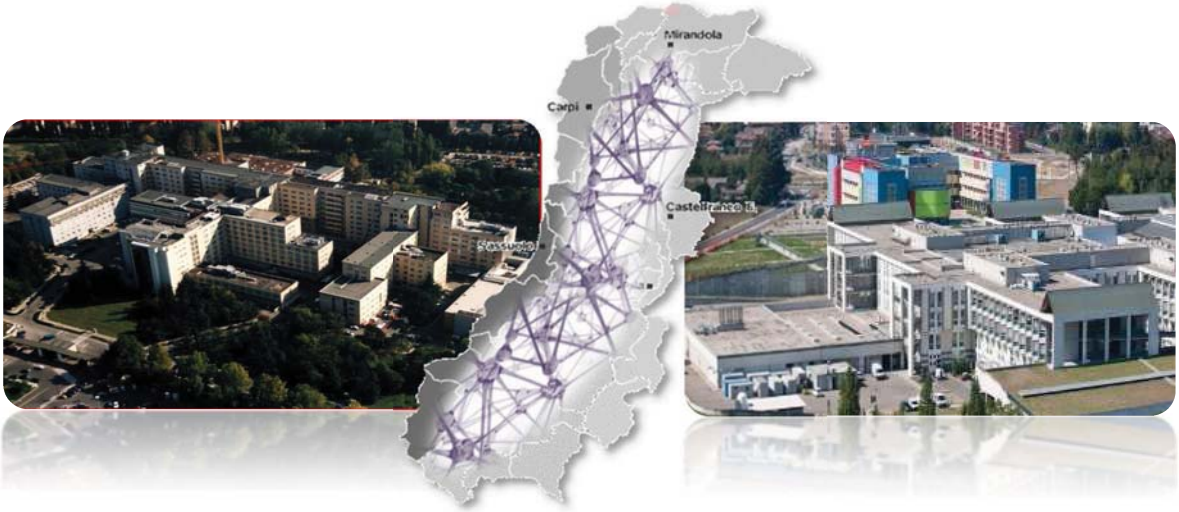
Prot. AOU 0030999/19 del: 12/11/2019

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

MASTER BUDGET 2019

AOU MODENA



Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Sommario

I. **PREMESSA** **1**

Il contesto normativo di riferimento 2

II. **IL PROCESSO di BUDGET** **6**

Tabella di sintesi degli obiettivi 2019 9

Elementi di rilievo 11

La Revisione di Budget 14

III. **WEB BUDGET** **15**

Le schede di budget 17

WebBudget 2.0 – Le innovazioni 2019 19

Nuovo Budget Builder 20

Tag, Timeline e Dashboard 24

Pierino – Il processo di Valutazione individuale 30

WebBudget Stats 31

I numeri 31

Gli accessi 32

Gli accessi in modifica 32

Gli obiettivi caldi 34

I picchi di accesso per fascia oraria 35

Andamento accessi rispetto al giorno della negoziazione 36

IV. **PTPC e BUDGET** **40**

V. **Le SCHEDE di BUDGET 2019** **43**

BUDGET AREA SANITARIA POLICLINICO MODENA 44

Dip. Medicina Interna Generale, D'Urgenza e Post Acuzie 3
Dip. Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche 27
Dip. Materno-Infantile 82
Dip. Oncologia ed Ematologia 133
Dip. Neuroscienze e Testa Collo 195
Dip. Diagnostica per Immagini 230
Dip. Emergenza-Urgenza 243
Dip. Medicine Specialistiche 251
Dip. Nefro-Cardio-Vascolare 310
Dip. Apparato Locomotore 326
Dip. Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica 350

BUDGET AREA SANITARIA OCSAE MODENA 461

Dip. Medicina Interna Generale, D'Urgenza e Post Acuzie 462
Dip. Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche 494
Dip. Diagnostica per Immagini 519
Dip. Emergenza-Urgenza 527
Dip. Medicine Specialistiche 534
Dip. Nefro-Cardio-Vascolare 559
Dip. Neuroscienze e Testa Collo 582
Dip Locomotore 611

BUDGET STAFF DIREZIONE SANITARIA 427

Direzione Sanitaria 434
Sicurezza e Autorizzazione 179
Assicurazione Qualità 428
Direzione Assistenza Farmaceutica 431
Servizio Fisica Sanitaria 441
Medicina Legale 430

BUDGET STAFF DIREZIONE STRATEGICA 443

Direzione Professioni Sanitarie 448
Servizio Formazione, Ricerca e Innovazione 451
Servizio Prevenzione e Protezione - Sorveglianza Sanitaria 456
Direzione Servizi per l'Ospitalità 444

BUDGET STAFF AREA AMMINISTRATIVA E TECNICA 375
Controllo di Gestione 401
Comunicazione e Informazione 396
Servizio Appalti e Acquisti 387
Servizio Attività Amministrative Ospedaliere 420
Servizio Attività Tecniche e Patrimoniali 405
Servizio Bilancio e Finanze 384
Servizio I.A. Amministrazione Personale 391
Servizio Ingegneria Clinica 410
Segreteria Generale 381
Servizio per l'Integrazione Tecnico-Amm.va Ospedaliera 376
Servizio Tecnologie dell'Informazione 415

PREMESSA

Il 2019 si è configurato come un anno strategico per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, in quanto primo dopo la chiusura ufficiale del percorso di sperimentazione gestionale fra Policlinico di Modena ed Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara (OCB) avviato nel corso del 2017.

La pianificazione per obiettivi di budget annuali, in continuità con quanto recepito a livello strategico dal Piano delle Azioni 2019 (*prot. 10576 del 10/4/2019, approvato dal Collegio di Direzione il 7/3/2019*), assume un ruolo fondamentale all'interno dei meccanismi di programmazione strategica dell'Azienda, volti ad assicurare i più efficaci livelli qualitativi dell'assistenza sanitaria, coniugati con un'efficiente gestione delle risorse a disposizione.

A tal proposito, si conferma centrale il legame con le linee strategiche alla base del Piano della Performance 2018-2020, documento programmatico a valenza triennale per il quale è stato previsto l'aggiornamento nel corso del 2018. Il nuovo PdP, adottato dalla AOU di Modena con deliberazione n. 164 del 26/9/2018, si pone in una situazione di continuità ed allineamento nei confronti di un altro importante documento programmatico, il Progetto Esecutivo della Sperimentazione Gestionale, redatto dall' Organismo di Indirizzo e Verifica (Oiv) per la sperimentazione gestionale e presentato in CTSS il 5/10/2018.

Come ribadito nel Progetto Esecutivo, in risposta al disegno normativo illustrato dalla DGR 1004/2016, il contingente periodo di gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri modenesi si configura come rilevante opportunità per ridisegnare le funzioni mediche e chirurgiche, focalizzando l'attenzione su due macro-obiettivi di fondo:

- mantenimento delle vocazioni differenziate e specifiche dei diversi nodi della rete assistenziale territoriale;
- consolidamento delle piattaforme dotate di personale, infrastrutture e tecnologie in grado di fornire servizi intermedi e di supporto.

Il processo di budget 2019, consolidando il percorso già intrapreso nel 2017 e 2018 che ha previsto la gestione congiunta da parte della Direzione Aziendale sui due stabilimenti (Policlinico ed Ospedale Civile di Baggiovara), è stato ispirato proprio ai principi sintetizzati sopra, così come recepiti a livello aziendale nella delibera 1 del 7/1/2019.

Il contesto normativo di riferimento

L'anno 2018 ha visto concludersi positivamente il periodo di sperimentazione gestionale fra Policlinico ed OC di Baggiovara, in netto anticipo con le tempistiche inizialmente previste dal percorso. Nel mese di settembre 2018 è stata rilasciata la versione finale del "Progetto Esecutivo della Sperimentazione Gestionale per la gestione unica tra l'AUSL di Modena – Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino Estense e l'AOU di Modena", di cui alla delibera n. 1004/2016, recepite anche all'interno del Piano della Performance dell'AOU di Modena per il triennio 2018-2020. La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria del 5 ottobre 2018 ha condiviso gli elementi chiave del percorso avviato ed espresso parere favorevole in merito ai risultati conseguiti nel biennio di sperimentazione.

Le evidenze di natura organizzativa, clinico-assistenziali e di carattere economico-finanziario espresse a sostegno e verifica degli obiettivi esplicitati nel Progetto Esecutivo hanno trovato strutturazione ed evidenza nella "Relazione conclusiva sui risultati della sperimentazione gestionale", stilata dall'Organismo di Indirizzo e Verifica e sottoscritta a Bologna in data 19 novembre 2018.

Le intense tappe di fine 2018 hanno accompagnato l'iter finale di approvazione della Legge Regionale n. 24 del 27/12/2018, con la quale è stata ufficializzata la chiusura della sperimentazione gestionale, specificando che "[…] a decorrere dal 1° gennaio 2019 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena è costituita da un unico presidio e si articola nei due stabilimenti ospedalieri: il Policlinico di Modena e l'Ospedale Civile di Baggiovara […]".

Sotto il profilo dell'organizzazione interna, l'AOU di Modena ha recepito le prime disposizioni gestionali e dato corso ad un primo aggiornamento dell'assetto organizzativo dipartimentale con la delibera n. 1 del 7/1/2019.

Il processo di programmazione annuale per budget, a maggior ragione nel 2019, si inserisce nel più ampio disegno strategico delineato dal contesto di riferimento sopra richiamato e dalle linee guida evidenziate nel Piano della Performance aziendale, relativo al triennio 2018-2020 ed approvato lo scorso 26 settembre 2018 con delibera n. 164.

Le riorganizzazioni strategiche già avviate nel corso del 2017 e 2018 durante il periodo di sperimentazione gestionale, così come le attività ed i percorsi avviati in questa prima parte dell'anno 2019, si sono inseriti nell'ambito del quadro normativo delineato dalla sopra richiamata L.r. 24/2018 e degli obiettivi strategici contenuti nella DGR 919/2018, deliberata il 18/6/2018:

- la razionalizzazione della struttura complessiva dei costi delle due Aziende sanitarie in ambito provinciale;
- l'invarianza dei livelli di performance;
- il consolidamento operativo, la semplificazione e la tempestività dei progetti integrati di cura, in relazione ad un nuovo disegno dei percorsi socio-assistenziali fra Policlinico e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense e gli ospedali della rete provinciale;
- la maggiore caratterizzazione e integrazione delle vocazioni ospedaliere della rete provinciale.

La Delibera 1004/2016 della Regione Emilia-Romagna, che ha gettato le basi per la gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri Policlinico di Modena e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara, ha reso imprescindibile la riorganizzazione dipartimentale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, che ha preso operativamente forma dal gennaio 2018. Organizzazione cui verrà è stato informato anche il percorso di budget 2018, strutturato sulla base della nuova articolazione aziendale e che verrà tenuto a riferimento anche per il processo dell'anno 2019.

I processi di riorganizzazione in corso, determinati dalla necessità di rafforzare e di potenziare l'integrazione e la sinergia del funzionamento delle strutture, determinano necessariamente un coinvolgimento in tale dinamica di cambiamento della struttura organizzativa dipartimentale ora in essere; tale processo ha comportato l'adozione di un provvedimento provvisorio (disposizione gestionale) che sarà parte di un provvedimento complessivo al termine della sperimentazione con conseguente modifica all'Atto Aziendale, previsto entro l'anno 2019.

Nella proposta di articolazione dei Dipartimenti cui si uniforma il processo di budget, l'afferenza di Unità Operative che insistono sull'Ospedale Civile Estense a Dipartimenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria o la modulazione di Dipartimenti di Medicine inter-stabilimento viene attuata ai fini di una semplificazione e miglioramento dei rapporti di interfaccia interni all'Azienda.

I cambiamenti proposti, legati a provvedimenti gestionali di carattere temporaneo che hanno validità pari alla durata della sperimentazione di gestione unica, non prevedono alcuna modificazione dell'articolazione dei Dipartimenti Interaziendali né in termini di composizione né in ordine di partecipazione del personale medico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (strutturato o in assegnazione temporanea) alle dinamiche degli stessi.

L'Azienda Sanitaria deve inoltre garantire le proprie strategie di programmazione e gestione dei servizi sanitari e delle attività amministrative e tecniche di supporto alle direttive contenute nella DGR n. 927/2011; le strategie e le azioni dell'azienda dovranno essere orientate ad accrescere e consolidare l'integrazione e le sinergie di sistema con le altre Aziende Sanitarie nell'ambito di Area Vasta Emilia Nord e nell'ambito provinciale, per eliminare le ridondanze, mettere a valore le competenze di livello specialistico e/o di esperienza professionale elevata e migliorare l'accessibilità.

Le strategie e l'adozione di decisioni operative di Area Vasta dovranno riguardare tanto la riorganizzazione delle reti cliniche quanto le funzioni tecnico amministrative di supporto, in particolare, le strategie di Area Vasta debbono prevedere azioni relative ai seguenti ambiti:

- reti cliniche: è necessario rafforzare il sistema di Hub & Spoke, migliorando la strutturazione ed il monitoraggio dei percorsi di centralizzazione vs Hub e di invio vs Spoke; consolidare ed arricchire i processi collaborativi, per la messa a valore delle competenze di eccellenza per l'intero sistema e per la disseminazione delle best practices;

- funzioni amministrative e tecniche di supporto: strutturare servizi interaziendali di Area Vasta per funzioni standardizzate (gestione economica del personale, gestione acquisti); costruire servizi interaziendali di Area Vasta per funzioni che richiedono competenze specialistiche relativamente rare, al fine di garantire l'esercizio delle competenze necessarie con gli indispensabili requisiti di congruità: ingegneria clinica, fisica sanitaria, tecnologie dell'informazione, affari legali.

Il quadro degli obiettivi di carattere economico-finanziario della programmazione sanitaria regionale viene esplicitato nella DGR 919/2018, deliberata il 18/6/2018, che detta le "Linee di Programmazione e di Finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017".

Tra i punti si ricordano:

- ✓ Area di performance all'accesso
- ✓ Prevenzione e promozione della salute
- ✓ Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero
- ✓ Piattaforme logistiche ed informatiche più forti, attraverso il lo sviluppo degli ICT
- ✓ Governo Clinico, Appropriatezza e gestione del rischio clinico

- ✓ Gestione del patrimonio e delle attrezzature
- ✓ Vincolo del pareggio di bilancio (Sostenibilità economica)
- ✓ Obiettivi di spesa farmaceutica
- ✓ Didattica, Ricerca ed Innovazione
- ✓ Qualità ed Accreditamento
- ✓ Investimenti

Specifica rilevanza assumono infine i confini normativi ed operativi tratteggiati dalle indicazioni regionali in materia di valutazione della performance, così come contenute nelle delibere OIV-SSR. Questo con riferimento specifico agli obiettivi aziendali derivanti dal monitoraggio degli indicatori regionali, in forte continuità con il monitoraggio sugli indicatori strategici di performance che il Sistema Informativo regionale mette a disposizione trimestralmente sulla piattaforma InSiDER.

REGIONALE

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2017-2019

Lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà. Nuovi strumenti per fornire servizi sempre più "integrati" e più vicini ai cittadini. Sono questi, in estrema sintesi, gli obiettivi del nuovo Piano sociale e sanitario dell'Emilia-Romagna per il triennio 2017-2019, il documento di programmazione politica della Regione Emilia-Romagna nel settore sanitario e sociale.

OBIETTIVI di MANDATO AOU di MODENA

Allegato 1 alla DGR ER n. 164 del 23/2/2015

DM n.70 del 2/4/2015

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

DGR ER n.1056 del 27/7/2015

RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

DGR ER n.2040 del 10/12/2015

Riorganizzazione dalla rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal Dm salute 70/2015

DGR ER n.272 del 13/3/2017

Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna

DGR ER n.1004 del 28/06/2016

«Sperimentazione gestionale per la gestione unica tra l'AUSL di Modena 'Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense' di Baggiovara e l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena»:

- razionalizzazione della struttura complessiva dei costi delle due Aziende sanitarie in ambito provinciale;
- invarianza, quanto meno in avvio, dei livelli di performance;
- consolidamento operativo, semplificazione e tempestività dei progetti integrati di cura, in relazione ad un nuovo disegno dei percorsi socio assistenziali fra Policlinico e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense e gli ospedali della rete provinciale;
- maggiore caratterizzazione e integrazione delle vocazioni ospedaliere della rete provinciale.

DELIBERE OIV-SSR 1/2014, 2/2015, 3 e 4/2016, 5/2017.

indicazioni regionali in materia di valutazione della performance, con riferimento specifico agli obiettivi aziendali derivanti dal monitoraggio degli indicatori InsidER.

Legge RER n.24 del 27/12/2018

"Chiusura Sperimentazione Gestionale per la gestione unica tra l'AUSL di Modena 'Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense' di Baggiovara e l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena".

PdP AOU MO prot. n.164/2018

"Piano della Performance della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena per il triennio 2018-2020".

DGR ER n.977 del 18/06/2019

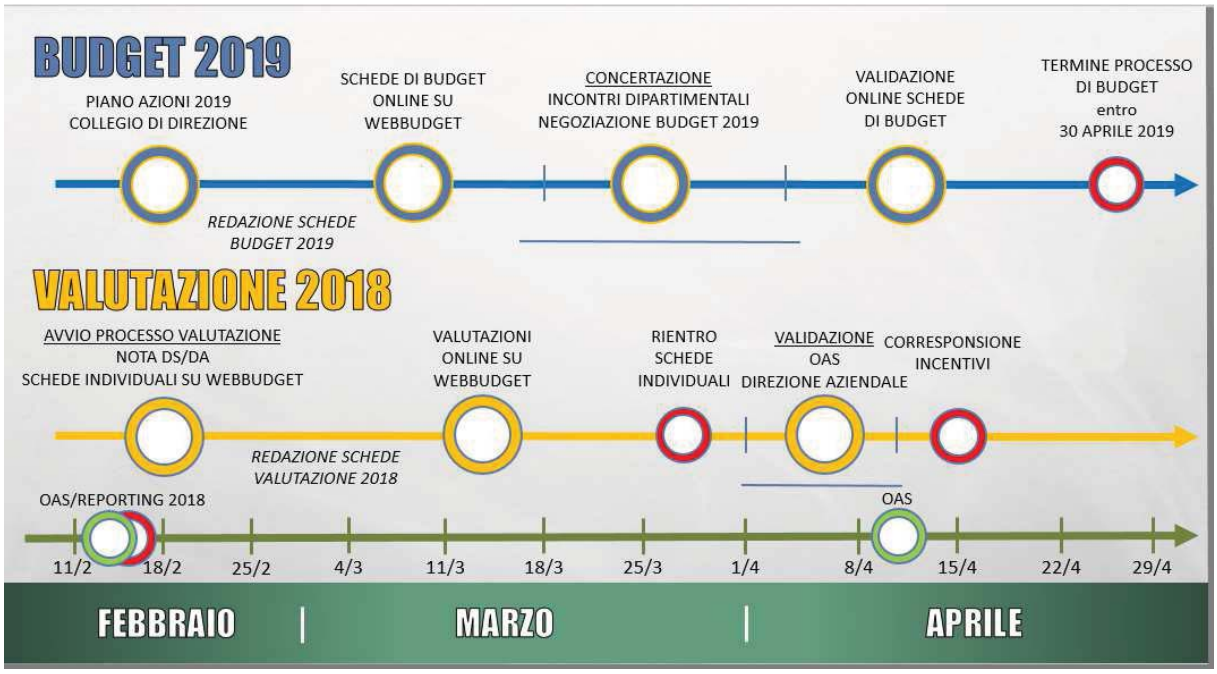
"Linee di Programmazione e di Finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019".

AZIENDALE

- ✓ **MISSION**
- ✓ **VISION**
- ✓ **ATTO AZIENDALE** *(delibera AOU_MO n. 215 del 30/11/2015)*
- ✓ **CONTRATTO di FORNITURA per l'anno 2019** *(in fase di approvazione al 6/11/2019)*

IL PROCESSO di BUDGET

Il processo di budget per l'anno 2019 si inserisce nel solco di quanto avviato dalla AOU di Modena già nel 2015/2016, per impostazione organizzativa e strumenti utilizzati.



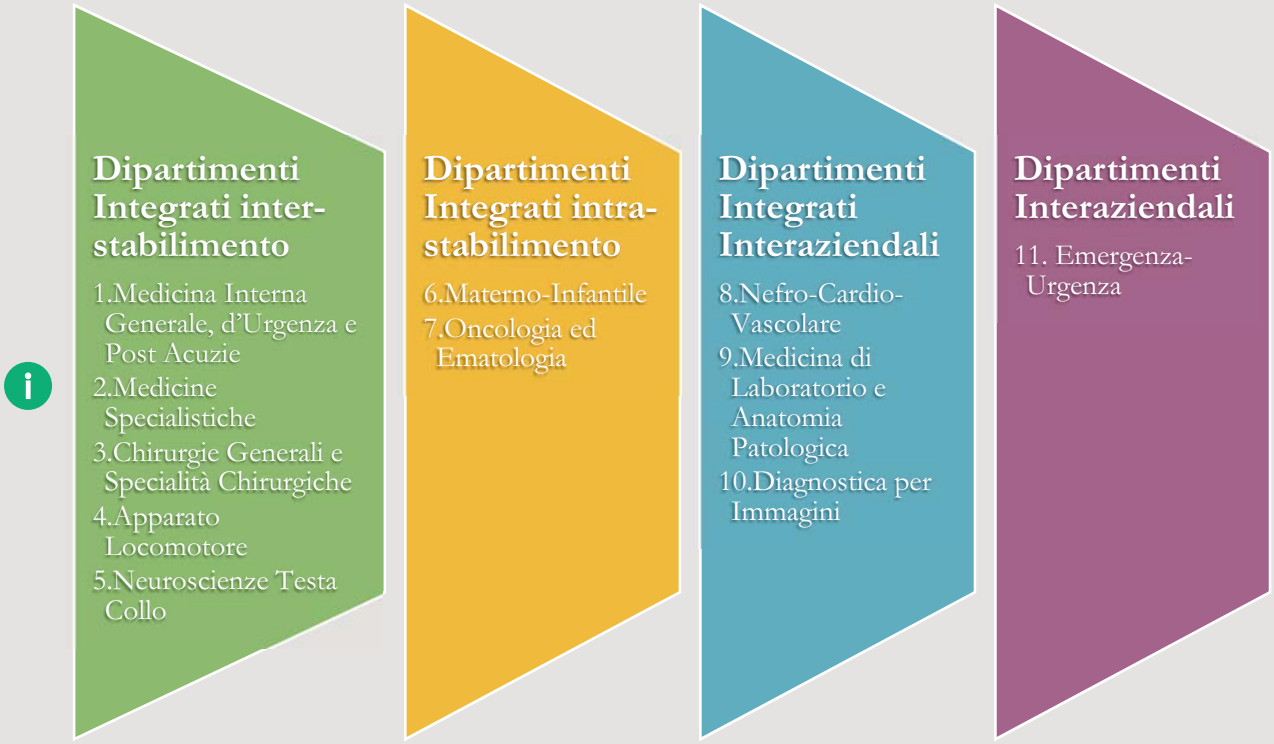
Il Comitato di Budget, presieduto dal Direttore Sanitario, ha coordinato i lavori di definizione degli obiettivi trasferendo ai Dipartimenti ed alle Unità Operative aziendali le linee strategiche poste in capo all'Azienda. L'organizzazione del processo, la definizione di misure, azioni ed obiettivi caratterizzanti la programmazione aziendale 2019 hanno trovato esplicitazione nel Piano delle Azioni 2019 (Linee Guida al Budget 2019). Tale documento è stato formalmente approvato in sede di Collegio di Direzione il 7 marzo 2019.

Parallelamente, a livello di struttura del processo, un importante investimento è stato effettuato sul versante "culturale" in azienda, prevedendo momenti formali finalizzati alla diffusione e condivisione delle informazioni e delle strategie.

A tale scopo, in linea con quanto positivamente già sperimentato nel percorso di budget 2018, si è confermata la struttura della:

- Revisione di Budget
  Momento formale di incontro con i professionisti aziendali per verificare lo stato di avanzamento dei dati di attività, consumo e performance rispetto ai target stabiliti ad inizio anno in sede di negoziazione di budget.

Il processo di negoziazione formale del budget 2019 ha previsto lo svolgimento di incontri strutturati secondo il seguente schema:



Gli incontri di negoziazione si sono svolti con la Direzione di Dipartimento e con i Responsabili delle Strutture titolari di scheda budget (Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali). L'invito alla negoziazione è stato esteso selettivamente anche ai Responsabili delle Strutture Semplici ritenute dalla Direzione Sanitaria particolarmente strategiche in considerazione dei budget movimentati. Tale invito agli incontri è stato effettuato da parte del Responsabile di Struttura Complessa di afferenza.

La definizione degli obiettivi è stata effettuata in linea con il quadro normativo nazionale e regionale esplicitato in premessa ed in considerazione della particolare fase congiunturale a livello provinciale che vede il consolidamento del nuovo assetto provinciale, a seguito della conclusione della sperimentazione gestionale fra Policlinico di Modena e OC di Baggiovara.

Ogni scheda di budget presenta obiettivi riconducibili alle seguenti quattro macro aree:

OBIETTIVO	INDICATORE	DESCRIZIONE
QUALITA' ECONOMICA RICAVI		
ATTIVITA' DI DEGENZA OSPEDALIERA (DEGENZA ORDINARIA E DAY HOSPITAL)	VALORE DIMESSI TOTALE	*Ricavi complessivi per degenza ordinaria e day hospital, alle tariffe vigenti, per qualsiasi provenienza (intra ed extra Regione Emilia-Romagna)*
	VALORE DIMESSI – RESIDENTI PROVINCIA DI MODENA	*Ricavi complessivi per degenza ordinaria e day hospital erogati a favore dei residenti della Provincia di Modena, alle tariffe vigenti.*
ATTIVITA' AMBULATORIALE	VALORE AMBULATORIALE TOTALE	*Ricavi complessivi per attività ambulatoriale effettuata agli esterni per i reparti, mentre complessiva per radiologia e laboratori, per qualsiasi provenienza (intra ed extra Regione Emilia-Romagna), alle tariffe previste dal nomenclatore vigente*
	VALORE AMBULATORIALE – RESIDENTI PROVINCIA DI MODENA	*Ricavi complessivi per attività ambulatoriale effettuata agli esterni per i reparti e complessiva per radiologia e laboratori, per i residenti nella Provincia di Modena, alle tariffe previste dal nomenclatore vigente*
QUALITA' COSTI		
COSTI	INCIDENZA COSTI/RICAVI	*Rapporto tra i costi (diretti e ribaltati) dei beni sanitari e service (es. sono esclusi gli ammortamenti) rispetto ai ricavi complessivi (degenza in ordinaria+ day hospital + ambulatoriale esterni per i reparti e complessiva per la radiologia e laboratorio).*
QUALITA' ASSISTENZIALE	*Indicatori specifici derivati dal PNE e set di indicatori della Regione Emilia-Romagna*	

Obiettivi di sviluppo

- Introduzione di **innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative,** sia in applicazione dei programmi regionali, sia come attivazione di programmi di innovazione aziendale

Obiettivi di miglioramento

- Indicazioni volte a completare e affinare processi già avviati in relazione alle forme dell'organizzazione e agli strumenti del governo clinico-assistenziale e dello sviluppo della qualità dei servizi

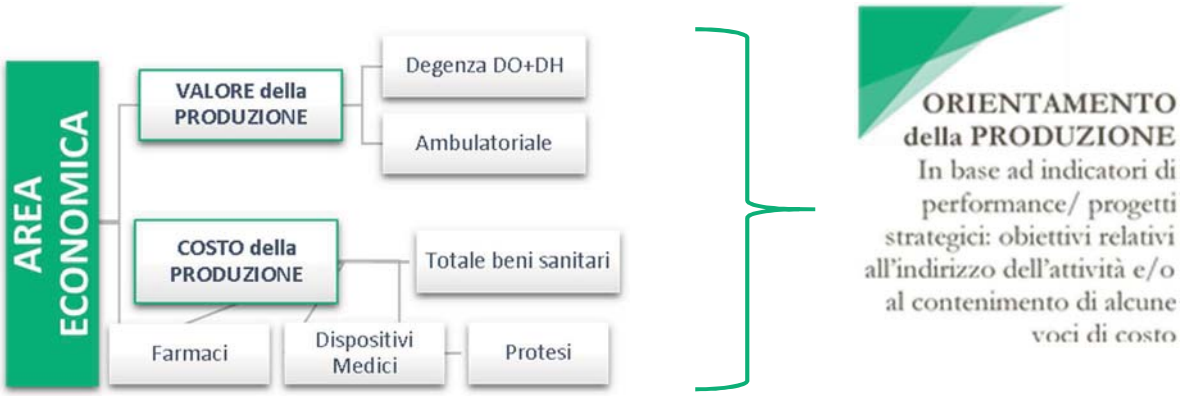
Obiettivi di sostenibilità

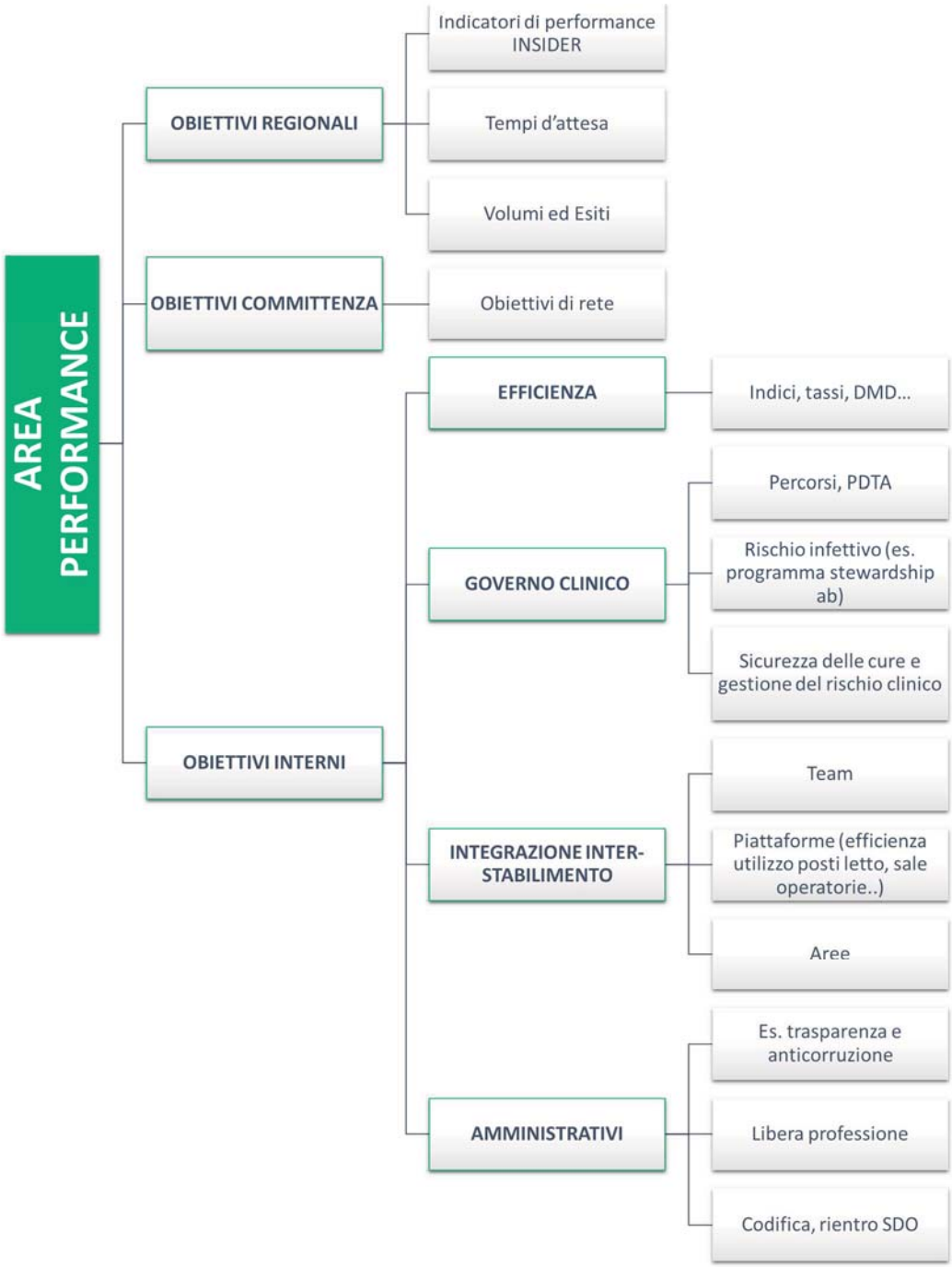
- Tesi prioritariamente ad assicurare la **compatibilità tra mantenimento e sviluppo dei servizi** per la salute per la popolazione di riferimento **e risorse** complessivamente disponibili

Definizione di PDTA e di Team professionali

- nell'ottica di favorire l'adozione di **interventi di provata efficacia,** raggiungere **standard qualitativi elevati, ridurre le variabilità non giustificate,** migliorare la **comunicazione** fra professionisti e con il paziente e fornire riferimenti per il monitoraggio della qualità delle cure (***clinical audit***)

Tabella di sintesi degli obiettivi 2019





OCB «Nuove tariffe»

- Cfr storico (reporting e obiettivi di budget)
- Bias 2,4 mln € sdo 2016 (finanziamento RER o produzione contratto fornitura)
- Nuovi obiettivi qualificanti con AUSL
- Finanziamento funzione Dialisi
- Microbiologia, flusso AOU dal 2019

Organizzazione

- Nuovi Dipartimenti
- Modifiche gerarchia 2018
- Relazione Nuovo Atto Aziendale
- Test su Budget di Percorso (logica di UOP vs obiettivi riconducibili ai PDTA)

Area Chirurgica

- ↑ alta complessità
- ↓ bassa complessità
- Focus ExtraRER
- Liste d'attesa (prestazioni monitorate da SDO e Sigla 2.0)
- Efficienza utilizzo piattaforma: sviluppo informatico

Monitoraggio Spesa

- Tetti di spesa per UOP e FP in linea con programmazione di spesa 2019 Farmacia ed allineamento con Bilancio di Previsione
- Progetto Scarico Informatizzato Magazzino (tracciatura informatizzata dei consumi con lettore ottico di barcode)
- Nuovo Modulo WebBudget per monitoraggio consumo di risorse

Area Internistica

- Monitoraggio produzione suddivisa:
  - Urgente
  - Programmato
- Monitoraggio DMD
  - Di reparto (da movimento)
  - Di azienda e stabilimento (da SDO)
- Focus su Prestazioni Intermedie richieste
- Valorizzazione attività di Consulenza

Valutazione Performance «Piano Avvicinamento OIV SSR»

- Valutazione individuale 2019 online (test 2018)
- Nuova scheda valutazione Dirigenza e Incarichi di Funzione
- Valutazione Comparto
- Trasparenza e Anticorruzione

Elementi di rilievo

Attraverso il budget si condividono principi, strategie, obiettivi e responsabilità, oltre a coordinare le attività rispetto ai temi della qualità dei servizi offerti al cittadino, del miglioramento del benessere organizzativo interno, dell'ottimizzazione dei processi produttivi. Il processo di budget, in un contesto di programmazione pluriennale, assume un peso e dimensione che lo correlano all'anno di bilancio, costituendo il meccanismo operativo per il coordinamento dei processi produttivi, dell'innovazione tecnologica, del governo clinico e delle risorse, all'interno far convergere la maggiore parte dei programmi annuali delle attività.

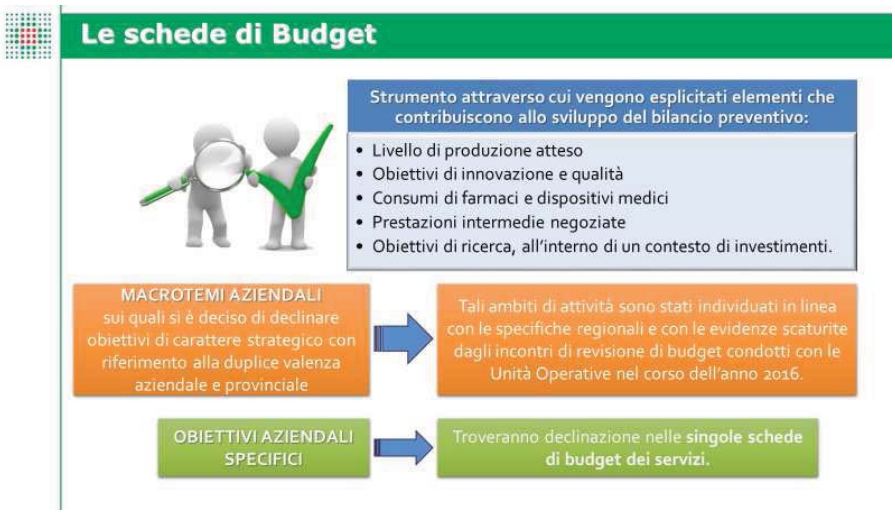
Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

- *obiettivi di sviluppo, che riguardano l'introduzione di innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative, sia in applicazione dei programmi regionali, sia come attivazione di programmi di innovazione aziendale;*
- *obiettivi di miglioramento, che riguardano indicazioni volte a completare e affinare processi già avviati in relazione alle forme dell'organizzazione e agli strumenti del governo clinico-assistenziale e dello sviluppo della qualità dei servizi;*
- *obiettivi di sostenibilità, tesi prioritariamente al rispetto del vincolo di bilancio, ad assicurare cioè la compatibilità tra mantenimento e sviluppo dei servizi per la salute per la popolazione di riferimento e risorse complessivamente disponibili.*

Inoltre, l'esigenza di garantire qualità, sicurezza ed equità di accesso agli assistiti unitamente all'aumento dei costi sanitari ha indirizzato l'Azienda verso la scelta di inserire fra gli obiettivi prioritari da perseguire la definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) e la definizione di Team professionali per il trattamento di specifiche patologie o gruppi di patologia, nell'ottica di favorire l'adozione di interventi di provata efficacia, raggiungere standard qualitativi elevati, ridurre le variabilità non giustificate, migliorare la comunicazione fra professionisti e con il paziente e fornire riferimenti per il monitoraggio della qualità delle cure (clinical audit).

*Il **piano della performance** si integra con il percorso di budget sull'asse delle aree delle linee strategiche e dei relativi obiettivi strategici anche di valenza personale/professionale.*

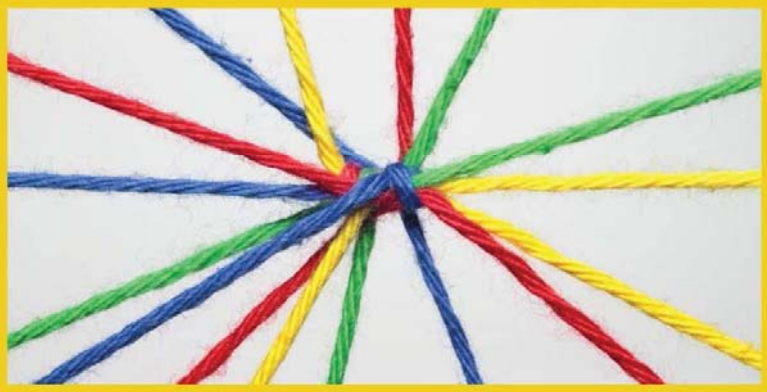
*Le **schede di budget** sono lo strumento attraverso il quale vengono esplicitati il livello di produzione atteso, gli obiettivi di Innovazione e Qualità, i consumi di farmaci e dispositivi medici, prestazioni intermedie negoziate, gli obiettivi di ricerca, all'interno di un contesto di investimenti. Ogni singolo elemento contribuisce allo sviluppo del bilancio preventivo.*

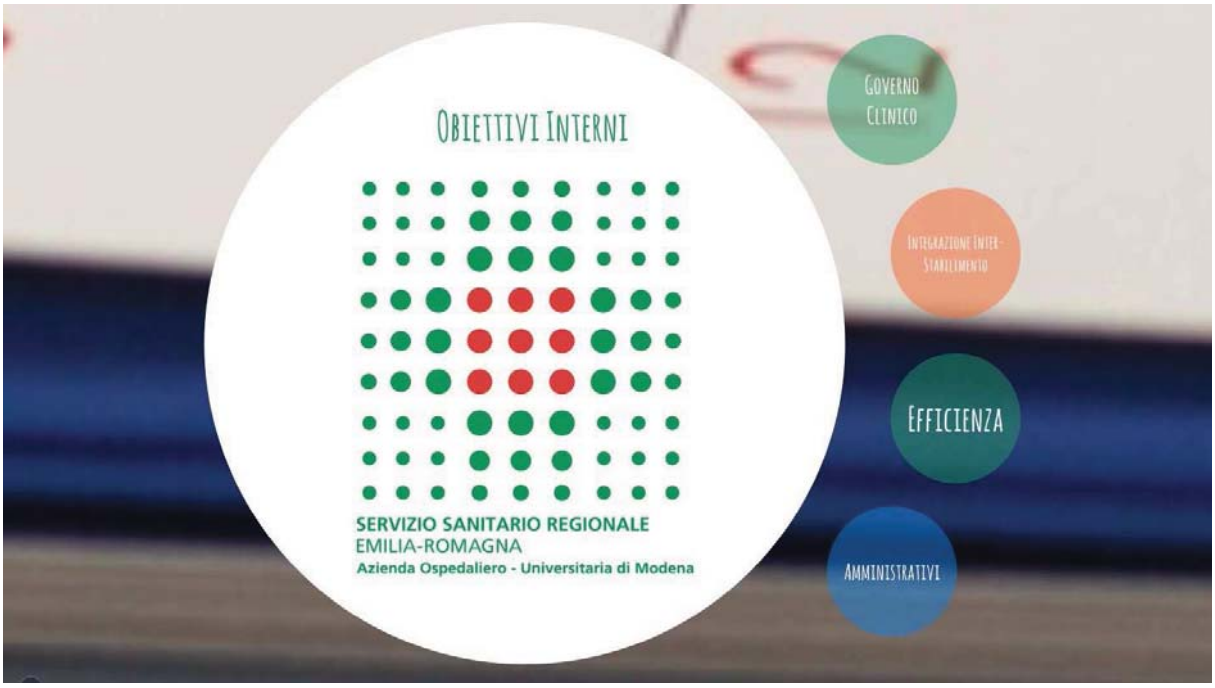


Per ogni unità operativa sono stati individuati macrotemi trasversali, che presentano al loro interno obiettivi ed indicatori.

Obiettivi Committenza

- Obiettivi Qualificanti
- Obiettivi di Rete
- Progetti concordati con Azienda USL





La Revisione di Budget

La gestione del processo di budget del 2017, condotta per la prima volta in maniera integrata sui due stabilimenti ospedalieri del Policlinico ed Ospedale Civile di Baggiovara, ha consentito di mettere in luce punti di forza e criticità del percorso aziendale in atto. Una delle lacune maggiormente evidenziate dai professionisti coinvolti nel processo è stata l'assenza di un momento formale di monitoraggio ed analisi dell'andamento specifico di struttura in corso d'anno.

Su proposta del Direttore Sanitario, il Comitato di Budget ha intercettato questa priorità nel corso dell'anno 2018 e si è fatto carico di dare forma ad una modifica organizzativa volta a migliorare l'efficienza del percorso. E' nata in questo modo la proposta di prevedere un calendario di incontri formali di Revisione Budget, strutturato in analogia a quanto effettuato ad inizio anno per la negoziazione degli obiettivi di budget.

I riscontri positivi e le evidenze del percorso del 2018 hanno indotto la Direzione Aziendale della AOU di Modena a prevedere lo svolgimento di uno speculare processo anche per l'anno 2019.

Il processo di Revisione Budget, in linea con le tempistiche annunciate il 7 marzo in sede di Collegio di Direzione, ha avuto luogo fra il mese di settembre e quello di ottobre, prevedendo un momento collegiale di confronto con ciascun Dipartimento aziendale.

Gli incontri hanno costituito l'occasione per analizzare l'andamento dei dati di attività sui primi 7/8 mesi 2019, i dati di spesa dei primi 8/9 mesi e lo stato di avanzamento degli obiettivi progettuali.

Ai meeting, presieduti dal Direttore Sanitario e dal Controllo di Gestione, hanno preso parte le Direzioni di Dipartimento, di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale, i RAQ, i coordinatori infermieristici ed amministrativi di dipartimento ed i servizi di supporto (Farmacia, Qualità, Tecnologie dell'Informazione, Ingegneria Clinica).

I dati statistici relativi al monitoraggio dell'efficacia di questa modifica organizzativa (*vedi cap. III*) hanno restituito anche per il 2019 evidenze decisamente positive. Percezione corroborata dai ritorni in termini di gradimento raccolte dai professionisti aziendali durante la fase di Revisione di Budget.

WEB BUDGET

L'intero processo di budget, anche per l'anno 2019, è stato gestito interamente mediante l'applicativo WebBudget, sviluppato interamente dal Controllo di Gestione, che mette a disposizione online l'intera documentazione.

Applicativo Web realizzato in-house con tecnologia Server ASP.NET e Client Javascript, su back-end SQL-Server. Costituito principalmente dai moduli:

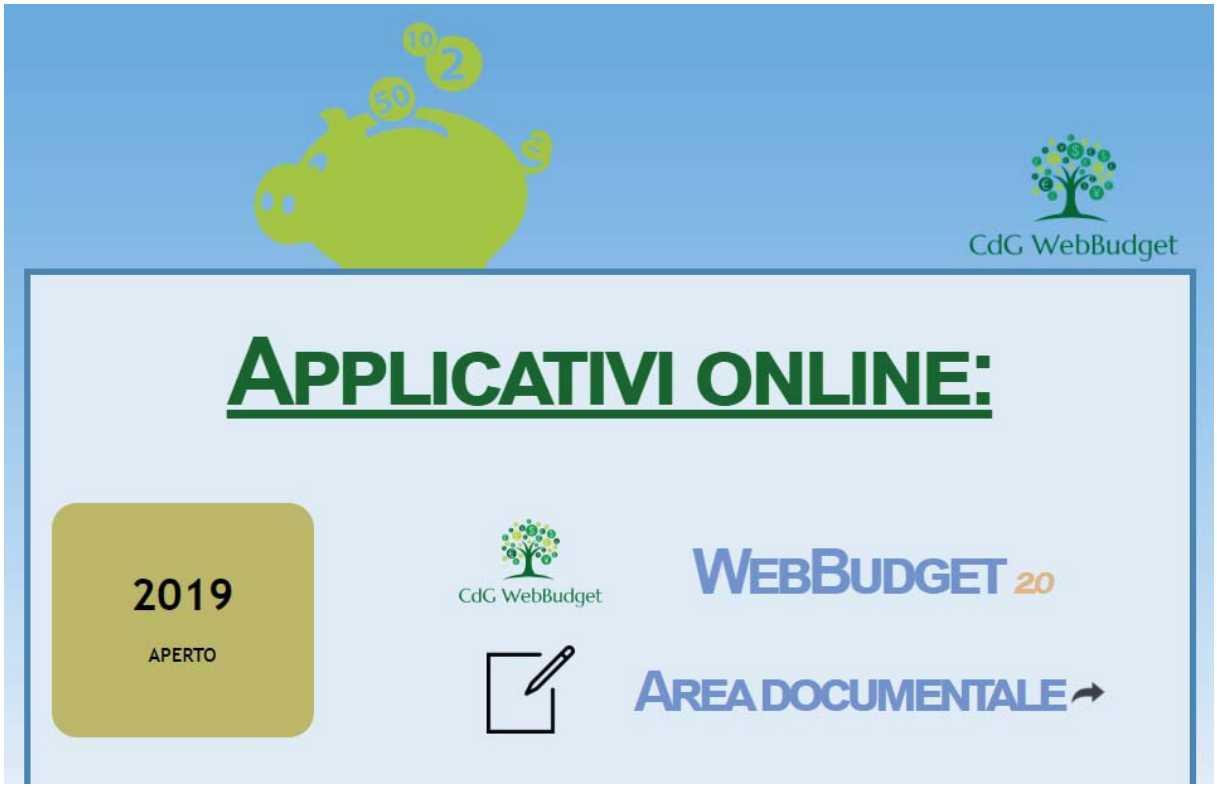
- *Gestione dei diritti utente diversificati (secondo il paradigma di ad-hoc Authorization/Authentication/Accounting);*
- *Logging in real-time delle operazioni e multicast-update dello stato dei client connessi*
- *OnLine Point-of-Presence degli utenti*
- *Validazione con password e firma digitale delle schede budget*
- *Storico (da backtracking del log) delle operazioni*

Nel marzo 2018 è stato rilasciato WebBudget 2.0, che si configura come strumento a 360 gradi per la gestione integrata del Ciclo della Performance. Non è più solo la fase di negoziazione degli obiettivi e contestuali indicatori a trovare rappresentazione nell'applicativo, quanto tutta la fase di monitoraggio dei trend in corso d'anno e la grande novità dell'interazione con i professionisti coinvolti nel processo, fino alla fase di valutazione della performance a consuntivo, considerata sia d'équipe che individuale.

Le schede vengono compilate via web dalla Direzione Aziendale e dai singoli referenti di struttura, che negoziano l'articolazione dell'obiettivo, l'indicatore atto a monitorarlo e la tempistica di attuazione. WebBudget ha efficientato in maniera sensibile la gestione del processo di budget nel corso degli ultimi anni, in termini di:

- Facilità di accesso degli attori coinvolti, tramite la intuitiva interfaccia web raggiungibile dalla home page del CdG, sulla intrante aziendale;
- Condivisione degli obiettivi e dei relativi indicatori nella fase di definizione degli stessi e conseguente negoziazione;
- Monitoraggio in tempo reale degli andamenti aziendali in corso d'anno e a consuntivo, grazie all'allineamento mensile delle schede budget con i dati del sistema di reporting coordinato dal Controllo di Gestione.
- Validazione online della scheda budget tramite firma digitale, bypassando il processo di validazione della documentazione mediante stampa cartacea ed invio tramite mail.

L'accesso all'applicativo WebBudget avviene direttamente dalla suite del Controllo di Gestione, posizionata sulla intranet aziendale, previa abilitazione nominativa del profilo da parte del personale CdG.



La gestione dei diritti di accesso all'applicativo viene centralizzata presso il CdG e prevede, di default, l'abilitazione di tutti i componenti del Comitato di Budget e dei responsabili di struttura titolari di scheda di budget.

