aziendali (come già per il corso di abilitazione Medici Emergenza Territoriale '22-'23), così come il riferimento organizzativo per la Scuola Medici di Medicina Generale (PNRR e aumento dei Corsisti predisposto a livello regionale).

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

- supporto alla implementazione del PNRR M6C2 Investimento 1.3.1 – Rafforzamento della infrastruttura tecnologica del Fascicolo Sanitario Elettronico Supporto al Piano Operativo per l'incremento delle competenze digitali, con la finalità di estendere e uniformare i contenuti dei documenti digitali sanitari, le funzioni e l'esperienza utente, l'alimentazione e consultazione da parte dei professionisti della Sanità del Componente 2 – Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere infettivo correlato alla attività.
- competenze manageriali. Il triennio 2023-2025 costituisce un momento di passaggio da una situazione pregressa di necessità di aggiornamento dell'attestato della formazione manageriale attraverso la progettazione di corsi specifici e dedicati all'attivazione di un dossier permanente, che entrerà a regime a partire dal triennio 2026-2028. La Regione Emilia-Romagna sta predisponendo una Delibera che stabilisce che i dirigenti sanitari, una volta acquisito l'attestato di formazione manageriale, non siano tenuti a sostenere ulteriori percorsi allo scadere dei 7 anni, atteso che il corso già espletato ha fornito le necessarie conoscenze, arricchite e sviluppate negli anni successivi dall'esperienza pratica, anche sulla considerazione che un direttore di struttura complessa o un dirigente sanitario è comunque obbligato ad un aggiornamento continuo delle proprie conoscenze cliniche e competenze organizzative, che devono conformarsi all'evoluzione del quadro normativo e delle conoscenze scientifiche. La Regione Emilia-Romagna ha definito come gli eventi di formazione manageriale possano essere progettati esclusivamente in ambito aziendale, di area vasta o regionale e che tali eventi saranno ritenuti validi per il mantenimento delle competenze manageriali.
- Sicurezza delle cure: promuovere sulla base delle linee strategiche individuate dal Board Aziendale per la Sicurezza delle Cure e definite nel Piano-Programma aziendale per la Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio nonché sulla base delle indicazioni Regionali, una serie di eventi formativi rivolti a tutti gli operatori dell'Azienda USL di Modena in tema di Sicurezza delle Cure.

3.4 Dimensione della Sostenibilità

3.4.1 Programmazione economico finanziaria

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

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

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

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

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

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

Priorità di intervento per il prossimo triennio:

- Bilancio: la Direzione Aziendale, sta attuando azioni di revisione dei processi di governo con lo scopo di presidiare le attività e di salvaguardare l'interesse aziendale, nello specifico:
 - o Area Crediti: sviluppo di attività che consentano un puntuale e sistematico monitoraggio delle somme dovute da parte di terzi, ivi comprese le attività di sollecito finalizzate alla riscossione delle stesse e all'interruzione dei termini di prescrizione;
 - o Area Debiti: sviluppo di azioni finalizzate al miglioramento della gestione dei debiti vetusti e del mancato adempimento aziendale delle relative obbligazioni giuridiche;
 - o Gestione Liquidità: messa in atto di azioni finalizzate al contenimento del ricorso ad anticipazioni di tesoreria, di breve e medio periodo, limitandone i conseguenti oneri finanziari previsti;
 - o Acquisto beni e servizi: l'Azienda intende proseguire nelle more delle convenzioni in essere gestite a livello di Area Vasta da IntercentER: nello specifico trattasi di convenzioni relative all'acquisto di farmaci, dispositivi medici, servizi comuni (es. vigilanza o raccolta e smaltimento rifiuti). Al contempo, in ottemperanza all'art.21 del Nuovo Codice dei Contratti (D.Lgs.50/2016) l'Azienda elabora e pubblica sulla piattaforma SITAR la programmazione biennale e relativi aggiornamenti, per gli acquisti di beni e servizi, secondo le modalità del Decreto del MIT n.14/2018.

- Gestione tecnico patrimoniale: per quanto riguarda la gestione tecnica e patrimoniale delle infrastrutture e del patrimonio aziendale proseguiranno le attività propedeutiche a garantire la funzionalità delle strutture sanitarie aziendali mediante interventi di:
 - o Manutenzione (ordinaria e straordinaria) finalizzata al mantenimento della sicurezza degli impianti e al miglioramento energetico, intendendo sia la manutenzione preventiva, che la manutenzione correttiva (per interventi su guasti, introducendo le necessarie misure per evitare interruzioni di servizio e/o guasti).
 - o Trasformazione del patrimonio immobiliare per lo sviluppo edilizio, compresa la relativa programmazione di nuove strutture in fase di costruzione.
- Tecnologie biomediche: oltre alle attività di manutenzione correttiva saranno sviluppati piani di manutenzione preventiva programmata e piani di verifica di sicurezza elettrica e funzionale.
- Programma regionale gestione diretta dei sinistri: la Regione Emilia-Romagna, con la circolare N.12 del 28.11.2019 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, ha fornito alle Aziende indicazioni operative in merito all'applicazione dell'art.13 della L. 08/03/2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (c.d. legge Gelli), in riferimento all'obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità; e degli artt.4 e 10, comma 4 circa gli obblighi di pubblicità in capo alle strutture sanitarie pubbliche". Nel triennio 2023-25 sono previste le seguenti attività:
 - o implementare l'allineamento ai tempi regionali previsti per la definizione dei sinistri con istruttoria medico-legale;
 - o migliorare le modalità di effettuazione degli adempimenti ex art. 13 L. 24/2017, attraverso la sensibilizzazione dei professionisti rispetto all'obbligo normativo di essere dotati di indirizzo PEC. Ciò con prevedibile miglioramento delle possibilità comunicative nei confronti dei professionisti stessi e conseguente riduzione delle tempistiche di gestione del sinistro;
 - o incrementare il coinvolgimento dei professionisti allo scopo di individuare figure specialistiche dotate delle necessarie competenze in ambito clinico e giudiziale, al fine di migliorare la valutazione del caso concreto in tema di responsabilità sanitaria;
 - o completare lo smaltimento dei sinistri pregressi in gestione assicurativa ancora pendenti, compatibilmente con la tempistica dei contenziosi in corso.

Con riferimento al disavanzo di bilancio dell'esercizio 2022 indicato nel capitolo 2.5, le principali componenti che hanno determinato il disavanzo di gestione, incidendo in misura significativa sull'equilibrio economico dell'esercizio, sono attribuibili al trascinarsi dei costi connessi alla gestione dell'emergenza Covid, da un significativo incremento dei costi dell'energia e del riscaldamento, solo parzialmente finanziati da specifici contributi e dai maggiori costi inflattivi in termini di acquisizione di beni e servizi.

In continuità con quanto avviato nel corso del 2023, per il triennio successivo proseguirà l'attenzione dell'Azienda nel presidiare costantemente l'andamento della gestione economico-finanziaria, tenendo conto della ripresa delle attività sanitarie precedentemente ridotte o sospese a causa del Covid e degli incrementi ISTAT dei prezzi al consumo.

Il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario assegnato, dovrà essere perseguito individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando, contestualmente, il raggiungimento degli obiettivi di programmazione sanitaria.

Indicatori di Performance Dimensione Processi Interni – Sostenibilità Economico - Finanziaria Anno 2022 (Fonte: InsidER)

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	SO001	Sostenibilità economico-finanziaria		-	-	
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti		-	-4.6	tendenziale incremento

SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	>= 90%	93.16	92.35	tendenziale incremento oltre standard
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0365	% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza		88.92	87.9	tendenziale incremento
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0732	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)		185.5	190.24	tendenziale riduzione
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0877	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)		17.96	16.04	aumento efficienza
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0878	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)		29.54	44.03	tendenziale riduzione
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0879	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)		12.65	9.66	tendenziale riduzione
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0880	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)		38.67	29.53	tendenziale riduzione
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0977	% risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR)	>=30%	17.76	12.69	mantenimento sotto standard

3.4.2 Programmazione degli investimenti

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

PINV 2023-2025:

- Lavori:
 - Interventi edilizi strutturali di ristrutturazione complessiva per realizzazione/potenziamento delle Case delle Comunità e degli Hospice (dettaglio nei paragrafi precedenti);
 - Nuovo Ospedale di Carpi;
 - Interventi finanziati con risorse DL 34 e riorganizzazione rete ospedaliera
 - Interventi di efficientamento energetico e ammodernamento impiantistico;
 - Adeguamenti prevenzione incendi ospedali;
 - Interventi volti al miglioramento sismico delle strutture;
 - Altri interventi di ristrutturazione sugli ospedali e sulle sedi territoriali.

