

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

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2016

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI MODENA

29/6/2017

Premessa

La Relazione sulla Performance restituisce una chiave di lettura agli andamenti aziendali con riferimento agli obiettivi strategici evidenziati nel Piano della Performance 2016-2018.

La struttura del documento è costruita in modo da rispettare le linee guida esplicitate nell'apposita nota OIV-SSR, in continuità con quanto previsto nella delibera OIV-SSR n.3/2016 «Aggiornamento delle linee guida sul Sistema di misurazione e valutazione della performance».

Il 2016, per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, si è configurato come anno chiave per la definizione del progetto organizzativo volto a perseguire l'integrazione fra gli stabilimenti Policlinico e Baggiovara. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, dal 1/7/2016, ha avviato infatti il periodo di Sperimentazione Gestionale con l'Azienda USL territoriale per la gestione unica e integrata dello stabilimento ospedaliero Ocsae. Il periodo di sperimentazione si articolerà nel triennio 2016-2018 ed avrà come obiettivo generale "evitare la crescita dell'offerta ospedaliera complessiva oltre i fabbisogni individuati dalla programmazione e la duplicazione dell'offerta stessa, realizzando coerentemente agli obiettivi della programmazione regionale la concentrazione della attività ospedaliera, ottimizzando la qualità e la sostenibilità economica dei percorsi assistenziali".

Gli obiettivi strategici che sottendono alla sperimentazione gestionale sono contenuti nella DGR 1004/2016, deliberata il 28/6/2016.

Nel quadro del contesto organizzativo provinciale così delineato, la performance dell'AOU di Modena per il 2016 risulta essere stata nel complesso in linea con la programmazione effettuata.

Il presente documento, per la redazione del quale si è scelto di uniformarsi ad un format snello, ma esaustivo nei contenuti, fruibile in maniera efficiente sia per la formalizzazione che per la condivisione, richiama sinteticamente nell'executive summary i risultati più significativi conseguiti nel 2016, stabilendo un collegamento stretto con la Relazione sulla Gestione, allegata al Bilancio di Esercizio.

Vengono successivamente analizzati i singoli indicatori previsti dal PdP in corrispondenza delle Dimensioni ed Aree di Performance individuate, esplicitando le prestazioni conseguite (*fonte dati SIVER*) e commentando i trend con riferimento all'anno precedente (2015) ed alla media regionale.

Executive summary

Gli obiettivi strategici in capo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, formulati sulla base del Programma di Mandato della Giunta per la decima legislatura regionale della Regione Emilia-Romagna, approvato il 26 gennaio 2015, si distinguono in obiettivi di salute ed assistenziali ed in obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi (DGR 164/2015):

- **1.1. Obiettivi di salute e di promozione della qualità assistenziale**
 - 1.1.1. Riordino dell'assistenza ospedaliera
 - 1.1.2. Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero
 - 1.1.3. Integrazione ospedale-territorio e continuità dell'assistenza
 - 1.1.4. Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico
 - 1.1.5. Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
 - 1.1.6. Attività di ricerca
 - 1.1.7. Attività di prevenzione e promozione della salute
- **1.2. Obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi**
 - 1.2.1. Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa
 - 1.2.2. Sviluppo dei processi di integrazione dell'amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende
 - 1.2.3. Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi
 - 1.2.4. Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti
 - 1.2.5. Governo delle risorse umane
 - 1.2.6. Adempimenti nei flussi informativi
 - 1.2.7. Valorizzazione del capitale umano

Executive summary

La risposta dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena alla domanda sanitaria per l'anno 2016 è quantificabile in un valore complessivo di 204.546.409 € (tabella 1). Tale valorizzazione, comprensiva dell'attività erogata in regime di ricovero ordinario (-0,78%, pari a -855.484 €), day hospital (+1,44%, pari a +249.055 €) e dell'attività specialistica ambulatoriale (+2,61%, pari a +2.002.112 €), al netto della libera professione, evidenzia un trend in incremento rispetto al 2015 (+0,69%, pari a +1.395.682 €).

Il confronto fra i due anni risente in maniera determinante del trasferimento, avvenuto in data 15/10/2015 della struttura di Urologia dal Policlinico di Modena all'Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara, quantificato in 3.594.231 € (3.137.954 € dei quali in degenza ordinaria, 103.551 € in day hospital e 352.726 € di specialistica ambulatoriale).

Con riferimento alla produzione effettuata per pazienti provinciali, la performance aziendale è stata del tutto in linea con quanto previsto in sede di negoziazione dell'accordo di fornitura con l'azienda territoriale. L'attività di degenza (ordinaria e day hospital) per pazienti modenesi, pari a 100.411.164 € nel 2016 si è discostata di +0,6%, pari a +595.945 €, dal valore contrattuale negoziato (99.815.219 €). A livello infra regionale, confermati i tetti provinciali individuati per il 2014.

Sostanzialmente invariata la situazione con riferimento alla mobilità passiva infra regionale, che si attesta sui livelli 2015 in termini di valorizzazione (32,6 mln € circa), pur a fronte di una netta riduzione di casi (-228 casi). Invariata anche l'incidenza delle singole province verso cui si registra la "fuga" di pazienti modenesi nel 2016 rispetto al 2015.

Per quel che concerne l'attrazione, Bologna (in aumento: 1.320 nel 2016 vs 1.285 nel 2015) e Reggio Emilia (in calo: 1.241 casi 2016 vs 1.334 del 2015) si confermano le province più interessate in ambito infra regionale. Sul fronte extra regionale, stabile l'attrazione dalla Puglia, in calo il flusso in entrata proveniente dalla Lombardia a fronte di un aumento dall'Abruzzo, con riferimento alle prime tre regioni interessate.

Si rimanda alla Relazione sulla Gestione 2016 per la rendicontazione sul livello di raggiungimento degli obiettivi strategici sopra richiamati.

1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

OBIETTIVO PdP 2016-2018

Per tutto il personale e per gli organi di Direzione dell'Policlinico di Modena, il cittadino con problemi di salute deve essere al centro dell'organizzazione sanitaria, in quanto la tutela della salute è "un fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività ..." (art. 32 della Costituzione Italiana).

In tale contesto il Policlinico di Modena mantiene l'obiettivo di assicurare prestazioni di comprovata efficacia, compatibilmente con le risorse tecnologiche, umane e finanziarie disponibili.

Tale obiettivo è perseguito soprattutto attraverso un'attenzione particolare alla centralità del cittadino e attraverso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Per questo motivo è particolarmente importante puntare sulla soddisfazione dell'utenza, ponendo attenzione anche alla qualità percepita dai fruitori dei servizi del Policlinico di Modena, che si concretizza in quegli elementi che più di altri incidono sulle loro aspettative e valutazioni, quali:

- umanizzazione dei servizi e dei rapporti tra operatori e pazienti; a tale riguardo la relazione con il paziente deve essere caratterizzata dal rispetto, dalla cortesia e dalla disponibilità;
- informazione sulla diagnosi e sul decorso della malattia, sulle tecniche diagnostiche e sulle terapie a cui sarà sottoposto il paziente;
- conoscenza degli strumenti di tutela a disposizione dei cittadini quando si verifica un disservizio;
- rapidità con la quale il cittadino può comunicare con la struttura ed espletare le procedure che lo riguardano;
- integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e sociale, attraverso la ricerca della cooperazione e del coinvolgimento di tutte le componenti rappresentative ed il rafforzamento del sistema di cura provinciale.

Tutte le specializzazioni presenti nel Policlinico di Modena hanno l'obiettivo di perseguire l'eccellenza: per le attività di ambito regionale e sovra-regionale attraverso l'offerta di prestazioni di alto livello; per le attività di ambito locale, riguardanti le più diffuse patologie cronico-degenerative, l'eccellenza viene perseguita attraverso la ricerca e la messa a punto di innovativi modelli organizzativo-assistenziali da esportare nelle altre realtà e con l'integrazione con la rete provinciale dei servizi, mantenendo in Azienda l'assistenza ai casi più complessi.

Il Policlinico di Modena intende essere luogo dove l'esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del malato, viva in stretta sinergia con lo svolgimento delle attività di ricerca e di didattica.

1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

SINTESI

Indicatore	EMILIA- ROMAGNA	AOSPU MODENA
% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	64.43	69.41
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	67.1	77.84
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	62.19	64.09

Legenda: 

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.







1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

INDICATORE (INDo244)

Indicatore 1	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	76,85	69,41	 64,43

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

La performance positiva aziendale (69,41%) è correlata ad una migliore integrazione con il PUASS (Punto Unico Accesso Socio Sanitario) ed i Servizi Territoriali.

Il trend evidenzia una leggera diminuzione rispetto al 2015 (76,85%): il valore 2016 si attesta ugualmente ben al di sopra della media regionale (64,43%).

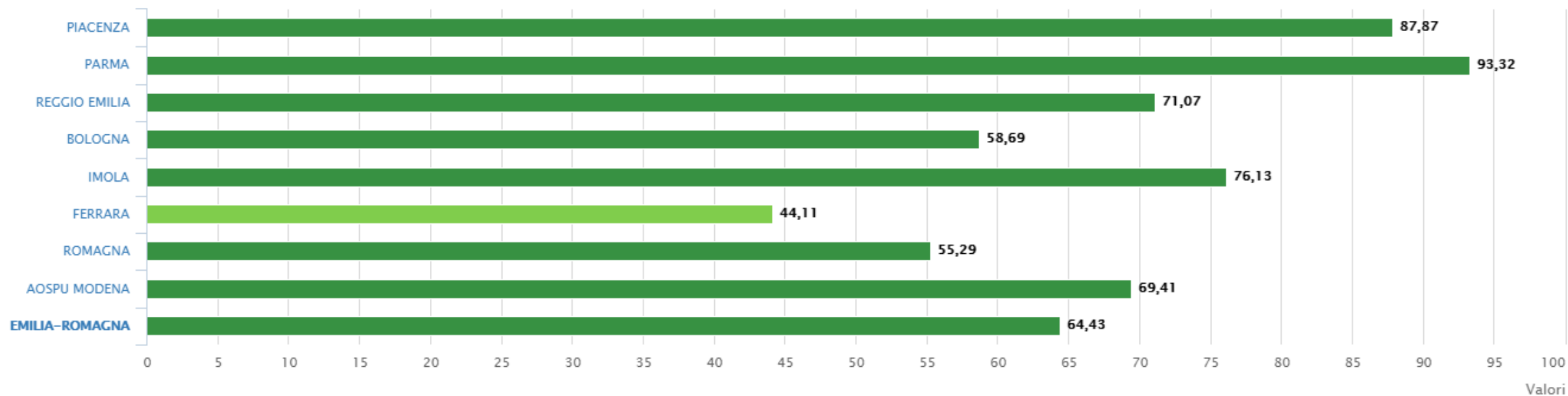
IND0244 % di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni

L'indicatore valuta la tempestività del ricovero in Hospice per gli assistiti in condizione di terminalità ed è calcolato come percentuale di malati ricoverati in hospice da parte della Rete per le cure palliative entro 3 giorni dalla segnalazione. L'obiettivo dello standard è quello di garantire la massima tempestività del ricovero.

Grafico

% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni


Anno di riferimento dei dati: 2016








1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

INDICATORE (INDo105)

Indicatore 2	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	74,84	77,84	 67,1

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Il miglioramento della performance relativo alla presa in carico di pazienti registrati in PS con codice giallo può essere attribuito alla introduzione della modifica organizzativa denominata «Triage Team».

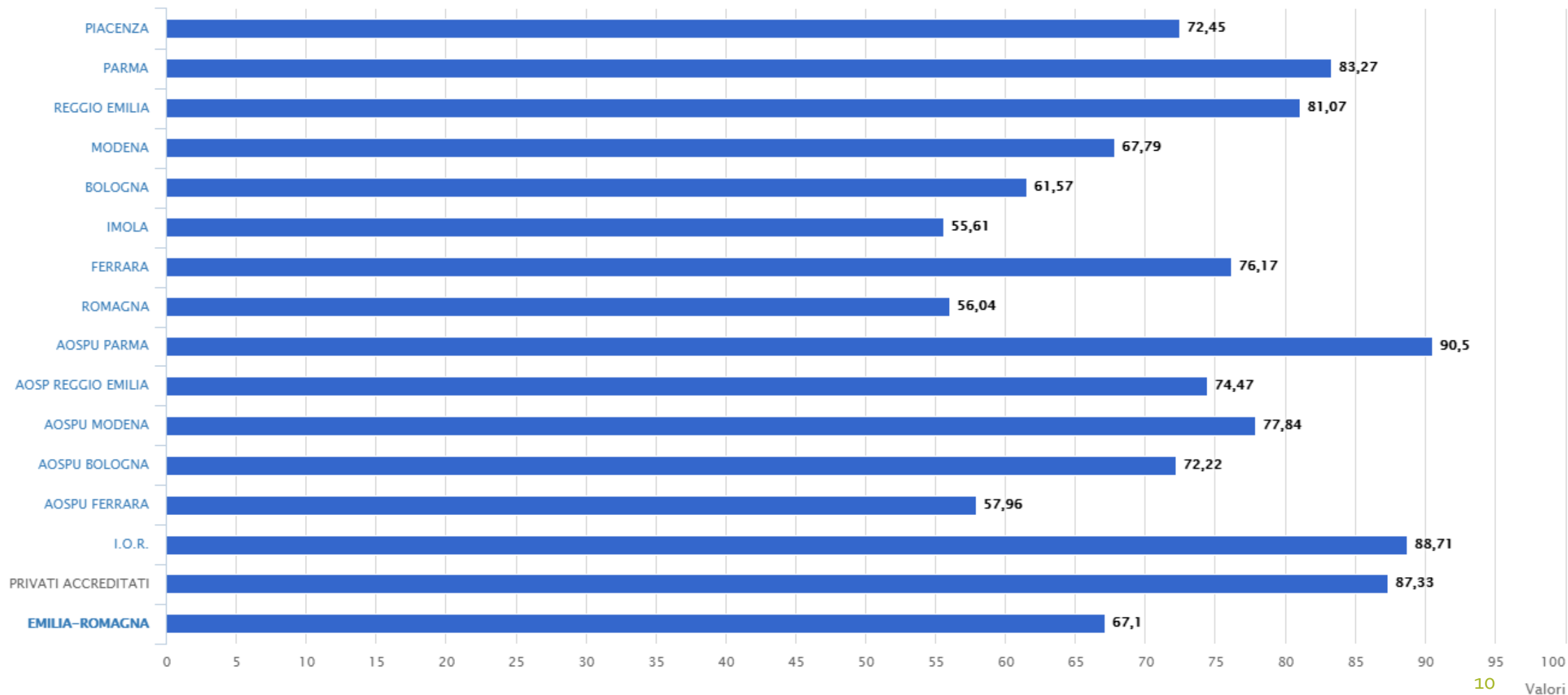
IND0105 % di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice giallo che sono visitati dal medico entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage).

Grafico

% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti

Anno di riferimento dei dati: 2016







1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

INDICATORE (IND0107)

Indicatore 3	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	68,45	64,09	 62,19

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Il dato complessivo rimane al di sopra della media regionale, la lieve flessione può essere attribuita alla concentrazione di un alto numero di codici verdi nelle fasce orarie intermedie ed in alcuni giorni della settimana.

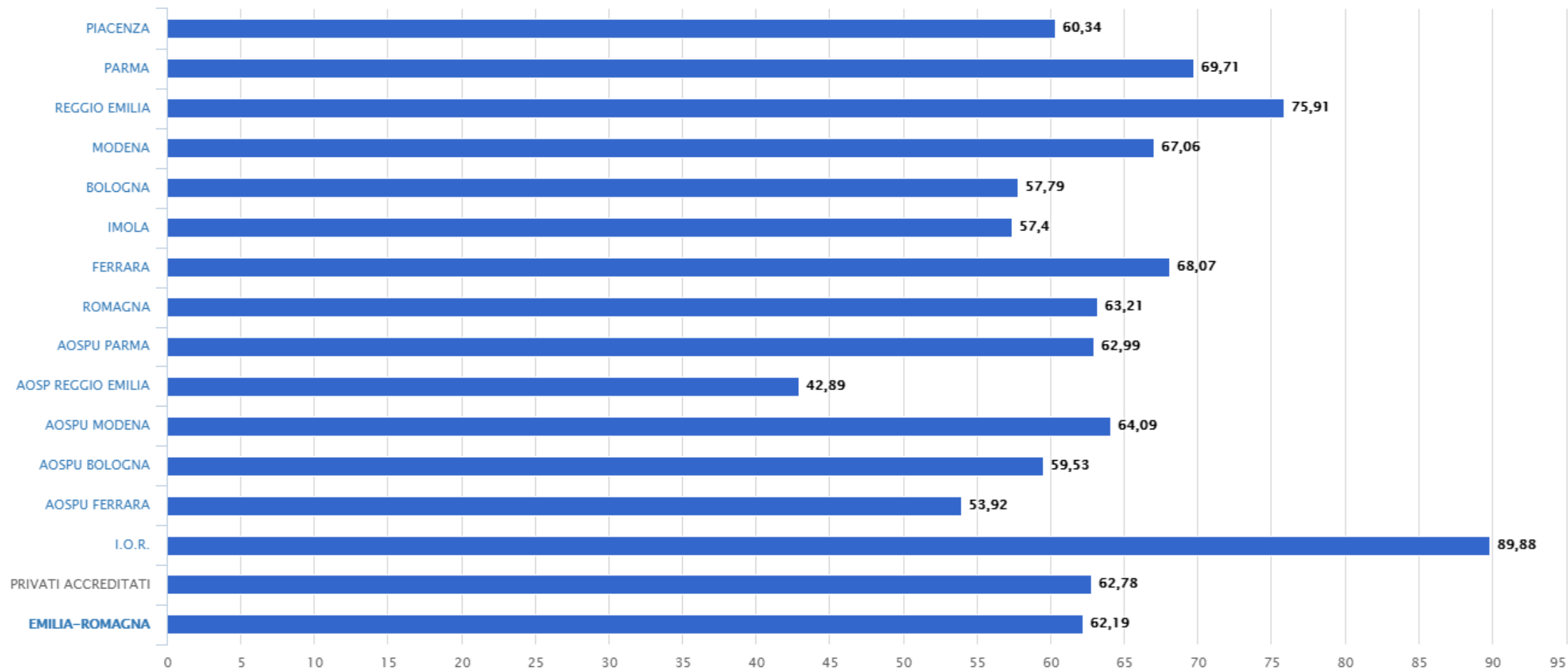
IND0107 % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice verde che sono visitati dal medico entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage).

Grafico

% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora

Anno di riferimento dei dati: 2016



1. Dimensione performance: utente

1.2 Area performance: integrazione

OBIETTIVO PdP 2016-2018

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, dal 1/7/2016, avvierà il periodo di Sperimentazione Gestionale con l'Azienda USL territoriale per la gestione unica e integrata dello stabilimento ospedaliero Nocsae. Il periodo di sperimentazione si articolerà nel triennio 2016-2018 ed avrà come obiettivo generale "evitare la crescita dell'offerta ospedaliera complessiva oltre i fabbisogni individuati dalla programmazione e la duplicazione dell'offerta stessa, realizzando coerentemente agli obiettivi della programmazione regionale la concentrazione della attività ospedaliera, ottimizzando la qualità e la sostenibilità economica dei percorsi assistenziali".

Gli obiettivi strategici risultano essere:

- la razionalizzazione della struttura complessiva dei costi delle due Aziende sanitarie in ambito provinciale;
- l'invarianza, quanto meno in avvio, 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 Nocsae e gli ospedali della rete provinciale;
- la maggiore caratterizzazione e integrazione delle vocazioni ospedaliere della rete provinciale.

Si rimanda, per dettagli operativi sul progetto, alla DGR 1004/2016, deliberata il 28/6/2016.

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, funzioni amministrative e tecniche di supporto.

1. Dimensione performance: utente

1.2 Area performance: integrazione

SINTESI

Indicatore	EMILIA- ROMAGNA	AOSPU MODENA
% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero \geq 30 giorni	18.61	20

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

1. Dimensione performance: utente

1.2 Area performance: integrazione

INDICATORE (IND0246)

Indicatore 4	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	14,35	20,00	 18,61

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

La performance aziendale (20% nel 2016) si attesta leggermente al di sopra della media regionale (18,61%).

La casistica trattata nel 2016 ha visto ricoverati diversi pazienti precoci per i quali sono stati avviati percorsi dedicati di integrazione con le famiglie ed il PUASS. Nello specifico, sono stati ricoverati in Hospice 9 pazienti lungodegenti, di cui uno, particolarmente fragile e con nulla compliance familiare, ha avuto una durata di degenza particolarmente lunga. Al netto di questi pazienti, alcuni dei quali sono stati dimessi nei primi mesi del 2017, la DMD dei primi due mesi 2017 si attesta a 13.3 giorni.

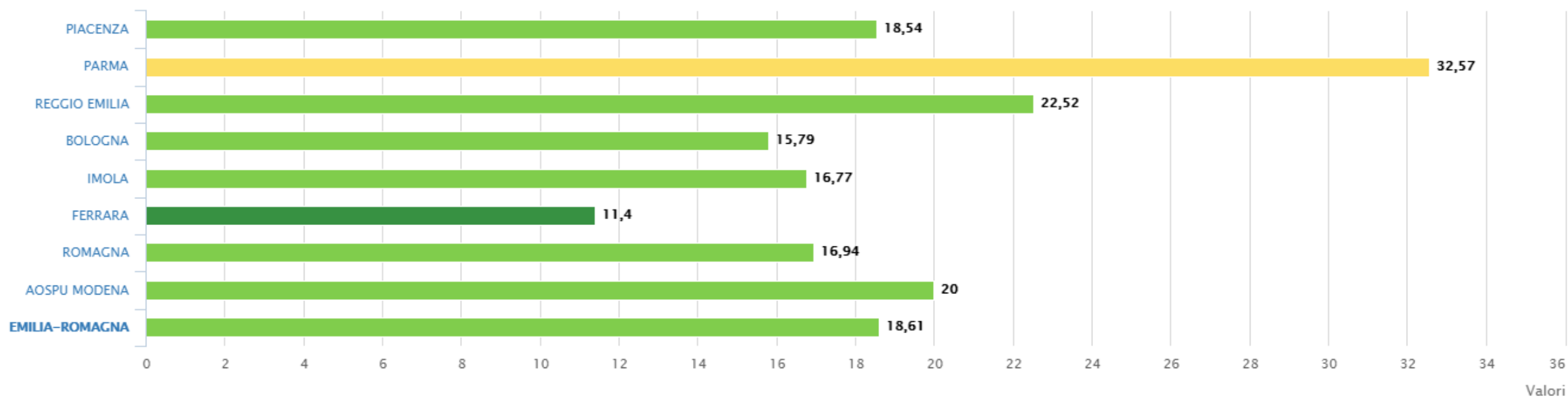
IND0246 % di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero \geq 30 giorni

La finalità e la funzione dell'Hospice è quella di garantire cure palliative in regime residenziale a malati che non possono essere assistiti temporaneamente o in via continuativa al proprio domicilio. Tali ricoveri devono avere una durata congrua rispetto alle finalità e alle funzioni dell'Hospice per il malato oncologico. Se il paziente non è già in carico alla rete locale di cure palliative, il ricovero di durata superiore a 30 giorni non è ritenuta congrua e il monitoraggio di tale indicatore ha lo scopo di ridurre il numero di ricovero di lunga durata.

Grafico

% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero \geq 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2016



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

	EMILIA- ROMAGNA	AOSPU MODENA
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	78.81	85.96
Mortalità a 30 giorni per IMA	8.72	10.37
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	44.39	42.68
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	11.49	4.09
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	10.45	6.25
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	1.8	0
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	8.69	7.69
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	6.63	7.36
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	0.9	0.56
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	4.33	4.17
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	3.96	3.6
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	0.86	0.94
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	0.82	1.15
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	70.12	70
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	18.49	19.97
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in rep. con vol. attività >90 casi annui	73.84	65.68
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in rep. con vol. attività >135 casi annui	78.56	99.06
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	3	3

1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0271)

Indicatore 5	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	83,42	85,96	 78,81

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

La performance registrata risulta molto soddisfacente, con un valore aggiustato di 87,22% contro una media regionale di 78,81% (il dato grezzo osservato nel corso del 2016 è pari all'85,96%).

Il totale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore ai 3 giorni è di 196 sulle 228 complessivamente eseguite nel 2016.

Si conferma il trend di eccellenza riscontrato nel 2015 con un ulteriore incremento percentuale.

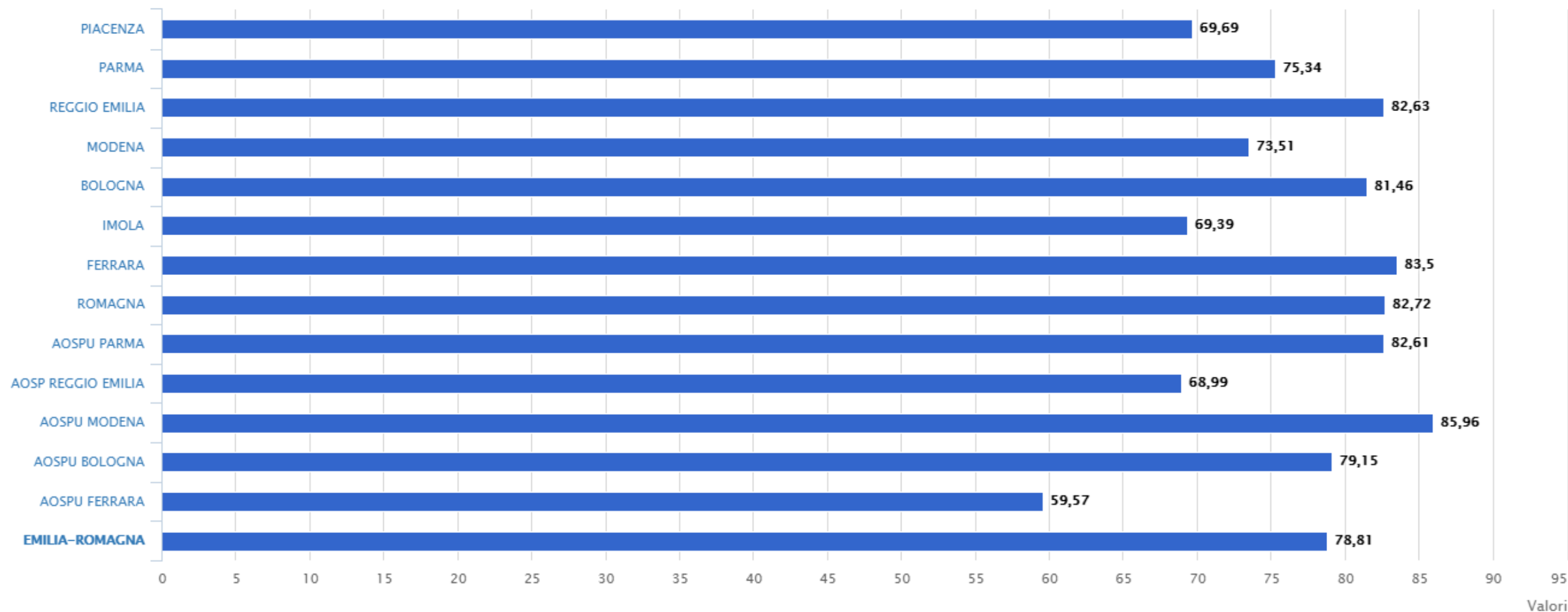
La performance trae origine da una sensibilizzazione al percorso iniziata negli anni 2011-2012, con particolare focalizzazione alla procedura in one day surgery

IND0271 % di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Grafico

% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2016



Valori

1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0389)

Indicatore 6	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Mortalità a 30 giorni per IMA	6,14	10,37	 8,72

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

L'applicazione del correttivo in funzione della procedura di risk adjustment prevista per gli stabilimenti con volumi di attività superiore alla soglia minima prevista a livello regionale, cui l'AOU di Modena risulta soggetta, restituisce un indice pari all'8,88%.