A loro si aggiungono i profili dei professionisti individuati dai responsabili per specifico coinvolgimento nel processo di budget.

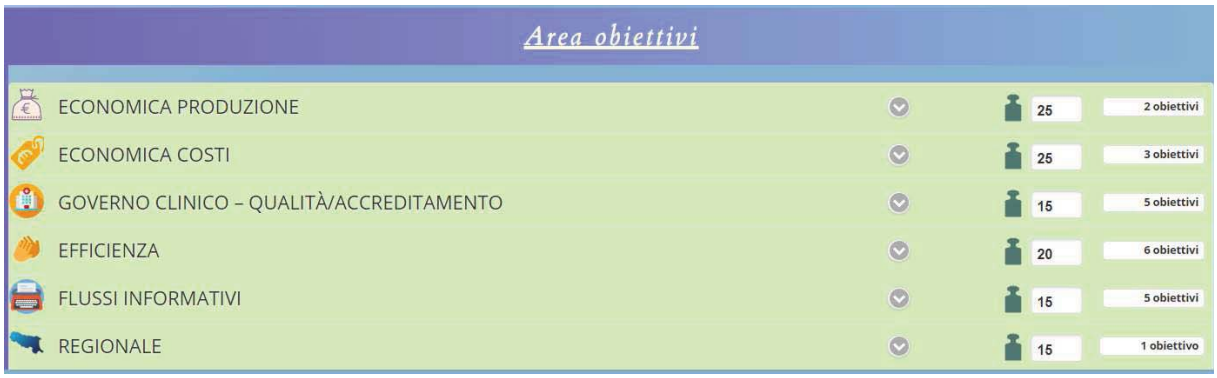
La policy aziendale, definita in sede di Comitato di Budget, prevede un accesso trasversale alle informazioni ed agli obiettivi contenuti in WebBudget. Tutti i professionisti abilitati possono consultare (*in sola lettura, ndr*) tutte le schede di budget presenti all'interno dell'applicativo. Sarà facoltà di ogni singolo professionista modificare gli obiettivi o i target della sola struttura di afferenza gerarchica. L'impostazione mira a privilegiare la trasparenza e trasversalità di accesso alle informazioni aziendali, in un'ottica di coinvolgimento attivo dei professionisti e condivisione degli obiettivi strategici di azienda.

Le schede di budget

Le schede di budget sono suddivise in quattro aree specifiche, che identificano:

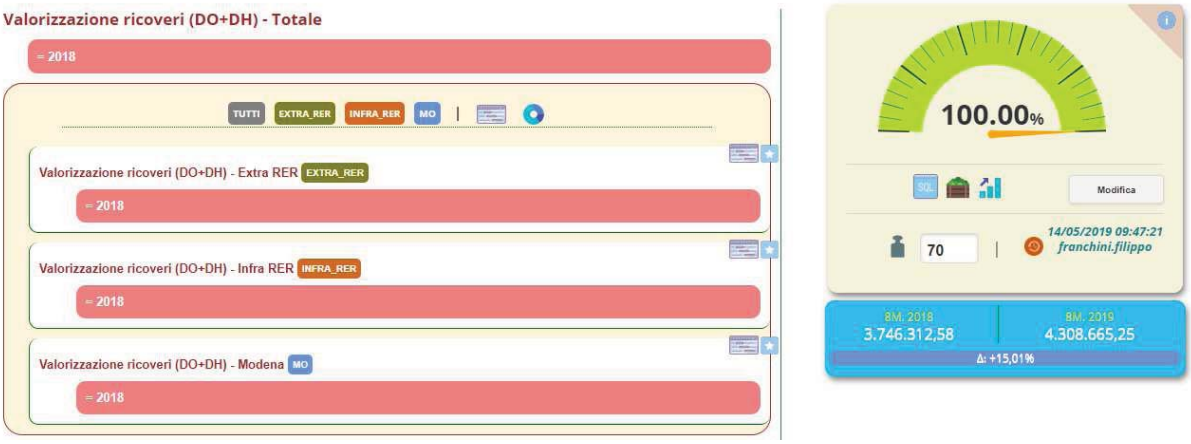
- Sezione di appartenenza dell'obiettivo;
- Indicatore preposto per la misurazione della performance;
- Trend annuale di riferimento (assume il valore dell'ultimo biennio di riferimento in fase di definizione della scheda di budget, per poi riportare il valore dell'ultimo periodo di riferimento, a confronto con l'anno precedente, in fase di monitoraggio della performance);
- Target e note, che accoglie la definizione del livello atteso sull'anno per l'indicatore considerato e le eventuali controdeduzioni da parte dell'unità operativa.

Gli obiettivi riportati all'interno della scheda budget si suddividono in obiettivi di natura economica e progettuali. Ciascuna area assume una pesatura personalizzabile nella valutazione della performance di equipe, misurata a fine anno.



Nella scheda budget della singola struttura, vengono monitorati in tempo reale gli andamenti degli obiettivi quantificabili economicamente. Vengono riportati il valore osservato, quello atteso e la serie storica di confronto.

La schermata di selezione nell'evoluzione su WebBudget 2.0 (dal 2018)



La schermata di selezione nell'evoluzione su WebBudget 2.0 (dal 2019)

WebBudget 2.0 – Le innovazioni 2019

Nel 2018 il Controllo di Gestione aveva rilasciato la versione 2.0 di WebBudget, operando un deciso restyling dell'applicativo, non solo sotto il versante grafico di layout, ma soprattutto con riferimento agli aspetti contenutistici e legati alla fruibilità, immediatezza di utilizzo, trasversalità ed interattività.

Nello specifico, erano stati tre gli aspetti innovativi che avevano contraddistinto la nascita di WebBudget 2.0:

1. Monitoraggio target
2. Gestione online RDD
3. Valutazione individuale

La rappresentazione delle Aree di Obiettivi in cui si esplicita il budget 2018

Area "negoziazione"

- Sintetizza Area indicatore, Indicatore e target.
- Consente l'elaborazione di proposte e controdeduzuioni

Area "monitoraggio"

- Aggiornata mensilmente con i trend di attività vs target
- Consente di gestire il peso degli indicatori, all'interno dell'area di riferimento
- Attiva la gestione dell'RDD per commentare lo stato di avanzamento dei trend

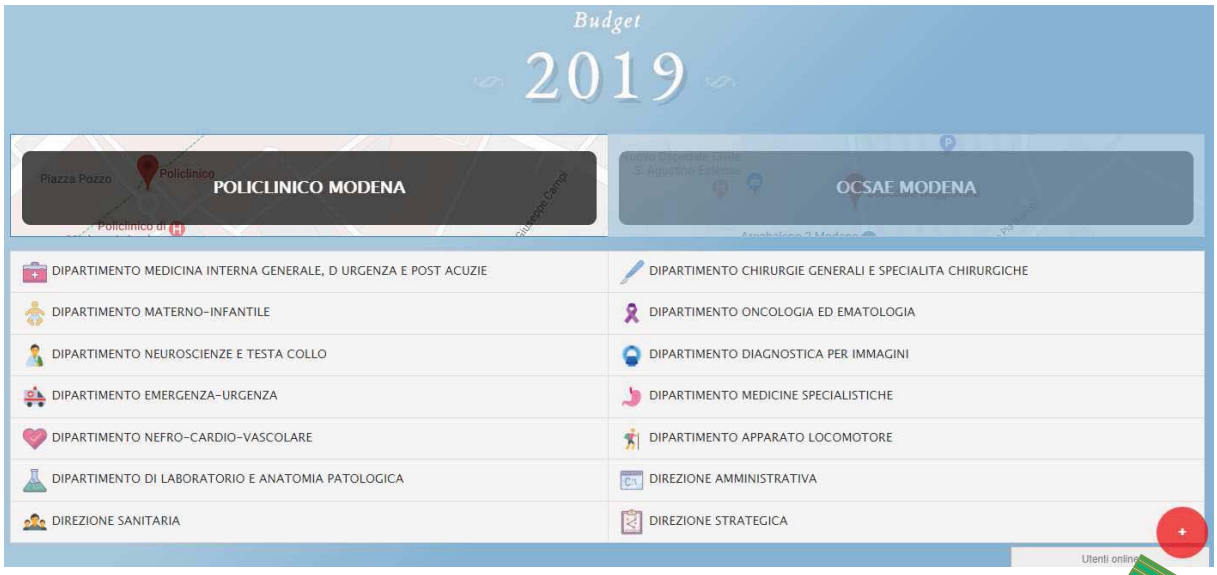
Nel 2019 si è proseguito il percorso di implementazione di WebBudget, attraverso un consolidamento volto a migliorare ulteriormente le funzionalità del software.

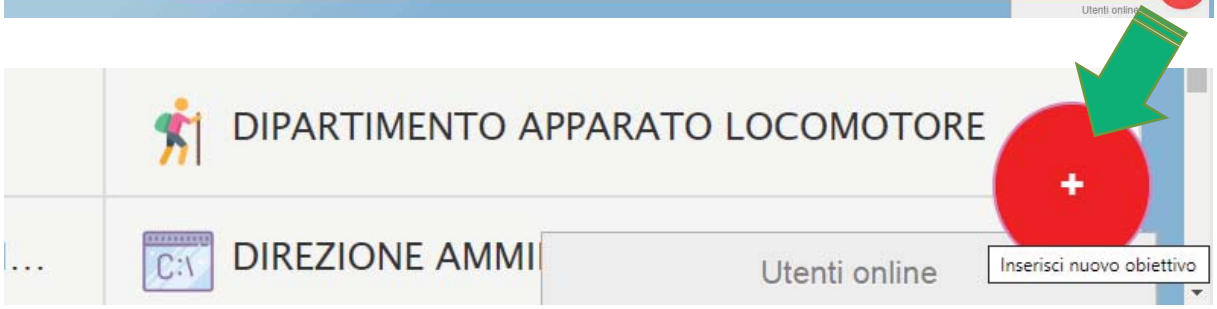
Il tutto nell'ottica di rafforzare WebBudget come strumento unico integrato per la gestione del Ciclo della Performance, dalla definizione degli obiettivi, al monitoraggio degli scostamenti in corso d'anno, fino alla valutazione degli esiti a consuntivo rispetto all'atteso.

Di seguito le principali innovazioni del 2019.

Nuovo Budget Builder

Il modulo per l'inserimento in scheda budget di indicatori, obiettivi e relativa pesatura è stato integrato direttamente all'interno delle schede stesse. Il Budget Builder è attivabile semplicemente cliccando sul pulsante posto in basso a destra in qualsiasi schermata di WebBudget.





Inserire nuovi obiettivi è diventato ancora più immediato ed intuitivo.

Fase 1: la scelta della sezione di afferenza dell'obiettivo

Fase 2: la definizione degli obiettivi

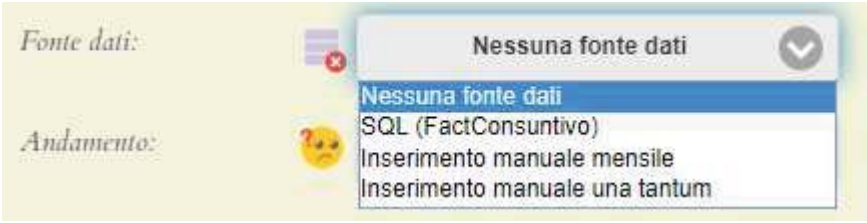
E' possible identificare l'obiettivo principale e gli eventuali sotto-obiettivi che vi faranno riferimento. Per ognuno degli obiettivi inseriti sarà necessario specificare l'indicatore con cui verrà monitorato l'andamento, il referente del dato ed il target per il raggiungimento dell'obiettivo stesso.

Fase 3: i criteri di valutazione

Questa sezione rappresenta una delle novità più interessanti del 2019. Per ogni obiettivo inserito devono essere infatti dichiarati I criteri con cui il Controllo di Gestione effettuerà il monitoraggio dell'andamento in corso d'anno, per poi procedere alla valutazione a consuntivo dell'esito.

Questa innovazione è stata implementata in ottica di trasparenza. Consente infatti di conoscere con chiarezza le modalità con cui viene espressa la valutazione degli esiti, mediante l'utilizzo di criteri matematici.

a) **Fonte dati**



Dichiara quale sia la fonte di alimentazione dell'indicatore:

- Nessuna: obiettivo progettuale ad inserimento libero
- SQL: collegamento automatizzato con base SQL che gestisce il DB del reporting di MARS

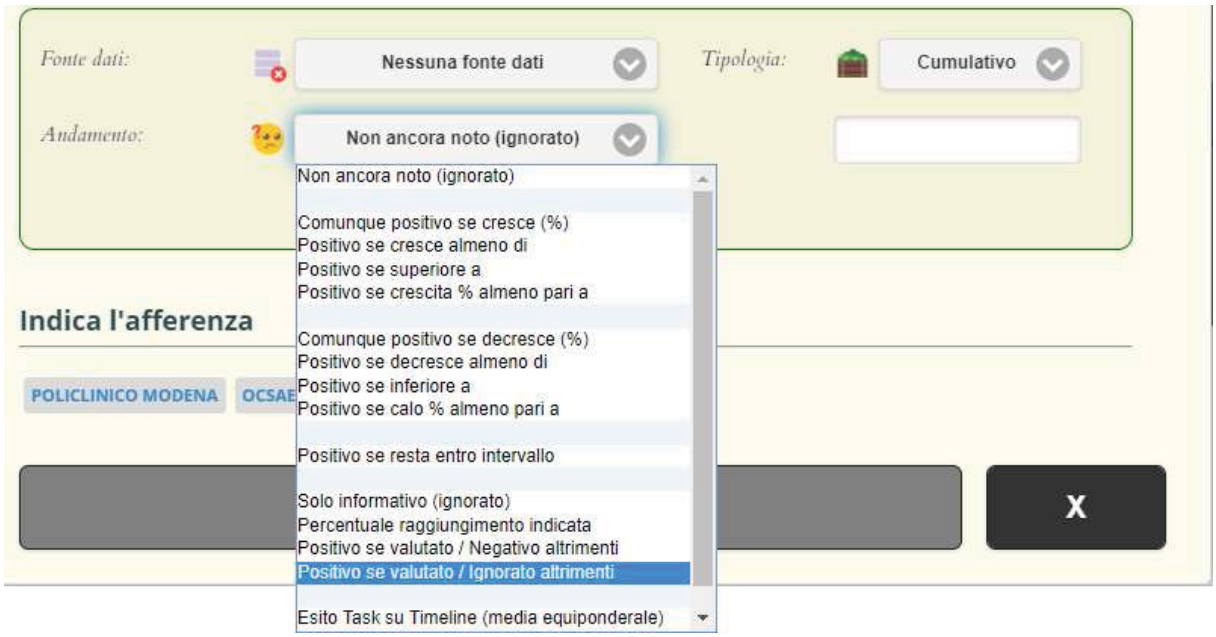
  In tal caso, sarà richiesto di indicare il codice identificativo univoco (ID MARS) con cui l'indicatore è mappato all'interno del sistema di reporting aziendale (MARS). La relazione assicura da un lato l'automazione dell'aggiornamento sulla scheda budget, dall'altro l'allineamento di dati fra sistema di budget e di reporting.
- Inserimento manuale mensile: il dato viene inserito con cadenza mensile dal referente
- Inserimento manuale una tantum: il dato viene inserito dal referente una sola volta nel corso dell'anno, presumibilmente a consuntivo.

b) Tipologia

Dichiara come viene espresso l'esito dell'indicatore, ai fini di valutazione:

- Cumulativo: l'esito è calcolato come sommatoria dei valori riscontrati sull'indicatore nei singoli mesi dell'anno (es: primo semester, primi 7 mesi, anno …)
- Rapporto / Indice: l'esito è espresso in forma di indice fra un numeratore ed un denominatore (es: tasso di occupazione posti letto)
- Somma dei sub indicatori: l'esito è conteggiato effettuando la somma degli esiti riscontrati nei sotto-indicatori collegati a quello principale
- Prodotto dei sub indicatori: l'esito è conteggiato effettuando il prodotto degli esiti riscontrati nei sotto-indicatori collegati a quello principale
- Media dei sub indicatori: l'esito è conteggiato effettuando le media degli esiti riscontrati nei sotto-indicatori collegati a quello principale.

c) Andamento



Dichiara i criteri con cui viene valutato l'esito.

Nello specifico, in corrispondenza di criteri di valutazione che lo richiedano, vengono identificati in maniera chiara i limiti di tolleranza al passaggio dei quali si modifica l'esito di raggiungimento dell'obiettivo.

Es) Nel sopra rappresentato caso del criterio "Positivo se resta entro intervallo", la valutazione sarà considerata positive (*verde*) per valori che si mantengono in un range fra il -5 ed il +5% rispetto al target definite. Il raggiungimento sarà parziale (*giallo*) per esiti che si discostano dal -5 al -10 e dal +5 al +10%. La valutazione sarà negativa (*rosso*) quando lo scostamento rilevato sarà superiore al -10 o al +10%.

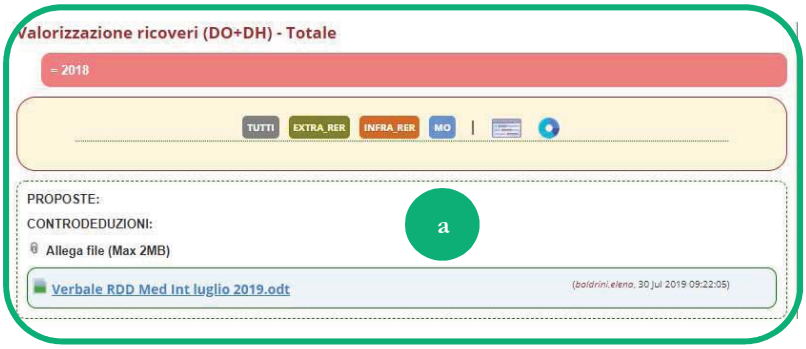
L'utente che imposta i criteri ha la possibilità di definire manualmente i livelli di tolleranza, ipotizzando ad esempio che la performance sia da considerare positiva entro un +/- 7%.

Fase 4: indica Stabilimento, Dipartimento e Unità Operativa cui attribuire l'obiettivo

La scelta può essere effettuata in riferimento al singolo Stabilimento/Dipartimento/Unità Operativa oppure prevedendo una selezione multipla (più unità operative, anche afferenti a diversi Dipartimento o Stabilimenti).

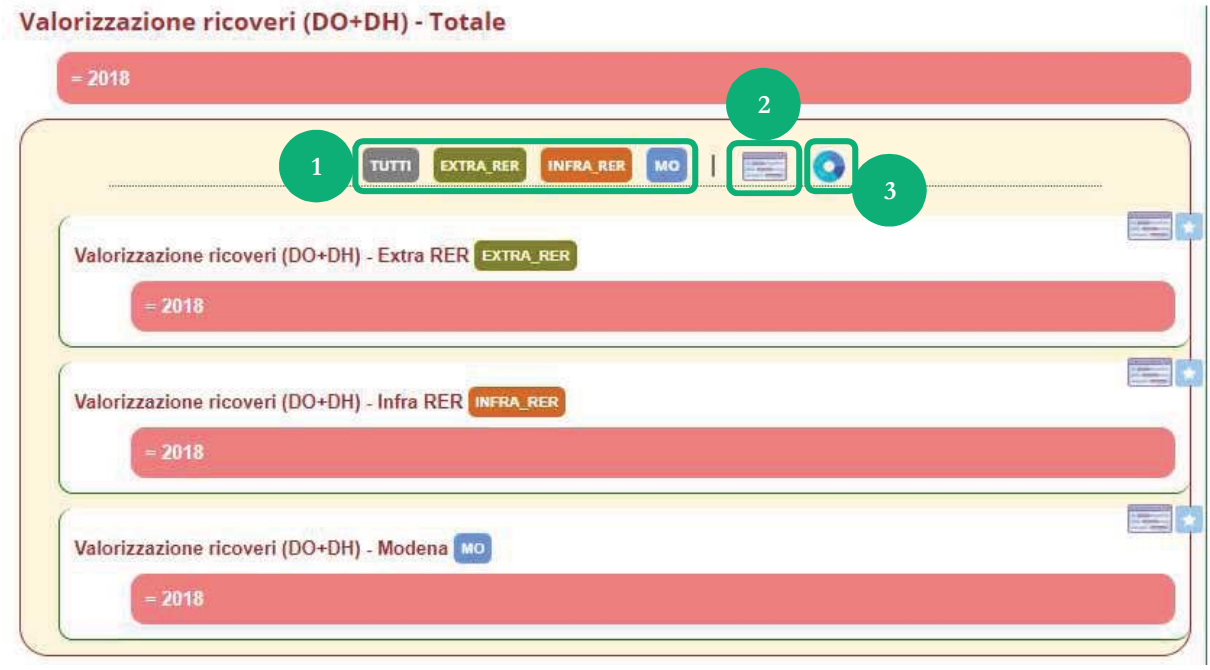
Tag, Timeline e Dashboard

L'area di monitoraggio infrannuale degli obiettivi è stata aggiornata secondo un layout di maggior impatto e immediata comprensione.



a. TAG e TIMELINE

La sezione sinistra riepiloga la definizione di obiettivi, eventuali sotto-obiettivi ed indicatori. Accoglie inoltre la possibilità di dettagliare nel campo "proposte" una sintetica spiegazione dell'obiettivo, cui il titolare della scheda budget può apporre le eventuali "controdeduzioni" in fase di negoziazione. E' inoltre possibile allegare documenti che si ritengano utili per meglio definire od oggettivare l'obiettivo stesso o il suo andamento in corso d'anno.



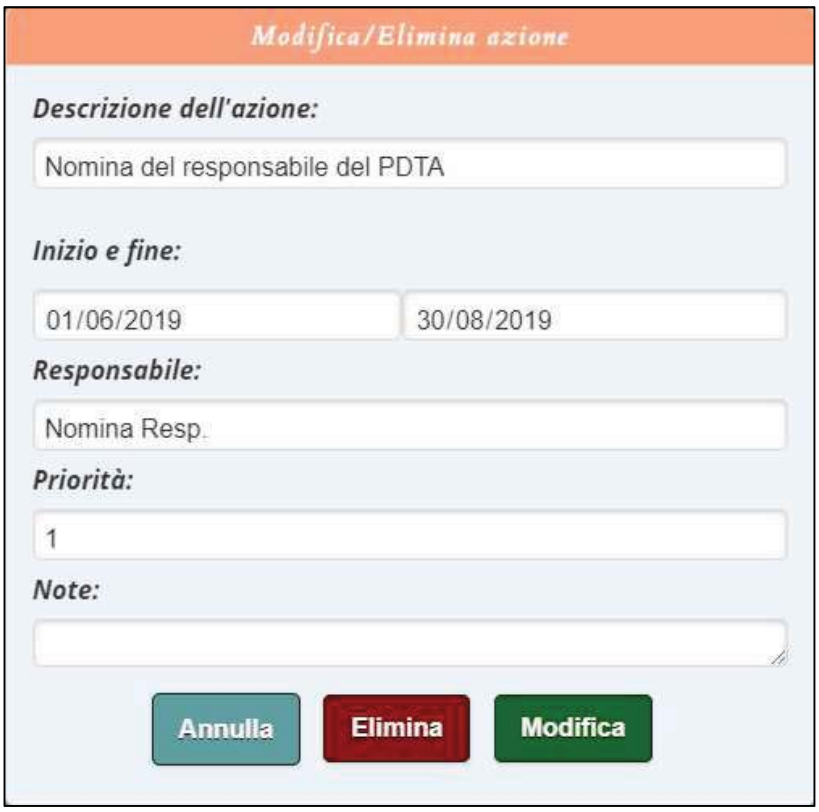
1) Ogni obiettivo viene potenzialmente suddiviso in due o più sottoindicatori, che contribuiscono a determinarne la valorizzazione.

   I sotto-obiettivi sono organizzati e gestiti per **TAG** (*etichette*), la nuova funzionalità implementata nel 2019.

   Questo meccanismo di catalogazione degli obiettivi consente di effettuare statistiche trasversali a livello di azienda e organizza in maniera chiara e strutturata l'anagrafica degli obiettivi.

2) La "**Timeline**" (*linea del tempo*) è stata attivata nel 2019 per gestire in maniera efficace la programmazione degli obiettivi progettuali, secondo le specifiche di un classico *Gantt*.

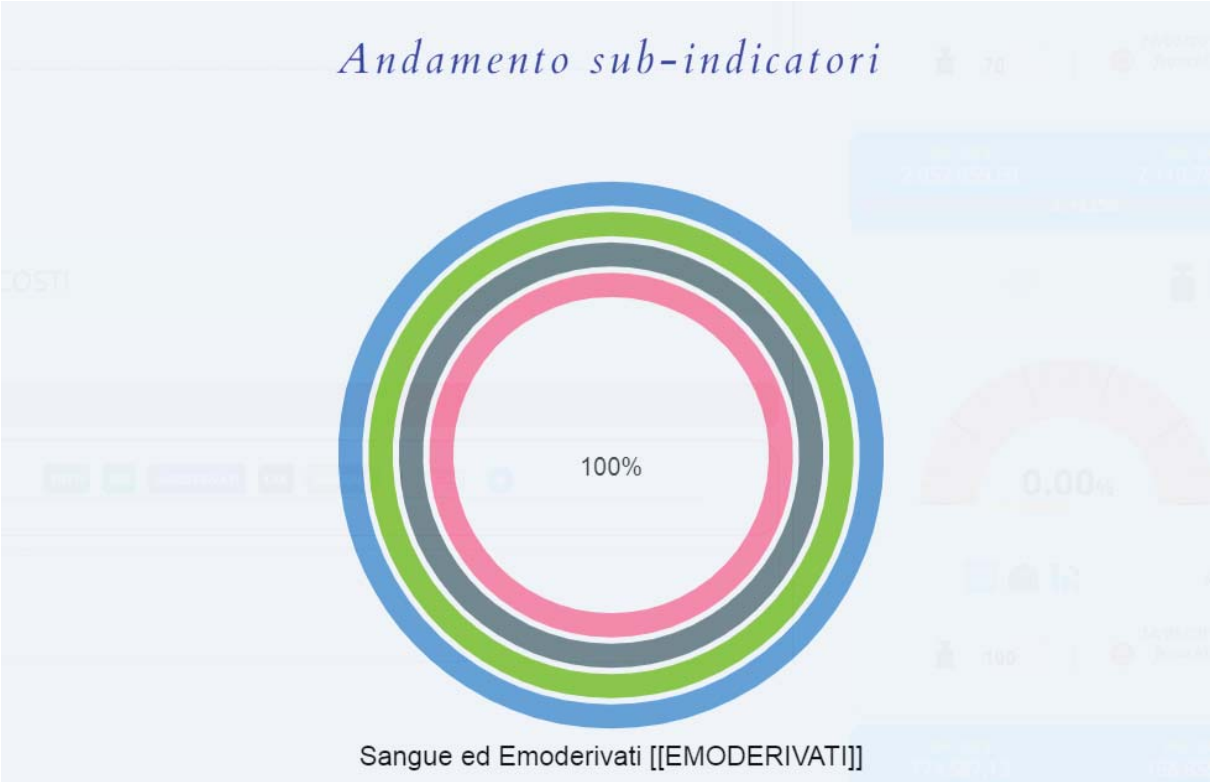
Nel budget 2019 è stata utilizzata prioritariamente per la gestione degli obiettivi relativi ai PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali). Attraverso la timeline vengono individuate le fasi in cui si articola il progetto, se ne definiscono caratteristiche, responsabilità e tempistica prevista, per poi procedere, all'interno dello stesso modulo integrato in WebBudget, alla rendicontazione in itinere.



Box di inserimento/modifica della fase di progetto

In fase di rendiconazione, scorrendo con il mouse sopra alla singola fase del progetto, sarà possibile attribuire uno "stato di avanzamento", identificabile con un codice colore esplicito. L'esito così attribuito concorrerà, facendo media con gli esiti delle restanti fasi del progetto, alla determinazione del grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo (in scala 0-100%).

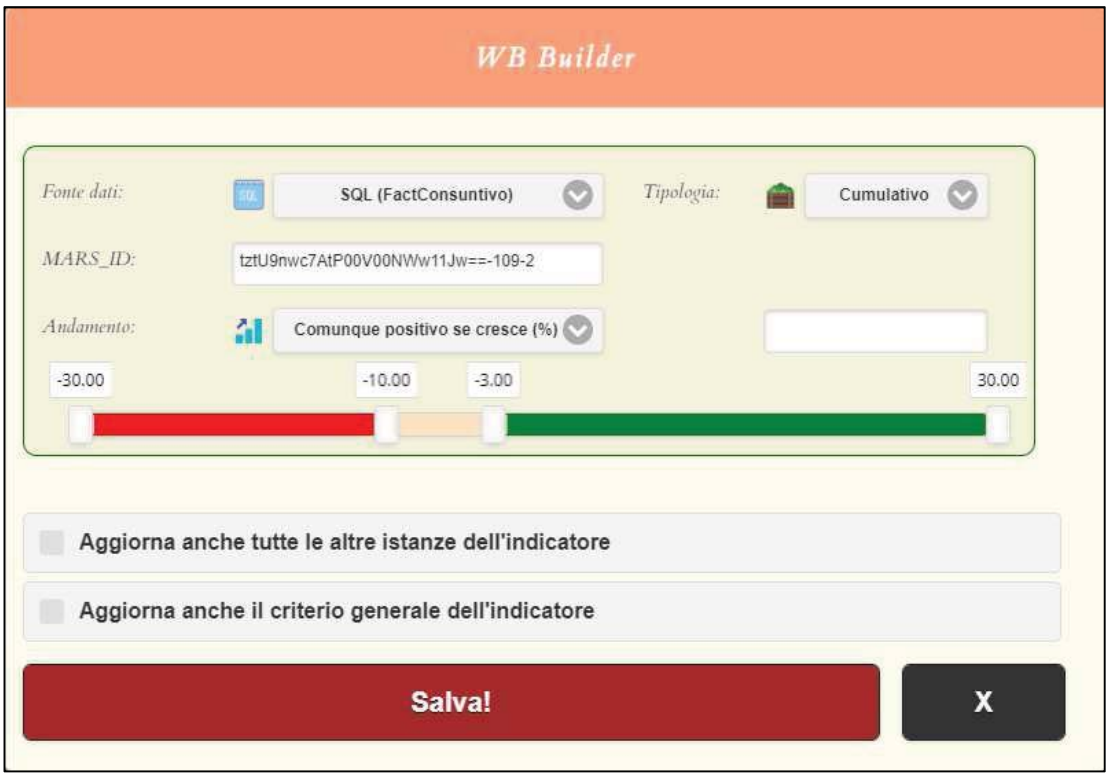
3) E' stata infine implementata nel 2019 la funzionalità grafica che consente di sintetizzare il livello di raggiungimento dei sotto-obiettivi



b. DASHBOARD

La sezione destra della scheda di budget è stata quella maggiormente investita dalle novità 2019. E' in questa area che il CdG ha implementato la funzione "Dashboard".

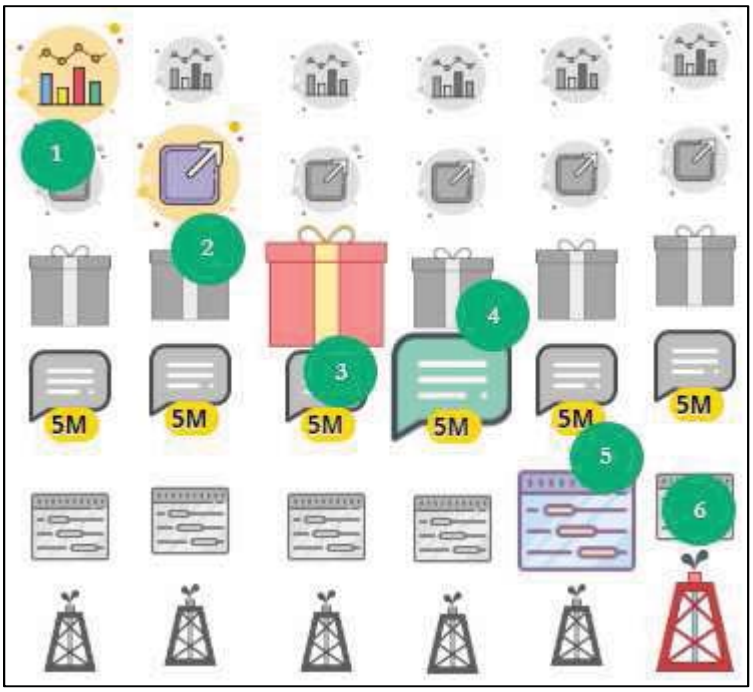
1) Esprime l'esito di raggiungimento dell'obiettivo
2) Riepiloga, ai fini di trasparenza, la fonte dati ed i criteri di valutazione con cui viene valutato l'anadamento dell'indicatore.
3) Consente di modificare (solo utenti abilitati, ndr) i criteri di valutazione in corso d'anno. La funzionalità risulta particolarmente utile in sede di Revisione di Budget



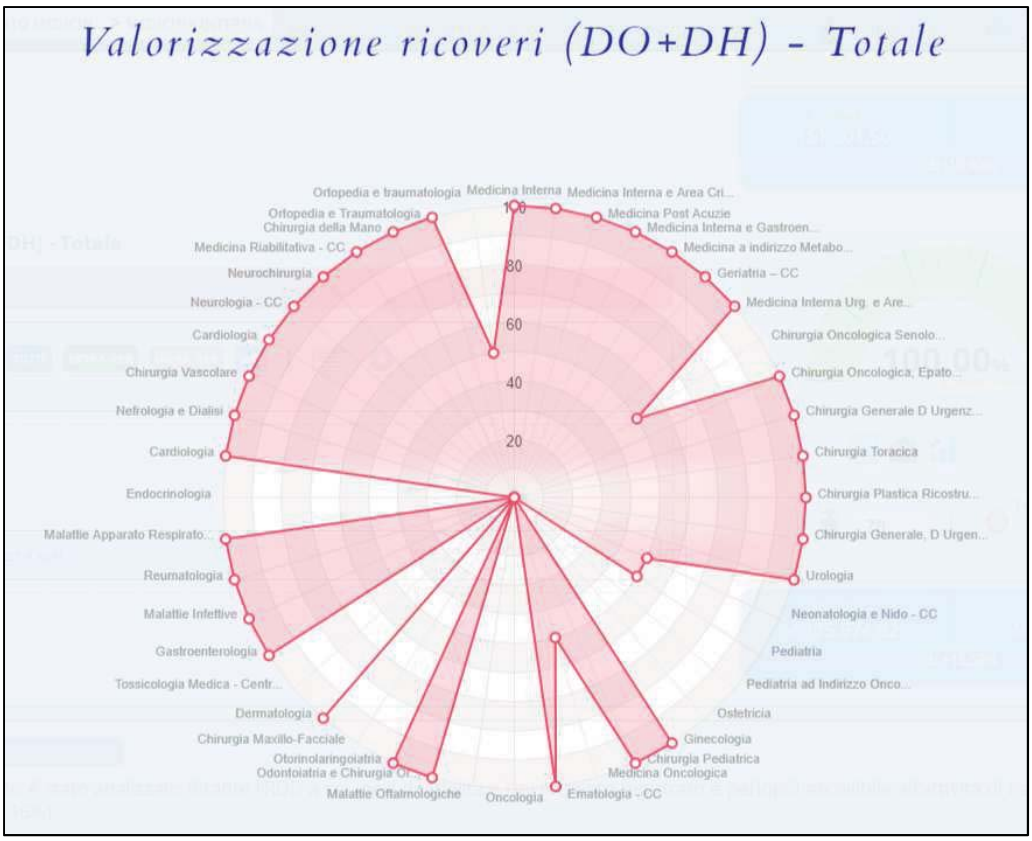
4) Esprime il peso dell'obiettivo
5) Traccia le modifiche intervenute sull'obiettivo
6) Sintetizza l'andamento dell'indicatore con riferimento alla serie storica dell'ultimo biennio
7) Esplicita in formato testuale le principali informazioni relative all'indicatore, utili per la comprensione dei criteri di calcolo e la lettura degli esiti

Un'ulteriore funzionalità innovativa presente nella "Dashboard 2019" è costituita dal menu posto all'estrema destra della scheda budget, in corrispondenza di ogni indicatore.

Dal menu è possibile attivare diverse schermate di approfondimento ed utilità, alcune delle quali ancora in fase di studio per il 2020.



1) Esprime in forma grafica l'andamento dell'indicatore (*previsto per il 2020*)
2) Consente il confronto grafico (*radar*) con le altre unità operative/dipartimenti, relativamente all'andamento dell'indicatore in questione



3) Gestisce l'attribuzione di punteggi aggiuntivi (*bonus*), da eventualmente attribuire a consuntivo per la valorizzazione di fattispecie specifiche che possano aver influito negativamente sul mancato raggiungimento dell'obiettivo
4) Attiva la sezione RDD (*Riesame della Direzione*), così come implementata nel 2018, per la gestione online dei commenti all'andamento dell'indicatore in corso d'anno. Il pop-up di colore giallo in corrispondenza del simbolo restituisce con immediatezza il periodo dell'anno cui è riferito l'ultimo RDD inserito (*nell'esempio, i 5 mesi*)
5) Permette di gestire la compilazione della Timeline, per la pianificazione degli obiettivi di carattere progettuale ed il monitoraggio degli stati di avanzamento
6) Quantifica lo "Strip Risorse", nel quale valorizzare le risorse necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo (*previsto per il 2020*).

Pierino – Il processo di Valutazione individuale

L'anno 2018 aveva segnato il punto di svolta nella gestione del processo di valutazione individuale della AOU di Modena. L'innovazione era stata rappresentata dall'avvio del modulo integrato di Valutazione Individuale della Performance. WebBudget 2.0 ospitava, per la prima volta, una piattaforma online che ha consentito di gestire dall'inizio alla fine il percorso di valutazione individuale della dirigenza medica. Il 2019 ha visto la AOU di Modena impegnata nel consolidamento del processo avviato nell'anno precedente.

"Pierino", il nuovo software per la valutazione del personale, è stato ideato, realizzato interamente dal Controllo di Gestione della AOU di Modena e avviato a regime nel corso del 2019. La scelta di investire progettualmente ed operativamente sull'implementazione di un applicativo deputato alla gestione del processo è stata motivata principalmente da:

1. le ottime evidenze scaturite dall'analisi del percorso di valutazione della performance individuale 2018, interamente gestito online, che sono state oggetto di approfondimento nel Master Budget 2018;
2. gli adempimenti organizzativi declinati nel Piano Aziendale di Avvicinamento alla Delibera 5/2017 OIV SSR (delibera AOU n. 3 del 14/1/2019).

Si rimanda alla guida interna aziendale di Pierino per approfondimenti in merito.

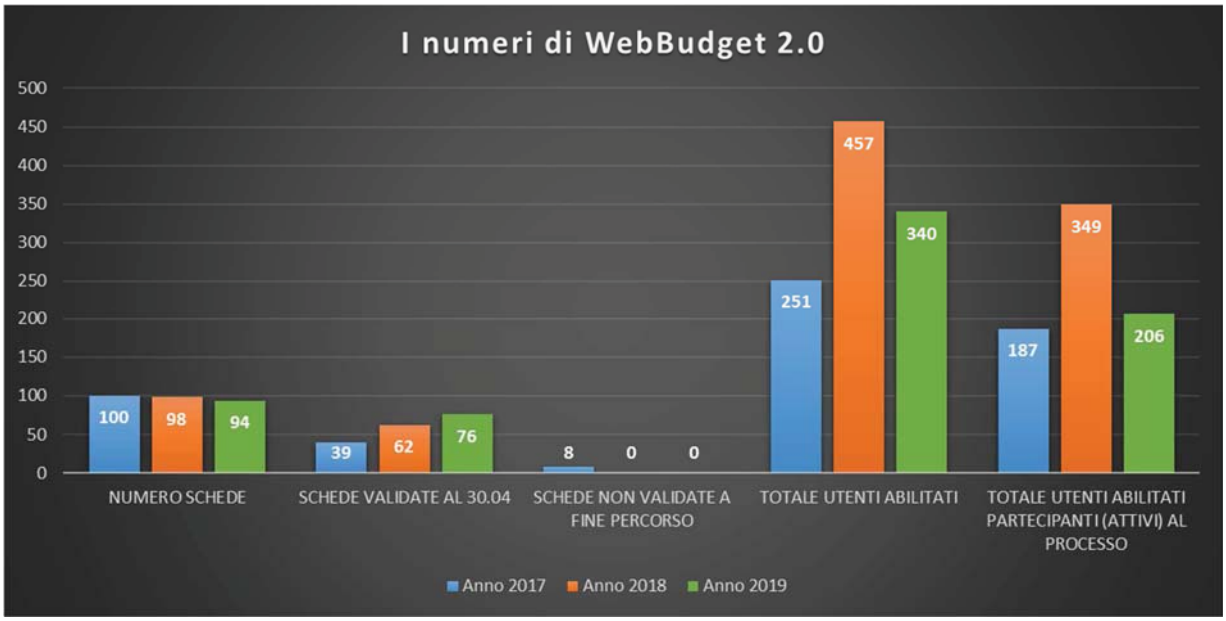
WebBudget Stats

La gestione del processo di budget mediante WebBudget ha consentito di monitorare diversi aspetti interessanti collegati alla diffusione delle informazioni in azienda, alla consultazione ed utilizzo delle schede di budget da parte dei professionisti e più in generale al grado di interattività dimostrato dagli utenti coinvolti nel processo.

L'analisi delle statistiche relative al processo di budget, avviata in modo strutturato a partire dal 2018, è risultata strategica anche nel 2019. Le evidenze sono state poste in relazione con la serie storica triennale a disposizione, dal 2017 al 2019 stesso.

Si propongono di seguito alcune analisi grafiche relative alle statistiche del processo di budget in AOU Modena per il 2019.

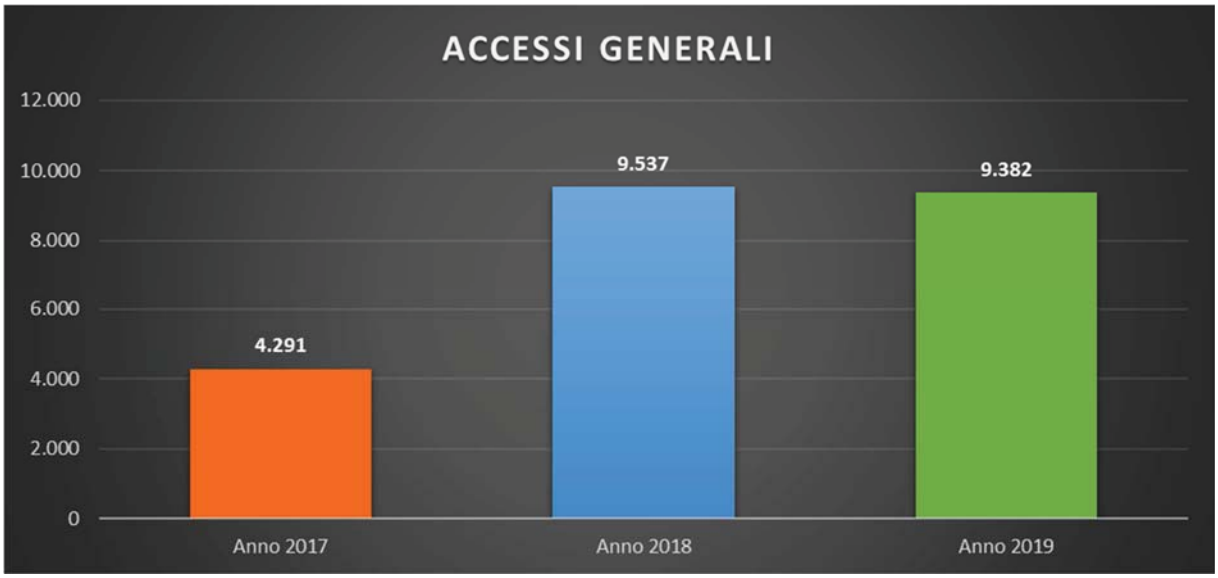
I numeri



Nel 2019, a parità di schede di budget complessivamente attivate, risulta evidente:

- ✓ il contenimento di **abilitazioni utenti** (da 457 a 340), figlio del processo di consolidamento della "base utenti" attiva sulla piattaforma e soprattutto collegato alla fuoriuscita degli utenti abilitati nel corso del 2018 solo per accesso all'allora integrato modulo di valutazione della performance individuale (nel 2019 gestito all'esterno di WebBudget, grazie a Pierino);
- ✓ l'azzeramento di **schede non validate** a fine periodo, a testimonianza di una complessiva condivisione da parte dei titolari di scheda budget al termine della negoziazione;
- ✓ il numero in costante crescita (76, a fronte delle 62 del 2018 e 39 del 2017) di **schede validate entro il 30/4**, data individuata come prima deadline ufficiale per la validazione delle schede.

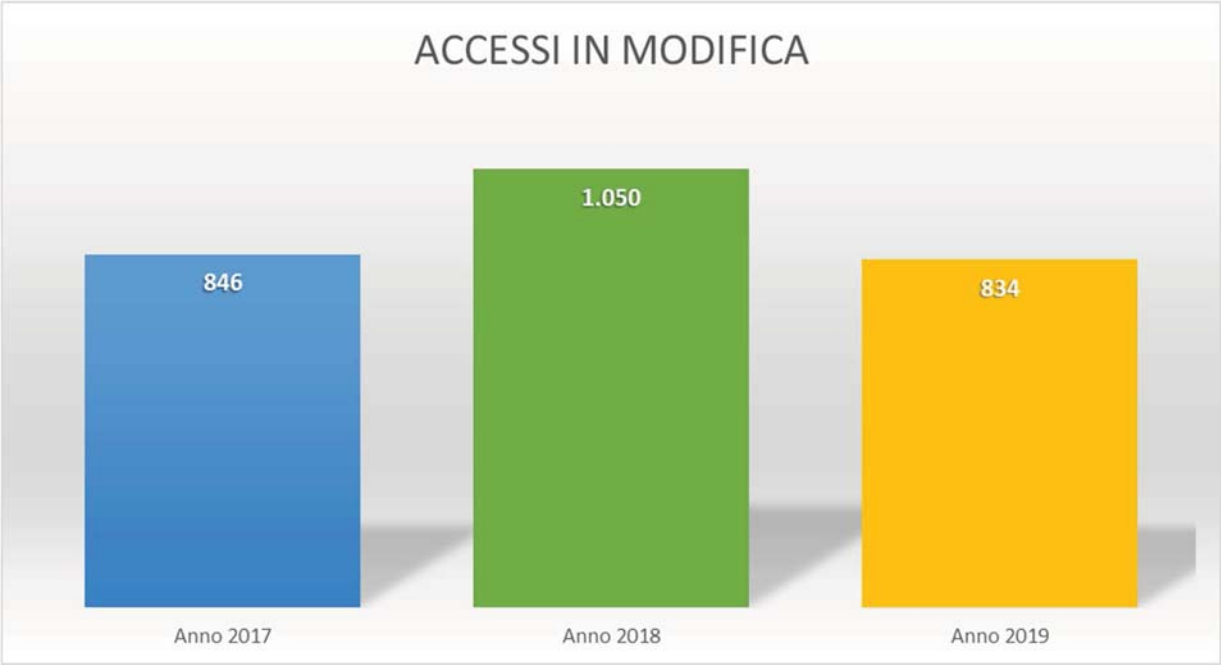
Gli accessi



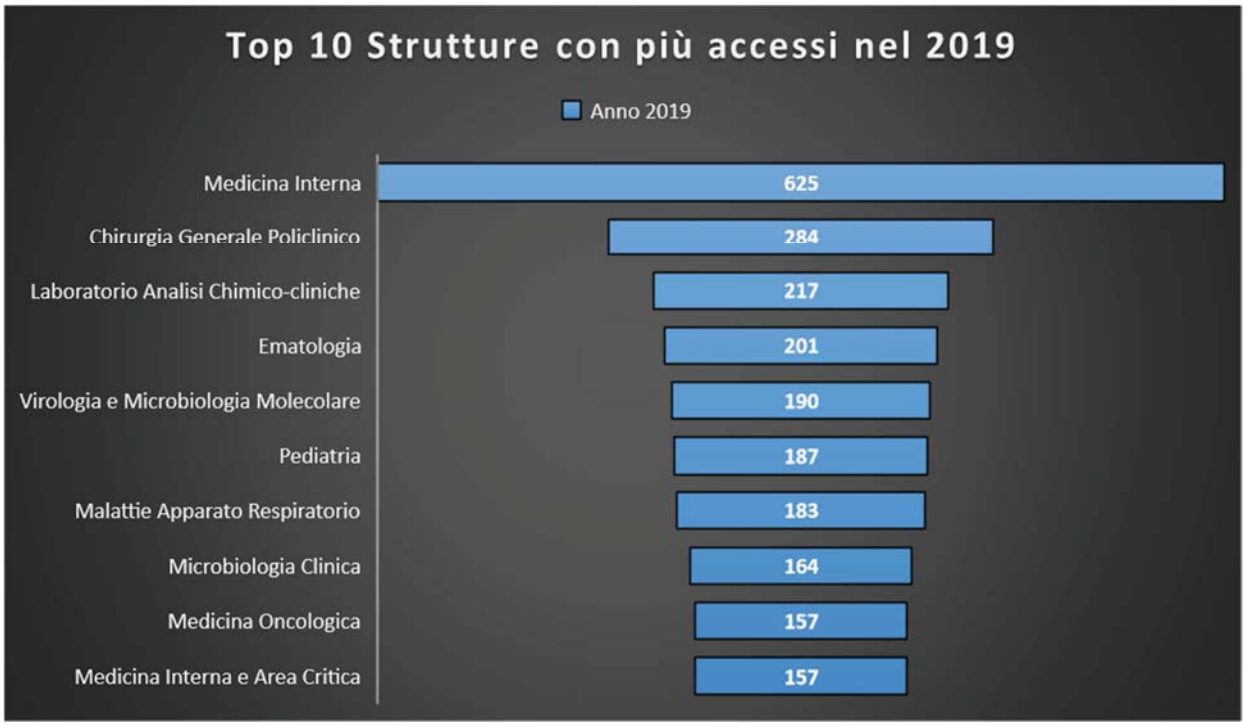
Il numero complessivo di accessi effettuati nell'anno 2019 (9.382) risulta sostanzialmente in linea con quanto registrato nel 2018 (9.537), considerando il periodo di negoziazione di budget.