Interventi più significativi inseriti nella programmazione investimenti 2023 – 2025

Investimenti finanziati con fondi ex Art. 20 L.67/88

- Realizzazione della casa della Salute Polo Sud Ovest – Modena
- Ristrutturazione sede attività Distrettuali Ex Ospedale di Modena
- Realizzazione Hospice Area Sud Modena (Comune di Fiorano)
- Realizzazione Hospice Area Centro Modena (Villa Montecuccoli)
- Miglioramenti Casa della Salute di Castelfranco Emilia
- Interventi di ristrutturazione Ospedale di Mirandola
- Nuovo Ospedale di Carpi

Nuovo Ospedale di Carpi

L'attuale struttura, per dimensioni, spazi e vetustà, è insufficiente a coprire le necessità del territorio; ospita 259 PL più la sede del Poliambulatorio distrettuale. Risulta spesso inadeguato il funzionamento degli impianti di riscaldamento/raffrescamento, l'offerta del comfort alberghiero, gli spazi dedicati agli ambulatori medici, al personale sanitario, di assistenza, ai pazienti e ai familiari, mancano sale riunioni e gli spazi dedicati alla formazione del personale.

Costantemente sono necessarie costose e ripetute riparazioni degli impianti e opere di manutenzione straordinaria che con grandi sforzi organizzativi si devono rendere compatibili con le quotidiane attività sanitarie. Considerati i volumi in crescita delle attività cliniche e chirurgiche, si rende necessario un nuovo ospedale in grado di rispondere a tale esigenza, in quanto la struttura esistente presenta le seguenti criticità:

- presenza di limiti strutturali, distributivi e logistici della struttura che si manifestano:
 - con percorsi promiscui e collegamenti difficoltosi tra le diverse aree-operative/logistiche;
 - Con una bassa flessibilità degli spazi a discapito degli standard funzionali, assistenziali e sanitari;
- impossibilità, nonostante gli interventi di ristrutturazione e manutenzione, di ottenere edifici prestazionalmente efficienti dal punto di vista energetico e tecnologico;
- necessità di grandi investimenti per far fronte ad adeguamenti normativi vigenti (antincendio, sismica etc.): interventi da realizzare per stralci;
- modalità di intervento limitate a porzioni delle aree sanitarie interne con gravi ripercussioni sulle attività, e con elevato e prolungato grado di disturbo sia nei confronti del personale sanitario che dell'utenza;
- ridotta vita utile dei fabbricati e vulnerabilità residue non eliminabili;
- scarsa o nulla flessibilità degli spazi e delle funzioni rispetto alla necessità di fronteggiare situazioni di elevata affluenza e/o morbosità quale quella verificatasi con l'emergenza sanitaria;
- permanenza di elevata promiscuità negli spostamenti all'interno dei vari corpi edilizi anche in riferimento alle modalità di accesso dall'esterno per le differenti tipologie di utenza;
- mancanza di adeguati rapporti tra organismi edilizi e spazi aperti di relazione: la conformazione attuale si trova infatti compressa nel tessuto urbano consolidato.
- limitata possibilità di adeguamenti futuri a standard sanitari e prestazionali di livello sempre maggiore e sempre più condizionanti, che la struttura attuale, anche se opportunamente implementata, non riuscirebbe a soddisfare pienamente;
- ridotta accessibilità legata alla scarsità dell'offerta di sosta, sia nei confronti del personale sanitario che per l'utenza;
- nell'ambito urbano, in cui si inserisce il plesso ospedaliero, risulta impossibile trovare nuovi spazi che possano in modo adeguato rapportarsi con l'esistente;
- La progettazione del sistema ospedaliero è finalizzata a garantire l'integrazione dello stesso con la città e le sue funzioni. In particolare l'obiettivo che si persegue è permettere alla città di "entrare" nel nuovo ospedale consentendo a quest'ultimo di prendere così parte alla vita urbana. Il complesso ospedaliero così pensato rappresenta, pertanto, un elemento urbano autonomo che non impone la necessità di realizzare nelle aree limitrofe servizi e attività a esso connesse, ma che rappresenta una realtà sociale in cui soddisfare tutti i principali servizi connessi con le prestazioni che vi si svolgeranno.

- Dal punto di vista urbanistico e ambientale il nuovo stabilimento è pensato come una struttura aperta al territorio, in grado di valorizzare il suo intorno come elemento primario nell'ambito cittadino e delle sue aree, anche periferiche.
- Le aree esterne giocano un ruolo importante: il nuovo ospedale nasce, infatti, inserito in un contesto in cui le aree a verde, attrezzate e non, sono concepite come zone di sosta ma anche come aree destinate allo svago dei pazienti e dei loro accompagnatori.

Il modello strutturale del nuovo ospedale si basa principalmente sul concetto di fruibilità, sia per gli operatori che per i pazienti, in rete con il territorio. Infatti, un ospedale di moderna concezione deve garantire ai professionisti la possibilità di lavorare routinariamente in team interdisciplinari, privilegiando il percorso clinico alla settorializzazione specialistica, facilitando la crescita professionale e l'acquisizione di competenze cliniche articolate, nonché la capacità ordinaria di trattare casi complessi. La rapidità di spostamento dei professionisti all'interno dell'ospedale, soprattutto quelli coinvolti nell'emergenza, e la possibilità di trasferimento dei pazienti tra i diversi setting assistenziali garantiscono tempestività di adeguato trattamento e, in ultima analisi, sicurezza. In questo senso, è stato fondamentale organizzare distinti percorsi per pazienti interni e pazienti esterni. Per quanto riguarda i pazienti, sia interni che esterni, il nuovo ospedale semplificherà la fruizione di tutti i servizi sanitari offerti: percorsi lineari e ben riconoscibili, accoglienza e percorsi differenziati in base alla tipologia di servizio, distanze brevi e facilmente percorribili, accompagnati da comodità di raggiungimento della struttura da ogni parte della provincia e ampia disponibilità di parcheggio.

Le principali specialità medico -chirurgiche presenti nell'ospedale attuale* e riconfermate nell'ospedale di sostituzione sono:

- CARDIOLOGIA
- CHIRURGIA GENERALE
- MEDICINA GENERALE
- NEFROLOGIA
- NEUROLOGIA
- OCULISTICA
- ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- OSTETRICIA E GINECOLOGIA
- OTORINOLARINGOIATRIA
- PEDIATRIA
- PSICHIATRIA (R.T.I.)**
- UROLOGIA
- ANESTESIA E RIANIMAZIONE
- PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA

NOTE: *. Presenti Zone di Area Diurna comprendenti attività Oncologica, Dialitica, ecc...

** . 9 PL SPDC In corso di Autorizzazione ad RTI

Il sistema progettato per il nuovo ospedale è costituito da diversi corpi di fabbrica, strettamente interconnessi a livello funzionale ma dotati di una propria autonomia formale e compositiva, la scelta di realizzare diversi blocchi funzionali risponde ai seguenti criteri ordinatori:

- L'assetto planivolumetrico è pensato per ridurre l'impatto sull'ambiente realizzando un compromesso fra altezza degli edifici e consumo di suolo, pervenendo a un'altezza generale di tre livelli fuori terra e progettando solo il corpo delle degenze con quattro livelli. Il complesso si struttura tramite blocchi funzionali in stretta connessione fra loro in modo da consentire una specializzazione a ciascun blocco e al tempo stesso promuovere la massima integrazione delle loro funzioni.
- La realizzazione di diversi blocchi aumenta la superficie di facciata e risponde all'esigenza di dotare il maggior numero di aree possibili di luce naturale.
- La dislocazione dei vari corpi di fabbrica risponde al criterio di complessità crescente, sia da un punto di vista sanitario che tecnologico e permette la razionalizzazione del sistema impiantistico e dello schema dei percorsi interni.
- I corpi di fabbrica sono disposti seguendo una permeabilità decrescente delle varie aree. Infatti, il complesso si compone ponendo in successione aree sempre meno accessibili al pubblico e sempre destinate prevalentemente a un'utenza sanitaria.

Il complesso ospedaliero in progetto è così conformato e suddiviso:

- nella parte anteriore del complesso, a formare una piazza d'ingresso, sono situati due blocchi paralleli di tre piani, che ospitano il sistema dipartimentale e della formazione, nonché a piano terra alcune funzioni che richiedono l'accesso diretto dall'esterno;
- trasversalmente ai precedenti è realizzato il blocco centrale, composto da quattro piani, che ospita le funzioni sanitarie correlate all'accesso e alla fruizione da parte del pubblico, compresa la hall d'ingresso.
- alle spalle è realizzato l'edificio ad alta specializzazione sanitaria, composto da tre piani, che ospita le funzioni ad alta tecnologia destinate prevalentemente a una fruizione del paziente interno. Sono qui collocati i comparti operatori, intensivi e il pronto soccorso;

in fine, sul retro del complesso, in prossimità della bretella carrabile principale è realizzato in blocco mono-piano delle centrali tecnologiche, distante dalle degenze e dalle funzioni al pubblico e contiguo alle zone ad alto contenuto tecnologico.