Valore che si colloca pienamente in linea con quanto registrato mediamente a livello regionale (8,72%).

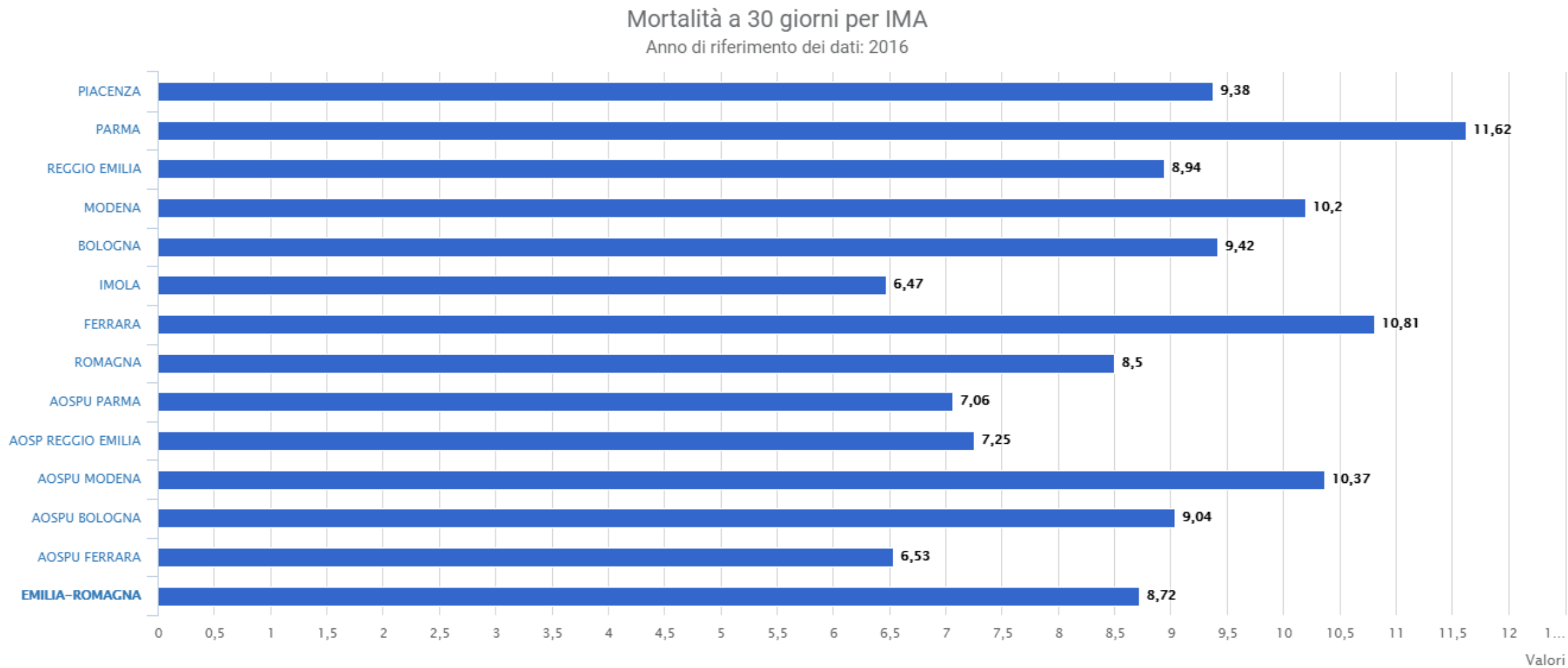
Il numero di decessi per IMA entro 30 giorni è stato di 34, rispetto ai 328 casi complessivamente verificatisi nel 2016.

In base all'elaborazione dati da banca dati SDO la AOU di Modena ha rilevato, per i pazienti ricoverati in Cardiologia, una mortalità intraospedaliera (casistica SDO dimessi con cod. procedura 410_1; 410_2; 41071 e 41072) pari a 3,5% nel 2015 e 2,3% nel 2016. Pur essendo le valutazioni mirate a differente indicatore, l'andamento della mortalità fra 2015 e 2016 rileva un trend opposto rispetto a quello rilevato dal corrente indicatore fonte PNE.

A livello organizzativo, è importante notare come dall'11 aprile 2016 l'attività di emodinamica in urgenza per STEMI sia stata centralizzata presso OCSAE con conseguente residualità al Policlinico degli infarti NSTEMI, notoriamente associati ad età e comorbidità superiori.

IND0389 Mortalità a 30 giorni per IMA


Grafico



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0390)

Indicatore 7	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	51,48	42,68	 44,39

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Il dato grezzo aziendale evidenzia una percentuale del 42,68%, originata da 140 casi di angioplastica coronarica percutanea effettuata entro i 2 gg. dall'accesso per pz. con IMA su un totale di 328 casi complessivamente dimessi nel corso dell'anno 2016.

Il valore corretto secondo l'indice di risk adjustment sposta l'indice al 46,73%, evidenziando un trend in netto miglioramento rispetto alla performance 2015 (51,48%) e soprattutto in linea con la media regionale rilevata.

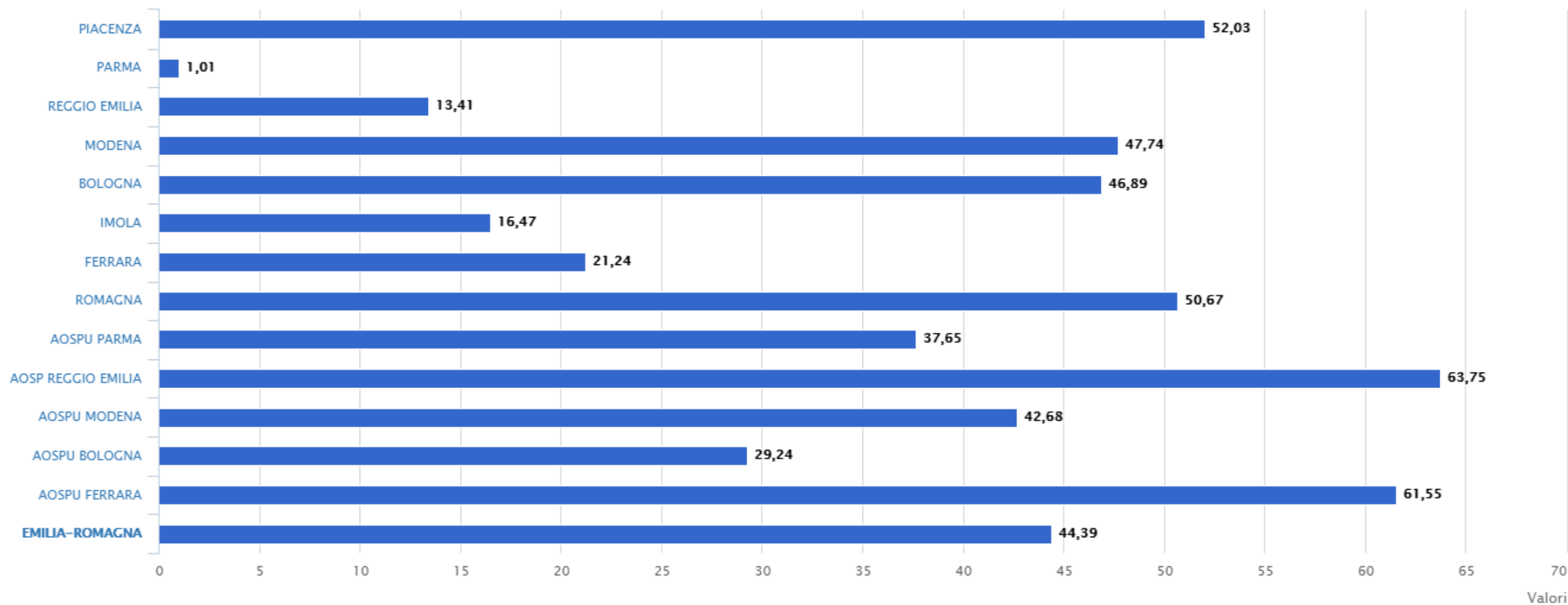
A livello organizzativo, restano pertinenti le valutazioni enunciate per l'indicatore 389 sulla mortalità a 30 gg. per IMA: nel confronto 2015-2016 occorre considerare infatti che la centralizzazione dello STEMI c/o OCSAE di Baggiovara (11/04/2016) ha modificato le caratteristiche dei pazienti ricoverati al Policlinico, con maggiore prevalenza NSTEMI. Le caratteristiche di tali pazienti (malattia multivascolare, comorbidità, età avanzata) possono condizionare la tempistica dell'intervento nonché la maggiore propensione a rivascolarizzazione chirurgica, in alternativa a PTCA.

IND0390 % di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA

Grafico

% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA

Anno di riferimento dei dati: 2016




1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0391)

Indicatore 8	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	7,77	4,09	 11,49

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

La performance aziendale si colloca ad un livello ottimale, best practice a livello regionale, sia considerando il dato grezzo (4,09%) che recependo l'aggiustamento regionale (4,2%).

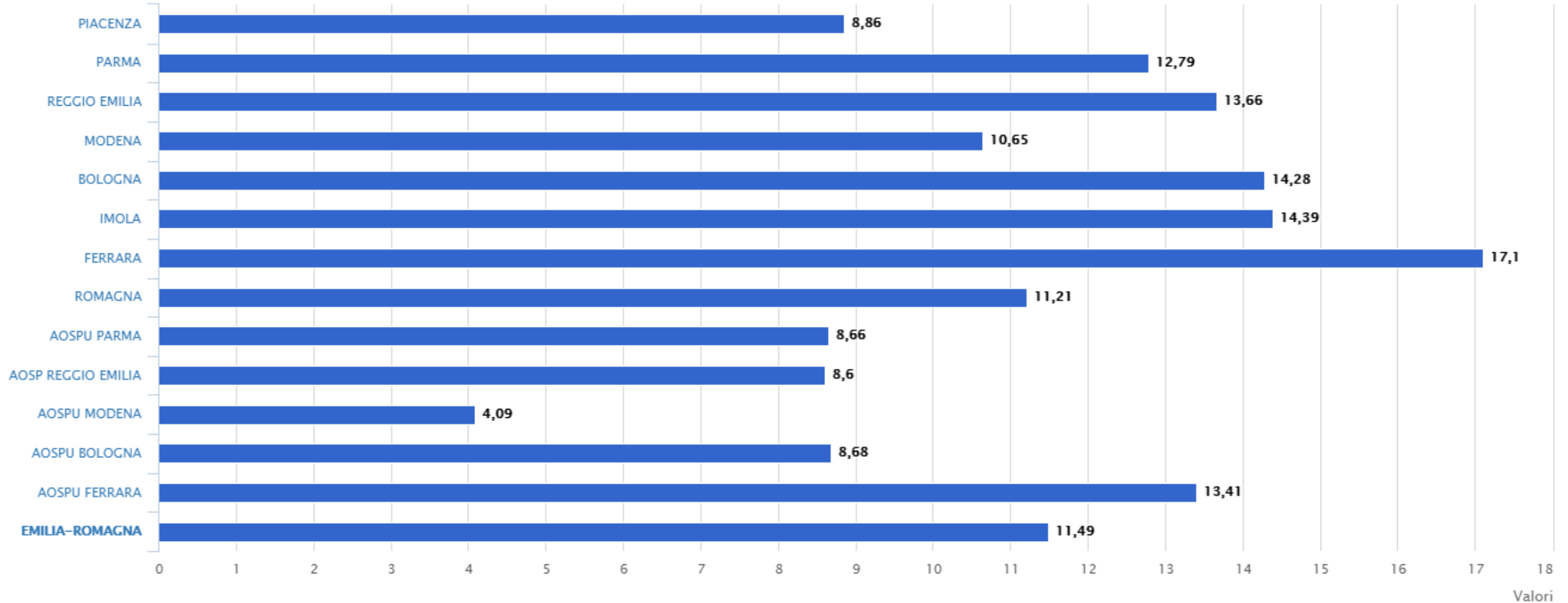
In totale, nel 2016 si sono registrati 15 episodi esitati in decesso entro i 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio su una casistica complessiva di 367 dimissioni.

IND0391 Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio

Grafico

Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio

Anno di riferimento dei dati: 2016







1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0393)

Indicatore 9	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	7,5	6,25	 10,45

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

L'attività di gestione dello Stroke in acuto è centralizzata presso l'OCSAE di Baggiovara.

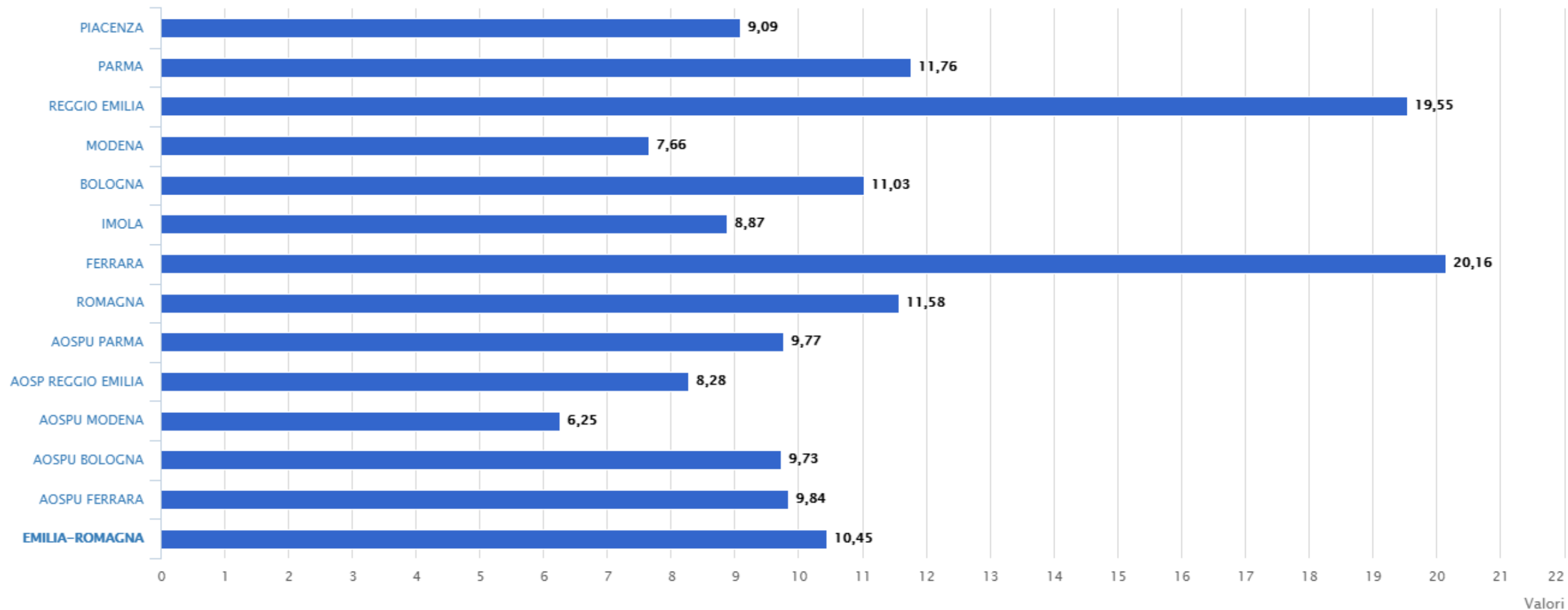
La residuale casistica trattata presso il Policlinico nel 2016 ha evidenziato una mortalità a 30 giorni decisamente bassa (6,25%) rispetto alla media regionale (10,45%) ed in ulteriore calo rispetto a quanto registrato nel corso del 2015 (7,5%). Il valore aggiustato secondo il coefficiente di correzione previsto per il risk adjustment abbassa ulteriormente l'esito ad un ottimo 5,34%, collocando l'AOU di Modena a livello di riferimento in Emilia-Romagna.

IND0393 Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico

Grafico

Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico


Anno di riferimento dei dati: 2016



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti





INDICATORE (IND0394)

Indicatore 10	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	0	0	 1,56

COMMENTO

Allo stato attuale non si rilevano problematiche sull'indicatore

Legenda:

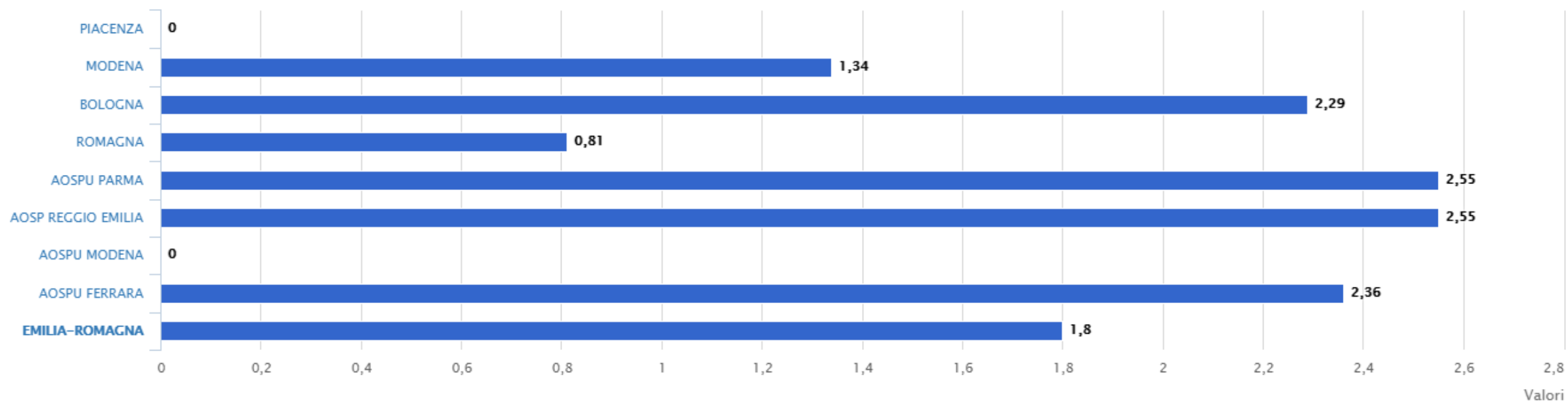
-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

IND0394 Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale

Grafico

Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale


Anno di riferimento dei dati: 2014 2016








1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0395)

Indicatore 11	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	12,18	7,69	 8,69

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Lo standard raggiunto dalla AOU di Modena è molto positivo.

Nel 2016 si sono rilevati 23 casi con mortalità entro i 30 giorni per BPCO riacutizzata su una casistica di 299 dimissioni complessive. L'incidenza del 7,69% (corretta al 7,81% secondo l'indice di *risk adjustment* previsto dal livello regionale per gli stabilimenti ospedalieri con volumi di attività superiori al volume minimo previsto) colloca l'AOU di Modena fra le migliori realtà regionali (media RER 8,69%).

Inoltre, la performance 2016 evidenzia un risultato in netto miglioramento rispetto a quella registrata nel 2015.

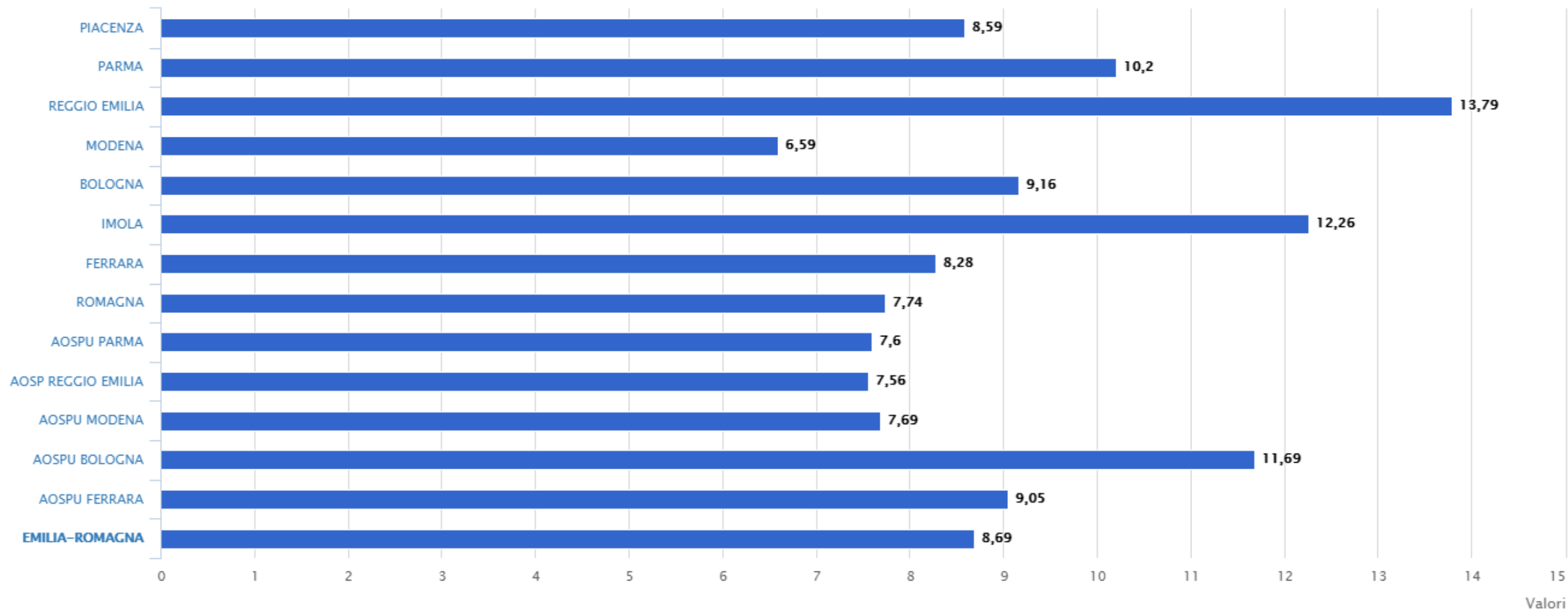
Nel corso degli ultimi anni si è provveduto ad un'allocazione più appropriata dei pazienti nell'area Malattie Apparato Respiratorio (inclusi i 6 letti di Terapia Intensiva Respiratoria). Il trend positivo registrato sull'indicatore è frutto di un progressivo riorientamento del reparto dal punto di vista organizzativo, che ha puntato il focus sull'appropriatezza (non solo i pazienti che giungono in reparto con prognosi già stilata, ma anche quelli con possibilità prognostica compatibile).

IND0395 Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata

Grafico

Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata

Anno di riferimento dei dati: 2016



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0398)

Indicatore 12	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	9,05	7,36	 6,63

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

La performance aziendale 2016 conferma un trend in netta diminuzione rispetto al 2015.

Considerando inoltre il valore aggiustato (*risk adjustment* previsto per gli stabilimenti con volumi di attività consistenti) la performance risulta notevolmente migliorata rispetto al 2015 (da 8,79% a 6,84%).

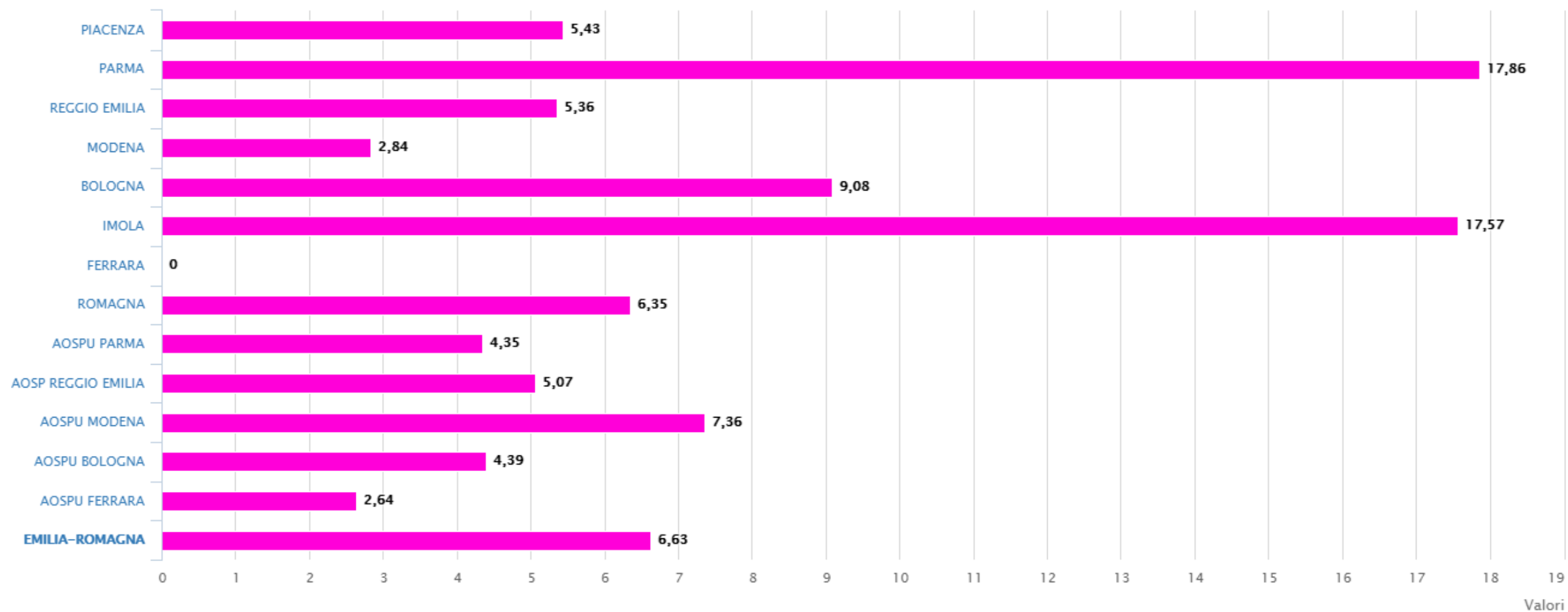
Il dato aziendale si pone a questo punto decisamente in linea con quanto registrato a livello regionale (6,63%).