Gli accessi in modifica

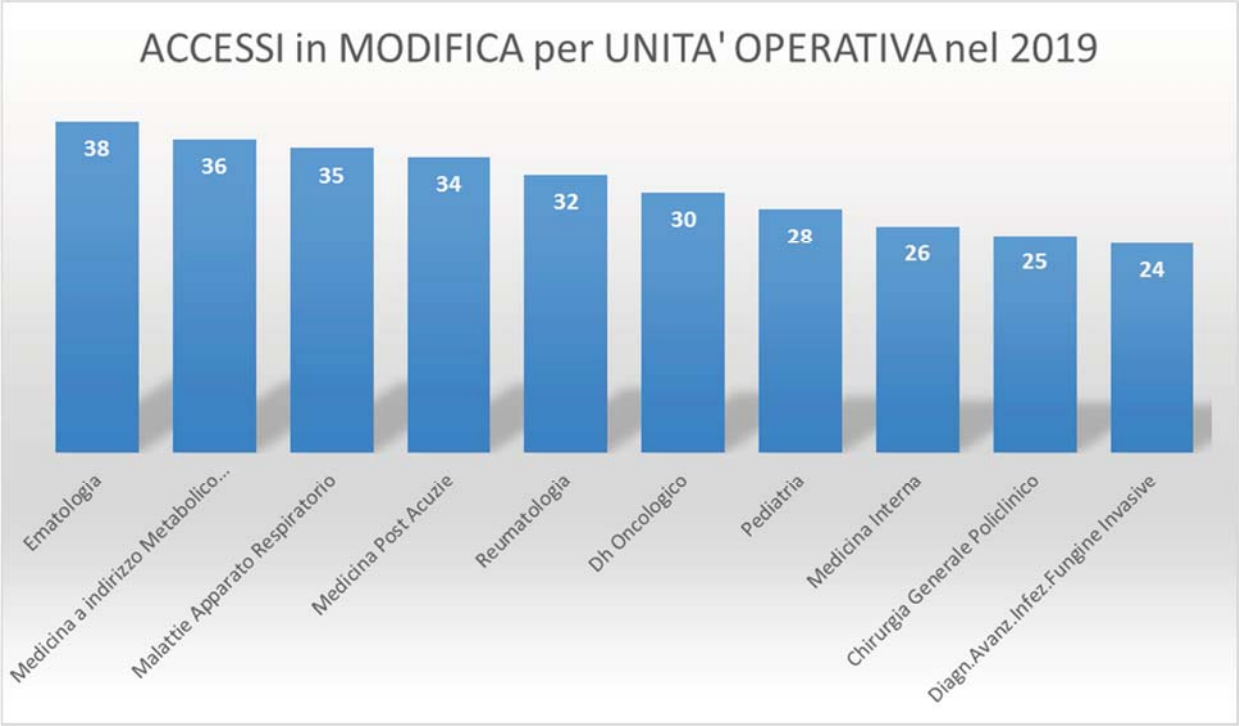
Gli **accessi in modifica** sono stati **834** nel 2019, in flessione rispetto ai **1.050** del 2018, nel periodo negoziazione di budget.



Di seguito sono invece rappresentate le schede di budget maggiormente visitate nel corso del 2019, secondo.



Di seguito sono invece rappresentate le unità operative più attive dal punto di vista dell'interattività. I dati cui fa riferimento il grafico sono riconducibili agli interventi in modifica sulle schede di budget e restituisce il quadro di una situazione in cui, mediamente, sono state effettuate circa 30 modifiche nel 2019 da parte delle strutture maggiormente attive nel processo di budget.

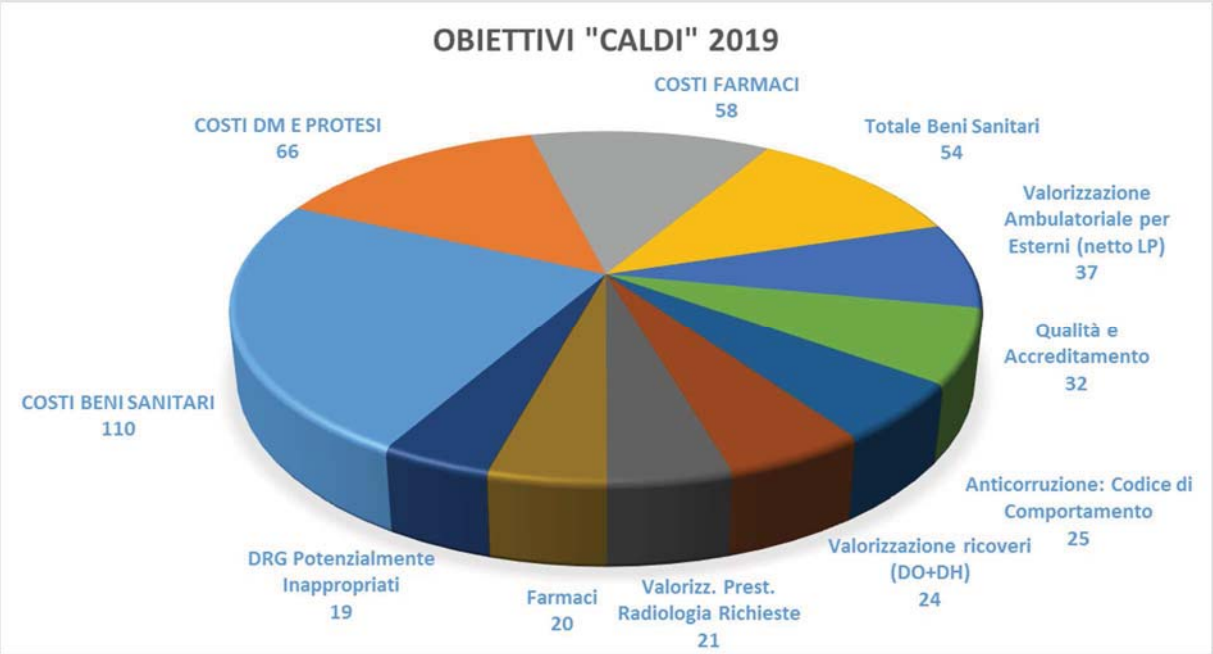


Gli obiettivi caldi

La rappresentazione degli "obiettivi caldi" pone il focus sugli indicatori che nel 2019 sono stati fatti oggetto del maggior numero di interventi in modifica.

Continua ad essere evidente, come nel 2018, lo sforzo effettuato nel 2019 dalla AOU di Modena sul versante della pianificazione della spesa. Il processo di budget ha infatti sperimentato un approccio integrato con il Servizio Farmaceutico aziendale volto a garantire un allineamento della previsione di spesa formalizzata nel Bilancio Econcomico Preventivo con quanto posto in capo alle singole strutture aziendali in termini di obiettivi di budget. Di fatto, sulle categorie maggiormente impattanti a livello di bilancio aziendale (spesa per farmaci innovativi, oncologici, antibiotici e spesa per dispositivi medici e materiale protesico, fra gli altri), sono stati individuati tetti di spesa coerenti con le previsioni di risparmio avanzate in sede di bilancio di previsione.

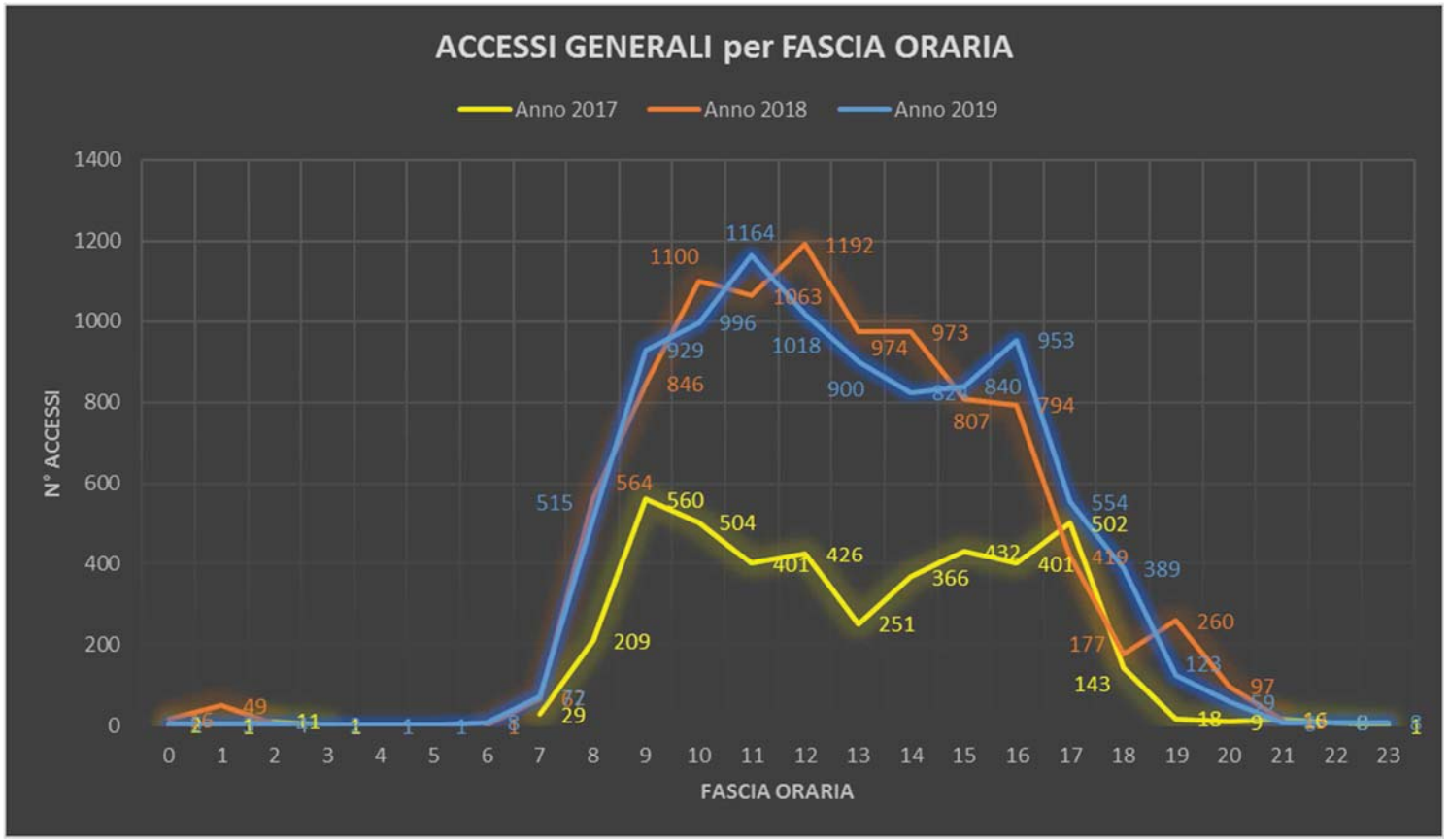
Oltre il 50% degli interventi in modifica (compilazione, revisione e controdeduzione) è stato effettuato sugli indicatori previsti per il monitoraggio della spesa aziendale (288 accessi complessivi in modifica nella fase di negoziazione di budget, localizzati sugli indicatori di costo beni sanitari, farmaci, DM e Protesi).



In corso d'anno, WebBudget consente il monitoraggio dei trend di spesa mensili, alimentati direttamente dai consumi di magazzino rilevati in contabilità analitica, in relazione agli scostamenti che si evidenziano rispetto ai target negoziati. La revisione di budget del mese di settembre è stata il momento utile per condividere lo stato di avanzamento della performance di unità operativa dopo i primi 8 mesi di spesa e prevedere adeguate modifiche ai target negoziati ad inizio anno.

I picchi di accesso per fascia oraria

- ✓ La fascia oraria più gettonata per accedere a WebBudget è quella della mattina, con un **picco fra le 10 e le 11**. Il trend è del tutto sovrapponibile a quanto registrato nel 2018, ma differisce per quanto riguarda la **tendenza del pomeriggio**, dove si registra un picco fra le 16 e le 17;
- ✓ Gli accessi nella fascia di maggior utilizzo risultano pressoché **sovrapponibili** rispetto all'anno precedente (fra **1.100** e **1.200**), a testimonianza di un utilizzo notevole dello strumento;

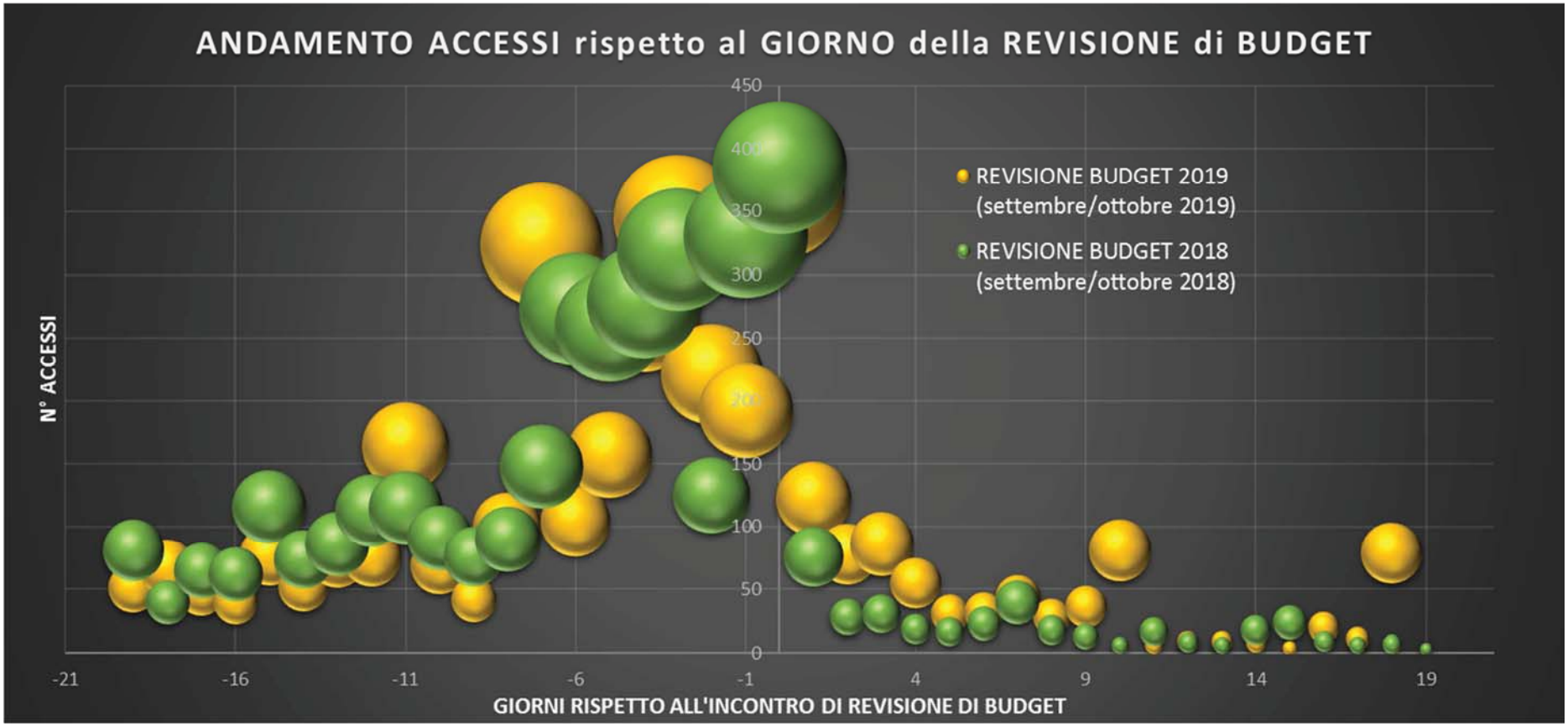


Andamento accessi rispetto al giorno della negoziazione

Molto interessante risulta infine l'analisi dell'andamento degli accessi in rapporto alla data di negoziazione di budget con la Direzione Aziendale.

- ✓ le bolle di colore azzurro identificano gli accessi effettuati nei 20 giorni prima e dopo l'incontro di negoziazione budget (marzo/aprile 2018);
- ✓ le bolle di colore arancione rappresentano invece gli accessi effettuati nello stesso intervallo di tempo, per la stessa fase, nel 2019;
- ✓ la dimensione della bolla ed il posizionamento sull'asse delle ordinate è direttamente proporzionale al volume di accessi registrato.

La stessa analisi grafica è stata successivamente effettuata anche prendendo a riferimento il periodo "settembre/ottobre", quando, sia nel 2018 che nel 2019, hanno avuto luogo gli incontri ufficiali di revisione di budget.

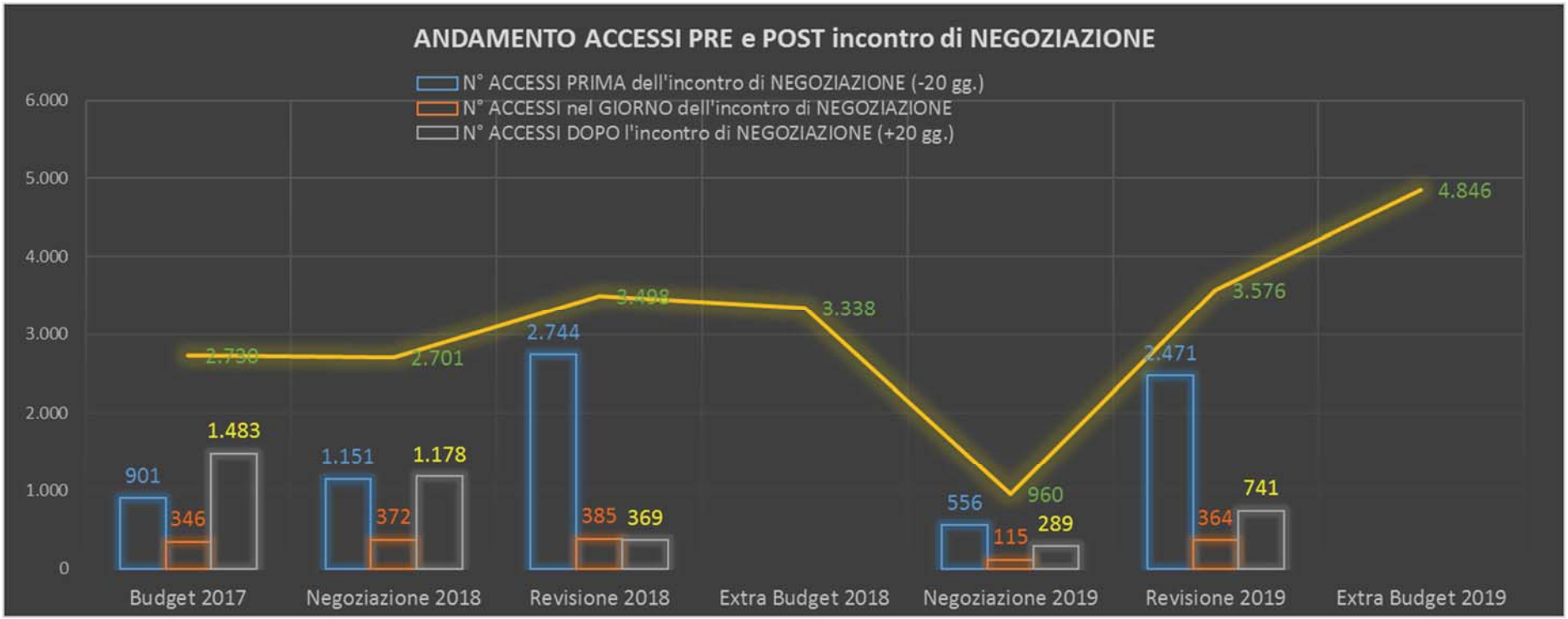


I grafici evidenziano bene:

- l'intensificarsi del numero di accessi all'avvicinarsi della data dell'incontro ufficiale di negoziazione;

- il trend di deciso crollo degli accessi nei giorni immediatamente successivi all'incontro ufficiale, sia con riferimento al periodo di negoziazione che per quello di revisione;
- la sostanziale sovrapponibilità dei trend di accessi fra 2018 e 2019, a testimonianza di un evidente consolidamento nell'utilizzo di WebBudget a livello aziendale.

Cosa è accaduto rispetto al 2018?



Il trend degli accessi, analizzato per distribuzione temporale rispetto alla data dell'incontro formale fra Dipartimenti e Direzione Aziendale, risulta omogeneo fra 2018 e 2019, sia per quel che concerne la fase di negoziazione che per quanto attiene la fase di revisione.

Allo stesso tempo è interessante notare invece come risultino in deciso incremento, nel 2019 rispetto al 2018, gli accessi effettuati al di fuori dei due periodi "ufficiali" di concertazione (+/- 20 gg. rispetto a neogoziazione/revisione di budget).

Se nel 2018 erano risultati 3.338 gli accessi "extra budget", il 2019 ne ha fatti registrare ben 4.846, con un incremento addirittura del 45%.

Il dato risulta essere un confortante indicatore rispetto al grado di "familiarità" che ha contraddistinto WebBudget nel 2019. Lo strumento dimostra di essere ogni anno sempre maggiormente percepito come quotidiano per gli operatori aziendali, configurandosi come reale ausilio nella gestione del ciclo della performance.

PTPC e BUDGET

La Delibera OIV SSR n. 2/2015 "Linee guida ed indirizzi operativi per le Aziende ed OAS" (paragrafo 3.1 Piano della Performance e Budget) e la Delibera OIV SSR n. 4/2016 "Prevenzione Corruzione e Trasparenza: prime indicazioni ai sensi del D.Lgs. 97/2016 e del PNA 2016, agli OAS e ai RPCT aziendali" impongono la congruenza fra le misure di prevenzione della corruzione/trasparenza e gli obiettivi di budget.

Alla luce di quanto condiviso con i componenti del Comitato di Budget, in sede di definizione delle Linee Guida esitate nel Piano Azioni 2019 (*prot. AOU MO n. 10576 del 10/04/2019*) e del piano di lavoro per la stesura del Piano della Performance 2018-2020 (*delibera AOU MO n. 164 del 26/9/2018*), l'allineamento è stato ricercato a livello di:

1. **Congruenza fra gli impegni definiti nel PTPC 2017-2019 e Piano della Performance 2018-2020 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena**
   Il PdP 2018-2020 prevede un esplicito riferimento alla tematica nell'ambito del paragrafo "4.2.4. Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza", inserita nella "Dimensione di Performance dei Processi Interni".
   In tale contesto si richiama la presenza delle attività messe in atto dall'AOU di Modena specificando come già nel corso del 2017 e 2018 siano state inserite nelle schede di budget, sia per l'area sanitaria che per quella amministrativa, gli indicatori specifici per la Trasparenza e l'Anticorruzione.
   Viene altresì precisato come il collegamento, che consente alle pubbliche amministrazioni di operare in modo eticamente corretto e perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, valorizzando e facilitando il rapporto con i cittadini, si realizzi attraverso:
   a. le indicazioni contenute nei Piani Triennali e nel Codice di Comportamento che i dirigenti responsabili delle Aree aziendali, soprattutto quelle più a rischio di fenomeni corruttivi, sono tenuti a rispettare;
   b. la individuazione di obiettivi specifici in tema di prevenzione della corruzione riportati nelle singole schede di budget;
   c. la valutazione del rispetto delle suddette indicazioni ed obiettivi da parte del RPTC aziendale.

2. **Congruenza fra le misure di prevenzione della corruzione/trasparenza ed obiettivi di budget**
   Il 2019 ha confermato la presenza, all'interno delle schede di budget, di obiettivi specifici col-legati alle misure di trasparenza e prevenzione della corruzione, sia per quel che concerne l'area sanitaria che con riferimento all'area amministrativa e tecnica. All'interno delle schede budget trovano declinazione gli indicatori individuati al fine di sensibilizzare operativamente i professionisti aziendali sui temi del "contrasto della corruzione e

promozione della trasparen-za", così come contenuti nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC).
Gli indicatori monitorati sono i seguenti:

- Area Sanitaria

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

< 10%

PROPOSTE:
La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

< 50%

LP

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

> 50%

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:

Allega file (Max 2MB)

2019-07-11_Nota_RPCT_Codice_Comportamen... (*magliocco.angelo*, 12 Jul 2019 10:51:16)

- Area Amministrativa e Tecnica

--Trasparenza--

Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

> 50%

PROPOSTE: % di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:

- **promuovono la conoscenza** del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;
- **segnalano** all'autorità disciplinare o attivano direttamente **le azioni disciplinari di competenza** conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

La verifica sulla congruenza fra le misure di prevenzione della corruzione/trasparenza e gli obiettivi di budget per l'anno 2019 è stata svolta dall'OAS in data 24/10/2019 ed ha dato esito positivo. Il documento è stato adottato con protocollo n. 29254 in data 25/10/2019.

Le SCHEDE di BUDGET 2019

Budget 2019

Azienda Osp. Univ. di Modena
OCSAE Modena

POLICLINICO MODENA

DIPARTIMENTO MEDICINA INTERNA GENERALE, D URGENZA E POST ACUZIE

Medicina Interna

Scheda validata da **pietrangeloantonello** il *30/07/2019* alle *11:02:44*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 245.361,85 12M. 2018: 205.994,15

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 160.303,05 12M. 2018: 151.725,45

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.333.270,41 12M. 2018: 5.667.880,29

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4.901.424,51 12M. 2018: 5.347.178,04

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 137.469,08 12M. 2018: 115.643,49

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 267.645,52 12M. 2018: 201.094,73

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (21/05/2019 15:41:22)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:24)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:11)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,12 12M. 2018: 0,16

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 103,00 12M. 2018: 105,65

Durata Media Degenza (DMD)

Target: 9

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 9,84 12M. 2018: 9,90

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 120,00 12M. 2018: 68,00

franchini.filippo (11/07/2019 09:51:33)

PROPOSTE:

Valutazione da effettuare sulla sola casistica programmata o urgente da reparto

DRG 088 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 24,00 12M. 2018: 13,00

DRG 429 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 9,00 12M. 2018: 4,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.099.027,55 12M. 2018: 1.206.142,65

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:25)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 216.519,90 12M. 2018: 235.061,60

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:40)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:26)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:42:59)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:43)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/07/2019 09:57:20)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari	*Target: = 2018* Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 652.348,69 12M. 2018: 959.963,81
Farmaci FAR	= 2018 Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 467.931,56 12M. 2018: 770.559,80
Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI	= 2018 Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 60.423,03 12M. 2018: 34.489,45
Diagnostici e Reagenti REAGENTI	= 2018 Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 29.921,63 12M. 2018: 31.226,47
Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM	= 2018 Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 90.806,70 12M. 2018: 119.747,84

Medicina Interna e Area Critica

Scheda validata da **brugioni.lucio** il *25/07/2019* alle *10:28:25*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -7.43]; Positivo se in [-7.43, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.281,00 12M. 2018: 1.223,00

brugioni.lucio (23/07/2019 14:12:55)

CONTRODEDUZIONI:
L'attività ambulatoriale per il Reparto di Medicina Interna è complementare alla attività clinico assistenziale erogata per pazienti ricoverati in urgenza da PS

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.281,00 12M. 2018: 1.192,50

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.754.451,90 12M. 2018: 5.586.899,48

brugioni.lucio (23/07/2019 14:15:22)

CONTRODEDUZIONI:
La valorizzazione dei ricoveri è in linea con l'atteso

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.481.733,07 12M. 2018: 5.369.914,76

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***

Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 94.747,08 12M. 2018: 99.215,58

= 2018

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 158.731,29 12M. 2018: 93.475,20

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (17/05/2019 11:04:58)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:25)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:11)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,06 12M. 2018: 0,07

brugioni.lucio (25/07/2019 10:16:29)

CONTRODEDUZIONI:

Il valore indicato di incidenza consumo dei beni sanitari sul fatturato è accettabile a condizione che vengano stornati i costi dei pazienti che necessitano di terapia ad alto costo (es.emofilie acquisite, etc) il cui ricovero non è prevedibile e i cui costi terapeutici non sono governabili

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 96,30 12M. 2018: 98,81

brugioni.lucio (25/07/2019 10:18:26)

CONTRODEDUZIONI:

Il tasso di occupazione posti letto per la letteratura mondiale dovrebbe essere del 90%. Valori più elevati di tasso di occupazione dei posti letto viene riportato in letteratura essere facilitanti l'errore clinico.

Durata Media Degenza (DMD)

Target: 7

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 6,50 12M. 2018: 6,88

brugioni.lucio (25/07/2019 10:12:41)

CONTRODEDUZIONI:

Mantenere la degenza media a 7 è possibile solo escludendo dal computo i pazienti che rimangono ricoverati per problematiche socio sanitarie a cui il territorio nelle sue varie articolazioni assistenziali non riesce a dare risposta.

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 108,00 12M. 2018: 48,00

brugioni.lucio (25/07/2019 10:10:25)

CONTRODEDUZIONI:

Si fa presente che i pazienti in reparto vengono ricoverati pressoché tutti in urgenza da PS. Quindi non è possibile incidere sui DRG potenzialmente inappropriati.

DRG 088 INAPP

--

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 24,00 12M. 2018: 10,00

DRG 429 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 10,00 12M. 2018: 7,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 596.949,20 12M. 2018: 613.245,10

brugioni.lucio (25/07/2019 10:26:38)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

Anche per quanto riguarda le prestazioni intermedie e le richieste di laboratorio si sottolinea che c'è un incremento di ricovero di pazienti complessi e pluripatologici che necessitano di numerosi accertamenti di laboratorio. E' quindi evidente che ci possa essere un incremento di questi costi. Inoltre il reparto è stato dotato di un a postazione PoCT per emocromo, biochimica e ed EGA indispensabile per una rapida valutazione del paziente in urgenza

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 118.145,40 12M. 2018: 123.737,35

brugioni.lucio (25/07/2019 10:24:14)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

Valgono le stesse considerazioni fatte per le prestazioni di laboratorio

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:26)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:53)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di

Target: >= 80%

adesione alle linee guida

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:43)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

brugioni.lucio (04/07/2019 14:07:17)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 329.450,99 12M. 2018: 369.093,77

brugioni.lucio (25/07/2019 10:06:42)

CONTRODEDUZIONI:

Il costo dei beni sanitari è in linea con l'atteso. Deve essere sottolineato però che è sempre possibile un incremento di costi a causa dalla tipologia di pazienti ricoverati che è sempre più complessa

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 174.278,09 12M. 2018: 189.744,02

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 27.125,17 12M. 2018: 32.487,82

= 2018

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 18.574,39 12M. 2018: 18.031,56

= 2018

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 107.421,63 12M. 2018: 123.338,43

Medicina Post Acuzie

Scheda validata da **borghiathos** il *25/07/2019* alle *14:16:46*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 45,00 12M. 2018: 30,00

borghiathos (25/07/2019 14:01:32)

CONTRODEDUZIONI:
non rilevante per noi l'attività ambulatoriale

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 39,00 12M. 2018: 27,00

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.297.047,72 12M. 2018: 1.197.954,66

borghiathos (25/07/2019 14:02:22)

CONTRODEDUZIONI:
accettabile con eventuale analisi dei significativi scostamenti di casistica

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.243.072,56 12M. 2018: 1.137.765,75

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***

Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 9.978,90 12M. 2018: 19.679,55

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 38.228,96 12M. 2018: 32.758,26

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

borghiathos (25/07/2019 14:06:11)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

Accettabile

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

attuazione delle azioni proposte per i singoli subindicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

borghiathos (25/07/2019 14:07:12)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

CONTRODEDUZIONI:

Accettabile

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

borghiathos (25/07/2019 14:06:36)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

Accettabile

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,09 12M. 2018: 0,08

borghiathos (25/07/2019 14:09:17)

CONTRODEDUZIONI:
valgono le considerazioni generali sul consumo dei beni sanitari

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 98,04 12M. 2018: 95,12

borghiathos (25/07/2019 14:09:36)

CONTRODEDUZIONI:
accettabile

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 23,49 12M. 2018: 26,98

borghiathos (25/07/2019 14:08:33)

CONTRODEDUZIONI:
Accettabile con riserva per outlier e casistica infettivologica

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

borghiathos (25/07/2019 14:07:50)

CONTRODEDUZIONI:
di solito non abbiamo DRG potenzialmente inappropriati

DRG 088 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DRG 429 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 82.214,05 12M. 2018: 66.375,25

borghiathos (25/07/2019 14:10:00)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:
accettabile

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 10.307,00 12M. 2018: 10.664,10

borghiathos (25/07/2019 14:10:17)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:
accettabile

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

borghiathos (25/07/2019 14:11:33)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

CONTRODEDUZIONI:

accettabile

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

borghiathos (25/07/2019 14:12:28)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

CONTRODEDUZIONI:

accettabile

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

borghiathos (25/07/2019 14:12:07)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

CONTRODEDUZIONI:
accettabile

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

borghiathos (25/07/2019 14:12:50)

PROPOSTE:
Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

CONTRODEDUZIONI:
accettabile

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

borghiathos (25/07/2019 14:10:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:
accettabile

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 117.692,19 12M. 2018: 100.680,20

borghiathos (25/07/2019 14:05:27)

CONTRODEDUZIONI:
l'incremento della casistica infettivologica complessa e le terapie antibiotiche connesse hanno favorito un incremento dei costi dei beni sanitari nel primo semestre 2019: occorrerà parametrare le maggiori spese alle necessità cliniche dei pazienti per poi confrontare il costo dei beni sanitari 2018-2019

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 69.264,17 12M. 2018: 64.287,72

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 6.875,84 12M. 2018: 741,80

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.102,41 12M. 2018: 2.387,96

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 31.010,84 12M. 2018: 29.252,59

DIPARTIMENTO CHIRURGIE GENERALI E SPECIALITA CHIRURGICHE

Chirurgia Oncologica Senologica

Scheda validata da **andreottialessia** il *19/07/2019* alle *13:44:35*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 18.680,25 12M. 2018: 16.157,20

andreottialessia (05/07/2019 17:03:26)

PROPOSTE:

si concorda

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 17.895,05 12M. 2018: 15.318,10

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.078.371,67 12M. 2018: 2.018.239,99

andreottialessia (05/07/2019 17:08:57)

CONTRODEDUZIONI:

si segnala che ci si aspetta un lieve trend in diminuzione dei casi trattati in quanto dovrebbe diminuire anche il numero delle nuove diagnosi di carcinoma mammario, poiché è ormai in esaurimento la "coda" di "overdiagnosi" dovute all'estensione dello Screening di ulteriori 10 anni.

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.916.704,98 12M. 2018: 1.815.489,53

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 51.276,93 12M. 2018: 62.924,50

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 110.389,76 12M. 2018: 129.726,80

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

andreottialessia (05/07/2019 17:12:12)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: *Positivo se inferiore a*
Range: *Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 29,89 12M. 2018: 8,89

andreottialessia (05/07/2019 17:14:15)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

andreottialessia (05/07/2019 17:28:44)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

andreottialessia (05/07/2019 17:28:10)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,05 12M. 2018: 0,07

andreottialessia (05/07/2019 17:21:37)

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 70,26 12M. 2018: 86,43

andreottialessia (05/07/2019 17:15:26)

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 12,00 12M. 2018: 10,00

andreottialessia (19/07/2019 13:41:05)

CONTRODEDUZIONI:

si concorda, ma si segnala che 8 dei casi contestati sono relativi a pazienti che per copatologie o estensione dell'intervento sono state operate in anestesia generale, e che per questo hanno richiesto un ricovero in degenza ordinaria e non in DH.

--

DRG 158 INAPP

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 127.126,94 12M. 2018: 252.717,45

andreottialessia (05/07/2019 17:22:45)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.736,40 12M. 2018: 5.132,75

andreottialessia (05/07/2019 17:23:13)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

Durata Media Degenza (DMD) preoperatoria

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 5.00; Intermedio se < 15.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,01 12M. 2018: 0,00

andreottialessia (05/07/2019 17:19:01)

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

andreottialessia (05/07/2019 17:24:40)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

andreottialessia (05/07/2019 17:26:35)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

Target: 0

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

andreottialessia (05/07/2019 17:25:38)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

Tenuta cartella clinica DH: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

andreottialessia (05/07/2019 17:27:01)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DH.

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

andreottialessia (17/07/2019 12:10:51)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 95.529,50 12M. 2018: 140.497,46

andreottialessia (05/07/2019 17:10:24)

PROPOSTE:
si concorda

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 9.974,81 12M. 2018: 25.647,16

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 366,01 12M. 2018: 1.748,67

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 364,19 12M. 2018: 353,59

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 84.678,09 12M. 2018: 112.748,04

Chirurgia Oncologica, Epato-Bilio-Pancreatica e dei Trapianti di Fegato

Scheda validata da **dibenedettofabrizio** il *26/07/2019* alle *11:19:40*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 42.232,30 12M. 2018: 43.054,10

ballarinroberto (23/07/2019 08:08:44)

CONTRODEDUZIONI:
si concorda

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 22.285,85 12M. 2018: 22.140,50

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 6.101.735,97 12M. 2018: 5.665.618,88

ballarinroberto (23/07/2019 08:09:05)

CONTRODEDUZIONI:
si concorda

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 3.009.321,75 12M. 2018: 2.989.574,84

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 895.062,45 12M. 2018: 1.063.539,85

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.197.351,77 12M. 2018: 1.382.549,54

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ballarinroberto (23/07/2019 08:05:13)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

.....

ballarinroberto (23/07/2019 07:47:32)

CONTRODEDUZIONI:
IN PREVISIONE ENTRO IL 2019 L'AGGIORNAMENTO DEL PDTA PANCREAS

Trattamento delle neoplasie del pancreas e periampollari PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: ***Positivo se inferiore a***
Range: ***Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 15,89 12M. 2018: 7,96

ballarinroberto (23/07/2019 07:49:55)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

CONTRODEDUZIONI:

si concorda nel rispetto della tempistica in base alle classi di priorità

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ballarinroberto (23/07/2019 07:48:51)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ballarinroberto (23/07/2019 07:48:23)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,16 12M. 2018: 0,22

ballarinroberto (23/07/2019 08:03:13)

CONTRODEDUZIONI:
si concorda, nel rispetto della proporzione tra numero di trapianti e attività di chirurgia ad alta complessità dell'anno in corso rispetto al 2018

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 72,88 12M. 2018: 99,71

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 39,00 12M. 2018: 5,00

ballarinroberto (23/07/2019 07:52:34)

CONTRODEDUZIONI:
come nel 2018 si ribadisce che i casi di DRG potenzialmente inappropriati per la nostra UO riguardano le SDO dei paziente operati con tecnica mininvasiva robotica, dalla nostra UO, presso il OCSAE. E' già stato chiesto al CdG e all'ufficio DRG di identificare una soluzione

DRG 158 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1,00 12M. 2018: 0,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 743.923,10 12M. 2018: 774.266,15

ballarinroberto (23/07/2019 08:01:08)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

visto il trend nei primi 5 mesi del 2019 che vede un aumento del numeri di trapianti di fegato, di resezioni pancreatiche, nonché del numero di pazienti che hanno eseguito uno screening per trapianto di fegato e successivamente inseriti in lista per trapianto, rispetto al 2018, si attende un netto del numero di richieste per esami di radiologia e di laboratorio

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 337.637,15 12M. 2018: 359.263,60

ballarinroberto (23/07/2019 08:00:26)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

visto il trend nei primi 5 mesi del 2019 che vede un aumento del numeri di trapianti di fegato, di resezioni pancreatiche, nonché del numero di pazienti che hanno eseguito uno screening per trapianto di fegato e successivamente inseriti in lista per trapianto, rispetto al 2018, si attende un netto del numero di richieste per esami di radiologia e di laboratorio.

Durata Media Degenza (DMD) preoperatoria

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 5.00; Intermedio se < 15.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2,83 12M. 2018: 0,00

ballarinroberto (23/07/2019 08:04:18)

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ballarinroberto (23/07/2019 07:54:54)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

ballarinroberto (23/07/2019 07:53:48)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

CONTRODEDUZIONI:

si concorda

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ballarinroberto (23/07/2019 07:54:19)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

CONTRODEDUZIONI:
si concorda

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ballarinroberto (23/07/2019 07:53:21)

PROPOSTE:
Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

CONTRODEDUZIONI:
si concorda

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ballarinroberto (23/07/2019 07:56:38)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:
si attendono notizie sulla possibilità e sulle date di tali riunioni

ECONOMICA COSTI

Farmaci a Rimborso FED

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ballarinroberto (23/07/2019 08:08:09)

CONTRODEDUZIONI:
si concorda

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.013.139,12 12M. 2018: 1.240.886,73

ballarinroberto (23/07/2019 08:07:15)

CONTRODEDUZIONI:
si concorda, nel rispetto della proporzione tra numero di trapianti, attività di chirurgia ad alta complessità, nonché del numero di pazienti che eseguiranno uno screening per trapianto di fegato nell'anno in corso rispetto al 2018

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 383.062,73 12M. 2018: 407.352,50

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 218.346,03 12M. 2018: 208.696,42

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 21.532,93 12M. 2018: 16.192,88

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 386.473,61 12M. 2018: 607.954,97

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ballarinroberto (23/07/2019 08:07:36)

CONTRODEDUZIONI:
si concorda

Chirurgia Generale D Urgenza ed Oncologica

Scheda validata da **gelmini.roberta** il *16/07/2019* alle *08:50:39*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 322.999,45 12M. 2018: 289.618,85

gelmini.roberta (05/07/2019 09:57:17)

CONTRODEDUZIONI:
Si concorda

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 300.769,35 12M. 2018: 271.062,55

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.826.054,03 12M. 2018: 5.346.663,56

gelmini.roberta (05/07/2019 10:01:24)

CONTRODEDUZIONI:
Si concorda. Si evidenzia come, nei primi 5 mesi del 2019, si sia verificato un incremento di attività del +23% rispetto allo stesso periodo dello scorso anno. Si prevede di mantenere analogo volume di attività nei prossimi mesi

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.051.508,22 12M. 2018: 4.730.503,78

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 137.520,22 12M. 2018: 151.182,34

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 586.271,83 12M. 2018: 451.897,17

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

gelmini.roberta (05/07/2019 10:14:42)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

gelmini.roberta (05/07/2019 10:15:02)

CONTRODEDUZIONI:
Si concorda

Trattamento delle neoplasie del colon retto PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: ***Positivo se inferiore a***
Range: ***Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 12,33 12M. 2018: 7,51

gelmini.roberta (05/07/2019 10:15:20)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

gelmini.roberta (05/07/2019 10:34:33)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

gelmini.roberta (05/07/2019 10:34:11)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,15 12M. 2018: 0,17

gelmini.roberta (05/07/2019 10:17:08)

CONTRODEDUZIONI:
Si concorda

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 104,94 12M. 2018: 125,88

gelmini.roberta (05/07/2019 10:36:57)

CONTRODEDUZIONI:
Vedi controdeduzioni per beni sanitari

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 189,00 12M. 2018: 86,00

gelmini.roberta (05/07/2019 10:16:33)

CONTRODEDUZIONI:
Si concorda

DRG 158 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 87,00 12M. 2018: 33,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 294.817,84 12M. 2018: 338.014,85

gelmini.roberta (05/07/2019 10:56:59)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

L'incremento dell'attività comporta inevitabilmente analogo incremento di prestazioni intermedie (laboratorio e radiologia). Il +11,92% per le presazioni di laboratorio e il +6,74% per la radiologia, registrati nei primi 5 mesi vs i 5 mesi del 2018, si ritengono pertanto fisiologici. SI propone di ridefinire l'obiettivo considerando +10% rispetto al 2018

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 121.210,00 12M. 2018: 125.110,90

gelmini.roberta (05/07/2019 10:57:25)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

vedi prestazioni di laboratorio

Durata Media Degenza (DMD) preoperatoria

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 5.00; Intermedio se < 15.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,43 12M. 2018: 0,00

gelmini.roberta (05/07/2019 10:16:47)

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

gelmini.roberta (05/07/2019 10:21:07)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

gelmini.roberta (05/07/2019 10:32:51)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

gelmini.roberta (05/07/2019 10:21:40)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

CONTRODEDUZIONI:
Si concorda

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

gelmini.roberta (05/07/2019 10:33:03)

PROPOSTE:
Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

CONTRODEDUZIONI:
Si concorda

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

gelmini.roberta (05/07/2019 10:31:08)

PROPOSTE:
% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:
Obiettivo di per se condivisibile. Non è chiara quale sia la modalità con cui verranno svolti gli incontri. Essendo un obiettivo trasversale a tutte le strutture dovrebbe essere esplicitato se gli incontri in oggetto dovranno essere organizzati da ogni singola UO, dai Dipartimenti oppure se verranno organizzati dal Servizio Formazione a livello Aziendale.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 927.806,34 12M. 2018: 983.881,61

gelmini.roberta (05/07/2019 11:19:16)

CONTRODEDUZIONI:
L'incremento di attività che si è verificato nei primi mesi del 2019 porta ad un analogo incremento dei costi. Sebbene siano stati presi provvedimenti atti ad una maggiore razionalizzazione dell'uso delle risorse (vedi RDD dei 4 mesi del 2019) non si ritiene possibile mantenere ai livelli del 2018 i costi per i beni sanitari. Ciò che si ritiene dovrà essere mantenuta è l'incidenza consumo beni sanitari su fatturato. Ai 5 mesi del 2019 vs

5 mesi del 2018 i costi per beni sanitari della SC si sono attestati a +23%, i costi dei DM per giornata di degneza + 11,8%, i costi dei beni sanitari x giornata di degneza a + 6,34%. Questi dati sono in linea con quelli del Dipartimento: +19,38%, +16%, +9,05%.

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 181.082,45 12M. 2018: 148.754,76

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 35.851,72 12M. 2018: 39.304,29

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 10.103,83 12M. 2018: 10.000,84

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 699.469,12 12M. 2018: 785.710,22

Chirurgia Toracica

Scheda validata da **morandiuliano** il *25/09/2019* alle *11:50:23*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 26.672,25 12M. 2018: 29.306,90

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 25.164,25 12M. 2018: 27.796,90

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.847.136,96 12M. 2018: 2.921.824,34

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.419.499,64 12M. 2018: 2.575.613,23

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 145.250,00 12M. 2018: 110.622,60

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 277.369,68 12M. 2018: 213.690,77

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:27)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: *Positivo se inferiore a*
Range: *Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 13,78 12M. 2018: 0,37

franchini.filippo (28/05/2019 12:03:00)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:25)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:12)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,12 12M. 2018: 0,12

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 94,16 12M. 2018: 102,49

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 23,00 12M. 2018: 8,00

DRG 158 INAPP

--

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 118.096,05 12M. 2018: 106.268,20

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:25)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 98.684,40 12M. 2018: 91.962,25

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:40)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Durata Media Degenza (DMD) preoperatoria

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 5.00; Intermedio se < 15.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1,12 12M. 2018: 0,00

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:27)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:53)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:44)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del

Target: > 50%

Codice di Comportamento

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 357.729,60 12M. 2018: 340.877,72

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 38.398,15 12M. 2018: 25.064,16

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 13.552,51 12M. 2018: 1.304,70

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.741,24 12M. 2018: 745,59

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 304.027,80 12M. 2018: 313.673,64

Anestesia e Rianimazione 1

Scheda validata da **girardis.massimo** il *08/10/2019* alle *11:28:06*

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

girardis.massimo (13/09/2019 12:52:45)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

1. Depositate in data 13/9/2019 le autovalutazioni e le check list di accreditamento regionali, sia per i criteri generali che specifici.

2. Entro la data stabilita verrà completato il lavoro di revisione delle procedure depositate in Bingo con la distinzione tra "revisionate" e "da eliminare".

3. Depositate in data 13/9/2019 l'aggiornamento e lo stato di avanzamento delle C.C. per l'anno 2019

4. Si allega verbale e relativi indicatori regionali.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

girardis.massimo (13/09/2019 12:54:00)

PROPOSTE:

Il gruppo di lavoro della PDTA in oggetto (referente Prof Clini) si riunirà il 23/9/2019 per la prima volta. La SC di Anestesia e Rianimazione 1 partecipa al gruppo di lavoro della PDTA indicata, ma non è referente.

CONTRODEDUZIONI:

La PDTA in oggetto vede come referente il Prof. E. Clini (Mal App. Respiratorio). La SC di Anestesia 1 è parte attiva del gruppo di lavoro che si riunirà per la prima volta in data 23/9/2019

Tracheostomia e gestione della cannula fino allo svezzamento PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-06-01 / 2019-08-30
[Nomina Resp.]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-06-01 / 2019-08-30
[Gruppo di Lavoro]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-09-01 / 2019-10-15
[Prima riunione]: Prima riunione effettuata

2019-10-15 / 2019-12-31
[Stesura]: Stesura contenuti principali

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:25)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:12)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 154,07 12M. 2018: 166,48

girardis.massimo (13/09/2019 16:27:34)

CONTRODEDUZIONI:

Al momento questo indicatore viene calcolato utilizzando al numeratore la spesa sostenuta dalla struttura complessa (TIPo, Sale Operatorie e ambulatorio di antalgica) ed al denominatore il numero di giornate di degenza che avvengono solo in TIPo. Discusso questo punto con il controllo di gestione, si propone che questo indicatore venga modificato nel seguente modo:

- Per TIPo: NUMERATORE: costo beni sanitari solo TIPo; DENOMINATORE: giornate di degenza TIPo
- Per SOP: NUMERATORE costo beni sanitari per Sale Operatorie; DENOMINATORE: numero di interventi ad alto costo (trapianti di fegato e HIPEC)

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 497.723,90 12M. 2018: 496.093,45

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:25)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 80.541,95 12M. 2018: 78.746,75

girardis.massimo (13/09/2019 16:28:42)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

Questa voce si spiega e si allinea con precedenti.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:27)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali

Target: = 100%

(DO+DH) SDO

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:53)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:43)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.448.995,80 12M. 2018: 1.477.001,42

girardis.massimo (13/09/2019 16:26:58)

CONTRODEDUZIONI:

I costi totali dei beni sanitari espressi in questa voce sono comprensivi dei costi sostenuti per beni sanitari in TIPo e nei centri di costo delle sale operatorie II piano NBT e VI piano, e dell'ambulatorio di terapia antalgica. Nei 7 mesi del 2019 si è osservato un incremento della spesa in TIPo e nelle sale operatorie.