Per quanto attiene ai lavori, si evidenziano interventi in Scheda 3 (non ancora finanziati), la cui realizzazione è prioritaria rispetto alla programmazione Aziendale.

Tecnologie Biomediche:

- Acquisto nuove tecnologie di diagnostica pesante;
- Acquisto tecnologie correlate alla gestione della pandemia da Covid-19;
- Attrezzature per emergenza – urgenza, sia territoriale che relativa ai PS aziendali

Tecnologie informatiche:

- Tecnologie a supporto progetto GRU;
- Tecnologie a supporto progetto GAAC;
- Ammodernamento tecnologie informatiche;

Si riportano di seguito le schede del piano investimenti 2023-2025 e gli indicatori di monitoraggio del Piano delle Performance sugli investimenti.

PINV 2023-2025 – SCHEDA 1

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Quadro finanziario complessivo intervento (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare nel 2024 (€)	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Lavori	H.15 Interventi di completamento per laboratorio istopatologia e servizi generali ospedale di Baggiovara	1.413.100,00	153.164,00			
Lavori	HCFE - Adeguamento prevenzione incendi Ospedale di Castelfranco	2.904.405,00	250.000,00	1.000.000,00	954.584,40	
Lavori	Adeguam. prevenzione incendi Sedi Distrettuali (art.20 4. fase int H18)	4.915.800,00	329.106,06	1.000.000,00	1.000.000,00	
Lavori	Realizzazione nuovo centro di cure primarie presso H Finale Emilia adeguamenti impiantistici e messa a norma. Intervento 746	9.309.782,26	1.200.000,00	2.900.000,00	1.800.000,00	1.059.876,80
Lavori	Hvignola Trasferimento CUP c/o ex laboratorio 1° stralcio	930.000,00	350.000,00	397.633,51		
Lavori	Interventi di adeguamento funzionale e normativo Ospedale di Carpi (collegam.dedicato vecchie/nuove SSO)(art. 20 IV 2° stralcio AP29)	1.474.638,66	250.000,00	302.427,52		
Lavori	Opere per la messa in sicurezza Ospedale di Pavullo nel Frignano	1.450.000,00	100.000,00	475.425,02		
Lavori	Completamento degli interventi di prevenzione incendi Ospedale di Castelfranco Emilia	1.150.000,00	329.482,21			
Lavori	Realizzazione di un nucleo di cure primarie strutturali a Modena	5.800.000,00	1.325.499,29			
Lavori	Centro Servizi Mirandola edificio O9 Intervento 750	474.000,00	100.000,00	338.644,40		
Lavori	Concordia ex Padiglione Muratori Intervento 752 - Progetto D/09/16	696.039,18	543.864,95			
Lavori	Carpi - Casa della Salute	4.056.649,52	1.983.078,28			
Lavori	Ristrutturazione e miglioramento del complesso ospedaliero di Castelfranco Emilia, finalizzato al riassetto complessivo dei servizi sanitari destinati al territorio ed alla realizzazione di un Hospice	3.405.000,00	7.514,04			
Lavori	Ristrutturazione sedi attività distrettuali presso ex H Modena	1.500.000,00	400.000,00	800.000,00	275.761,94	
Lavori	DSM _ D3 _nuova sede Dipendenze Patologiche in via Nonantolana	1.590.000,00	148.413,31			
Lavori	H Mirandola - Interventi edilizi, strutturali ed impiantistici per la ristrutturazione del Corpo 02 dell'Ospedale di Mirandola e adeguamento del centro prelievi	4.435.861,42	2.075.861,42	292.373,98		
Lavori	Presidio Ospedaliero e Strutture sanitarie - Adeguamenti urgenti impianti e presidi antincendio in attuazione delle prescrizioni del DM 19/03/2015 (Accorpamento interventi 2015/06 e 2015/07 del PINV 2015-2017)	1.400.000,00	200.000,00	260.734,11		
Lavori	Adeguamento normativa antincendio ospedali Vignola e Pavullo	3.167.745,09	508.349,81			
Lavori	D3 Modena - Nuova sede Medicina dello Sport in edificio messo a disposiz dal Comune (Progetto SF/07/16)	828.370,00	374.547,94			
Lavori	D4 Formigine, Villa Bianchi Casa della Salute	510.000,00	52.888,35			
Lavori	Senologia e Screening Mammografico - Policlinico	294.786,81	294.786,81			
Lavori	H Pavullo Riassetto Area emergenza urgenza.	3.528.138,98	824.882,15			
Lavori	Castelfranco Emilia –Casa della Salute consultorio	800.000,00	647.275,93			
Lavori	H Carpi – Camere Ardenti - 1° Step	550.000,00	111.725,76			
Lavori	AOS - D6 Casa della Salute di Castelnuovo Rangone	1.500.000,00		250.000,00		
Lavori	Realizzazione Hospice Area centro - Modena	5.900.000,00	300.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00	1.595.696,23
Lavori	Ospedale di Pavullo - Realizzazione di impianto di cogenerazione e intervento di	592.339,22	143.924,08			

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Quadro finanziario complessivo intervento (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare nel 2024 (€)	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
	efficientamento energetico su impianto di illuminazione.					
Lavori	Ospedale di Mirandola - intervento di efficientamento energetico ricompreso nel prog. D/02/16 interventi edilizi strutturali e impiantistici per la ristrutturazione del corpo 02.	311.018,14		311.018,14		
Lavori	Ampliamento e riassetto PS Ospedale di Carpi	4.605.200,00	2.000.000,00	1.890.131,60		
Lavori	Riassetto distributivo PS Ospedale di Mirandola	1.783.980,00	1.606.366,24			
Lavori	Ampliamento e riassetto PS Ospedale di Vignola	1.690.189,13	566.148,13			
Lavori	Adeguamento PS provvisorio Ospedale di Pavullo nel Frignano	401.380,00	199.422,19			
Lavori	Nuovo Ospedale Sassuolo - Manutenzioni straordinarie urgenti - Anno 2021	375.000,00	41.683,80			
Lavori	Interventi di manutenzione straordinaria urgenti 2021	482.526,00	326.493,00			
Lavori	Nuovo Ospedale Sassuolo - Manutenzioni straordinarie urgenti - Anno 2022	250.000,00	10.844,84			
Lavori	SPDC OCB	300.000,00	100.000,00	200.000,00		
Tecnologie_ biomediche	Modena-Attrezzature acquistate con commesse e donazioni	425.000,00	185.000,00	120.000,00	120.000,00	
Tecnologie_ informatiche	GAAC	247.438,59	247.438,59			
Tecnologie_ informatiche	SW gestione dell'attività dei medici competenti delle Aziende Sanitarie della Regione	69.557,19	69.557,19			
Tecnologie_ informatiche	DSM - CURE	33.312,86	33.312,86			
Tecnologie_ informatiche	Manutenzioni evolutive Straordinarie	333.667,60	333.667,60			
Tecnologie_ informatiche	Fondo FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico)	1.084.841,60	1.084.841,60			
Tecnologie_ informatiche	GRU - sviluppi e manutenzione evolutiva	75.000,00	75.000,00			
Tecnologie_ informatiche	SEGNALER - progetto regionale	45.551,27	45.551,27			
Tecnologie_ informatiche	Sistemi informatici acquistati con commessa/donazioni - Anno 2023	100.000,00	100.000,00			

PINV 2023-2025 – SCHEDA 2

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Quadro finanziario complessivo intervento (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare nel 2024 (€)	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Lavori	F/10/2014 H Mirandola_ Ospedale Santa Maria Bianca - Corpo 8 Intervento 747	2.200.000,00	2.200.000,00			
Lavori	Realizzazione della Casa della Salute Polo Sud Ovest Modena.	5.110.000,00	1.500.000,00	1.800.000,00	1.810.000,00	
Lavori	Realizzazione Hospice Area Sud	3.582.543,39	100.000,00	1.600.000,00	1.600.000,00	246.731,60
Lavori	H Mirandola – Progetto di riqualificazione dei parcheggi interni	120.000,00	50.000,00	70.000,00		
Lavori	Trasferimenti a seguito Piano Sedi MODENA e ridisegno sedi NPIA	1.735.000,00	50.000,00	1.000.000,00	644.173,09	
Lavori	Montese - Casa della Salute	1.000.000,00		500.000,00	250.000,00	
Lavori	H Carpi - Riassetto Neurologia _ Fase 1: Stroke Unit	146.000,00	86.000,00	60.000,00		
Lavori	AOS - Casa della Salute di Zocca	960.982,93	200.000,00	600.000,00	124.398,65	

