

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

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2017

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI MODENA

29/06/2018

Premessa

Il 2017 si è configurato come anno strategico per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena.

Dal 1 gennaio 2017 ha infatti operativamente preso il via la sperimentazione gestionale fra Policlinico di Modena ed Ospedale Civile Sant'Agostino Estense (OCSAE) di Baggiovara. La pianificazione per obiettivi di budget annuali, in continuità con quanto recepito a livello strategico dal Piano delle Azioni, assume un ruolo fondamentale all'interno dei meccanismi di programmazione strategica dell'Azienda, volti ad assicurare i più efficaci livelli qualitativi dell'assistenza sanitaria, coniugati con un'efficiente gestione delle risorse a disposizione.

Tale impostazione mantiene rilevanza anche per l'anno 2018, nel quale continua la fase di sperimentazione gestionale fra Policlinico e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense. Il periodo di gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri modenesi si configura come rilevante opportunità per ridisegnare le funzioni mediche e chirurgiche, focalizzando l'attenzione su due macro-obiettivi di fondo:

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

Per il raggiungimento di questi obiettivi si è dato particolare risalto ad alcuni strumenti, volti a rafforzare l'impostazione della rete organizzativa e professionale, focalizzando l'attenzione più sui rapporti funzionali trasversali che su eventuali modifiche da apportare alla struttura verticale. Il principio guida risulta essere quello di focalizzare l'attenzione maggiormente sui percorsi di cura, sviluppati sia all'interno delle strutture ospedaliere che sul territorio.

Strumenti come i percorsi diagnostico terapeutici, i team professionali, le piattaforme operative, costituiscono le principali leve di un cambiamento che non vuole essere una "rivoluzione" del sistema esistente, quanto piuttosto un completamento necessario per dare continuità, qualità, efficacia ed efficienza all'offerta assistenziale già di alto livello erogata dalle singole strutture ed equipe professionali.

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». Nel quadro del contesto organizzativo provinciale così delineato, la performance dell'AOU di Modena per il 2017 risulta essere stata nel complesso in linea con la programmazione effettuata.

La redazione del presente documento si uniforma 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 2017, 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 InsidER*) e commentando i trend con riferimento al biennio precedente (2015-16) ed alla media regionale 2017.

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

L'anno 2017 ha rappresentato il primo esercizio in cui l'attività erogata dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena per far fronte alla domanda sanitaria aggregata ha contemplato tanto le prestazioni erogate dallo stabilimento Policlinico, quanto dall'Ospedale Civile di Baggiovara. Il 2017 rappresenta pertanto un anno zero per l'attività ospedaliera modenese, di difficile confronto con lo storico di un 2016 caratterizzato da un setting organizzativo completamente differente.

Elementi di ulteriore complessità sotto il profilo del confronto con il pregresso storico sono costituiti dal variato mix produttivo imposto dallo *shifting* dell'attività di day hospital oncologico verso il regime di day service ambulatoriale, con evidenti ricadute in termini di riduzione della valorizzazione della degenza ed incrementi sulla valorizzazione della specialistica ambulatoriale e della farmaceutica a rimborso territoriale (flusso FED).

Ai fini di fornire uno sguardo d'insieme sulla performance dell'AOU di Modena nel corso del 2017, anche in considerazione dei diversi meccanismi di finanziamento delle attività erogate dai due stabilimenti a far data dall'avvio della sperimentazione gestionale fra Policlinico e Baggiovara (ex DGR. 1004/2017), si ritiene indispensabile procedere all'analisi separata dei consuntivi di attività e consumo di risorse relativi a Policlinico ed OC di Baggiovara, pur analizzando la performance complessiva della AOU ai fini della valutazione regionale.

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
INDo244 - % di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	64.41	55.37
INDo105 - % di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	67.87	72.9
INDo107 - % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	60.96	58.88


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 Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% di assistiti con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	76,85	69,41	55,37	 64,41

Legenda:

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

COMMENTO

Il valore relativo alle attese per l'accesso alla struttura di Hospice mostra un trend in calo nel corso degli ultimi anni: ciò può essere legato ad alcune modifiche organizzative interne, ma soprattutto è da mettersi in relazione con l'aumento della degenza media dei pazienti presso i letti di Hospice. Il dato si conferma comunque al di sopra del cut off identificato come ottimale. Da tenere presente come nell'anno 2017 l'offerta di posti letto di cure palliative sia rimasta fissa, a fronte di possibili aumenti di richiesta da parte della popolazione provinciale.

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

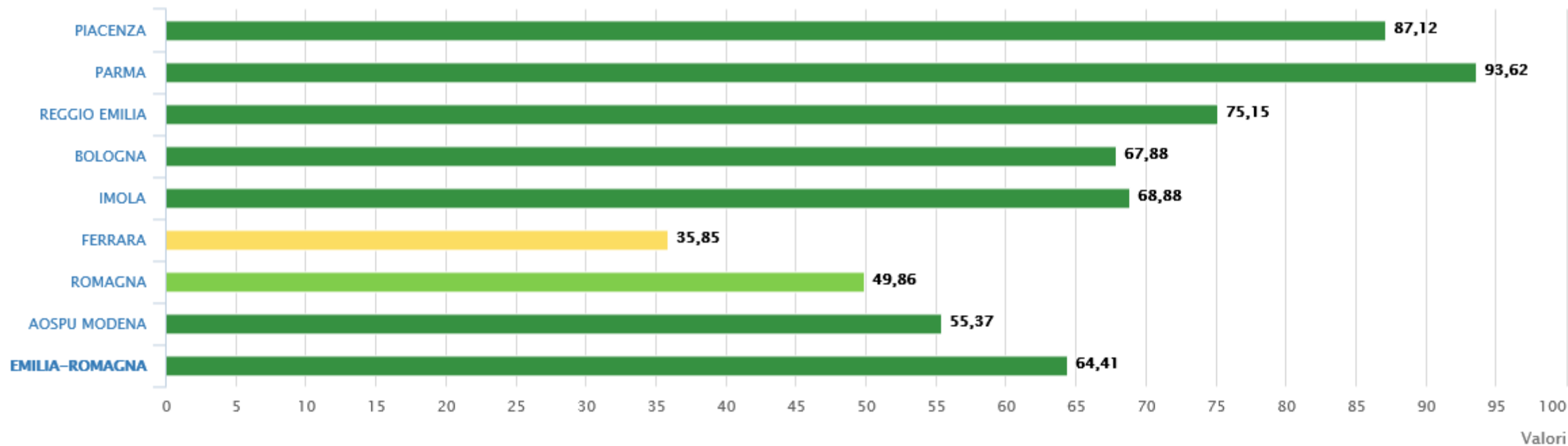
L'indicatore valuta la tempestività del ricovero in Hospice per gli assistiti in condizione di terminalità ed è calcolato come percentuale di ammissione in hospice da parte della Rete per le cure palliative entro 3 giorni dalla segnalazione. L'obiettivo dello standard è quello di garantire la massima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

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento








1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

INDICATORE (INDo105)

Indicatore 2	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	74,84	77,84	72,9	 67,87

Legenda:

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

COMMENTO

La performance relativa alla presa in carico di pazienti registrati in PS con codice giallo si mantiene sostanzialmente in linea con quella 2016 e può essere attribuito alla introduzione della modifica organizzativa denominata «Triage Team».

Per i pazienti che hanno subito un cambio di codice colore per aggravamento in itinere (da verde a giallo), il tempo andrebbe rilevato dal momento del cambio codice. Attualmente il dato non è rilevato.

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

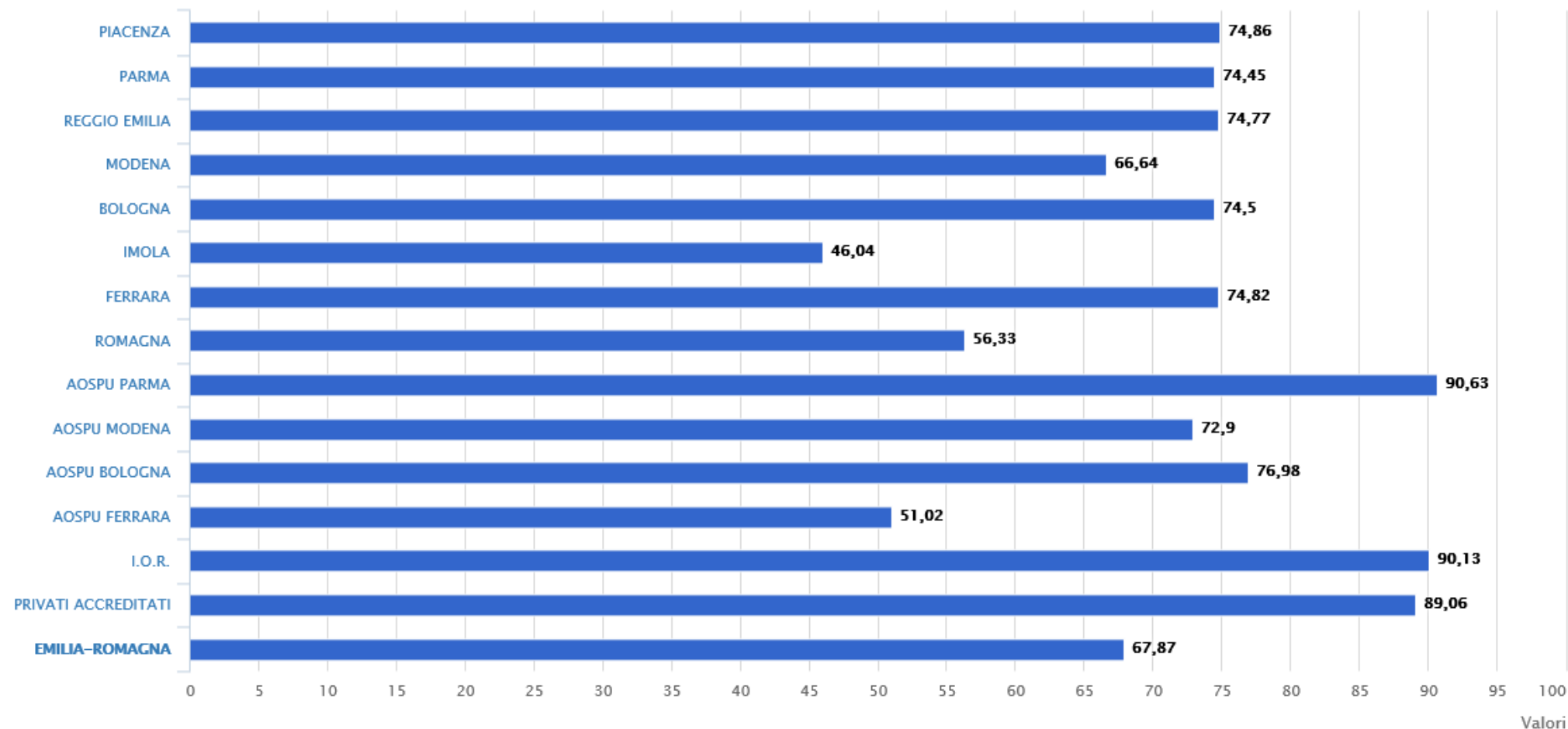
L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice giallo che sono visitati dal medico entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage).

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento










1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

INDICATORE (IND0107)

Indicatore 3	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	68,45	64,09	58,88	 60,96

Legenda:

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

COMMENTO

Il dato complessivo si pone sostanzialmente in linea con la media regionale.