Per quanto riguarda la TIPo l'aumento principale si è osservato nel consumo di Farmaci (+83.507 EURO; +35,4%). Dal report aziendale disponibile su meiosi si evince che l'aumento di costo relativo ai farmaci interessa prevalentemente molecole antibiotiche ed antifungine. Questo è spiegabile con il fatto che nei primi mesi del 2019, a differenza del 2018, sono stati ricoverati più pazienti sottoposti a trapianto di fegato complicati e con lunghe degenze. A conferma di questo, la valorizzazione dei ricoveri ha registrato per la TIPo un aumento del 38% (con un aumento importante dei pazienti extra-regione) e il valore medio DRG per ricovero chirurgico è incrementato del 32%. Come noto alla Direzione e discusso altre volte in sede di budget, questi indicatori (i.e. Valorizzazione Ricoveri e Valore medio DRG per ricovero) non rispecchiano completamente l'attività di ricovero perché considerano solo i pazienti deceduti e quelli dimessi in altri ospedali che corrispondono per il 2019 a circa l'11% dei ricoverati.

Per quanto riguarda le sale operatorie, nel 2019. l'aumento di costi per beni sanitari è sostenuto dall'aumento nella spesa per dispositivi (circa 106000 euro). L'aumento del numero di trapianti e degli interventi di chirurgia addominale demolitiva maggiore con HIPEC giustifica completamente questa dato in quanto questi pazienti richiedono l'utilizzo di dispositivi e monitoraggi avanzati e ad alto costo (e.g. circuiti di recupero sangue e di infusione rapida, monitoraggio emodinamico di secondo livello)

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 451.748,02 12M. 2018: 402.565,30

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 478.305,86 12M. 2018: 511.127,98

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 47.775,83 12M. 2018: 47.428,02

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 466.517,74 12M. 2018: 507.745,36

Anestesia e Rianimazione 2

Scheda validata da **bertellinie** il *23/07/2019* alle *12:06:04*

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:26)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Tracheostomia e gestione della cannula fino allo svezzamento PDTA

TIMELINE

2019-06-01 / 2019-08-30
[Nomina Resp.]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-06-01 / 2019-08-30
[Gruppo di Lavoro]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-09-01 / 2019-10-15
[Prima riunione]: Prima riunione effettuata

2019-10-15 / 2019-12-31
[Stesura]: Stesura contenuti principali

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:25)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:12)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:25)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.422,60 12M. 2018: 1.974,05

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:40)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:27)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:53)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:43)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 221.720,50 12M. 2018: 277.349,35

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 123,42 12M. 2018: 1.619,49

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 213.898,88 12M. 2018: 267.759,59

Chirurgia Plastica Ricostruttiva

Scheda validata da **spaggiari.antonio** il *10/10/2019* alle *09:55:47*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 326.035,10 12M. 2018: 287.585,70

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 51.754,40 12M. 2018: 43.729,65

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.479.548,08 12M. 2018: 1.358.316,07

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.070.969,55 12M. 2018: 928.570,63

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 213.096,59 12M. 2018: 214.079,31

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 195.481,94 12M. 2018: 204.435,70

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:27)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: *Positivo se inferiore a*
Range: *Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 20,61 12M. 2018: 18,18

franchini.filippo (28/05/2019 12:03:00)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:25)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:12)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,20 12M. 2018: 0,18

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 102,82 12M. 2018: 123,34

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 155,00 12M. 2018: 46,00

DRG 158 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 32.537,15 12M. 2018: 34.153,30

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:25)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 6.862,25 12M. 2018: 7.362,40

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:40)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Durata Media Degenza (DMD) preoperatoria

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 5.00; Intermedio se < 15.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,05 12M. 2018: 0,00

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:27)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali

Target: = 100%

(DO+DH) SDO

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:53)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DH: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:07:27)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DH.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 354.497,73 12M. 2018: 300.495,47

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 9.814,65 12M. 2018: 9.792,41

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.953,27 12M. 2018: 2.197,78

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 336.782,85 12M. 2018: 288.505,28

FORMAZIONE

Partecipazione al progetto di igiene delle mani

Target: --

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*

Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

IGIENE FORMAZIONE Partecipazione ai corsi di formazione

--

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

IGIENE Adesione al progetto post-formazione (%)

--

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE

Neonatologia e Nido - CC

Scheda validata da **berardi.alberto** il *19/07/2019* alle *15:31:36*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 52.128,30 12M. 2018: 55.047,80

berardi.alberto (19/07/2019 15:05:05)

CONTRODEDUZIONI:

la valorizzazione delle prestazioni è correlata al numero dei neonati ricoverati che successivamente fruiranno delle prestazioni ambulatoriali

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 47.428,55 12M. 2018: 50.520,45

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 7.731.399,24 12M. 2018: 7.852.997,81

berardi.alberto (19/07/2019 15:08:44)

CONTRODEDUZIONI:

la valorizzazione dei ricoveri è strettamente legata alla natalità regionale oltre che a fattori quali carenza di personale o episodi infettivi che limitano la possibilità stessa del ricovero

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 7.010.197,80 12M. 2018: 7.064.571,74

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 534.661,74 12M. 2018: 488.528,20

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 173.333,58 12M. 2018: 280.848,25

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:27)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:26)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:13)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

Rete delle Cure Palliative Pediatriche

Target: Definizione percorso interaziendale

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media pesata su priorità)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 11:00:37)

PROPOSTE:

In applicazione a quanto previsto dalla DGR 1898/2012 e dalla DGR 857/2019 sulla Rete delle Cure

Palliative Pediatriche della Regione Emilia-Romagna, si intende definire il percorso interaziendale della provincia di Modena, secondo una rete assistenziale articolata su tre nodi:
- nodo Ospedale
- nodo Territorio
- nodo Hospice Pediatrico (a valenza regionale, di futura realizzazione a Bologna)

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-15
[Torcasio/Spanò]: Ridefinizione Gruppo di Lavoro Provinciale

2019-01-15 / 2019-03-10
[Guerra/Riva/Iughetti]: Completamento analisi casistica provincia Modena

2019-03-01 / 2019-05-30
[Gruppo di Lavoro]: Definizione del percorso

2019-05-10 / 2019-06-20
[Resp. percorso]: Definizione di indicatori di processo

2019-06-20 / 2019-06-30
[!]: Ufficializzazione del percorso

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,09 12M. 2018: 0,12

berardi.alberto (19/07/2019 15:23:09)

CONTRODEDUZIONI:

consumo legato alla complessità del paziente, non sempre valorizzata in base ai DRG

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 32,00 12M. 2018: 14,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 167.210,35 12M. 2018: 160.102,45

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:26)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 54.920,30 12M. 2018: 60.938,85

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:41)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:27)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:54)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:44)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 677.017,15 12M. 2018: 939.959,63

berardi.alberto (19/07/2019 15:18:03)

PROPOSTE:

CONTRODEDUZIONI:

costi legati a:

- variazioni della somministrazione di farmaci ad alto costo per la prevenzione delle infezioni da VRS (in accordo con le nuove indicazioni regionali)

- utilizzo di altri farmaci ad alto costo per pazienti complicati (ossido nitrico, surfattante),

- utilizzo di NPT preparata dalla farmacia

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 210.510,74 12M. 2018: 323.306,04

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 10.162,35 12M. 2018: 4.977,75

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 74.129,78 12M. 2018: 71.222,77

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 374.025,84 12M. 2018: 533.858,70

Pediatria

Scheda validata da **iughettilorenzo** il *15/07/2019* alle *11:46:08*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 956.384,50 12M. 2018: 887.131,65

iughettilorenzo (12/07/2019 09:07:19)

PROPOSTE:

CONTRODEDUZIONI:

In considerazione della variabilità epidemiologica che incide in misura importante su gran parte dei ricoveri pediatrici si chiede di fissare come obiettivo quello della media degli ultimi 5 anni tenendo in debito conto anche la dotazione di risorse umane del reparto.

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 888.726,55 12M. 2018: 822.846,15

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 3.522.479,05 12M. 2018: 3.864.458,81

iughettilorenzo (12/07/2019 09:08:10)

PROPOSTE:

CONTRODEDUZIONI:

In considerazione della variabilità epidemiologica che incide in misura importante su gran parte dei ricoveri pediatrici si chiede di fissare come obiettivo quello della media degli ultimi 5 anni tenendo in debito conto anche la dotazione di risorse umane del reparto.

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.164.053,95 12M. 2018: 3.584.259,36

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 162.214,05 12M. 2018: 150.456,47

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 101.796,59 12M. 2018: 112.263,33

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:27)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Paziente traumatizzato grave PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:26)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:13)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

Rete delle Cure Palliative Pediatriche

Target: Definizione percorso interaziendale

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media pesata su priorità)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (02/07/2019 15:36:04)

PROPOSTE:

In applicazione a quanto previsto dalla DGR 1898/2012 e dalla DGR 857/2019 sulla Rete delle Cure Palliative Pediatriche della Regione Emilia-Romagna, si intende definire il percorso interaziendale della provincia di Modena, secondo una rete assistenziale articolata su tre nodi:
- nodo Ospedale
- nodo Territorio
- nodo Hospice Pediatrico (a valenza regionale, di futura realizzazione a Bologna)

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-15
[Torcasio/Spanò]: Ridefinizione Gruppo di Lavoro Provinciale

2019-01-15 / 2019-03-10
[Guerra/Riva/Iughetti]: Completamento analisi casistica provincia Modena

2019-03-01 / 2019-05-30
[Gruppo di Lavoro]: Definizione del percorso

2019-05-10 / 2019-06-20
[Resp. percorso]: Definizione di indicatori di processo

2019-06-01 / 2019-06-30
[DS Prov.]: Ufficializzazione del percorso

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,09 12M. 2018: 0,06

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 248,00 12M. 2018: 131,00

iughettilorenzo (08/07/2019 11:48:06)

CONTRODEDUZIONI:

Si segnala che alcuni del pochi casi definiti inappropriati derivano dalla necessità di ricoveri sociali o dalla assenza di luoghi di cura alternativi e idonei

DRG 429 INAPP

--

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 84,00 12M. 2018: 40,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 564.020,65 12M. 2018: 653.626,85

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:26)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 144.292,30 12M. 2018: 149.598,60

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:41)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:28)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:54)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:44)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Farmaci a Rimborso FED

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

iughettilorenzo (15/04/2019 12:59:15)

PROPOSTE:

incremento di 150.000€ per trattamento paziente con mucopolisaccaridosi di tipo IV. Il farmaco è VIMIZIN Fiale

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 386.846,06 12M. 2018: 289.315,30

iughettilorenzo (15/04/2019 12:56:12)

PROPOSTE:

In considerazione dell'imponente riduzione avvenuta lo scorso anno l'obiettivo appare irrealistico. Si chiede di fissare come obiettivo quello della media degli ultimi 5 anni..

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 87.159,59 12M. 2018: 60.496,87

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 69.134,84 12M. 2018: 71.148,35

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 19.417,91 12M. 2018: 21.251,69

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 131.073,18 12M. 2018: 130.368,74

Genetica Medica

Scheda validata da **calabrese.olga** il *06/11/2019* alle *17:31:42*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 593.718,61 12M. 2018: 321.479,46

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 266.513,05 12M. 2018: 278.486,90

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:27)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:25)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=*1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:12)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in

modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,05 12M. 2018: 0,07

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:26)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:40)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:44)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 28.342,96 12M. 2018: 22.840,30

franchini.filippo (04/06/2019 15:51:19)

PROPOSTE:

L'impegno economico richiesto potrebbe essere quantificato in:
-**50.000 €** circa per **Test Genetici Pannello Epilessia** (vedi sotto, 417 €/pz. per 64 campioni con fabbisogno previsto di 80 pz/anno);

per 64 campioni:

pannello epilepsy (x2) 9240+ ion ampliseq kit (x2) 8370+ ion kit chef (x1)3270 + ion chip kit (x2) 5866= 26746 :64= 417 euro a pt
-**1.000 €** circa per **QF-PCR** (test prenatale), circa 10/20 pz. all'anno;
-da monitorare l'impatto dei **test genetici** legati al **PDTA** provinciale **autismo**.

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 58,94 12M. 2018: 77,70

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 26.850,40 12M. 2018: 21.153,03

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 357,88 12M. 2018: 303,70

Pediatria ad Indirizzo Oncoematologico

Scheda validata da **iughettilorenzo** il *15/07/2019* alle *17:58:02*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 35.819,30 12M. 2018: 37.526,40

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 25.367,40 12M. 2018: 27.810,80

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.676.544,82 12M. 2018: 1.517.887,96

cellini.monica (15/07/2019 13:10:26)

CONTRODEDUZIONI:

In considerazione della variabilità epidemiologica che incide in misura importante su gran parte dei ricoveri pediatrici si chiede di fissare come obiettivo quello della media degli ultimi 5 anni tenendo in debito conto anche la dotazione di risorse umane del reparto.

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.091.220,50 12M. 2018: 1.222.528,10

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 470.429,86 12M. 2018: 90.312,77

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 66.127,07 12M. 2018: 93.255,85

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:27)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:26)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=*1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:13)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,24 12M. 2018: 0,23

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 67,00 12M. 2018: 29,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 115.105,55 12M. 2018: 112.554,40

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:26)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 49.974,10 12M. 2018: 41.742,05

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:41)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:28)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:54)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DH: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:07:27)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DH.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 406.112,30 12M. 2018: 358.485,08

bacchellim (09/04/2019 09:31:01)

PROPOSTE:

incremento di 150.000€ per trattamento paziente con mucopolisaccaridosi di tipo IV. Il farmaco è VIMIZIN Fiale

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 342.856,70 12M. 2018: 295.694,28

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 14.874,66 12M. 2018: 25.372,79

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 3.703,78 12M. 2018: 3.271,89

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 42.970,58 12M. 2018: 33.553,91

Ostetricia

Scheda validata da **baldassarifrancesco** il *16/10/2019* alle *11:50:34*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 701.090,25 12M. 2018: 741.598,00

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 622.093,10 12M. 2018: 657.187,20

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 6.086.416,51 12M. 2018: 6.156.333,43

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.328.502,39 12M. 2018: 5.581.380,33

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 418.629,17 12M. 2018: 328.476,21

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 235.453,49 12M. 2018: 204.999,80

REGIONALE

% PARTI CESAREI NELLA CLASSE 1 DI ROBSON (HUB)

Target: < 7%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (02/07/2019 15:27:44)

PROPOSTE:

% parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub) (media 2018)

% TAGLI CESAREI PRIMARI

Target: < 25%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (02/07/2019 15:28:25)

PROPOSTE:

% di tagli cesarei primari (HUB) da flusso SDO

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:27)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

.....

Paziente traumatizzato grave PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:26)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=*1*

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:13)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,06 12M. 2018: 0,07

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 263,00 12M. 2018: 116,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 118.036,65 12M. 2018: 146.189,75

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:26)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 39.250,20 12M. 2018: 45.635,65

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:41)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: 19/Settimanali Ecografia Ostetrica e Ginecologica

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 455.95; Intermedio se > 434.07; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (04/10/2019 10:38:34)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:27)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:54)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta

dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:44)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 401.930,11 12M. 2018: 484.445,20

dimasol (26/03/2019 12:53:39)

PROPOSTE:

incremento di spesa dovuta all'inizio dell'attività di fecondazione eterologa +60.000€ per acquisto di set ovociti

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*

Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 140.751,43 12M. 2018: 173.959,60

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 13.953,93 12M. 2018: 32.643,18

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 24.119,95 12M. 2018: 29.843,55

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 223.080,05 12M. 2018: 247.476,36

Ginecologia

Scheda validata da **baldassarifrancesco** il *27/10/2019* alle *23:31:53*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 73.491,05 12M. 2018: 91.921,70

dimonte.ilaria (19/09/2019 20:36:58)

PROPOSTE:

avere più spazi ambulatoriali eventualmente dotati di apparecchi ecografici per aumentare il numero di visite (ad esempio i preoperatori)

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 64.970,55 12M. 2018: 77.929,70

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.012.667,92 12M. 2018: 3.097.762,29

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.672.359,84 12M. 2018: 2.650.615,37

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 169.423,48 12M. 2018: 215.422,61

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 121.497,43 12M. 2018: 191.168,55

REGIONALE

% DI IVG CHIRURGICHE CON UN'ATTESA SUPERIORE ALLE 2 SETTIMANE

Target: <= 25%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (02/07/2019 15:23:50)

PROPOSTE:

% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane rispetto al rilascio del certificato

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --le procedure obsolete sono state eliminate ed inserite nuove procedure per la grav extrauterina e la PID .

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

dimonte.ilaria (25/09/2019 10:49:21)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--le procedure obsolete sono state eliminate ed inserite nuove procedure per la grav extrauterina e la PID .

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--le procedure obsolete sono state eliminate ed inserite nuove procedure per la grav extrauterina e la PID .

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--le procedure obsolete sono state eliminate ed inserite nuove procedure per la grav extrauterina e la PID .

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--le procedure obsolete sono state eliminate ed inserite nuove procedure per la grav extrauterina e la PID .

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--le procedure obsolete sono state eliminate ed inserite nuove procedure per la grav extrauterina e la PID .

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

longhitano.elda (25/09/2019 17:25:34)

PROPOSTE:
pdta su k endometrio e cervice è stato approvato

Patologia endometriosica PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31

[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Cervice / utero PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:26)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target:
eseguito SEA su lesione da posizionamento su letto operatorio in posizione ginecologica in data 20 marzo 2019

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

dimonte.ilaria (11/09/2019 23:18:10)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,03 12M. 2018: 0,02

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 267,00 12M. 2018: 104,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 186.006,40 12M. 2018: 208.588,95

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:26)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 20.812,85 12M. 2018: 35.144,95

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:41)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per

Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: 21/Settimanali - Visita Ginecologica

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 504.05; Intermedio se > 479.85; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (04/10/2019 10:24:41)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:27)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:54)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DH: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:07:27)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DH.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 94.231,47 12M. 2018: 63.328,76

dimasol (09/04/2019 09:10:43)

PROPOSTE:

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 29.778,63 12M. 2018: 33.074,65

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.088,41 12M. 2018: 2.301,43

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.743,29 12M. 2018: 2.909,79

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 59.739,79 12M. 2018: 25.012,70

Chirurgia Pediatrica

Scheda validata da **ceccarellipierluca** il *26/07/2019* alle *13:35:33*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 59.440,70 12M. 2018: 64.081,85

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 54.976,90 12M. 2018: 58.691,80

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.392.968,87 12M. 2018: 1.300.868,91

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.194.108,92 12M. 2018: 1.073.184,17

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 132.160,17 12M. 2018: 153.226,59

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 30.524,75 12M. 2018: 45.873,04

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:27)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: ***Positivo se inferiore a***
Range: ***Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 7,59 12M. 2018: 1,69

franchini.filippo (28/05/2019 12:03:00)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:25)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:12)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,07 12M. 2018: 0,10

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 55,70 12M. 2018: 71,25

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 85,00 12M. 2018: 40,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 27.286,05 12M. 2018: 24.671,30

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:25)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 23.792,80 12M. 2018: 34.286,75

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:40)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Durata Media Degenza (DMD) preoperatoria

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 5.00; Intermedio se < 15.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,12 12M. 2018: 0,00

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:27)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:53)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DH: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:07:27)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DH.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (11/07/2019 14:21:01)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 102.634,78 12M. 2018: 130.162,35

bacchellim (22/03/2019 16:06:45)

PROPOSTE:

Si integra il budget 2019 di +30.000€ per incremento di attività chirurgica dovuta al bacino d'utenza di pazienti della Provincia di Reggio Emilia

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 20.147,81 12M. 2018: 14.707,82

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 143,76 12M. 2018: 780,44

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.892,98 12M. 2018: 941,25

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 80.257,27 12M. 2018: 112.955,10

DIPARTIMENTO ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA

Terapie Palliative e Hospice

Scheda validata da **dini.daniele** il *30/09/2019* alle *14:20:16*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione ricoveri (DO Flusso Hospice) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

dini.daniele (15/07/2019 16:57:33)

CONTRODEDUZIONI:

OK. Si segnala che nei primi sette mesi 2019 vi sono stati due ricoveri di pazienti residenti al di fuori della provincia di Modena della durata, rispettivamente, di 12 e di 6 giorni.

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

dini.daniele (15/07/2019 17:02:39)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

OK, anche se la comunicazione di validazione della scheda di budget è avvenuta in data 4/7 e, quindi, in tempi successivi alla data del 30/6, termine previsto per effettuare l'aggiornamento e, soprattutto, l'eliminazione da "Bingo" delle procedure oramai obsolete per la U.O.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

dini.daniele (15/07/2019 17:03:15)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

CONTRODEDUZIONI:

OK.

SEA su eventi significativi

Target: >=*1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

dini.daniele (15/07/2019 17:03:00)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

OK.

EFFICIENZA

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 321,80 12M. 2018: 637,30

dini.daniele (30/09/2019 14:17:15)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

Nei primi sette mesi 2019 la valorizzazione delle Prestazioni Radiologiche è stata di 203.40 euro, pari a 8 prestazioni, a fronte di 54.20 euro, pari a 3 prestazioni, dei primi cinque mesi 2018. Il numero totale delle prestazioni nell'intero 2018 è stato, poi, 12.

FLUSSI INFORMATIVI

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

dini.daniele (15/07/2019 17:06:22)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

CONTRODEDUZIONI:

OK.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

dini.daniele (15/07/2019 17:06:05)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:

OK.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 31.792,72 12M. 2018: 32.730,03

dini.daniele (26/09/2019 17:04:08)

CONTRODEDUZIONI:

Vedi Verbale RDD del 6/2019. La nuova logistica della U.O. , fino a quando verrà mantenuta (è previsto a breve il ritorno alla precedente collocazione), comporterà senz'altro un incremento totale dei costi dei beni sanitari.

Dal 23/7 l'U.O. è ritornata nella precedente sede al III° piano del Centro Oncologico. La valutazione dei costi di protesi e dispositivi medici al termine dei primi otto mesi ha fatto registrare una flessione, sia pur lieve, rispetto ai primi sette mesi.

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 25.756,79 12M. 2018: 27.768,35

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 575,43 12M. 2018: 284,28

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.347,90 12M. 2018: 4.584,73

FORMAZIONE

Adesione ai programmi di formazione per progetto end-stage

Target: SI

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 80.00; Intermedio se > 76.16; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

dini.daniele (15/07/2019 17:06:43)

PROPOSTE:

Partecipazione ai momenti formativi previsti nell'ambito della procedura aziendale PO157 "Gestione del paziente con patologia cronico-degenerativa End stage"

CONTRODEDUZIONI:

OK.

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Mantenimento delle competence necessarie previste dal ruolo nel team end-stage

Target: SI

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 80.00; Intermedio se > 76.16; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

dini.daniele (15/07/2019 17:07:26)

PROPOSTE:

Partecipazione ai momenti formativi previsti nell'ambito della procedura aziendale PO157 "Gestione del paziente con patologia cronico-degenerativa End stage"

CONTRODEDUZIONI:

OK. Il Direttore della U.O. è coordinatore medico del team policlinico.

Immunotrasfusionale

Scheda validata da **ceccherelligbattista** il *08/10/2019* alle *18:09:18*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:28)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Definizione documento di procedura e avvio programma PBM

Target: SI

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 80.00; Intermedio se > 76.16; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/07/2019 18:31:05)

PROPOSTE:

Avvio del programma di Patient Blood Management nell'ambito della chirurgia elettiva ortopedica maggiore, e contestuale definizione di un documento di procedura/PDTA provinciale condiviso

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:26)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:13)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

FLUSSI INFORMATIVI

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ceccherelligbattista (04/07/2019 14:04:23)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

CONTRODEDUZIONI:

Sorge la complicazione che le gravide che si presentano al Sevizio per il colloquio MEN non sono regolarmente censite nella popolazione ed è impossibile emettere impegnative dematerializzate

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 8.140.556,55 12M. 2018: 8.113.999,44

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 30.482,30 12M. 2018: 31.259,44

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.815.843,62 12M. 2018: 3.903.886,79

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.482.644,90 12M. 2018: 2.470.323,85

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Terapie Mirate in Oncoematologia e Osteoncologia

Scheda validata da **sacchi.stefano** il *29/10/2019* alle *12:32:08*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 143.339,55 12M. 2018: 135.160,20

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 112.517,70 12M. 2018: 110.515,05

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:28)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:27)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:14)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 94.861,65 12M. 2018: 90.175,40

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:27)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:41)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 403.705,96 12M. 2018: 542.268,91

Farmaci FAR

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 403.705,96 12M. 2018: 542.268,91

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: 21.600.000 (totale provincia)

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (29/05/2019 11:36:45)

PROPOSTE:

la previsione di spesa per i farmaci oncologici orali e sottocute (compresi gli innovativi) è di 21.600.000 € complessivamente per tutti i Centri della Provincia

Farmaci Innovativi INNOVATIVI

Target: = 288.000 €

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Dh Oncologico

Scheda validata da **luppigabriele** il *25/09/2019* alle *11:14:05*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 4.011.275,10 12M. 2018: 4.123.314,70

santangelo.maddalena (11/06/2019 12:27:27)

PROPOSTE:

Pur considerando nell'analisi di confronto i dati storici della Genetica Oncologica pre 2019, occorre effettuare una corretta valutazione dei nuovi DSA Oncologia aperti per l'attività assistenziale delle dr.sse afferenti alla SC della dr.ssa Cortesi (ovvero i vecchi DSA Day Hospital delle dr.sse Toss, Barbieri e Cortesi).

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 3.109.750,70 12M. 2018: 3.360.089,60

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:27)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

.....

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:26)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=*1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:13)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2,85 12M. 2018: 3,41

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.314.887,17 12M. 2018: 1.495.482,95

santangelo.maddalena (11/06/2019 13:26:23)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.380.092,00 12M. 2018: 1.329.427,05

santangelo.maddalena (11/06/2019 13:26:30)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

DBO: avvio sperimentazione utilizzo lettera per terapie orali

Target: % invio terapie orali >2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > 0.00; Intermedio se > -5.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (20/05/2019 15:24:02)

PROPOSTE:

Avvio della lettera specifica per le terapie orali per consentire l'invio al Data Base Oncologico

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:54)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:44)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: 11.433.560,53 12M. 2018: 14.079.188,84

santangelo.maddalena (29/05/2019 11:19:20)

PROPOSTE:

Farmaci:

aumenti per pembrolizumab (+1.200.000€), atezolizumab (+300.000), avelumab (+145.000) , durvalumab (450.000), altro (100.000)

riduzioni per trastuzumab (-1.200.000), nivolumab (-200.000), pemetrexed (-80.000)

invariati altri capitoli di spesa

Farmaci FAR

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 11.055.373,54 12M. 2018: 13.626.036,37

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***

Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.108,98 12M. 2018: 4.545,94

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 19.768,36 12M. 2018: 20.056,42

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 356.913,06 12M. 2018: 427.183,30

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: 21.600.000 (totale provincia)

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (20/05/2019 13:18:31)

PROPOSTE:

la previsione di spesa per i farmaci oncologici orali e sottocute (compresi gli innovativi) è di 21.600.000 € complessivamente per tutti i Centri della Provincia

Farmaci Innovativi INNOVATIVI

Target: = 7.400.000 €

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Incentivazione utilizzo biosimilari

Target: % pazienti in trattamento con biosimilare > 2018 (valore auspicabile: => 80%)

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > 0.00; Intermedio se > -5.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (20/05/2019 15:22:01)

PROPOSTE:

Aumento dei pazienti trattati con biosimilare (in particolare focus su trastuzumab) come da previsioni regionali di finanziamento farmaci oncologici

Assesment psicologico breve, diffusione dell'utilizzo della scheda dedicata

Target: N schede compilate >2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > 0.00; Intermedio se > -5.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (20/05/2019 15:25:05)

PROPOSTE:

Avvio dell'utilizzo della scheda specifica approntata in collaborazione con il Servizio di Psicologia Clinica per la valutazione dello status psicologico dei pazienti in carico

Medicina Oncologica

Scheda validata da **longo.giuseppe** il *24/10/2019* alle *10:26:53*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 97.587,75 12M. 2018: 96.216,75

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 80.418,25 12M. 2018: 77.868,00

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.654.917,05 12M. 2018: 5.070.740,75

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.146.093,35 12M. 2018: 4.640.980,45

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 110.657,32 12M. 2018: 126.831,82

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 386.216,50 12M. 2018: 287.713,37

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:28)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:26)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:13)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,14 12M. 2018: 0,15

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 55,00 12M. 2018: 24,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 792.216,15 12M. 2018: 859.327,60

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:26)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 171.539,70 12M. 2018: 163.608,40

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:41)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

DBO: avvio sperimentazione utilizzo lettera per terapie orali

Target: % invio terapie orali >2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > 0.00; Intermedio se > -5.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (20/05/2019 15:18:28)

PROPOSTE:

Avvio della lettera specifica per le terapie orali per consentire l'invio al Data Base Oncologico

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:28)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:54)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:45)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: 822.463,41 12M. 2018: 761.395,90

Farmaci FAR

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 596.081,23 12M. 2018: 529.030,33

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci,

mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 84.591,28 12M. 2018: 63.909,14

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 18.706,03 12M. 2018: 20.063,61

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 122.894,46 12M. 2018: 148.182,51

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: 21.600.000 (totale provincia)

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (29/05/2019 11:30:00)

PROPOSTE:
la previsione di spesa per i farmaci oncologici orali e sottocute (compresi gli innovativi) è di 21.600.000 € complessivamente per tutti i Centri della Provincia

Farmaci Innovativi INNOVATIVI

Target: = 110.000 €

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Aumento adesione igiene mani per contenimento colonizzazioni/infezioni

Target: % adesione rilevata >2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > 0.00; Intermedio se > -5.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

.....

magliocco.angelo (20/05/2019 15:17:14)

PROPOSTE:

Miglioramento dell'attenzione verso la pratica dell' igiene mani come strumento per contrastare e contenere la diffusione di microrganismi resistenti

Ematologia - CC

Scheda validata da **luppi.mario** il *25/09/2019* alle *16:59:10*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.171.909,76 12M. 2018: 2.473.008,82

luppi.mario (25/09/2019 12:50:51)

CONTRODEDUZIONI:

La riduzione della valorizzazione della attività ambulatoriale non dipende dal volume di attività globale di visite che rimane stabile ma può dipendere dal ridotto numero di cicli di terapia eseguiti (come mostrato nella tabella di seguito in cui sono riportate le prescrizioni erogate di farmaci infusionali, ricavati dai dati da COMNET). Ad esempio nei pazienti con mieloma multiplo tale calo risulta assai evidente e dipende dai differenti schemi terapeutici utilizzati, secondo appropriatezza e le nuove indicazioni internazionali, come il calo di Carfilzomib (da 671 a 199 cicli) e l' aumento di Daratumumab (da 58 a 201 cicli). Si noti come lo schema di terapia con Carfilzomib preveda la somministrazione del farmaco 6 volte al mese per 18 mesi, mentre quella di Daratumumab prevede la somministrazione del farmaco 4 volte al mese per 2 mesi, poi 2 volte al mese per 4 mesi, e poi 1 volta al mese, con la conseguente riduzione totale del numero di cicli di terapia al mese per lo stesso numero di pazianti con mieloma multiplo. Inoltre si è avuto un calo del numero di cicli con Azacitidina per pazienti con sindrome mielodisplastica e leucemia mieloide acuta dell' anziano. In considerazione di tali considerazioni l' obiettivo di mantenimento potrà non essere raggiunto.

Di seguito nota esplicativa di quanto sopraddetto, relativamente a Carfilzomib e Daratumumab.

Terapie infuse nel periodo gennaio/agosto 2019 (numero di dosi)

Farmaco	DH croniche 2018/2019	DH acute	DH UTM	Totale 2018/2019
RTX	417/422	147/95	25/11	588/528
Obinutuzuma	26/12	3/4	0/0	29/16
Bortezomib	254/329	40/9	31/50	325/388
Carfilzomib	555/179	116/20	0/0	671/199
Daratumumab	38/137	9/13	11/51	58/201
Elotuzumab	105/53	0/0	0/0	105/53
Azacitidina	299/277	110/215	419/171	828/663
Decitabina	0/31	90/65	0/0	90/96
Brentuximab	9/19	0/0	0/0	9/19
Arsenico	0/0	128/81	0/0	128/81
Pembrolizumab	4/13	0/0	0/0	4/13
Nivolumab	0/0	0/0	12/14	12/14
Complessivo	1707/1472	643/502	498/297	2847/2271

VISITE

		Emato DH	Emato acute	UTM	totale
2	Prima Visita Oncologica	23	13	6	42
3	Visita di Controllo Oncologica	324	169	68	561
4	Prima Visita Ematologica	182	145	9	336
5	Visita di Controllo Ematologica	5615	2998	2109	10722
6	Visita in DH	0	55	38	93
8	Colloquio psicologico	55	41	43	139
9	Indagine alimentare & Elaborazione programma nutrizionale	21	13	13	47
10	Elaborazione programma nutrizionale	1	0	0	1
	Totale visite	6221	3434	2286	11941

TERAPIE

tertte	Totale	3742	1898	1288	6928

PRELIEVI

Totale		4077	2710	2104	8891
53	BOM-Mieloaspirato	127	174	255	556
65	Rachicentesi	20	18	22	60

In sintesi in periodo gennaio-agosto 2019 totale visite COM sono 11941, mentre nello stesso periodo 2018, erano 11964.

Inoltre il totale delle terapie totali offerte nel periodo gennaio-agosto 2019 COM 6298 mentre nello stesso periodo 2018 erano 6965. Tali dati in generale confermano mantenimento globale entità di attività ambulatoriale.

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.744.462,25 12M. 2018: 2.018.870,10

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 6.337.979,62 12M. 2018: 5.979.838,99

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.209.290,12 12M. 2018: 5.276.976,82

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 676.908,52 12M. 2018: 128.650,95

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 434.611,53 12M. 2018: 574.211,22

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

luppi.mario (25/09/2019 16:56:36)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;

3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

Il RAQ dott.ssa Leonardi ha inviato le autovalutazioni RS ed RG, clinical competence. Ho già provveduto a fornire ad Ufficio qualità Dr Miglioli elenco procedure da eliminare e le nuove procedure da inserire. Eseguita RDD..

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

.....

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:26)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:13)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,83 12M. 2018: 0,90

luppi.mario (25/09/2019 13:01:39)

CONTRODEDUZIONI:

Terapie infuse nel periodo gennaio/agosto 2019 (numero di dosi)

Farmaco	DH croniche 2018/2019	DH acute	DH UTM	Totale 2018/2019
RTX	417/422	147/95	25/11	588/528
Obinutuzuma	26/12	3/4	0/0	29/16
Bortezomib	254/329	40/9	31/50	325/388
Carfilzomib	555/179	116/20	0/0	671/199
Daratumumab	38/137	9/13	11/51	58/201
Elotuzumab	105/53	0/0	0/0	105/53
Azacitidina	299/277	110/215	419/171	828/663
Decitabina	0/31	90/65	0/0	90/96
Brentuximab	9/19	0/0	0/0	9/19
Arsenico	0/0	128/81	0/0	128/81
Pembrolizumab	4/13	0/0	0/0	4/13
Nivolumab	0/0	0/0	12/14	12/14
Complessivo	1707/1472	643/502	498/297	2847/2271

	2018 dosi	2019 dosi
Blinatumumab	0	120
Inotuzumab	6	4
Ibrutinib pz	19 (4 pz sospendono nel corso del 2018)	20 di cui 5 pz iniziano 2019

Pomalidomide	4 pz	7 pz

L' incremento della spesa è dovuto in particolare all' uso di Blinatumumab: 120 dosi nel 2019 mentre nel 2018 non era stata erogata nessuna terapia, a seguito della nuova indicazione nella terapia delle leucemie linfoblastiche acute ricadute/refrattarie, a ponte verso il trapianto allogenico. Tale farmaco ha raccomandazione positiva debole secondo GREFO.

Si chiede se la previsione di spesa proposta nel Budget 2020 abbia tenuto conto della previsione del numero di pazienti in terapia, inviata nel febbraio 2019, ed allegata. In caso affermativo, chiedo se ad es. il consumo di farmaco previsto per un numero di 8 pazienti trattati con blinatumumab e credo incluso nel "tetto" proposto, corrisponda ad un numero di 32 cicli (4 cicli possibili per ciascun paziente). Il numero di 32 cicli proposto, massimale, può risultare una sovrastima rispetto ad un reale utilizzo medio inferiore (ad es. 2-3 cicli paziente) ma è stato proposto, in modo conservativo, data la difficoltà di prevedere il numero di ricadute di pazienti con una malattia cosi' rara come la leucemia linfoblastica acuta, potenzialmente curabili con Blinatumumab o Inotuzumab, e quindi potenzialmente superiori ad 8.

Il raggiungimento dell' obiettivo di incrementare l' utilizzo di biosimilare Anti-CD-20 è legato purtroppo alla disponibilità di poltrone per infusione: in mancanza di un incremento delle stesse, tale obiettivo difficilmente potrà essere raggiunto.

Sulla base dei dati forni dalla farmacia ausl nei primi 8 mesi 2019 il numero pazienti trattati con ibrutinib è sostanzialmente sovrapponibile a quello del 2018.
Provando a calcolare il numero di confezioni erogate, nel periodo gennaio-agosto 2019 dovrebbero essere circa 150. Nello stesso periodo relativo al 2018 le confezioni sono circa 152
Non rileviamo pertanto dati a supporto di un incremento di spesa per Ibrutinib
Per quanto riguarda Idelalisib nel 2019 sono stati iniziati 3 pz di cui 1 LLC, 2 follicolare
per Pomalidomide nel 2018 il consumo è stato minimo in quanto ogni paziente ha effettuato massimo 2 cicli di terapia, mentre nel 2019 i pazienti hanno già effettuato diversi cicli ciascuno.

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 23,00 12M. 2018: 4,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.720.813,15 12M. 2018: 1.961.582,70

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:26)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 329.574,80 12M. 2018: 333.567,40

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:41)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:28)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:54)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato**

da inizio anno.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: *0*

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

luppi.mario (11/07/2019 14:57:11)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

CONTRODEDUZIONI:

Si segnala che le richieste di esami di virologia (viremie) su sangue periferico/midollare non sono in PSM. Tale volume di richieste esami è assai elevato per quanto riguarda la attività ambulatoriale UTM e la gestione di tale mole di richieste in cartaceo non risulta gestibile nella quotidianità dell' attività ambulatoriale, per cui al fine di raggiungere tale obiettivo si richiede adeguamento informatico.

Si segnala altresi' che in data 8 luglio c.a.il RAQ Ematologia ha contattato il CED per verificare se sia stata recepita la comunicazione già fatta tempo addietro dal Direttore di Scuola di Ematologia, relativa alla assegnazione di ogni medico in formazione ad uno specifico tutor.

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: *>= 80%*

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:44)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: *> 50%*

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: 7.061.156,13 12M. 2018: 7.600.404,75

luppi.mario (25/09/2019 12:59:52)

CONTRODEDUZIONI:

Terapie infuse nel periodo gennaio/agosto 2019 (numero di dosi)

Farmaco	DH croniche 2018/2019	DH acute	DH UTM	Totale 2018/2019
RTX	417/422	147/95	25/11	588/528
Obinutuzuma	26/12	3/4	0/0	29/16
Bortezomib	254/329	40/9	31/50	325/388
Carfilzomib	555/179	116/20	0/0	671/199
Daratumumab	38/137	9/13	11/51	58/201
Elotuzumab	105/53	0/0	0/0	105/53
Azacitidina	299/277	110/215	419/171	828/663
Decitabina	0/31	90/65	0/0	90/96
Brentuximab	9/19	0/0	0/0	9/19
Arsenico	0/0	128/81	0/0	128/81
Pembrolizumab	4/13	0/0	0/0	4/13
Nivolumab	0/0	0/0	12/14	12/14
Complessivo	1707/1472	643/502	498/297	2847/2271

	2018 dosi	2019 dosi
Blinatumumab	0	120
Inotuzumab	6	4
Ibrutinib pz	19 (4 pz sospendono nel corso del 2018)	20 di cui 5 pz iniziano 2019
Pomalidomide	4 pz	7 pz

L' incremento della spesa è dovuto in particolare all' uso di Blinatumumab: 120 dosi nel 2019 mentre nel 2018 non era stata erogata nessuna terapia, a seguito della nuova indicazione nella terapia delle leucemie linfoblastiche acute ricadute/refrattarie, a ponte verso il trapianto allogenico. Tale farmaco ha raccomandazione positiva debole secondo GREFO.

Si chiede se la previsione di spesa proposta nel Budget 2020 abbia tenuto conto della previsione del numero di pazienti in terapia, inviata nel febbraio 2019, ed allegata. In caso affermativo, chiedo se ad es. il consumo di farmaco previsto per un numero di 8 pazienti trattati con blinatumumab e credo incluso nel "tetto" proposto, corrisponda ad un numero di 32 cicli (4 cicli possibili per ciascun paziente). Il numero di 32 cicli proposto, massimale, può risultare una sovrastima rispetto ad un reale utilizzo medio inferiore (ad es. 2-3 cicli paziente) ma è stato proposto, in modo conservativo, data la difficoltà di prevedere il numero di ricadute di pazienti con una malattia cosi' rara come la leucemia linfoblastica acuta, potenzialmente curabili con Blinatumumab o Inotuzumab, e quindi potenzialmente superiori ad 8.

Il raggiungimento dell' obiettivo di incrementare l' utilizzo di biosimilare Anti-CD-20 è legato purtroppo alla disponibilità di poltrone per infusione: in mancanza di un incremento delle stesse, tale obiettivo difficilmente potrà essere raggiunto.

Sulla base dei dati forni dalla farmacia ausl nei primi 8 mesi 2019 il numero pazienti trattati con ibrutinib è sostanzialmente sovrapponibile a quello del 2018.

Provando a calcolare il numero di confezioni erogate, nel periodo gennaio-agosto 2019 dovrebbero essere circa 150. Nello stesso periodo relativo al 2018 le confezioni sono circa 152

Non rileviamo pertanto dati a supporto di un incremento di spesa per Ibrutinib

Per quanto riguarda Idelalisib nel 2019 sono stati iniziati 3 pz di cui 1 LLC, 2 follicolare

per Pomalidomide nel 2018 il consumo è stato minimo in quanto ogni paziente ha effettuato massimo 2 cicli di terapia, mentre nel 2019 i pazienti hanno già effettuato diversi cicli ciascuno.

Farmaci FAR

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 27.00; Intermedio se < 30.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.204.750,25 12M. 2018: 5.995.556,81

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.428.426,27 12M. 2018: 1.182.330,93

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 206.833,26 12M. 2018: 195.897,05

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

Rispetto previsioni di aumento in particolare per capitolo farmaci, mantenimento altri capitoli di spesa

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 216.287,09 12M. 2018: 225.363,51

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: 21.600.000 (totale provincia)

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

.....

Iuppi.mario (25/09/2019 12:59:11)

PROPOSTE:

la previsione di spesa per i farmaci oncologici orali e sottocute (compresi gli innovativi) è di 21.600.000 € complessivamente per tutti i Centri della Provincia

CONTRODEDUZIONI:

Terapie infuse nel periodo gennaio/agosto 2019 (numero di dosi)

Farmaco 2018/2019	DH croniche	DH acute	DH UTM	Totale 2018/2019
RTX	417/422	147/95	25/11	588/528
Obinutuzuma	26/12	3/4	0/0	29/16
Bortezomib	254/329	40/9	31/50	325/388
Carfilzomib	555/179	116/20	0/0	671/199
Daratumumab	38/137	9/13	11/51	58/201
Elotuzumab	105/53	0/0	0/0	105/53
Azacitidina	299/277	110/215	419/171	828/663
Decitabina	0/31	90/65	0/0	90/96
Brentuximab	9/19	0/0	0/0	9/19
Arsenico	0/0	128/81	0/0	128/81
Pembrolizumab	4/13	0/0	0/0	4/13
Nivolumab	0/0	0/0	12/14	12/14
Complessivo	1707/1472	643/502	498/297	2847/2271

	2018 dosi	2019 dosi
Blinatumumab	0	120
Inotuzumab	6	4
Ibrutinib pz	19 (4 pz sospendono nel corso del 2018)	20 di cui 5 pz iniziano 2019
Pomalidomide	4 pz	7 pz

L' incremento della spesa è dovuto in particolare all' uso di Blinatumumab: 120 dosi nel 2019 mentre nel 2018 non era stata erogata nessuna terapia, a seguito della nuova indicazione nella terapia delle leucemie linfoblastiche acute ricadute/refrattarie, a ponte verso il trapianto allogenico. Tale farmaco ha raccomandazione positiva debole secondo GREFO.

Si chiede se la previsione di spesa proposta nel Budget 2020 abbia tenuto conto della previsione del numero di pazienti in terapia, inviata nel febbraio 2019, ed allegata. In caso affermativo, chiedo se ad es. il consumo di farmaco previsto per un numero di 8 pazienti trattati con blinatumumab e credo incluso nel "tetto" proposto, corrisponda ad un numero di 32 cicli (4 cicli possibili per ciascun paziente). Il numero di 32 cicli proposto, massimale, può risultare una sovrastima rispetto ad un reale utilizzo medio inferiore (ad es. 2-3 cicli paziente) ma è stato proposto, in modo conservativo, data la difficoltà di prevedere il numero di ricadute di pazienti con una malattia cosi' rara come la leucemia linfoblastica acuta, potenzialmente curabili con Blinatumumab o Inotuzumab, e quindi potenzialmente superiori ad 8.

Il raggiungimento dell' obiettivo di incrementare l' utilizzo di biosimilare Anti-CD-20 è legato purtroppo alla disponibilità di poltrone per infusione: in mancanza di un incremento delle stesse, tale obiettivo difficilmente potrà essere raggiunto.

Sulla base dei dati forni dalla farmacia ausl nei primi 8 mesi 2019 il numero pazienti trattati con ibrutinib è sostanzialmente sovrapponibile a quello del 2018.

Provando a calcolare il numero di confezioni erogate, nel periodo gennaio-agosto 2019 dovrebbero essere circa 150. Nello stesso periodo relativo al 2018 le confezioni sono circa 152

Non rileviamo pertanto dati a supporto di un incremento di spesa per Ibrutinib

Per quanto riguarda Idelalisib nel 2019 sono stati iniziati 3 pz di cui 1 LLC, 2 follicolare

per Pomalidomide nel 2018 il consumo è stato minimo in quanto ogni paziente ha effettuato massimo 2 cicli di terapia, mentre nel 2019 i pazienti hanno già effettuato diversi cicli ciascuno.

Farmaci Innovativi INNOVATIVI

Target: = 1.850.000 €

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

luppi.mario (25/09/2019 12:58:09)

PROPOSTE:

CONTRODEDUZIONI:

Terapie infuse nel periodo gennaio/agosto 2019 (numero di dosi)

Farmaco	DH croniche 2018/2019	DH acute	DH UTM	Totale 2018/2019
RTX	417/422	147/95	25/11	588/528
Obinutuzuma	26/12	3/4	0/0	29/16
Bortezomib	254/329	40/9	31/50	325/388
Carfilzomib	555/179	116/20	0/0	671/199
Daratumumab	38/137	9/13	11/51	58/201
Elotuzumab	105/53	0/0	0/0	105/53
Azacitidina	299/277	110/215	419/171	828/663
Decitabina	0/31	90/65	0/0	90/96
Brentuximab	9/19	0/0	0/0	9/19
Arsenico	0/0	128/81	0/0	128/81
Pembrolizumab	4/13	0/0	0/0	4/13
Nivolumab	0/0	0/0	12/14	12/14
Complessivo	1707/1472	643/502	498/297	2847/2271

	2018 dosi	2019 dosi
Blinatumumab	0	120
Inotuzumab	6	4
Ibrutinib pz	19 (4 pz sospendono nel corso del 2018)	20 di cui 5 pz iniziano 2019
Pomalidomide	4 pz	7 pz

L' incremento della spesa è dovuto in particolare all' uso di Blinatumumab: 120 dosi nel 2019 mentre nel 2018 non era stata erogata nessuna terapia, a seguito della nuova indicazione nella terapia delle leucemie linfoblastiche acute ricadute/refrattarie, a ponte verso il trapianto allogenico. Tale farmaco ha raccomandazione positiva debole secondo GREFO.

Si chiede se la previsione di spesa proposta nel Budget 2020 abbia tenuto conto della previsione del numero di pazienti in terapia, inviata nel febbraio 2019, ed allegata. In caso affermativo, chiedo se ad es. il consumo di farmaco previsto per un numero di 8 pazienti trattati con blinatumumab e credo incluso nel "tetto" proposto, corrisponda ad un numero di 32 cicli (4 cicli possibili per ciascun paziente). Il numero di 32 cicli proposto, massimale, può risultare una sovrastima rispetto ad un reale utilizzo medio inferiore (ad es. 2-3 cicli paziente) ma è stato proposto, in modo conservativo, data la difficoltà di prevedere il numero di ricadute di pazienti con una malattia cosi' rara come la leucemia linfoblastica acuta, potenzialmente curabili con Blinatumumab o Inotuzumab, e quindi potenzialmente superiori ad 8.

Il raggiungimento dell' obiettivo di incrementare l' utilizzo di biosimilare Anti-CD-20 è legato purtroppo alla disponibilità di poltrone per infusione: in mancanza di un incremento delle stesse, tale obiettivo difficilmente potrà essere raggiunto.

Sulla base dei dati forni dalla farmacia ausl nei primi 8 mesi 2019 il numero pazienti trattati con ibrutinib è sostanzialmente sovrapponibile a quello del 2018.

Provando a calcolare il numero di confezioni erogate, nel periodo gennaio-agosto 2019 dovrebbero essere circa 150. Nello stesso periodo relativo al 2018 le confezioni sono circa 152

Non rileviamo pertanto dati a supporto di un incremento di spesa per Ibrutinib

Per quanto riguarda Idelalisib nel 2019 sono stati iniziati 3 pz di cui 1 LLC, 2 follicolare

per Pomalidomide nel 2018 il consumo è stato minimo in quanto ogni paziente ha effettuato massimo 2 cicli di terapia, mentre nel 2019 i pazienti hanno già effettuato diversi cicli ciascuno.