IND0398 % di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella

Grafico

% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella

Anno di riferimento dei dati: 2016




Valori

1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0399)

Indicatore 13	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	0,58	0,56	 0,9

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Performance rilevata al di sotto della media regionale (scostamento dal valore grezzo di 0,56% ad un valore aggiustato di 0,64% [2 casi su 356 complessivi]).

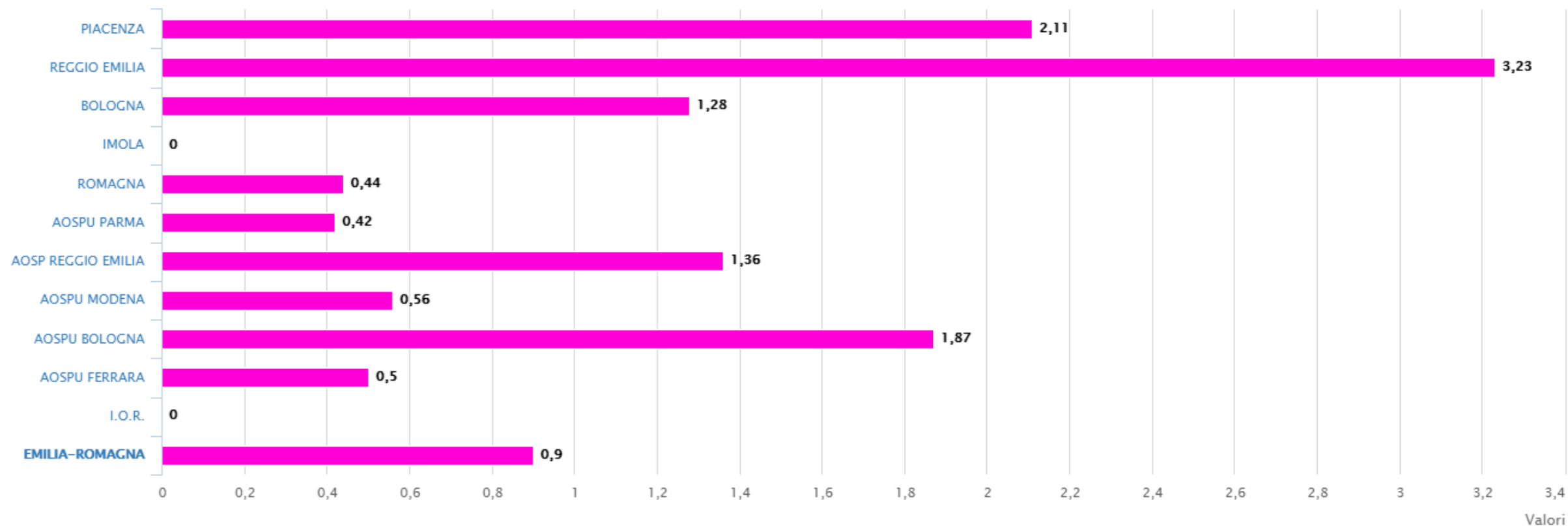
In fase di completamento il PDTA per il tumore del polmone, con la collaborazione di tutte le figure professionali coinvolte nelle diverse fasi assistenziali del paziente (chirurgo, oncologo, pneumologo, radioterapista, medico nucleare, anatomopatologo, case manager infermieristico).

IND0399 Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone

Grafico

Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone

Anno di riferimento dei dati: 2014 2016



Per quanto riguarda l'AUSL di Bologna, il dato relativo all'Ospedale Maggiore comprende anche l'attività erogata presso l'Ospedale Bellaria.






1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo400)

Indicatore 14	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	3,7	4,17	 4,33

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

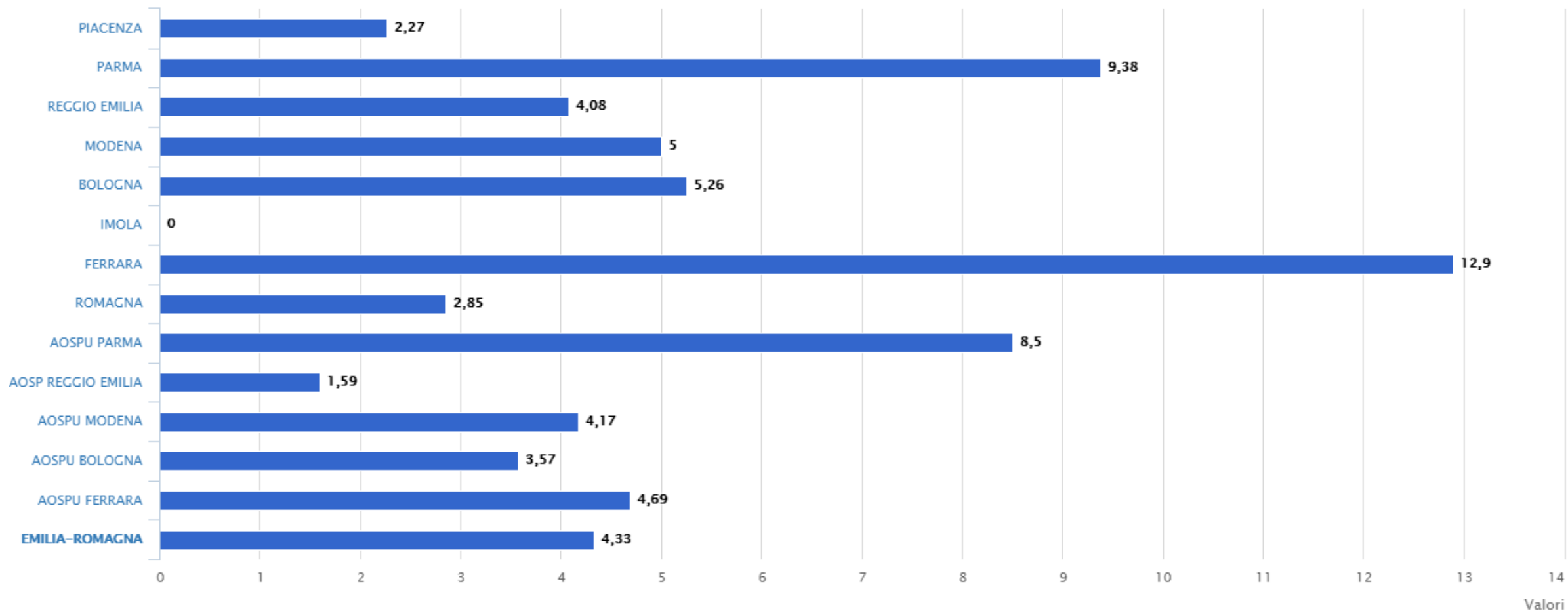
Incidenza relativa della casistica (2 casi su 48 complessivi dimessi nel 2016 dalla AOU di Modena); volume non tale da definire l'aggiustamento dell'indice. Performance rilevata comunque in linea con quanto espresso dalla media regionale di riferimento.

IND0400 Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco

Grafico

Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco

Anno di riferimento dei dati: 2014 2016



Il dato relativo all'AUSL di Imola non comprende l'attività di chirurgia interaziendale svolta in collaborazione con l'AOSPU di Bologna. Tale casistica, infatti, è stata completamente assegnata all'AOSPU di Bologna.






1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo4o1)

Indicatore 15	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	6,25	4,05	 3,96

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

E' stato formalizzato a fine 2016 il PDTA Colon-Retto, con la collaborazione di tutti i professionisti coinvolti nel percorso assistenziale (chirurgo, oncologo, gastroenterologo, radioterapista, medico nucleare, anatomopatologo, case manager infermieristico).

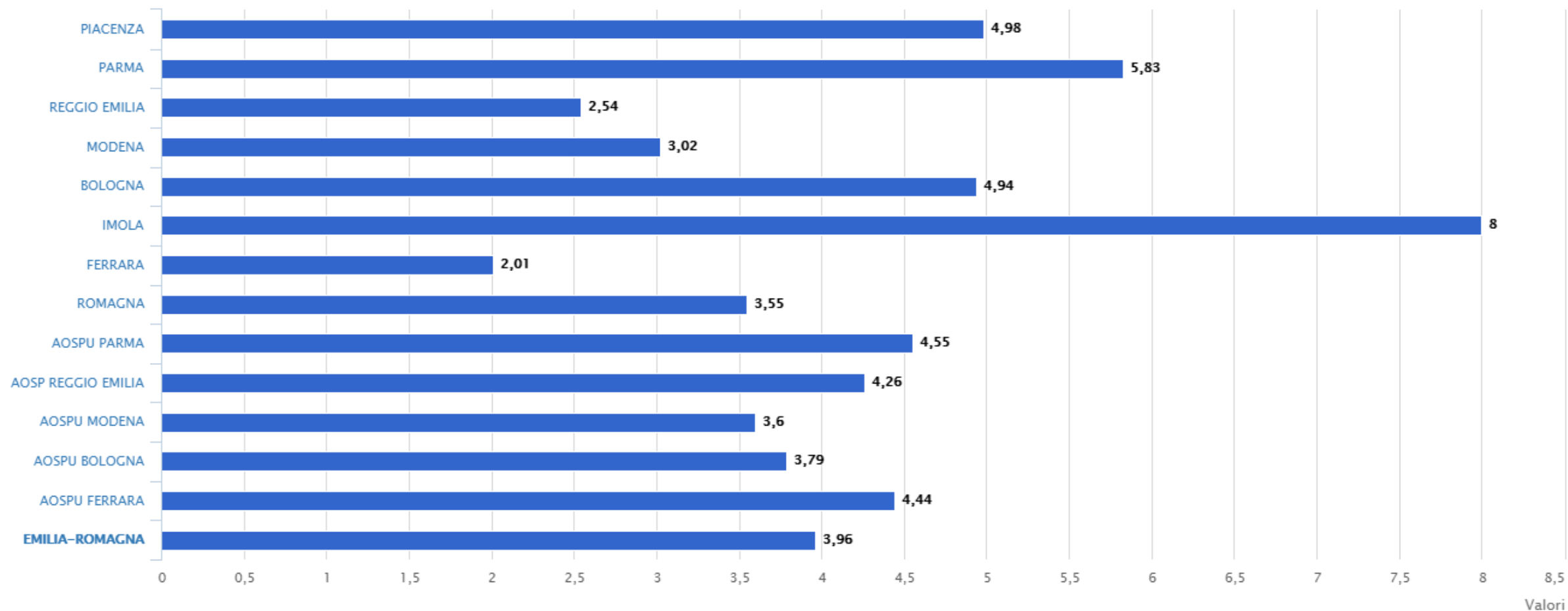
Performance aziendale aggiustata (4,05% rispetto al dato grezzo di 3,6%) in leggero scostamento rispetto alla media regionale (3,96%). Casistica in valore assoluto di 4 casi sui 111 complessivamente dimessi nel 2016.

IND0401 Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon

Grafico

Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon

Anno di riferimento dei dati: 2015 2016



Il dato relativo all'AUSL di Imola non comprende l'attività di chirurgia interaziendale svolta in collaborazione con l'AOSPU di Bologna. Tale casistica, infatti, è stata completamente assegnata all'AOSPU di Bologna.


1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo4o2)

Indicatore 16	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	1,04	0,94	 0,86

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Il trend evidenzia un miglioramento della performance dal 2015 al 2016, con un valore finale di 0,94% che si colloca di poco al di sopra della media regionale (0,86%).

I casi con complicanze sono stati 40 nel 2016 su una casistica complessiva di 4.251 parti naturali.

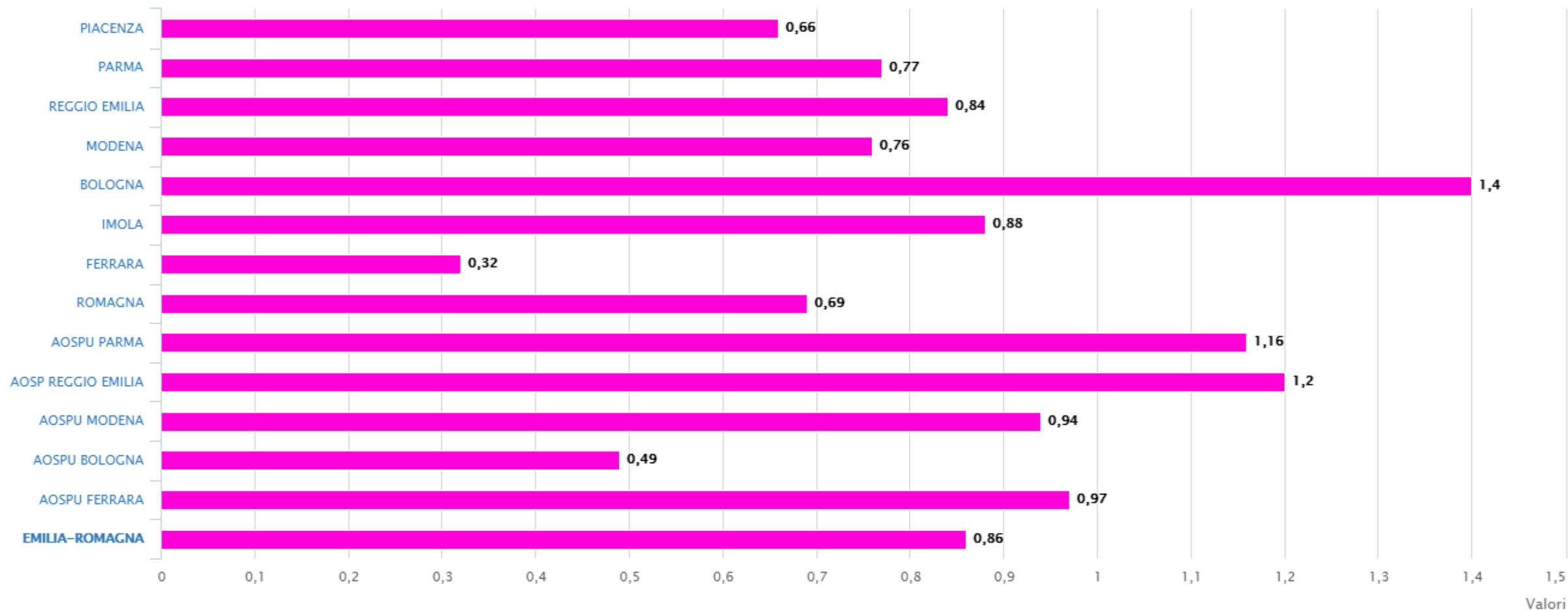
Il valore della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena è il più basso rispetto a quello di 3 delle 4 AOU della Regione.

IND0402 % di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali

Grafico

% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali

Anno di riferimento dei dati: 2015 2016




1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0403)

Indicatore 17	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	1,16	1,15	 0,82

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Il dato 2016 si colloca in situazione di continuità con il 2015.

La casistica che ha evidenziato situazioni di complicanze gravi evidenzia 17 casi nel 2016 a fronte di un totale di 1.475 parti cesarei.

Il valore risulta il più alto della regione insieme a quello dell'AOU di Bologna.

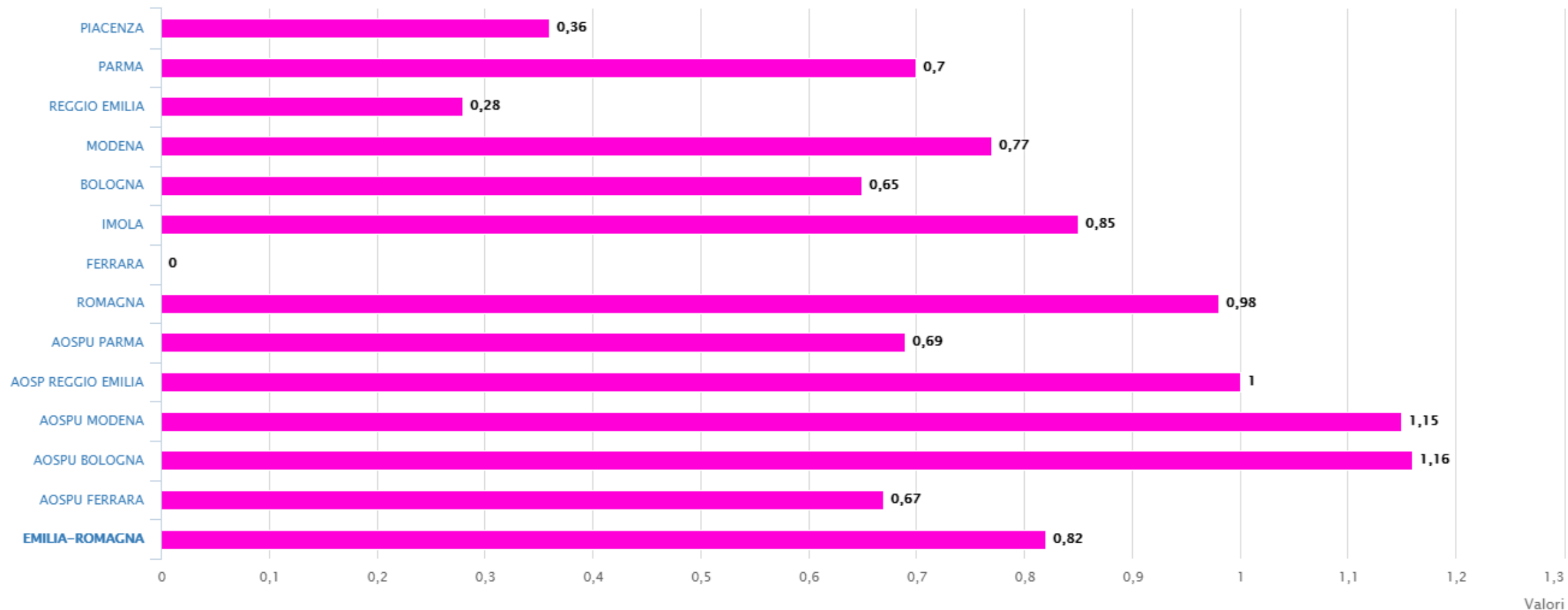
La valutazione della casistica dimostra che le donne in condizione di sovrappeso (BMI>25) e obese (BMI>30) risultano essere in numero molto maggiore in cura presso la AOU di Modena (20.9+10.9%=31.8%) che non rispetto alle altre aziende sanitarie regionali (<27%). Tale popolazione costituisce un bacino di utenza esposto ad un notevolmente maggiore rischio complicanze, che trova riverbero nell'indicatore monitorato.

IND0403 % di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei

Grafico

% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei

Anno di riferimento dei dati: 2015 2016








1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0441)

Indicatore 18	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	52,63	70,00	 70,12

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Apprezzabile miglioramento nell'esito dell'indicatore rispetto alla soglia evidenziata nel 2015. Il valore 2016, pari a 70% (aggiustato a 69,92%) è diretta conseguenza di azioni di miglioramento messe in atto a più livelli:

- Revisione del percorso assistenziale e stesura PDTA Frattura del Femore
- Individuazione di sedute operatorie dedicate alla gestione dei pazienti con frattura del femore

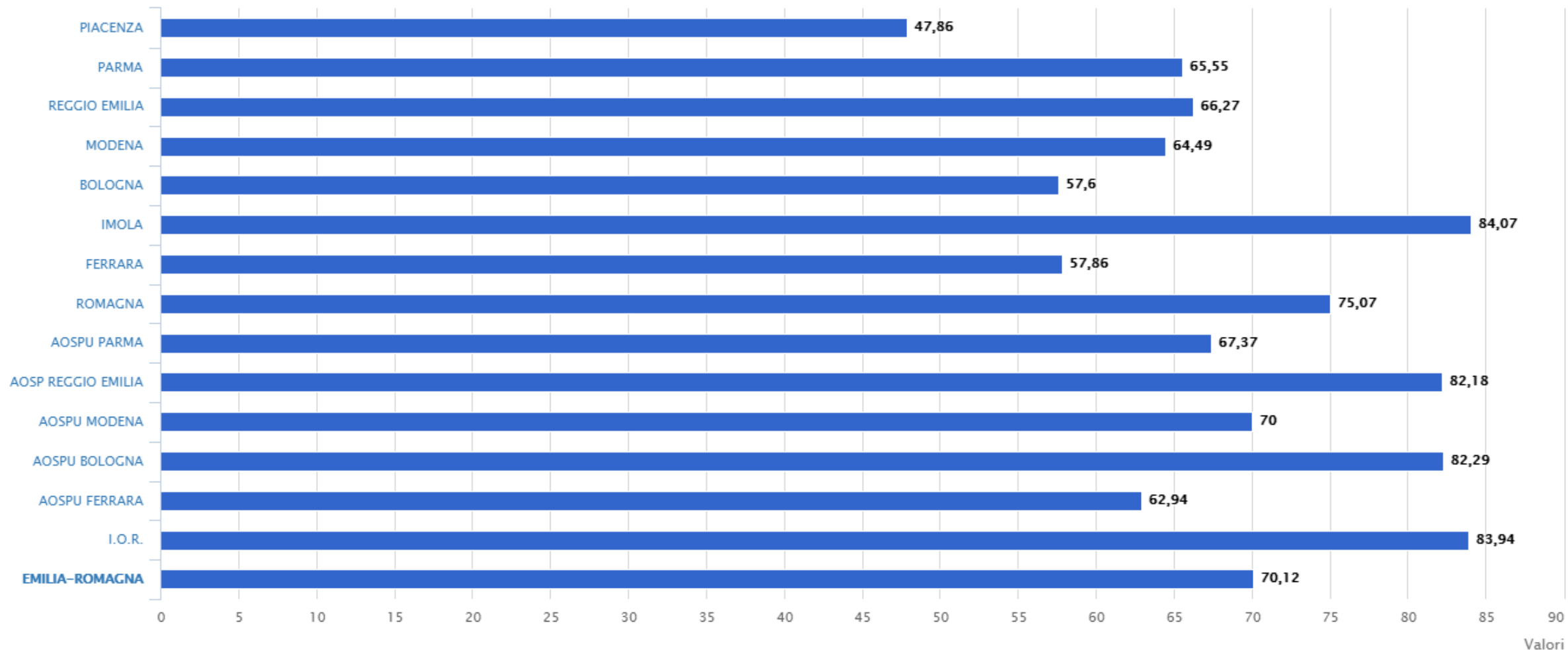
La soglia raggiunta nel 2016 risulta ora allineata a quanto consolidato a livello regionale (70,12%).

IND0441 % interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione

Grafico

% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione

Anno di riferimento dei dati: 2016








1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0494)

Indicatore 19	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	19,42	19,97	 18,49

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

La performance aziendale risulta sostanzialmente allineata al 2015 (19,97%), con un leggero scostamento in aumento rispetto alla media regionale (18,49%). Il valore corretto secondo l'indice regionale di *risk adjustment*, previsto per gli stabilimenti con volume di attività superiore alla soglia minima considerata, innalza l'incidenza al 22,18%.

E' comunque uno dei tassi più bassi rispetto a quelli delle altre AOU regionali, che, in quanto ospedali sedi di insegnamento alle Ostetriche ed ai medici in formazione, non possono essere paragonati alle altre AO, pur di pari dimensioni.

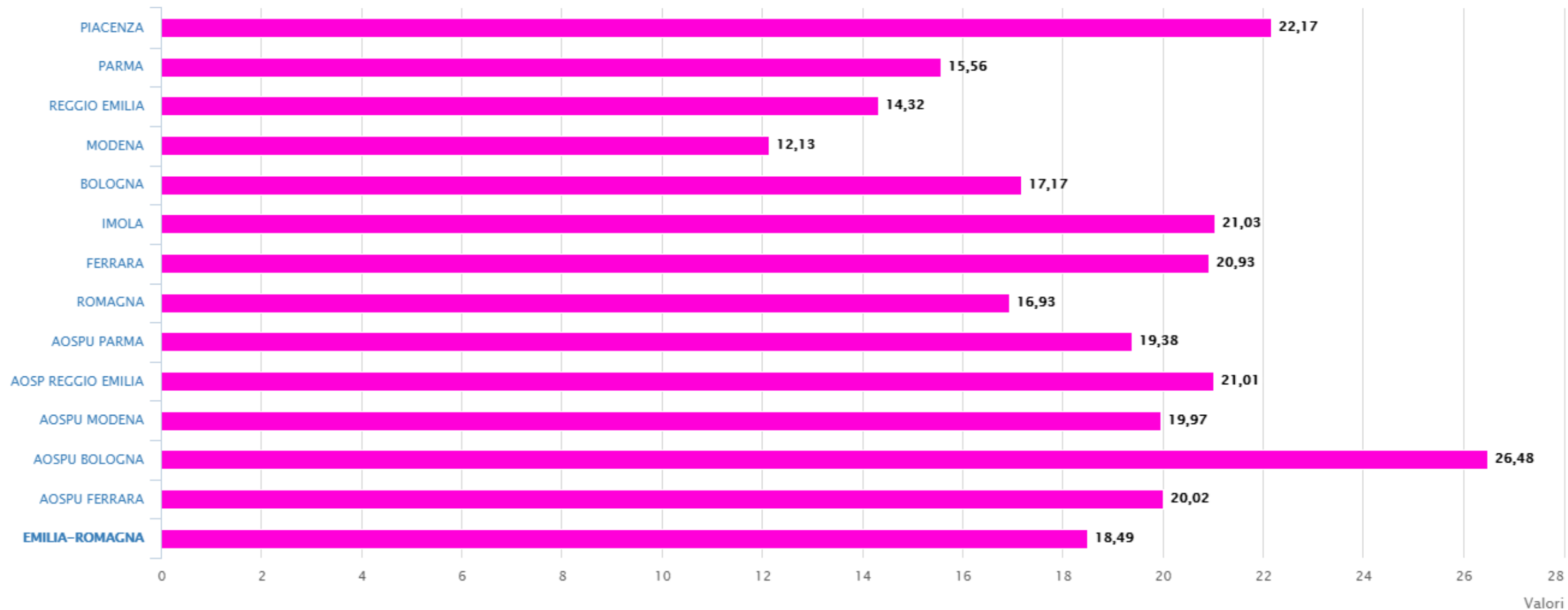
Come già evidenziato per l'indicatore 403, la valutazione della casistica dimostra che le donne in condizione di sovrappeso (BMI>25) e obese (BMI>30) risultano essere in numero molto maggiore in cura presso la AOU di Modena (20.9+10.9%=31.8%) che non rispetto alle altre aziende sanitarie regionali (<27%). Tale popolazione costituisce un bacino di utenza esposto ad un notevolmente maggiore rischio complicanze, che trova riverbero nell'indicatore monitorato.