L'obiettivo regionale di permanenza al di sopra della soglia del 62,2%, tuttavia, non risulta raggiungibile in quanto in conflitto con l'analogo obiettivo relativo ai codici gialli. Ciò ha costituito materia di discussione anche sul tavolo tecnico regionale e verrà compiutamente affrontato in futuro. Attualmente, a parità di risorse, o si sceglie di perseguire il contenimento dei tempi di attesa dei codici gialli (nei primi 3 mesi del 2018 per l'OCB rossi+gialli=35,01% degli accessi), o quello dei verdi. L'obiettivo può essere sostituito da un altro riferito al contenimento dei tempi di permanenza totali dei codici verdi.

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

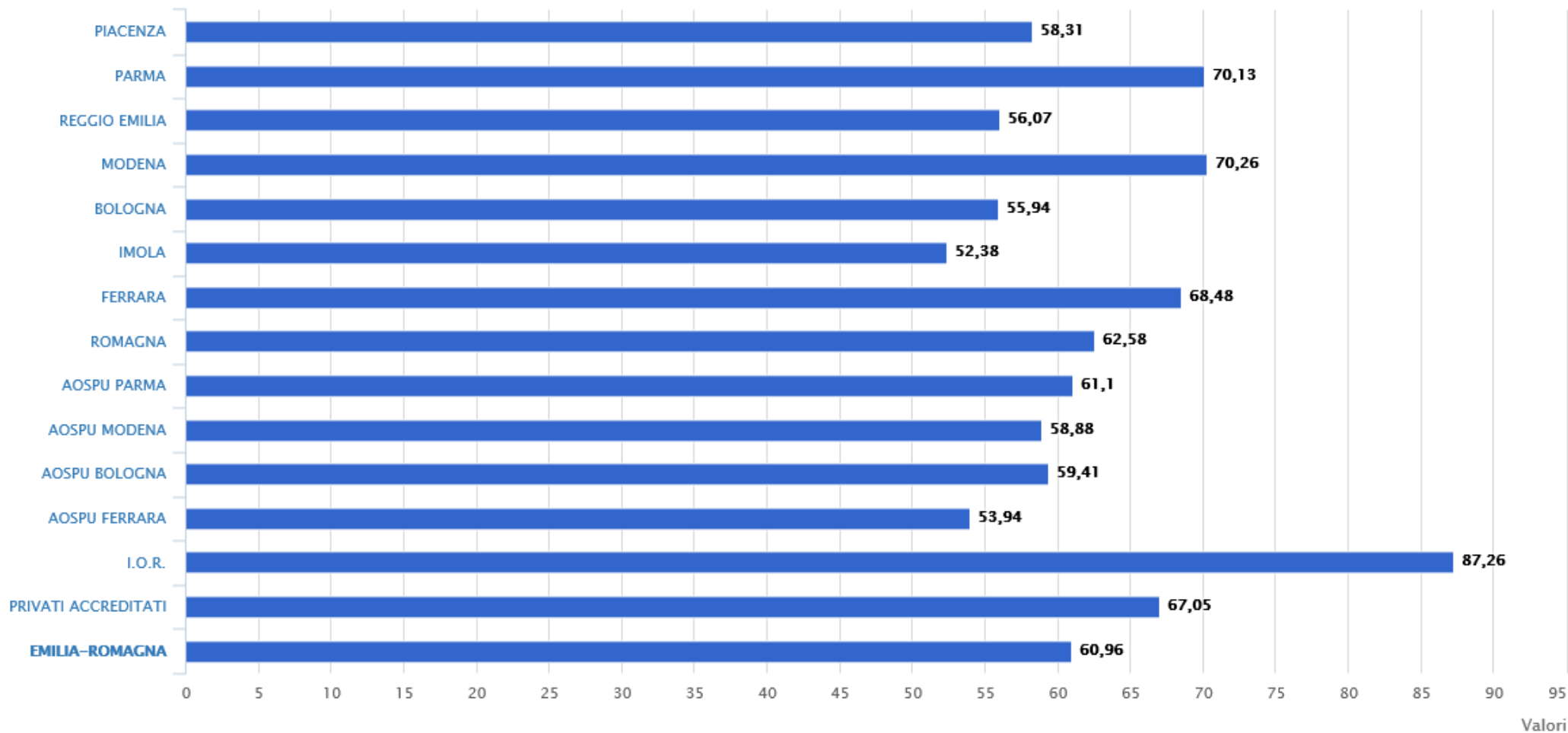
L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice verde che sono visitati dal medico entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage).

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



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
INDo246 - % di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero \geq 30 giorni	18,03	22,6

Legenda: 

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



1. Dimensione performance: utente

1.2 Area performance: integrazione

INDICATORE (INDo246)

Indicatore 4	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >= 30 giorni	14,35	20,00	22,6	 18,03

Legenda:

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

COMMENTO

La performance aziendale (22% nel 2017) si conferma al di sopra della media regionale (18,03%). Il valore registrato nel corso del 2017 non è comunque critico, con un risultato che si colloca al di sotto del target individuato come ottimale.

L'indicatore è intrinsecamente correlato alla disponibilità di risorse nell'ambito dell'assistenza domiciliare, e risente nell'anno di alcuni casi di difficoltà di dimissione dei pazienti per ridotta compliance delle famiglie verso il rientro al domicilio.

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

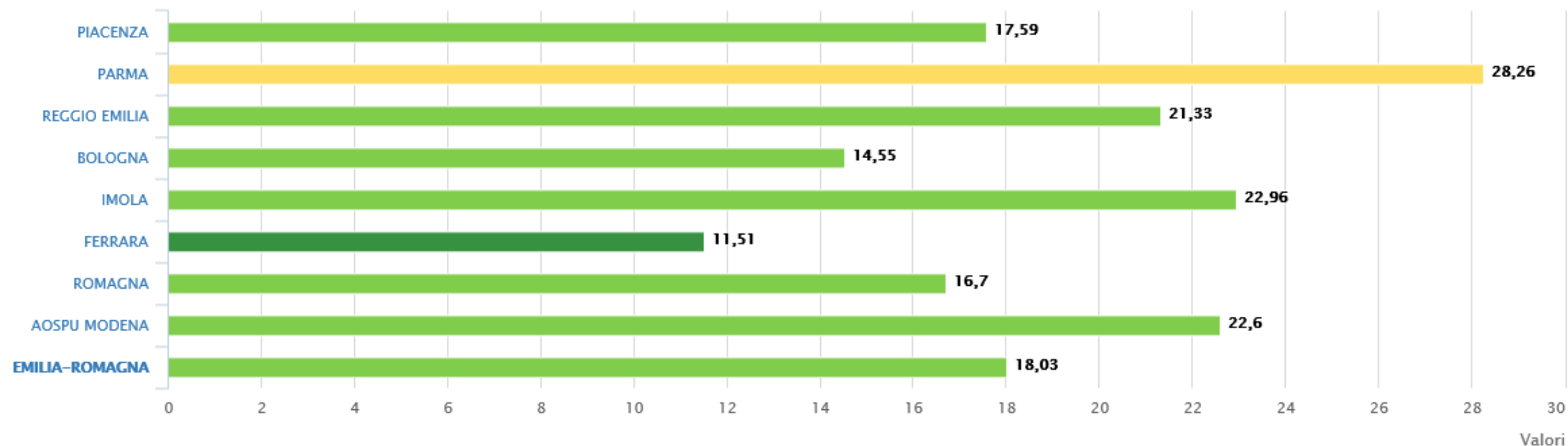
La finalità e la funzione dell'Hospice è quella di garantire cure palliative in regime residenziale a malati che non possono essere assistiti, temporaneamente o in via continuativa, al proprio domicilio. Tali ricoveri devono avere una durata congrua rispetto alle finalità e alle funzioni dell'Hospice. 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: 2017

[Vai a Stabilimento](#)



☰ Legenda

● Fasce

↑ Ordinamento

📄 Tabella

📈 Trend

1. Dimensione performance: utente


1.3 Area performance: esiti

	EMILIA- ROMAGNA	AOSPU MODENA
IND0271 - Colectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	80,73	78,05
IND0389 - Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	9,06	8,65
IND0390 - Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	43,18	49,89
IND0391 - Scompenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	12,68	7,04
IND0393 - Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	10,66	10,31
IND0394 - Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,6	1,42
IND0395 - BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	9,99	10,02
IND0398 - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	6,11	5,95
IND0399 - Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,78	0,89
IND0400 - Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	4,74	6,43
IND0401 - Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	4,35	3,99
IND0402 - Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,9	1,09
IND0403 - Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,98	1,44
IND0441 - Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	72,8	76,5
IND0494 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario	18,01	19,77
IND0396 - Colectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	82,06	77,34
IND0397 - Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	81,55	98,9
IND0404 - Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico	2	3






1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0271)

Indicatore 5	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	83,42	85,96	78,05	 80,73

Legenda:

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

COMMENTO

Per una corretta interpretazione del dato occorre scorporare la percentuale totale al fine di ottenere i valori dei due stabilimenti dell'Azienda.

Il Policlinico di Modena conferma il trend di eccellenza riscontrato nel 2015 e 2016 con un ulteriore aumento percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni che si attesta nel 2017 ad un 91,01%. Tale risultato rappresenta il frutto del lavoro che negli ultimi anni ha progressivamente affinato i protocolli operativi e organizzativi, con particolare riferimento all'esecuzione dell'intervento in one day surgery.

L'Ospedale Civile di Baggiovara ha registrato per l'anno 2017 una percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni pari al 72,13%. Il dato, seppure al di sotto della media regionale, registra un miglioramento rispetto al 2016 (68,44%) a testimonianza del lavoro, ancora in corso, volto ad omogeneizzare criteri di accesso e percorsi assistenziali sui due stabilimenti.