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Quadro finanziario complessivo intervento (€)	Investimento da realizzare nel 2023 (€)	Investimento da realizzare nel 2024 (€)	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
Lavori	Miglioramenti e messa a norma corpi di fabbrica - Casa della Salute Castelfranco Emilia	1.800.000,00	200.000,00	1.000.000,00	600.000,00	
Lavori	Interventi di ristrutturazione per completamento Corpo di fabbrica 02 - Ospedale di Mirandola.	8.249.300,00	100.000,00	3.000.000,00	2.500.000,00	2.649.300,00
Lavori	Nuovo Ospedale di Carpi (MO)	126.000.000,00	200.000,00	3.500.000,00	8.000.000,00	114.300.000,00
Lavori	Adeguamento impiantistico e aggiornamento sistema monitoraggio Ospedale di Carpi. 4 ppII TSI	444.000,00	326.435,55			
Lavori	Adeguamento impiantistico e aggiornamento sistema di monitoraggio Ospedale di Mirandola. 4 ppII AC/AM	297.924,00	297.524,00			
Lavori	Adeguamento Pronto Soccorso ospedale Sassuolo	1.200.000,00	50.000,00	50.000,00	1.100.000,00	-
Lavori	Impianti trigenerazione ospedale Mirandola - Casa della Comunità Castelfranco Emilia	4.350.000,00	100.000,00	800.000,00	1.800.000,00	1.650.000,00
Tecnologie_ biomediche	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica	650.000,00		650.000,00		

PINV 2023-2025 – SCHEDA 3

Macroarea (*)	Titolo Intervento	Quadro finanziario complessivo intervento (€)
Lavori	Sede San Giovanni del Cantone - Interventi vari per adeguamento sicurezza D.Lgs 81/2008	420.000,00
Lavori	Riassetto Sede Modena Soccorso per Centrale Operativa Unificata Trasporti Secondari (COUITS) 1° Step	350.000,00
Lavori	Nuovo Ospedale di Carpi (MO) - arredi, tecnologie biomediche ed ICT	14.000.000,00
Lavori	Realizzazione di nuovo centro di cure primarie presso Ospedale di Finale Emilia - adeguamenti impiantistici e messa a norma. Completamento.	2.000.000,00
Lavori	Realizzazione della Casa della Salute Polo Sud Ovest Modena - completamento	1.480.000,00
Lavori	Miglioramenti e messa a norma corpi di fabbrica - Casa della Salute Castelfranco Emilia - completamento	540.000,00
Lavori	Interventi di ristrutturazione per completamento Corpo di fabbrica 02 - Ospedale di Mirandola - completamento	1.980.000,00
Lavori	adeguamento prevenzione incendi ospedali (HC, HM, HV, HP) - completamento	24.129.000,00
Lavori	Manutenzione programmata - rinnovamento ascensori	2.500.000,00
Lavori	Manutenzione programmata - sicurezza e rinnovamento impiantistico	3.000.000,00
Lavori	Miglioramento sismico CdC Castelfranco E. completamento Corpi 01 e 02	3.600.000,00
Lavori	Programmazione amianto	1.500.000,00
Lavori	Nuovo Ospedale di Comunità nel Comune di Medolla	5.000.000,00
Tecnologie_ biomediche	Sostituzioni programmate per obsolescenza	3.600.000,00
Tecnologie_ informatiche	Rinnovo Applicativi territoriali	800.000,00

PNRR:

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

- Ammodernamento tecnologie informatiche;

Si riportano di seguito l'elenco degli investimenti PNRR

Comp.	Titolo Intervento	Risorse PNRR (CIS del 31/05/2022) (€)	Altre Risorse (€)	ESITO FOI 2022 art.26 c.7 D.L. 50/2022 (Decreto MEF RGS n. 52 del 2.3.2023) (€)	ESITO FOI 2023 L. 29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 369 (€)	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO (€)	2023 (€)	2024 (€)	2025 (€)
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Concordia sulla Secchia - Manutenzione straordinaria	100.000,00		18.910,80		118.910,80	40.000,00	-	-
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di San Felice sul Panaro -Nuova costruzione	2.430.000,00		409.091,00		2.839.091,00	2.170.000,00	-	-
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Cavezzo - Ristrutturazione	400.000,00		79.181,25		479.181,25	360.000,00	-	-
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Guiglia - Manutenzione straordinaria	50.000,00		6.564,40		56.564,40	10.000,00	-	-
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Castelfranco Emilia - Ristrutturazione	2.593.000,00		-	1.247.544,00	3.840.544,00	2.193.000,00	150.000,00	-
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Sassuolo - Manutenzione straordinaria	1.510.000,00		288.368,91		1.798.368,91	1.380.000,00	-	-
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Formigine - Manutenzione straordinaria	150.000,00		36.044,92		186.044,92	147.907,42	-	-
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Montefiorino - Ristrutturazione	50.000,00		7.992,71		57.992,71	48.779,93	-	-
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Zocca - Ristrutturazione	63.403,00	886.596,87	10.982,93		960.982,80	-	-	-
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Vignola -Nuova costruzione	6.480.000,00		1.036.363,00		7.516.363,00	5.700.000,00	320.000,00	200.000,00
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Pavullo nel Frignano -Nuova costruzione	2.769.750,37		274.737,50		3.044.487,87	2.089.750,37	250.000,00	100.000,00
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Pievepelago - Nuova costruzione	2.113.088,78		429.000,00		2.542.088,78	1.603.312,65	150.000,00	93.088,78
M6C1 1.1.	Casa della Comunità di Fanano - Ristrutturazione con ampliamento	1.039.500,00		197.727,00		1.237.227,00	924.500,00	-	-
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale di Finale Emilia - Ristrutturazione	164.847,66		34.636,00		199.483,66	143.847,66	-	-
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale di Carpi -Nuova costruzione	164.847,66		26.024,59		190.872,25	131.747,57	-	-
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale di Modena - Manutenzione straordinaria	244.636,69		59.813,21		304.449,90	237.682,86	-	-
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale di Castelfranco Emilia - Manutenzione straordinaria	164.847,66		26.024,59		190.872,25	160.375,47	-	-

Comp.	Titolo Intervento	Risorse PNRR (CIS del 31/05/2022) (€)	Altre Risorse (€)	ESITO FOI 2022 art.26 c.7 D.L. 50/2022 (Decreto MEF RGS n. 52 del 2.3.2023) (€)	ESITO FOI 2023 L. 29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 369 (€)	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO (€)	2023 (€)	2024 (€)	2025 (€)
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale di Vignola - Manutenzione straordinaria	164.847,66		31.749,89		196.597,55	160.259,59	-	-
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale di Pavullo nel Frignano -Manutenzione straordinaria	164.847,66		6.349,98		171.197,64	160.748,85	-	-
M6C1 1.2.2.	Centrale Operativa Territoriale di Sassuolo - Manutenzione straordinaria	164.847,66		26.024,50		190.872,16	142.847,66	-	-
M6C1 1.2.2.	Centrali Operative Territoriali - Azienda USL di Modena - interconnessione	506.615,45				506.615,45	-	-	-
M6C1 1.2.2.	Acquisizione Dispositivi Medici per allestimento COT	689.417,61				689.417,61	689.417,61	-	-
M6C1 1.3.	Ospedale di Comunità di Fanano -Manutenzione straordinaria	200.000,00		42.288,00		242.288,00	177.064,80	-	-
M6C1 1.3.	Ospedale di Comunità di Modena -Nuova costruzione	3.524.013,72		537.500,00		4.061.513,72	3.084.013,72	100.000,00	-
M6C1 1.3.	Ospedale di Comunità di Vignola -Nuova costruzione	3.524.013,72		537.500,00		4.061.513,72	3.100.000,00	159.013,72	100.000,00
M6C1 1.3.	Ospedale di Comunità di Sassuolo -Nuova costruzione	3.524.013,73		537.500,00		4.061.513,73	2.894.013,73	250.000,00	100.000,00
M6C2 1.1.1.	Digitalizzazione del DEA I Livello	6.262.118,29				6.262.118,29	493.807,11	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione TAC 128s n.1	530.000,00				530.000,00	530.000,00	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione RMN 1.5T n.1	900.000,00				900.000,00	900.000,00	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione RMN 1.5T n.2	900.000,00				900.000,00	900.000,00	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Mammografo con tomosintesi n.1	170.000,00				170.000,00	170.000,00	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Mammografo con tomosintesi n.2	170.000,00				170.000,00	170.000,00	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Telecomandato	220.000,00				220.000,00	-	-	-