IND0494 Proporzioe di parti con taglio cesareo primario

Grafico

Proporzioe di parti con taglio cesareo primario

Anno di riferimento dei dati: 2016









1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0396)

Indicatore 20	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	71,38	65,68	 73,84

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Il volume di attività considerata ai fini dell'indicatore è conteggiato su un totale di 5 reparti dimettenti all'interno dell'azienda.

La casistica dovrebbe essere concentrata sostanzialmente nelle due unità operative di chirurgia generale. Di fatto, la situazione è tale organizzativamente, ma il volume >90 casi viene raggiunto solo dalla Chirurgia 2, mentre la Chirurgia 1 ha dimesso un numero di poco inferiore alla soglia nel 2016 (81 casi).

Questo fenomeno penalizza di fatto l'indice, che risente del mancato raggiungimento della soglia da parte della Chirurgia 1, di fatto autorizzata all'effettuazione della casistica considerata. Se fossero stati effettuati i 10 casi mancanti al raggiungimento dei 90, l'indice risulterebbe pari al 94,5%.

Le dimissioni residuali negli altri 3 reparti (Ch. EBPT, Ch. Pediatrica e Pneumologia) ammontano ad un totale complessivo di appena 16 casi.

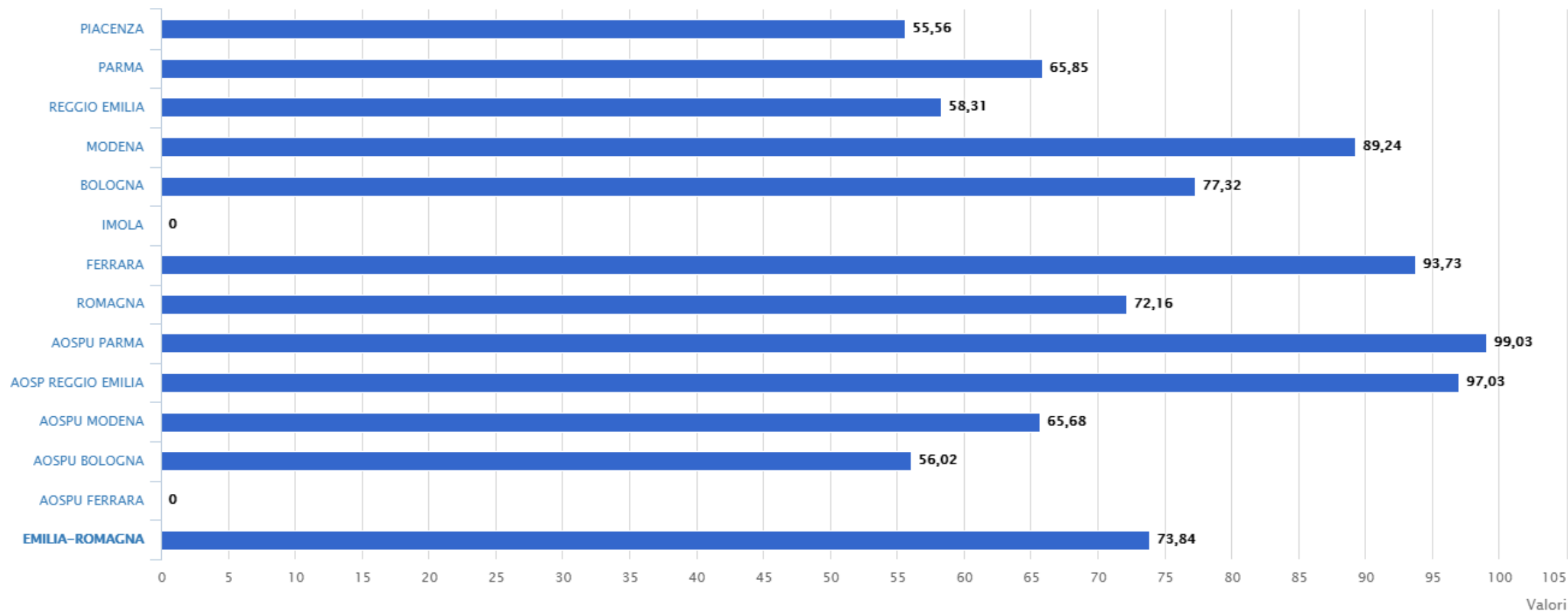
IND0396 % interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui

Si valuta la percentuale di ricoveri effettuati in reparti con un numero di interventi sopra la soglia rispetto al totale dei ricoveri erogati da ciascuna struttura, per interventi chirurgici per colecistectomia laparoscopica.

Grafico

% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui

Anno di riferimento dei dati: 2016



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0397)

Indicatore 21	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	99	99,06	 78,56

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Performance eccellente (99,06%), rispetto alla media regionale (78,56%).

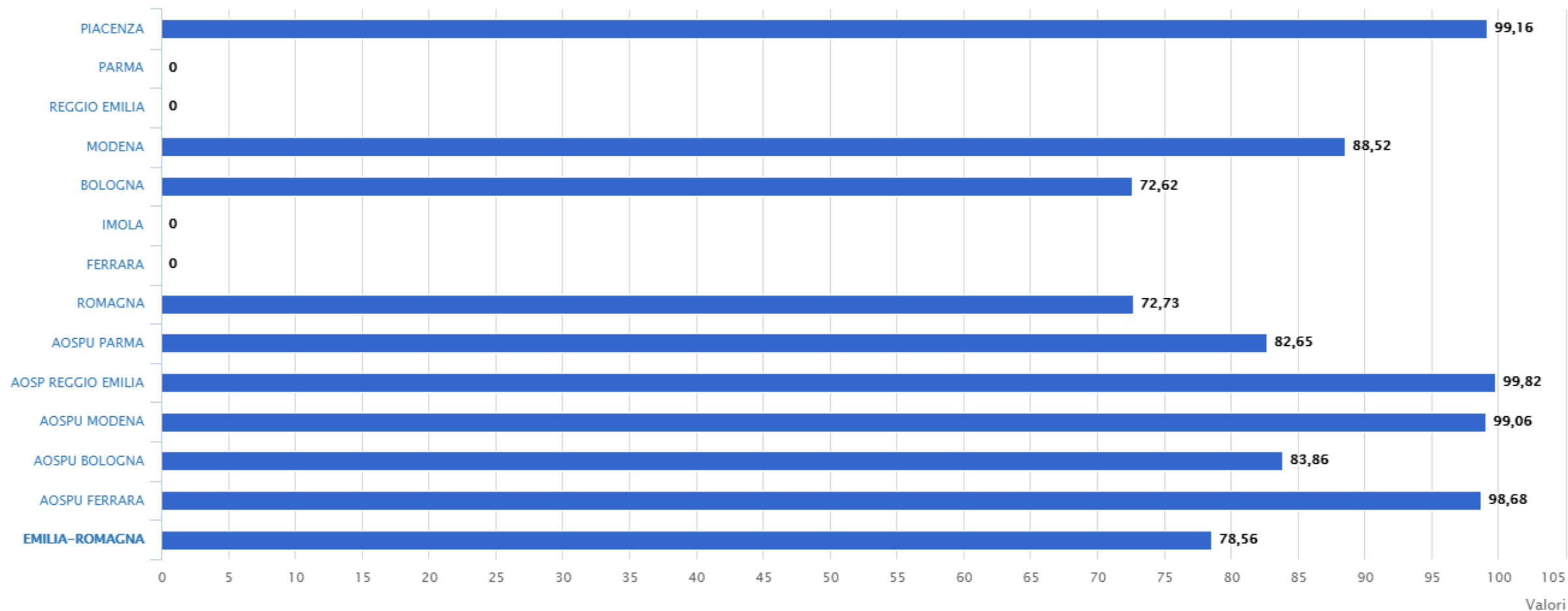
La SSD di Chirurgia Oncologica Senologica del Policlinico ha conseguito nel 2015 la Certificazione Eusoma, confermata poi nel corso del 2016.

IND0397 % interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui

Si valuta la percentuale di ricoveri effettuati in reparti con un numero di interventi sopra la soglia rispetto al totale dei ricoveri erogati da ciascuna struttura, per interventi per tumori maligni alla mammella.

Grafico


% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui
Anno di riferimento dei dati: 2016



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo4o4)

Indicatore 22	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	4	3	 3

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Il tempo medio di attesa per esecuzione dell'intervento chirurgico su tibia e perone è in linea con la media rilevata a livello regionale, e in miglioramento rispetto all'anno precedente.

Per raggiungere lo standard previsto dal DM 21 pari a due giorni di attesa si stanno effettuando interventi di ottimizzazione dei percorsi di pre-ricovero e di gestione delle liste di attesa per le prestazioni in regime di ricovero.

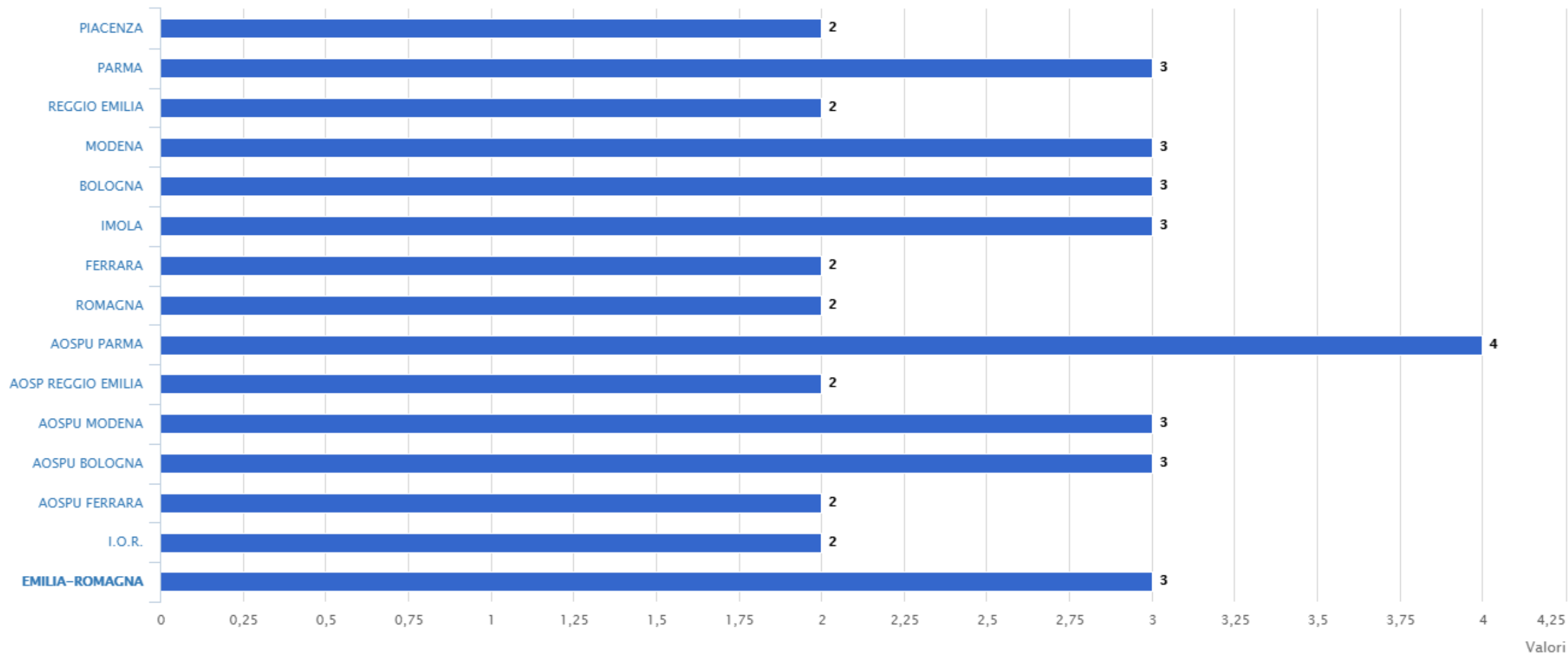
IND0404 Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone

L'indicatore misura le giornate di degenza pre-operatoria relative agli interventi chirurgici per frattura di tibia/perone.

Grafico

Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone

Anno di riferimento dei dati: 2016



2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

OBIETTIVO PdP 2016-2018

Le politiche delle cure ospedaliere

In un contesto nel quale è necessario perseguire gli obiettivi di salute rispondente ai bisogni emergenti con una disponibilità di risorse che non incrementa con le dinamiche con cui incrementano i costi di fattori produttivi rilevanti, diventa imperativo ridefinire e modificare la struttura dell'offerta, affinché sia rafforzato l'orientamento ai risultati di salute, la continuità della presa in carico, la valorizzazione di tutte le competenze professionali che interagiscono nella gestione del processo di cura. In ambito ospedaliero assumono particolare rilievo i temi dell'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura, delle aree di degenza integrate tra diverse specialità, della presa in carico e continuità delle cure, della gestione dei processi e percorsi di cura, della centralizzazione/prossimità delle prestazioni e delle strutture di erogazione.

L'Azienda dovrà:

- realizzare la programmazione locale, promuovendo l'integrazione, lo sviluppo della rete ospedaliera provinciale ed il miglioramento dei processi di cura;
- governare l'integrazione con l'Università, alla luce delle evoluzioni normative e portando a compimento le azioni di sviluppo del ruolo dell'Azienda nel sistema regionale della formazione e della ricerca, nonché dell'assistenza.

2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

SINTESI

Indicatore	EMILIA- ROMAGNA	AOSPU MODENA
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età ≥ 65 anni	3.34	4.33
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0.4	0.05
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0.63	-0.5
Degenza media pre-operatoria	0.76	0.49
Volume di accessi in PS	1.875.560	107.666
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	334.895	14.547
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	260.286	12.017
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	68.343	4.043
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	86.987	5.194

Legenda: 

- Pessimo
- Scarso
- Medio
- Buono
- Ottimo
- Non aggiustato
- Osservazione
- Dato non disp.







2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (IND0102)

Indicatore 23	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	5,36	4,33	 3,34

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

L'indicatore di ricoveri medici relativi a pazienti ultrasessantacinquenni risente in grande parte della quota di pazienti cronici, multipatologici con presenza di comorbidità e stati di fragilità socio-sanitaria, che complica la gestione ottimale del passaggio da un contesto ospedaliero ad uno più appropriato territoriale, anche una volta terminata la presa in carico della fase di acuzie.

Ciò considerato si sta lavorando in integrazione e sinergia con le strutture intermedie territoriali per facilitare la presa in carico di tale tipologia di pazienti presso i setting appropriati, anche tramite la collaborazione di presenze di afferenza territoriale che agiscono direttamente in ambito ospedaliero, come ad esempio accade grazie alla presenza del PUASS (Punto Unico Accesso Socio-Sanitaria).

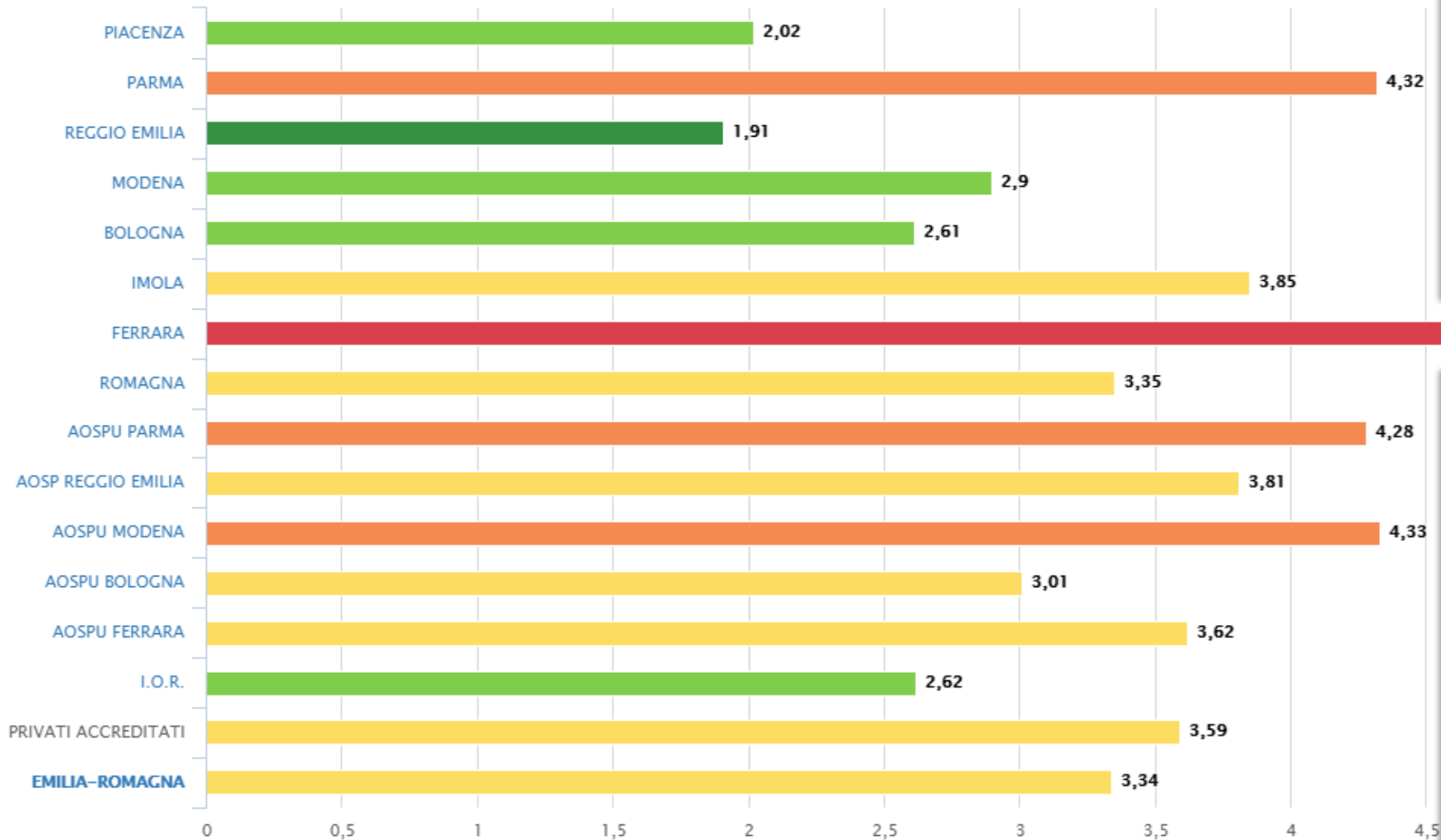
Le risultanze di tali adeguamenti organizzativi potranno avere ricadute positive sulla durata media della degenza dei pazienti in questione.

IND0102 % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni

Grafico

% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni

Anno di riferimento dei dati: 2016



L'indicatore identifica i ricoveri acuti medici con una durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico. Una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a possibili inefficienze dell'ospedale o del territorio (es. mancanza di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare), ad una scarsa integrazione tra i due livelli di erogazione (cfr Patto per la salute 2010-2012).

Il tempo massimo previsto per un ricovero è denominato **valore soglia del DRG**; se il ricovero perdura oltre tale soglia, al rimborso previsto per quel DRG viene aggiunta una remunerazione "a giornata" per il numero di giornate eccedenti la soglia.


Si precisa che, essendo la casistica dei ricoveri medici oltre soglia particolarmente associabile alla popolazione di età superiore a 64 anni, vengono presentati i risultati limitatamente a questa fascia di età.

Il dato Regionale comprende l'attività erogata da tutte le strutture pubbliche e private accreditate. Il dato Aziendale, invece, considera solo l'attività erogata dalle strutture pubbliche. Il valore dell'indicatore per le AUSL di Modena, Imola e Romagna è calcolato escludendo inoltre, rispettivamente, l'Ospedale Civile di Sassuolo S.p.a., l'Ospedale Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a. e l'I.R.S.T S.r.l. IRCCS di Meldola che vengono assimilate a strutture private accreditate.





2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (IND0301)

Indicatore 24	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0,33	0,05	 -0,40

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Il dato risente delle performance in aumento nell'anno 2016 relativo alle Unità Operative di Chirurgia Oncologica Epato-bilio-pancreatica e dei Trapianti di Fegato e di Chirurgia Toracica, che nell'anno in esame hanno evidenziato una casistica in aumento rispetto all'anno precedente.

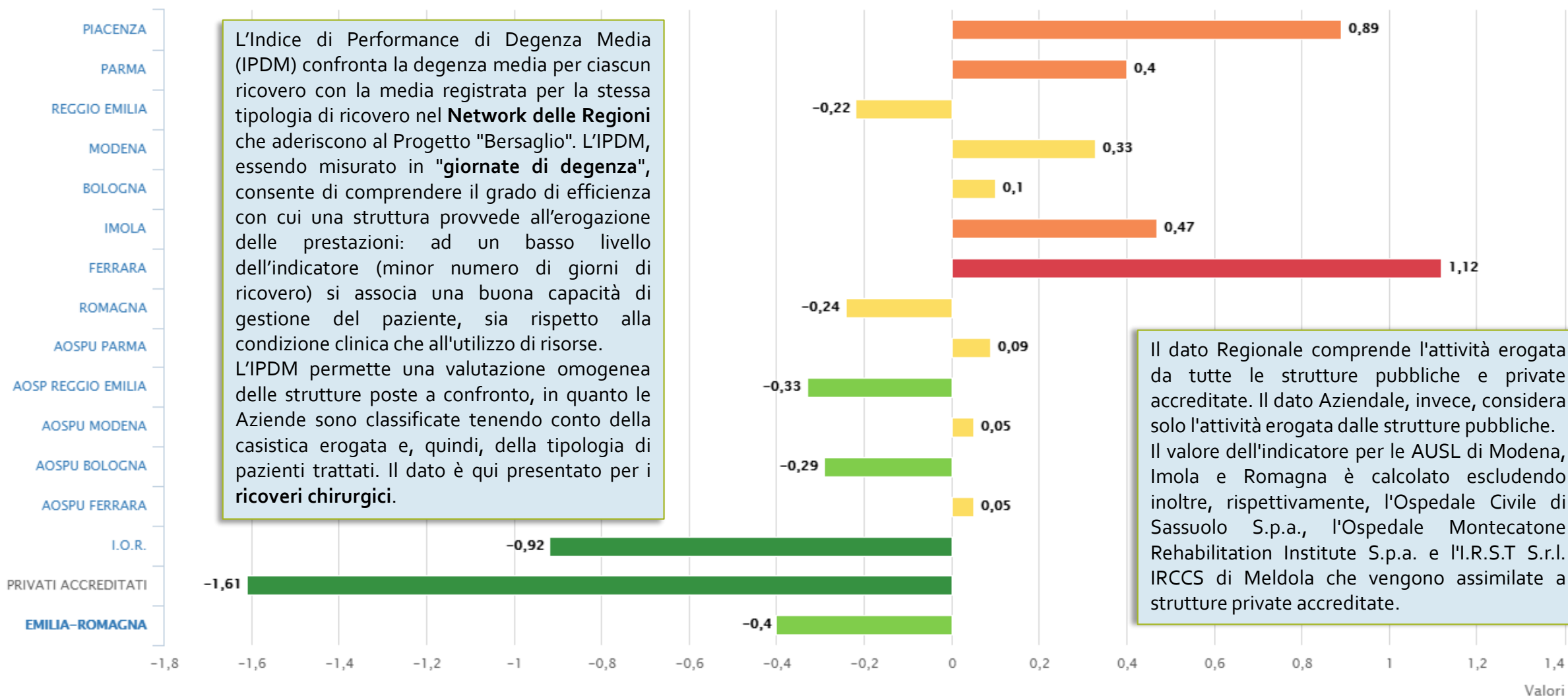
In aggiunta va considerato il fatto che entrambe le UOP sono state coinvolte in una revisione del modello organizzativo che ha comportato profonde modificazioni nella logistica di spazi (nuova collocazione del reparto all'interno dello stabilimento Policlinico) e percorsi di cura del paziente (organizzazione di piattaforma omogena di posti letto chirurgici per intensità assistenziale e creazione di Week Surgery multi specialistica aziendale da Marzo 2016).

IND0301 Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici

Grafico

Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici


Anno di riferimento dei dati: 2016



2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (IND0302)

Indicatore 25	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,1	-0,5	 -0,63

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

L'indicatore evidenzia un andamento positivo sia con riferimento al confronto con l'anno precedente che rispetto alla performance media registrata a livello regionale.