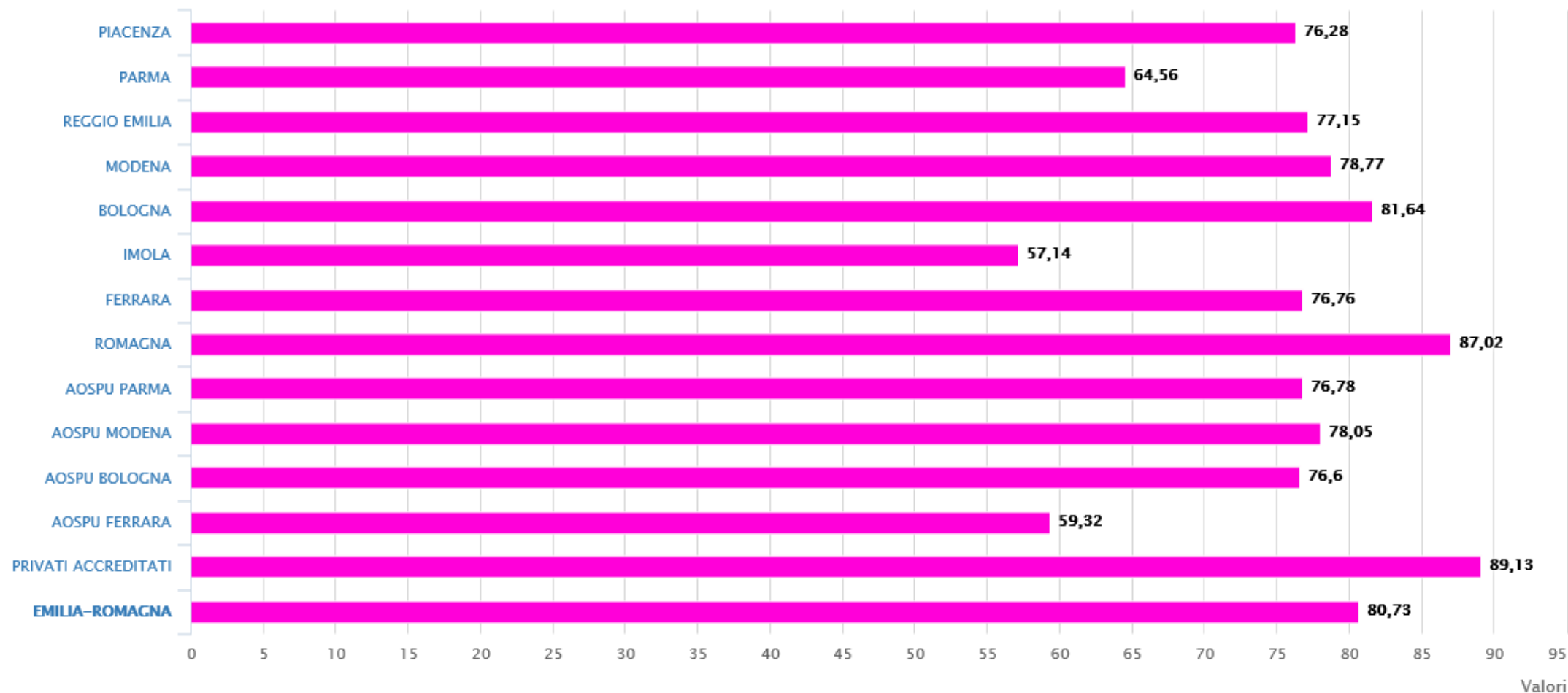
IND0271 Colectistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg

Grafico

Colectistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento




1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0389)

Indicatore 6	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Mortalità a 30 giorni per IMA	6,14	10,37	8,65	 9,06

Legenda:

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

COMMENTO

La performance dell'AOU di Modena restituisce un indice per il 2017 pari all'8,65%.

Valore che si colloca pienamente in linea con quanto registrato mediamente a livello regionale (9,06%).

Rispetto al 2015 si è verificata una modifica estremamente importante nella assistenza all'infarto acuto STEMI, nel senso che è stata centralizzata all'Ospedale Civile Estense (OCSAE) la attività in urgenza (dall'aprile 2016) con equipe integrata Policlinico –OCSAE che garantisce 7 giorni su 7 e 24ore su 24 la operatività. A seguito del Progetto di integrazione Policlinico-OCSAE in atto la performance qui riportata per il 2017 riflette il risultato dell'attività dell'AOU cui spetta ora la gestione dell'IMA su tutto l'ambito provinciale, nell'ambito di una organizzazione Hub and Spoke.

Il Policlinico mantiene la attività di Emodinamica per gli infarti NSTEMI notoriamente associati ad età e comorbidità superiori.

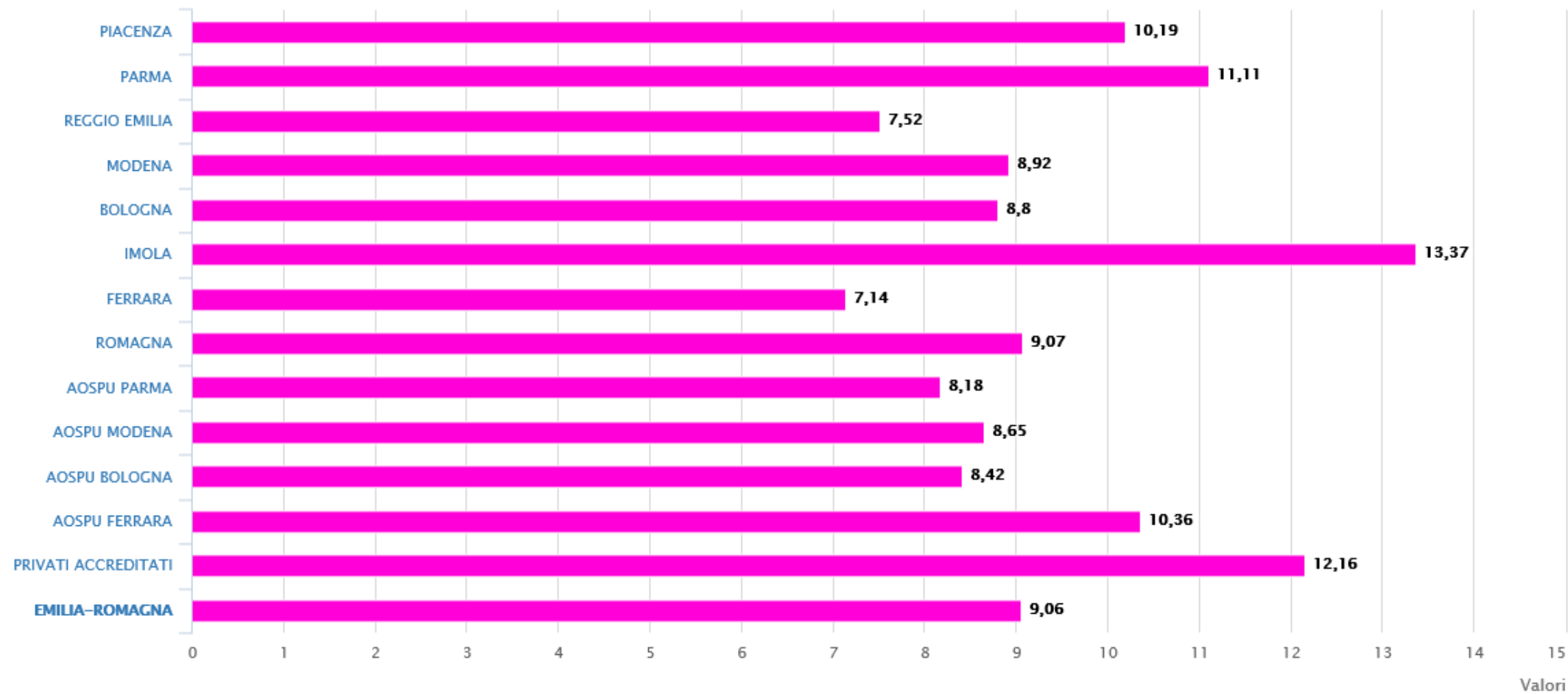
IND0389 Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni

Grafico

Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2017


↓ Vai a Stabilimento








1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo39o)

Indicatore 7	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	51,48	42,68	49,89	 43,18

Legenda:

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

COMMENTO

Il dato aziendale di tutta la AOU (Policlinico e OCSAE) evidenzia una percentuale del 49,89%, relativamente ai casi di angioplastica coronarica percutanea effettuata entro i 2 gg dall'accesso per pz con IMA nel corso dell'anno 2017. Pertanto si evidenzia un trend in netto miglioramento rispetto alla performance 2016 (42,68%) e soprattutto migliore della 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 cui caratteristiche (malattia multivascolare, comorbidità, età avanzata) possono condizionare la tempistica dell'intervento nonché la maggiore propensione a rivascolarizzazione chirurgica, in alternativa a PTCA. Nel complesso il risultato dell'AOU è comunque molto buono.

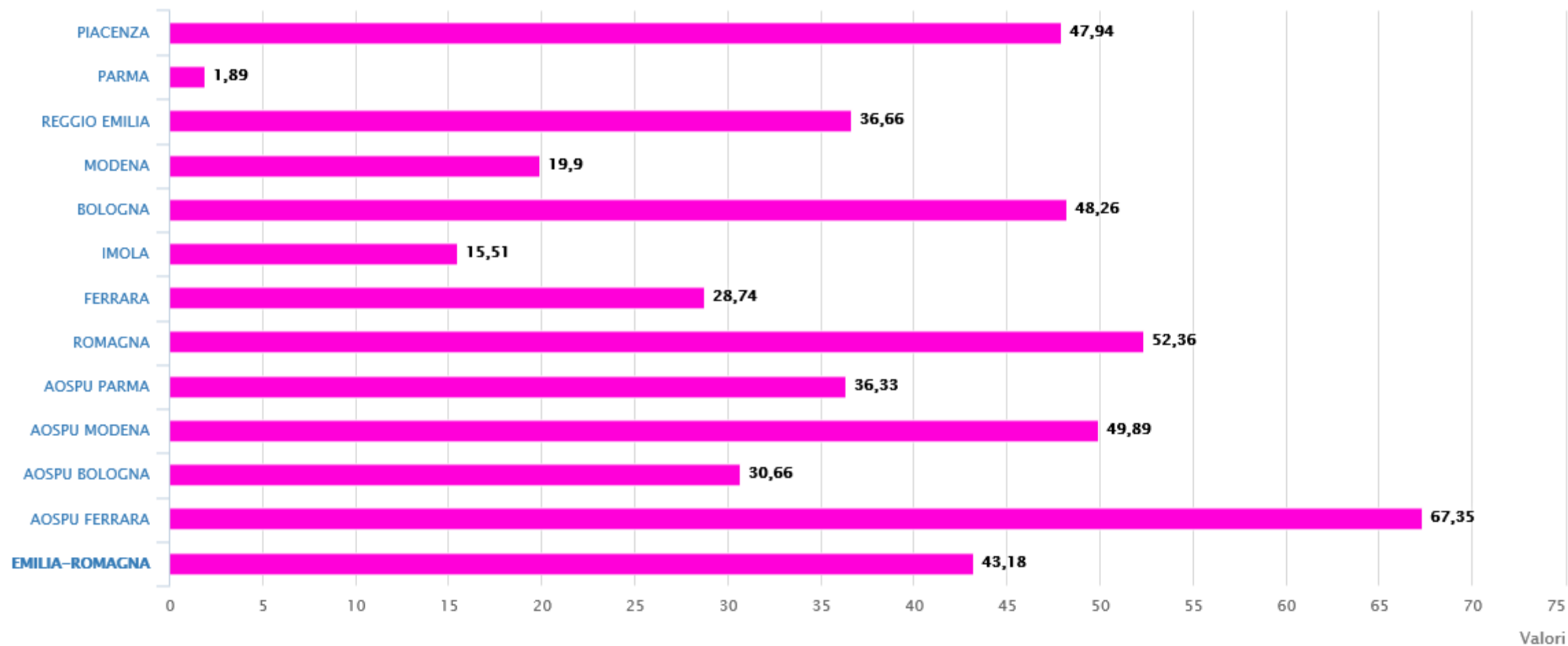
IND0390 Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni

Grafico

Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2017


↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0391)

Indicatore 8	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	7,77	4,09	7,04	 12,68

Legenda:

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

COMMENTO

La performance aziendale si colloca ad un livello ottimale di best practice a livello regionale (7,04%), specie considerando la frequente presenza nei malati ricoverati di comorbidity multiple anche gravi.