Comp.	Titolo Intervento	Risorse PNRR (CIS del 31/05/2022) (€)	Altre Risorse (€)	ESITO FOI 2022 art.26 c.7 D.L. 50/2022 (Decreto MEF RGS n. 52 del 2.3.2023) (€)	ESITO FOI 2023 L. 29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 369 (€)	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO (€)	2023 (€)	2024 (€)	2025 (€)
	esami da reparto n.1								
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Telecomandato esami da reparto n.2	220.000,00				220.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) n.1	240.000,00				240.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) n.2	240.000,00				240.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) n.3	240.000,00				240.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) n.4	240.000,00				240.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) n.5	240.000,00				240.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) n.6	240.000,00				240.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) n.7	240.000,00				240.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) n.8	240.000,00				240.000,00	-	-	-

Comp.	Titolo Intervento	Risorse PNRR (CIS del 31/05/2022) (€)	Altre Risorse (€)	ESITO FOI 2022 art.26 c.7 D.L. 50/2022 (Decreto MEF RGS n. 52 del 2.3.2023) (€)	ESITO FOI 2023 L. 29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 369 (€)	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO (€)	2023 (€)	2024 (€)	2025 (€)
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) n.9	240.000,00				240.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) n.10	240.000,00				240.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) per PS n,1	280.000,00				280.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Alta tecnologia: sostituzione Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) per PS n,2	280.000,00				280.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecografi ginecologici 3D n.1	70.000,00				70.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecografi ginecologici 3D n.2	70.000,00				70.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecografo cardiologico 3D n.1	80.000,00				80.000,00	-	-	-
M6C2 1.1.2.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecografo multidisciplinare n.1	53.520,67				53.520,67	0,67	-	-

3.4.3 Programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica

Attività promosse dall'Azienda USL di Modena e Linee Guida Regione Emilia-Romagna

Con nota prot. ausl n. 84387/22 la RER, ha inoltrato alle Direzioni Aziendali “gli indirizzi per l’uso razionale dell’energia nelle Aziende Sanitarie”. Il documento, redatto congiuntamente agli Energy Manager delle Aziende sanitarie della RER, raccoglie alcuni punti da approfondire/sviluppare per promuovere l’utilizzo razionale dell’energia al fine di contenere i costi Aziendali.

Il documento della RER comprende attività già in essere da parte degli Energy Manager aziendali e contiene ulteriori indirizzi per la pianificazione energetica nelle Aziende sanitarie, relativamente ai seguenti temi guida: innovazione organizzativa e gestionale, coinvolgimento degli operatori, investimenti e monitoraggio delle attività svolte.

Al fine di coordinare l’attività richiesta dalla RER e garantire la gestione ottimale e coordinata delle risorse energetiche, le Aziende sanitarie modenesi hanno istituito un gruppo interdisciplinare ed interaziendale di lavoro formalizzato con la Delibera AUSL n. 448 del 20/12/2022.

Il gruppo di lavoro si è attivato su tutti i fronti indicati nelle linee di indirizzo RER (ricognizione degli spazi, mappatura di utilizzo orario delle aree, analisi dei consumi e del rapporto costi-benefici delle azioni, collaborazione con il Multiservizio di manutenzione al fine di rispondere ai requisiti del decreto bollette sulle aree non sanitarie, sensibilizzazione dei dipendenti etc.), affrontando tutte le tematiche proposte e approfondendone di ulteriori.

A completamento di una prima fase dei lavori è stato dato riscontro degli esiti del lavoro, entro i termini indicati dalla RER, in un primo monitoraggio richiesto per i primi di febbraio 2023: tale rendicontazione è stata debitamente caricata sullo Share point indicato dalla RER.

Il lavoro del gruppo è tuttora attivo al fine di perseguire e rinnovare gli obiettivi di sensibilizzazione del personale assicurando da un lato l’utilizzo razionale delle fonti energetiche, dall’altro collaborando al fine di razionalizzare la dislocazione delle sedi sul territorio.

Monitoraggio e condivisione dei dati

Proseguirà anche nei prossimi anni, come da procedura in essere, l’attenta e costante azione di controllo sul corretto uso dell’energia da parte dell’ufficio dell’Energy Manager (monitoraggio consumi, monitoraggio e verifica delle bollette energetiche, etc) che ha garantito il flusso informativo regionale relativo ai consumi elettrici e termici e su ogni altro aspetto inerente l’applicazione delle politiche per l’uso razionale dell’energia, nei tempi e modi indicati dalla Regione stessa.

Linee Guida di Progettazione ed Esecuzione di Progetti in corso

Tutte le progettazioni seguono, in materia di efficienza energetica, le indicazioni fornite dalla normativa nazionale e RER laddove più restrittiva. Si evidenzia che, per gli interventi finanziati con fondi PNRR, vengono seguite anche le linee guida DNSH che indicano valori di performance ancora più restrittivi della normativa nazionale/regionale vigente.

Finanziamenti PO-FESR

L'Azienda USL di Modena ha ottenuto i finanziamenti europei del programma "POR-FESR", relativamente ai seguenti interventi di efficientamento energetico di cui si riporta lo stralcio del PINV AUSL Modena:

Azienda	id intervento	Macroarea	Titolo Intervento	Programma	Quadro finanziario complessivo intervento
AUSL Modena	2020/03	Lavori	A - Ospedale di Carpi - sostituzione di due gruppi frigoriferi obsoleti e rumorosi con nuovi ad alto rendimento e basso impatto acustico.	POR-FESR 2014/2020	615.000,00
AUSL Modena	2020/04	Lavori	B - Ospedale di Pavullo - Realizzazione di impianto di cogenerazione e intervento di efficientamento energetico su impianto di illuminazione.	POR FESR 2014/2020	606.632,02
AUSL Modena	2020/05	Lavori	C - Ospedale di Mirandola - intervento di efficientamento energetico ricompreso nel progetto D/02/16 interventi edilizi strutturali e impiantistici per la ristrutturazione del corpo 02.	POR FESR 2014/2020	311.018,14

A - Ospedale di Carpi - sostituzione di due gruppi frigoriferi obsoleti e rumorosi con nuovi ad alto rendimento e basso impatto acustico.

L'intervento ha comportato la sostituzione di due dei tre gruppi frigo a servizio dell'ospedale, con altrettanti ad alto rendimento. L'intervento si è concluso il mese di maggio 2021. Ad oggi, concluse le procedure di rendicontazione per acquisire il contributo, stiamo attendendo la chiusura del procedimento con l relativa erogazione dei fondi.

B - Ospedale di Pavullo - Realizzazione di impianto di cogenerazione e intervento di efficientamento energetico su impianto di illuminazione.

Sono stati realizzati i seguenti interventi:

- l'installazione di un impianto di cogenerazione con motore a combustione interna alimentato a gas naturale;
- Aree interessate: connettivi/spazi comuni degli ambulatori del distretto e corpi scale ospedale. L'intervento ha previsto la completa sostituzione degli apparecchi esistenti dotati di lampade fluorescenti con apparecchi illuminanti a Led più per-formanti ed efficienti che consentono, un minor consumo di energia elettrica e l'installazione di un sistema intelligente di controllo dell'illuminazione artificiale, in grado di rilevare gli apporti di luce naturale agli ambienti e la presenza di persone e regolare automaticamente l'intensità luminosa degli apparecchi illuminando solo quando serve senza sprecare energia. Ad oggi i collaudi finali si sono conclusi e sono in corso le procedure di rendicontazione per acquisire il contributo.

C - Ospedale di Mirandola - intervento di efficientamento energetico ricompreso nel progetto D/02/16 interventi edilizi strutturali e impiantistici per la ristrutturazione del corpo 02.

L'intervento al "Santa Maria Bianca" si innesta nell'ambito della riqualificazione del Corpo 02: dal punto di vista dell'efficientamento energetico, è prevista la sostituzione degli infissi, la posa del cappotto esterno, la sostituzione dei corpi illuminanti con luci a LED a basso consumo energetico, l'installazione e sostituzione di impianti meccanici dotati di sistemi e dispositivi di regolazione elettronica in grado di migliorare le prestazioni energetiche dell'impianto di climatizzazione e distribuzione. Ad oggi sono in corso i collaudi finali.

Investimenti in programmazione

Per quanto attiene ai finanziamenti si rileva inoltre quanto segue: con riferimento alla nota RER prot. 0018840.U del 11/01/2023, in merito alla programmazione degli interventi finanziati dalle risorse previste comma 14, art. 1, L. 160/2019 efficientamento energetico ed economia circolare (PG5) e interventi di edilizia sanitaria (PG4), si riassumono di seguito gli interventi per i quali l'Azienda USL ha redatto gli Studi di fattibilità propedeutici alla richiesta di accesso al finanziamento:

Azienda	Struttura	Descrizione intervento	CUP	Importo
AUSL MO	Ospedale di Mirandola Casa della Comunità Castelfranco Emilia	Impianti di trigenerazione Ospedale di Mirandola - Casa della Comunità Castelfranco Emilia	J94E23000000001	4.350.000,00

In particolare per ciascuna delle due strutture indicate verrà realizzato un impianto di trigenerazione, verranno efficientati componenti impiantistici delle centrali esistenti ed UTA e verrà realizzato un sistema implementabile di supervisione e telegestione degli impianti in essere.

4. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE

La dinamicità e complessità dei sistemi sanitari rendono indispensabile l'adozione di modelli e strumenti di gestione ed accountability per chiarire e comunicare le strategie aziendali ai diversi interlocutori esterni ed interni all'Azienda e per rappresentare e rendicontare le direzioni, i risultati raggiunti e il valore generato dall'azione organizzativa.

I sistemi di misurazione e valutazione consentono all'Azienda di tradurre gli indirizzi strategici in obiettivi ed azioni operative e di rappresentare ai diversi interlocutori significativi il valore generato e i risultati di performance raggiunti nelle diverse aree d'intervento.

L'attuazione delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti. Tale sistema coinvolge le diverse componenti dell'Azienda.

4.1 Performance Aziendale / Valore Pubblico

L'Azienda USL di Modena effettua un monitoraggio sul grado di attuazione degli obiettivi di valore pubblico e di performance istituzionale e organizzativa delle strutture rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione.

La Performance Aziendale viene quindi valutata attraverso i diversi sistemi di misurazione e valutazione previsti dalla RER per la valutazione delle performance aziendali e di confronto tra le varie aziende sanitarie della Regione.

In modo particolare gli strumenti di valutazione di riferimento sono gli indicatori InSiDER prodotti da diversi dashboard di misurazione delle performance nazionali e che contengono gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia e del Programma Nazionale Esiti. Alcuni di questi indicatori sono parte integrante del presente documento.

Secondo quanto stabilito dal D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., risulta particolarmente rilevante il ruolo svolto dall'Organismo Aziendale di Supporto all'OIV-SSR e dall'OIV-SSR stesso in tali attività di monitoraggio, rappresentato dalla verifica dell'andamento della performance dell'Azienda nel rispetto agli obiettivi programmati.

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

4.2 Performance Organizzativa

L'Azienda USL di Modena attribuisce al sistema di valutazione del personale un ruolo fondamentale per il riconoscimento del merito, dell'impegno e delle competenze espresse dai professionisti nel raggiungimento degli obiettivi aziendali, nonché un mezzo fondamentale per lo sviluppo delle competenze e della carriera professionale. In questa prospettiva l'azienda pone particolare attenzione alla corretta identificazione e valutazione degli obiettivi di performance annuali (processo di budget e programmazione regionale) e di quelli legati all'incarico connesso alla posizione ricoperta, nonché allo sviluppo ed assessment delle competenze professionali e di altra natura necessarie per esercitare efficacemente i diversi ruoli definiti dall'assetto organizzativo.

In una organizzazione di dimensioni rilevanti, quale l'Azienda USL di Modena, l'esercizio della gestione e valutazione coinvolge tutti i ruoli gestionali, dalla Direzione Strategica ai Direttori e Responsabili delle macroarticolazioni e delle unità operative.

I direttori/responsabili delle unità organizzative e dei servizi di produzione e di staff/tecnostruttura condividono la responsabilità con la Direzione Generale sul raggiungimento degli obiettivi aziendali e

sull'assegnazione di responsabilità in coerenza ai risultati da raggiungere e alla conseguente gestione del ruolo associato a tali responsabilità.

Questa condivisione si concretizza nell'identificazione di obiettivi annuali derivanti dagli obiettivi generali di azienda, di programmazione annuale e di mandato pluriennale del direttore generale individuati dalla Regione, da cui discende un sistema di regole di valutazione e riconoscimento delle premialità coerenti.

Il processo della valutazione, all'interno delle regole aziendali definite negli accordi, prevede un esercizio di responsabilità e competenza da parte dei valutatori.

La valutazione va supportata da elementi oggettivi, derivati da comportamenti professionali agiti ed eventi accaduti, da dati e informazioni di fonte interna ed esterna all'Azienda, in relazione alla posizione e ruolo ricoperto da ciascun valutato.

Tuttavia la valutazione comporta aspetti di soggettività ineliminabili laddove riguardi aspetti comportamentali ed attese di contributi che sono interconnessi con le relazioni professionali, nonché con il sistema valoriale della cultura organizzativa aziendale.

Le procedure di valutazione sono improntate ai seguenti principi:

- a) imparzialità, celerità e puntualità al fine di garantire la continuità e la certezza delle attività professionali connesse all'incarico conferito, la stretta correlazione tra i risultati conseguiti e la nuova attribuzione degli obiettivi, nonché l'erogazione delle relative componenti retributive, inerenti alla retribuzione di risultato a seguito di una tempestiva verifica dei risultati conseguiti;
- b) trasparenza dei criteri usati, oggettività delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- c) informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio nella valutazione di I e II istanza;
- d) diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione sulla quale l'organismo di verifica è chiamato a pronunciarsi.

Per supportare i valutatori, l'Azienda:

1. promuove l'adozione di strumenti e percorsi efficaci che aiutino - in un processo equo e trasparente - a distinguere, premiare e sviluppare le competenze richieste in coerenza all'esercizio del ruolo che si è chiamati a ricoprire;
2. sviluppa periodicamente azioni di monitoraggio sull'utilizzo degli strumenti valutativi, anche in coerenza allo sviluppo del software regionale GRU;
3. favorisce percorsi di formazione e accompagnamento dei valutatori;
4. garantisce tempestività di informazione e trasparenza di comunicazione mediante un sistema di reporting che informi periodicamente sul grado di raggiungimento degli obiettivi durante il periodo di realizzazione, per consentire ai valutatori di esercitare con piena consapevolezza la propria azione manageriale e professionale;
5. garantisce nel complesso il rispetto delle regole della valutazione definite dalla metodologia e dagli accordi integrativi aziendali, anche in collaborazione con l'OAS e l'OIV regionale.
6. promuove un'alimentazione della valutazione delle prestazioni con logiche di "multisource feedback" completa di tutte le informazioni che possono essere utili ai valutatori di prima istanza per svolgere al meglio il loro compito.

Il sistema di sviluppo delle competenze e di premialità collegato al raggiungimento degli obiettivi si avvale delle seguenti leve:

- le quote economiche annuali di retribuzione di premialità/risultato, definite negli specifici accordi integrativi per ciascuna area contrattuale (Comparto Sanità, Dirigenza Sanità e Dirigenza PTA) e collegate al raggiungimento degli obiettivi di performance annuale ovvero a obiettivi di particolare rilevanza aziendale;
- lo sviluppo di carriera attraverso le progressioni economiche orizzontali in area Comparto ed il sistema aziendale per il conferimento degli incarichi dirigenziali o di funzione per tutte le aree contrattuali;

- la formazione interna ed esterna e qualsiasi occasione di sviluppo e confronto professionale (ad es. partecipazione a gruppi di lavoro e studio di rilievo regionale e nazionale, partecipazione ad organismi, commissioni, ecc.);
- un dialogo continuo tra valutatore e valutato, tra responsabili e collaboratori, ispirato e dedicato a produrre costanti feedback che aiutino a orientare la propria azione e svolgerla in coerenza con attese di comportamento ed obiettivi di performance;

Gli obiettivi di performance organizzativa possono riguardare obiettivi e risultati attesi assegnati a livello di strutture e/o di team/gruppo di lavoro (centri di responsabilità – CdR), ove necessario articolati o ricomposti su ambiti organizzativi, o su percorsi/progetti che siano trasversali alle strutture e che prevedano il coinvolgimento di unità operative afferenti a dipartimenti diversi.

Gli obiettivi si articolano in aree e dimensioni che fanno riferimento ad obiettivi di:

- sviluppo di progetti, percorsi, rimodulazioni organizzative, obiettivi RER o nazionali
- miglioramento della qualità professionale, organizzativa e di fruizione dei servizi sanitari da parte di cittadini, pazienti, utenti e famigliari,
- volumi di attività e tempi d'attesa
- obiettivi collegati alla promozione della salute, all'accessibilità, alla sostenibilità economica, alla prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza.

La valutazione viene supportata da un chiaro e trasparente processo di individuazione e comunicazione degli obiettivi (durante il processo di budget annuale e/o in ogni altro momento opportuno) e connesse responsabilità, affinché tutti abbiano piena conoscenza degli obiettivi sui quali saranno valutati e del collegamento tra obiettivi aziendali, di macro-articolazione, di unità organizzativa e di processo, per ricostruire le necessarie coerenze.