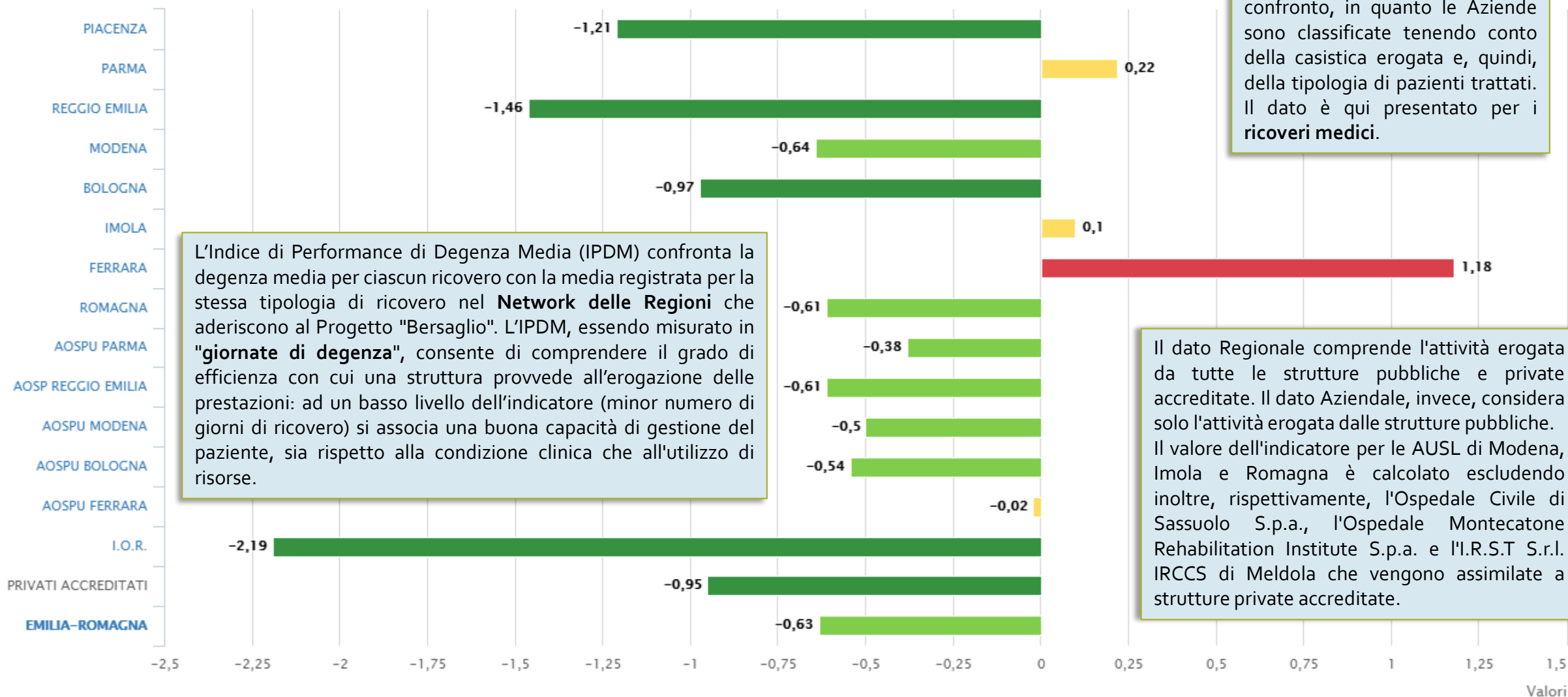
A tale miglioramento ha contribuito un'attenzione costante e continua all'ottimizzazione dei tempi di degenza media nelle Unità Operative mediche internistiche e specialistiche, realizzata grazie a incontri fra la Direzione Aziendale e i responsabili di UOP incentrati sul monitoraggio dei principali indicatori di performance della degenza e sulla risoluzione delle criticità relative alla gestione dei ricoveri, specialmente provenienti dal Pronto Soccorso.

IND0302 Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici

Grafico

Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici

Anno di riferimento dei dati: 2016



L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata per la stessa tipologia di ricovero nel **Network delle Regioni** che aderiscono al Progetto "Bersaglio". L'IPDM, essendo misurato in **"giornate di degenza"**, consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse.

L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le Aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i **ricoveri medici**.

Il dato Regionale comprende l'attività erogata da tutte le strutture pubbliche e private accreditate. Il dato Aziendale, invece, considera solo l'attività erogata dalle strutture pubbliche. Il valore dell'indicatore per le AUSL di Modena, Imola e Romagna è calcolato escludendo inoltre, rispettivamente, l'Ospedale Civile di Sassuolo S.p.a., l'Ospedale Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a. e l'I.R.S.T S.r.l. IRCCS di Meldola che vengono assimilate a strutture private accreditate.

Valori

2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (IND0303)

Indicatore 26	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Degenza media pre-operatoria	0,55	0,49	 0,76

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

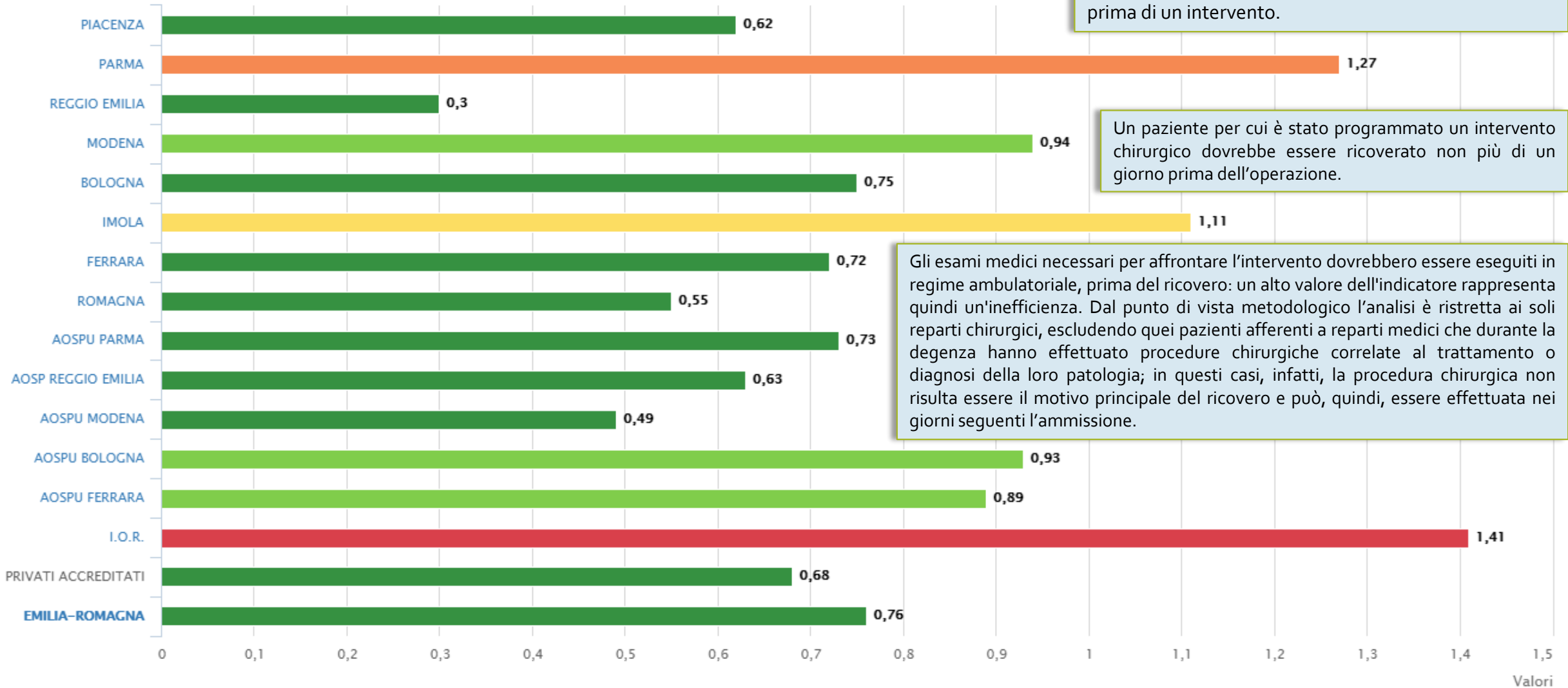
Il buon risultato relativo all'indicatore in esame, che si attesta al di sotto della media regionale e in miglioramento rispetto all'anno precedente, è espressione degli sforzi compiuti in termini di riorganizzazione del pre-ricovero a gestione centralizzata.

Il coordinamento puntuale di ogni fase prevista per l'accesso del paziente al momento chirurgico, con predisposizione di slot dedicati per l'esecuzione degli esami diagnostici e delle visite di valutazione anestesiológica, permette di limitare le giornate di degenza pre-operatoria ai soli casi che per l'estrema complessità delle caratteristiche della patologia o del paziente necessitano di un ricovero nella giornata precedente per l'esecuzione di specifici approfondimenti o di rivalutazioni in prossimità dell'ingresso in sala operatoria.

IND0303 Degenza media pre-operatoria

Degenza media pre-operatoria

Anno di riferimento dei dati: 2016



Questo indicatore è largamente utilizzato a livello internazionale per valutare l'efficienza operativa nella gestione della chirurgia programmata, in quanto misura la durata media della permanenza in ospedale prima di un intervento.

Un paziente per cui è stato programmato un intervento chirurgico dovrebbe essere ricoverato non più di un giorno prima dell'operazione.

Gli esami medici necessari per affrontare l'intervento dovrebbero essere eseguiti in regime ambulatoriale, prima del ricovero: un alto valore dell'indicatore rappresenta quindi un'inefficienza. Dal punto di vista metodologico l'analisi è ristretta ai soli reparti chirurgici, escludendo quei pazienti afferenti a reparti medici che durante la degenza hanno effettuato procedure chirurgiche correlate al trattamento o diagnosi della loro patologia; in questi casi, infatti, la procedura chirurgica non risulta essere il motivo principale del ricovero e può, quindi, essere effettuata nei giorni seguenti l'ammissione.

Il dato Regionale comprende l'attività erogata da tutte le strutture pubbliche e private accreditate. Il dato Aziendale, invece, considera solo l'attività erogata dalle strutture pubbliche.

Il valore dell'indicatore per le AUSL di Modena, Imola e Romagna è calcolato escludendo inoltre, rispettivamente, l'Ospedale Civile di Sassuolo S.p.a., l'Ospedale Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a. e l'I.R.S.T S.r.l. IRCCS di Meldola che vengono assimilate a strutture private accreditate.





2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (INDo409)

Indicatore 27	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Volume di accessi in PS	107.115	107.666	 1.875.560

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

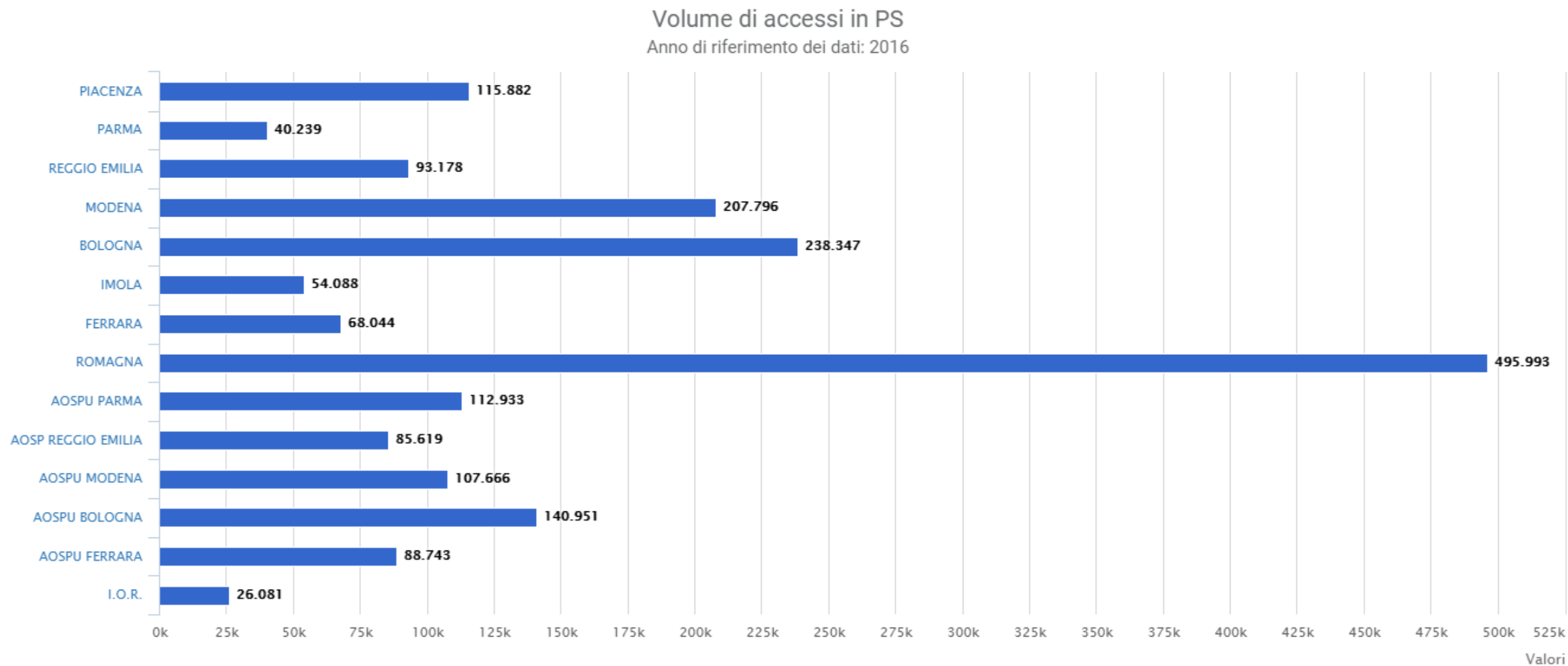
Il dato si conferma stabile, l'Azienda Ospedaliero Universitaria svolge le funzioni di ospedale di prossimità per il proprio bacino di riferimento di popolazione che si rivolge alla struttura con accesso tramite Pronto Soccorso.

Tale tipologia di accessi presenta fluttuazioni tipiche correlate a momenti di picchi di iper afflusso epidemiologici, che per l'anno 2016 non si sono dimostrati di significativa gravità rispetto all'andamento dell'anno precedente.

IND0409 Volume di accessi in PS

I Sistemi Sanitari devono essere in grado di rispondere alla domanda garantendo volumi e mix di prestazioni adeguate. L'indicatore misura, in termini di accessi, l'offerta complessiva Regionale di servizi di Pronto Soccorso.

Grafico












2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (INDo411)

Indicatore 28	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	13.137	14.547	 334.895

Legenda: 

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

IND0411 Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici

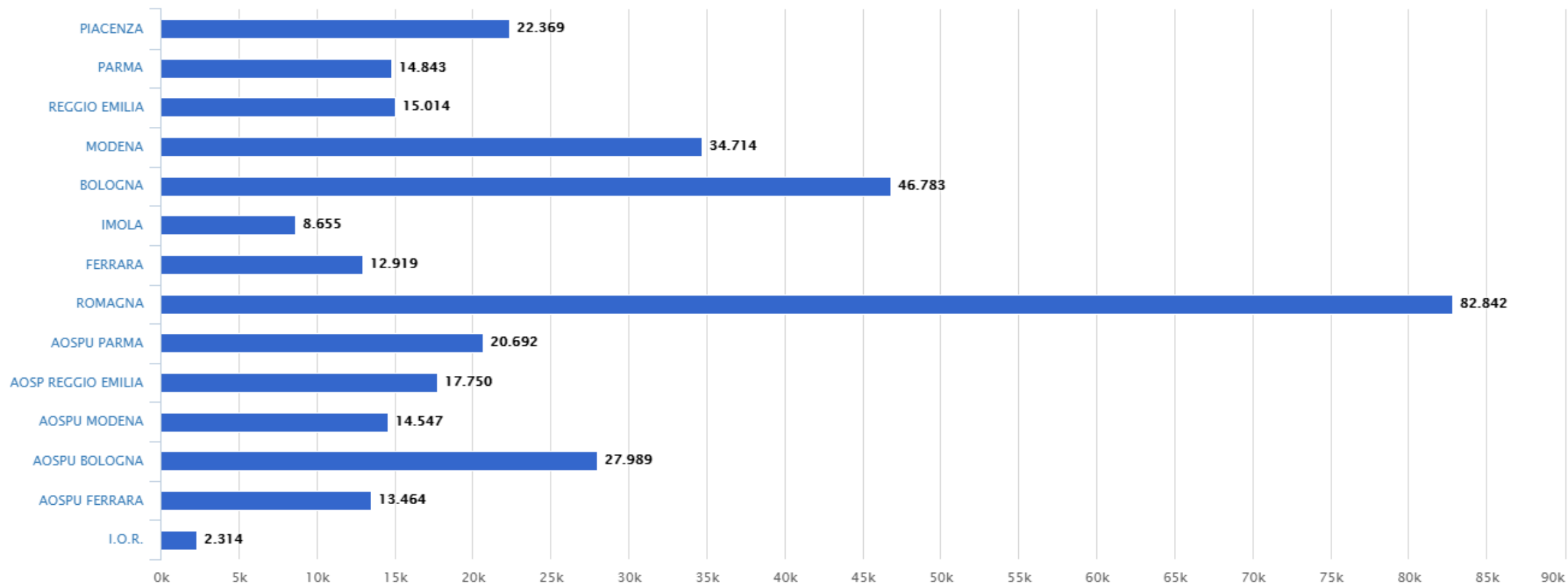
I Sistemi Sanitari devono essere in grado di rispondere alla domanda garantendo volumi e mix di prestazioni appropriate. L'indicatore misura il volume complessivo di ricoveri in regime ordinario per DRG medici erogati dalle Strutture Sanitarie Regionali.

Grafico

Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici

Anno di riferimento dei dati: 2016

Sono esclusi i neonati sani





Valori






2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (INDo413)

Indicatore 29	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	4.434	4.043	 68.343

Legenda: 

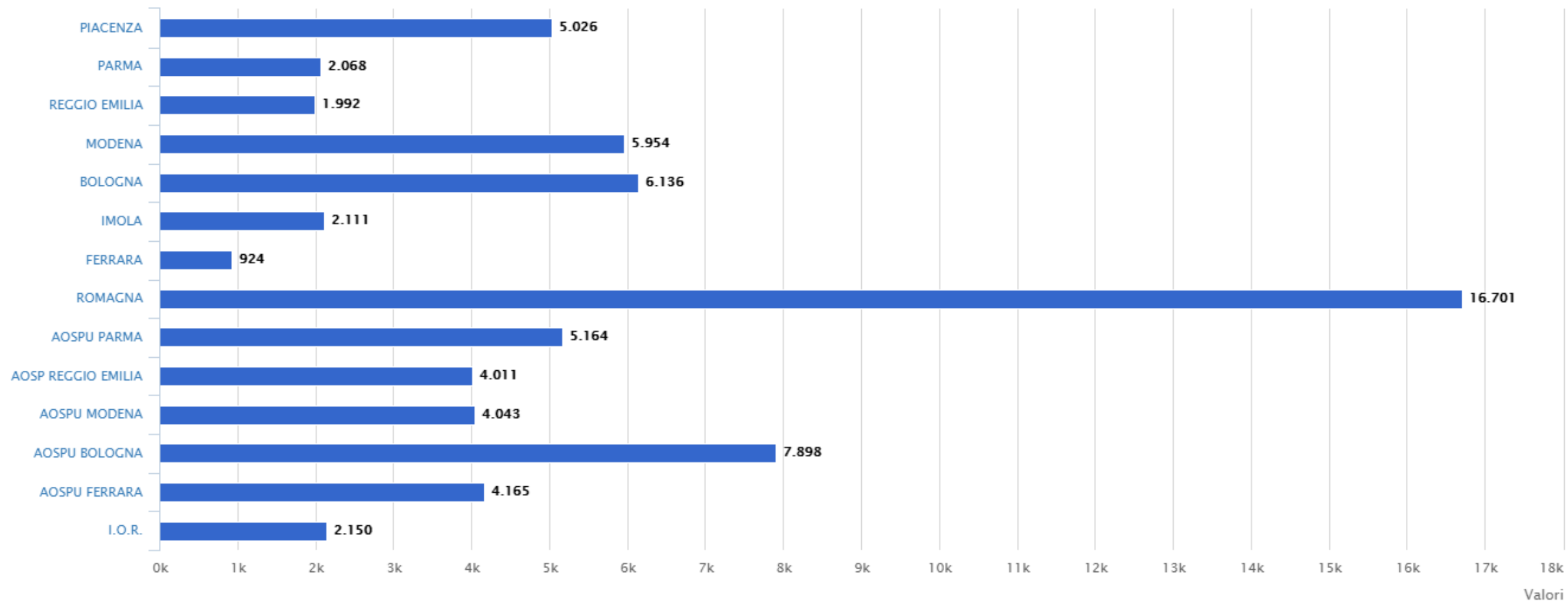
-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

IND0413 Volume di ricoveri in DH per DRG medici

Grafico

Volume di ricoveri in DH per DRG medici

Anno di riferimento dei dati: 2016












2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (INDo414)

Indicatore 30	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	4.815	5.194	 86.987

Legenda: 

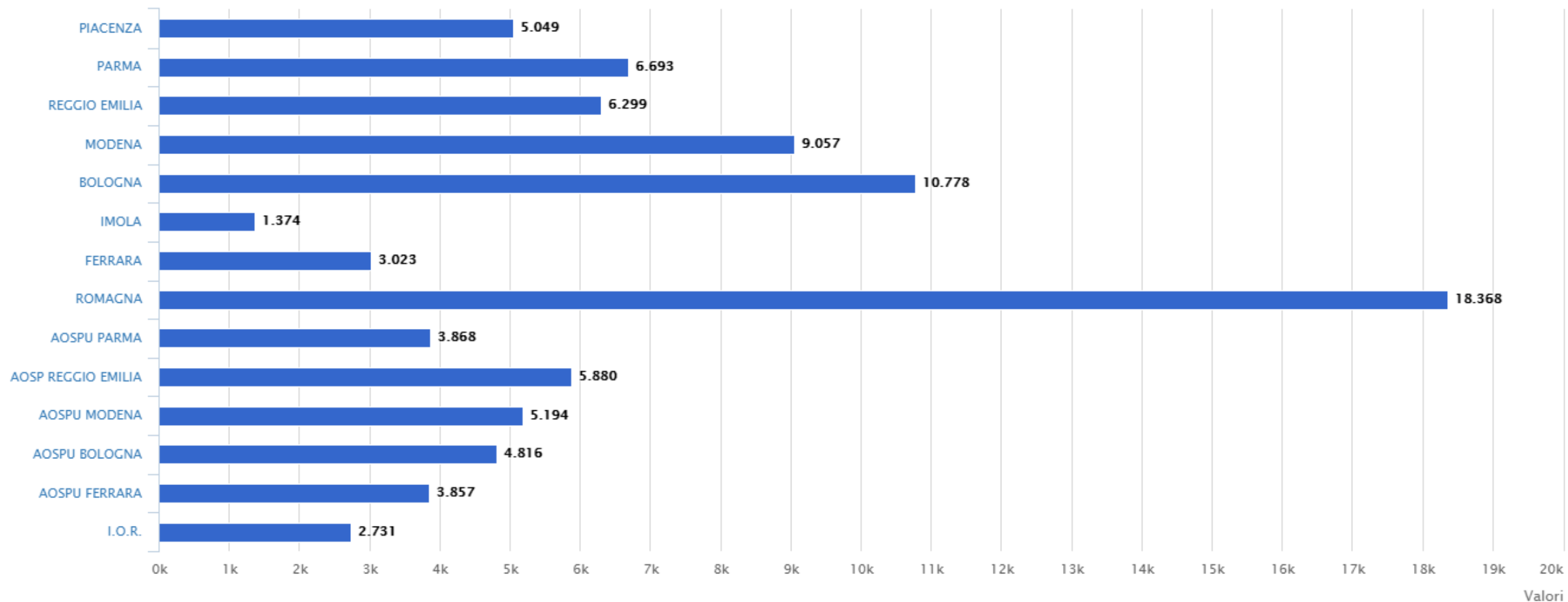
-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

IND0414 Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici

Grafico

Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici

Anno di riferimento dei dati: 2016



2. Dimensione performance: processi interni

2.2 Area performance: produzione-territorio

OBIETTIVO PdP 2016-2018

Governo del sistema "Azienda Sanitaria"

La Direzione aziendale dovrà garantire:

- l'attuazione delle politiche per la salute definite dalla Regione e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, secondo le indicazioni degli strumenti di programmazione ed indirizzo e nel rispetto degli obiettivi definiti nel Piano delle Azioni annuale;
- lo sviluppo di modalità di relazione con i cittadini e le loro rappresentanze idonee a promuovere e sostenere la loro partecipazione rispetto ai problemi di salute e al monitoraggio e alla valutazione della qualità dei servizi erogati;
- il consolidamento di una capacità comunicativa con i cittadini, caratterizzata da trasparenza, anche nel riconoscimento dei problemi e accompagnata da una contestuale assunzione di responsabilità nel perseguire le azioni di miglioramento necessarie;
- lo sviluppo di modalità di definizione, di implementazione e di valutazione dei processi e dei percorsi di cura fondate sulla valorizzazione delle competenze e sui contributi delle diverse figure professionali che operano nel sistema aziendale, al fine di garantire l'appropriatezza, la sicurezza e la continuità delle cure

2. Dimensione performance: processi interni

2.2 Area performance: produzione-territorio

SINTESI

Indicatore	EMILIA- ROMAGNA	AOSPU MODENA
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	6.788.682	173.413
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	6.364.012	243.867
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	43.108.376	1.199.305

Legenda: 

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

2. Dimensione performance: processi interni

2.2 Area performance: produzione-territorio

INDICATORE (IND0415)

Indicatore 31	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	169.783	173.413	 6.788.682

Legenda:

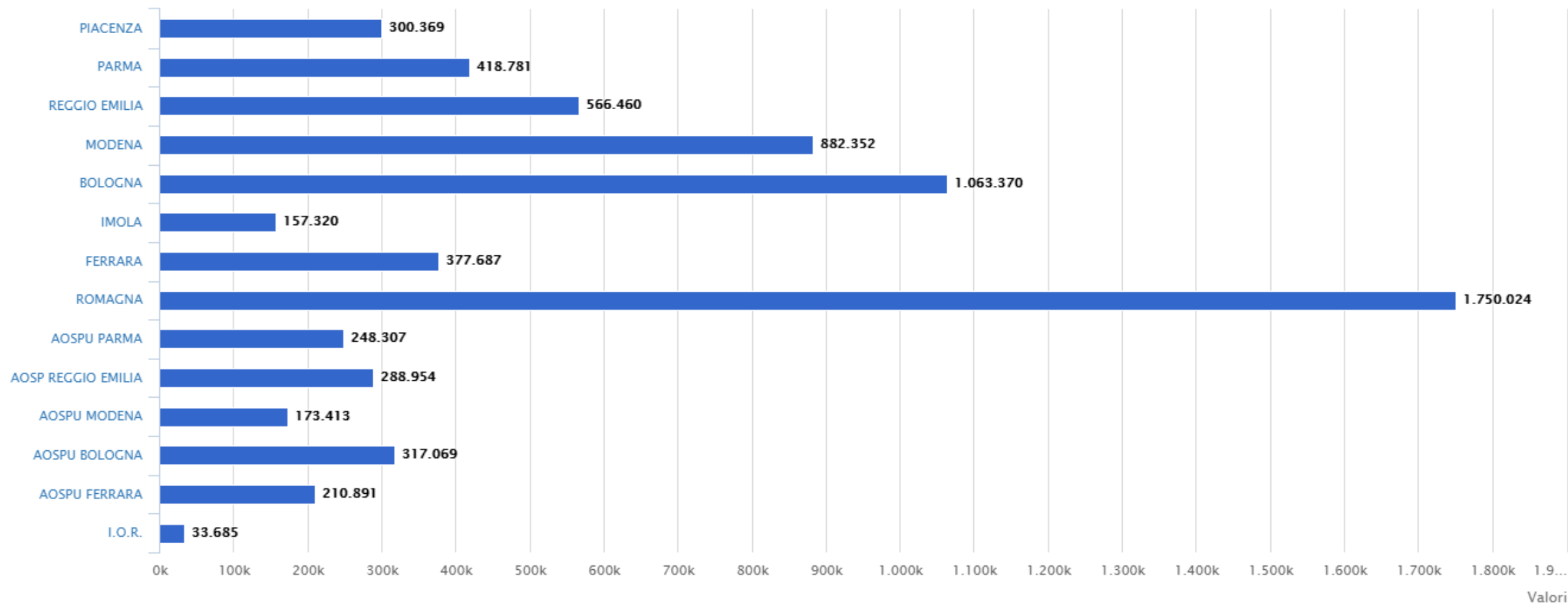
-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