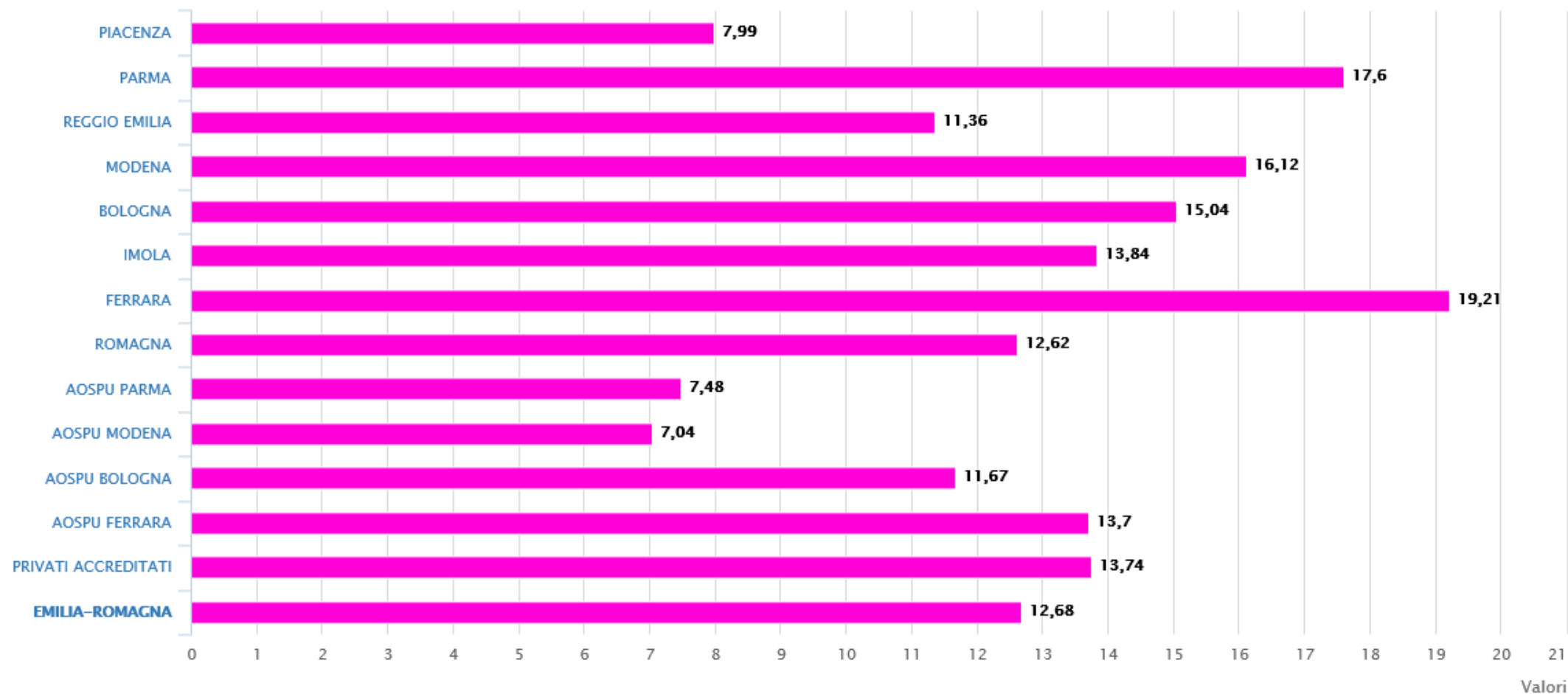
IND0391 Scompensato cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni

Grafico

Scompensato cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0393)

Indicatore 9	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	7,5	6,25	10,31	 10,66

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

COMMENTO

L'attività di gestione delle terapie acute dello Stroke nella provincia di Modena è centralizzata presso l'OCSAE di Baggiovara.

I dati aziendali del 2015 e 2016 sono riferiti al solo stabilimento del Policlinico che non ricovera ictus (<80/anno). Dal 2017 i volumi di attività sono notevolmente aumentati con l'integrazione con l'OCSAE. In provincia di Modena (AUSL+Sassuolo spa+AOU) sono stati ricoverati 1443 ictus ischemici (codice 434.xx), di cui 837 in AOU (61 al Policlinico e 776 a OCSAE), pari al 58% del totale della provincia. Nello specifico i trattamenti in acuto nell'ictus ischemico nel 2017 sono stati:

- trombolisi ev =184, pari al 12.8% del totale degli ictus ischemici
- trombectomie meccaniche =94, pari al 6,5 % del totale degli ictus ischemici. Entrambi in aumento rispetto al 2016.

Il dato di mortalità è in linea con il livello di riferimento in Emilia-Romagna.

Si sottolinea inoltre come ulteriore indicatore di outcome che l'autonomia 90 gg dei pazienti sottoposti a trombolisi è stata del 70% (mRS 0-2) con una mortalità a 90 gg del 3.7%

Tali dati confermano un incremento di volumi di attività dei trattamenti in acuto per l'ictus ischemico e gli ottimi outcome.

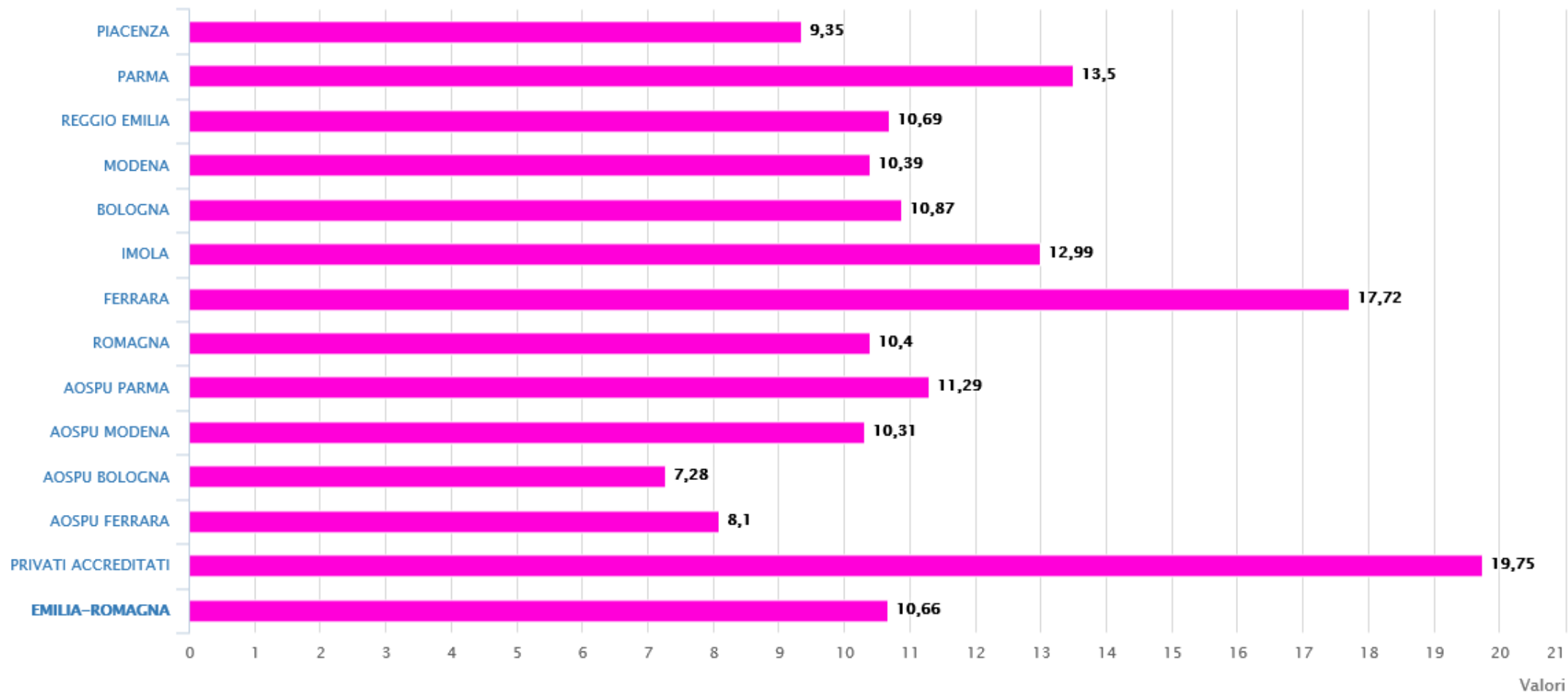
IND0393 Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni

Grafico

Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento





1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0394)

Indicatore 10	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	0	0	1,42	 1,6

Legenda:

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

COMMENTO

Allo stato attuale non si rilevano problematiche sull'indicatore.

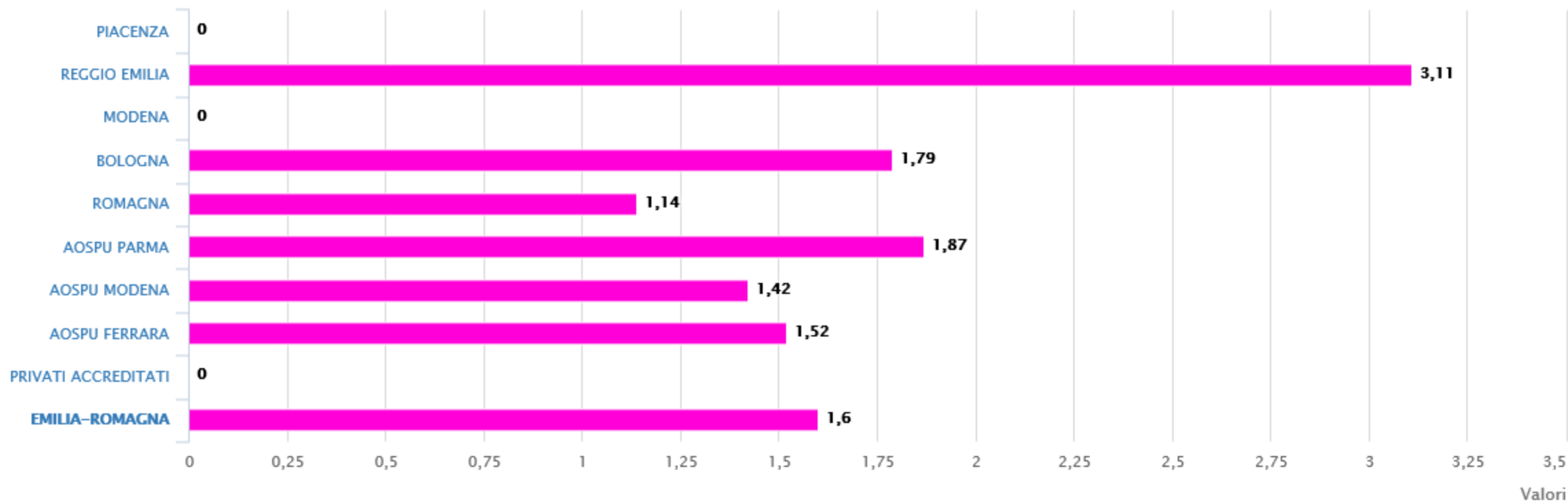
IND0394 Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia

Grafico

Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia

Anno di riferimento dei dati: 2015 - 2017


↓ Vai a Stabilimento







1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0395)

Indicatore 11	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	12,18	7,69	10,02	 9,99

Legenda:

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

COMMENTO

Il risultato 2017 (10,02%) è in linea con la media raggiunta nello stesso periodo all'interno della RER (9,99%) e leggermente migliore rispetto a quanto tracciato complessivamente, sempre pari periodo, nella provincia di Modena (10,81%).

Il dato non mostra peraltro variazioni anomale rispetto alla tendenza storicamente rilevata nella azienda e conferma il rischio noto legato alla mortalità precoce della popolazione BPCO reduce da ospedalizzazione per gravi episodi acuti.