L'obiettivo di questo processo di valutazione è anche sviluppare l'analisi strutturata delle dinamiche organizzative e la definizione puntuale nonché il riallineamento in corso d'opera dei contributi attesi dalle persone per la realizzazione degli obiettivi aziendali, di dipartimento, di unità operativa, di percorso.

Gli obiettivi possono derivare anche dall'assegnazione di progetti di particolare rilevanza aziendale ed essere aggiornati e/o modificati in corso d'anno, anche in relazione all'approvazione di documenti di programmazione o di orientamento dell'azione aziendale (budget dinamico). Di tali variazioni e aggiornamenti viene data comunicazione e avviato un approfondimento o ad hoc o in occasione degli incontri periodici di monitoraggio di avanzamento del budget.

I diversi obiettivi, o la parte di essi ritenuta di particolare valenza strategica o con caratteristiche il cui raggiungimento sia molto "sfidante", possono essere "pesati" sulla base della relativa importanza ed ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato.

In quest'area valutativa gli obiettivi sono assegnati a tutte le componenti professionali operanti nelle unità operative/percorsi e tendono ad assicurare un coinvolgimento complessivo di tutti i componenti del CdR verso il raggiungimento di obiettivi comuni, sottolineando la complementarietà e l'integrazione che deve caratterizzare il lavoro in azienda.

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

Il processo segue la cascata organizzativa: la Direzione Generale assegna la valutazione della Performance Organizzativa alla prima linea dirigenziale (Direttori di Dipartimento e Direttori dei Servizi) sulla base dei risultati di budget raggiunti e di una relazione di autovalutazione che mette in evidenza dal punto di vista

quantitativo e qualitativo i principali risultati raggiunti nell'anno e le innovazioni introdotte nelle aree di managerialità.

A loro volta i Direttori dei Dipartimenti assegnano una valutazione della performance organizzativa alle strutture complesse afferenti al dipartimento sulla base dei risultati di budget e di una relazione di autovalutazione che mette in evidenza i principali risultati raggiunti nell'anno dal punto di vista organizzativo e manageriale.

Dalla valutazione della performance organizzativa deriva il riconoscimento della componente di retribuzione annuale di premialità ad essa collegata secondo le quote e le regole stabilite in sede di accordo integrativo per ciascuna area contrattuale. Le singole quote economiche variano a seconda della posizione ricoperta e, con riferimento alle aree dirigenziali, anche della collocazione organizzativa, in quanto:

- per tutte le posizioni con responsabilità di struttura (titolari di incarico di struttura complessa e semplice dipartimentale Dirigenza area sanità e titolari di incarico di struttura complessa e semplice dirigenza area funzioni locali PTA) la retribuzione di risultato legata alla Performance Organizzativa è collegata per una quota pari al 15% alla misura in cui la Regione Emilia – Romagna valuterà il livello di raggiungimento degli obiettivi annuali dell’Azienda USL di Modena;
- inoltre, per i dirigenti con responsabilità di struttura complessa o semplice afferenti agli staff/tecnostruttura della Direzione Aziendale la retribuzione di risultato legata alla performance organizzativa è collegata per una quota del 85% al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e per una quota pari al 15% alla misura media di raggiungimento dei risultati di budget aziendale da parte dei Dipartimenti di produzione.

Questo collegamento è stato declinato nel sistema di valutazione annuale come elemento di trasversalità e per stimolare l’integrazione e la consapevolezza che i risultati sono comuni e che ciascuno è parte del medesimo ecosistema organizzativo.

4.3 Performance Individuale

La valutazione annuale del raggiungimento degli obiettivi di performance viene completata anche dalla valutazione del contributo individuale agito dai singoli professionisti per il raggiungimento degli obiettivi assegnati all’U.O. ed alle strutture aziendali, la c.d. performance organizzativa.

Per i ruoli gestionali i criteri di valutazione sono riconducibili all’area della Managerialità (strategicità degli obiettivi, Innovazione, Integrazione e Valorizzazione Risorse Umane assegnate).

Per i ruoli professionali la valutazione è riconducibile ad aspetti legati al contributo individuale messo in campo nell’anno e alla qualità dei comportamenti professionali e organizzativi agiti.

Per i ruoli gestionali i criteri di valutazione sono riconducibili all’area della Managerialità (strategicità degli obiettivi, Innovazione, Integrazione e Valorizzazione Risorse Umane assegnate).

Per i ruoli professionali la valutazione è riconducibile ad aspetti legati al contributo individuale messo in campo nell’anno e alla qualità dei comportamenti professionali e organizzativi agiti (etica, rispetto dei valori aziendali e del codice di comportamento, espressione del ruolo e agire relazionale).

La valutazione segue il principio della cascata organizzativa: la Direzione Generale assegna le valutazioni alla prima linea dirigenziale (Direttori delle macroarticolazioni organizzative), i quali a loro volta assegnano le valutazioni ai singoli professionisti afferenti.

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

In alcuni casi vengono assegnati obiettivi a singoli professionisti, anche afferenti a più unità operative, che saranno oggetto di valutazione e collegati al sistema premiante, come previsto negli accordi integrativi oppure a quali riconoscere un incentivo ulteriore rispetto alle quote base previste, recuperabili dalle “quote progetto specifiche” previste negli accordi integrativi.

5. INDICATORI DI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

L'attività di rendicontazione degli obiettivi di programmazione sanitaria regionale, è tempestivamente ed analiticamente effettuata nelle more delle attività previste per l'adozione del Bilancio di Esercizio.

Nello specifico, la rendicontazione dettagliata degli obiettivi sarà inserita nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale, parte integrante del Bilancio di Esercizio dell'Azienda USL di Modena, pubblicata, come previsto dalla normativa, sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente.

Pertanto la prossima rendicontazione relativa agli indicatori di performance elencati di seguito, sarà pubblicata contestualmente con l'adozione dei Bilanci dei prossimi Esercizi. Visionabile al seguente link:

<https://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/9805>

Indicatori di Performance PIAO Anno 2022 (Fonte: InsidER)

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
UTENTE	Accesso e Domanda	UT001	Accesso e Domanda		-	-	
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0319	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	>= 90%	84.31	66.72	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0320	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	>= 90%	92.45	86.2	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0795	Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	>= 90%	88.71	78.29	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0807	Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi		76.77	69.76	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0787	% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo (escluse quelle con tipo accesso = 1) - EROGATO	>= 70%	89.75	94.13	tendenziale incremento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0789	Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi		79	71.9	tendenziale incremento/mantenimento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0861	% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte		98.23	98.74	tendenziale incremento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0775	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	> 95%	73.94	-	NA (allineamento a standard RER)
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0776	% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	> 90%	85.93	86.66	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0137	% abbandoni dal Pronto Soccorso		6.11	4.77	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0410	Tasso std di accessi in PS		349.02	389.11	tendenziale riduzione
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0782	Indice di filtro del PS		19.49	12.79	tendenziale miglioramento/mantenimento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0830	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso - Indicatore NSG: D09Z	<=18	15	-	allineamento a standard/riduzione
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0841	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - Indicatore NSG: H01Z	<= 160	119.4	120.7	allineamento media RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0765	Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	> 90%	80.35	80.63	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0766	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	> 90%	85	83.24	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0767	Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	> 90%	68.55	77.79	allineamento a standard RER
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0955	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti		-	-	tendenziale riduzione
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0289	% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	>= 50%	46.79	49.64	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Accesso e Domanda	IND0907	Pazienti => 65 anni presi in carico in ADI - PNRR	> 8,5 %	10.81	10.19	tendenziale incremento
UTENTE	Integrazione	UT002	Integrazione		-	-	
UTENTE	Integrazione	IND0828	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - Indicatore NSG: D03C	<= 343	275.86	272.71	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Integrazione	IND0829	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - Indicatore NSG: D04C	<= 109	94.33	88.11	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Integrazione	IND0866	Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni		29.4	26.44	tendenziale incremento