IND0415 Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica

Grafico

Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica

Anno di riferimento dei dati: 2016











2. Dimensione performance: processi interni

2.2 Area performance: produzione-territorio

INDICATORE (IND0416)

Indicatore 32	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	237.915	243.867	 6.364.012

Legenda: 

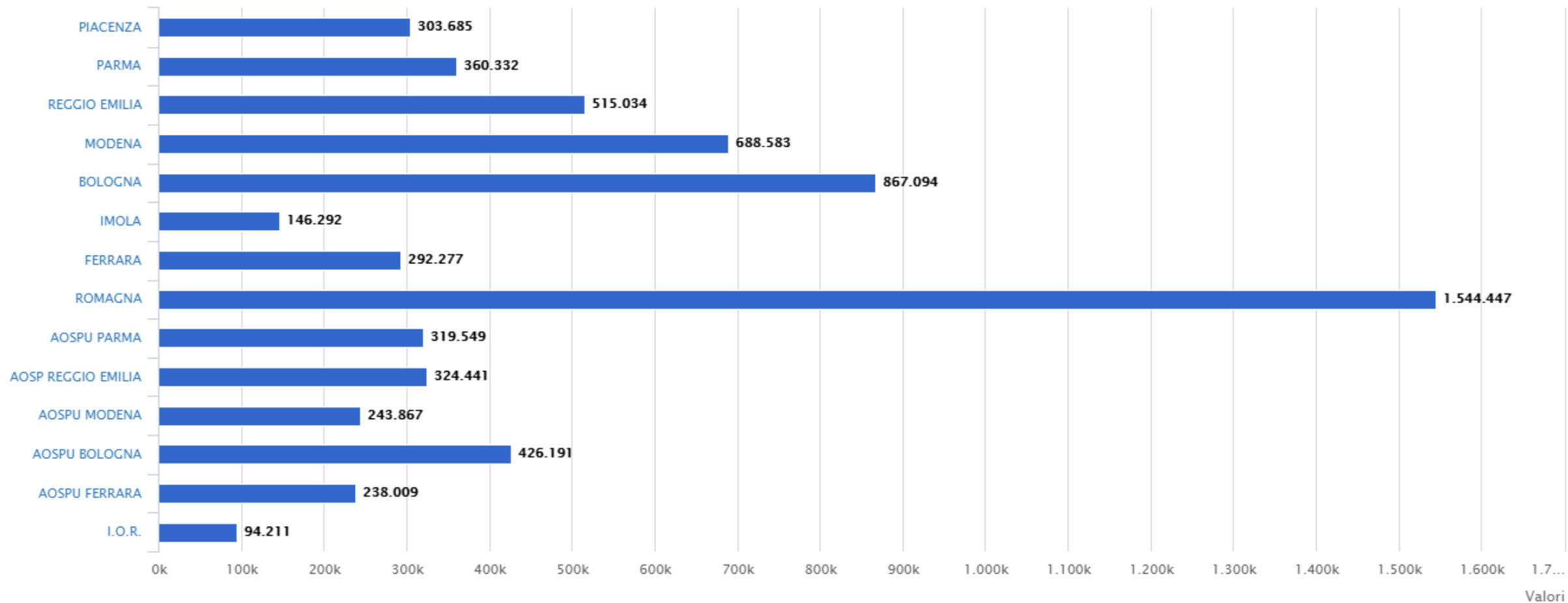
-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

IND0416 Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite

Grafico

Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite

Anno di riferimento dei dati: 2016



2. Dimensione performance: processi interni

2.2 Area performance: produzione-territorio

INDICATORE (INDo417)

Indicatore 33	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.196.676	1.199.305	 43.108.376

Legenda:

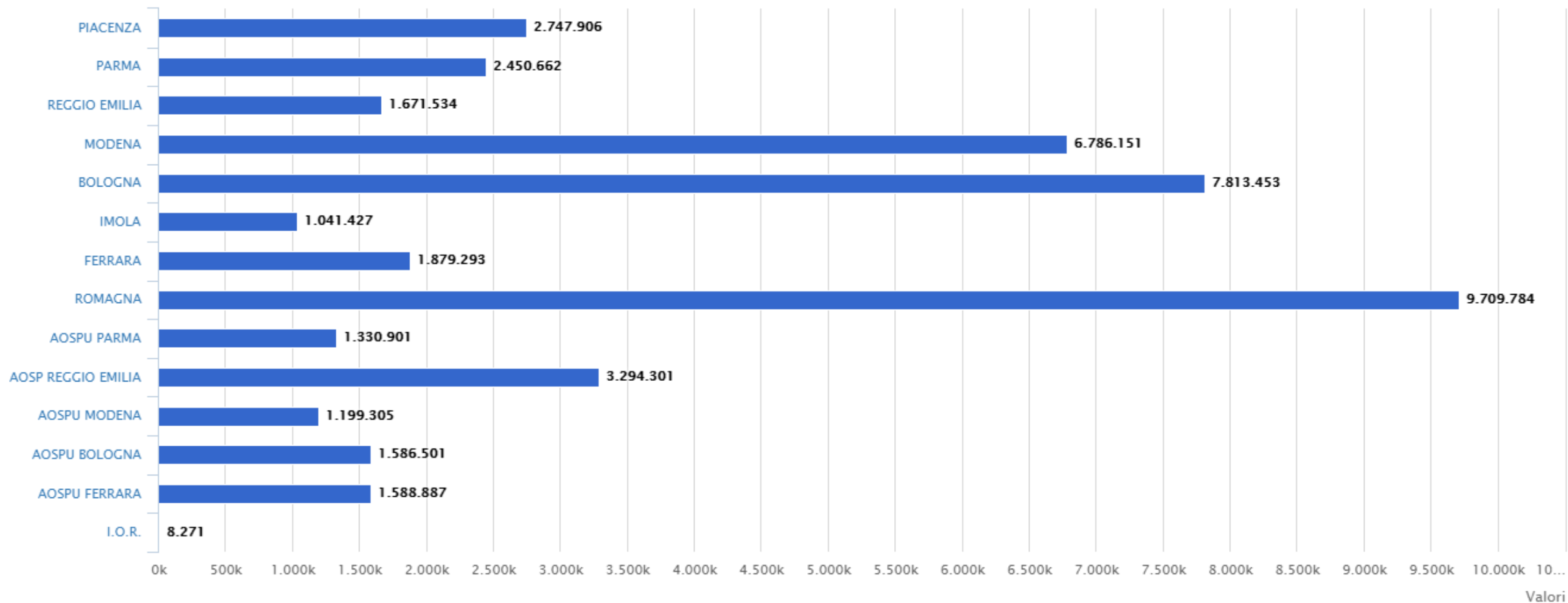
-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

IND0417 Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio

Grafico

Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio

Anno di riferimento dei dati: 2016



2. Dimensione performance: processi interni

2.3 Area performance: appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico

OBIETTIVO PdP 2016-2018

La direzione aziendale dovrà avviare un sistema di monitoraggio degli indicatori di performance clinica ed organizzativa utili per la verifica periodica dei risultati, svolta periodicamente a cura e con il contributo diretto di ciascun Direttore di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale, oltre che di Dipartimento. Tali indicatori comprenderanno anche gli indicatori relativi alla gestione del rischio e sicurezza.

Il risultato ottenuto attraverso ciascun indicatore sarà rapportato ad uno standard di riferimento che permetterà di valutare eventuali scostamenti rispetto ad un valore atteso, in linea con gli obiettivi nazionali e le linee guida regionali.

Il riferimento principale sarà rappresentato dagli indicatori previsti nel Sistema di valutazione del Servizio Sanitario Regionale SIVER, comuni a tutte le aziende al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema, tenuto conto delle eventuali integrazioni o modifiche che potranno essere apportate al sistema stesso per una migliore rappresentazione delle performance aziendali.

Ciò affinché possa essere tracciato un percorso effettivamente orientato al risultato con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi, l'organizzazione delle attività, la qualità clinica e rendere maggiormente trasparente la rendicontazione dell'operato.

Per quanto attiene la gestione del rischio e la sicurezza, la direzione aziendale dovrà:

- Sviluppare un sistema aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti in ospedale, con particolare attenzione alla gestione degli eventi avversi, alla diffusione delle pratiche clinico assistenziali efficaci nel contenimento del rischio, allo sviluppo di metodologie per la valutazione del rischio, monitoraggio e valutazione dei risultati.
- In particolare si lavorerà per armonizzare le funzioni rischio clinico e gestione dei sinistri, integrare le funzioni di rischio clinico, infettivo e di rischio occupazionale, applicare le pratiche efficaci nel contenimento del rischio, incluso il rischio infettivo, applicare le raccomandazioni nazionali per la sicurezza delle cure sviluppando in particolare il processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica e garantire l'adesione al monitoraggio regionale sull'implementazione delle stesse.

2. Dimensione performance: processi interni

2.3 Area performance: appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico

SINTESI

Legenda:	
●	Pessimo
●	Scarso
●	Medio
●	Buono
●	Ottimo
●	Non aggiustato
●	Osservazione
●	Dato non disp.

Indicatore	EMILIA-ROMAGNA	AOSPU MODENA
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	50.09	53.76
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0.22	0.23
Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato	4.03	8.38
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2.5	2.37
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	39.8	80.32



2. Dimensione performance: processi interni

2.3 Area performance: appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico

INDICATORE (INDo125)

Indicatore 34	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	49,93	53,76	 50,09

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Il dato 2016 risulta di poco al di sopra della media regionale, e comunque fra i migliori considerando le sole Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Per alcune tipologie di casistica, quali l'intervento di colecistectomia (indicatore 421 relativo al trattamento in Day Surgery delle colecistectomie laparoscopiche che si attesta all'80,32), l'Azienda ottiene ottime performance e si stanno attuando interventi di ottimizzazione della riconduzione al regime più appropriato per interventi eseguibili in ambulatoriale/Day Surgery.

Il resto della casistica è in corso di analisi rispetto ai DRG previsti dai criteri esplicitati nel protocollo presente nel Patto per la Salute 2010 – 2012.

IND0125 % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici

% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici

Anno di riferimento dei dati: 2016

Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo risulta, quindi, inappropriato e si traduce in uno spreco di risorse.


L'indicatore mette in evidenza il comportamento delle varie aziende/strutture rispetto a tali indicazioni.



2. Dimensione performance: processi interni

2.3 Area performance: appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico

INDICATORE (INDo216)

Indicatore 35	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,24	0,23	 0,22

Legenda: 

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

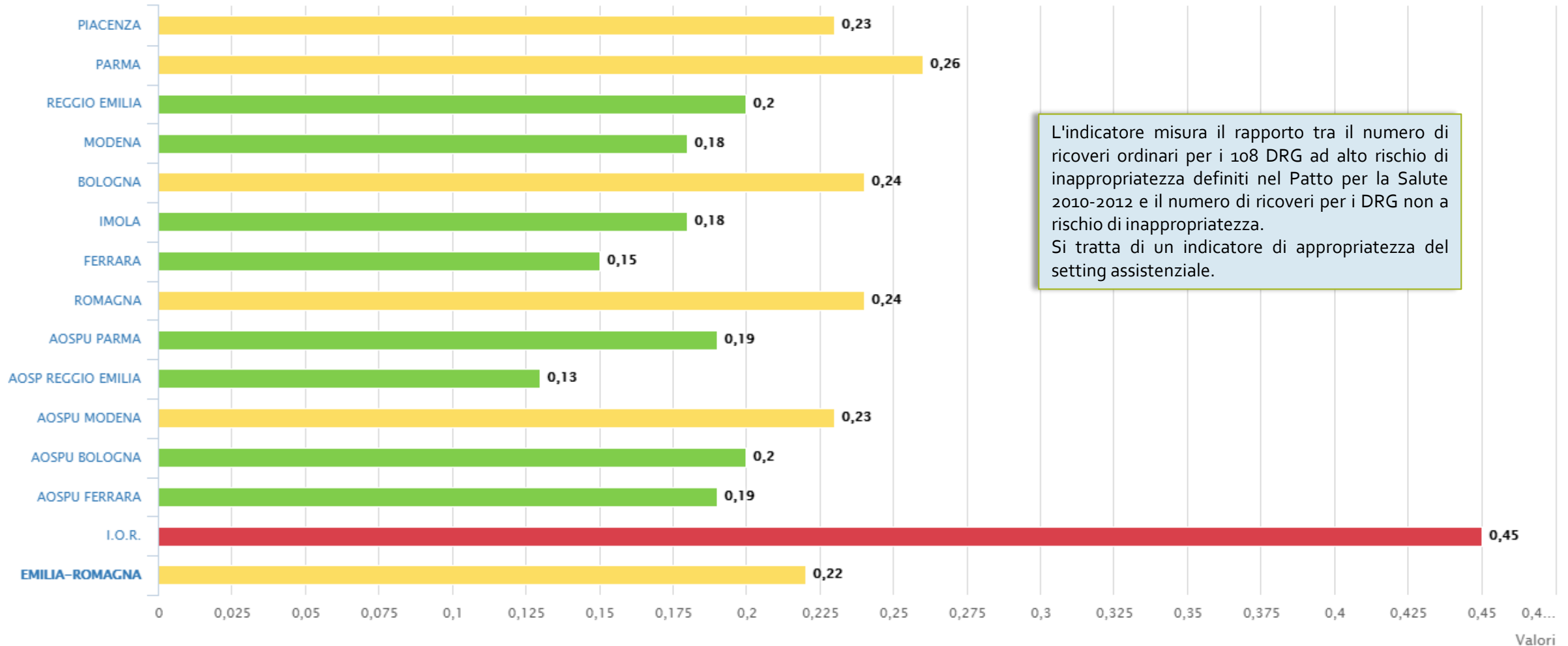
Il trend aziendale è in calo e ciò è indicativo dell'esecuzione dei controlli interni.

Si precisa che la presenza delle attività come centro HUB di Chirurgia della Mano, che ha prevalentemente interventi a DRG 229, penalizza l'esito dell'indicatore.

IND0216 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA

Anno di riferimento dei dati: 2016



2. Dimensione performance: processi interni

2.3 Area performance: appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico

INDICATORE (INDo133)

Indicatore 36	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico programmato	7,76	8,38	 4,03

Legenda: 

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Il dato risente della complessità di una Azienda Ospedaliera Universitaria che è centro di riferimento provinciale/regionale per l'attività di trapianti di rene, fegato e midollo osseo, malattie infettive e malattie oncologiche/ematologiche.

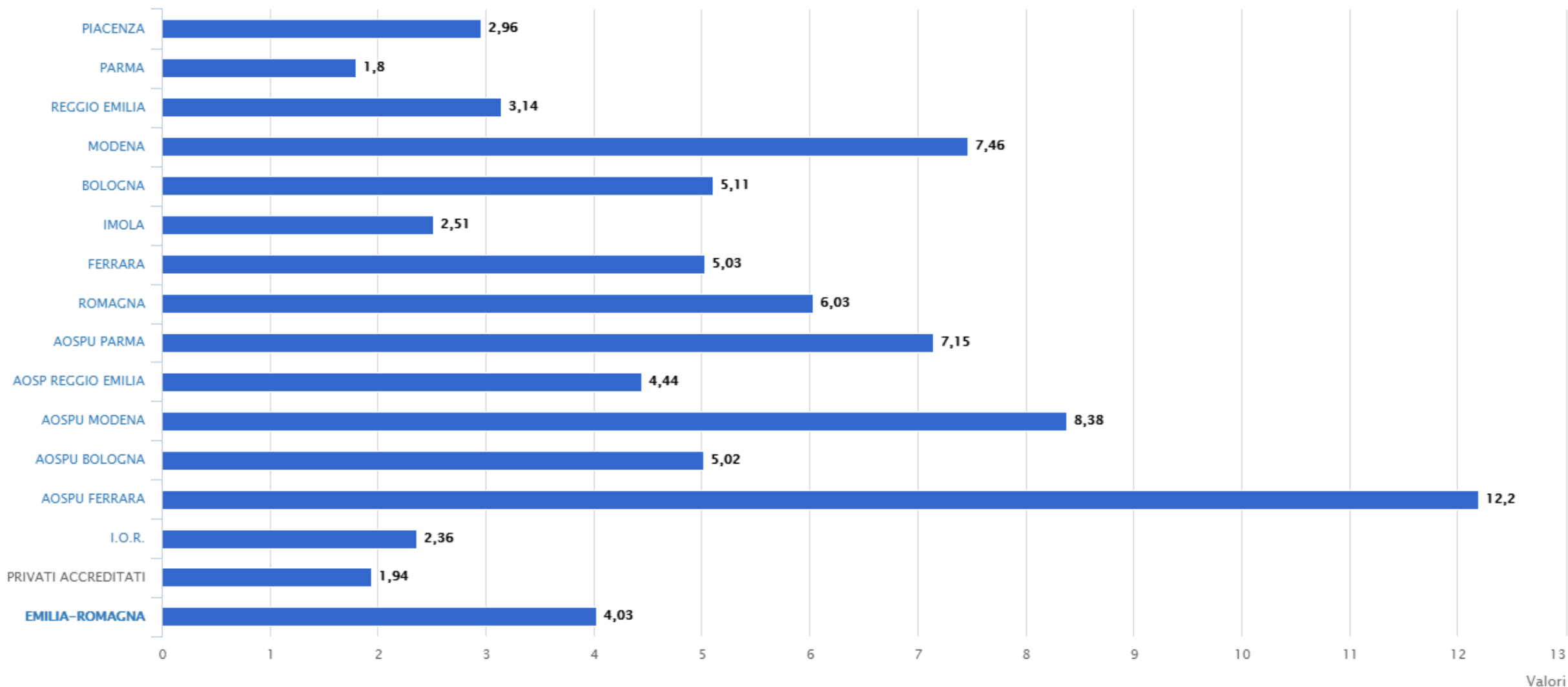
Inoltre negli anni si è assistito ad una intensa attività di formazione sulla diagnosi, gestione e codifica ICD-9-CM specifica per la sepsi che hanno posto attenzione sulla tematica; tale dato è validato anche dal fatto che invece le DDD antibiotiche sono costantemente in calo rispetto alle altre Aziende Ospedaliere.

IND0133 Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato

L'indicatore Sepsis post-operatoria per chirurgia di elezione mette in evidenza il verificarsi di uno stato di sepsi ogni 1.000 pazienti sottoposti ad un intervento chirurgico in elezione, con degenza uguale o superiore a quattro giorni.

Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato

Anno di riferimento dei dati: 2016




Valori

2. Dimensione performance: processi interni

2.3 Area performance: appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico

INDICATORE (INDo135)

Indicatore 37	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2,26	2,37	 2,5

Legenda: 

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

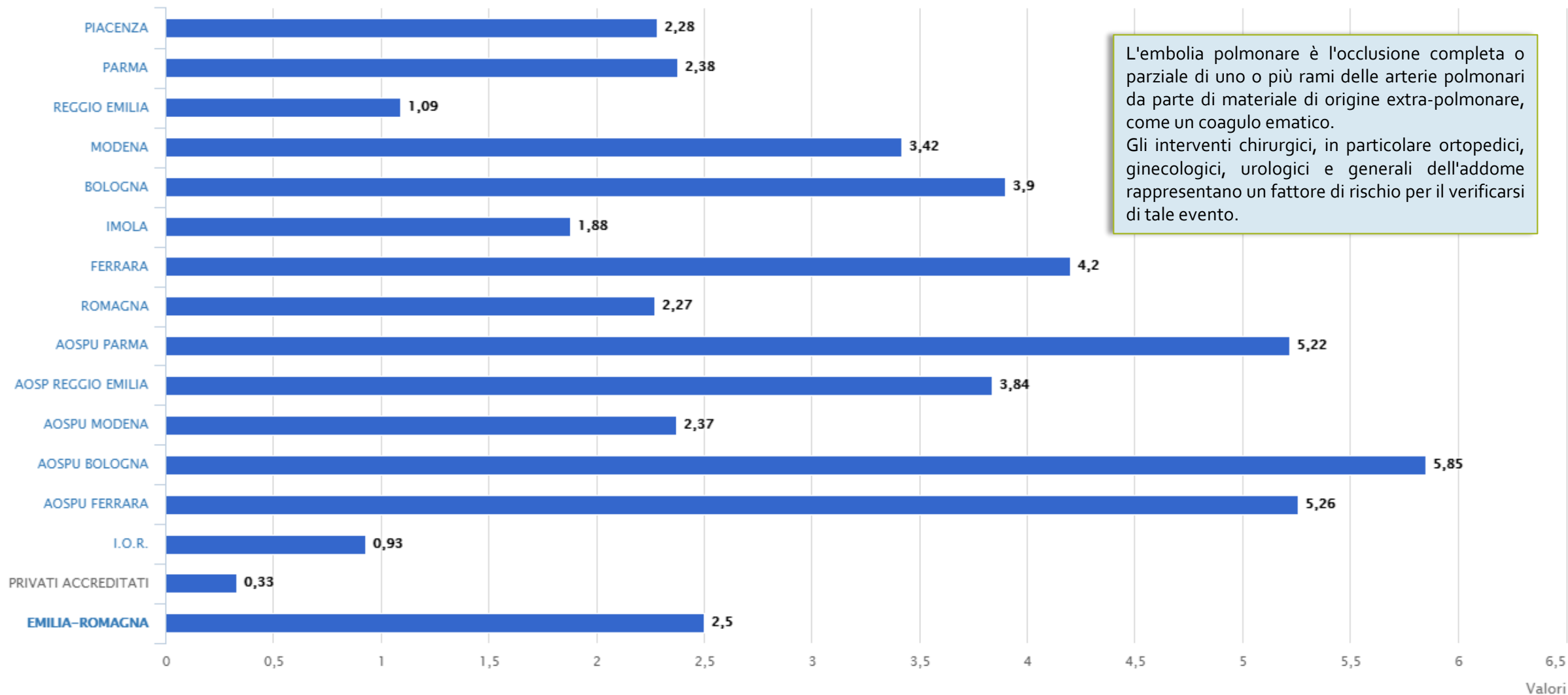
L'indicatore si pone leggermente al di sotto dell'andamento regionale, e sostanzialmente in linea con quanto registrato nell'anno precedente.

Non si segnalano particolari criticità; a livello di fase pre-operatoria vengono regolarmente e sistematicamente effettuate le valutazioni previste per l'assegnazione di score per il calcolo del rischio di insorgenza di complicanze trombo-emboliche, con conseguente predisposizione di trattamenti di profilassi e prevenzione.

IND0135 Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico

Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico

Anno di riferimento dei dati: 2016



L'embolia polmonare è l'occlusione completa o parziale di uno o più rami delle arterie polmonari da parte di materiale di origine extra-polmonare, come un coagulo ematico.

Gli interventi chirurgici, in particolare ortopedici, ginecologici, urologici e generali dell'addome rappresentano un fattore di rischio per il verificarsi di tale evento.

2. Dimensione performance: processi interni

2.3 Area performance: appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico

INDICATORE (INDo421)

Indicatore 38	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	75,66	80,32	 39,8

Legenda: 

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

L'indicatore evidenzia una performance di eccellenza a livello regionale.

La quasi totalità dei pazienti che vengono sottoposti ad interventi in laparoscopia per rimozione della colecisti viene dimessa in prima giornata.

Il trend risulta ulteriormente in miglioramento rispetto all'anno precedente.

IND0421 % di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno

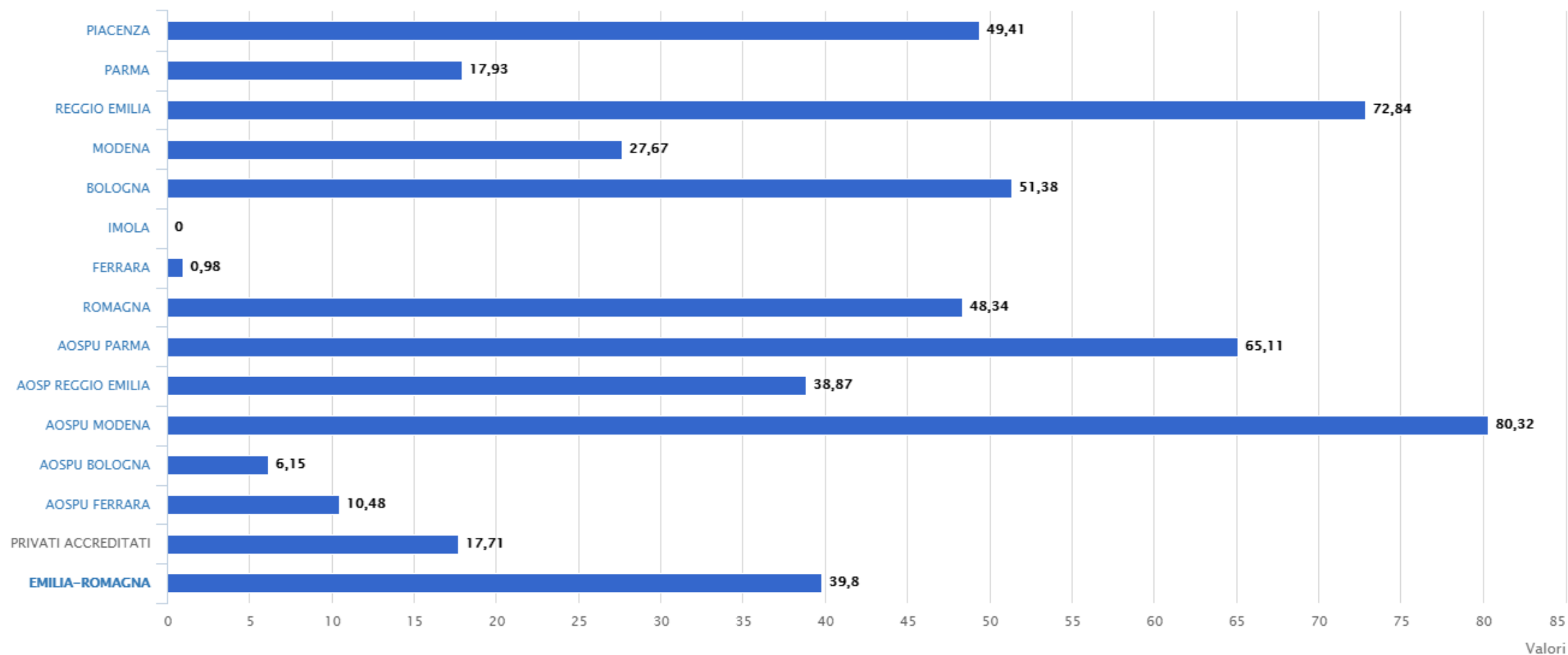
In molti paesi europei e negli Stati Uniti, il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica normalmente torna a casa in giornata o al massimo entro il giorno seguente. A livello internazionale lo standard di appropriatezza è stato definito all'80%, poiché in alcuni casi particolari è necessario che il paziente venga monitorato più a lungo.