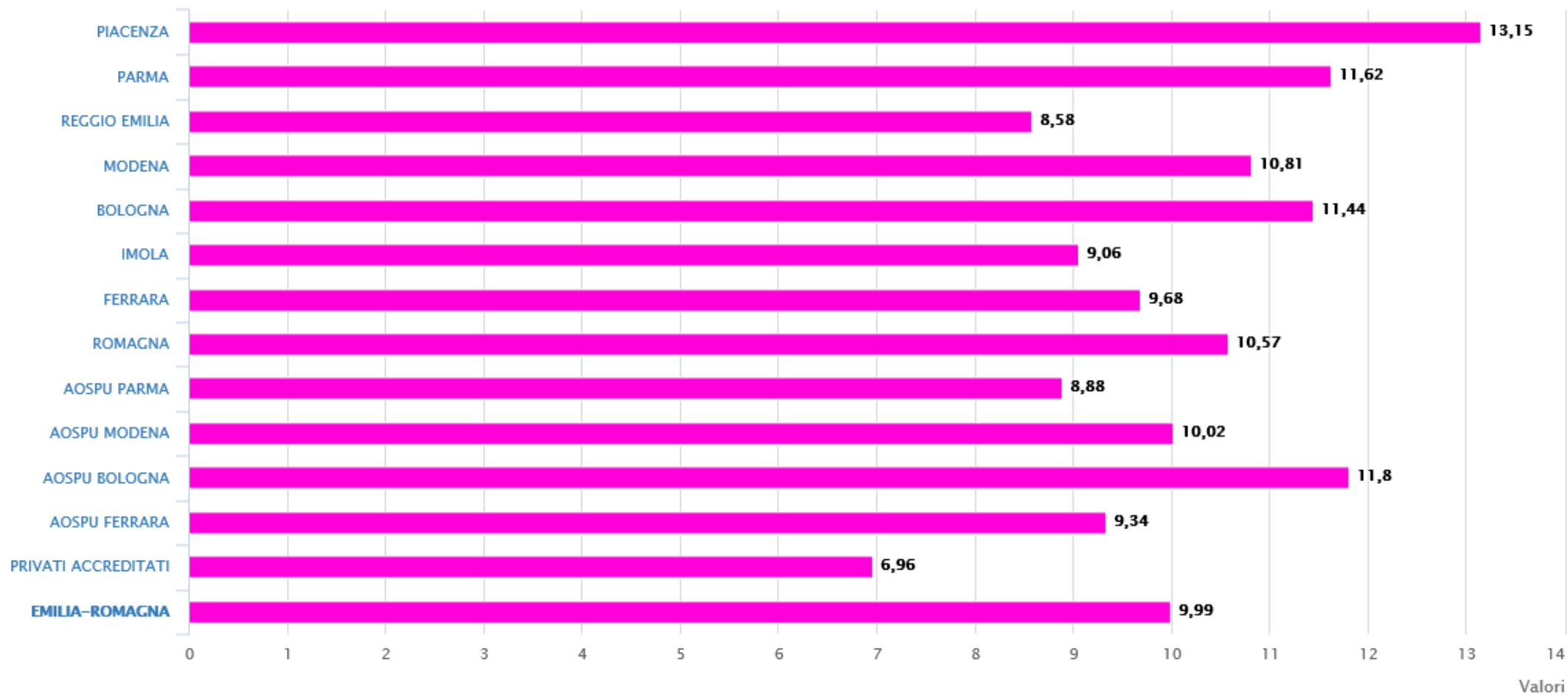
IND0395 BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni

Grafico

BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0398)

Indicatore 12	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	9,05	7,36	5,95	 6,11

Legenda: 

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

COMMENTO

La performance aziendale 2017 conferma il trend in significativa diminuzione rispetto al biennio precedente e si porta al di sotto della media regionale.

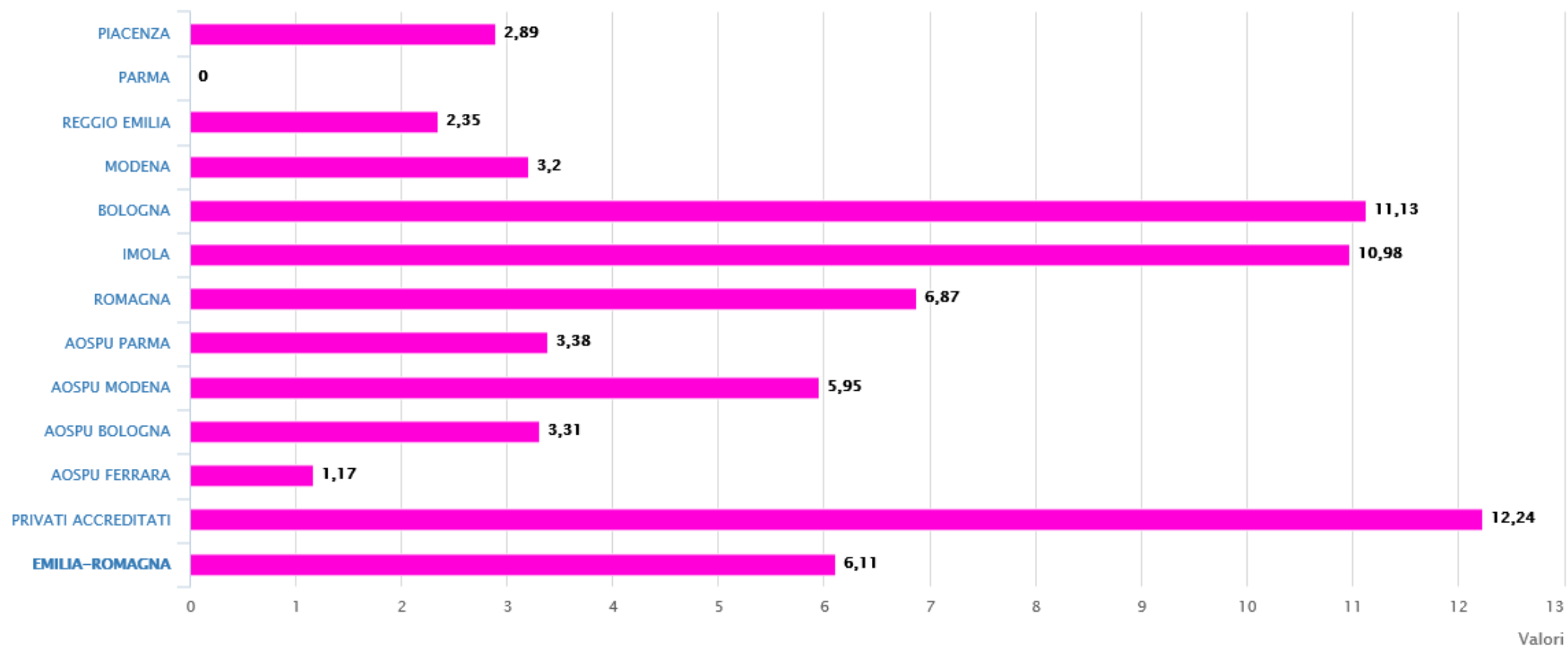
IND0398 Proporzioe di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella

Grafico

Proporzioe di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ [Vai a Stabilimento](#)







1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0399)

Indicatore 13	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	0,58	0,56	0,89	 0,78

Legenda:

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

COMMENTO

La performance aziendale relativa all'anno 2017 mostra un lieve incremento della mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone rispetto agli anni precedenti e alla media regionale.

Nel corso dell'anno si è lavorato alla stesura del 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). Il documento è stato concluso e ufficializzato nel mese di ottobre 2017.

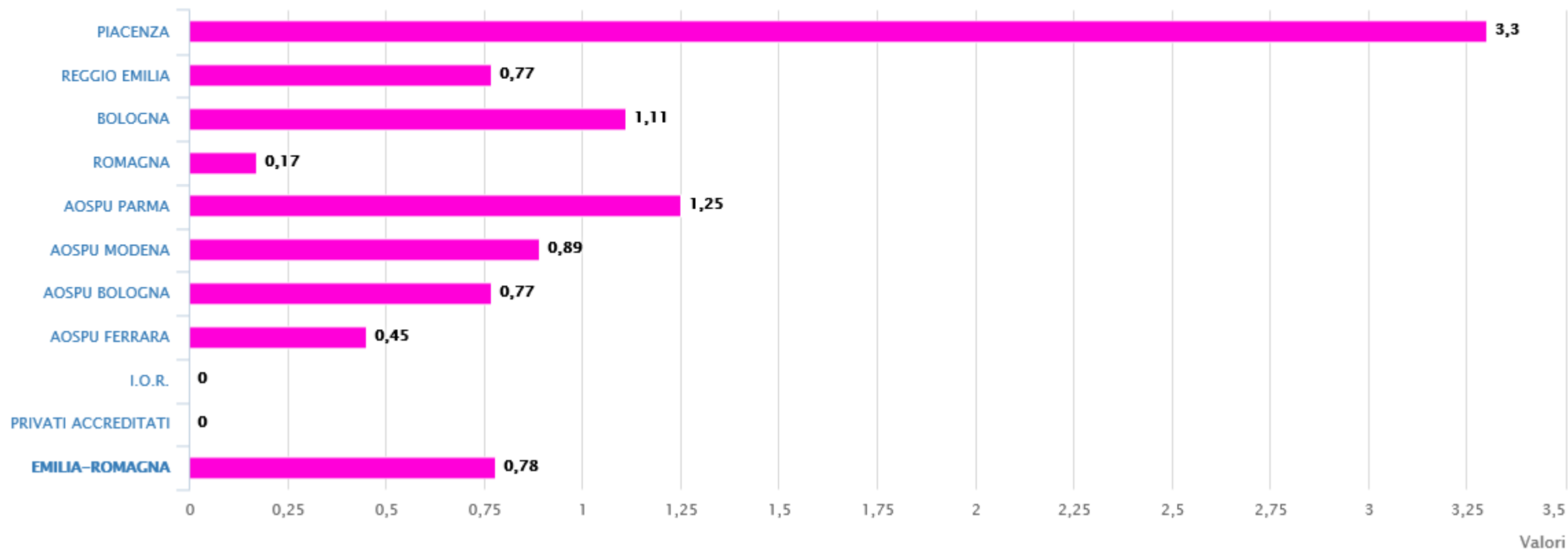
IND0399 Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni

Grafico

Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2015 - 2017

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo400)

Indicatore 14	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	3,7	4,17	6,43	 4,74

Legenda: 

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

COMMENTO

Il valore è in linea per due stabilimenti (6,11 per l'Ospedale Civile di Baggiovara e 6,84 per il Policlinico di Modena).

Il numero dei decessi nell'anno 2017 è stato pari a 9 su 140 pazienti operati complessivamente nelle due sedi dell'azienda.