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
UTENTE	Integrazione	IND0960	Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni		21.64	20.05	tendenziale riduzione
UTENTE	Integrazione	IND0836	% di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - Indicatore NSG: D27C		6.43	4.97	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Integrazione	IND0856	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti - Indicatore NSG: D29C		135.47	183.87	tendenziale riduzione
UTENTE	Integrazione	IND0783	Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - Indicatore NSG: D05C		22.23	21.7	tendenziale riduzione
UTENTE	Integrazione	IND0280	Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni		184.02	177.95	tendenziale incremento
UTENTE	Integrazione	IND0862	Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI		10.82	1.21	tendenziale riduzione
UTENTE	Integrazione	IND0859	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - Indicatore NSG: D22Z		100	85.03	tendenziale incremento
UTENTE	Integrazione	IND0837	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - Indicatore NSG: D30Z	>= 50%	56.6	43.3	allineamento a standard/incremento
UTENTE	Integrazione	IND0656	% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni - Indicatore NSG: D32Z	<= 25%	26.82	23.23	tendenziale riduzione
UTENTE	Integrazione	IND0902	% IVG medica sul totale IVG	>= 34% (media 2018)	80.01	89.65	tendenziale incremento
UTENTE	Integrazione	IND0542	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	<= 25%	13.36	21.28	tendenziale riduzione
UTENTE	Integrazione	IND0673	% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO		8.07	8.37	tendenziale riduzione
UTENTE	Integrazione	IND0860	N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: D33Z	>= 24,6	40.8	38.02	tendenziale incremento
UTENTE	Esiti	UT003	Esiti		-	-	
UTENTE	Esiti	IND0389	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	<= 12%	7.62	10.09	riduzione
UTENTE	Esiti	IND0390	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	>= 35%	49.73	25.82	incremento (problema calcolo)
UTENTE	Esiti	IND0391	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	<= 14%	11.86	9.17	tendenziale riduzione
UTENTE	Esiti	IND0275	Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	< 4%	1.73	0.84	NA (tendenziale riduzione)
UTENTE	Esiti	IND0276	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	<= 4%	1.92	1.76	NA (tendenziale riduzione/mantenimento)
UTENTE	Esiti	IND0392	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	<= 3%	1.25	-	NA (tendenziale riduzione/mantenimento)
UTENTE	Esiti	IND0393	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	<= 14%	10.02	9.18	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Esiti	IND0394	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	<= 3,5%	2.26	-	NA (tendenziale riduzione/mantenimento)
UTENTE	Esiti	IND0395	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	<= 12%	10.53	11.05	tendenziale riduzione/mantenimento
UTENTE	Esiti	IND0396	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	90 casi	81.94	98.47	tendenziale incremento
UTENTE	Esiti	IND0398	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - Indicatore NSG: H03C	<= 7,5%	4.17	6.45	riduzione
UTENTE	Esiti	IND0400	Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	<= 7%	4.4	0	NA (riduzione)
UTENTE	Esiti	IND0401	Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	<= 6%	4.12	4.65	riduzione
UTENTE	Esiti	IND0846	% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - Indicatore NSG: H17C	< 15%	15.12	10.84	tendenziale riduzione

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
UTENTE	Esiti	IND0847	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - Indicatore NSG: H18C	< 25%	16.48	11.43	tendenziale riduzione
UTENTE	Esiti	IND0402	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	<= 0,7%	0.86	0.59	tendenziale riduzione
UTENTE	Esiti	IND0403	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	<= 1,2%	1.38	1.03	tendenziale riduzione
UTENTE	Esiti	IND0404	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	< 6	2	2	tendenziale riduzione
UTENTE	Esiti	IND0912	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore (*) in regime ordinario	>=80%	64.7	61.48	tendenziale incremento
UTENTE	Esiti	IND0399	Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	<= 3%	0.92	-	NA (riduzione)
UTENTE	Esiti	IND0867	Tasso di amputazioni maggiori e minori in pazienti diabetici		3.14	1.86	tendenziale riduzione
UTENTE	Esiti	IND0975	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - Indicatore NSG: D01C		18.07	20.85	riduzione
UTENTE	Esiti	IND0976	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ICTUS ISCHEMICO - Indicatore NSG: D02C		17.36	13.85	tendenziale riduzione
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	PI001	Produzione-Ospedale		-	-	
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0868	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia		77.85	88.79	tendenziale incremento autosufficienza
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0869	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione		9.31	7.58	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0870	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione		12.85	3.63	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0871	Indice di case mix degenza ordinaria		-	0.94	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0872	Indice comparativo di performance		-	0.89	tendenziale riduzione (part chir)
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0978	Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR) - Indicatore NSG: H08Za		-1.51	-0.08	tendenziale incremento autosufficienza
PROCESSI INTERNI	Produzione-Ospedale	IND0979	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) - Indicatore NSG: H08Zb		0.96	13.67	tendenziale incremento autosufficienza
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	PI002	Produzione-Territorio		-	-	
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0953	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti		-	-	incremento presa in carico
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0225	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile		-	-	incremento presa in carico
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0226	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche		8.37	8.3	incremento presa in carico
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0310	% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	>= 52% (media 2018)	58.18	62.32	incremento presa in carico
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0661	% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita		59.18	61.83	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0662	% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita		25.49	24.35	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0317	% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	>= 7%	8.39	9.96	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Territorio	IND0499	Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti		0.36	0.27	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	PI003	Produzione-Prevenzione		-	-	
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0171	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - Indicatore NSG: P02C	> 95%	97.01	98.19	tendenziale adeguamento a standard/incremento

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0172	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - Indicatore NSG: P06C	> 75%	61.97	62.99	tendenziale adeguamento a standard/incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0175	Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini - Indicatore NSG: P04C	>= 95%	93.22	95.88	tendenziale adeguamento a standard/incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0177	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - Indicatore NSG: P01C	> 95%	97.26	98.53	tendenziale adeguamento a standard/incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0185	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	>= 7,5%	8.29	7.71	tendenziale adeguamento a standard/incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0187	% cantieri ispezionati		14.44	13.61	incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0761	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni)	>= 70%	71.33	76.09	tendenziale adeguamento a standard ottimale /incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0762	% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni)	>= 60%	65.27	70.91	tendenziale adeguamento a standard ottimale /incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0763	% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni)	>= 50%	53.16	54.1	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0850	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG	>= 95%	96.67	96.48	tendenziale adeguamento a standard/incremento
PROCESSI INTERNI	Produzione-Prevenzione	IND0851	Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - NSG	>= 95%	100	100	mantenimento
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	PI004	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico		-	-	
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0843	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario - Indicatore NSG: H04Z	<= 0,21	0.16	0.13	tendenziale riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0857	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: H06Z		2.28	1.72	tendenziale riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0858	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - Indicatore NSG: H07Z		26.53	16.47	tendenziale riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0621	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici		7	4.51	riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0622	Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici		3.75	3.05	riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0505	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS		14.55	15.86	riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0506	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni		4.41	2.95	riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0333	% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	<=5%	23.72	21.91	riduzione

Dimensione di Valutazione	Indicatore di sintesi	ID Indicatore	Indicatore	Riferimento	EMILIA-ROMAGNA	MODENA	Trend atteso nel triennio 2023-2025
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0343	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	< 850 prescrizioni per 1.000 ab.	639.37	752.74	riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0863	Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio		825.92	849.78	allienamento a media RER/riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0864	Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio		721.98	718.58	tendenziale riduzione
PROCESSI INTERNI	Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	IND0865	Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - Indicatore NSG: D13C		75.03	73.5	tendenziale riduzione
PROCESSI INTERNI	Organizzazione	PIO05	Organizzazione		-	-	
PROCESSI INTERNI	Anticorruzione-Trasparenza	PIO06	Anticorruzione-Trasparenza		-	-	
PROCESSI INTERNI	Anticorruzione-Trasparenza	IND0405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza		-	-	tendenziale incremento
PROCESSI INTERNI	Anticorruzione-Trasparenza	IND0818	% centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale		63.3	77.05	tendenziale incremento
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	SO001	Sostenibilità economico-finanziaria		-	-	
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti		-	-4.6	tendenziale incremento
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	>= 90%	93.16	92.35	tendenziale incremento oltre standard
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0365	% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza		88.92	87.9	tendenziale incremento
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0732	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)		185.5	190.24	tendenziale riduzione
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0877	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)		17.96	16.04	aumento efficienza
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0878	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)		29.54	44.03	tendenziale riduzione
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0879	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)		12.65	9.66	tendenziale riduzione
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0880	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)		38.67	29.53	tendenziale riduzione
SOSTENIBILITA'	Sostenibilità economico-finanziaria	IND0977	% risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR)	>=30%	17.76	12.69	mantenimento sotto standard

Allegati al PIAO 2023-2025

Vengono allegati al PIAO i documenti ritenuti significativi nell'ottica della programmazione strategica aziendale:

- Allegato 1 Piano della Prevenzione Corruzione e Trasparenza
- Allegato 2 Piano Organizzativo del Lavoro Agile
- Allegato 3 Linee Guida Processo di Budget
- Allegato 4 Piano delle Azioni Positive

Il Piano Attuativo del PIAO (che costituirà l'Allegato 5) relativo al Piano dei Fabbisogni Triennale del Personale (PFTP) verrà inserito nel presente documento a seguito della prescritta autorizzazione regionale e del conseguente recepimento aziendale.