Al fine di garantire la massima precisione del dato, l'analisi è stata ristretta ai soli interventi programmati, così da escludere le eventuali complicanze legate ad un ricovero in urgenza.

Grafico

% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno

Anno di riferimento dei dati: 2016



2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

OBIETTIVO PdP 2016-2018

Governo dello sviluppo degli ICT

Le azioni di sviluppo ICT dovranno essere orientate a supportare lo sviluppo organizzativo aziendale tenendo in forte considerazione le esigenze di integrazione a livello sovra aziendale locale provinciale, di Area Vasta e regionale.

Principali obiettivi da realizzare nel periodo dovranno essere la completa informatizzazione ambulatoriale e l'integrazione di tutti i sistemi refertanti verso la rete SOLE garantendo, nei tempi stabiliti, l'invio delle ricette elettroniche (farmaceutica e specialistica) secondo i dettati del decreto ministeriale del 2/11/2011 pubblicato in GU 264 del 12/11/2011.

I sistemi informatici/informativi aziendali dovranno inoltre evolvere, in coerenza con l'infrastruttura regionale, secondo i piani annuali adottati, nell'ottica di garantire l'accesso online ai servizi sanitari al fine di rendere disponibile uniformemente a livello regionale una piattaforma tecnologica di interazione tra SSR e cittadino sia per interscambi di carattere amministrativo che per consultazione e interscambi di contenuto clinico.

Gli strumenti informativi a supporto delle azioni di governo

Il servizio sistema informativo della sanità e politiche sociali ha realizzato e messo a disposizione in questi anni, un ricco patrimonio informativo sanitario e socio-sanitario seguendo le priorità indicate dalla programmazione regionale e gli obblighi a livello nazionale.

Obiettivo principale della Direzione Aziendale è il mantenimento e l'alimentazione di tale patrimonio, ma una attenzione particolare deve essere posta alla sua valorizzazione: questo sarà uno dei principali impegni a livello regionale, in collaborazione con le aziende sanitarie. La manovra sui ticket ha inoltre rafforzato la necessità di disporre di dati di qualità ed allineati con i requisiti previsti a livello nazionale.

Un altro importante sforzo dell'Azienda riguarderà l'impegno del rispetto della privacy ai sensi della legge 196/2003.

Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

La DR 291/201 prevede:

- Attivazione degli strumenti disponibili per potenziare l'efficienza del sistema di acquisti focalizzato sulla centralizzazione delle gare, attraverso la centrale di acquisti Intercent-ER e l'Area Vasta, affinché il ricorso alle gare aziendali sia residuale e solo per motivate ragioni, anche attraverso una programmazione congiunta dell'agenzia Intercent-ER e delle Aree Vaste.
- Sviluppare e completare l'informatizzazione dell'intero ciclo degli approvvigionamenti, realizzando economie ed efficienze organizzative e procedurali. A tal fine devono essere portate a sistema le esperienze in corso sul tema della fatturazione elettronica e l'utilizzo della piattaforma di e-procurement regionale anche per tutti gli acquisti al di sotto della soglia di rilievo comunitario.

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

SINTESI

Indicatore	EMILIA- ROMAGNA	AOSPU MODENA
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	6.4	6.88

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non ajustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

INDICATORE (IND0530)

Indicatore 39	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	7,65	6,88	 6,4

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

RAZIONALE

La qualità dei dati che alimentano i flussi amministrativi correnti è un requisito imprescindibile per il governo del sistema e del processo decisionale.

I flussi sanitari considerati sono : SDO, ASA, FED, DiMe, PS, ADI, Hospice, SIRCO e Contenzioso Legale.

L'indicatore è espresso con un **punteggio da 0 a 10** ed è calcolato come **media ponderata** dei punteggi ottenuti rispetto ai singoli flussi.

Per tutti i flussi sanitari, ad eccezione del Contenzioso Legale, si calcola la **percentuale di record inviati nel periodo di pertinenza** (ad es. numero di SDO con mese di dimissione 'Gennaio' inviate nel 1° invio / numero di SDO con mese di dimissione 'Gennaio' complessivamente inviate). A tale percentuale viene poi associato un punteggio secondo le seguenti modalità :

Flussi SDO - FED - PS - DiMe – Hospice	Flussi ASA - SIRCO	Flusso ADI
<ul style="list-style-type: none"> • 100 – 95 : p.ti 10 • 95 – 90 : p.ti 8 • 90 – 85 : p.ti 6 • 85 - 80 : p.ti 4 • <= 80 : p.ti 2 	<ul style="list-style-type: none"> • 100 – 80 : p.ti 10 • 80 – 60 : p.ti 8 • 60 – 40 : p.ti 6 • 40 – 20 : p.ti 4 • <= 20 : p.ti 2 	<ul style="list-style-type: none"> • 100 – 90 : p.ti 10 • 90 – 80 : p.ti 8 • 80 – 7

IND0385 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza

La qualità dei dati che alimentano i flussi amministrativi correnti è un requisito imprescindibile per il governo del sistema e del processo decisionale; è declinabile sotto diversi punti di vista tra cui la tempestività nel conferimento degli stessi dal livello Aziendale a quello Regionale. Un dato, ancorché corretto ma non aggiornato è, forse, un dato inutile. L'indicatore è espresso con un punteggio da 0 a 10 e valuta la capacità delle Aziende Sanitarie di inviare i record entro il periodo di pertinenza. I flussi sanitari considerati sono : SDO, ASA, FED, DiMe, PS, ADI, Hospice, SIRCO e Contenzioso Legale.

Grafico

Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza

Anno di riferimento dei dati: 2016



2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

INDICATORE (IND0530)

Indicatore 39A	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso SDO	-	95,30	88,30

COMMENTO

La performance aziendale risulta ben al di sopra della media regionale e pienamente soddisfacente in termini di:

- tempestività di invio (rispetto delle scadenze mensili di invio del flusso SDO);
- completezza informativa del contenuto (record scartati in fase di invio, errori scartanti del tracciato record);
- numerosità delle schede di periodi precedenti a quello di riferimento o modifiche delle schede già inviate (posizioni contabili 2, 3 e 4)

Ex: mese di luglio 2016 (VII° invio al 25.8.2016):
 N. RECORD LETTI SEZ.1 ANAGR..... 003888
 N. RECORD LETTI SEZ.2 GEN..... 005161
 N. RECORD ERRATI..... 000000
 N. RECORD..... 005161

Ex: mese di luglio 2016 (VII° invio al 25.8.2016):
 SCHEDE CON POS.CONTAB 1 002982
 SCHEDE CON POS.CONTAB 2 000094
 SCHEDE CON POS.CONTAB 3 000810
 SCHEDE CON POS.CONTAB 4 000002

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

INDICATORE (IND0531)

Indicatore 39B	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso ASA	-	40,60	77,20

COMMENTO

Il valore di questo indicatore, inferiore alla media regionale, deriva da una particolare attenzione alla qualità del dato, che allo stato attuale richiede tempi di estrazione ed elaborazione che non permettono di avere la tempestività necessaria su tutto il mese di riferimento, ma approssimativamente solo sul 50%. Sono in corso attività di miglioramento del sistema di estrazione dati, al fine di poter ridurre il tempo di ritardo da 15gg a meno di 7gg, con l'obiettivo di raggiungere almeno al media regionale .

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

INDICATORE (IND0532)

Indicatore 38C	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso FED	-	82,59	89,34

COMMENTO

Il dato, leggermente inferiore alla media regionale, risente di una quota parte del processo di carico dei dati non ancora pienamente automatizzata. Nel corso del 2017 la quota parte di caricamento manuale di dati è prevista in riduzione grazie alla progressiva introduzione di automatismi al momento della consegna farmaci, che porterà a migliorare il dato della tempestività, mantenendo alto quello qualitativo.

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

INDICATORE (IND0533)

Indicatore 39D	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso DIME	-	100,00	100,00

COMMENTO

La qualità del dato è in linea con la media regionale ed al massimo livello possibile.

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

INDICATORE (IND0534)

Indicatore 38E	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso PS	-	99,20	98,60

COMMENTO

Il valore dell'indicatore è in linea con la media regionale ed indica la buona qualità del sistema di rilevazione dati.

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

INDICATORE (IND0536)

Indicatore 38F	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso HOSPICE	-	100,00	99,00

COMMENTO

La performance aziendale risulta al di sopra della pur quasi perfetta media regionale e pienamente soddisfacente in termini di:

- tempestività di invio (rispetto delle scadenze trimestrali di invio del flusso SDO- Hospice);
- completezza informativa del contenuto (record scartati in fase di invio, errori scartanti del tracciato record);
- numerosità delle schede di periodi precedenti a quello di riferimento o modifiche delle schede già inviate (posizioni contabili 2, 3 e 4)

Ex: secondo trimestre 2016 (II° invio al 14.7.2016):

N. RECORD LETTI SEZ.1 ANAGR..... 000086
 N. RECORD LETTI SEZ.2 GEN..... 000086
 N. RECORD ERRATI..... 000000
 N. RECORD..... 000086

Ex: secondo trimestre 2016 (II° invio al 14.7.2016):

SCHEDE CON POS.CONTAB 1 000038
 SCHEDE CON POS.CONTAB 2 000000
 SCHEDE CON POS.CONTAB 3 000048
 SCHEDE CON POS.CONTAB 4 000000

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

INDICATORE (IND0537)

Indicatore 39G	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso CONTENZIOSO LEGALE	-	82,00	-

COMMENTO

Nella fase di riorganizzazione dell'Ufficio Assicurazioni, anche in funzione dell'inizio della gestione diretta dei sinistri, negli ultimi mesi del 2016 c'è stata l'assegnazione di un'unità di personale in più che ha consentito di curare anche questo aspetto tanto che rispetto al 2015 il valore del parametro è stato dimezzato. Nella programmazione per il 2017 si prevede un ulteriore dimezzamento del parametro per cui si presume di raggiungere se non migliorare il dato medio regionale del 2016.

2. Dimensione performance: processi interni

2.5 Area performance: anticorruzione e trasparenza

OBIETTIVO PdP 2016-2018

Per l'avvio del ciclo della performance si rende necessario integrare lo stesso con i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e codici di comportamento ed, in generale, alla prevenzione della corruzione.

Il collegamento tra i documenti rappresentanti gli aspetti di cui sopra e, precisamente, il Piano della Performance, il Piano di Prevenzione della Corruzione, il Programma per la Trasparenza e l'integrità ed il Codice di Comportamento, costituisce un elemento garantistico 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.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, in applicazione delle disposizioni di cui alla legge n. 190/2012, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" ed al decreto legislativo n. 33/2013 di riordino degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, ha provveduto a:

- Nominare il Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione
- Adottare il Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2014-2016, 2015-2017, 2016-2018
- Adottare il Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014-2016, 2015-2017, 2016-2018
- Adottare il Codice di Comportamento dei dipendenti.


Nel Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità sono riportati gli obiettivi strategici che questa Azienda intende perseguire ed è rilevante la previsione della sottoposizione a controllo diffuso di ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento, oltre che la previsione dell'approfondimento delle connessioni tra Programma, Piano della prevenzione della corruzione e Piano della Performance.









Al fine di garantire la concreta attuazione di detti obiettivi, nonché per assicurare coerenza con i documenti aziendali volti alla prevenzione della corruzione, si prevede l'inserimento, nelle schede di valutazione individuale, dell'osservanza degli adempimenti specifici derivanti da detti documenti. In particolare, in tali schede dovranno emergere le azioni, attività, adempimenti e misure poste in essere per l'osservanza di quanto risultante e derivante dai piani di prevenzione della corruzione. In tal modo sarà possibile assicurare la realizzazione dell'obiettivo di trasparenza ed integrità.

2. Dimensione performance: processi interni

2.5 Area performance: anticorruzione e trasparenza

SINTESI

Legenda: 

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

Indicatore	EMILIA- ROMAGNA	AOSPU MODENA
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	95.42	80
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	42.74	30.91
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	35.49	45.08

2. Dimensione performance: processi interni

2.5 Area performance: anticorruzione e trasparenza

INDICATORE (IND0405)

Indicatore 40	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,42	80,00	 95,42

Legenda: 

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Oltre alle azioni di miglioramento riguardanti il formato aperto di alcuni dati e la collocazione della pubblicazione di alcune informazioni nella idonea sezione del sito dedicato alla trasparenza, oggetto di pronta sistemazione, i dati per i quali sussiste specifico obbligo normativo di pubblicazione sono interamente, secondo le caratteristiche della pubblicazione, completezza del contenuto e rispetto agli uffici, formato ed aggiornamento, pubblicati nel sito aziendale "Amministrazione Trasparente".

Quanto alla pubblicazione della data di aggiornamento dei dati, si evidenzia che nello scorso mese di marzo questa Azienda ha provveduto alla modifica dell'intero sito intranet/internet, con conseguente ribaltamento di quanto contenuto nel precedente sito aziendale. Ciò non ha consentito di apportare, in tempi stretti, la modifica necessaria all'introduzione automatica della data ogni qualvolta si sia provveduto alla pubblicazione/aggiornamento di dati. L'aggiornamento, comunque, in molti casi, si evince indirettamente (ad esempio, nei dati relativi al patrimonio immobiliare, nell'intestazione è indicato l'aggiornamento al 31.03.2017).

E' di tutta evidenza che l'introduzione di un meccanismo di automazione in relazione alla pubblicazione della data rappresenti uno strumento di maggiore trasparenza, vista l'impossibilità di modifiche manuali.

Detto sistema, già attivato nello scorso mese di aprile, è ora a regime.

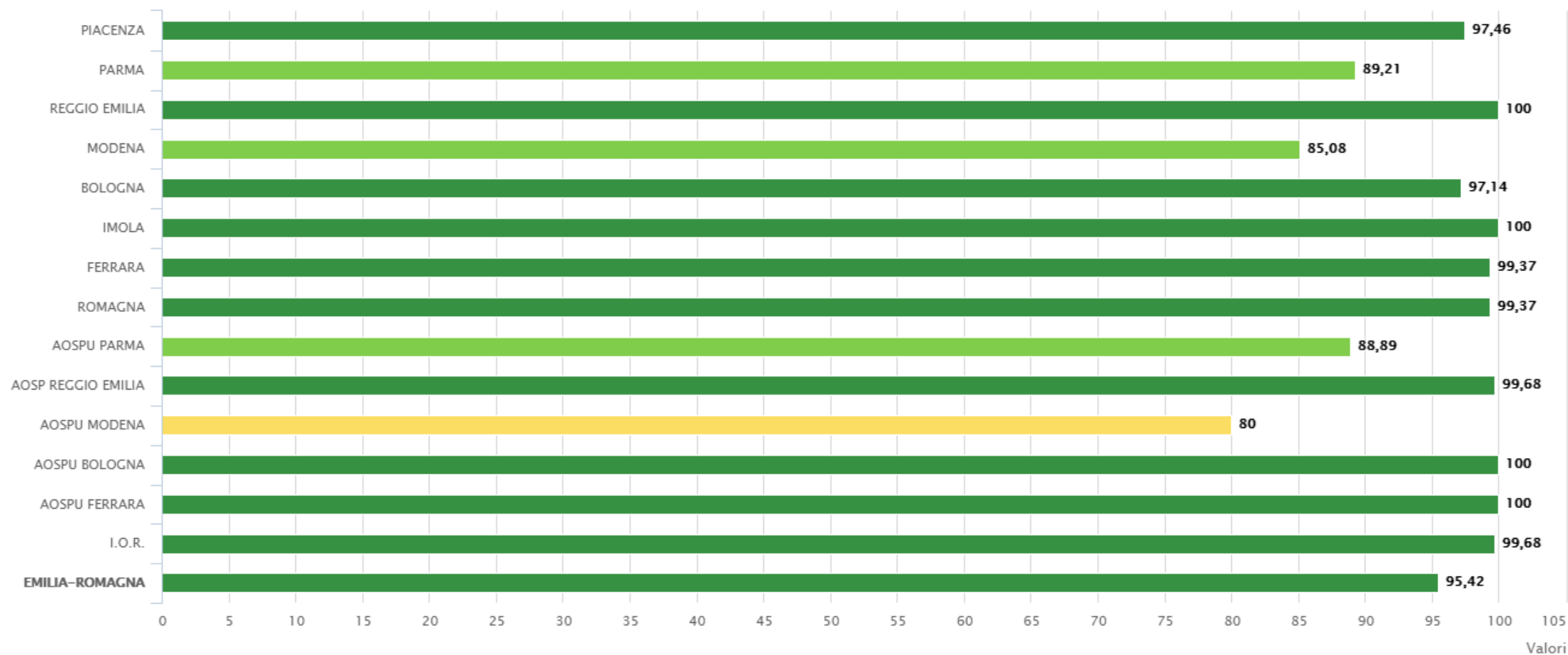
IND0405 % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza

L'indicatore misura la percentuale con la quale le singole Aziende del Servizio Sanitario Regionale hanno assolto agli obblighi di trasparenza. Il D.lgs 33/2013 impone alle Pubbliche Amministrazioni - e quindi anche alle Aziende sanitarie - l'attivazione sul proprio sito web istituzionale di una sezione denominata «**Amministrazione trasparente**». Sono previste specifiche voci per strutturare il sito con i contenuti da pubblicare. Annualmente è prevista una verifica con conseguente attestazione formale di quanto pubblicato secondo modalità (voci da considerare, tempi ecc.) fissate dall'A.N.AC. (Autorità Nazionale Anticorruzione) per tutte le Pubbliche Amministrazioni. L'indicatore rappresenta in modo sintetico i risultati ottenuti da ciascuna Azienda il cui dettaglio è comunque presente nella sezione Amministrazione trasparente – Disposizioni generali – attestazioni OIV o struttura analoga sui siti web delle singole Aziende Sanitarie.

Grafico

% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza

Anno di riferimento dei dati: 2016



2. Dimensione performance: processi interni

2.5 Area performance: anticorruzione e trasparenza

INDICATORE (INDo4o6)

Indicatore 4.1	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	32,37	30,91	 42,74

Legenda: 

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

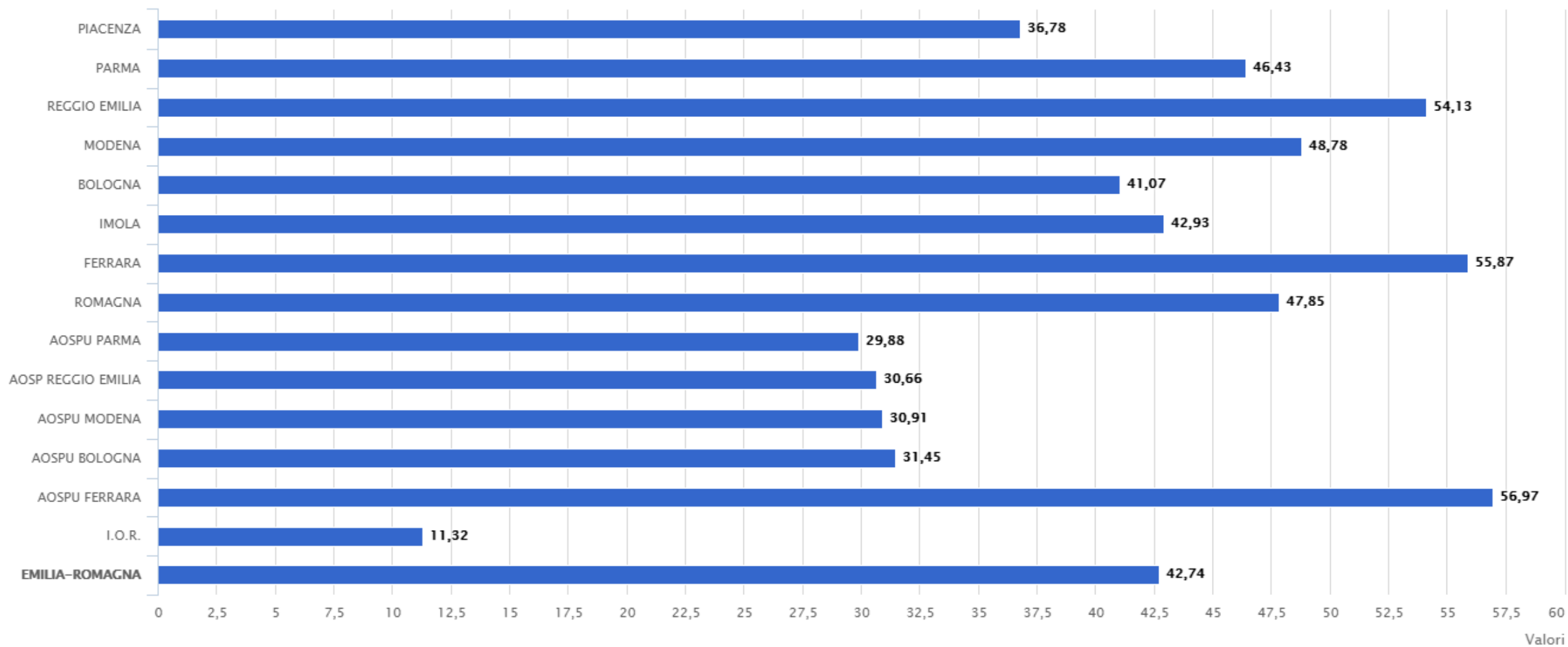
- Il primo dato da considerare è relativo al fatto che le performance in questo ambito (adesioni alle convenzioni Intercenter) andrebbero diversamente valutate con riferimento alle aziende ospedaliere e alle aziende unità sanitarie locali. Si noterà infatti che le percentuali riferite alle aziende ospedaliere (ad esclusione di Ferrara, per la quale la centrale regionale agisce spesso come stazione appaltante) sono assolutamente omogenee e tra queste quella riferita all'AOU di Modena è tra le più elevate. Ciò si spiega con il fatto che le convenzioni rese disponibili da Intercenter sono più spesso riferite alle necessità delle aziende territoriali anziché a quelle delle aziende ospedaliere.
- Attualmente poi l'Azienda Ospedaliera di Modena è penalizzata, rispetto all'indicatore in esame, in quanto ha in essere un contratto aziendale di *global service* (che verrà a scadenza il 31.12.2018). Solo a partire da quella data sarà possibile aderire alle convenzioni Intercenter relative ai servizi alberghieri (attualmente ricompresi nel *global service*), per importi che complessivamente superano i dieci milioni di euro all'anno.

IND0406 % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER

Grafico

% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER

Anno di riferimento dei dati: 2016



2. Dimensione performance: processi interni

2.5 Area performance: anticorruzione e trasparenza

INDICATORE (INDo407)

Indicatore 4,2	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	43,21	45,08	 35,49

Legenda: 

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

La performance aziendale 2016 (45,08%) si attesta sugli ottimi livelli 2015, configurandosi come una delle migliori fra le AOU regionali.

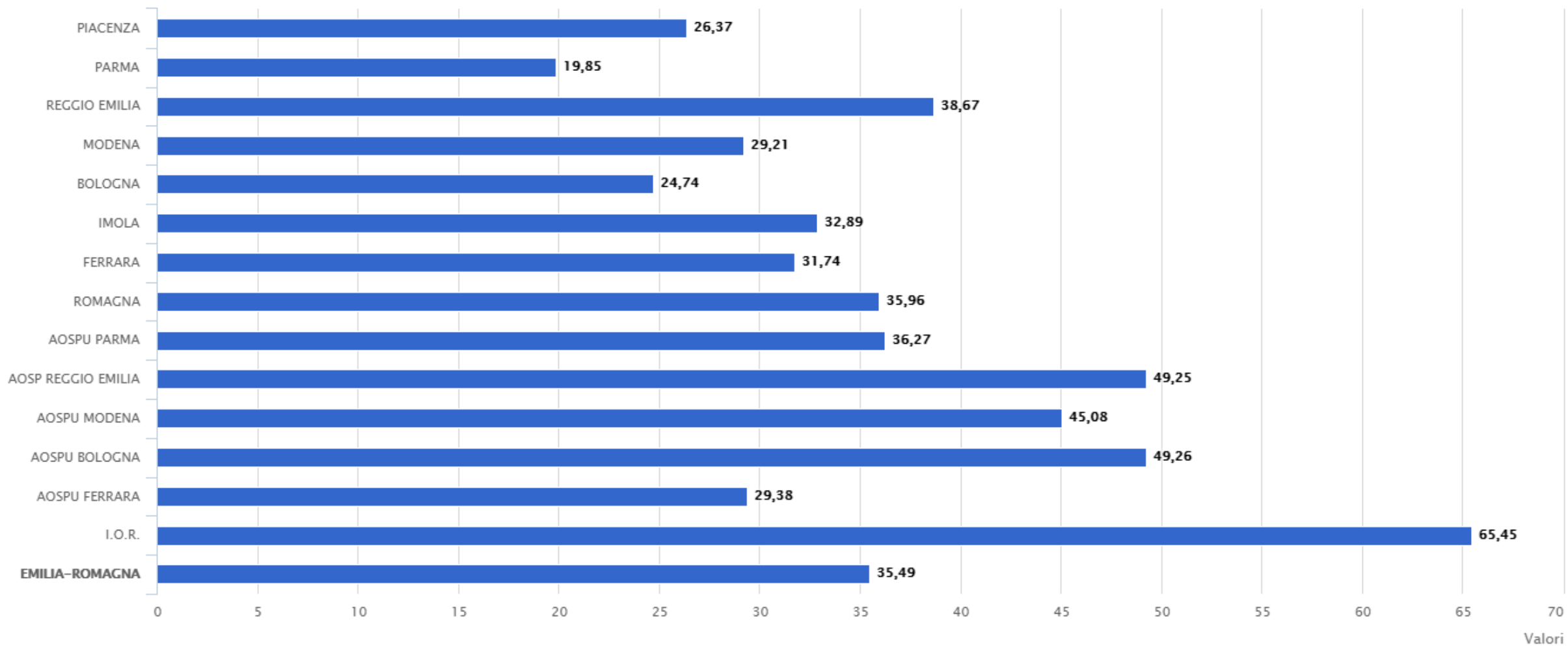
Si sottolinea che l'incremento degli acquisti con aggregazione della domanda in Area Vasta è stato determinato da un piano di sviluppo e monitoraggio delle procedure di appalto sovra aziendali attuato in esecuzione di un regolamento AVEN (approvato nel dicembre 2015), che ha consentito, nel corso del 2016, di aggiudicare n. 144 procedure di appalto (numero mai realizzato negli anni precedenti).