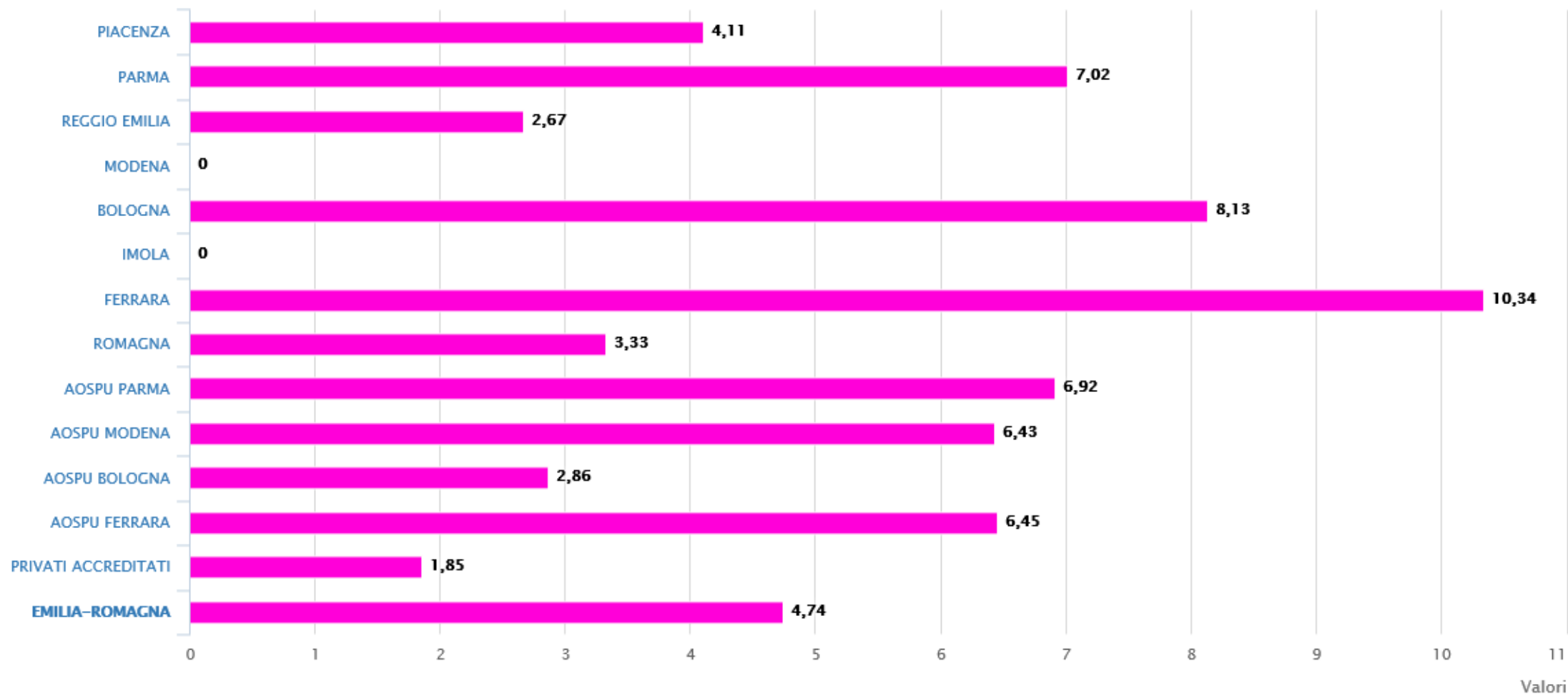
IND0400 Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni

Grafico

Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2015 - 2017

↓ Vai a Stabilimento








1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo401)

Indicatore 15	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	6,25	4,05	3,99	 4,35

Legenda:

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

COMMENTO

La performance aziendale è registra complessivamente un lieve miglioramento confermandosi al di sotto della media regionale. In azienda è presente dal 2016 il PDTA Colon-Retto per la diagnosi e il trattamento della patologia oncologica, che prevede il coinvolgimento di tutte le professionalità interessate dal percorso assistenziale del paziente.

Analizzando nel dettaglio i due stabilimenti, al Policlinico di Modena si registra un lieve aumento dal 4,05% del 2016 al 4,76% del 2017, mentre per l'Ospedale Civile di Baggiovara è documentato un calo dal 4,57% del 2016 al 3,51% del 2017 (tassi grezzi).

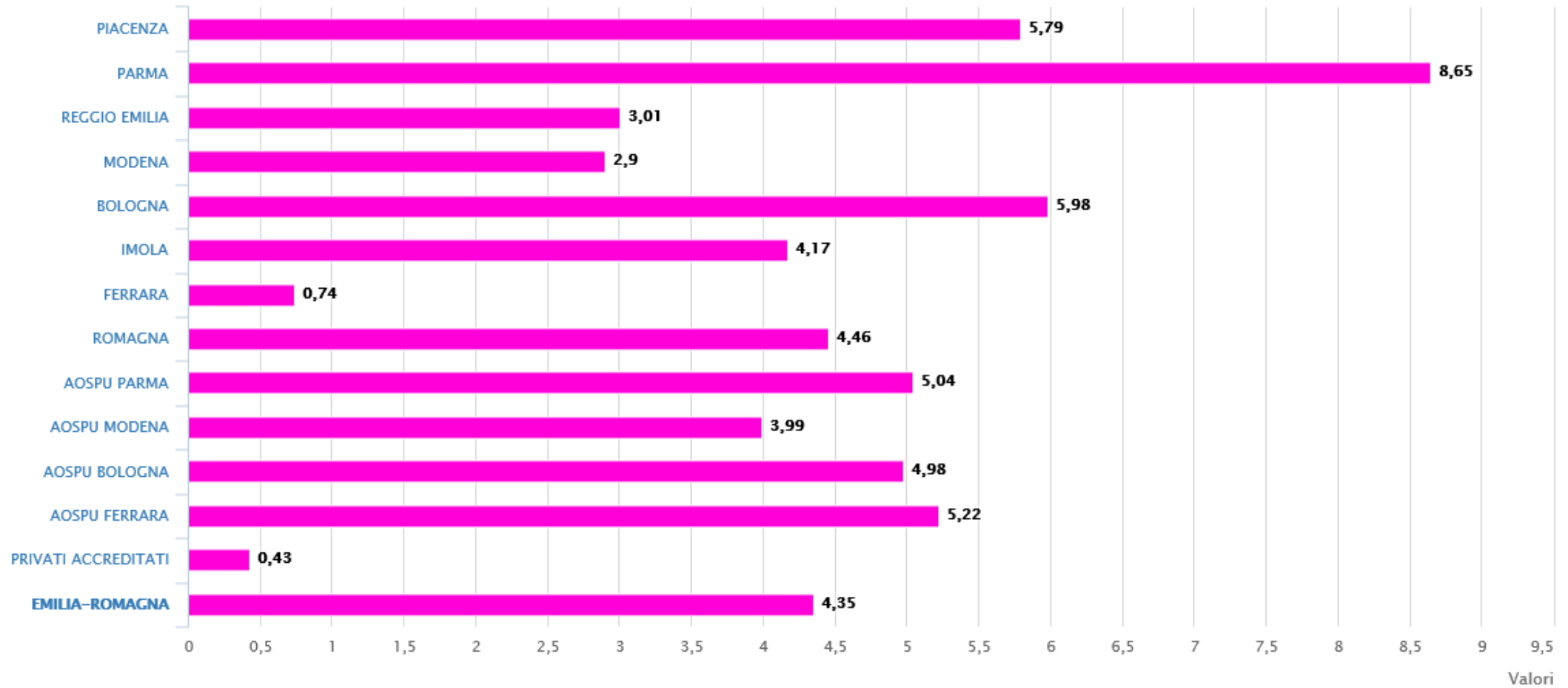
IND0401 Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni

Grafico

Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2016 - 2017

↓ Vai a Stabilimento












1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0402)

Indicatore 16	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	1,04	0,94	1,09	 0,9

Legenda: 

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

COMMENTO

Si evidenzia un leggero calo della performance nel 2017 rispetto al 2016, con un valore finale di 1,09%, che si colloca al di sopra della media regionale (0,9%).

Il valore dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena è confrontabile con quello dell'AOU di Parma (1,07), ma superiore a quello dell'AOU di BO più vicino alla media regionale nell'ambito dei Punti Nascita Hub.

La valutazione della casistica (dati CedAP 2017) dimostra che la % di gravide in condizione di sovrappeso (BMI>25) e obesità (BMI>30) che hanno partorito presso l' AOU di Modena (22%+13%=35%) è superiore rispetto alla media regionale (20% +9%=29%) ed alla % riscontrata in altri Punti Nascita della Regione. Tali valori dell'AOU di MO sono inoltre in incremento rispetto al 2016 (20.9+10.9%=31.8%). Tale popolazione costituisce un bacino di utenza esposto ad un notevole maggior rischio di complicanze, che trova riverbero nell'indicatore monitorato.

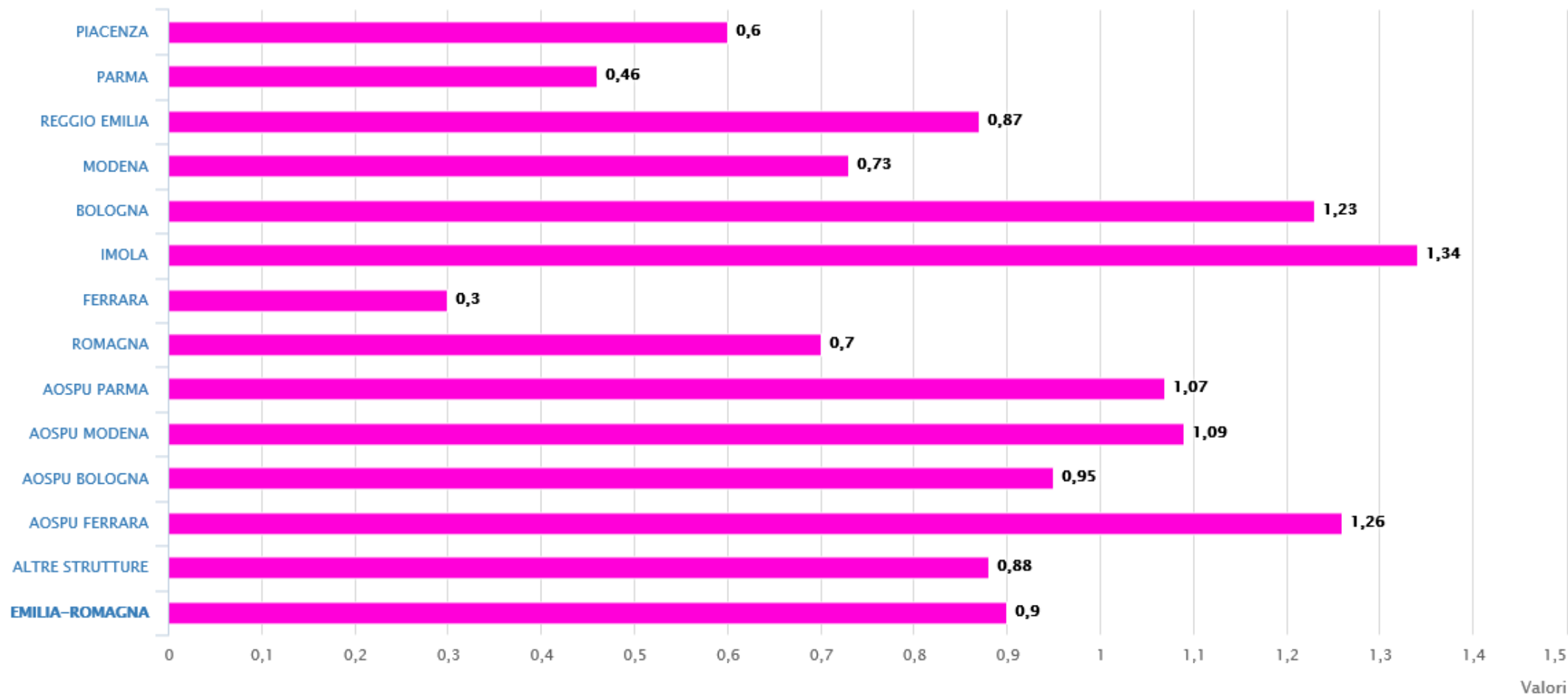
IND0402 Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio

Grafico

Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio

Anno di riferimento dei dati: 2016 - 2017

[Vai a Stabilimento](#)








1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0403)

Indicatore 17	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	1,16	1,15	1,44	 0,98

Legenda:

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

COMMENTO

Si evidenzia un leggero calo della performance nel 2017 rispetto al 2016, con un valore finale di 1,44%, che si colloca al di sopra della media regionale (0,98%).