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Incentivazione utilizzo biosimilari

Target: % pazienti in trattamento con biosimilare > 2018 (valore auspicabile: => 80%)

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > 0.00; Intermedio se > -5.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

luppi.mario (08/07/2019 17:07:38)

PROPOSTE:

Aumento dei pazienti trattati con biosimilare (in particolare focus su rituximab) come da previsioni regionali di finanziamento farmaci oncologici

CONTRODEDUZIONI:

Il raggiungimento dell' obiettivo di incrementare l' utilizzo di biosimilare Anti-CD-20 è legato purtroppo alla disponibilità di poltrone per infusione: in mancanza di un incremento delle stesse, tale obiettivo non potrà essere raggiunto. A 4 mesi, il Rituximab s.c. costituisce ancora il 44,5% delle infusioni di anticorpo Anti-CD 20.

Oncologia

Scheda validata da **dominici.massimo** il *29/10/2019* alle *17:04:46*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 928.021,45 12M. 2018: 169.753,35

santangelo.maddalena (11/06/2019 12:27:04)

PROPOSTE:

Pur considerando nell'analisi di confronto i dati storici della Genetica Oncologica pre 2019, occorre effettuare una corretta valutazione dei nuovi DSA Oncologia aperti per l'attività assistenziale delle dr.sse afferenti alla SC della dr.ssa Cortesi (ovvero i vecchi DSA Day Hospital delle dr.sse Toss, Barbieri e Cortesi).

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 486.608,60 12M. 2018: 137.436,35

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.609.165,04 12M. 2018: 1.771.813,79

dominici.massimo (19/09/2019 11:51:02)

PROPOSTE:

la riduzione della valorizzazione dei ricoveri rispetto allo scorso anno è legata alla riduzione del numero di dimissioni (-40). Questo dato è in gran parte legato ad un maggiore impatto di due tipologie di pazienti con dimissione difficile: (1) soggetti affetti da neoplasie testa collo in trattamento RT e chemio con complicanze cliniche e con problematiche sociali che hanno impattato negativamente sulla dimissione e (2) pazienti fuori regione con casi sociali in BSC non trasferibili al domicilio ne all'hospice ospedaliero. L'occupazione posti letto da parte di questa tipologia di pazienti su una disponibilità di 10 posti letto ha ridotto la fruibilità di posti per pazienti con valorizzazione maggiore. una approfondita valutazione di questi casi è in corso al fine di creare/migliorare percorsi assistenziali (ORL/RT) e grazie ad una maggiore integrazione territoriale.

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.282.681,43 12M. 2018: 1.534.801,08

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 73.192,10 12M. 2018: 88.195,08

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 244.334,50 12M. 2018: 132.331,18

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:28)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:26)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:14)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,24 12M. 2018: 0,27

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 51,00 12M. 2018: 13,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: Monitoraggio

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 248.437,02 12M. 2018: 302.845,45

franchini.filippo (11/06/2019 11:48:33)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: Monitoraggio

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 78.612,40 12M. 2018: 193.177,50

franchini.filippo (11/06/2019 11:48:42)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

DBO: avvio sperimentazione utilizzo lettera per terapie orali

Target: % invio terapie orali >2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > 0.00; Intermedio se > -5.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (20/05/2019 15:24:02)

PROPOSTE:
Avvio della lettera specifica per le terapie orali per consentire l'invio al Data Base Oncologico

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:28)

PROPOSTE:
N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:54)

PROPOSTE:
Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:45)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: --

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: 621.186,19 12M. 2018: 522.085,93

Farmaci FAR

--

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 5.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***

Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 419.455,63 12M. 2018: 273.713,31

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 111.135,75 12M. 2018: 117.033,75

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 24.040,95 12M. 2018: 34.017,35

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 65.759,48 12M. 2018: 96.397,05

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: 21.600.000 (totale provincia)

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (29/05/2019 11:34:53)

PROPOSTE:

la previsione di spesa per i farmaci oncologici orali e sottocute (compresi gli innovativi) è di 21.600.000 € complessivamente per tutti i Centri della Provincia

Farmaci Innovativi INNOVATIVI

Target: = 65.000 € (revisione bdg a set 2019)(= 132.000 € --- valore iniziale negoziato)

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Incentivazione utilizzo biosimilari

Target: % pazienti in trattamento con biosimilare > 2018 (valore auspicabile: => 80%)

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > 0.00; Intermedio se > -5.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: **-** 12M. 2018: **-**

magliocco.angelo (20/05/2019 15:22:01)

PROPOSTE:

Aumento dei pazienti trattati con biosimilare (in particolare focus su trastuzumab) come da previsioni regionali di finanziamento farmaci oncologici

Radioterapia

Scheda validata da **lohr.frank** il *08/10/2019* alle *17:28:00*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 6.697.097,00 12M. 2018: 7.568.368,90

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.937.772,40 12M. 2018: 7.010.475,60

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:28)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Cervice / utero PDTA

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

Prostata PDTA

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:27)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

lohr.frank (04/07/2019 13:18:29)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

Sostituire FMEA/FMECA su un processo critico in assenza di SE

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,01

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 3.903,50 12M. 2018: 2.612,15

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:27)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 45.225,65 12M. 2018: 51.906,95

lohr.frank (04/07/2019 13:14:09)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

Mantenimento impossibile con l'aumento dei pazienti. Il posto esami disponibile per pazienti oncologici è gia adesso almeno 30% troppo basso per assicurare esami necessari in tempi accetabili. Questo ritarda i trattamenti oncologici e incide direttamente sull'esito dei trattamenti.

FLUSSI INFORMATIVI

Monitoraggio tempi di attesa per trattamenti: adesione agli standard previsti (focus su ultimo trimestre 2019)

Target: *SI*

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

lohr.frank (15/07/2019 16:19:49)

PROPOSTE:

Miglioramento adesione ai tempi di attesa per specifica patologia, una volta completato l'aggiornamento tecnologico in corso

CONTRODEDUZIONI:

Tempi di attesa per visite e pianificazione congrui con i criteri regionali richiesti. Impossibile di contenere tempi di attesa fino all'inizio del trattemento con il parco macchine in esistenza a fronte di un continuo aumento della richiesta in totale e di trattamenti complessi richiesti per mantenere il controllo tumorale in situazioni di parziale progressione sotto terapia sistemica standard e innovativa (ca. 30%), nonostante un aumento numerico delle prestazioni di ca. 25% attraverso gli ultimi 3 anni -> necessita di un upgrade del Linac a Carpi per sfruttarlo ottimamente e una sostituzione del Linac Primus (che deve inevitabilmente essere metto fuori servizio nel 2021).

Datti dettagliati dei tempi di attesa disponibili in UO

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: *0*

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

lohr.frank (04/07/2019 13:48:43)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

CONTRODEDUZIONI:

Suggerimento: <1%

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: *> 50%*

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

lohr.frank (04/07/2019 13:47:46)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:

Non possibile in ques'anno di costante emergenza di interventi sul parco macchine. Suggerito spostamento su 2020/2021

Il direttore di questa unita
- educa costantaneamente il personale sulla problematica CdI/AntiC
- insiste su una coretta gestione di impegni extraistituzionale
- insiste sulla coretta gestione (ComEt, trattamento dati) di ogni sperimentazione

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 30.144,33 12M. 2018: 50.558,06

lohr.frank (04/07/2019 13:38:04)

CONTRODEDUZIONI:

in parallele con l'aumento del numero di pazienti complessi (TBI, IMRT con maschere) e brachiterapie-> Aumento à ca. 25000 € necessario

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.828,30 12M. 2018: 3.014,18

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 371,80 12M. 2018: 61,92

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 12.193,41 12M. 2018: 23.618,76

Medicina Nucleare

Scheda validata da **prandini.napoleone** il *08/10/2019* alle *09:37:55*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 3.136.932,80 12M. 2018: 3.229.783,00

prandini.napoleone (08/10/2019 09:33:32)

PROPOSTE:

Previsto aumento produzione legato al nuovo assetto organizzativo, delle apparecchiature e organico personale dirigente. Da modulare di conseguenza raggiungimento obiettivo con maggiore flessibilità in aumento.

CONTRODEDUZIONI:

d'accordo

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.685.860,60 12M. 2018: 2.786.861,20

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

prandini.napoleone (08/10/2019 09:33:53)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:
d'accordo

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

prandini.napoleone (08/10/2019 09:34:22)

PROPOSTE:
L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

CONTRODEDUZIONI:
d'accordo

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

prandini.napoleone (08/10/2019 09:34:06)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

d'accordo

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,25 12M. 2018: 0,25

prandini.napoleone (08/10/2019 09:34:50)

CONTRODEDUZIONI:

d'accordo

FLUSSI INFORMATIVI

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

prandini.napoleone (08/10/2019 09:37:22)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

CONTRODEDUZIONI:
d'accordo

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

prandini.napoleone (08/10/2019 09:37:37)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:
d'accordo

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 790.150,55 12M. 2018: 822.038,31

prandini.napoleone (08/10/2019 09:33:21)

CONTRODEDUZIONI:
L'aumento di spesa, prevedibile alla luce dell'aumento dell'attività, sarà compensato da un miglior utilizzo dei radiofarmaci PET consentito dalla nuova PET e dal mantenimento della precedente

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 731.053,22 12M. 2018: 728.448,63

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.858,54 12M. 2018: 16.139,87

= 2018

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 46.257,86 12M. 2018: 65.260,06

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Stesura di revisione condivisa con infettivologi circa appropriatezza richieste di esami PET e scintigrafie

Target: SI/NO

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 80.00; Intermedio se > 76.16; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

prandini.napoleone (08/10/2019 09:36:10)

PROPOSTE:

Approfondimento circa i requisiti di appropriatezza per la richiesta di esami di diagnostica di secondo livello, con particolare riferimento ad alcuni ambiti clinici proposti dal Direttore del Servizio in base all'andamento dello storico delle richieste

CONTRODEDUZIONI:

d'accordo

DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E TESTA COLLO

Malattie Oftalmologiche

Scheda validata da **cavallini.gianmaria** il *01/10/2019* alle *13:28:48*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: > 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4.001.954,25 12M. 2018: 4.094.468,95

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

> 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.769.211,60 12M. 2018: 3.834.659,25

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.002.127,43 12M. 2018: 988.171,23

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 793.402,07 12M. 2018: 793.786,29

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 44.212,31 12M. 2018: 60.859,43

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*

Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 157.027,85 12M. 2018: 130.558,19

Valorizzazione ricoveri (DH) - Totale

Target: < 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 218.704,49 12M. 2018: 191.691,60

franchini.filippo (25/09/2019 11:57:22)

PROPOSTE:

Riduzione per progressivo trasferimento casistica potenzialmente inappropriata in regime ambulatoriale

Valorizzazione ricoveri (DO) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:28)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: *Positivo se inferiore a*
Range: *Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 21,51 12M. 2018: 21,47

franchini.filippo (28/05/2019 12:03:00)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:27)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi

avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:14)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,56 12M. 2018: 0,51

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 431,95 12M. 2018: 507,66

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 487,00 12M. 2018: 184,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie

Target: = 2018

Richieste - Laboratorio

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 60.003,25 12M. 2018: 54.172,20

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:27)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 6.901,45 12M. 2018: 5.520,10

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:42)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: 30/Settimanali OCT

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 720.00; Intermedio se > 685.44; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (08/10/2019 10:36:03)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:28)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:54)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DH: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:07:27)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DH.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.802.530,48 12M. 2018: 2.581.371,25

cavallini.gianmaria (08/08/2019 12:46:48)

PROPOSTE:

-300.000€ per spesa farmaci intravitreali; obiettivo RER

CONTRODEDUZIONI:

Analizzando i dati del 2017 e del 2018, nei quali era evidente lo sforzo eseguito per ottenere un risparmio sostanziale dall'utilizzo dei farmaci IV, grazie allo shift eseguito verso l'utilizzo di Bevacizumab rispetto alle altre molecole, ed analizzando inoltre l'andamento dei dati dei primi 6 mesi del 2019 versus i primi 6 mesi del 2018 nei quali l'andamento è ancora positivo in termini di spesa, è plausibile prevedere che il risparmio che si otterrà nel secondo semestre del 2019 sia in linea con l'andamento attuale e quindi tra i 150.000 ed i 200.000 euro.

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.707.423,45 12M. 2018: 1.388.185,77

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 184,80

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.131,25 12M. 2018: 9.171,50

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.086.452,93 12M. 2018: 1.181.514,38

FORMAZIONE

Partecipazione al progetto di igiene delle mani

Target: --

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

IGIENE FORMAZIONE Partecipazione ai corsi di formazione

--

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

IGIENE Adesione al progetto post-formazione (%)

--

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Odontoiatria e Chirurgia Oro-Maxillo Facciale

Scheda validata da **consolo.ugo** il *02/10/2019* alle *10:55:36*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 303.299,80 12M. 2018: 277.755,35

bellini.pierantonio (02/10/2019 10:33:31)

CONTRODEDUZIONI:

possibile prevedere una riduzione a fine anno del 5%in relazione all'assestamento delle attività in relazione al pensionamento della dott.ssa Giulietti, all'assenza per due anni del Prof. Forabosco e della maternità della dott.ssa Garuti (contratto aziendale)

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 273.006,40 12M. 2018: 251.615,30

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 239.031,73 12M. 2018: 269.249,17

bellini.pierantonio (02/10/2019 10:36:58)

CONTRODEDUZIONI:

per la valorizzazione extra rer risulta impossibile il mantenimento per mancanza attrazione; prof. Consolo attualmente fermo per mancanza permesso AUSL VR

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 147.005,84 12M. 2018: 196.151,90

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 41.810,03 12M. 2018: 38.769,32

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 48.759,90 12M. 2018: 34.327,95

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:28)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

bellini.pierantonio (02/10/2019 10:39:01)

CONTRODEDUZIONI:
da riunione con DG e DS possibile modifica da PDTA a Percorso Organizzativo (in fase di sviluppo)

Gestione pazienti con osteonecrosi PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: *Positivo se inferiore a*
Range: *Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 31,03 12M. 2018: 28,57

franchini.filippo (28/05/2019 12:03:00)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:27)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:14)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,27 12M. 2018: 0,24

Target: = 2018

Costo DM per Giornata di Degenza

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 757,09 12M. 2018: 1.092,17

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 20,00 12M. 2018: 22,00

bellini.pierantonio (02/10/2019 10:40:18)

CONTRODEDUZIONI:
in rivalutazione

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.454,85 12M. 2018: 6.945,90

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:27)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 37,20 12M. 2018: 317,45

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:42)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Durata Media Degenza (DMD) preoperatoria

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 5.00; Intermedio se < 15.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

bellini.pierantonio (02/10/2019 10:41:30)

CONTRODEDUZIONI:

da considerare zero...giusto?

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:28)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:55)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DH: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:07:27)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DH.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 146.428,72 12M. 2018: 131.649,93

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4.172,80 12M. 2018: 3.990,21

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: -560,15 12M. 2018: 3.121,78

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.360,52 12M. 2018: 683,42

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 140.794,27 12M. 2018: 123.854,52

FORMAZIONE

Partecipazione al progetto di igiene delle mani

Target: --

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

IGIENE FORMAZIONE Partecipazione ai corsi di formazione

--

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

IGIENE Adesione al progetto post-formazione (%)

--

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*

Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: -

12M. 2018: -

Otorinolaringoiatria

Scheda validata da **presutti.livio** il *14/10/2019* alle *17:51:04*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 732.780,05 12M. 2018: 761.047,60

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 615.380,40 12M. 2018: 628.035,65

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 6.474.738,55 12M. 2018: 6.085.941,73

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.979.956,99 12M. 2018: 2.825.328,29

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 958.149,47 12M. 2018: 934.804,64

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.492.654,92 12M. 2018: 2.298.155,27

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:28)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

Neoplasie Testa-Collo PDTA

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: *Positivo se inferiore a*
Range: *Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 16,57 12M. 2018: 7,98

franchini.filippo (28/05/2019 12:03:00)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

Segnalazione eventi avversi, errori, near

Target: >= 1

miss, rischi e condizioni non sicure

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:27)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:14)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,14 12M. 2018: 0,18

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 69,00 12M. 2018: 85,49

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 624,00 12M. 2018: 308,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 200.682,25 12M. 2018: 224.846,70

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:27)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 96.228,55 12M. 2018: 91.683,40

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:42)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Durata Media Degenza (DMD) preoperatoria

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 5.00; Intermedio se < 15.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,68 12M. 2018: 0,00

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT 35/Settimanali Visita Otorinolaringoiatrica

--

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 840.00; Intermedio se > 799.68; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Audiometria

--

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1511.90; Intermedio se > 1439.34; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:28)

PROPOSTE:
N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:55)

PROPOSTE:
Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del**

mese successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:45)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.036.028,23 12M. 2018: 1.243.443,38

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 69.838,29 12M. 2018: 96.823,76

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 20.238,81 12M. 2018: 1.146,98

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4.940,36 12M. 2018: 2.037,43

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 932.242,51 12M. 2018: 1.119.932,65

FORMAZIONE

Partecipazione al progetto di igiene delle mani

Target: --

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

IGIENE FORMAZIONE Partecipazione ai corsi di formazione

--

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*

Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

--

IGIENE Adesione al progetto post-formazione (%)

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Chirurgia Maxillo-Facciale

Scheda validata da **chiariniluigi** il *28/10/2019* alle *11:44:12*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 35.550,60 12M. 2018: 44.000,85

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 29.267,90 12M. 2018: 35.510,80

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.156.773,84 12M. 2018: 1.356.645,75

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 668.465,18 12M. 2018: 889.154,93

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 165.987,31 12M. 2018: 138.915,07

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 308.344,25 12M. 2018: 323.301,14

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:28)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: ***Positivo se inferiore a***
Range: ***Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 30,94 12M. 2018: 16,67

franchini.filippo (28/05/2019 12:03:00)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:27)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:14)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,22 12M. 2018: 0,18

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 60,17 12M. 2018: 56,53

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 105,00 12M. 2018: 53,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 49.390,25 12M. 2018: 57.795,55

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:27)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 31.055,45 12M. 2018: 36.171,35

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:42)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Durata Media Degenza (DMD) preoperatoria

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 5.00; Intermedio se < 15.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,42 12M. 2018: 0,00

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:28)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:54)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:45)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 259.225,07 12M. 2018: 246.847,98

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 21.659,27 12M. 2018: 27.414,31

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4.897,20 12M. 2018: 551,77

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.014,00 12M. 2018: 1.986,59

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 222.332,40 12M. 2018: 213.486,65

FORMAZIONE

Partecipazione al progetto di igiene delle mani

Target: --

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

IGIENE FORMAZIONE Partecipazione ai corsi di formazione

--

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

--

IGIENE Adesione al progetto post-formazione (%)

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Radiologia

Scheda validata da **torricelli.pietro** il *11/10/2019* alle *13:25:03*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.736.363,50 12M. 2018: 5.830.770,85

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4.844.535,30 12M. 2018: 4.970.391,20

Valorizzazione Ambulatoriale per Interni

Target: = 2018

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.616.214,50 12M. 2018: 1.684.278,90

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:28)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;

2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:27)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:14)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (27/09/2019 13:37:32)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

DEFAULT Ecografia Addome

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1645.00; Intermedio se > 1605.52; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT TAC Addome

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 940.00; Intermedio se > 906.16; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT RMN Addome

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***

Range: *Positivo se > 470.00; Intermedio se > 441.80; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT TAC Torace

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1175.00; Intermedio se > 1118.60; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Ecografia Mammella

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 610.95; Intermedio se > 581.63; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Mammografia

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 2115.00; Intermedio se > 2013.48; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Ecografia Capo e Collo

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1645.00; Intermedio se > 1605.52; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT RM Muscolo-scheletrica

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1645.00; Intermedio se > 1566.04; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Esame clinico-strumentale Mammella

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 564.05; Intermedio se > 536.97; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Visita Senologica

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 564.05; Intermedio se > 536.97; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT MOC Dexa Lombare o femorale

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 11750.00; Intermedio se > 11327.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:28)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 839.855,00 12M. 2018: 558.089,15

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 333.669,23 12M. 2018: 307.285,52

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 82,15 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 970,37 12M. 2018: 407,46

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 501.109,38 12M. 2018: 244.520,15

Radiologia interventistica

Scheda validata da **caporali.cristian** il *24/07/2019* alle *15:32:05*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Valorizzazione Ambulatoriale per Interni

Target: = 2018

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:28)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;

2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:27)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:14)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:28)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.013.899,24 12M. 2018: 1.151.805,62

bacchellim (09/04/2019 10:26:23)

PROPOSTE:

+100.000€ per incremento attività

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 54.872,24 12M. 2018: 56.301,51

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 550,23

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 393,10 12M. 2018: 89,24

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 958.633,90 12M. 2018: 1.094.864,64

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA

Pronto Soccorso e Medicina D Urgenza - CC

Scheda validata da **lucianiantonio** il *30/09/2019* alle *15:08:40*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.384.743,45 12M. 2018: 1.330.795,45

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.252.160,50 12M. 2018: 1.194.303,65

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:29)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Paziente traumatizzato grave PDTA

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:27)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:15)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 110,00 12M. 2018: 38,00

lucianiantonio (04/07/2019 13:28:06)

CONTRODEDUZIONI:

I DRG potenzialmente inappropriati non possono essere indicatore per la struttura. Ad una analisi dei potenzialmente inappropriati del 2018 su 5027 ricoveri a rischio di inappropriatezza , solo 1476 risultano provenienti da PS, mentre 3549 sono ricoverati dai reparti.

I pazienti ricoverati da PS hanno poi una degenza che va dai 2 giorni (pochissimi) ai 33 giorni.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.248.595,75 12M. 2018: 1.228.173,65

lucianiantonio (04/07/2019 13:29:16)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

le richieste sono aumentate in relazione all'aumento degli accessi in PS e al numero dei ricoveri in Medicina d'Urgenza.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.191.926,30 12M. 2018: 1.225.306,15

lucianiantonio (04/07/2019 13:30:31)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

le richieste sono aumentate in relazione all'aumento degli accessi in PS e al numero dei ricoveri in Medicina d'Urgenza.

Va precisato se l'aumento comprende anche i pazienti seguiti dal PS Ortopedico.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:28)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:55)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:45)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

lucianiantonio (04/07/2019 13:34:08)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:

Va considerata la grave carenza di organico della struttura che rende difficoltosa la partecipazione ai tanti corsi di aggiornamento obbligatori.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 325.858,91 12M. 2018: 298.935,40

lucianiantonio (04/07/2019 13:22:39)

CONTRODEDUZIONI:

Il totale dei beni sanitari va rapportato all'aumento della attività sia di PS che di ricovero, considerando l'aumento dei punti DRG prodotti.

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 78.102,13 12M. 2018: 81.008,61

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 26.361,35 12M. 2018: 19.270,64

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 45.283,83 12M. 2018: 53.068,47

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 171.767,05 12M. 2018: 145.030,25

DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE

Dermatologia

Scheda validata da **conti.andrea** il *23/10/2019* alle *16:06:27*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 961.335,60 12M. 2018: 1.022.846,15

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 858.092,90 12M. 2018: 894.711,10

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.080.328,84 12M. 2018: 3.051.435,47

conti.andrea (16/07/2019 10:01:17)

CONTRODEDUZIONI:

Dal Luglio 2018 la valorizzazione del DRG 266 è stata notevolmente ridotta, ne consegue che la valorizzazione dei ricoveri in DO e DH ha subito a sua volta una riduzione della quale è opportuno tener conto.

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.817.817,52 12M. 2018: 2.730.896,16

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 130.340,64 12M. 2018: 140.483,23

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 132.170,68 12M. 2018: 177.718,44

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

PDTA Melanoma

Target: Completamento

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

conti.andrea (16/07/2019 10:04:49)

CONTRODEDUZIONI:

Il PDTA Melanoma è in corso di completamento.

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:29)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Melanoma PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:27)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

conti.andrea (16/07/2019 10:07:48)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

In caso di assenza di SEA presso la UO, la valutazione dovrebbe essere comunque considerata positiva.

EFFICIENZA

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

conti.andrea (16/07/2019 10:16:19)

CONTRODEDUZIONI:

Il dato dovrebbe considerare l'occupazione di posti letto da parte di altre UO (ricoveri da PS), con conseguente impossibilità di procedere a ricoveri programmati e riduzione del reale tasso di occupazione. Se possibile, il tasso di occupazione dovrebbe essere calcolato al netto dei letti in appoggio da parte di altre UO.

Riduzione DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,20 12M. 2018: 0,16

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 59,28 12M. 2018: 63,66

conti.andrea (21/10/2019 12:08:27)

CONTRODEDUZIONI:
Vedi precedente.

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 3,07 12M. 2018: 3,70

conti.andrea (16/07/2019 10:12:10)

CONTRODEDUZIONI:
Il valore dovrebbe essere considerato al netto dei pazienti che necessitano di un trasferimento presso la Lungodegenza e che pertanto prolungano il ricovero presso la UO di partenza in attesa di disponibilità dei posti letto.

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 272,00 12M. 2018: 128,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 414.474,25 12M. 2018: 430.555,05

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:27)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 48.501,95 12M. 2018: 53.696,60

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:42)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: 215 Visite dermatologiche settimanali

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 5160.00; Intermedio se > 4912.32; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (04/10/2019 10:05:16)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:29)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

conti.andrea (16/07/2019 10:18:38)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

CONTRODEDUZIONI:

Richiesta chiarimenti:
5 M 2018: 0,00: numero schede mancanti?
5 M 2019: 100,00: numero schede compilate complete?

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DH: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:07:27)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DH.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Farmaci a Rimborso FED

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 795.630,84 12M. 2018: 669.862,25

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 308.387,04 12M. 2018: 239.312,59

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 129.847,47 12M. 2018: 101.619,91

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 36.096,51 12M. 2018: 22.926,97

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 320.175,98 12M. 2018: 305.044,81

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

conti.andrea (16/07/2019 10:03:56)

PROPOSTE:

adalimumab;

etanercept;

CONTRODEDUZIONI:

Il passaggio all'utilizzo dei farmaci biosimilari di adalimumab ed etanercept è progressivo, tenendo conto della scadenza dei piani terapeutici già prescritti ai pazienti.

Tossicologia Medica - Centro Cefalee e Abuso Farmaci

Scheda validata da **callegaro.alessandro** il *22/07/2019* alle *18:02:03*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 56.014,20 12M. 2018: 59.085,25

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 46.992,70 12M. 2018: 49.469,90

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 310.238,29 12M. 2018: 290.945,38

callegaro.alessandro (22/07/2019 15:58:44)

PROPOSTE:

=2018 attività DH

- 20% attività DO

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 177.498,35 12M. 2018: 177.531,44

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 64.596,51 12M. 2018: 50.080,64

= 2018

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 65.589,93 12M. 2018: 63.333,30

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:29)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:28)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:15)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target:
In relazione alle disponibilità

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Riduzione DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

callegaro.alessandro (18/07/2019 10:35:37)

CONTRODEDUZIONI:
Non applicabile

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,12 12M. 2018: 0,13

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 8,70 12M. 2018: 9,92

callegaro.alessandro (18/07/2019 10:34:00)

CONTRODEDUZIONI:
Non applicabile

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 12,23 12M. 2018: 11,43

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2,00 12M. 2018: 2,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 29.986,70 12M. 2018: 31.941,90

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:28)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4.817,55 12M. 2018: 3.816,60

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:43)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

callegaro.alessandro (18/07/2019 10:37:19)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

CONTRODEDUZIONI:

Non applicabile

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:46)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 45.238,87 12M. 2018: 44.070,77

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 42.824,19 12M. 2018: 41.034,76

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 294,11 12M. 2018: 343,89

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.120,57 12M. 2018: 2.510,34

Gastroenterologia

Scheda validata da **siragusa.gianna** il *11/11/2019* alle *16:31:22*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 290.351,25 12M. 2018: 336.389,65

villa.erica (07/11/2019 09:41:52)

CONTRODEDUZIONI:

L'incremento delle prestazioni ambulatoriali nasce in conseguenza della richiesta in corso d'anno, da parte della Direzione Aziendale, di incrementare dette prestazioni per rispondere all'obbiettivo di diminuire le liste di attesa.

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 251.825,05 12M. 2018: 293.989,80

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.508.024,94 12M. 2018: 2.718.226,32

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.643.856,13 12M. 2018: 1.740.794,97

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 175.354,66 12M. 2018: 355.237,80

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 684.443,69 12M. 2018: 583.264,49

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:29)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

Gestione delle patologie epatiche croniche, cirrosi epatica, carcinoma epatocellulare primitivo, ipertensione portale PDTA

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:28)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

villa.erica (07/11/2019 09:58:08)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

1 SEA formalizzato e inviato all'URP il 20.08.2019

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,35 12M. 2018: 0,40

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 111,22 12M. 2018: 118,92

villa.erica (07/11/2019 10:07:28)

CONTRODEDUZIONI:

Obbiettivo solo parzialmente governabile dalla UC (i ricoveri da PS non sono programmabili).

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 6,97 12M. 2018: 7,44

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 45,00 12M. 2018: 19,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 742.980,70 12M. 2018: 867.779,00

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:27)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 247.588,75 12M. 2018: 256.244,60

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:42)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

villa.erica (07/11/2019 10:05:59)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

CONTRODEDUZIONI:

L'offerta è stata aumentata in corso d'anno (vedi sopra)

DEFAULT Colonscopia

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 840.00; Intermedio se > 799.68; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Gastroscopia

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 624.05; Intermedio se > 594.09; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Visita gastroenterologica

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 600.00; Intermedio se > 571.20; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:29)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:55)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:45)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Farmaci a Rimborso FED

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

bacchellim (09/04/2019 11:49:18)

PROPOSTE:

+120.000 € per Vedolizumab, per un target annuo di 900.000 €, considerata la chiusura 2018 pari a circa 780.000 €.

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 989.814,70 12M. 2018: 1.209.676,70

villa.erica (07/11/2019 09:48:31)

PROPOSTE:

passaggio spesa per attività endoscopica di questa U.O. sull' U.O. di endoscopia di OCB. SS Dr.ssa Bertani (-376.000€) di cui:

-22.000€ per farmaci

-346.000€ DM

-8.000€ diagnostici

+120.000€ per vedolizumab ev

CONTRODEDUZIONI:

L'assetto definitivo della distribuzione dei costi è tuttora oggetto di contrattazione e non si è addivenuti ad una soluzione definitiva. In ogni caso, non c'è motivo di trasferire il costo del vedolizumab alla UO di endoscopoia dell'OCB, in quanto questa spesa è strettamente attinente alla gestione dei pazienti con malattie infiammatorie intestinali, che sono in gestione clinica esclusiva della UC di Gastroenterologia Policlinico e NON alla piattaforma endoscopica, di cui è referente la dott.ssa Helga Bertani.

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 682.044,11 12M. 2018: 781.964,36

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 68.164,36 12M. 2018: 147.758,51

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 40.848,74 12M. 2018: 35.352,98

= 2018

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 196.521,85 12M. 2018: 242.300,45

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Malattie Infettive

Scheda validata da **mussinicristina** il *30/09/2019* alle *15:35:10*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 180.768,65 12M. 2018: 192.518,19

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 113.987,20 12M. 2018: 129.945,90

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.370.969,15 12M. 2018: 3.313.472,46

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.929.088,32 12M. 2018: 2.840.324,39

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 132.018,84 12M. 2018: 115.209,24

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 206.176,16 12M. 2018: 229.271,04

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:29)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:28)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:15)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Riduzione DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,20 12M. 2018: 0,21

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 88,61 12M. 2018: 88,13

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 12,51 12M. 2018: 12,24

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 49,00 12M. 2018: 31,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.984.447,60 12M. 2018: 2.023.900,90

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:28)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 206.059,55 12M. 2018: 187.665,60

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:42)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:29)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:55)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:46)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Farmaci a Rimborso FED

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 696.035,61 12M. 2018: 719.661,99

bacchellim (09/04/2019 12:04:16)

PROPOSTE:
+15.000€ per incremento utilizzo di IgVena, Zimplava e costo antibiotici

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 399.361,99 12M. 2018: 418.768,54

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 62.545,19 12M. 2018: 73.030,34

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 27.458,79 12M. 2018: 24.934,02

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 205.190,88 12M. 2018: 201.625,56

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Reumatologia

Scheda validata da **sebastiani.marco** il *25/07/2019* alle *09:40:10*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 188.008,20 12M. 2018: 208.975,70

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 165.654,90 12M. 2018: 182.904,60

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.181.586,90 12M. 2018: 963.445,28

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 619.489,52 12M. 2018: 581.603,43

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 227.513,44 12M. 2018: 189.775,11

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 315.363,24 12M. 2018: 190.465,35

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:29)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:28)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:15)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

salvarani.carlo (27/03/2019 16:42:37)

PROPOSTE:

Come più volte segnalato il tasso di occupazione dei posti letto non va calcolato su 8 posti letti, ma sui 6 attualmente disponibili (da inizio febbraio 2019), considerando il possibile utilizzo di alcuni di questi per ricoveri da pronto soccorso in caso di necessità. Da considerare anche le riduzione dei posti letto richieste dalla DS.

Riduzione DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

salvarani.carlo (27/03/2019 16:41:18)

CONTRODEDUZIONI:
Stiamo valutando come meglio codificare i nostri casi per evitare DRG inappropriati

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,79 12M. 2018: 0,86

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 38,88 12M. 2018: 88,52

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 8,22 12M. 2018: 8,61

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 56,00 12M. 2018: 20,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*

Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 140.757,55 12M. 2018: 139.981,80

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:28)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 26.004,05 12M. 2018: 21.470,00

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:43)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:30)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:55)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DH: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:07:27)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DH.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Farmaci a Rimborso FED

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

bacchellim (09/04/2019 11:38:17)

PROPOSTE:

prevista spesa per biologici ev pari a 440.000€ (-230.000€ rispetto al 2018)

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.081.311,39 12M. 2018: 1.007.216,65

salvarani.carlo (17/07/2019 14:12:28)

PROPOSTE:

-230.000€ per spesa farmaci biologici EV (applicazione gara RER)

CONTRODEDUZIONI:

Ci sarà una riduzione per progressiva sostituzione degli originators con i biosimilari, verranno nel corso dell'anno sostituiti con il rispettivo biosimilare i seguenti farmaci: rituximab, infliximab e etanercept. Per Adalimumab la sostituzione con il biosimilare richiederà più tempo data la recente introduzione di adalimumab biosimilare. Comunque la riduzione del costro di adalimuab originator determinerà una riduzione dei costi totali.

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 879.752,18 12M. 2018: 765.080,90

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 176.350,47 12M. 2018: 203.369,95

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.519,13 12M. 2018: 5.458,99

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 22.520,74 12M. 2018: 33.273,86

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

bacchellim (09/04/2019 11:39:33)

PROPOSTE:

recupero gara RER biologici sc (-230.000€)

Malattie Apparato Respiratorio - CC

Scheda validata da **clini.enrico** il *15/07/2019* alle *10:59:32*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 576.442,40 12M. 2018: 622.856,55

clini.enrico (09/07/2019 08:02:33)

CONTRODEDUZIONI:
L'obiettivo indicato dovrà tenere conto della differente offerta concordata con il committente esterno. Sulla base di questo accordo è prevista nel 2019 la riduzione di due accesi CUP/settimana (1 ambulatorio divisionale e 1 ambulatorio per screening allergologico)

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 518.295,45 12M. 2018: 563.999,75

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.096.005,43 12M. 2018: 3.634.503,36

clini.enrico (09/07/2019 08:03:26)

CONTRODEDUZIONI:
Si concorda sull'obiettivo proposto

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.763.005,46 12M. 2018: 3.360.257,21

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 93.597,88 12M. 2018: 138.611,80

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 207.205,50 12M. 2018: 123.658,83

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

PDTA per indicazioni alla esecuzione di tracheostomia e gestione della cannula fino allo svezzamento

Target: Attivazione

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

clini.enrico (09/07/2019 14:49:12)

CONTRODEDUZIONI:
Si concorda sull'obiettivo proposto

TIMELINE

2019-06-01 / 2019-08-30
[Nomina Resp.]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-06-01 / 2019-08-30
[Gruppo di Lavoro]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-09-01 / 2019-10-15
[Prima riunione]: Prima riunione effettuata

2019-10-15 / 2019-12-31
[Stesura]: Stesura contenuti principali

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

clini.enrico (15/07/2019 10:56:39)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

Si prevede l'adesione agli obiettivi indicati entro i tempi previsti dal cronoprogramma.
Si inviano schede di:
1) ORGANIGRAMMA MAR 2019
2) SCHEDA COMPETENCE MAR 2019

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

clini.enrico (09/07/2019 08:47:03)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda con l'obiettivo indicato

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

clini.enrico (09/07/2019 08:46:56)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda con l'obiettivo indicato

EFFICIENZA

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

clini.enrico (09/07/2019 08:26:59)

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda con l'obiettivo indicato

Riduzione DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

clini.enrico (09/07/2019 08:22:32)

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda con l'obiettivo indicato

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,25 12M. 2018: 0,24

clini.enrico (11/07/2019 14:52:00)

CONTRODEDUZIONI:
Per quanto riguarda questo obiettivo si rimanda ai commenti più sopra riportati sui costi dei BENI SANITARI

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 88,97 12M. 2018: 91,45

clini.enrico (09/07/2019 08:28:11)

CONTRODEDUZIONI:
Si concorda con l'obiettivo indicato

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 11,62 12M. 2018: 10,96

clini.enrico (09/07/2019 08:18:13)

CONTRODEDUZIONI:
Si concorda con l'obiettivo indicato.

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 14,00 12M. 2018: 4,00

clini.enrico (09/07/2019 08:14:16)

CONTRODEDUZIONI:
Si concorda con l'obiettivo indicato.

DRG 088 INAPP

--

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 12,00 12M. 2018: 4,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 544.671,35 12M. 2018: 556.038,45

clini.enrico (09/07/2019 13:36:06)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda con l'obiettivo indicato.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 206.676,75 12M. 2018: 215.651,80

clini.enrico (09/07/2019 13:36:14)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda con l'obiettivo indicato.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (04/10/2019 11:01:39)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

DEFAULT Spirometria

--

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 720.00; Intermedio se > 685.44; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Visita Pneumologica

--

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 960.00; Intermedio se > 913.92; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

clini.enrico (09/07/2019 08:29:50)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda con l'obiettivo indicato

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

clini.enrico (09/07/2019 08:45:26)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

CONTRODEDUZIONI:

Si propone, rispetto alla previsione di obiettivo, che questo venga riformulato in >95%

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

clini.enrico (09/07/2019 08:32:08)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda con l'obiettivo indicato

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

clini.enrico (11/07/2019 15:01:11)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda con l'obiettivo indicato nel rispetto della regola aziendale sulla percentuale di cartelle sottoposte a controllo (2,5% + 2,5%)

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

clini.enrico (09/07/2019 08:32:40)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:

Si concorda con l'obiettivo indicato

ECONOMICA COSTI

Farmaci a Rimborso FED

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

clini.enrico (11/07/2019 14:30:05)

CONTRODEDUZIONI:
Prendiamo atto dell'obiettivo indicato. Mancano riscontri di confronto puntuale con l'anno precedente.

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 905.170,27 12M. 2018: 1.035.812,56

clini.enrico (11/07/2019 14:34:02)

PROPOSTE:
incremento attività

CONTRODEDUZIONI:
Il controllo dei costi per beni sanitari risente delle variazioni delle imputazioni nei singoli ambiti (es. EMODERIVATI) rispetto a quanto avvenuto in precedenza. A quanto risulta la maggiore causa di incremento dei costi per EMODERIVATI si concentra nel prodotto VENITAL 5mg (immunoglobuline), farmaco a rimborso. Tuttavia l'utilizzo di tale farmaco avviene in maniera occasionale all'interno delle attività MAR (quindi con valorizzazione suscettibile di ampia variabilità di anno in anno). Inoltre la valorizzazione del primo quadrimestre 2019 risulta non appropriata in rapporto al reale utilizzo di questo farmaco, che evidentemente è stato imputato inappropriatamente almeno per la maggior parte.

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 614.149,01 12M. 2018: 594.300,44

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 15.562,28 12M. 2018: 13.605,69

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 27.856,42 12M. 2018: 23.950,54

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*

Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 235.552,91 12M. 2018: 397.958,41

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

clini.enrico (11/07/2019 14:30:32)

PROPOSTE:

Prendiamo atto dell'obiettivo indicato. Mancano riscontri di confronto puntuale con l'anno precedente.

Malattie del Metabolismo, Nutrizione Clinica e Dietetica - CC

Scheda validata da **menozzirenata** il *18/09/2019* alle *09:51:23*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 125.368,60 12M. 2018: 102.819,70

menozzirenata (23/07/2019 16:01:42)

CONTRODEDUZIONI:

Nel 2018 sono state inoltre conteggiate **2.278** prestazioni relative ad Attivita' svolta presso altre Strutture, in modalita' per esterni al netto della libera professione, pari ad un valore di **41.000 euro** (vedi foglio exel dal cdg allegato) di cui si e' chiesto un riconoscimento, anche solo dal punto di vista della valorizzazione interna all AOU, nella valutazione finale in fase di chiusura del Budget. Si tratta di prestazioni erogate nell'ambito di PDTA e Team Multidisciplinari (Testa-Collo, Chirurgia bariatrica, DSA(ex DH) Oncologia...) ad opera dei professionisti della alla SSD Malattie del Metabolismo e Nutrizione Clinica.

Si prevede che nell'anno 2019 il numero di tali prestazioni possa essere uguale o aumentato e pertanto si propone di inserire fra gli obiettivi di PRODUZIONE ECONOMICA anche il numero/valorizzazione di tali prestazioni specialistiche (chiamandole per es: SPECIALISTICA in TEAM) almeno come valorizzazione interna AOU

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 116.300,20 12M. 2018: 95.202,70

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni in Attività Multidisciplinare

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 90.00; Intermedio se > 85.68; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (18/09/2019 09:18:31)

PROPOSTE:

Prestazioni [EN00081 - INDAGINE ALIMENTARE (2254.001) EN00082 - ELABORAZIONE PROGRAMMA NUTRIZIONALE (COMPILAZIONE DIETA) (2255.001)] erogate in attività multidisciplinare all'interno di PDTA e percorsi aziendali.

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni - Ambulatorio Pazienti Fragili e Complessi

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 90.00; Intermedio se > 85.68; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (18/09/2019 09:22:11)

PROPOSTE:

Attività erogata dal cdc 554103 - Malattie del metabolismo e nutrizione clinica - AMBULATORIO PZ FRAGILI, attivato nel 2018, con prestazioni erogate in favore di pazienti pluripatologici complessi (assimilabile a DSA)

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

menozzirenata (17/07/2019 16:33:16)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

Poiche fra gli obiettivi di budget di GOVERNO CLINICO/INTEGRAZIONE del 2018 c'era " avvio del processo di rilevazione dell'attivita' di visita diabetologiche/endocrinologiche complesse svolte per pazienti fragili e multi patologici (onco-ematologici, trapiantati, pancreasectoomizzati....)" e questo processo e' stato avviato si ritiene possa essere opportuno inserire fra gli obiettivi per il 2019 la RILEVAZIONE DI VISITE DIABETOLOGICHE/ENDOCRINOLOGICHE PER PAZIENTI FRAGILI/COMPLESSI (TIPO DAY SERVICE)-> n' prestazioni e loro valorizzazione da confrontare poi con quelle degli anni futuri

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:28)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:15)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: non applicabile alla SSD malattie del metabolismo (no posti letto)

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,04 12M. 2018: 0,01

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: non applicabile alla SSD malattie del metabolismo (no posti letto)

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 12.161,75 12M. 2018: 10.674,05

menozzirenata (17/07/2019 16:37:39)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: non applicabile alla SSD malattie del metabolismo (no posti letto)

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.294,75 12M. 2018: 1.135,40

menozzirenata (17/07/2019 16:37:48)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Attività di Consulenza per Interni

Target: Urgenze entro 24h; Ordinarie entro 48h

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 90.00; Intermedio se > 85.68; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Consulenze Informatizzate

Urgenze entro 24h; Ordinarie entro 48h

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 90.00; Intermedio se > 85.68; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Consulenze Cartacee

Urgenze entro 24h; Ordinarie entro 48h

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 90.00; Intermedio se > 85.68; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:29)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

menozzirenata (23/07/2019 11:11:59)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

CONTRODEDUZIONI:

Obiettivo accettato salvo che per una bassa casistica di impegnative SSN (rosse) che ancora vengono emesse per i pazienti che richiedono per la prima volta l'assistenza (neonati, pazienti che rinnovano l'assistenza scaduta e stranieri con STP, trasferitisi nella provincia di Modena da poco tempo...) Per questi pazienti la SAUB fa richiesta di assistenza sanitaria e da subito questi risultano assistiti per cio' che riguarda la regione (sole ,.....) che invia al ministero (SOGEI) la richiesta di assistenza. Poiche' e' il ministero che genera e fornisce il numero della DEMA per il paziente, la latenza di invio della richiesta da parte della regione o di ricezione da parte del ministero della richiesta di assistenza della regione (anche alcuni mesi) fa si che i sistemi informatici non siano in grado di fornirci per questi pazienti alcuna richiesta DEMATERIALIZZATA (sostituita in questi casi da quella SSN rossa). In pratica il sistema informatico non riconosce ancora il paziente come assistito nonostante il paziente abbia gia' correttamente effettuato il percorso di assistenza regionale

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se inferiore a***
Range: ***Positivo se < 1500.00; Intermedio se < 1626.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.540,66 12M. 2018: 761,27

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 97,60 12M. 2018: 237,34

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 683,17 12M. 2018: 0,00

= 2018

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 10,53

DIPARTIMENTO NEFRO-CARDIO-VASCOLARE

Cardiologia

Scheda validata da **boriani.giuseppe** il *26/07/2019* alle *06:47:36*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 808.928,65 12M. 2018: 804.288,05

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 761.914,65 12M. 2018: 756.949,10

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 9.005.405,30 12M. 2018: 9.347.271,21

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 7.779.896,05 12M. 2018: 8.097.478,77

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 320.314,54 12M. 2018: 315.624,04

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 877.505,93 12M. 2018: 888.726,55

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:29)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:28)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:15)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,36 12M. 2018: 0,35

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 139,42 12M. 2018: 186,42

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5,21 12M. 2018: 5,20

boriani.giuseppe (23/07/2019 12:39:10)

CONTRODEDUZIONI:

Il risultato è di grande rilevanza e è frutto di un grande impegno con attuazione di un protocollo per accrescere le dimissioni nelle giornate di sabato, domenica e festivi, raggiungendo una quota di dimissioni in tali giornate pari al 20% dei dimessi totali. Cio' ha il vantaggio di aumentare la disponibilità a accogliere nuovi pazienti, anche da pronto soccorso.

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 30,00 12M. 2018: 21,00

boriani.giuseppe (23/07/2019 12:35:21)

CONTRODEDUZIONI:

i ricoveri da pronto soccorso non vengono selezionati dai medici della cardiologia e spesso vengono attuati in cardiologia pur non essendovi una stretta pertinenza cardiologica causa non disponibilità di posti letto in medicina. Pertanto la quota di DRG inappropriati causata da ricoveri urgento non è ascrivibile all operato della Cardiologia.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 238.667,45 12M. 2018: 254.543,75

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:28)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 83.665,00 12M. 2018: 69.735,85

callegaro.alessandro (23/07/2019 14:15:11)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (03/10/2019 14:35:54)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

DEFAULT Visita cardiologica

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1128.10; Intermedio se > 1073.94; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Ecocolordoppler cardiaca

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1200.00; Intermedio se > 1142.40; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Elettrocardiogramma

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 2471.90; Intermedio se > 2353.26; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Elettrocardiogramma Holter

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 528.10; Intermedio se > 502.74; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT ECG da sforzo

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 504.05; Intermedio se > 479.85; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:30)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:55)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:46)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 3.491.354,85 12M. 2018: 3.595.504,01

boriani.giuseppe (26/07/2019 06:45:56)

PROPOSTE:

+120.000€ per +6 TAVI rispetto al 2018 (complessivamente +13 per un totale di 45 TAVI).

CONTRODEDUZIONI:

Relativamente ai dispositivi medici si osserva nei primi 6 mesi del 2019 un incremento del 30% degli impianti di pacemaker, in rapporto a una maggiore afferenza di pazienti dal Pronto Soccorso per problemi di bradiaritmie.

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 175.454,35 12M. 2018: 188.348,71

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: -2.222,29 12M. 2018: 570,60

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 11.495,33 12M. 2018: 13.346,00

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 3.304.303,53 12M. 2018: 3.392.588,12

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

bacchellim (08/04/2019 17:50:04)

PROPOSTE:

tetto di spesa provinciale per DOAC= 5.661.013€

tetto di spesa provinciale per sacubitril+valsartan= 250.000€

tetto di spesa provinciale per anti-PCSK9=350.000€

Nefrologia e Dialisi

Scheda validata da **cappelligianni** il *25/09/2019* alle *20:16:48*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 10.790.988,35 12M. 2018: 9.053.956,50

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 10.224.276,70 12M. 2018: 8.517.603,30

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4.012.160,10 12M. 2018: 4.125.185,50

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.023.007,93 12M. 2018: 3.182.441,38

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 130.485,69 12M. 2018: 320.295,53

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 843.276,12 12M. 2018: 613.426,05

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:29)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:28)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:16)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,21 12M. 2018: 0,20

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 146,19 12M. 2018: 144,13

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 10,24 12M. 2018: 10,68

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 13,00 12M. 2018: 8,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.032.200,20 12M. 2018: 2.156.453,50

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:28)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 177.480,35 12M. 2018: 173.789,25

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:43)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (04/10/2019 09:20:43)

PROPOSTE:
N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

DEFAULT Visita Nefrologica presso AOU

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 768.10; Intermedio se > 731.22; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Visita Nefrologica presso OCB

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 120.00; Intermedio se > 114.24; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:30)

PROPOSTE:
N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:55)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:46)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

	Target: = 2018
Totale Beni Sanitari	Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 3.121.084,07 12M. 2018: 2.679.184,63
Farmaci FAR	= 2018 Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 1.817.938,81 12M. 2018: 1.375.468,91
Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI	= 2018 Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 109.844,96 12M. 2018: 163.753,87
Diagnostici e Reagenti REAGENTI	= 2018 Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 53.744,04 12M. 2018: 48.562,38
Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM	= 2018 Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 1.132.201,47 12M. 2018: 1.085.499,65

DIPARTIMENTO APPARATO LOCOMOTORE

Riabilitazione della Mano

Scheda validata da **sartini.silvana** il *19/09/2019* alle *14:51:09*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 113.647,40 12M. 2018: 111.819,65

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 58.971,90 12M. 2018: 62.977,85

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

sartini.silvana (19/09/2019 14:22:35)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

.....

sartini.silvana (19/09/2019 14:25:15)

CONTRODEDUZIONI:

Patologia malformativa congenita dell'arto superiore PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Patologie dell'arto superiore (patologie traumatiche polso) PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

.....