IND0407 % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta

Grafico

% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta

Anno di riferimento dei dati: 2016



3. Dimensione perf: innovazione e sviluppo

3.1 Area performance: sviluppo organizzativo

AREA FORMAZIONE, DIDATTICA, RICERCA ed INNOVAZIONE

Nel corso dell'anno 2016, oltre alle attività ordinarie relative al Servizio Formazione, Ricerca e innovazione, hanno preso avvio o sono proseguiti alcuni progetti particolarmente qualificanti:

- "Piano triennale 2016-2018 di formazione alla ricerca" per creare le competenze necessarie e favorire la creazione di «research network», acquisire e condividere metodi e strumenti pianificazione e conduzione degli studi clinici, di raccolta, gestione e analisi dei dati. Attraverso la realizzazione del piano di formazione alla ricerca ci si propone di permettere, da un lato, il reclutamento di giovani professionisti consentendo loro di avvicinarsi alla ricerca nel modo più semplice ed esaustivo possibile, dall'altro una formazione permanente su temi specialistici per chi già svolge attività di ricerca. Nel triennio sono previste diverse tipologie di informazione e formazione: accanto ai corsi, seminari ed attività di formazione sul campo e a distanza ci si propone di realizzare diversi momenti di informazione estemporanea attraverso journal club e info day.
- Network dei direttori di Struttura Complessa per l'integrazione degli ospedali modenesi: L'attuazione del progetto sperimentale per la gestione unica del Policlinico di Modena e dell'Ospedale Civile S. Agostino Estense di Baggiovara (MO) ha determinato sfide quali la ricerca di nuovi assetti di governance, di modelli organizzativi e la riconfigurazione dei meccanismi operativi. A tal fine è stato organizzato un progetto formativo finalizzato a facilitare e sostenere la community dei Direttori di SC delle due aziende sanitarie coinvolte, in quanto attori protagonisti di questo cambiamento.
- Formazione agli operatori di Front Office/SAAO: Nell'anno 2016 ha preso avvio un intervento formativo destinato a coinvolgere, nel biennio 2016/2017, tutto il personale del Servizio Attività Ospedaliere Aziendale, che è il servizio amministrativo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena che ha il compito di assicurare il supporto amministrativo all'organizzazione dell'attività assistenziale dell'Azienda, garantendo l'accettazione, l'orientamento e l'accesso degli Utenti alle prestazioni sanitarie.

A far tempo dall'anno 2016, è stata inoltre implementata la funzione di supporto metodologico dell'area Ricerca e Innovazione attraverso competenze biostatistiche, informatiche ed epidemiologiche, utile in tutte le fasi del processo di produzione della ricerca clinica. Inoltre, sempre nell'anno 2016, sono stati istituiti all'interno dell'Area ricerca il "Clinical Trial Quality Team" (CTQT) per gli studi non commerciali e l'Unità Centrale di Fase I quale funzione di coordinamento delle Unità Operative Cliniche di Fase I per gli aspetti organizzativi e metodologici degli studi di fase I. Sono stati infine approvati il nuovo regolamento per la Ricerca ed il Manuale delle procedure operative standard.

3. Dimensione perf: innovazione e sviluppo

3.1 Area performance: sviluppo organizzativo

Definizione indicatore	2016
AVVIO PERCORSO DI INTEGRAZIONE CON AZIENDA USL FINALIZZATO ALLA SPERIMENTAZIONE GESTIONALE PER LA GESTIONE UNICA POLICLINICO/NOCSAE (DGR 1004 DEL 28/6/2016)	100%
COMPLETA ADOZIONE ARCHIFLOW. DEMATERIALIZZAZIONE E FIRMA DIGITALE DI TUTTI I DOCUMENTI PROTOCOLLATI PRODOTTI DAL SERVIZIO FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO	100%
CREAZIONE ALBO DOCENTI (RACCOLTA CURRICULA ED ADOZIONE ALBO)	95% La performance raggiunta si è attestata al 71%. Il valore è leggermente inferiore al target prefissato ed in alcuni casi i docenti hanno incontrato difficoltà tecniche nella procedura di iscrizione all'albo. Il livello finale di raggiungimento è fissato al 95%
IMPLEMENTAZIONE GESTIONALE TOM PER RACCOLTA ON-LINE VALUTAZIONE GRADIMENTO CORSI (ADOZIONE NUOVI STRUMENTI)	100%
REVISIONE E SEMPLIFICAZIONE DEL REGOLAMENTO AZIENDALE RIGUARDANTE FREQUENZE ED ACCESSI PER MOTIVI DI STUDIO	100%

3. Dimensione perf: innovazione e sviluppo

3.1 Area performance: sviluppo organizzativo

Definizione indicatore	2016
AVVIO PERCORSO DI INTEGRAZIONE CON AZIENDA USL FINALIZZATO ALLA SPERIMENTAZIONE GESTIONALE PER LA GESTIONE UNICA POLICLINICO/NOCSAE (DGR 1004 DEL 28/6/2016)	100%
DEFINIZIONE PIANO FORMATIVO AZIENDALE PER LA RICERCA (OBIETTIVO BIENNALE)	100%
IMPLEMENTAZIONE REGISTRO REGIONALE ANAGRAFE DELLA RICERCA	100%
ISTITUZIONE CLINICAL TRIAL QUALITY TEAM CON COMPITI DI RESPONSABILITÀ NELLA GARANZIA DELLA QUALITÀ DELLE SPERIMENTAZIONI NON PROFIT SECONDO I PRINCIPI DELLE NORME DI BUONA PRATICA CLINICA (GCP)	100%
ISTITUZIONE DELL'UNITÀ CENTRALE DI FASE I ED APPROVAZIONE DEI REQUISITI MINIMI PER L'ISTITUZIONE DI UNITÀ OPERATIVE DI FASE I DI LIVELLO DIPARTIMENTALE ALL'INTERNO DELL'AZ. OSP. UN. POLICLINICO DI MODENA	100%
RIORGANIZZAZIONE SERVIZIO RICERCA ED INNOVAZIONE: CENTRALIZZAZIONE FUNZIONI GESTITE DA ALTRI SERVIZI COLLEGATE AI PROGETTI DI RICERCA (GESTIONE CONTRATTI, PROCEDURE, GESTIONE CONTABILE)	100%

3. Dimensione perf: innovazione e sviluppo

3.1 Area performance: sviluppo organizzativo

INDICATORE

Indicatore 43	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
% di adesione all'indagine di clima interno	-	28,58	26,52

COMMENTO

L'indagine sul clima aziendale svolta ha visto l'adesione del 90,9% (20/22) dei responsabili di struttura ed il 28,0% (664/2371) dei dipendenti non responsabili. Complessivamente sono stati compilati 684 questionari su 2393 operatori coinvolti (28,6%).

Tra le aziende ospedaliere regionali, in quanto a % di partecipazione, l'AOU di Modena si colloca al 3° posto.

In particolare, su 53 quesiti per i quali era richiesta una risposta su una scala 1-5 (verde-verdino-giallo-arancio-rosso):

- La % di criticità (rosso + arancio) si presenta inferiore al valore medio regionale
- La % di positività (verde + verdino) si presenta superiore al valore medio regionale

e le risposte fornite dai responsabili di struttura sono sovrapponibili a quelle degli operatori.

I risultati sono stati presentati all'interno del Collegio di Direzione e resi disponibili attraverso la loro pubblicazione sul sito aziendale a tutti gli operatori ed a livello dipartimentale, per l'identificazione e l'avvio delle opportune azioni di miglioramento.

3. Dimensione performance: sostenibilità

3.1 Area performance: economico-finanziaria

OBIETTIVO PdP 2016-2018

L'equilibrio economico-finanziario costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio Sanitario Regionale che per le singole Aziende Sanitarie.

La modalità di verifica del risultato di esercizio delle Aziende sanitarie definite dal Tavolo di verifica degli adempimenti (ex articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, istituito presso il MEF) a partire dal 2012 è la copertura degli ammortamenti non sterilizzati di tutti i beni in ammortamento. Tale modalità comporta la necessità di assicurare a livello regionale una situazione di pareggio di bilancio, da determinarsi sulla base dei criteri civilistici: a partire dall'anno 2012 all'interno dell'equilibrio dovranno essere interamente ricompresi gli ammortamenti netti di competenza dell'anno.

La Direzione aziendale è impegnata:

- a garantire una situazione di equilibrio economico finanziario della gestione aziendale, assicurando il rispetto del vincolo di bilancio così annualmente definito dalla Giunta regionale in sede di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale;
- a predisporre un Piano finalizzato al miglioramento della complessiva efficienza gestionale, da attuarsi in sinergia con l' Azienda Usl di Modena;
- ad un monitoraggio trimestrale in via ordinaria ed alle verifiche straordinarie nei mesi di giugno e di settembre;
- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall' articolo 6 dell' Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, attestante la coerenza degli adempimenti trimestrali all' obiettivo assegnato.

L'Azienda sanitaria deve assicurare un efficiente utilizzo delle risorse finanziarie al fine di contenere i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi.

L'Azienda inoltre dovrà:

- dare tempestiva applicazione, secondo le indicazioni del livello regionale, agli adempimenti, ai monitoraggi ed alle verifiche previste dal Patto per la Salute 2010-2012 oggetto di Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. 243/CSR del 3 dicembre 2009), e dal nuovo Patto per la Salute che verrà definito a breve;
- assicurare la qualità delle procedure amministrativo-contabili aziendali per una corretta contabilizzazione dei fatti aziendali sotto il profilo patrimoniale, finanziario ed economico. A tal fine l'Azienda dovrà recepire le indicazioni regionali afferenti gli strumenti tecnico-contabili, di programmazione e di rendicontazione e gli schemi obbligatori in materia di bilancio, di consolidamento dei dati aziendali, nonché le prescrizioni conseguenti l'istruttoria tecnico-contabile sui bilanci d' esercizio predisposte annualmente dal competente Servizio regionale
- alimentare correttamente e tempestivamente le banche dati regionali aventi rilevanza economico-finanziaria e patrimoniale;
- dare applicazione agli adempimenti previsti dal Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n. 42", secondo le indicazioni che verranno impartite dal livello regionale;
- proseguire, secondo il programma definito a livello regionale, nel percorso per perseguire la certificabilità dei bilanci delle Aziende sanitarie.

3. Dimensione performance: sostenibilità

3.1 Area performance: economico-finanziaria

SINTESI

Indicatore	EMILIA- ROMAGNA	AOSPU MODENA
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	95.65	88.06
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	281.77	564.88
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti		17.82

Legenda:



- Pessimo
- Scarso
- Medio
- Buono
- Ottimo
- Non aggiustato
- Osservazione
- Dato non disp.

3. Dimensione performance: sostenibilità

3.1 Area performance: economico-finanziaria

INDICATORE (IND₀₁₃₈)

Indicatore 44	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	542,73	564,88	 281,77

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

L'indice calcolato per l'AOU di Modena richiede un correttivo per poter essere correttamente confrontato con la media regionale.

Tale indice risente infatti al numeratore della presenza, all'interno della spesa per la degenza ospedaliera conteggiata nel flusso AFO 2016, della quota di spesa farmaceutica gestita dalla AOU per erogazione di farmaci in regime ambulatoriale (al netto dei farmaci oncologici al 50%, erogati in regime di DH), oggetto di rimborso da parte della azienda territoriale di residenza del paziente. Tale spesa, quantificata in 6.199.969 € per il 2016, sottratta dal valore complessivo conteggiato di 23.270.379 €, restituisce una spesa ospedaliera reale pari a 17.070.410 €.

Rapportando il numeratore «aggiustato» ai 41.195 punti DRG prodotti dall'AOU di Modena nel 2016, l'indice si attesta a 414,38 €/punto DRG, in linea con la spesa delle altre AOU regionali.

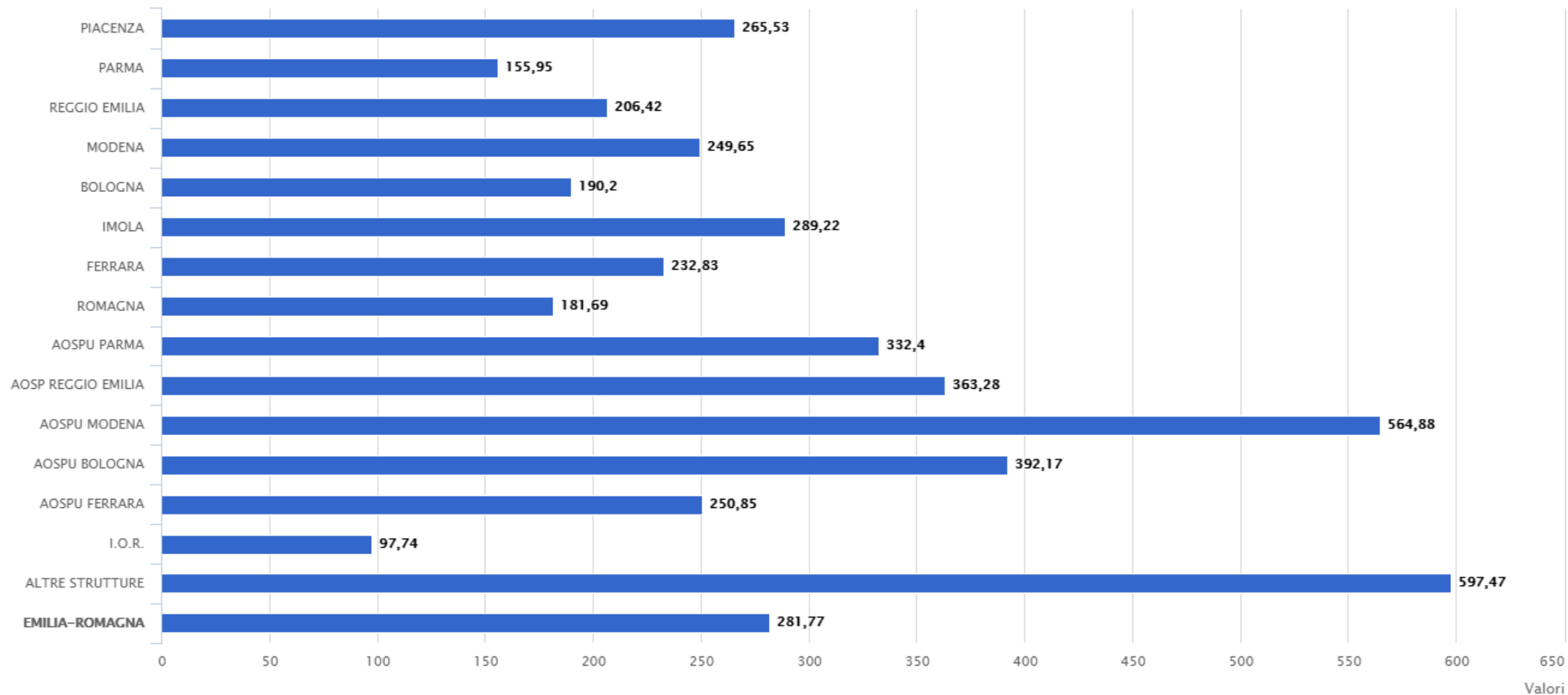
IND0138 Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG

L'indicatore è finalizzato al monitoraggio del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera. L'indicatore rileva la spesa farmaceutica per pazienti in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital. Non ricomprende invece la distribuzione diretta.

Grafico

Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG

Anno di riferimento dei dati: 2016



3. Dimensione performance: sostenibilità

3.1 Area performance: economico-finanziaria

INDICATORE (IND0364)

Indicatore 45	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	97,04	88,06	 95,65

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

Il valore aziendale 2016 (88,06%) risulta buono, pur posizionandosi al di sotto del livello regionale (media RER 95,65%).

Il trend appare in calo rispetto alla performance 2015, in quanto, nel corso del 2016, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ha posto in essere una completa revisione anagrafica nell'attribuzione dei dispositivi medici ai conti economici di pertinenza. Tale attività, resasi ancor più necessaria in considerazione dell'omogeneizzazione organizzativa richiesta dalla gestione del magazzino unico in vista dell'avvio della sperimentazione gestionale con lo stabilimento OCSAE di Baggiovara, ha determinato una elevata attendibilità dell'indice.

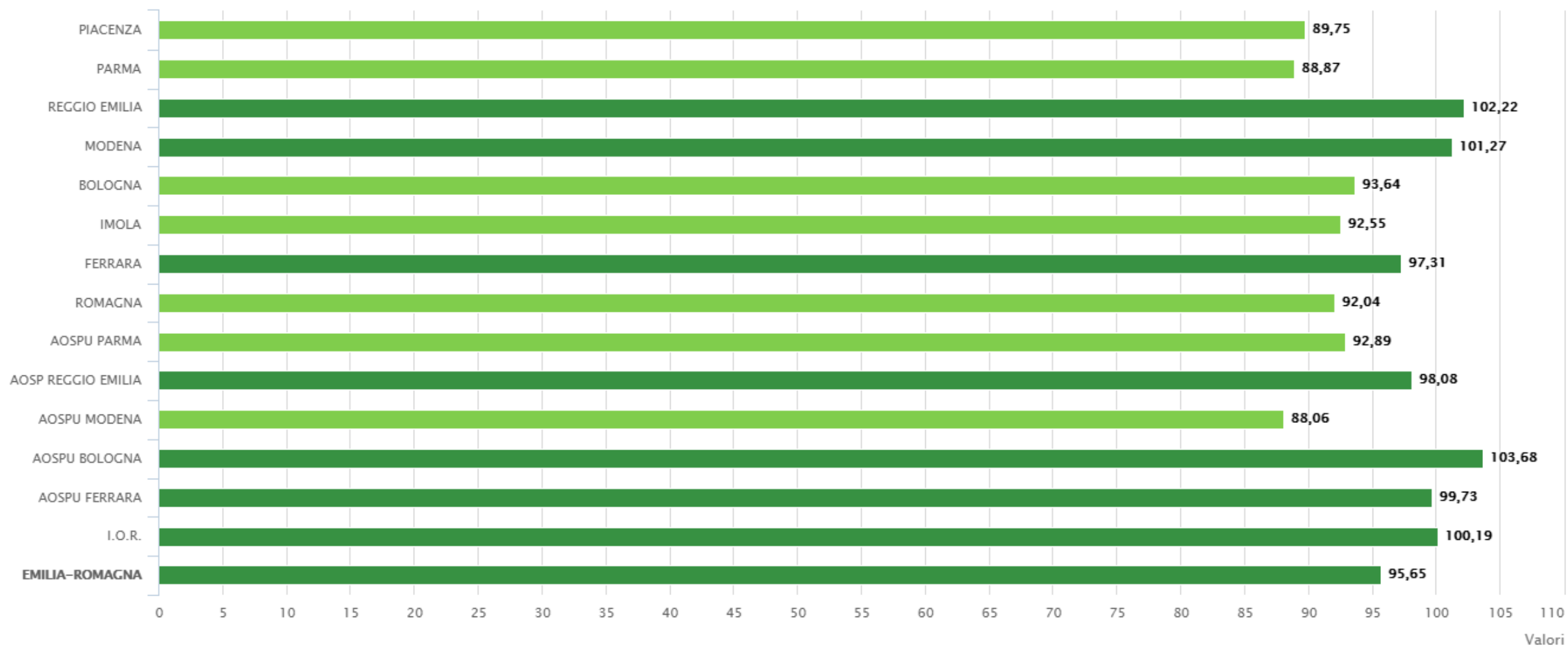
E' importante ricordare inoltre come, nel 2016, non risultassero gestiti all'interno del flusso DiMe i Diagnostici in Vitro (IVD), la cui incidenza sulla spesa per Dispositivi aziendali risulta essere di impatto non trascurabile.

IND0364 Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici

Grafico

Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici

Anno di riferimento dei dati: 2016



3. Dimensione performance: sostenibilità

3.1 Area performance: economico-finanziaria

INDICATORE (IND0220)

Indicatore 4,6	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	22,75	17,82	 -

Legenda:

-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

COMMENTO

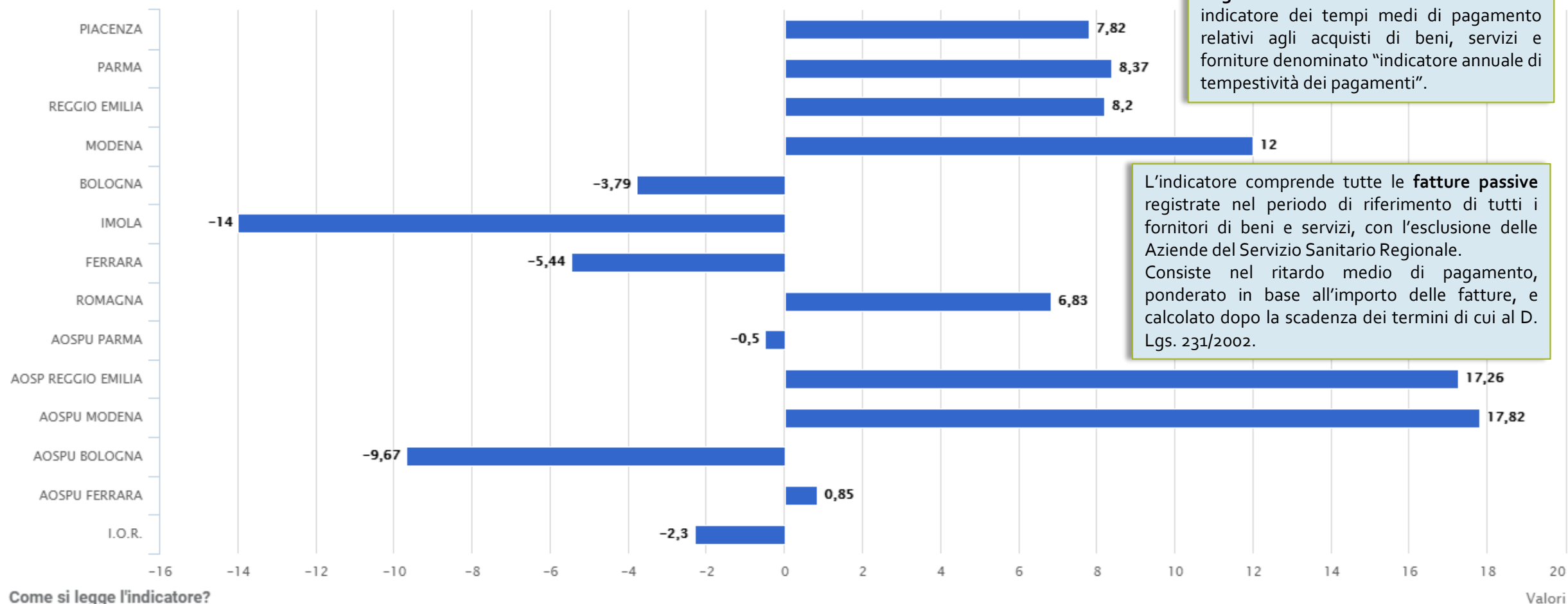
La situazione dei pagamenti al 31/12/2016 evidenzia un tempo medio di pagamento di poco superiore ai 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura. L'andamento trimestrale dell'esercizio ha peraltro evidenziato un miglioramento progressivo, che si è concretizzato in particolare a partire dal secondo semestre: l'indicatore trimestrale del 3° trimestre 2016, infatti, è stato di 0,06 giorni e quello del 4° trimestre di -14,34 giorni.

La principale ragione del ritardo nel tempestivo saldo delle transazioni commerciali è da identificarsi in temporanei periodi di insufficiente liquidità e nell'anticipazione di importanti risarcimenti assicurativi. L'Azienda è ricorsa all'anticipazione di tesoreria, utilizzandola pienamente nei limiti di legge ed ha costantemente proceduto al recupero dei crediti, sia attraverso la pratica legale, sia attraverso l'intervento degli agenti di Riscossione competenti nelle diverse aree territoriali.

IND0220 Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti

Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti

Anno di riferimento dei dati: 2016



A partire dal 2015, tutte le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a calcolare e pubblicare sui propri siti web Aziendali - entro il 31 Gennaio, nella sezione "Amministrazione trasparente / Pagamenti dell'Amministrazione" - un indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture denominato "indicatore annuale di tempestività dei pagamenti".

L'indicatore comprende tutte le **fatture passive** registrate nel periodo di riferimento di tutti i fornitori di beni e servizi, con l'esclusione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Consiste nel ritardo medio di pagamento, ponderato in base all'importo delle fatture, e calcolato dopo la scadenza dei termini di cui al D. Lgs. 231/2002.

Come si legge l'indicatore?

L'indicatore misura i **giorni di ritardo o anticipo** del pagamento rispetto alla scadenza del debito:

- se l'indicatore è **negativo**, significa che le fatture sono state pagate, in media, **prima della scadenza** delle stesse
- se l'indicatore è **positivo**, significa che le fatture sono state pagate, in media, **dopo la scadenza** delle stesse