La valutazione della casistica (dati CedAP 2017) dimostra che la % di gravide in condizione di sovrappeso (BMI>25) e obesità (BMI>30) che hanno partorito presso l' AOU di Modena (22%+13%=35%) è superiore rispetto alla media regionale (20% +9%=29%) ed alla % riscontrata in altri Punti Nascita della Regione. Tali valori dell'AOU di MO sono inoltre in incremento rispetto al 2016 (20.9+10.9%=31.8%)

Tale popolazione costituisce un bacino di utenza esposto ad un notevole maggior rischio di complicanze, che trova riverbero nell'indicatore monitorato.

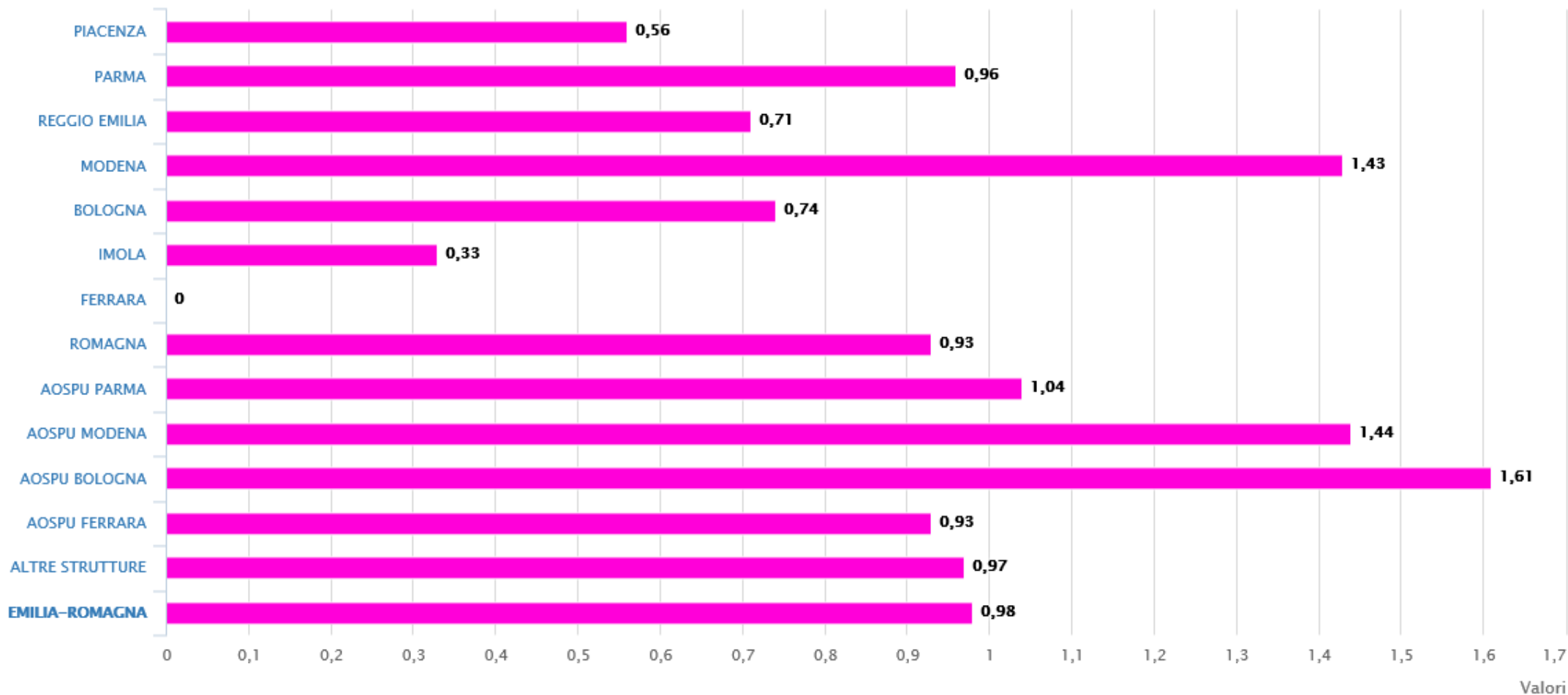
IND0403 Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio

Grafico

Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio

Anno di riferimento dei dati: 2016 - 2017

[↓ Vai a Stabilimento](#)






1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo441)

Indicatore 18	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	52,63	70,00	76,5	 72,8

Legenda: 

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

COMMENTO

L'esito dell'indicatore è complessivamente in miglioramento rispetto al biennio precedente e si assesta significativamente al di sopra della media regionale per entrambi gli stabilimenti dell'azienda (74,17% per Ospedale Civile di Baggiovara e 81,63% per Policlinico di Modena).

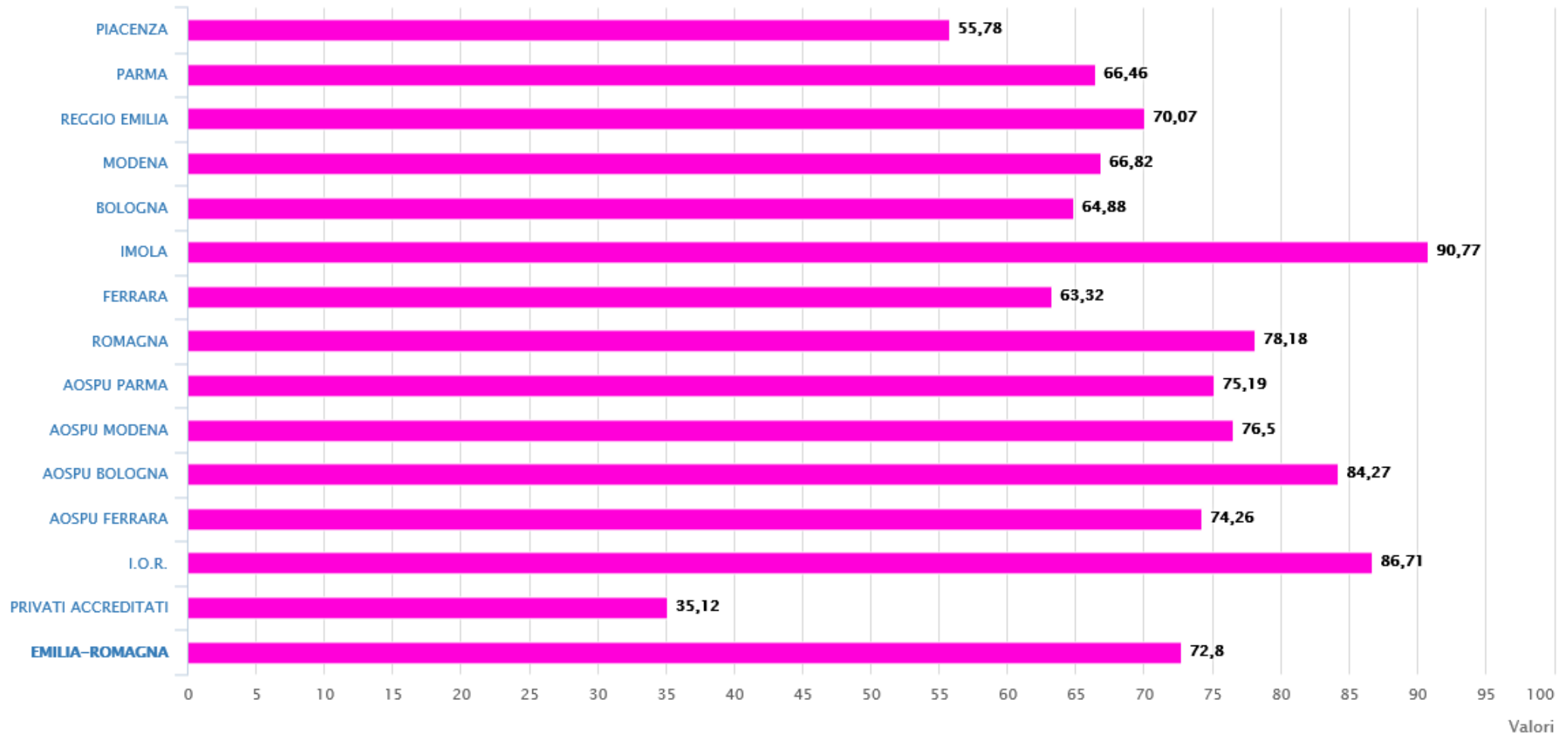
IND0441 Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni

Grafico

Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0494)

Indicatore 19	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	19,42	19,97	19,77	 18,01

Legenda: 

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

COMMENTO

La performance aziendale 2017 risulta in leggero miglioramento rispetto al 2016 (19,77% nel 2017 vs 19,97 nel 2016), con un leggero scostamento in aumento rispetto alla media regionale (18,01%).

E' comunque uno dei tassi più bassi rispetto a quelli delle altre AOU regionali, che si caratterizzano per una alta complessità della casistica (Strutture Hub di Ostetricia).

Come già evidenziato nell'indicatore 403, la valutazione della casistica (dati CedAP 2017) dimostra che la % di gravide in condizione di sovrappeso (BMI>25) e obesità (BMI>30) che hanno partorito presso l' AOU di Modena (22%+13%=35%) è superiore rispetto alla media regionale (20% +9%=29%) ed alla % riscontrata in altri Punti Nascita della Regione. Tali valori dell'AOU di MO sono inoltre in incremento rispetto al 2016 (20.9+10.9%=31.8%)

Tale popolazione costituisce un bacino di utenza esposto ad un notevole maggior rischio di complicanze e parto cesareo, che trova riverbero nell'indicatore monitorato.