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:29)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:16)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,10 12M. 2018: 0,11

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:30)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

sartini.silvana (19/09/2019 14:07:23)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

CONTRODEDUZIONI:

Per quanto riguarda il settore della Riabilitazione tutte le prescrizioni emesse dal nostro Servizio avvengono su modulo dematerializzato, tranne le sedute a ciclo per le quali la regione non ha ancora concesso prescrivibilità dematerializzata (devono essere ancora decisi i numeri di seduta per ciclo, quindi questo tipo di prescrizione è definita in "black list"dalla Regione)

Su questo aspetto come Servizio non possiamo incidere

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 11.006,89 12M. 2018: 12.000,54

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 512,40 12M. 2018: 516,00

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 9.274,49 12M. 2018: 11.484,54

Chirurgia della Mano

Scheda validata da **adani.roberto** il *18/07/2019* alle *14:20:13*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 505.837,00 12M. 2018: 645.684,50

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 299.202,70 12M. 2018: 358.541,15

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.760.782,35 12M. 2018: 5.596.925,40

adani.roberto (18/07/2019 14:10:21)

CONTRODEDUZIONI:

Segnaliamo la possibile parziale riduzione della complessità dei drg medi in relazione all'esecuzione di alcune sale operatorie al NBT con un solo infermiere. Si segnala anche medesimo effetto sui drg della conversione di alcune sale operatorie nel mese di Marzo- Aprile al trauma (prevalentemente apartenenti al più basso drg 229), a seguito della chiusura di alcune sale del dipartimento.

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.921.965,76 12M. 2018: 1.778.874,01

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.342.367,49 12M. 2018: 2.351.991,97

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.459.445,08 12M. 2018: 1.448.220,12

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:29)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Patologia malformativa congenita dell'arto superiore PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-07-30
[Prima riunione effettuata]: Prima riunione effettuata

2019-08-01 / 2019-11-30
[Stesura contenuti principali]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: Stesura finita e analisi di appropriatezza

Patologie dell'arto superiore (patologie traumatiche polso) PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: ***Positivo se inferiore a***
Range: ***Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 11,09 12M. 2018: 9,67

franchini.filippo (28/05/2019 12:03:00)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:28)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:16)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,10 12M. 2018: 0,11

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 48,14 12M. 2018: 55,93

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 996,00 12M. 2018: 477,00

DRG 008 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 46,00 12M. 2018: 25,00

DRG 538 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 97,00 12M. 2018: 52,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 59.785,80 12M. 2018: 68.114,10

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:28)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 14.556,10 12M. 2018: 9.712,85

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:43)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:30)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:56)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DH: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:07:27)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DH.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 633.228,39 12M. 2018: 662.013,23

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 99.212,38 12M. 2018: 123.784,49

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4.323,52 12M. 2018: 17.386,87

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.511,33 12M. 2018: 861,91

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 526.863,14 12M. 2018: 519.930,46

Ortopedia e Traumatologia

Scheda validata da **catani.fabio** il *01/10/2019* alle *11:19:58*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 799.683,10 12M. 2018: 812.504,30

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 717.866,70 12M. 2018: 723.556,50

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 10.109.552,38 12M. 2018: 10.154.518,51

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 7.510.315,19 12M. 2018: 7.198.274,83

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.204.951,85 12M. 2018: 1.275.210,85

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.365.608,47 12M. 2018: 1.643.282,05

REGIONALE

Frattura di femore: % di interventi effettuati entro 48h

Target: >= 60%

Criterio val.: ***Positivo se cresce almeno di***
Range: ***Positivo se > 60.00; Intermedio se > 57.12; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (16/05/2019 16:09:55)

PROPOSTE:

L'indicatore è calcolato utilizzando il protocollo definito da AGENAS nel ambito del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede un valore minimo pari al 60%.

L'indicatore è calcolato considerando i soli residenti in Regione Emilia-Romagna.

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:29)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Patologia malformativa congenita dell'arto superiore PDTA

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Patologie dell'arto superiore (patologie traumatiche polso) PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: ***Positivo se inferiore a***
Range: ***Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 40,86 12M. 2018: 24,58

franchini.filippo (28/05/2019 12:05:22)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:28)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:16)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,25 12M. 2018: 0,30

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 68,92 12M. 2018: 79,28

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 458,00 12M. 2018: 196,00

DRG 008 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 7,00 12M. 2018: 4,00

DRG 503 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 134,00 12M. 2018: 57,00

DRG 538 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 113,00 12M. 2018: 49,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 152.978,19 12M. 2018: 177.858,85

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:28)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 107.923,20 12M. 2018: 114.491,00

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:43)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: 70/Settimanali Visita Ortopedica

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1680.00; Intermedio se > 1599.36; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (04/10/2019 10:35:10)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:30)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:56)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Tenuta cartella clinica DO: grado di adesione alle linee guida

Target: >= 80%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 15:04:46)

PROPOSTE:

Le UU.OO saranno valutate sulla base dei controlli sul grado di adesione alle linee guida per la corretta tenuta della cartella clinica effettuati con check list sulle cartelle di DO.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Farmaci a Rimborso FED

Target: + 50.000 €

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (16/05/2019 16:23:07)

PROPOSTE:

per farmaco IDELVION somministrato a paziente emofilico.

Totale Beni Sanitari

Target: - 200.000 €

Criterio val.: ***Positivo se cala almeno di***
Range: ***Positivo se < 190000.00; Intermedio se < 199120.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.728.461,52 12M. 2018: 3.262.015,41

franchini.filippo (16/05/2019 16:24:14)

PROPOSTE:

Obiettivo RER: - 200.000€ per protesica d'anca

Monitorare il costo medio/paziente

Farmaci FAR

- 200.000 €

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 49.545,50 12M. 2018: 63.285,12

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

- 200.000 €

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.465,25 12M. 2018: 4.195,74

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

- 200.000 €

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 4.265,00 12M. 2018: 3.505,73

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

- 200.000 €

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.661.223,96 12M. 2018: 3.164.889,73

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DIPARTIMENTO DI LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA

Anatomia e Istologia Patologica

Scheda validata da **maiorana.antonino** il *24/07/2019* alle *15:15:55*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.875.382,69 12M. 2018: 4.752.628,49

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.475.299,92 12M. 2018: 4.309.731,61

Valorizzazione Ambulatoriale per Interni

Target: = 2018

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 944.658,96 12M. 2018: 1.433.578,40

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:30)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;

2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:29)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:16)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

FLUSSI INFORMATIVI

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.329.646,91 12M. 2018: 1.382.468,91

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 52,66 12M. 2018: 23,72

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.320.507,08 12M. 2018: 1.370.020,37

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 9.087,17 12M. 2018: 12.225,95

Microbiologia Clinica

Scheda validata da **sarti.mario** il *26/09/2019* alle *11:05:49*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.016.039,11 12M. 2018: 1.133.128,88

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 823.415,50 12M. 2018: 875.942,38

Valorizzazione Ambulatoriale per Interni

Target: = 2018

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.820.963,10 12M. 2018: 1.885.872,85

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:30)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;

2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:29)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:16)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

FLUSSI INFORMATIVI

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.160.619,85 12M. 2018: 3.757.855,69

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 988,66 12M. 2018: 814,31

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 123,22 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.150.380,17 12M. 2018: 3.741.846,02

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 7.707,09 12M. 2018: 14.314,78

Diagn.Avanz.Infez.Fungine Invasive

Scheda validata da **blasi.elisabetta** il *22/07/2019* alle *15:57:29*

ECONOMICA PRODUZIONE

Volume attività: n. campioni analizzati con metodica T2-MR

Target: 80/anno

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

blasi.elisabetta (22/07/2019 10:02:45)

PROPOSTE:

L'attività prevede l'arruolamento, da parte dei clinici di riferimento, di pz con sospetta candidiasi invasiva; un totale di 80 campioni di sangue devono essere raccolti e successivamente analizzati mediante T2-MR.
L'attività verrà articolata in fasi:
-selezione dei casi, acquisizione del consenso ed arruolamento
- prelievo di sangue dedicato e congelamento presso la Microbiologia Clinica del Policlinico
- processazione dei campioni e indagini molecolari mediante sistema T2-MR
- valutazione della performance della piattaforma T2-MR rispetto al percorso diagnostico di routine e confronto con i dati clinici

CONTRODEDUZIONI:

L'arruolamento dei pazienti da parte dei Clinici di riferimento è iniziato in giugno; come previsto dal protocollo, i campioni biologici raccolti vengono inviati al Lab di Microbiologia Clinica, che provvede a catalogarli e stoccarli.

TIMELINE

2019-06-01 / 2019-10-31
[prof. Blasi]: Selezione e congelamento dei campioni

2019-11-01 / 2019-11-30
[prof. Blasi]: Analisi di laboratorio

2019-12-01 / 2019-12-31
[prof. Blasi]: Valutazione performance

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

blasi.elisabetta (22/07/2019 10:10:42)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datato e firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

punto (2) Bingo: N.A: (non applicabile al presente programma)

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

blasi.elisabetta (22/07/2019 10:40:11)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-

epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

CONTRODEDUZIONI:

N.A.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

blasi.elisabetta (22/07/2019 10:36:57)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

N.A.

FLUSSI INFORMATIVI

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 22.000 €

Criterio val.: ***Positivo se inferiore a***
Range: ***Positivo se < 22000.00; Intermedio se < 23056.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.418,75 12M. 2018: 19.476,08

blasi.elisabetta (22/07/2019 10:09:04)

PROPOSTE:

Acquisizione della piattaforma T2MR (strumentazione e beni sanitari) allo scopo di implementare il percorso diagnostico-assistenziale nei casi di sospetta infezione invasiva da Candida.

Acquisto di kit per la ricerca di DNA di Candida direttamente nel sangue del paziente

CONTRODEDUZIONI:

Come stabilito nel protocollo, la piattaforma T2MR verrà acquisita una volta raccolto un congruo numero di campioni da saggiare; i kit verranno acquistati, in base al preventivo concordato con la ditta fornitrice.

La spesa assegnata a questo centro di costo (Euro 2.548.03) nel primo trimestre 2019 è, di fatto, relativa al budget 2018.

= 22.000 €

Farmaci FAR

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 61,97

= 22.000 €

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

= 22.000 €

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.418,75 12M. 2018: 18.753,71

= 22.000 €

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 109,29

Tossicologia e Farmacologia Clinica

Scheda validata da **tomasi.aldo** il *17/07/2019* alle *11:54:35*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 169.813,50 12M. 2018: 167.567,64

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 126.050,86 12M. 2018: 124.373,90

Valorizzazione Ambulatoriale per Interni

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 78.406,25 12M. 2018: 79.089,00

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:30)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;

2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:29)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:16)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

FLUSSI INFORMATIVI

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

tomasi.aldo (17/07/2019 11:52:25)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

CONTRODEDUZIONI:

I laboratorio non emette impegnative, quindi questa sezione non rileva.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 129.216,60 12M. 2018: 150.100,28

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 12,22 12M. 2018: 22,90

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 127.783,65 12M. 2018: 149.499,64

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.291,47 12M. 2018: 577,74

Virologia e Microbiologia Molecolare

Scheda validata da **pecorari.monica** il *22/07/2019* alle *13:44:38*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.560.060,06 12M. 2018: 2.834.716,68

pecorari.monica (19/07/2019 13:46:17)

CONTRODEDUZIONI:
Di fatto non potranno che essere corrisposte tutte le richieste che perverranno alla Struttura.

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.793.295,96 12M. 2018: 2.060.793,41

Valorizzazione Ambulatoriale per Interni

Target: = *2018*

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 953.189,55 12M. 2018: 1.235.904,25

pecorari.monica (19/07/2019 13:47:02)

CONTRODEDUZIONI:
Di fatto non potranno che essere corrisposte tutte le richieste che perverranno alla Struttura.

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:30)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:29)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo

eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: *>=1*

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:16)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

FLUSSI INFORMATIVI

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: *0*

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: *> 50%*

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla

struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 13.856,50 12M. 2018: 16.117,58

pecorari.monica (19/07/2019 13:50:35)

CONTRODEDUZIONI:

I costi complessivi dei beni utilizzati sono diretta funzione della committenza quali-quantitativa dei richiedenti prestazioni di laboratorio. In questi anni si è verificato un costante aumento delle richieste, sia per quantità che complessità, pertanto è più che ragionevole aspettarsi anche per il corrente anno un incremento della spesa complessiva con un trend almeno simile agli anni precedenti.

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 13.856,50 12M. 2018: 16.117,58

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Laboratorio Analisi Chimico-cliniche

Scheda validata da **campioli.daniele** il *26/07/2019* alle *18:09:50*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 6.373.922,63 12M. 2018: 8.110.351,27

campioli.daniele (25/07/2019 10:59:39)

CONTRODEDUZIONI:

In questa scheda sono riportati, secondo noi, i dati di valorizzazione comprendenti sia il laboratorio analisi chimico cliniche che il laboratorio di Genomica Medica. Dai dati presenti su MARS in cui le due strutture sono considerate separatamente la valorizzazione per esterni di questo laboratorio nei primi 5 mesi del 2019 segna un +0.63 % rispetto allo stesso periodo del 2018.

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.253.094,93 12M. 2018: 6.216.668,22

Valorizzazione Ambulatoriale per Interni

Target: = 2018

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.265.407,05 12M. 2018: 5.359.939,85

campioli.daniele (25/07/2019 11:01:49)

CONTRODEDUZIONI:

In questa scheda il dato riportato corrisponde a quello presente su MARS

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

masinelli.stefania (16/05/2019 12:14:30)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:29)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:16)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

FLUSSI INFORMATIVI

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.880.248,67 12M. 2018: 3.178.599,29

campioli.daniele (25/07/2019 11:14:46)

CONTRODEDUZIONI:

I dati riportati in questa scheda non corrispondono a quelli del nostro controllo interno. Forse anche qui sono stati considerati insieme i dati del centralizzato e della genomica. In questo caso nel nostro controllo interno risulta un +0.5% e su MARS viene riportato un +3.51%. Non si capisce bene quale sia il dato corretto

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 193,80 12M. 2018: 170,16

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.876.774,18 12M. 2018: 3.175.581,35

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.943,47 12M. 2018: 2.431,62

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

SERVIZIO PER L'INTEGRAZIONE TECNICO-AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA

Scheda validata da **donati.ferdinando** il *11/07/2019* alle *16:32:57*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (09/07/2019 14:37:10)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Per L'Integrazione Tecnico - Amministrativa Ospedaliera]: Provvedimenti dirigenti - Elenchi delle determine dirigenziali

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:

- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

INTEGRAZIONE CON D.S.

Formalizzazione accordi con AUSL - Altri scambi

Target: Evidenza della formalizzazione degli accordi

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 15:19:05)

PROPOSTE:

Gestione e documentazione tecnica e contabile dei servizi forniti ad Ausl

Formalizzazione accordi attivi con Ospedale di Sassuolo SpA e altre aziende sanitarie

Target: Evidenza della formalizzazione degli accordi

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 15:21:15)

PROPOSTE:

Gestione e documentazione tecnica e contabile dei servizi forniti ad altre aziende sanitarie

Formalizzazione accordi per l'esercizio delle diverse forme della libera professione

Target: Evidenza della formalizzazione degli accordi

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 15:22:53)

PROPOSTE:

Gestione e documentazione tecnica e contabile delle forme particolari di libera professione regolate da convenzioni

PIANO INVESTIMENTI

Programmazione e pianificazione degli investimenti per il rinnovo degli impianti AGV

Target: Evidenza dalla analisi del fabbisogno

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 15:25:47)

PROPOSTE:
Valutazione entità investimento su esercizio 2020

FORMAZIONE

Partecipazione agli incontri di staff della DS

Target: 90% presenze

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 15:26:55)

PROPOSTE:
Allineamento con attività e progetti di DS

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Monitoraggio dei flussi informativi di contabilità e bilancio dei contratti attivi in collaborazione con SAAO

Target: 100% fatture emesse per le convenzioni attive

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 15:30:46)

PROPOSTE:
Implementazione e monitoraggio dell'invio dei flussi dati verso i sistemi di contabilità e bilancio

Definizione degli accordi con società scientifiche e altri soggetti esterni per l'utilizzo di spazi, attrezzature, sale

Target: Evidenza della formalizzazione degli accordi

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 15:31:56)

PROPOSTE:
Attività richieste in collaborazione con i servizi in staff dalla procedura aziendale specifica

Riorganizzazione del servizio di vigilanza e guardiania per OCB

Target: Avvio della nuova organizzazione

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 15:33:00)

PROPOSTE:
Analisi del servizio e riprogrammazione delle attività del servizio di vigilanza e guardiania per OCB

Definizione in accordo con SUAL dei contenuti degli accordi per affidamento esterno di servizi (elisuperficie, spazio acquatico, asilo nido)

Target: Evidenza della formalizzazione degli accordi

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 15:34:01)

PROPOSTE:
Analisi del servizio e stesura dei contenuti dei servizi affidati all'esterno

OBIETTIVI DI AREA

Liquidazione fatture per servizi, forniture, lavori, prestazioni acquisite dal contratto di Concessione di OCB (SESAMO)

Target: 100% fatture liquidate entro la scadenza

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 15:35:05)

PROPOSTE:
Valutazione quali-quantitativa del servizio fornito e adempimenti contabili conseguenti

Monitoraggio e definizione della partizione degli oneri relativi ai servizi forniti alle aree di OCB in gestione Ausl

Target: Evidenza dell'allineamento della partizione

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 15:36:42)

PROPOSTE:
Addebito ad Ausl dei servizi forniti nelle aree OCB in gestione Ausl

Definizione dei contenuti per la revisione degli ATAGES del contratto di

Target: Evidenza della proposta di articolazione dei servizi

concessione (SESAMO) in accordo con DSO (obiettivo pluriennale)

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 15:38:26)

PROPOSTE:

Revisione dei documenti ATAGES dei servizi di unità di degenza, lavanolo, sanificazione e pulizie, vigilanza(call center/reception.

SEGRETERIA GENERALE

Scheda validata da **vandelli.carmen** il *22/10/2019* alle *09:00:09*

FLUSSI INFORMATIVI

Redazione del Nuovo Atto Aziendale

Target: Sì/No

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (10/07/2019 11:11:51)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-12-31
[Segreteria Generale]: Atti generali - Riferimenti normativi su organizzazione e attività

2019-01-01 / 2019-12-31
[Segreteria Generale - Ufficio Legale e del Contenzioso]: Incarichi di difesa in giudizio

2019-01-01 / 2019-12-31
[Segreteria Generale]: Provvedimenti organi indirizzo politico - Elenchi deliberazioni della Direzione Aziendale

2019-01-01 / 2019-12-31
[Segreteria Generale]: Provvedimenti dei dirigenti - Elenchi delle determine dirigenziali

2019-01-01 / 2019-12-31
[Segreteria Generale]: Atti generali - Atti amministrativi generali

2019-01-01 / 2019-12-31
[Segreteria Generale - Ufficio procedimenti disciplinari]: Atti generali - Codici disciplinari

2019-01-01 / 2019-12-31
[Segreteria Generale]: Atti generali - Organi di indirizzo politico - amministrativo, indicazione dei soggetti che compongono la Direzione Aziendale

2019-01-01 / 2019-12-31
[Segreteria Generale]: Atti generali - Articolazione degli uffici. Dati e documenti di organizzazione aziendale

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità".*

In particolare, i dirigenti:

- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

INTEGRAZIONE CON D.S.

Implementazione Procedura di Gestione Diretta dei Sinistri

Target: *Sì/No*

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (15/05/2019 13:46:54)

PROPOSTE:

Implementazione della procedura di gestione diretta dei sinistri attraverso un'Istruzione Operativa di reclutamento dei consulenti specialisti.

FORMAZIONE

Corsi specifici in merito all'Anticorruzione, al Procedimento disciplinare ed alla Privacy

Target: *Sì/No*

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Adozione del Manuale per la gestione documentale Aziendale

Target: *Sì/No*

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SERVIZIO BILANCIO E FINANZE

Scheda validata da **gualmini.monica** il *04/11/2019* alle *09:57:00*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (09/07/2019 14:37:10)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Bilancio e Finanze]: Provvedimenti dirigenti - Elenchi delle determine dirigenziali

2019-01-01 / 2019-09-01
[Servizio Bilancio e Finanze]: Bilancio preventivo e consuntivo in forma integrale con tabelle allegate

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Bilancio e Finanze]: IBAN e pagamenti informatici

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Bilancio e Finanze]: Dati sui pagamenti

2019-12-31 / 2019-12-31
[Servizio Bilancio e Finanze]: Società partecipate - Grafico delle partecipazioni in società

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Bilancio e Finanze]: Indicatore di tempestività dei pagamenti - dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati

2019-12-31 / 2019-12-31
[Servizio Bilancio e Finanze]: Ammontare complessivo annuale dei debiti e numero delle imprese creditrici

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.

Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che *"sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità".*

In particolare, i dirigenti:

- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

FLUSSI INFORMATICI

Invio trimestrale tabelle riferite ai pagamenti delle transazioni commerciali

Target: 100% rispetto scadenza

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Compilazione schemi di bilancio

Target:
almeno 90% di coerenza con RER

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Avvio collegamento informatico casse / contabilità generale

Target:
almeno 90% del percorso completato

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI STRUTTURA

a. Tenuta contabilità commerciale

Target:
100% adempimenti richiesti

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Fatturazione elettronica attiva verso privati

Target:
Avvio nei tempi stabiliti dalla norma

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > 0.00; Intermedio se > -5.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI AREA

Definizione pre-consuntivo e sua formalizzazione entro 31/1/2020

Target:
100% rispetto scadenza regionale

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Partecipazione percorso di avvicinamento al GAAC

Target:
almeno 90% di partecipazione alle convocazioni e 100% adeguamento alle richieste del gruppo GAAC

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Rispetto tempi di pagamento

Target:
tempi di pagamento inferiori ai 60 giorni ad ogni trimestre e nel totale annuo.

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SERVIZIO APPALTI E ACQUISTI

Scheda validata da **farina.eugenio** il *06/11/2019* alle *18:29:21*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (09/07/2019 14:37:10)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Appalti e Acquisti]: Provvedimenti dirigenti - Elenchi delle determine dirigenziali

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Appalti e Acquisti]: Bandi di gara e contratti - Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare- Delibere a contrarre nei casi di procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando di gara

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:

- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

FLUSSI INFORMATICI

IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA UNICO REGIONALE PER LA GESTIONE INFORMATIZZATA DELL'AREA AMMINISTRATIVO CONTABILE (GAAC)

Target: Adottare un modello organizzativo per le fasi di liquidazione dell'incentivo previsto dall'articolo 113 del codice appalti per servizi e forniture

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ATTIVAZIONE DELLA GESTIONE INFORMATIZZATA DEI MAGAZZINI DI REPARTO

Target: Attivare nelle unità operativa a più elevato consumo di dispositivi ad alto costo, la gestione informatizzata delle scorte di reparto, attraverso i così detti "magazzini informatizzati di reparto"

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

INTEGRAZIONE CON D.S.

ATTIVAZIONE DI TAVOLI TECNICI PER L'ANALISI DEI COSTI CONNESSI ALL'UTILIZZO DI DISPOSITIVI AD ALTO COSTO

Target: Attivare incontri o flussi informativi volti a supportare la direzione sanitaria nelle valutazione della spesa per dispositivi ad alto costo

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PIANO INVESTIMENTI

RISPETTO DEL PIANO DEGLI INVESTIMENTI 2019 CON RIFERIMENTO AD ATTREZZATURE ELETTROMEDICALI ED INFORMATICHE

Target: Avvio e conclusione nei tempi definiti delle procedure di appalto connesse all'acquisizione di attrezzature biomedicali ed informatiche

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FORMAZIONE

ATTIVAZIONE DI CORSI DI FORMAZIONE DI AREA VASTA IN VISTA DELLE MODIFICHE DEL CODICE APPALTI E DELL'ADOZIONE DEL NUOVO REGOLAMENTO IN SOSTITUZIONE DELLE LINEE GUIDA ANAC

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ATTIVAZIONE DI CORSI FORMATIVI DI AREA VASTA PER L' UTILIZZO DEL NUOVO SOFTWARE DI GESTIONE DEL MASTERPLAN 2019/2020

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI STRUTTURA

CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI

Target: Garantire nel 2019 un livello di centralizzazione pari ad almeno l' 82% del totale acquisti

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

RISPETTO DEL MASTERPLAN 2019/2020

Target: rispettare la programmazione degli appalti previsti nel documento di programmazione 2019/2020

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA SATER

Target: Avviare un numero di procedure sul SATER pari al target posto dalla DGR 2019

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

INCREMENTO DEGLI ORDINATIVI TRAMITE NOTIER

Target: Emettere ordini tramite il nodo telematico regionale per una percentuale sul totale ordini pari al target definito dalla DGR 2019

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ADOZIONE DI UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO PER I CONTROLLI CENTRALIZZATI DI AREA VASTA

Target: Adottare un regolamento di Area Vasta per la gestione "a rete" dei controlli sulle autodichiarazioni rese in sede di partecipazione alle gare di appalto

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ADOZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DELL' INCENTIVO EX ARTICOILO 113 DEL CODICE APPALTI

Target: Adottare un modello organizzativo per le fasi di liquidazione dell'incentivo previsto dall'articolo 113 del codice appalti per servizi e forniture

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SERVIZIO I.A. AMMINISTRAZIONE PERSONALE

Scheda validata da **saponea** il *22/10/2019* alle *12:44:05*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (12/07/2019 11:20:59)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Provvedimenti dei dirigenti - Elenchi delle determine dirigenziali

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Incarichi e rapporti di consulenza e collaborazione (estremi atto conferimento incarico, curriculum incaricato, compensi)

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Incarichi amministrativi di vertice(estremi atto conferimento incarico, curriculum, compensi)

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Conferimento incarichi dirigenziali (estremi atto conferimento, indicazione, durata,curriculum)

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Posizioni Organizzative - Elenco P.O., Curricula titolari incarichi

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Ammontare complessivo dei premi - Importi complessivirisorse destinate alla performance

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Tassi di assenza - Tassi di assenza del personale, suddiviso per strutture

2019-12-31 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Dotazione organica - Conto annuale del personale

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Personale non a tempo indeterminato - elenco personale non a tempo indeterminato, costo complessivo

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti - elenco incarichi con indicazione di durata e compenso

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Concorsi - Bandi di concorso e avvisi per il reclutamento del personale

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Contrattazione collettiva - consultazione dei contratti collettivi nazionali

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Contrattazione integrativa - accordi integrativi aziendali con indicazione dei costi

2019-12-31 / 2019-12-31
[Servizio I.A. Amministrazione Personale]: Dati relativi ai premi - criteri definiti nel sistema performance per trattamento accessorio

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:
- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

FLUSSI INFORMATICI

Report quadrimestrale per Direzione e Strutture Complesse su ferie e dati orari

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Report semestrale su straordinario per la DPS

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Report semestrale su riposo giornaliero per DS, DA e DPS

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

INTEGRAZIONE CON D.S.

Interfaccia con la DS per l'alimentazione costante del report relativo alla attribuzione degli incarichi

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FORMAZIONE

N. 1 corso di formazione rivolti alla Direzione Sanitaria e ai titolari di strutture complesse su procedure di selezione, concorsi, assunzioni; istituti contrattuali

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

N. 2 corsi di formazione/informazione rivolti ai coordinatori sugli aspetti gestionali con riguardo agli istituti contrattuali e sullo stato di avanzamento di WHR TIME

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Corsi di formazione per valutatori nella procedura PEO

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Corsi di formazione sul Codice di Comportamento rivolti ai responsabili di Struttura complessa

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Attività prodromiche alla cessazione del regime di assegnazione temporanea

Target:
-Attivazione entro settembre 2019 del processo di confronto con le OOSS in merito alla cessione del ramo di azienda;
-Rideterminazione della dotazione organica;
-Rideterminazione dei fondi contrattuali

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Implementazione delle procedure di WHR TIME sia economiche che giuridico-amministrative

Target: Presidio dell'attività necessaria alla migrazione dati relativi ai cartellini, buste paga, carriere, etc.

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Modulo concorsi di WHR TIME

Target: Implementazione

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Applicazione CIA dell'AOU al personale di Baggiovara in tema di orario di lavoro

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Armonizzazione dei trattamenti economici con particolare riguardo alla produttività e risultato

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Implementazione certificazioni incarichi dirigenziali e incarichi funzionali

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

Scheda validata da **barbieri.paolo** il *16/07/2019* alle *17:06:22*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (09/07/2019 14:37:10)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-12-31
[Comunicazione e Informazione]: Provvedimenti dei dirigenti - Elenchi delle determinazioni dirigenziali

2019-01-01 / 2019-12-31
[Comunicazione e Informazione]: Carta dei servizi e standard di qualità

2019-01-01 / 2019-12-31
[Comunicazione e INformazione]: Servizi in Rete

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che *"sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità".*

In particolare, i dirigenti:
- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

FLUSSI INFORMATICI

Nuovo software regionale Kbowledge base-numero verde regionale e nuova piattaforma aziendale IAP

Target: - Realizzare e coordinare il sistema unico aziendale per la gestione informatizzata dell'area dell'INFORMAZIONE (prestazioni, sedi di erogazione, modalità di accesso) conforme e interfacciabile con la nuova banca dati Knowledge base-numero verde regionale (comunicazione regionale maggio 2018) e il portale aziendale. Assicurare l'allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche regionali. L'ambiente è stato creato nel 2018, ora occorre terminare la scrematura dei dati, e collegarli agli applicativi aziendali.

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 16:14:38)

PROPOSTE:

• Presenza Iap negli applicativi aziendali • 80% delle informazioni inserite

Inserimento nuova sezione del portale web dedicata alle sperimentazioni

Target: Realizzare e pubblicare la nuova sezione del portale web dedicata alle sperimentazioni

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 16:15:58)

PROPOSTE:

Pubblicazione on-line dell'applicativo

INTEGRAZIONE CON D.S.

Carte dei servizi

Target: Progettare e gestire in accordo con la Ds, stampare e rendere disponibili in tutti i reparti, le carte dei servizi/accoglienza coerenti ai nuovi modelli assistenziali ospedalieri, comprensive di standard di qualità (in linea con i nuovi requisiti di accreditamento gr 1943 del 4 dicembre 2017), organizzate per dipartimenti, strutture complesse e servizi. L'esigenza di un più capillare presidio cartaceo di questi strumenti comunicativi deriva dalle indicazioni della verifica di Accreditamento 2018 e dalla recente indagine di Customer Satisfaction.

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 16:17:32)

PROPOSTE:

Indicatore di riferimento: 70% di reparti con carta dei servizi aggiornata ed esposta Risultato atteso: stampa della carta dei servizi e sua esposizione

PIANO INVESTIMENTI

Spostamenti reparti al Policlinico

Target: Puntuale comunicazione dei diversi spostamenti seguiti all'inaugurazione dei 5 lotti, sia dal punto di vista della comunicazione stampa

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

• Intitolazione della Neurologia al dottor Luciano Mavilla

Target: Conferenza stampa, brochure, strumenti di comunicazione digitale e cartacea

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

• Intitolazione Spazio Scuola a Grossi

Target: Conferenza stampa, brochure, strumenti di comunicazione digitale e cartacea

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FORMAZIONE

Social Media Policy

Target: Organizzazione di due incontri sul tema della Social media policy, una volta assegnato il servizio di Social Media Management tramite la gara in corso, in quanto la formazione costituisce uno dei requisiti della gara.

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 16:20:06)

PROPOSTE:

- Indicatore di riferimento: Numero di partecipanti
- Risultato atteso: 50% dei coordinatori infermieristici, portare la Social Media Policy a conoscenza del più ampio numero di dipendenti possibile, attraverso strumenti digitali e cartacei.

OBIETTIVI DI STRUTTURA

1 Volontariato

Target: --

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Elezioni del nuovo direttivo CCM

--

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Progettazione e produzione nuovo materiale informativo – conoscitivo del PUV e del CCM

--

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Mappatura delle associazioni in AOU e con conseguente produzione di materiale comunicativo di supporto

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

2- Comunicazione pubblica e sviluppo Social

Target: • Consolidare il presidio costante e strategico dell'AOU sui Social Media, sbarcando anche su Instagram, social media molto seguito dagli under 30. • Favorire la crescita interna dell'AOU e delle competenze in ambito social • Diffondere all'interno nuove competenze

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 16:52:28)

PROPOSTE:

Indicatori di riferimento:
• Facebook e Twitter: Fan Base: aumento del pubblico dei canali sociale esistenti;
• Instagram: sbarco sul canale e costruzione della prima “fan base”.
• Copertura: aumento degli utenti social raggiunti dai post;
• Engagement: aumento dell’interazione dei fan con i post della pagina
• Predisposizione di una Social media Policy aziendale
Risultato atteso:
• Instagram o Fan Base: +50% o Copertura: +50% o Engagement: +50%
• Facebook o Fan Base: +30% o Copertura: +30% o Engagement: +30%
• Presenza apertura profilo Instagram
• Presenza di una Social media Policy aziendale

3- Innovazione Ospedaliera

Target: Potenziare le conoscenze e la diffusione dei benefici derivanti dal una maggiore integrazione sanitaria tra i 2 ospedali in termini di sicurezza e qualità prestazioni, continuità assistenziale, efficienza organizzativa: • PDTA: materiale sui nuovi percorsi • Orientarsi nelle strutture. Nuova mappa del Policlinico, al termine dei trasferimenti • Progettazione della segnaletica per i parcheggi di Baggiovara • Note informative liste di attesa • Percorsi di ricerca applicata alla clinica (come ad esempio il programma di Terapie Mirate)

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (11/07/2019 16:54:13)

PROPOSTE:

Indicatori di riferimento:
• Produzione del materiale
Risultato atteso:
• Comunicati stampa sul tema: 1 comunicato stampa per argomento
• Newsletter aziendale: 1 articolo per argomento
• Materiale informativo per pazienti: 1 informativa per argomento
• Social Media: racconto delle modifiche

4- Piattaforme web

Target:

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Definire le competenze tecnico specialistiche necessari e i livelli di responsabilità per la gestione del sito web e la sostenibilità complessiva del portale (formazione e attivazione rete dei referenti) . Garantire una coerente interfaccia con il nuovo software regionale numero verde.

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT GDPR (regolamento UE 2016/679): consentire ai cittadini, ai collaboratori esterni (fornitori) e ai dipendenti di reperire tutte le informazioni relative alla privacy e al nuovo regolamento GDPR

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

CONTROLLO DI GESTIONE

Scheda validata da **franchini.filippo** il *03/10/2019* alle *11:09:18*

EFFICIENZA

Tempestività Reporting

Target: >= 80% entro 15 giorni

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 80.00; Intermedio se > 75.20; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (21/08/2019 11:29:58)

PROPOSTE:

Pubblicazione della reportistica mensile MARS e WB entro 15 giorni dalla chiusura del periodo nell'80% della casistica 2019

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (09/07/2019 14:37:10)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-03-30
[PIANO delle AZIONI]: Piano annuale delle azioni

2019-01-01 / 2019-06-30
[RELAZIONE sulla PERFORMANCE]: Relazione sulla performance compresi indicatori art. 1, comma 522 legge stabilità 2016

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che *"sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità".*

In particolare, i dirigenti:
- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

INTEGRAZIONE CON D.S.

Dashboard obiettivi RER

Target: Attivazione

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (21/08/2019 11:30:08)

PROPOSTE:

Studio, realizzazione ed attivazione di un cruscotto aziendale deputato al monitoraggio degli obiettivi regionali riconducibili a Piano della Performance e DRG di programmazione
---
Attenzione
Le fasi dell'obiettivo sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-03-31
[ANALISI]: Studio della base dati RER

2019-02-15 / 2019-06-30
[CRUSCOTTO MARS]: Attivazione sezione Mars

2019-07-01 / 2019-11-30
[DASHBOARD]: Rilascio cruscotto e test con DS

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Progetto Sviluppo Ufficio DRG

Target: 4 obiettivi declinati nella TimeLine

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***

Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (20/08/2019 17:18:15)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-06-30
[CONTROLLI ESTERNI]: 90% delle cartelle disponibili su CartelleMO entro 30 giorni dalla richiesta trimestrale AUSL

2019-01-01 / 2019-03-31
[RIENTRO SDO]: Attivazione Modulo MARS

2019-01-01 / 2019-12-31
[CONTROLLI INTERNI]: Controlli interni PAC: minimo 5% pazienti dimessi

2019-01-01 / 2019-12-31
[CONTROLLO DOCUMENTAZIONE SANITARIA]: 2% SDO controllate / Totale Dimessi

Progetto Valutazione della Performance

Target: 4 obiettivi declinati nella TimeLine

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media pesata su priorità)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (20/08/2019 17:18:23)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-03-31
[VAL. INDIVIDUALE 2018 - consuntivo]: 50% schede 2018 attivate per compilazione valutazione online / totale dirigenti in servizio

2019-01-01 / 2019-03-31
[VAL. INDIVIDUALE 2019 - preselezione]: 50% schede 2019 attivate per preselezione items / totale dirigenti in servizio

2019-01-01 / 2019-03-31
[VAL. INCARICHI 2018]: 50% schede 2018 attivate per compilazione valutazione online / totale incarichi in servizio

2019-01-01 / 2019-02-15
[Perf. ORG.VA mens.]: attivazione scheda di valutazione

OBIETTIVI DI AREA

Progetto PEO

Target: Attivazione software per gestione online procedura PEO

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*

Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (20/08/2019 17:18:53)

PROPOSTE:

Realizzazione di un modulo integrato online a supporto del processo di valutazione individuale del personale del comparto, finalizzato al processo di attribuzione delle Progressioni Economiche Orizzontali (PEO).

Attenzione
Le fasi dell'obiettivo sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-05-30 / 2019-07-30
[ANALISI]: Studio e analisi stato dell'arte

2019-07-01 / 2019-08-30
[Realizzazione software]: Realizzazione modulo Pierino PEO

2019-09-01 / 2019-09-30
[Formazione]: Formazione

2019-09-15 / 2019-10-05
[AVVIO]: Rilascio software

SERVIZIO ATTIVITA' TECNICHE E PATRIMONIALI

Scheda validata da **bertacchi.alessandro** il *22/10/2019* alle *17:30:34*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Rispetto adempimenti mediante predispozione ed aggiornamento dati oggetto di pubblicazione nella sezione dedicata alla trasparenza (tabella obblighi di pubblicazione parte del piano anticorruzione)

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (23/05/2019 10:43:44)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Attività Tecniche e Patrimoniali]: Provvedimenti dirigenti - Elenchi delle determine dirigenziali

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Attività Tecniche e Patrimoniali]: Incarichi conferiti dal Servizio Attività Tecniche e Patrimoniali

2019-01-31 / 2019-01-31
[Servizio Attività Tecniche e Patrimoniali]: Bandi di gara e contratti - Obblighi di pubblicità

2019-12-31 / 2019-12-31
[Servizio Attività Tecniche e Patrimoniali]: Elenco immobili e canoni di locazione o affitto

2019-12-31 / 2019-12-31
[Servizio Attività Tecniche e Patrimoniali]: Patrimonio Immobiliare

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:

- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

FLUSSI INFORMATICI

Aggiornamento e utilizzo delle due licenze software per l'effettuazione dei calcoli e la progettazione per sistemi di protezione de fulmini secondo la norma: CEI EN 62302 parte 2 e 3

Target: Acquisto

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (05/07/2019 11:13:47)

PROPOSTE:
SUAT

Adesione al programma di monitoraggio costi della manutenzione ordinaria regionale: Programma AGENEAS (Biennale 2019/2020) ancora in fase sperimentale

Target: Rispetto dei tempi di monitoraggio RER

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (23/05/2019 10:09:59)

PROPOSTE:
SUAT

INTEGRAZIONE CON D.S.

Flusso informativo con la Direzione Sanitaria, relativo ai numerosi cantieri in atto, in ultimazione e da attivare con programmazione interdisciplinare anche con gli altri servizi tecnici aziendali

Target: incontro periodico con cadenza secondo necessità (mediamente mensile)

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (23/05/2019 08:42:54)

PROPOSTE:
SUAT

PIANO INVESTIMENTI

Ultimazione interventi:INT. 453 EDIFICIO DEL POLICLINICO DI MODENA - CORPO H-D1 INT. 455 EDIFICIO DEL POLICLINICO DI MODENA - CORPO D INT. 449 EDIFICIO DEL POLICLINICO DI MODENA - CORPO G INT. 450 EDIFICIO DEL POLICLINICO DI MODENA - CORPO – E INT. 451 EDIFICIO DEL POLICLINICO DI MODENA - CORPO – C

Target: Ultimazione delle rimanenti aree oggetto di intervento al 30/07/2019.

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (23/05/2019 10:24:37)

PROPOSTE:
SUAT

INTERVENTO APB10- NUOVA STRUTTURA INTEGRATA INTERAZIENDALE DI SENOLOGIA CLINICA E SCREENING MAMMOGRAFICO

Target: Aggiudicazione della gara di appalto ed avvio lavori.

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (23/05/2019 10:26:41)

PROPOSTE:
SUAT

PIANO INVESTIMENTI SCHEDA 2 BIS - EDIFICIO DEL POLICLINICO DI MODENA- CORPI C e D - OPERE GIA ESEGUITE

Target: Ottenimento Liquidazione per € 782.505,91 relativa all'int. 12028 Piano OO PP intervento già eseguito corpi C e D.

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (23/05/2019 10:27:48)

PROPOSTE:
SUAT

FORMAZIONE

Formazione bilancio e flussi finanziari

Target: Pianificare 2/3 incontri di formazione/informazione su: contesto generale - contesto locale - flussi informativi e interconnessione dei dati e delle informazioni (Ove l'Obiettivo sia riproposto dal serv. Bilancio)

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*

Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (23/05/2019 10:30:25)

PROPOSTE:
SUAT

PARTECIPAZIONE, NEI LIMITI DEL BUDGET ASSEGNATO, A CORSI DI AGGIORNAMENTO SPECIFICI PER LA DISCIPLINA TECNICO-AMMINISTRATIVA DEL SETTORE E OCULATEZZA NELLA INDIVIDUAZIONE DELLE PRIORITÀ.

Target: Utilizzo del budget assegnato

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (23/05/2019 10:31:49)

PROPOSTE:
SUAT

OBIETTIVI DI STRUTTURA

CONSOLIDAMENTO STATICO ED ANTISISMICA DI CUI ALL'ORDINANZA 11/2018 DEL 2.05.18- ALLEGATO B1 PAG. 6 -INTERVENTO 12026 (Si ripropone come Biennale 2019/2020 in quanto il Decreto d'assegnazione del Commissario Delegato è stato emanato in data 23/11/2018).

Target: Obiettivo 2019 - Macropianificazione dello scenario da proporre e percorrere con predisposizione del Documento Programmatico.

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (23/05/2019 10:34:03)

PROPOSTE:
SUAT

EFFETTUAZIONE DI COMPLESSO INTERVENTO DI MANUTENZIONE STRAORDINARA AL SECONDO PIANO DEL NBT (Intero comparto operatorio), COORDINANDOSI CON GLI ALTRI SERVIZI AZIENDALI.

Target: Coordinamento con altri Servizi per organizzare ed effettuare l'intervento, nei modi e tempi (Agosto) stabiliti.

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (23/05/2019 10:35:51)

PROPOSTE:
SUAT

REALIZZAZIONE DEL BLOCCO MATERNO INFANTILE

Target: Avvio della procedura di gara per affidamento lavori.

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (23/05/2019 10:37:28)

PROPOSTE:
SUAT

OBIETTIVI DI AREA

Liquidazione Fatture

Target: Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture, come da procedure PAC (35 giorni) --> necessario per raggiungere l'obiettivo regionale: indice di tempestività dei pagamenti = 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (23/05/2019 10:39:34)

PROPOSTE:
SUAT

PROSECUZIONE INTEGRAZIONE CON EX SERV. TECNICO USL

Target: Attività tecnico amministrativa a favore di Az. USL svolta presso la Sede/i USL.

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (23/05/2019 10:40:37)

PROPOSTE:
SUAT

SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

Scheda validata da **garagnanim** il *24/10/2019* alle *09:46:15*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (09/07/2019 14:37:10)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Unico Ingegneria Clinica]: Provvedimenti dirigenti - Elenchi delle determine dirigenziali

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:

- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

Debito informativo RER (Obiettivo RER 4.10.2)

Target:

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PIANO INVESTIMENTI

Stesura programma investimento

Target: Il programma investimenti programmato su un triennio, viene pianificato annualmente e viene costantemente monitorato e aggiornato in relazione anche alle esigenze cliniche emergenti e le segnalazioni dalla direzione Programma realizzato 100% Monitorato e controlli con bilancio 100%

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (29/08/2019 09:48:42)

PROPOSTE:

Principali realizzazioni:

Le principali realizzazioni previste nel 2019:

- OCB: nuove RMN da 1.5T e 3T, TAC del PS, sala ibrida, nuove centrali di monitoraggio.
- Studio fattibilità effettuato per ulteriore TAC e RMN da 1.5T (acquisto 2019)
- installazione nuovo acceleratore lineare e aggiornamento tomotherapy – brachi
- Completamento 5 lotti· Nel 2020 realizzazione nuovo centro diagnostica mammografica

Rendicontazione programmi investimento in corso

Target:

Investimenti 2019 -Deliberati con relativo ordine	€ 1.079.040,66
Investimenti 2019 -Gare concluse da effettuare ordinare	€ 441.402,10
Totale Invest2019	**€ 1.520.442,76**
Totale Invest 2019	€ 1.750.000,00
Budget a disposizione per acquisti 2019	**€ 229.557,24**

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Acquisto SSN dei dispositivi medici (Obiettivo RER 2.16)

Target: • Flusso DiMe maggiore di 95% già nel primo semestre • Flusso DiMe IVD minore di 25%(20%) nel primo semestre Gestito

da Dipartimento Farmaceutico . A fine 2019 parte degli IVD saranno in carico al SUIC per quanto concerne il laboratorio centralizzato. Rendicontazione a refertato

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FORMAZIONE

Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture, come da procedura PAC (35 gg)- necessario per raggiungere l'obiettivo regionale

Target: Indice di tempestività dei pagamenti

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (29/08/2019 09:48:27)

PROPOSTE:

Formazione interna e verso il comparto sanitario in tema di sicurezza all'uso dei Dispositivi Medici

Target: Corso FAD in merito alla vigilanza dei dispositivi medici – Effettuato in collaborazione con il Dip. Farmaceutico Interaziendale Formazione agli operatori sanitari sull'utilizzo delle tecnologie biomediche sia di nuova acquisizione che refresh periodici

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Parco attrezzature installato

Target: Al 30/06/2019 Policlinico –OCB hanno dotazione un totale di tecnologie pari 8400 tecnologie per un costo di acquisto di 130.00.000. Ogni anno quantificazione parco tecnologico con revisione del piano e dei criteri per la riduzione del rischio tecnologico

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Parco attrezzature installato – Software Medicali

Target:
Verifica sistematica della adesione alla normativa e alle indicazioni vigenti.
In fase di implementazione:
- *SW_ Cardiovascolar*
- *SW-Endox (implementato 2019)*
- *SW-Gestione POCT*
- *SW-Tracciabilità in centrale sterilizzazione*

In fase di stesura :Capitolato Anatomia Patologica

Mantenimento in sicurezza e eventuale revisione architettura con nuovi perimetri aziendali:
- *PACS- RIS*
- *LIS*

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Manutenzione – budget

Target: Budget di 9.800.000 euro (circa 7% del parco attrezzature costo di acquisto e 5.5% rispetto al parco attrezzature rivalutato)
Mantenimento o miglioramento indicatori

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Manutenzione – budget Manutenzione – attività

Target: Previste oltre 11.000 richieste di manutenzione nel 2019 suddivise in attività interne (50%) e esterne (50%). Sono previsti per i prossimi anni circa 1000 fuori uso/anno e circa 2000 collaudi /anno. Rendicontazione ogni anno, Il SUIC ha in carico comunque il governo complessivo delle attività e la gestione dei contratti di manutenzione

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Pronta Disponibilità

Target: Pronta Disponibilità provinciale Nuova organizzazione su due livelli

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Sicurezza delle Cure (Obiettivo RER 3.4)

Target: E' a cura del SUIC l'analisi del rischio sul parco tecnologico aziendale e il conseguente piano dei controlli di sicurezza e funzionalità pianificato anno per anno in oltre 4800 controlli/anno. Evidenze Report Piano dei controlli 2019. E' inoltre implementato il flusso informativo sulla segnalazione di incidente relative ai Dispostovi Medici. Gestione software medicali . Revisione annuale di adesione alle normative e indicazioni vigenti in materia di sicurezza . Revisione:documentazione Gestione vigilanza DM N collaborazione con Farmacia

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SERVIZIO TECNOLOGIE DELLA INFORMAZIONE

Scheda validata da **lugli.mario** il *29/10/2019* alle *12:15:45*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (09/07/2019 14:37:10)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Tecnologie dell'Informazione]: Provvedimenti dei dirigenti - Elenchi delle determinazioni dirigenziali

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Tecnologie dell'Informazione]: Opere pubbliche - Programma triennale lavori pubblici, risorse disponibili, copertura finanziaria

2019-01-01 / 2019-03-31
[Servizio Tecnologie dell'Informazione]: Accessibilità e catalogo dei dati, metadati e banche dati - Obiettivi di accessibilità

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Tecnologie dell'Informazione]: Telefono e poste elettronica - Elenco numeri di telefono e caselle di posta elettronica

2019-12-31 / 2019-12-31
[Servizio Tecnologie dell'Informazione]: Opere pubbliche - Collegamento all'Amministrazione che detiene la Banca dati

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.

Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:

- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

Adeguamento sito Internet in termini di accessibilità dei docuemtni pubblicati

Target: Rilevazione documenti pubblicati sul sito Internet non conformi per sotituzione o cancellazione o dichiarazione di indisponibilità di versione accessibile

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Gestione amministrativa KIT sala operatoria integrata in applicativo NFS

Target: Attivazione nuovo modulo per la gestione dei Kit di sala operatoria entro il 31.12.2019

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Attivazione su sito Internet di nuovo portale per la sperimentazione e la ricerca

Target: Attivazione entro 31.12.2019

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SW per Ser. Qualità : Indicatori di performance 2019

Target: collaudo SW quota parte attività 2019 entro 31.12.2019

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Introduzione del modello 3 di AGID tra i sistemi di pagamento per AOUMO

Target: Attivazione delle modalità di pagamento con Modello 3 Agid attraverso integrazione don SW Lepida RUDI, in collaborazione con AUSLMO (Capofila progetto) . Predisposizione progetto ed ordine a Lepida entro 30.11.2019. Attivazione modello 3 da parte di Lepida entro febbraio 2020

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

INTEGRAZIONE CON D.S.

Informatizzazione nuovi day service aziendali

Target: Attivazione gestione informatizzata Day Service endocrinologici e Day Service Neuriti Ottiche entro 31.12.2019

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Attivazione Dorsale Interoprabile con Moduli SAC e DWH per visualizzazione documenti clinici (ESB)

Target: Messa in produzione alle prime unità operative entro ottobre 2019 con raccolta di oltre il 90% dei documenti clinici prodotti dagli applicativi aziendali

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Attivazione nuovo SW per la discussione e verbalizzazione collegiale multidisciplinare e decentrata dei casi (Wezen)

Target: Attivazione almeno 1 gruppo di lavoro entro il 31.10.2019

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Nuovo SW per la gestione delle sale operatorie OCB e OP

Target: Predisposizione quota parte STI capitolato di gara per bando entro il 30.11.2019

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Attivazione e messa in produzione nuovo SW unico di Pronto Soccorso

Target: nuovo SW utilizzato dai PS OCB e OP entro il 30 giugno 2019

(Aurora)

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Realizzazione nuovo disciplinare postazioni di lavoro informatiche e telefoniche

Target: Apporvazione con delibera entro 31.12.2019

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Installazione Infrastruttura server ponte per utilizzo applicativi aziendali con dispositivi non aziendali, in particolare sotto rete UNIMORE

Target: Migrazione entro il 31.12.2019 di almeno il 20% delle postazioni di lavoro universitarie dalla rete AOUMO alla rete UNIMORE per utilizzo della nuova infrastruttura

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Realizzazione di fax-server unico aziendale dedicato ai presidi OCB e OP in sostituzione del sistema AUSLMO in uso nel 2018.

Target: Sostituzione dei fax aziendali, anche in conformità alla normativa privacy e alle direttive per la PA in merito, mediante la realizzazione un dispositivo HW/SW che trasformi qualunque fax in ingresso in una e-mail e che permetta di inviare via mail documenti a fax esterni non pubblici.

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Realizzazione di un sistema HW/SW per l'invio di documentazione clinica a pazienti fuori regione via e-mail in formato criptato, in conformità alla normativa garante privacy

Target: Entro il 30/06/2019 verrà predisposto un sistema che invia automaticante documenti .pdf criptati via mail al paziente, con password di apertura inviata via SMS al telefono cellulare del medesimo paziente

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI AREA

Revisione Sistema Informatico Anatomia Patologica (con SUIC)

Target: Predisposizione documento di progetto per rinnovo applicativo Anatomia Patologica entro 31.12.2019

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Migrazione Sistema RIS PACS installato presso OC (installazione AUSL) ai sistemi disponibili presso Datacenter Policlinico (con SUIC)

Target: Predisposizione documento di progetto di migrazione entro 31.12.2019

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SERVIZIO ATT. AMMINISTRATIVE OSPEDALIERE

Scheda validata da **posa.nicoletta** il *06/11/2019* alle *13:23:22*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (09/07/2019 14:37:10)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-12-31
[Servizio Att. Amministrative Ospedaliere]: Provvedimenti dirigenti - Elenchi delle determine dirigenziali

Elaborazione del nuovo Regolamento LP per la parte amministrativa di competenza del S.A.A.O.

Target: Definire una regolamentazione unica e omogenea della LP per i due stabilimenti della AOU di Modena

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (06/11/2019 12:28:39)

PROPOSTE:

L'obiettivo è definire una regolamentazione unica e omogenea per i due stabilimenti ospedalieri, Policlinico e OCB, adeguando la disciplina della LP al nuovo assetto aziendale che andrà a realizzarsi con la definitiva trasformazione, entro la fine del 2020, dello *status* giuridico del personale assegnato all'OCB. Il documento dovrà recepire le disposizioni normative e contrattuali, in particolare il nuovo CCNL della dirigenza medica in corso di approvazione, e disciplinerà i principali aspetti della LP: principi generali, organizzazione, aspetti economici, controlli. Saranno anche regolamentati aspetti specifici e peculiari della LP all'interno dell'AOU di Modena con indicazioni specifiche e operative relative a singole attività: ricoveri/interventi, perizie e consulenze, consulti domiciliari, aspetti fiscali, altre attività LP, attività di consulenza, Lp occasionale e attività a pagamento, autorizzazione e tariffe.

Gestione del referto "ripetibile" trascorsi 60 giorni dalla sua

Target: Eliminare il referto di esami diagnostici e/o di laboratorio non ritirati dall'utenza trascorsi 60 giorni dalla messa a disposizione dello stesso, purchè sia conservato dall'Azienda in formato

produzione/archiviazione e scarto

elettronico ripetibile

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (06/11/2019 12:29:11)

PROPOSTE:

L'obiettivo è eliminare il dispendio di risorse ed energie in termini lavorativi e materiali e realizzare, nel lungo termine, uno sportello dedicato, che provveda alla stampa solo su richiesta del paziente. L'oggetto è il referto di esami diagnostici e/o di laboratorio che non siano stati ritirati dall'utenza trascorsi 60 giorni dalla messa a disposizione degli stessi e che risultino conservati dall'Azienda in formato elettronico tale da garantirne la piena validità giuridica.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:

- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

FLUSSI INFORMATICI

Integrazione del software POSDEB con PS-DSA-AurigaLT-Libera Professione

Target: Concentrare così all'interno di PosDeb il 100% delle posizioni debitorie di prestazioni erogate mediante i suddetti software

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (06/11/2019 10:00:25)

PROPOSTE:

L'obiettivo da raggiungere è l'integrazione con PosDeb di tutti i software che emettono inviti a pagamento, al fine di concentrare tutte le posizioni debitorie in un unico software: il fine sarà quello di uniformare i moduli di pagamento, seguendo lo standard dettato dalla RER e concentrare così all'interno di PosDeb il 100% delle posizioni debitorie di prestazioni erogate mediante i suddetti software.

Nel corso del 2019 saranno integrati i software di refertazione del Pronto Soccorso, dei Day Service Ambulatoriali, di AurigaLT (SSN e Libera professione) e Recupero Ticket.

Nuovo applicativo di Prenotazione LP – dismissione di Cassanet e applicativi correnti per il collegamento alla nuova piattaforma web

Target: Entro il 31/12/2019 si prevede la prenotazione del 100% delle prestazioni interne utilizzando solo l'unico software.

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (06/11/2019 10:02:53)

PROPOSTE:

L'obiettivo da raggiungere è l'unificazione dei software di prenotazione della libera professione (CassaNet e Libera Professione VB) in un unico software WEB Based. Nel corso del 2019 sarà effettuato lo sviluppo ex novo di un software Web Based, il quale verrà utilizzato per effettuare le prenotazioni di prestazioni in libera professione all'interno dei due stabilimenti, al fine di ottimizzare e concentrare in un unico punto tutta l'attività legata alla libera professione.

Entro il 31/12/2019 si prevede la prenotazione del 100% delle prestazioni interne agli stabilimenti del Policlinico e OCB utilizzando solo l'unico software.

INTEGRAZIONE CON D.S.

Accettazione informatizzata Aree Ambulatoriali:

Target:
Entro il 31/12/2019 si prevede l'accettazione agli sportelli e al totem del 100% delle prestazioni prenotate su CUP Provinciale o in Autogestione su AurigaLT

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (06/11/2019 12:25:41)

PROPOSTE:

L'obiettivo è estendere il sistema di accettazione informatizzata e self-accettazione degli "Ambulatori A" a nuove aree ambulatoriali. Nel corso del 2019 saranno configurate le nuove aree poste al primo piano, Corpo H, con la configurazione di 15 nuovi Ambulatori della U.O. di Otorino e la configurazione di 9 nuovi ambulatori afferenti all'U.O. di Odontoiatria.

Entro il 31/12/2019 è prevista l'accettazione attraverso gli sportelli e il totem per il 100% delle prestazioni prenotate sul programma di CUP Provinciale o in Autogestione su AurigaLT.

DEFAULT - Nefrologia e Centro Trapianti

Entro il 31/12/2019 si prevede l'accettazione agli sportelli e al totem del 100% delle prestazioni prenotate su CUP Provinciale o in Autogestione su AurigaLT

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT - Odontoiatria

Entro il 31/12/2019 si prevede l'accettazione agli sportelli e al totem del 100% delle prestazioni prenotate su CUP Provinciale o in Autogestione su AurigaLT

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT -CTF-COM

Entro il 31/12/2019 si prevede l'accettazione agli sportelli e al totem del 100% delle prestazioni prenotate su CUP Provinciale o in Autogestione su AurigaLT

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Supporto alle procedure di trasferimento degli ambulatori presso la nuova piattaforma ambulatoriale del Policlinico

Target:
Accettazione informatizzata e modifiche alle istruzioni e comunicazioni, nonché sostegno agli uffici informativi

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (06/11/2019 12:27:46)

PROPOSTE:

Il S.A.A.O. collaborerà con gli attori coinvolti nelle attività necessarie per il trasferimento degli ambulatori aziendali presso i nuovi locali, fornendo il proprio contributo in termini organizzativo-gestionali: il riferimento principale saranno l'accettazione informatizzata e le modifiche da apportare alle istruzioni e alle comunicazioni rivolte all'utenza; non da meno, il sostegno degli uffici informativi (es. barriera sportelli, portineria, centralino..) deputati a fornire informazioni complete ai cittadini.

Analisi dei percorsi ambulatoriali per la corretta organizzazione amministrativa di supporto alla D.S. in relazione alla mancanza di offerta/disponibilità – realizzazione del programma informatico di Presa in carico

Target: Sviluppo di un software per la presa in carico di tutte le richieste pervenute agli sportelli CIP per le quali non vi sia immediata disponibilità

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (06/11/2019 12:26:52)

PROPOSTE:

L'obiettivo è garantire la tracciabilità delle richieste di prestazioni per cui non è stata trovata precedentemente disponibilità nelle agende ambulatoriali. Nel corso del 2019 sarà sviluppato un software che permetterà agli operatori di sportello del CIP di entrambi gli stabilimenti della AOU di Modena di prendere in carico le richieste per le quali non vi è immediata disponibilità di posti. Tale software prevederà inoltre l'invio automatico e quotidiano di tutte le richieste pendenti sia ai referenti ambulatoriali sia ai referenti del SAAO.

Entro il 31/12/2019 si prevede la gestione informatizzata del 100% delle agende degli stabilimenti.

Seconda fase del Progetto di riorganizzazione del supporto

Target: Procedere alla fase di analisi e di rilevazione delle attività amministrative, per individuare quelle di carattere prioritario ai

amministrativo all'assistenza sanitaria dell'OCB

Reparti

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (06/11/2019 12:27:23)

PROPOSTE:

Alla prima fase, intrapresa nel 2018, di analisi e rilevazione delle attività delle segreterie di tutti i Reparti e servizi dell'OCB, seguirà nel 2019 un ulteriore approfondimento sulle singole attività per catalogare quelle propriamente amministrative, separandole da quelle con un'impronta più sanitaria e per individuare il supporto amministrativo prioritario per i Reparti.

La seconda fase si concluderà con l'individuazione del modello prescelto per la gestione delle segreterie e delle rispettive competenze nonchè con l'implementazione della fase propedeutica all'avvio del progetto di riorganizzazione dell'attività amministrativa di supporto ai Reparti.

FORMAZIONE

Seconda fase del Progetto Formazione del personale afferente l'area QuiFacile per i procedimenti degli sportelli polifunzionali

Target: Entro il 31/12/2019 formazione omogenea dell'80% di tutti gli operatori dell'area QuiFacile su accettazione/CIP/cassa

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (06/11/2019 12:30:30)

PROPOSTE:

L'obiettivo è quello di rendere operativa al 100% la standardizzazione delle mansioni di sportello. Nel corso del 2019 sarà avviata una sperimentazione volta ad uniformare le competenze degli operatori dell'intera area QuiFacile senza alcuna distinzione tra sportelli Accettazione e sportelli CIP/Cassa. Terminato il periodo di sperimentazione nel maggio 2019, la nuova procedura sarà operativa al 100% al fine di garantire uniformità nei trattamenti e nei tempi di attesa, indipendentemente dalle operazioni da effettuare.

Entro il 31/12/2019 si prevede la formazione la formazione dell'80% degli operatori afferenti all'area.

Formazione rivolta al personale afferente al S.A.A.O. in materia di Codice di comportamento

Target: Formazione ad almeno il 51% del personale S.A.A.O. in materia di Codice di comportamento

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (06/11/2019 12:30:12)

PROPOSTE:

L'obiettivo fissato sarà rivolto a garantire la formazione in tema di Codice di comportamento e principali disposizioni in materia disciplinare di almeno il 51% del personale assegnato al Servizio, dando così attuazione alle principali disposizioni regionali.

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Studio, analisi e progettazione della realizzazione e implementazione degli sportelli polifunzionali dell'area QuiFacile dell'OCB

Target: Fase iniziale del progetto QuiFacile presso l'OCB: centralizzazione dell'accettazione di Radiologia, Neuroradiologia ed Endoscopia digestiva

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (06/11/2019 12:33:23)

PROPOSTE:

Il progetto prevede l'implementazione degli sportelli dell'area QuiFacile anche presso l'OCB. In una prima fase, iniziale, l'obiettivo principale è centralizzare ed informatizzare l'accoglienza e l'accettazione degli utenti che usufruiscono delle prestazioni di Radiologia, Neuroradiologia ed Endoscopia digestiva. In questa stessa fase sarà necessario analizzare le singole procedure interne, mettendo in atto i primi correttivi affinché il processo finale possa compiutamente realizzarsi.

Analisi, studio e definizione della gestione delle Cartelle cliniche per la parte amministrativa di competenza del S.A.A.O., volta alla standardizzazione e ottimizzazione del controllo attraverso una check-list cartelle

Target: Mappatura delle modalità di controllo e archiviazione delle cartelle cliniche per singole Unità Operative

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (06/11/2019 12:33:01)

PROPOSTE:

In considerazione della Procedura P010, focalizzando l'attenzione sulla parte di competenza dell'amministrativo di supporto al Reparto, si procederà all'analisi delle modalità di controllo ed archiviazione della cartella clinica, elaborando una mappatura delle modalità di svolgimento di questa attività nelle singole Unità Operative.

L'obiettivo sarà uniformare e standardizzare le attività a carico della parte amministrativa, per individuare un unico percorso da seguire in tutta l'Azienda, nel rispetto della Procedura.

Analisi e progettazione di un nuovo Settore del Servizio dedicato all'agendalizzazione delle prestazioni ambulatoriali sul sistema CUPISES

Target: Inizio dello studio e prima fase di progettazione del nuovo ufficio dedicato alla agendalizzazione delle prestazioni ambulatoriali su CupIses

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (06/11/2019 12:32:31)

PROPOSTE:

L'obiettivo fissato è rivolto alla individuazione di un settore provvisto delle adeguate risorse e specificatamente mirato alla implementazione e alla gestione delle Agende informatizzate su CupIses, in linea con la programmazione regionale. A tal fine, il progetto avrà una durata pluriennale per arrivare a garantire così, nel medio e lungo termine, la individuazione, la implementazione e la gestione delle Agende informatizzate su CupIses

DIREZIONE SANITARIA

ASSICURAZIONE QUALITA'

Scheda validata da **trevisani.barbara** il *01/08/2019* alle *17:51:50*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/07/2019 13:12:54)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:
- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

INTEGRAZIONE CON D.S.

Umanizzazione: Svolgimento di indagine di Customer Satisfaction nell'area della

Target: Svolgimento di indagine di Customer Satisfaction nell'area della degenza Policlinico ed OCB = 100%

degenza Policlinico ed OCB, in linea con il piano di adegiamento aziendale ai nuovi requisiti di Accreditamnento da DGR 1943 del 4 Dicembre 2017.

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (10/07/2019 12:04:27)

PROPOSTE:
in linea con il piano di adeguamento aziendale ai nuovi requisiti di Accreditamnento da DGR 1943 del 4 Dicembre 2017

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Consolidamento del nuovo sistema informativo aziendale dedicato alla gestione dei documenti del Sistema Qualità alla luce dell'integrazione Policlinico-OCB

Target: Tempistica: 31/12/2018

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Condivisione all'interno del CCM dei dati derivanti da audit clinico su PDTA, secondo programma condiviso con CCM

Target: Tempistica: 31/12/2018

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI AREA

Accreditamento: Supporto alle attività di verifica dei requisiti di Accreditamento: svolgimento di verifica in autovalutazione con riferimento ai requisiti da DGR1943/2017

Target: Tempistica: 31/12/2018

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

MEDICINA LEGALE

Scheda validata da **nava.chiara** il *22/10/2019* alle *11:23:49*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/07/2019 13:12:54)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:

- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA

Scheda validata da **vianin** il *11/11/2019* alle *18:15:01*

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:49)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:59)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***

Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/07/2019 13:12:54)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

COMPLETEZZA DEL FLUSSO DIME anno 2019

Target: > 95% obiettivo RER

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (11/11/2019 08:16:30)

PROPOSTE:

Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico > 95%

ECONOMICA COSTI

ACQUISTO OSPEDALIERO DI DISPOSITIVI MEDICI

Target: 44.210.000 €

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (11/11/2019 08:17:02)

PROPOSTE:

aumento della spesa per acquisto H dei DM non superiore a quanto stabilito dalle previsioni 2019 effettuata sulla base delle segnalazioni di incremento/decremento delle attività cliniche.

ACQUISTO OSPEDALIERO DI FARMACI (compreso INN B, escluso INN A e, INN non Oncologici , escluso ossigeno)

Target: <= 37.781.983 €

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (11/11/2019 08:17:31)

PROPOSTE:

aumento della spesa per acquisto H dei farmaci non superiore a 7.781.983 €.

DIREZIONE SANITARIA

Scheda validata da **santangelo.maddalena** il *11/11/2019* alle *13:39:16*

REGIONALE

OBIETTIVI PREVISTI DALLA DELIBERA DI PROGRAMMAZIONE 2019: MONITORAGGIO ANDAMENTO

Target: SI

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/11/2019 09:48:18)

PROPOSTE:

Monitoraggio infra-annuale dell'andamento indicatori e individuazione di eventuali criticità. Implementazione di azioni volte al raggiungimento degli obiettivi individuati nella DGR 977/2019 come prioritari per la programmazione clinico-organizzativa dell'anno in corso.

AUTORIZZAZIONI SPECIFICHE

Target: secondo obiettivi RER

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (11/11/2019 10:20:41)

PROPOSTE:

Coordinamento delle attività necessarie per autorizzazioni specifiche: es. attività di Procreazione Medicalmente assistita

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

CONTROLLO RISCHIO INFETTIVO: MANTENIMENTO ED ESTENSIONE PROGETTO IGIENE MANI

Target: 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/11/2019 09:44:39)

PROPOSTE:

Attuazione delle fasi progettuali nelle UUOO individuate come da piano predisposto dall'Igiene Ospedaliera per l'anno in corso.

RISCHIO INFETTIVO: ELABORAZIONE PROCEDURE ORGANIZZATIVE INTERSTABILIMENTO

Target: 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/11/2019 09:45:27)

PROPOSTE:

Elaborazione delle seguenti procedure:
1. PREVENZIONE E CONTROLLO MRSA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA PROTESICA
2. PREVENZIONE E CONTROLLO PAZIENTI CON INFEZIONE DA MRSA
3. PREVENZIONE E CONTROLLO CASI SOSPETTI/ACCERTATI INFEZIONE DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE
Completamento del Regolamento Sale Operatorie

PDTA: DEFINIZIONE, PARTECIPAZIONE E MONITORAGGIO

Target: Elenco PDTA Attivazione Gruppi > 70% incontri

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 70.00; Intermedio se > 66.64; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (22/10/2019 14:16:57)

PROPOSTE:

Definizione Piano annuale redazione PDTA secondo adesione
ad indirizzi regionale Ministeriali
Promozione Sviluppo PDTA nei Dipartimenti
Partecipazione

AGGIORNAMENTO/APPLICAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL PIANO DELLE AZIONI RELATIVO ALL'ANNO 2019, ALLEGATO AL PIANO-PROGRAMMA TRIENNALE 2019-2021 PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

Target: SI

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/11/2019 09:44:27)

PROPOSTE:

Monitoraggio trimestrale circa l'andamento degli obiettivi e predisposizione di azioni atte al raggiungimento sia degli obiettivi contenuti nella DGR di programmazione e finanziamento regionale relativi all'Area sicurezza delle cure che di quanto pianificato per il 2019 nel piano delle azioni allegato al piano programma triennale.

EFFICIENZA

TEMPI DI PERMANENZA IN PRONTO SOCCORSO: PIANO ATTUATIVO

Target: SI

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/11/2019 09:46:05)

PROPOSTE:

Predisposizione di piano attuativo previsto dalla delibera riguardante i tempi massimi di gestione del flusso pazienti in Pronto Soccorso (DGR 1129/2019)

TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI MONITORATE RICOVERI CHIRURGICI (PNGLA/PRGLA): MANTENIMENTO STANDARD PREVISTI

Target: 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/11/2019 09:47:28)

PROPOSTE:

Predisposizione di azioni organizzative per il raggiungimento dei target individuati relativi al rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni in ricovero programmato oggetto di monitoraggio (DGR 272/2017; PRGLA 2019-2021 DGR 603/2019).
Raggiungimento in particolare di alcune sotto-aree:
- abbattimento casistica SIGLA 1.0
- 90% rispetto prestazioni in classe A
- 90% rispetto protesi d'anca
- miglioramento performance per altre prestazioni monitorate

TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI MONITORATE SPECIALISTICA AMBULATORIALE (DGR 1056/2015): MANTENIMENTO STANDARD PREVISTI

Target: 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/11/2019 09:47:38)

PROPOSTE:

Impegno per il mantenimento dei tempi di attesa per i primi accessi a prestazioni ambulatoriali diagnostiche e visite, e per erogazione prestazioni concordate come da accordo di fornitura

RIORGANIZZAZIONE IN RELAZIONE AI PROGETTI DI RISTRUTTURAZIONE E RICCOLOCAMENTO LOGISTICO:

Target: > 80% incontri

PARTECIPAZIONE AL COORDINAMENTO

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 80.00; Intermedio se > 76.16; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/11/2019 09:47:17)

PROPOSTE:

Partecipazione per area di referenza ai gruppi di coordinamento per attuare le revisioni logistico-organizzative correlate ai lavori di ristrutturazione ed efficientamento funzionale.

AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO: PARTECIPAZIONE AL COORDINAMENTO

Target: > 80% incontri

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 80.00; Intermedio se > 76.16; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/11/2019 09:46:24)

PROPOSTE:

Partecipazione per area di referenza ai gruppi di coordinamento per attuare le revisioni logistico-organizzative correlate a procedure di aggiornamento di tecnologia pesante o introduzione apparecchiature

AVVIO DI PERCORSI CLINICO-ORGANIZZATIVI PER ATTIVITA' SVOLTE PRESSO ALTRE SEDI PROVINCIALI (RETE CHIRURGICA; MITRACLIP)

Target: SI

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/11/2019 09:46:39)

PROPOSTE:

Stesura della documentazione necessaria e organizzazione degli snodi di percorso per la gestione di specifiche attività sanitarie anche effettuate presso altre sedi della rete provinciale: in particolare interventi chirurgici presso ospedali periferici e impianto di mitraclip presso Hesperia Hospital

EFFICIENTAMENTO PIATTAFORMA SALA OPERATORIA: REDAZIONE PROGETTO

Target: SI

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/11/2019 09:46:50)

PROPOSTE:

Presentazione di progetto per miglioramento performance nell'utilizzo della piattaforma sale operatorie e ottimizzazioni organizzative nella gestione dei processi e flussi di lavoro

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/07/2019 13:12:54)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:
- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

FLUSSI INFORMATICI

OBIETTIVI DI BUDGET: MONITORAGGIO ANDAMENTO

Target: SI

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/11/2019 09:44:05)

PROPOSTE:

Collaborazione al monitoraggio effettuato dal Controllo di Gestione relativo all'andamento di obiettivi di produzione/costo, obiettivi di valenza regionale (DGR programmazione e finanziamento aziende ed enti sanitari), obiettivi di performance clinica (SIVER, Piano delle Performance), con risposta entro le tempistiche definite alle richieste provenienti dal Controllo di Gestione per la redazione di relazioni annuali di performance.

CORRETTA TENUTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: PIANO DI CONTROLLO

Target: SI

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (08/11/2019 09:43:45)

PROPOSTE:

Monitoraggio in corso d'anno circa l'effettuazione dei controlli previsti dal piano aziendale relativamente alla corretta tenuta della cartella clinica in ottemperanza alle Delibere regionali nn. 1171/2009, 1706/2009, allegato 3 DGR 1706/2009

OBIETTIVI DI STRUTTURA

AUTORIZZAZIONE

Target: SI

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (11/11/2019 12:01:49)

PROPOSTE:

"Pianificazione e coordinamento delle attività necessarie per l'Autorizzazione all'esercizio attività sanitarie complessive e al funzionamento del Policlinico. Coordinamento dell'elaborazione delle richieste specifiche di Autorizzazione agli enti competenti (Comune) e mantenimento dei rapporti con la Commissione tecnica del Dipartimento di Sanità Pubblica della Azienda USL, incaricata degli accertamenti e della specifica attività di vigilanza, e con i servizi aziendali coinvolti. In particolare: cantieri 5 lotti POLICLINICO; Sala Ibrida OCB"

VERIFICA REQUISITI AUTORIZZAZIONE

Target: SI

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

santangelo.maddalena (11/11/2019 12:01:54)

PROPOSTE:

"Pianificazione e coordinamento delle azioni finalizzate alla verifica periodica del mantenimento dei requisiti autorizzativi nelle Strutture (es: destinazione d'uso dei locali, requisiti impiantistici, ecc.) Verifica campione in accordo con Serv. Qualità in correlazione ai cantieri (1 UO Policlinico; 1 UO OCB)"

SERVIZIO FISICA SANITARIA

Scheda validata da **guidi.gabriele2** il *08/08/2019* alle *20:21:42*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/07/2019 13:12:54)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

guidi.gabriele2 (23/07/2019 19:45:30)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:
- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

CONTRODEDUZIONI:

Viste le imminenti installazioni e aggiornamenti della Tomotherapy, di 2 CT (Policlinico e OCB) e una probabile risonanza magnetica (Policlinico), nonché dei nuovi sistemi di pianificazione avanzata per Radioterapia, previste per la fine dell'anno (periodo settembre-novembre), fondamentali per le U.O. di Radioterapia e del Dipartimento Immagini, il personale sarà coinvolto nelle attività strategiche e installative e di commissioning senza ridurre la risposta alle richieste di attività assistenziale.
Si chiedi di poter armonizzare il 50% previsto per il 2019 nel periodo successivo, garantendo di iscrivere il numero maggiore possibile di partecipanti ai corsi per i Dirigenti e insistendo nelle riunioni previste di Staff e durante RDD nel corretto Codice di comportamento, come riportato nei verbali e RDD, in particolare per :
- Problematica CDL/AntiCorruzione
- Corretta gestione di impegni istituzionali/extraistituzionale/CDL
- Corretta gestione delle dotazioni e registri di spostamento del personale tra i differenti stabilimenti
- Corretta partecipazione/gestione a sperimentazioni e/o gruppi di lavoro e/o commissioni

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Aggiornamenti Tecnologici in RT

Target: ATP (Acceptance Test Procedure) e idoneità all'uso

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

guidi.gabriele2 (02/08/2019 19:35:39)

PROPOSTE:

Installazione/Aggiornamento Tomotherapy e sistemi di pianificazione avanzata RT
Referenti:Cernacchi/Ceroni/Mistretta/Cicoria
Collaboratori: Collaboratori Tecnici

Imaging Avanzato MN/RT

Target: Calibrazioni e idoneità all'uso sistemi e/o piattaforme

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (31/07/2019 16:13:26)

PROPOSTE:

Voxel/Dosimetry in MNTexuture Analysis/Radiomica in RT
Referenti: Donnarumma/Manco
Collaboratori: Collaboratori Tecnici

Aggiornamenti Tecnologici in DIA/RM

Target: ATP (Acceptance Test Procedure) e idoneità all'uso

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (31/07/2019 16:07:54)

PROPOSTE:

Installazione/Aggiornamenti Tecnologici CT e RM.
Referenti: Nocetti/Cadioli
Collaboratori: Collaboratori Tecnici

DIREZIONE STRATEGICA

DIREZIONE SERVIZI PER L'OSPITALITA'

Scheda validata da **giogoli.angela** il *29/07/2019* alle *14:23:31*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/07/2019 13:12:54)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:
- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Nuova procedura gestione pasti

Target: Registrazione della procedura e relativa adozione

integrata Policlinico-Baggiovara

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-05-01 / 2019-09-12
[Sala Mariangela-Tonelli Licia]: revisione procedura

2019-09-23 / 2019-10-31
[Trevisani Barbara]: validazione della procedura

Monitoraggio servizio sanificazione policlinico Baggiovara

Target: Analisi controlli e gestione delle nc

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Monitoraggio servizio trasporto degenti Policlinico-Baggiovara

Target: Analisi controlli e gestione delle nc

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-02-01 / 2019-04-11
[Sala-Giogoli]: lavoro di gruppo con SESAMO

2019-04-12 / 2019-05-23
[Sala-Giogoli]: redazione della prima bozza di linea guida

2019-06-18 / 2019-06-24
[sesamo]: Condivisione e pubblicazione della linea guida

2019-06-20 / 2019-09-12
[sala-bazzani-tonelli]: inizio monitoraggio del servizio di TD

Preparazione all'avvio nuova modalità di fornitura calzature x operatori sanitari

Target: acquisizione delle calzature con nuova modalità

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Analisi e confronto con fornitore teleria e kit sterili per l'avvio del nuovo contratto Intercenter

Target: Preparazione all'avvio/avvio del nuovo contratto di fornitura

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*

Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI AREA

Aggiornamento segnaletica policlinico-baggiovara

Target: Affissione segnaletica nuova per trasferimenti e nuove aperture

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Analisi e valutazione teleria dispersa Aosp Policlinico- Ocsae Baggiovara

Target: Formazione coordinatori per condivisione del nuovo sistema di lettura della teleria

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Gruppo di lavoro Aven x definizione fabbisogno trasporto degenti x area vasta

Target: partecipazione al gruppo di lavoro e coordinamento con referente ASL di Modena

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Gruppo di lavoro Intercenter per definizione fabbisogno servizio di pulizia

Target: partecipazione al gruppo di lavoro e coordinamento con referente ASL di Modena

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Progetto nuovo terminale ristorazione

Target: Partecipazione agli incontri con SUATP per definizione miglior layout

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Coordinamento trasferimenti e riorganizzazione degli spazi gara 5 lotti

Target: Apertura nuovi spazi

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Acquisizione nuovi arredi a fine lavori gara 5 lotti

Target: Arredamento nuove U.O.

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE

Scheda validata da **zanin.roberta** il *22/10/2019* alle *11:43:31*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/07/2019 13:12:54)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:
- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

FORMAZIONE

Creazione di un pool infermieristico di

Target: Percorso universitario di alta formazione della durata di 12

sala operatoria con clinical competence trasversali alle specialistiche

mesi

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Formazione trasversale sui 2 ospedali sulla figura del case manager: ruolo, funzioni e responsabilità

Target: Formazione di almeno altre 50 figure

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Dotazione delle risorse umane: mantenimento e adeguamento degli standard assistenziali previsti in linea con i progetti innovativi (Fast trak ortopedico, geriatrico, ortogeriatrico, end stage etc)

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Mantenimento del percorso formativo dedicato ai coordinatori volto a sostenere, integrare, omogeneizzare il gruppo, trasversale sui 2 ospedali

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Mantenimento e ampliamento del progetto di decondizionamento del paziente in ospedale

Target: Coinvolgimento e formazione di almeno altre 4 Unità Operative

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Mantenimento e ampliamento del progetto Primary Nursing

Target: Coinvolgimento e formazione di almeno altre 4 Unità Operative

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Ridefinizione delle funzioni all'interno della DPS in linea con il nuovo atto aziendale e con il nuovo dettato contrattuale

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI AREA

Progetto WAM progetto di gestione infermieristica della sala di attesa del PS

Target: *Da consolidare al policlinico / da attivare OCB*

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SERVIZIO FORMAZIONE, RICERCA E INNOVAZIONE

Scheda validata da **vandelli.paola** il *24/10/2019* alle *14:34:10*

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/07/2019 13:12:54)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:
- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

FLUSSI INFORMATIVI

Target: PRODUZIONE PAF, RAF, ANAGRAFE FORMATIVA DELLA RICERCA NEL RISPETTO DEI TEMPI RICHIESTI DALLA REGIONE

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***

Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (10/07/2019 13:41:04)

PROPOSTE:
ALBERONI

INTEGRAZIONE CON D.S.

RAPPORTO CON LA DIREZIONE SANITARIA

Target: PROGETTAZIONE E GESTIONE IN ACCORDO CON LA DS DI PROGETTI FORMATIVI A SOSTEGNO DELLA RIDEFINIZIONE DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (10/07/2019 13:55:55)

PROPOSTE:
VANDELLI

PIANO INVESTIMENTI

PIANO DEGLI INVESTIMENTI.

Target: STESURA PIANO INVESTIMENTI DEL SERVIZIO

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (10/07/2019 13:43:02)

PROPOSTE:
VANDELLI/ALBERONI

FORMAZIONE

FORMAZIONE DI SISTEMA ORIENTATA ALL'AREA TECNICO AMMINISTRATIVA

Target: Presenza DI UN PIANO formativo e svolgimento di almeno 1 iniziativa formativa

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*

Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (10/07/2019 13:57:22)

PROPOSTE:
VANDELLI/ALBERONI

OBIETTIVI DI STRUTTURA

FORMAZIONE: APPLICAZIONE PROGETTO CORSI SULLA SICUREZZA: FORMAZIONE SUI RISCHI LAVORATIVI (OBIETTIVO PLURIENNALE)

Target: ALMENO 60% DIPENDENTI FORMATI RISPETTO ALL'ELENCO FORNITO DA SPP (2018+2019)

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (10/07/2019 13:59:38)

PROPOSTE:
MUZZIOLI

RICERCA: IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' DI SEGRETERIA DEL CE-AVEN PRESSO OCB

Target: Apertura settimanale con 1 operatore della segreteria presso OCB

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (10/07/2019 14:01:11)

PROPOSTE:
BIANCHI A.

RICERCA: MONITORAGGIO STUDI NON COMMERCIALI

Target: n. visite di monitoraggio effettuate/n. visite di monitoraggio programmate>= 70%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (10/07/2019 14:02:38)

PROPOSTE:
VANDELLI

RICERCA: PIANO DI FORMAZIONE

Target: PRESENZA PIANO

ALLA RICERCA 2019-2021 (OBIETTIVO BIENNALE)

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (10/07/2019 14:04:19)

PROPOSTE:
VANDELLI

RICERCA: supporto metodologico alla ricerca

Target: n. di consulenze di supporto metodologico erogate/n. di studi con richiesta di supporto metodologico >= 75%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (10/07/2019 14:05:45)

PROPOSTE:
D'AMICO

RICERCA: AVVIO DI REPOSITORY PER PUBBLICAZIONI

Target: Presenza progetto

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (10/07/2019 14:07:08)

PROPOSTE:
D'AMICO

INNOVAZIONE e Sviluppo Dispositivi Medici: Elaborazione anagrafe dei progetti innovativi (database dei progetti, repository dati, pubblicazioni…)

Target: Presenza progetto

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (10/07/2019 14:10:58)

PROPOSTE:
PANTALEONI

SVILUPPO DELLE PROFESSIONALITÀ: Definizione di anagrafe tutor per il corso MMG e stesura istruzioni operative

Target: Presenza anagrafe e presenza istruzioni operative

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (10/07/2019 14:13:04)

PROPOSTE:

VANDELLI/CANTARONI

SVILUPPO DELLE PROFESSIONALITÀ: Definizione di anagrafe tutor per il corso MMG e stesura istruzioni operative

Target: Presenza anagrafe e presenza istruzioni operative

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (10/07/2019 14:13:04)

PROPOSTE:

VANDELLI/CANTARONI

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE - SORVEGLIANZA SANITARIA

Scheda validata da **marchegiano.patrizia** il *11/11/2019* alle *13:23:37*

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

PROMOZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE NEGLI OPERATORI SANITARI

Target: >= 34%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (11/11/2019 12:11:32)

PROPOSTE:

N. di vaccinazioni effettuate (incremento rispetto all'anno precedente per chi ha già conseguito il 34% di copertura)

PROSEGUIMENTO ATTUAZIONE DGR n. 351/2018

Target: > = 95%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (11/11/2019 12:11:55)

PROPOSTE:

Operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionalei/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio

REALIZZAZIONE DI PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE - SENSIBILIZZAZIONE DEGLI OPERATORI

Target: > = 5%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (11/11/2019 12:12:13)

PROPOSTE:

% di schede individuali dei lavoratori compilate dai medici competenti rispetto ai lavoratori visitati

PARTECIPAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "VISITARE" IN UNA U.O.

Target: Verbali degli incontri

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

--Trasparenza--

Target: Adempimento obblighi di pubblicazione con riferimento a dati, documenti ed informazioni di competenza

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/07/2019 13:12:54)

PROPOSTE:

Attenzione
Gli obiettivi di trasparenza sono visualizzabili nella timeline (per aprirla, fare clic sul pulsante quadrato sovrastante)
La funzione timeline è supportata solo da browser Firefox e Chrome

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei dipendenti della struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020.
Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.

Il Codice di Comportamento aziendale (adottato con delibera n. 100 del 29/05/2018), all'art. 19, comma 1 lett. a), stabilisce che "*sull'applicazione delle norme in esso contenute vigilino i dirigenti ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità*".

In particolare, i dirigenti:
- **promuovono la conoscenza del Codice e ne favoriscono il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;**
- **segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.**

FORMAZIONE

ATTIVITA' DI FORMAZIONE SU

Target: Realizzazione di corsi di formazione e addestramento degli

RISCHI SPECIFICI : MMP	*operatori soggetti al rischio da MMP; N. Partecipanti* Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa* Range: *Non determinato* Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum* 12M. 2017: - 12M. 2018: -
ATTIVITA' DI FORMAZIONE SU RISCHI SPECIFICI (in collaborazione con il Servizio Formazione) : RISCHIO VIOLENZA	*Target: Realizzazione di corsi di formazione; N. Edizioni, N. Partecipanti* Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa* Range: *Non determinato* Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum* 12M. 2017: - 12M. 2018: -
ATTIVITA' DI FORMAZIONE ANTINCENDIO : RETRAINING DEGLI ADDETTI ALL'EMERGENZA INCENDIO	*Target: Realizzazione di corsi di formazione; N. Edizioni, N. Partecipanti* Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa* Range: *Non determinato* Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum* 12M. 2017: - 12M. 2018: -
ATTIVITA' DI FORMAZIONE ANTINCENDIO : ADDESTRAMENTO ALL'USO DEGLI ESTINTORI	*Target: Realizzazione di corsi di formazione; N. Edizioni, N. Partecipanti* Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa* Range: *Non determinato* Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum* 12M. 2017: - 12M. 2018: -

OBIETTIVI DI STRUTTURA

AGGIORNAMENTO DEL DVR	*Target: N. di rivalutazioni effettuate* Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa* Range: *Non determinato* Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum* 12M. 2017: - 12M. 2018: -
ELABORAZIONE DEL DVR DA	*Target: Presenza del Documento*

ESPOSIZIONE AD ANTIBLASTICI

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

AGGIORNAMENTO DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI (con metodo MAPO)

Target: Aggiornamento del DvR per i reparti sottoposti a trasferimento : presenza delle bozze di documento

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

RIVALUTAZIONE DEL RISCHIO PER GLI ASPETTI ERGONOMICI DELLE POSTAZIONI DI LAVORO A VDT E NEI LABORATORI

Target: Verbali dei sopralluoghi

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ELABORAZIONE DEL DVR VIOLENZA VERSO GLI OPERATORI SANITARI

Target: Presenza del Documento

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

RACCOLTA SISTEMATICA DEI DATI RELATIVI ALLE SEGNALAZIONI DI AGGRESSIONI A CARICO DEL PERSONALE

Target: Presenza di REPORT

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

CONSULTAZIONI PERIODICHE CON I RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA

Target: Verbali degli incontri

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PROVE DI EVACUAZIONE IN CASO DI INCENDIO

Target: N. di prove

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: -

12M. 2018: -

OCSAE MODENA

DIPARTIMENTO MEDICINA INTERNA GENERALE, D URGENZA E POST ACUZIE

Medicina Interna e Gastroenterologica - CC

Scheda validata da **pradellim** il *26/09/2019* alle *15:33:33*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 81.587,49 12M. 2018: 96.734,65

pradellim (09/07/2019 16:30:26)

CONTRODEDUZIONI:
a causa di problemi di personale con caratteristiche professionali congrue, probabilmente non riusciremo a mantenere l'impegno CUP concordato.

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 77.079,34 12M. 2018: 89.762,10

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 6.759.967,85 12M. 2018: 6.714.840,64

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 6.089.162,25 12M. 2018: 6.056.247,78

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 251.261,80 12M. 2018: 269.695,81

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 373.754,68 12M. 2018: 343.595,95

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

pradellim (23/09/2019 10:26:12)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

Non è stato materialmente possibile garantire quanto richiesto entro i termini, peraltro comunicati troppo in vicinanza alle scadenze.
Quanto richiesto sarà garantito entro novembre.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

--

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:47)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=*1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:58)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,15 12M. 2018: 0,17

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 92,07 12M. 2018: 91,61

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 11,41 12M. 2018: 12,43

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 173,00 12M. 2018: 51,00

DRG 088 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 7,00 12M. 2018: 1,00

DRG 429 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 9,00 12M. 2018: 1,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 44.717,75 12M. 2018: 59.597,40

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:28)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 197.018,15 12M. 2018: 199.172,20

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:43)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:31)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:56)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Farmaci a Rimborso FED

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.007.595,19 12M. 2018: 1.129.468,95

vianin (19/03/2019 16:31:08)

PROPOSTE:

recupero di circa 35.000 da biosimilare ev ; recupero da gara farmaci di circa 40.000 €; aumento per vedolizumab di 35.000 €

CONTRODEDUZIONI:

Come già segnalato nel riesame della direzione 2018 l'aumeto di spesa dei farmaci è per lo più legato ai farmaci a rimborso e in particolare al vedolizumab. Nel 2019 è probabile che alcuni pazienti saranno trattati con ustekinumab. E' probabile che la riduzione di spesa indotta dal nuovo biosimilare di infiximab in parte compensi.

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 740.221,44 12M. 2018: 833.611,81

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 49.741,35 12M. 2018: 62.501,45

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 4.086,27 12M. 2018: 3.790,63

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 198.463,49 12M. 2018: 209.581,03

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Medicina a indirizzo Metabolico nutrizionale

Scheda validata da **maurantoniom** il *04/08/2019* alle *15:01:02*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 42.324,85 12M. 2018: 40.298,45

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 37.079,45 12M. 2018: 34.654,85

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 4.383.164,19 12M. 2018: 4.517.918,60

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 4.119.688,04 12M. 2018: 4.306.536,43

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se cresce***
Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 105.254,96 12M. 2018: 97.711,79

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 135.382,46 12M. 2018: 97.450,27

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

maurantoniom (08/07/2019 13:33:44)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

Sono in corso le revisioni dei documenti interni, in particolare verranno presentate le IO relative a: percorso DCA, percorso HCC da sottoporre a trattamenti ablativi, percorso biopsia epatica, percorso accettazione paziente ricoverato per piede diabetico. Inoltre, verrà aggiornata la scheda delle Clinical Competence e la scheda Organigramma e attività delegate con il contributo e supervisione dell'Ufficio Qualità Aziendale.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

12M. 2017: - 12M. 2018: -

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Malattie rare metaboliche e lisosomiali PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

maurantoniom (08/07/2019 14:01:15)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

CONTRODEDUZIONI:

La UOC intende monitorare e segnalare con maggiore regolarità gli eventi avversi intercettati durante la attività clinica istituzionale.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

maurantoniom (19/07/2019 13:36:21)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

La UOC intende istituzionalizzare momenti di confronto sistematico ed integrato medico-infermieristico su casi clinici particolari, sia positivi che negativi.

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,43 12M. 2018: 0,12

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 90,18 12M. 2018: 89,86

maurantoniom (08/07/2019 13:42:47)

CONTRODEDUZIONI:

Nonostante un aumento della DM, il tasso di occupazione dei PL risulta essere ridotto quale espressione di un maggior turnover di pazienti.

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***

Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 8,56 12M. 2018: 8,90

maurantoniom (19/07/2019 13:14:13)

CONTRODEDUZIONI:

L'incremento è da correlare all'incremento dei posti letto generali (40 vs 34), alla complessità dei ricoveri per DCA e Piede Diabetico. Sarebbe opportuno scorporare i ricoveri di queste ultime sezioni dalla DM di UOC, per valutare se il dato riportato è riferibile solo alla tipologia di pazienti complessi che vengono ricoverati nelle due Sezioni della UOC.

La degenza media potrebbe essere migliorata attraverso una maggiore e più rapida disponibilità dei servizi diagnostici e dei trattamenti medico-chirurgici in sinergia con le altre UOC che erogano le prestazioni.

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 88,00 12M. 2018: 23,00

DRG 088 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 18,00 12M. 2018: 3,00

DRG 429 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 23,00 12M. 2018: 12,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: *= 2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 19.402,30 12M. 2018: 31.754,95

maurantoniom (19/07/2019 13:18:46)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

Indicatore in approfondimento, anche se si ritiene che sia legato alla maggiore complessità dei pazienti gestiti.

La UOC si propone di rivalutare criticamente le richieste delle prestazioni intermedie allo scopo di ridurre la spesa per tali prestazioni.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 185.986,25 12M. 2018: 166.074,10

maurantoniom (19/07/2019 13:20:39)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

Indicatore in approfondimento, anche se si ritiene che sia legato alla maggiore complessità dei pazienti gestiti, specialmente su alcuni percorsi (HCC, Piede diabetico, oncologici).

La UOC si propone di rivalutare criticamente le richieste delle prestazioni intermedie allo scopo di ridurre la spesa per tali prestazioni.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

maurantoniom (19/07/2019 13:25:47)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

CONTRODEDUZIONI:

La UOC si adeguerà alle indicazioni.

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali

Target: = 100%

(DO+DH) SDO

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:56)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

maurantoniom (19/07/2019 13:29:53)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

CONTRODEDUZIONI:

La UOC utilizza già il sistema di erogazione di impegnative dematerializzate nelle proprie attività ambulatoriali.

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

maurantoniom (19/07/2019 13:22:09)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:

La UOC favorirà la partecipare a momenti di informazione sul Codice di Comportamento e Anticorruzione.

ECONOMICA COSTI

Farmaci a Rimborso FED

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

bacchellim (09/04/2019 12:34:41)

PROPOSTE:

presa in carico di paziente con Cerezyme extra-provincia

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.899.896,48 12M. 2018: 542.334,19

maurantoniom (08/07/2019 13:27:44)

PROPOSTE:

incremento spesa farmaci di 280.000 € per presa in carico di paziente fuori provincia con cerezyme (da richiedere a rimborso)

riduzione di almeno 30.000 per risparmio gara

incremento di 100.000 per progetto piede diabetico (DM)

per un totale di 892.000 €

CONTRODEDUZIONI:

L'incremento di spesa appare legato principalmente ai materiali dietetici, all'uso di plasma-derivati e ad un incremento della spesa per farmaci legati all'aumento della attività di degenza ed ambulatoriale e al ricovero di pazienti con DCA. Da segnalare anche che, i PL della Sezione Piede Diabetico, afferiscono al centro di costo della medicina metabolica (auspicabile attivazione di centro di costo dedicato). Da approfondire a cosa si riferiscono le voci "reagenti e materiali diagnostici".

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.768.036,86 12M. 2018: 408.785,23

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 30.412,67 12M. 2018: 25.334,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 4.818,09 12M. 2018: 5.165,17

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 91.213,89 12M. 2018: 97.793,28

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Geriatria – CC

Scheda validata da **bertolottim** il *21/09/2019* alle *11:14:55*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 48.000,40 12M. 2018: 57.635,90

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 45.204,40 12M. 2018: 54.428,60

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.710.990,60 12M. 2018: 5.692.630,93

bertolottim (05/07/2019 12:45:36)

CONTRODEDUZIONI:

La valorizzazione riporta un calo, quando in realtà nel corso del primo semestre il numero dei pazienti ricoverati è aumentato. Questo potrebbe essere legato a discrepanze di tempo (il dato di questa scheda è sui primi 4 mesi). IL trend mi sembra comunque soddisfacente

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.578.912,59 12M. 2018: 5.520.398,16

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 51.176,16 12M. 2018: 58.429,62

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 65.453,13 12M. 2018: 103.004,54

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:17)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:47)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=*1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:57)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,05 12M. 2018: 0,06

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 91,09 12M. 2018: 94,39

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 12,21 12M. 2018: 13,85

bertolottim (05/07/2019 12:50:18)

CONTRODEDUZIONI:

Il dato non coincide con quanto emerge dalla reportistica dei 6 mesi (vedi anche commento precedente), forse per non omogeneità del periodo temporale. I dati sulla DMD a sei mesi mostrano una significativa riduzione per quanto riguarda la Geriatria acuti, dato incoraggiante e che speriamo sia confermato a fine anno. La degenza media è aumentata nelle sezioni post-acute e in ortogeriatria.

Sottolineiamo anche il recente profondo assestamento delle attività di ortogeriatria, con la presa in carico di altri letti all'interno della UO di Ortopedia; questo a mio avviso renderà difficile fare un confronto, in questa prima fase.

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 20,00 12M. 2018: 6,00

DRG 088 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 6,00 12M. 2018: 1,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 7.469,50 12M. 2018: 19.198,20

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:28)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 119.906,65 12M. 2018: 123.270,90

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:43)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:30)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:56)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 316.267,72 12M. 2018: 348.631,49

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 182.591,18 12M. 2018: 206.582,44

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 22.716,13 12M. 2018: 18.842,05

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.798,41 12M. 2018: 1.666,02

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 103.507,55 12M. 2018: 114.921,22

Medicina Interna Urg. e Area Critica – CC

Scheda validata da **pinellig** il *20/07/2019* alle *07:58:07*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 64.746,10 12M. 2018: 34.203,90

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 63.277,70 12M. 2018: 32.882,25

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.846.296,57 12M. 2018: 6.486.349,71

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.476.469,43 12M. 2018: 6.043.451,86

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 58.182,01 12M. 2018: 174.008,84

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 270.176,98 12M. 2018: 183.883,34

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:17)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:47)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=*1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:58)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,11 12M. 2018: 0,09

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 74,22 12M. 2018: 90,05

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 7,41 12M. 2018: 8,76

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 48,00 12M. 2018: 26,00

DRG 088 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 13,00 12M. 2018: 7,00

DRG 429 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4,00 12M. 2018: 3,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 19.714,25 12M. 2018: 21.772,00

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:28)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie

Target: = 2018

Richieste - Radiologia

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 151.720,20 12M. 2018: 179.597,00

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:43)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Re-ricoveri pz. dimessi con DRG 127 entro 30 gg.

Target: Avvio Monitoraggio

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 12:13:37)

PROPOSTE:

Definizione fasi del progetto finalizzato all'avvio del monitoraggio della casistica dimessa con DRG 127 (Insufficienza cardiaca e shock) e re-ricoverato entro 30 giorni dalla prima dimissione, all'interno della AOU di Modena.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:31)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*

Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:56)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 657.195,55 12M. 2018: 616.713,71

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 405.822,14 12M. 2018: 315.621,81

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 46.374,52 12M. 2018: 45.623,91

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.747,91 12M. 2018: 2.289,82

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 196.842,35 12M. 2018: 241.884,55

OBIETTIVI DI STRUTTURA

Attività TAO: pz. presi in carico / pz. naive dimessi

Target: 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (11/06/2019 12:17:44)

PROPOSTE:

Monitoraggio dell'attività TAO svolta presso l'ex Sant'Agostino.
L' incidenza del numero di pazienti presi in carico al centro trombosi rispetto al numero di pazienti naive

dimessi dopo il ricovero con terapia anticoagulante dovrebbe attestarsi attorno al 100%.

DIPARTIMENTO CHIRURGIE GENERALI E SPECIALITA CHIRURGICHE

Chirurgia Generale, D Urgenza e Nuove Tecnologie

Scheda validata da **piccolim** il *22/10/2019* alle *12:01:41*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 138.255,25 12M. 2018: 136.255,40

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 120.490,65 12M. 2018: 117.845,80

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 8.240.006,38 12M. 2018: 7.452.485,43

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 7.096.059,82 12M. 2018: 6.494.220,17

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 559.024,24 12M. 2018: 487.680,15

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 552.970,81 12M. 2018: 452.406,71

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:17)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Trattamento delle neoplasie del colon retto PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Trattamento delle neoplasie del pancreas e periampollari PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: ***Positivo se inferiore a***
Range: ***Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 15,24 12M. 2018: 10,86

franchini.filippo (28/05/2019 12:03:01)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:48)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:58)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare

l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,29 12M. 2018: 0,30

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 166,19 12M. 2018: 179,86

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 182,00 12M. 2018: 70,00

DRG 158 INAPP

--

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 29,00 12M. 2018: 5,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 34.563,50 12M. 2018: 53.873,20

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:29)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 260.824,65 12M. 2018: 209.671,50

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:44)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Durata Media Degenza (DMD) preoperatoria

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 5.00; Intermedio se < 15.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,87 12M. 2018: 0,00

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:31)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:56)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari	*Target*: = 2018 Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 2.469.054,52 12M. 2018: 2.271.795,14 bacchellim (09/04/2019 09:51:40) *PROPOSTE:* Incremento di 185.000€ per DM : materiale per elettrochirurgia da utilizzare negli interventi di tiroide (almeno 50 in più) e in pazienti obesi. Incremento di DM per progetto obesità con endoscopia +35.000€. Incremento di 15.000€ sui Farmaci: maggior utilizzo di emostatici locali
Farmaci FAR	= 2018 Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 293.894,12 12M. 2018: 243.481,30
Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI	= 2018 Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 50.304,44 12M. 2018: 22.327,13
Diagnostici e Reagenti REAGENTI	= 2018 Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 2.166,98 12M. 2018: 1.476,76
Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM	= 2018 Criterio val.: *Comunque positivo se decresce* Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore* Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)* 12M. 2017: 2.121.472,52 12M. 2018: 2.003.652,16

FORMAZIONE

Partecipazione al progetto di igiene delle mani	*Target*: -- Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)* Range: *Non determinato* Fonte dati: *Nessuna fonte dati* 12M. 2017: - 12M. 2018: -
IGIENE FORMAZIONE Partecipazione ai corsi di formazione	--

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

IGIENE Adesione al progetto post-formazione (%)

--

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Urologia

Scheda validata da **fidanza.francesco** il *09/10/2019* alle *15:51:20*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 304.920,80 12M. 2018: 238.504,25

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 271.359,05 12M. 2018: 216.460,25

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4.190.204,39 12M. 2018: 4.268.935,51

fidanza.francesco (09/10/2019 15:14:25)

CONTRODEDUZIONI:

Dall' analisi dei dati si evince che la valorizzazione dei ricoveri del 2019ha un delta simile al 2018 come richiesto dalla D.S. Si evidenzia un calo per gli extraregione mentre un aumento dei residenti in Modena e in regione E.R

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.167.600,79 12M. 2018: 3.274.712,43

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 318.264,21 12M. 2018: 368.849,84

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 669.220,10 12M. 2018: 614.796,03

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

.....

fidanza.francesco (09/10/2019 15:29:06)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

1) **Accreditamento regionale**: ESEGUITA con consegna della documentazione all' ufficio

2) **Bingo**: Sono state individuate e segnalate all' ufficio qualità le procedure obsolete su bingo. Nei prossimi mesi seguiranno le procedure aggiornate

3) **Clinical Competence**: Documentazione consegnata all' Ufficio qualità

4) **RDD**: Il verbale è in fase di stesura seguirà a breve la documentazione che sarà presentata all' Ufficio qualità

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

.....

fidanza.francesco (09/10/2019 15:29:58)

CONTRODEDUZIONI:

PDTA della prostata approvato dalla D.S

Prostata PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: ***Positivo se inferiore a***
Range: ***Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 67,36 12M. 2018: 70,74

fidanza.francesco (09/10/2019 15:43:16)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

CONTRODEDUZIONI:

Si apperde dai dati un minimo calo della percentuale dei pz. in classe A che sforano i giorni di attesa. Si fa presente che nel mesi di luglio, agosto e settembre sono state eseguite 21 sedute di chirurgia robotiche in più rispetto allo scorso anno. Che nello stesso periodo tra interventi ordinari ed in day surgery il numero totale è aumentato di 278 unità.

Nonostante questi sforzi e il controllo meticoloso delle liste operatorie la mole di pazienti che vengono messi in nota operatoria in classe A supera le potenzialità delle sedute chirurgiche assegnate. Alla luce di tutto questo si richiedono più sale per abbattere le liste di attesa.

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:48)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

fidanza.francesco (09/10/2019 15:33:11)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

Ad inizio 2019 è stato eseguito un Audit urologico-nefrologico valutando alcuni aspetti critici della casistica operatorio dei trapianti di rene

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,14 12M. 2018: 0,15

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 73,15 12M. 2018: 72,41

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 211,00 12M. 2018: 103,00

fidanza.francesco (09/10/2019 15:44:42)

CONTRODEDUZIONI:

E' in corso in collaborazione con l'ufficio DRG un' analisi per valutare tali dati e intraprendere eventuali percorsi correttivi.

DRG 158 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 152.079,95 12M. 2018: 332.143,10

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:29)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 147.928,50 12M. 2018: 161.136,05

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:44)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Durata Media Degenza (DMD) preoperatoria

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 5.00; Intermedio se < 15.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,76 12M. 2018: 0,00

fidanza.francesco (09/10/2019 15:45:13)

PROPOSTE:

In linea con quanto richiestoci

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Visita Urologica presso AOU

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 648.10; Intermedio se > 616.98; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Visita Urologica presso OCB

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 911.90; Intermedio se > 868.14; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:31)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:56)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Farmaci a Rimborso FED

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

bacchellim (09/04/2019 10:07:00)

PROPOSTE:
istillazioni di BCG e mytomicina

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 643.265,16 12M. 2018: 680.611,99

fidanza.francesco (09/10/2019 15:23:14)

PROPOSTE:

incremento sui DM: interventi sul rene con robotica e laparoscopia. Incremento vescica in open e laparoscopica. Interventi per IPB con il laser. Utilizzo di cistoscopi m/uso in situazioni mirate circa 50

pezzi/anno= +40.000€.

Incremento per farmaci: + mitomicina e + BCG= +30.000€

CONTRODEDUZIONI:

L'aumento dei costi era stato previsto in quanto si sono apportae delle modifiche nelle tecniche chirurgiche. In particolar modo la quasi totalità degli interventi per tumorectomia renale è stata eseguita con tecnica robotica anziché in open.

Gli interventi di disostruzione prostatica da quest'anno si avvalgono della chirurgia endoscopica con laser al Thullio pertanto è aumentata la spesa per gli acquisti delle sonde laser.

Sono cambiate le indicazioni alle instillazioni vescicali con aumento della spesa per lìacquisto di farmaci come il BCG e mitomicina

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 105.972,86 12M. 2018: 139.183,60

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 18.941,48 12M. 2018: 12.258,34

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.361,85 12M. 2018: 1.020,23

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 515.125,78 12M. 2018: 526.831,02

Anestesia e Rianimazione - CC

Scheda validata da **bertellinie** il *23/07/2019* alle *12:15:29*

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:17)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Tracheostomia e gestione della cannula fino allo svezzamento PDTA

TIMELINE

2019-06-01 / 2019-08-30
[Nomina Resp.]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-06-01 / 2019-08-30
[Gruppo di Lavoro]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-09-01 / 2019-10-15
[Prima riunione]: Prima riunione effettuata

2019-10-15 / 2019-12-31
[Stesura]: Stesura contenuti principali

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:47)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:58)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,50 12M. 2018: 0,42

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 147,70 12M. 2018: 149,38

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 26.453,00 12M. 2018: 28.202,55

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:29)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 208.069,65 12M. 2018: 189.353,55

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:44)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:31)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:56)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.482.360,63 12M. 2018: 2.062.535,27

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 996.491,57 12M. 2018: 793.120,71

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 254.057,74 12M. 2018: 127.613,61

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 15.899,33 12M. 2018: 6.241,18

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.195.784,31 12M. 2018: 1.110.861,79

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Radiologia

Scheda validata da **spinav** il *08/10/2019* alle *10:26:19*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 3.660.139,65 12M. 2018: 3.770.629,00

spinav (17/09/2019 09:46:59)

CONTRODEDUZIONI:

Il confronto dati (primi 7 mesi) tra il 2018 e il 2019 evidenzia un calo della produttività di circa 14.000 prestazioni delle quali 12.600 circa per esterni corrispondenti ad un mancato introito economico pari a 357.000 euro circa. Ebbene questi dati non sono apparentemente in linea con quanto emerge al confronti con i dati estrapolabili da Syncromed in cui risulta tre le 2 annate (primi 7 mesi) un calo di 6.000 prestazioni circa, di cui 5.000 esterni.

Per gli esterni il calo di 5000 esterni dai dati Syncromed è riconducibile in parte alla richiesta aziendale di chiudere 3 sedute di Rx ossa alla settimana (30x3=90) corrispondenti a 2640 prestazioni in meno in 7 mesi con un mancato introito di 217.000 euro circa ed in parte alla riduzione della attività mammografica (1 seduta in meno) inerente alla gravidanza della Breveglieri, senza tralasciare il dato che il calcolo delle mammografie non è più 1+1 ma 1 sola prestazione. Peraltro ho ridotto quest'anno le sedute ecografiche in linea con la richiesta della DS di non iperprodurre se non per quanto richiesto dalla committenza e, forse, anche su questo punto andrebbero fatte delle riflessioni.

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 3.400.033,75 12M. 2018: 3.486.549,00

Valorizzazione Ambulatoriale per Interni

Target: = 2018

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.579.000,60 12M. 2018: 1.393.548,75

spinav (17/09/2019 09:39:59)

CONTRODEDUZIONI:

E' un obiettivo non condivisibile in quanto non dipendente dalla Radiologia

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:18)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*

Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:48)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:58)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

spinav (27/09/2019 16:20:47)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

CONTRODEDUZIONI:

In merito ai dati riportati riferiti ai primi 6 mesi di seguito le seguenti precisazioni :

1) Le disponibilità al CUP per Esame clinico/strumentale della mammella e Visita senologica si riferiscono a 12 posti settimanali complessivi e non per singola prestazione ovvero è possibile occupare l'uno o l'altro posto.

Pertanto su una disponibilità complessiva di 288 posti (pari a 12x24 sett,) sono state eseguite 440 esami (pari a 156 + 284) superiore alla offerta in 6 mesi.

2) Le disponibilità Rx Mammo sono pari a 36/settimanali e non 45/settimanali essendo stata prevista l'assenza protratta dallo scorso anno per gravidanza di una senologa pertanto il ricalcolo va fatto su 36 x24 settimane pari a 864 con un prodotto di 924 mammografie superiori di fatto all'offerta

3) Le ecografie mammella non sono state date disponibilità al CUP da parte della Radiologia perché non richieste.

4) Per le TC il dato va calcolato complessivo e non separatamente per singola prestazione dal momento che il posto TC Torace è prenotabile per TC Addome e viceversa,

DEFAULT Ecografia Addome

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 840.00; Intermedio se > 799.68; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT TAC Addome

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 480.00; Intermedio se > 456.96; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT RMN Addome

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 240.00; Intermedio se > 193.92; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT TAC Torace

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 600.00; Intermedio se > 571.20; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Ecografia Mammella

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 311.90; Intermedio se > 296.94; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Mammografia

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1080.00; Intermedio se > 1028.16; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Ecografia Capo e Collo

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 840.00; Intermedio se > 799.68; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT RM Muscolo-scheletrica

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 840.00; Intermedio se > 799.68; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Esame clinico-strumentale Mammella

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 288.10; Intermedio se > 267.34; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Visita Senologica

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 288.10; Intermedio se > 250.04; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT MOC Dexa Lombare o femorale

Vedi sottovoci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 6000.00; Intermedio se > 5712.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:31)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 214.728,35 12M. 2018: 194.082,74

spinav (24/07/2019 11:53:57)

CONTRODEDUZIONI:

si prevede un aumento di spesa per il mezzo contrasto epatospecifico a seguito dell'incremento di esami RM epatici richiesti da parte della Medicina Metabolica del prof Andreone.

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 150.625,60 12M. 2018: 153.979,10

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 529,06 12M. 2018: 60,67

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 63.386,49 12M. 2018: 40.042,97

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA

Pronto Soccorso - OBI e Medicina D Urgenza - CC

Scheda validata da **bandierage** il *11/07/2019* alle *15:00:25*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 924.660,45 12M. 2018: 918.156,90

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 835.719,45 12M. 2018: 827.269,50

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:18)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:48)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:58)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 116,00 12M. 2018: 46,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 25.395,05 12M. 2018: 42.927,10

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:29)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.030.218,55 12M. 2018: 1.010.950,65

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:44)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza

Target: < 50%

v/Istituzionale

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

bandierage (11/07/2019 14:55:57)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

CONTRODEDUZIONI:

Non applicabile. Noi non facciamo attività LP

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:56)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 572.414,65 12M. 2018: 573.766,07

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 156.349,88 12M. 2018: 152.906,60

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 86.216,28 12M. 2018: 105.636,44

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.510,73 12M. 2018: 5.068,84

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 322.220,98 12M. 2018: 309.897,63

DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE

Endocrinologia

Scheda validata da **rochirav** il *18/10/2019* alle *17:41:28*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 387.234,70 12M. 2018: 426.196,25

rochirav (27/09/2019 10:16:50)

CONTRODEDUZIONI:

= 2018

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 353.341,50 12M. 2018: 390.082,35

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 7.605,98 12M. 2018: 46.077,96

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

rochirav (26/09/2019 14:45:46)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

rochirav (25/07/2019 17:11:24)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

CONTRODEDUZIONI:

E' in corso la formalizzazione e finalizzazione di n. 1 segnalazione spontanea degli eventi.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

rochirav (25/07/2019 17:10:19)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

L'attività dell'UOC di Endocrinologia è a basso rischio per l'occorrenza di eventi significativi. E' pertanto verosimile che restino pari a 0 nell'arco dell'anno.

EFFICIENZA

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Riduzione DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 66.476,40 12M. 2018: 83.259,25

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:29)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 51.571,70 12M. 2018: 60.484,45

rochirav (25/07/2019 17:15:22)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

L'incremento delle prestazioni di radiologia andrà analizzato nel dettaglio (tipologia di prestazioni in crescita).

L'apertura di agende per RMN ipofisi dedicate ai pazienti endocrinologici a partire dal Settembre 2018 ha posto fine all'esecuzione esterna di tale esame (anche eseguito extraregione) migliorando la qualità dell'attività clinica rivolta ai pazienti con patologie ipofisarie. Ovviamente è atteso un n. maggiore di RMN ipofisi nel 2019 confrontato con il 2018.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: 86/Visita Endocrinologica

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 2064.05; Intermedio se > 1964.97; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (04/10/2019 12:01:20)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:31)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

rochirav (25/07/2019 17:16:36)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:

Il codice di comportamento è già stato inviato al personale operante presso l'UOC di Endocrinologia. Verranno organizzate riunioni ad hoc a partire da Settembre.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 89.266,24 12M. 2018: 96.803,01

bacchellim (09/04/2019 12:00:31)

PROPOSTE:

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.301,43 12M. 2018: 9.376,85

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 79.921,35 12M. 2018: 81.928,45

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.711,81 12M. 2018: 2.555,28

Fisiopatologia digestiva

Scheda validata da **frazzonim** il *12/07/2019* alle *10:49:41*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 38.577,10

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 31.754,25

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

frazzonim (12/07/2019 08:12:50)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

Non sono al momento previsti collaboratori per la mia U.O.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*

Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:48)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:59)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Tasso di Occupazione Posti Letto

Target: = 2018

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

frazzonim (12/07/2019 08:15:39)

CONTRODEDUZIONI:

La mia U.O. non prevede posti letto.

Riduzione DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Non ancora noto (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

frazzonim (12/07/2019 08:15:10)

CONTRODEDUZIONI:

La mia U.O. non prevede posti letto ordinari o DH, e quindi nè ricoveri nè DRG.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:31)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 32.241,40 12M. 2018: 30.827,08

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 741,00 12M. 2018: 1.137,89

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 31.500,40 12M. 2018: 29.689,19

Medicina Interna indirizzo obesità e DCA

Scheda validata da **valeriol** il *31/10/2019* alle *18:24:27*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 38.550,40 12M. 2018: 38.146,90

valeriol (31/10/2019 18:20:20)

CONTRODEDUZIONI:

La diminuzione del parametro è in parte spiegabile con la piena entrata in vigore del PDTA sui DCA, che non vede più coinvolta la UOSD nei livelli iniziali di valutazione e cura, ma solo al 3° e 4° livello (DH e DO).

Va segnalato che una quota-parte delle prestazioni ambulatoriali sulla obesità si svolge sul territorio (Vignola, Formigine, Pavullo) e resta non rilevata.

Infine non risultano computate le prestazioni relative alle terapie di gruppo, che in realtà nel corso del 2019 sono state significativamente implementate.

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 34.343,95 12M. 2018: 33.117,65

Valorizzazione ricoveri (DH) - Totale

Target: < 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 150.385,48 12M. 2018: 115.427,57

franchini.filippo (17/09/2019 12:47:13)

PROPOSTE:

Tendenziale riduzione rispetto alla casistica 2018

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

valeriol (31/10/2019 18:22:36)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

Le modifiche dell'organico della UOSD e delle competenze specifiche dei singoli operatori ha rallentato l'esecuzione di documenti e procedure richieste.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:48)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:59)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,01 12M. 2018: 0,02

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 50,10 12M. 2018: 70,40

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:29)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse

pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 18.471,20 12M. 2018: 15.928,90

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:44)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:32)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:56)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.765,52 12M. 2018: 3.328,18

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 930,73 12M. 2018: 1.981,85

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 194,20 12M. 2018: 156,95

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 411,91 12M. 2018: 686,23

Gastroenterologia Endoscopia Digestiva – CC

Scheda validata da **conigliaror** il *12/10/2019* alle *15:42:39*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

PDTA per le malattie funzionali e le precancerosi dell'esofago

Target: *Prioritaria la riorganizzazione delle attività endoscopiche*

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:18)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Malattie funzionali e precancerosi dell'esofago PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:48)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

conigliaror (24/09/2019 17:42:27)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

Nel 2019 esattamente il 5 Giugno è stato eseguito un Audit sulla revisione dell'attività di sedoanalgesia svolta dall'équipe nel corso di un incontro sui protocolli di sedazione durante il quale il team dell'Endoscopia (Drssa Conigliaro) ha presentato un Auditi di pochi SEA avvenuti durante il periodo di osservazione . Verificheremo che venga pubblicato il verbale e la tabella con i dati prodotti

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:29)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:44)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Colonscopia

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 888.10; Intermedio se > 845.46; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Gastroscopia

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1055.95; Intermedio se > 1005.27; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Visita gastroenterologica

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 480.00; Intermedio se > 456.96; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:32)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

conigliaror (24/09/2019 12:12:31)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

CONTRODEDUZIONI:

Nella UO è stata presentata l'iniziativa aziendale sulla promozione de CC e ciò risulta nell'ultimo verbale del RDD.
Il 25 sett P.V. nel Dipartimento ci sarà un momento dedicato a qs e si parteciperà alle eventuali iniziative promosse nell'ambito del DPT

ECONOMICA COSTI

Farmaci a Rimborso FED

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.850.381,52 12M. 2018: 1.881.364,74

bacchellim (09/04/2019 11:51:28)

PROPOSTE:

rispetto alla spesa del 2018 si ipotizza un aumento di +450.000€ derivante da:

- costi beni sanitari per attività di endoscopia interventistica della dott.ssa Bertani

- aumento materiali dedicati per procedure di dissezione endoscopica a tutto spessore e attività diagnostica/interventistica sulle vie bilio/pancreatiche (FTRD SYSTEM e SPYGLASS)

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*

Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

= 2018

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DIPARTIMENTO NEFRO-CARDIO-VASCOLARE

Chirurgia Vascolare

Scheda validata da **silingardir** il *25/10/2019* alle *19:57:19*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 249.918,30 12M. 2018: 241.160,45

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 238.005,30 12M. 2018: 229.540,80

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 8.622.946,06 12M. 2018: 8.182.815,21

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 7.477.859,13 12M. 2018: 7.046.030,97

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 499.523,82 12M. 2018: 627.280,71

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 594.021,45 12M. 2018: 468.886,10

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:18)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: ***Positivo se inferiore a***
Range: ***Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 34,27 12M. 2018: 35,69

franchini.filippo (28/05/2019 12:03:01)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:49)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:59)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,43 12M. 2018: 0,42

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 154,56 12M. 2018: 135,75

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 43,00 12M. 2018: 17,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 4.466,85 12M. 2018: 9.920,95

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:29)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 325.358,85 12M. 2018: 250.181,30

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:44)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Durata Media Degenza (DMD) preoperatoria

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 5.00; Intermedio se < 15.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1,53 12M. 2018: 0,00

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (04/10/2019 11:49:04)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

DEFAULT Eco(color)Doppler

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1080.00; Intermedio se > 1028.16; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Visita Chirurgica vascolare

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 240.00; Intermedio se > 228.48; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:32)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:57)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.792.063,82 12M. 2018: 3.509.751,13

bacchellim (08/04/2019 17:23:46)

PROPOSTE:

+250.000€ per acquisto endoproresi semi-custom made da contrattualizzare e incremento attività in seguito all'apertura della sala ibrida.

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 139.625,92 12M. 2018: 136.058,94

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 10.268,36 12M. 2018: 8.898,41

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.859,33 12M. 2018: 1.428,44

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.638.847,76 12M. 2018: 3.362.401,04

FORMAZIONE

Partecipazione al progetto di igiene delle mani

Target: --

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

IGIENE FORMAZIONE Partecipazione ai corsi di formazione

--

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

IGIENE Adesione al progetto post-formazione (%)

--

Criterio val.: *Non ancora noto (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Cardiologia

Scheda validata da **tondis** il *11/07/2019* alle *14:57:29*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 452.658,80 12M. 2018: 464.888,45

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 431.583,40 12M. 2018: 443.313,50

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 9.206.381,16 12M. 2018: 10.399.133,45

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 8.426.528,53 12M. 2018: 9.594.714,25

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 345.965,01 12M. 2018: 300.750,40

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 331.892,26 12M. 2018: 422.245,57

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:18)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Solo informativo (ignorato)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:05:55)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=*1*

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:05:37)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = *2018*

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 141,28 12M. 2018: 169,26

Durata Media Degenza (DMD)

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5,28 12M. 2018: 5,08

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:29)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:44)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Visita Cardiologica

--

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 960.00; Intermedio se > 913.92; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Ecocolordoppler Cardiaca

--

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 720.00; Intermedio se > 685.44; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Elelttrocardiogramma

--

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1680.00; Intermedio se > 1599.36; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT Elettrocardiogramma Holter

--

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 551.90; Intermedio se > 525.42; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT ECG di sforzo

--

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 335.95; Intermedio se > 319.83; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: *< 50%*

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:32)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:57)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del

Target: > 50%

Codice di Comportamento

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4.096.674,71 12M. 2018: 2.683.207,21

bacchellim (08/04/2019 17:28:49)

PROPOSTE:

Incremento complessivo di 13 TAVI di cui 7 sulla Cardiologia di Baggiovara per un costo di +140.000€

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 297.934,78 12M. 2018: 180.323,37

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.417,77 12M. 2018: 722,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.584,93 12M. 2018: 1.981,66

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 3.785.217,17 12M. 2018: 2.499.281,33

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

bacchellim (08/04/2019 17:48:17)

PROPOSTE:

tetto di spesa provinciale per DOAC= 5.661.013€

tetto di spesa provinciale per sacubitril+valsartan= 250.000€

tetto di spesa provinciale per anti-PCSK9=350.000€

,

Cardiologia Riabilitativa

Scheda validata da **gaviolim** il *22/10/2019* alle *09:57:03*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 23.487,35 12M. 2018: 39.287,75

gaviolim (12/07/2019 09:11:54)

CONTRODEDUZIONI:
le prestazioni ambulatoriali sono da valutare in relazione all'organico rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente perché da meta' novembre 2018 la Dott.ssa Pala e' assente per malattia quindi sono rimasti 2 medici e da meta' febbraio 2019 a meta' marzo 2019 si e' assentata ,sempre per malattia,anche la Dott.ssa Becca ed e' rimasto un solo medico sia per la degenza che per il DH/ambulatori

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 22.007,90 12M. 2018: 37.690,45

Valorizzazione ricoveri (DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 285.891,50 12M. 2018: 185.928,96

gaviolim (12/07/2019 09:19:37)

CONTRODEDUZIONI:
da maggio abbiamo incrementato i DH che pero' sono stati chiusi in giugno e pertanto non sono conteggiati

Valorizzazione ricoveri (DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 264.927,98 12M. 2018: 180.386,88

Valorizzazione ricoveri (DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 7.228,80 12M. 2018: 0,00

Valorizzazione ricoveri (DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4.578,24 12M. 2018: 2.168,64

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:18)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:48)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:59)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,01 12M. 2018: 0,01

.....

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

.....

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:29)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 5.599,80 12M. 2018: 3.129,70

.....

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:44)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

.....

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:32)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:57)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.450,25 12M. 2018: 2.702,50

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 360,65 12M. 2018: 185,81

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 61,61 12M. 2018: 0,00

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 81,60 12M. 2018: 21,76

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.946,39 12M. 2018: 2.494,93

DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E TESTA COLLO

Neurologia - CC

Scheda validata da **melettis** il *30/09/2019* alle *08:45:01*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 482.441,45 12M. 2018: 499.559,15

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 432.318,00 12M. 2018: 452.607,45

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.945.720,07 12M. 2018: 6.511.221,95

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 4.894.139,62 12M. 2018: 5.501.859,76

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 716.869,99 12M. 2018: 694.139,27

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 294.824,91 12M. 2018: 252.943,31

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:18)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

melettis (21/09/2019 08:41:34)

CONTRODEDUZIONI:

dei 3 PDTA riportati, il PDTA stroke è in fase avanzata e si conta di terminare la procedura sicuramente entro l'anno.

Per quanto riguarda invece il PDTA provinciale "sclerosi multipla", il percorso è già stato avviato e sono in corso valutazione con AUSL per cercare di portare a termine la procedura. La parte di competenza AOU è in realtà già definita.

Infine per quanto riguardai l PDTA Chirurgia dell'epilessia si conta di avviare l'iter in autunno in concomitanza con la realizzazione della Epilepsy Monitoring Unit.

Gestione dei pazienti con Sclerosi Multipla PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-02-01 / 2019-02-28
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-02-01 / 2019-04-01
[]: Prima riunione effettuata

2019-01-01 / 2019-04-01
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Gestione dell'Ictus ischemico PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

Chirurgia dell'Epilessia PDTA

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:49)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:59)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,38 12M. 2018: 0,43

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 188,00 12M. 2018: 68,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 118.488,00 12M. 2018: 118.087,60

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:30)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 88.339,10 12M. 2018: 85.305,15

melettis (21/09/2019 08:37:00)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

CONTRODEDUZIONI:

nel 2018 sono state richieste alcune prestazioni inabituali (in particolare angio-RM addome) per complicanze in pazienti acuti che spiegano i + 6.000 euro del 2019 sul 2018.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: 17 visite neurologiche

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (26/09/2019 09:22:45)

PROPOSTE:

N. disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (04/10/2019 12:08:31)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:32)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:57)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: 3.640.613 € [+540.000 € rispetto alla chiusura 2018 (3.100.613 €)]

Criterio val.: *Positivo se inferiore a*
Range: *Positivo se < 3640613.10; Intermedio se < 3815362.54; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.420.489,40 12M. 2018: 3.000.668,83

melettis (21/09/2019 08:33:17)

PROPOSTE:
+540.000€ di cui +92 per natalizumab, +465.000€ per ocrelizumab

CONTRODEDUZIONI:
vedasi commenti nelle specifiche sezioni.

Farmaci FAR

3.640.613 € [+540.000 € rispetto alla chiusura 2018 (3.100.613 €)]

Criterio val.: *Positivo se inferiore a*
Range: *Positivo se < 2125370.00; Intermedio se < 2227387.76; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.336.096,27 12M. 2018: 1.585.370,46

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

3.640.613 € [+540.000 € rispetto alla chiusura 2018 (3.100.613 €)]

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 880.034,15 12M. 2018: 1.202.389,34

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

3.640.613 € [+540.000 € rispetto alla chiusura 2018 (3.100.613 €)]

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 22.088,58 12M. 2018: 13.468,86

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

3.640.613 € [+540.000 € rispetto alla chiusura 2018 (3.100.613 €)]

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 171.941,72 12M. 2018: 187.208,52

Neurochirurgia

Scheda validata da **pavesigi** il *19/07/2019* alle *14:11:07*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 116.543,80 12M. 2018: 128.670,15

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 107.463,60 12M. 2018: 117.599,40

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 6.488.531,15 12M. 2018: 6.496.518,78

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.455.152,94 12M. 2018: 5.449.407,97

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 431.631,78 12M. 2018: 426.140,39

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 507.955,36 12M. 2018: 555.800,02

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

pavesigi (19/07/2019 14:07:20)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

CONTRODEDUZIONI:

Nell'elenco delle procedure quella riguardante il glioblastoma multiforme del 2012 risulta obsoleta essendo stato prodotto un PDTA neuro-oncologico nel 2018;
quella riguardante la nch pediatrica andrà aggiornata anche in relazione alla recente rete regionale in corso di definizione
in programma la stesura di un PDTA per la chirurgia dell'epilessia

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Solo informativo (ignorato)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: *Positivo se inferiore a*
Range: *Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 25,00 12M. 2018: 44,27

pavesigi (19/07/2019 14:09:28)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

CONTRODEDUZIONI:

costante monitoraggio delle liste ed adeguata programmazione della so settimanale

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:49)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

pavesigi (19/07/2019 14:08:30)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare

l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

CONTRODEDUZIONI:

Abbiamo fatto due segnalazioni AIFA.
partecipazione al gruppo di lavoro sulla profilassi della TVP in neurochirurgia

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,17 12M. 2018: 0,21

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 78,21 12M. 2018: 90,77

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 29,00 12M. 2018: 19,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 33.187,65 12M. 2018: 55.722,00

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:29)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie

Target: = 2018

Richieste - Radiologia

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 46.261,15 12M. 2018: 40.784,10

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:45)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: 50 visite neurochirurgiche

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (26/09/2019 09:25:04)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:32)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:57)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.136.350,43 12M. 2018: 1.416.193,20

bacchellim (09/04/2019 10:43:07)

PROPOSTE:

tolti dalla spesa 2018 -140.000€ dovuti a 100.000 per elettroneurostimolatori la cui spesa va spostata sulla Neurologia e 40.000€ di spesa caricata sul 2018 ma di competenza 2017. Riformulato il target 2018 pari a 1.240.000€

Sulla previsione 2019 previsto incremento di 50.000€ (complessivamente 1.290.000€

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 70.561,54 12M. 2018: 116.997,11

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 81.312,04 12M. 2018: 94.676,38

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 747,76 12M. 2018: 647,34

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 975.874,91 12M. 2018: 1.196.305,08

Medicina Riabilitativa - CC

Scheda validata da **coronam** il *01/08/2019* alle *16:58:26*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 388.721,00 12M. 2018: 369.105,70

cavazzast (10/06/2019 10:23:49)

PROPOSTE:

Nel corso dei primi mesi abbiamo avuto una riduzione dell'organico che è stato portato a regime completo a Giugno 2019.

Ritengo che il gap possa essere migliorato nel corso dell'anno

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 372.638,15 12M. 2018: 352.024,75

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.664.083,98 12M. 2018: 2.745.504,02

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 2.484.801,71 12M. 2018: 2.559.040,66

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 59.898,05 12M. 2018: 57.117,54

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 84.516,58 12M. 2018: 64.552,34

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:18)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

.....

Tracheostomia e gestione della cannula fino allo svezzamento PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-06-01 / 2019-08-30
[Nomina Resp.]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-06-01 / 2019-08-30
[Gruppo di Lavoro]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-09-01 / 2019-10-15
[Prima riunione]: Prima riunione effettuata

2019-10-15 / 2019-12-31
[Stesura]: Stesura contenuti principali

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

.....

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:49)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:59)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,07 12M. 2018: 0,07

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.391,10 12M. 2018: 4.208,60

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:29)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 24.830,35 12M. 2018: 20.289,40

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:44)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Target: 8/Settimanali Visita Fisiatrica

CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 191.90; Intermedio se > 182.70; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (04/10/2019 12:05:20)

PROPOSTE:
N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:32)

PROPOSTE:
N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:57)

PROPOSTE:
Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 205.438,84 12M. 2018: 218.896,92

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 95.748,57 12M. 2018: 99.896,02

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 8.300,71 12M. 2018: 24.457,37

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.838,83 12M. 2018: 781,26

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 84.833,16 12M. 2018: 80.626,47

Neuroradiologia

Scheda validata da **vallones** il *30/10/2019* alle *17:48:22*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.595.818,85 12M. 2018: 2.810.226,15

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: ***Positivo se resta entro intervallo***
Range: ***Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 2.335.663,75 12M. 2018: 2.521.874,05

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:18)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= *1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:49)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=*1*

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:02:59)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in

modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,38 12M. 2018: 0,45

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.282,55 12M. 2018: 1.472,40

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:30)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 38,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:45)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (04/10/2019 12:10:48)

PROPOSTE:
N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

DEFAULT TAC del capo

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 768.10; Intermedio se > 731.22; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT RMN Cerebrale

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 504.05; Intermedio se > 479.85; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT RMN della Colonna

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 95.95; Intermedio se > 91.35; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

DEFAULT TAC Rachide e speco vertebrale

Vedi sotto voci di dettaglio

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 288.10; Intermedio se > 274.26; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:32)

PROPOSTE:
N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del

50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.157.266,97 12M. 2018: 1.474.321,29

bacchellim (09/04/2019 10:52:49)

PROPOSTE:
+100.000€ per incremento attività

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 102.383,16 12M. 2018: 110.530,45

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 1.962,12

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 18,11 12M. 2018: 35,23

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.054.865,70 12M. 2018: 1.361.793,49

DIPARTIMENTO LOCOMOTORE

Ortopedia e traumatologia

Scheda validata da **squarzinapb** il *11/07/2019* alle *15:36:25*

ECONOMICA PRODUZIONE

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP)

Target: = *2018*

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -10.00; Intermedio se in [-10.00, -5.00]; Positivo se in [-5.00, 5.00]; Intermedio se in [5.00, 10.00]; Negativo se > 10.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 314.393,40 12M. 2018: 295.776,50

Valorizzazione Ambulatoriale per Esterni (netto LP) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Positivo se resta entro intervallo*
Range: *Negativo se < -16.00; Intermedio se in [-16.00, -10.00]; Positivo se in [-10.00, 10.00]; Intermedio se in [10.00, 16.00]; Negativo se > 16.00*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 291.652,25 12M. 2018: 272.666,45

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Totale

Target: = *2018*

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 6.428.247,95 12M. 2018: 6.207.408,27

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Modena MO

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 5.726.034,26 12M. 2018: 5.580.159,35

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Infra RER INFRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*
Range: *Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 421.338,80 12M. 2018: 410.233,11

Valorizzazione ricoveri (DO+DH) - Extra RER EXTRA_RER

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se cresce*

Range: ***Positivo se > -3.00; Intermedio se > -10.00; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 239.696,38 12M. 2018: 180.236,53

REGIONALE

Frattura di femore: % di interventi effettuati entro 48h

Target: >= 60%

Criterio val.: ***Positivo se cresce almeno di***
Range: ***Positivo se > 60.00; Intermedio se > 57.12; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (16/05/2019 16:13:29)

PROPOSTE:

L'indicatore è calcolato utilizzando il protocollo definito da AGENAS nel ambito del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede un valore minimo pari al 60%.

L'indicatore è calcolato considerando i soli residenti in Regione Emilia-Romagna.

GOVERNO CLINICO – QUALITÀ/ACCREDITAMENTO

SAQ Qualità e Accreditamento

Target: --

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (17/05/2019 09:15:18)

PROPOSTE:

1) **Accreditamento regionale**: verifica annuale in autovalutazione con check list compilata, datata e firmata o verifica ispettiva interna da programma aziendale;
2) **Bingo**: ciascun direttore, entro il 30/6/2019, con il supporto del RAQ di UO, indica l'elenco delle procedure che, entro il 31/12/2019, verranno aggiornate e quelle che per obsolescenza verranno eliminate da Bingo;
3) **Clinical Competence**: presenza dello stato di addestramento datatoe firmato;
4) **RDD**: presenza di verbale datato e firmato con indicazione delle azioni correttive e fronte delle criticità.

SAQ Accreditamento Regionale: DRG 1943/2017 e 327/2014

--

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Negativo altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Bingo: revisione procedure

--

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ RDD. Riesame della Direzione

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ Clinical Competence

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SAQ AC/AM (Azioni Correttive e di Miglioramento)

--

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

PDTA: definizione e aggiornamento

Target: definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Positivo se valutato / Negativo altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Patologia malformativa congenita dell'arto superiore PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: *Esito Task su Timeline (media equiponderale)*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Patologie dell'arto superiore (patologie traumatiche polso) PDTA

definiti singolarmente nei sub indicatori

Criterio val.: ***Esito Task su Timeline (media equiponderale)***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Nessuna fonte dati***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

TIMELINE

2019-01-01 / 2019-02-28
[]: Nomina del responsabile del PDTA

2019-03-01 / 2019-04-30
[]: Individuazione del gruppo di lavoro

2019-05-01 / 2019-06-30
[]: Prima riunione effettuata

2019-07-01 / 2019-08-31
[]: Stesura contenuti principali

2019-09-01 / 2019-10-31
[]: Stesura finale e analisi di appropriatezza effettuata

2019-11-01 / 2019-12-31
[]: PDTA concluso (firmato per approvazione)

Tempi d'Attesa Classe A: % casi oltre soglia / dimessi totali TDA

Target: < 10%

Criterio val.: ***Positivo se inferiore a***
Range: ***Positivo se < 10.00; Intermedio se < 11.44; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 20,00 12M. 2018: 7,14

franchini.filippo (28/05/2019 12:03:01)

PROPOSTE:

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la delibera **272/2017** "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati", disponendo che ciascuna Azienda sanitaria adotti tutti gli strumenti utili a rispettare i tempi massimi di attesa individuati per classi di priorità.
La classe di priorità, che indica il tempo massimo di attesa per l'intervento, viene definita in base alle condizioni cliniche e fa riferimento alle opzioni sancite dall'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002.

Classe A: ricovero entro 30 giorni.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, fa riferimento ad un'analisi retrospettiva da flusso SDO ed è conteggiato sulle dimissioni programmate in DO e DH (le giornate di attesa sono calcolate al netto delle sospensioni).

Segnalazione eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure

Target: >= 1

Criterio val.: ***Positivo se superiore a***
Range: ***Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:01:49)

PROPOSTE:

L'IR è un sistema di raccolta di segnalazioni spontanee da parte degli operatori e può riguardare non solo eventi avversi veri e propri (ovvero eventi che hanno cagionato qualche danno ai pazienti), ma anche c.d. 'near miss' o quasi eventi (intesi come situazioni di pericolo che non hanno ancora dato luogo ad eventi avversi, ma che, se persistenti, potrebbero cagionarli). Non ha rilevanza dal punto di vista statistico-epidemiologico, nè misura l'effettivo livello di sicurezza della struttura: viene universalmente ritenuto un indice della sensibilità degli operatori rispetto alle tematiche della sicurezza, della gestione del rischio e della sua prevenzione in quanto contribuisce in misura significativa alla raccolta di informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni mirate ad accrescere il livello di sicurezza delle organizzazioni sanitarie.

SEA su eventi significativi

Target: >=1

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 1.00; Intermedio se > 0.95; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

magliocco.angelo (17/06/2019 10:03:00)

PROPOSTE:

Il SEA (Significant Event Audit) è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, sia in senso positivo che negativo, per imparare e migliorare. I singoli eventi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.Ogni Direzione dovrà identificare l'evento rispetto alla quale svolgere attività di SEA (Significant Event Audit), eventualmente avvalendosi del supporto metodologico della funzione aziendale di Risk Management. L'indicazione allo svolgimento di SEA potrà avvenire anche da parte della Direzione sovra ordinata (Aziendale, Dipartimentale).

EFFICIENZA

Incidenza Consumo Beni Sanitari / Fatturato

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,22 12M. 2018: 0,22

Costo DM per Giornata di Degenza

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 21,90 12M. 2018: 18,10

DRG Potenzialmente Inappropriati

Target: --

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 222,00 12M. 2018: 105,00

DRG 008 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3,00 12M. 2018: 0,00

DRG 503 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 21,00 12M. 2018: 11,00

DRG 538 INAPP

--

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 104,00 12M. 2018: 42,00

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Laboratorio

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 3.074,55 12M. 2018: 2.701,75

franchini.filippo (14/05/2019 10:39:30)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di laboratorio (per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica" della AOU di Modena (escluse pertanto le prestazioni erogate da B.L.U.), richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

Valorizzazione Prestazioni Intermedie Richieste - Radiologia

Target: = 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 192.445,45 12M. 2018: 190.314,85

franchini.filippo (14/05/2019 10:42:45)

PROPOSTE:

Il dato fa riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni di Neuroradiologia e Radiologia(per Interni + Esterni) erogate dal "Dipartimento Diagnostica Per Immagine" e della SOC di Neuroradiologia della AOU di Modena e richieste dalla struttura cui si riferisce la scheda di budget.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE CUP - OFFERTA SETTIMANALE

Target: 35/Settimanali Visita Ortopedica

Criterio val.: *Positivo se superiore a*
Range: *Positivo se > 840.00; Intermedio se > 799.68; Negativo se inferiore*
Fonte dati: *Inserimento manuale mensile*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

panini.barbara (04/10/2019 12:22:18)

PROPOSTE:

N disponibilità prime visite-esami CUP - offerta settimanale concordata (47 settimane all'anno)

FLUSSI INFORMATIVI

Libera Professione: incidenza v/Istituzionale

Target: < 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Nessuna fonte dati*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 09:33:32)

PROPOSTE:

N. dimessi in LP/N. Dimessi Totali (DO+DH) e prestazioni totali di specialistica (interni+esterni) al di sotto del 50% (art. 54, c. 6, CCNL 1998-2001 Dirigenza Medica e art. 2 Accordo Conferenza Stato Regioni 18 novembre 2010)

LP Ambulatoriale: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

LP Degenza: incidenza v/Istituzionale LP

< 50%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

SDO: schede compilate/dimessi totali (DO+DH) SDO

Target: = 100%

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 0,00 12M. 2018: 0,00

franchini.filippo (28/05/2019 10:11:57)

PROPOSTE:

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) in regime di DO e DH devono essere compilate **entro il 15 del mese** successivo a quello di riferimento, per consentire il corretto invio della casistica dimessa negli archivi regionali, ai fini della corretta quantificazione e correlata valorizzazione economica.
La rilevazione delle SDO compilate, rispetto al totale dei dimessi, viene conteggiata mensilmente (sia con riferimento all'ultimo mese che in forma cumulativa dall'inizio dell'anno) e rendicontata in dettaglio su MARS, per singola struttura.

Il dato qui riportato, ai fini di budget, riepiloga l'indice, *rilevato al 16 del mese*, riferito al **periodo cumulato da inizio anno**.

Prescrizioni prive di Impegnativa Dematerializzata DEMA

Target: 0

Criterio val.: *Percentuale raggiungimento espressa*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (28/05/2019 12:45:12)

PROPOSTE:

Obbligo di emettere impegnative dematerializzate in fase di prescrizione di prestazioni specialistiche per pazienti ambulatoriali. L'indicatore verrà calcolato analizzando i volumi di prestazioni erogate su richiesta dell'UO che risultano prive di impegnativa.

In assenza di prescrizione, infatti, la prestazione erogata non potrà essere valorizzata nel flusso di specialistica ambulatoriale diretto in Regione, con conseguente mancato riconoscimento economico

Anticorruzione: diffusione/vigilanza del Codice di Comportamento

Target: > 50%

Criterio val.: ***Percentuale raggiungimento espressa***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale una tantum***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

franchini.filippo (03/07/2019 09:06:53)

PROPOSTE:

% di partecipanti alle riunioni sul Codice di Comportamento, convocate dal Direttore di Struttura/Dipartimento.
Obiettivo biennale, previsto almeno il 50% di partecipanti (sul totale dei Dirigenti Medici afferenti alla struttura) per il 2019 ed il restante 50% per il 2020. Il numero dei partecipanti si evincerà dai verbali degli incontri che perverranno al RPCT.
Per dettagli si rimanda alla nota RPCT allegata.

ECONOMICA COSTI

Farmaci a Rimborso FED

Target: + 50.000 €

Criterio val.: ***Positivo se valutato / Ignorato altrimenti***
Range: ***Non determinato***
Fonte dati: ***Inserimento manuale mensile***

12M. 2017: - 12M. 2018: -

Totale Beni Sanitari

Target: = 2018

Criterio val.: ***Comunque positivo se decresce***
Range: ***Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore***
Fonte dati: ***SQL (FactConsuntivo)***

12M. 2017: 1.486.673,83 12M. 2018: 1.441.464,19

bacchellim (08/04/2019 18:05:51)

PROPOSTE:

+50.000€ per spostamento interventi per frattura di femore dal Policlinico a Baggiovara.

Obiettivo RER: monitoraggio del costo medio/paziente

CONTRODEDUZIONI:

Prima di decidere se e quanto si devono ridurre i costi dovrà essere valutato se il costo medio delle protesi di anca eseguite all'OCSAE è in linea con la media regionale oppure no. Se fosse il linea non sarà necessario ridurre i costi all'OCSAE.

Inoltre si dovrà distinguere tra impianti protesici eseguiti in elezione o per frattura (tenuto conto anche del

fatto che le fratture di femore che nel 2018 erano trattate al Policlinico dal maggio 2019 saranno trattate all'OCSAE).

Farmaci FAR

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 64.758,54 12M. 2018: 51.364,17

Sangue ed Emoderivati EMODERIVATI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 6.052,29 12M. 2018: 6.523,82

Diagnostici e Reagenti REAGENTI

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.052,35 12M. 2018: 866,23

Dispositivi, Protesi e Ferri Chirurgici DM

= 2018

Criterio val.: *Comunque positivo se decresce*
Range: *Positivo se < 3.00; Intermedio se < 10.00; Negativo se superiore*
Fonte dati: *SQL (FactConsuntivo)*

12M. 2017: 1.398.240,08 12M. 2018: 1.354.943,74

Prescrizione di Farmaci ad Erogazione Territoriale EROG_AUSL

Target: = 2018

Criterio val.: *Positivo se valutato / Ignorato altrimenti*
Range: *Non determinato*
Fonte dati: *Inserimento manuale una tantum*

12M. 2017: - 12M. 2018: -

ID del documento PDF

Web Budget

Applicativo di gestione degli obiettivi di budget

Master Budget 2019

Controllo di Gestione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Filippo Franchini, Responsabile Controllo di Gestione
franchini.filippo@policlinico.mo.it

Angelo Magliocco, Programmazione e Sviluppo
magliocco.angelo@policlinico.mo.it

Rosario Lamparelli, Layout ed impaginazione
cdg.seg@policlinico.mo.it

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

CDG
Controllo di Gestione
AOU Modena