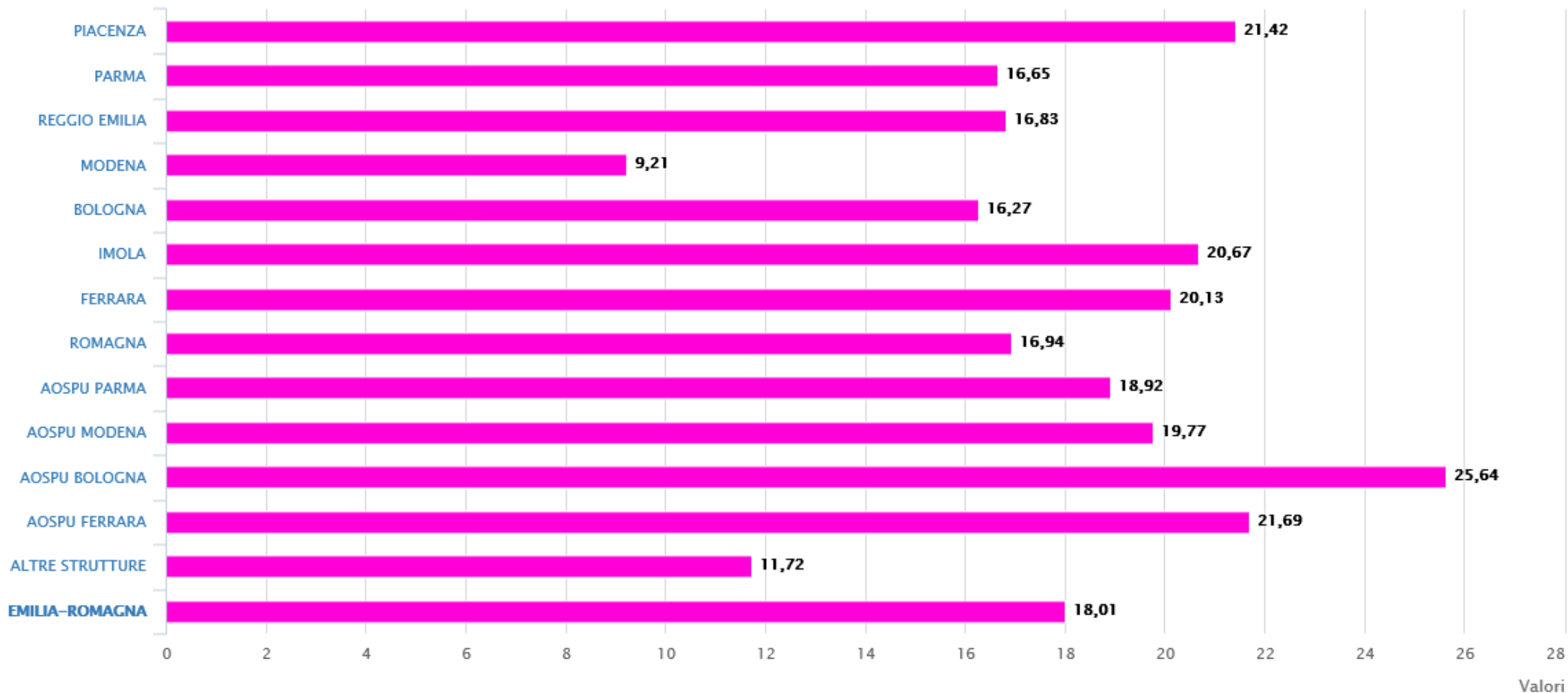
IND0494 Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Grafico

Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento




1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0396)

Indicatore 20	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	71,38	65,68	77,34	 82,06

Legenda: 

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

COMMENTO

Nel 2017 si è ottenuto un miglioramento dell'indicatore rispetto al biennio precedente. Il valore complessivo si assesta al di sotto della media regionale ma, analizzando separatamente i due stabilimenti dell'azienda, il Policlinico di Modena ha raggiunto il 69,62% mentre l'Ospedale Civile di Baggiovara l'85,93% (al di sopra della media regionale).

Per quanto riguarda il Policlinico di Modena, il volume di attività considerata ai fini dell'indicatore è conteggiato su un totale di 5 reparti dimettenti. Di questi, tre hanno un volume di casistica residuale, mentre i due reparti di Chirurgia Generale hanno svolto 69 e 204 interventi rispettivamente.

Si fa presente che dal 28 dicembre 2017 al Policlinico di Modena è presente un unico reparto Chirurgia Generale, pertanto per l'anno 2018 ci si attende un miglioramento dell'indicatore anche per il suddetto stabilimento.

IND0396 Colectistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi

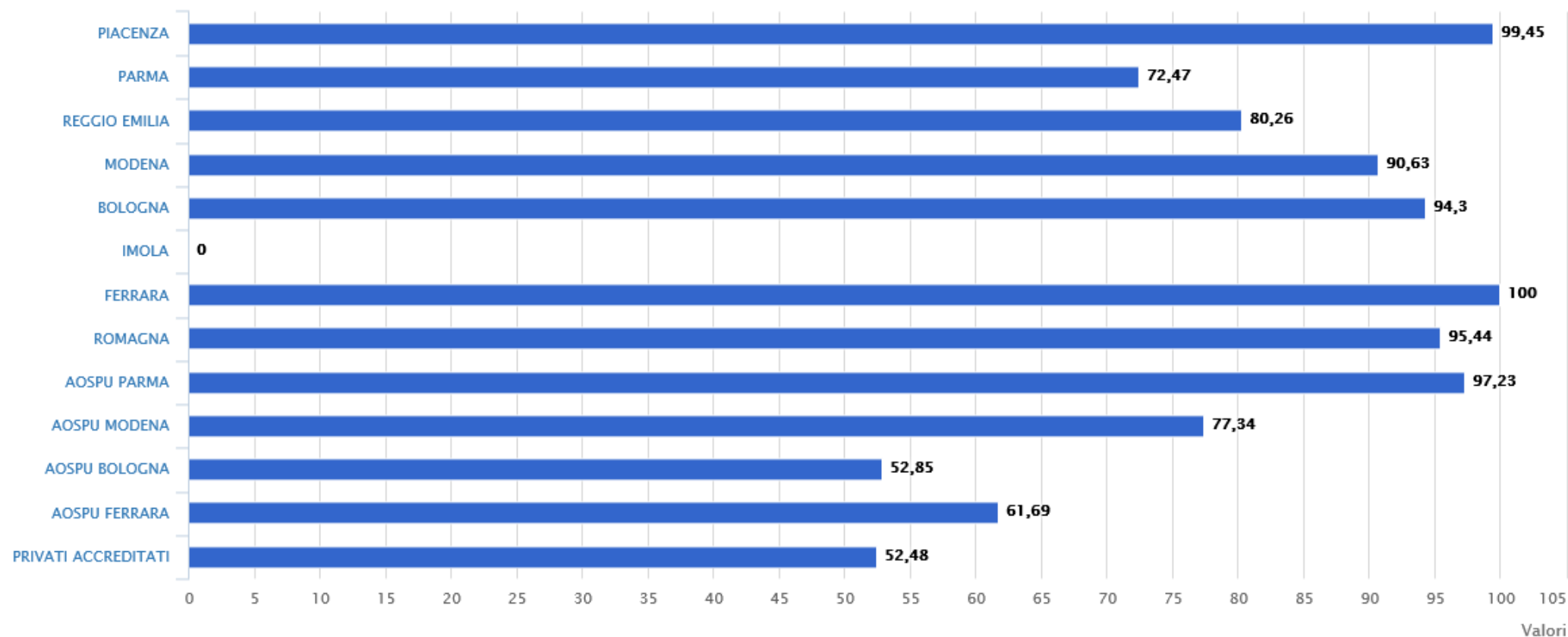
Si valuta la percentuale di ricoveri effettuati in reparti con un numero di interventi sopra la soglia rispetto al totale dei ricoveri erogati da ciascuna struttura, per interventi chirurgici per colecistectomia laparoscopica.

Grafico

Colectistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0397)

Indicatore 21	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	99	99,06	98,9	 81,55

Legenda: 

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

COMMENTO

L'anno 2017 ha visto il mantenimento della performance eccellente registrata per l'indicatore nel 2016 (99,06%, rispetto alla media regionale di 78,56%).

Il valore risulta significativamente al di sopra della media regionale. 629 dei 636 interventi eseguiti per tumore maligno della mammella sono stati effettuati presso la SSD di Chirurgia Oncologica Senologica del Policlinico, che nel 2015 ha conseguito la Certificazione Eusoma, successivamente rinnovata alla fine dell'anno 2017.

IND0397 Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi

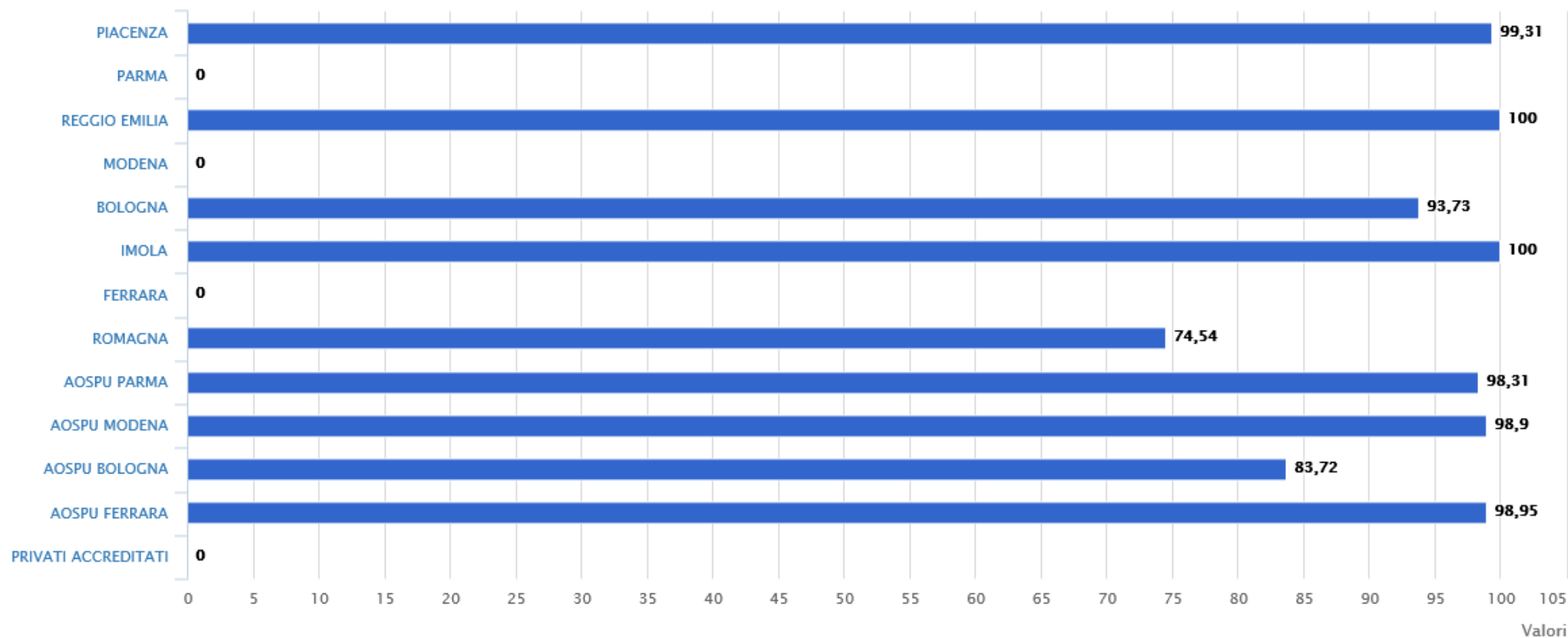
Si valuta la percentuale di ricoveri effettuati in reparti con un numero di interventi sopra la soglia rispetto al totale dei ricoveri erogati da ciascuna struttura, per interventi per tumori maligni alla mammella.

Grafico

Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento






1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo4o4)

Indicatore 22	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	4	3	3	 2

Legenda: 

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

COMMENTO

La performance aziendale dell'anno 2017 è in mantenimento rispetto all'anno precedente e leggermente superiore alla media regionale. Scorporando il dato per i due stabilimenti dell'Azienda, mentre per il Policlinico di Modena il tempo medio di attesa per l'intervento chirurgico per frattura di tibia o perone è pari a 3 giorni, per l'Ospedale Civile di Baggiovara è pari a 2 giorni (in linea con la media regionale e con lo standard ministeriale previsto). Al fine di ridurre i tempi d'attesa presso il Policlinico sarà analizzato il percorso assistenziale per individuare aree di miglioramento

IND0404 Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico

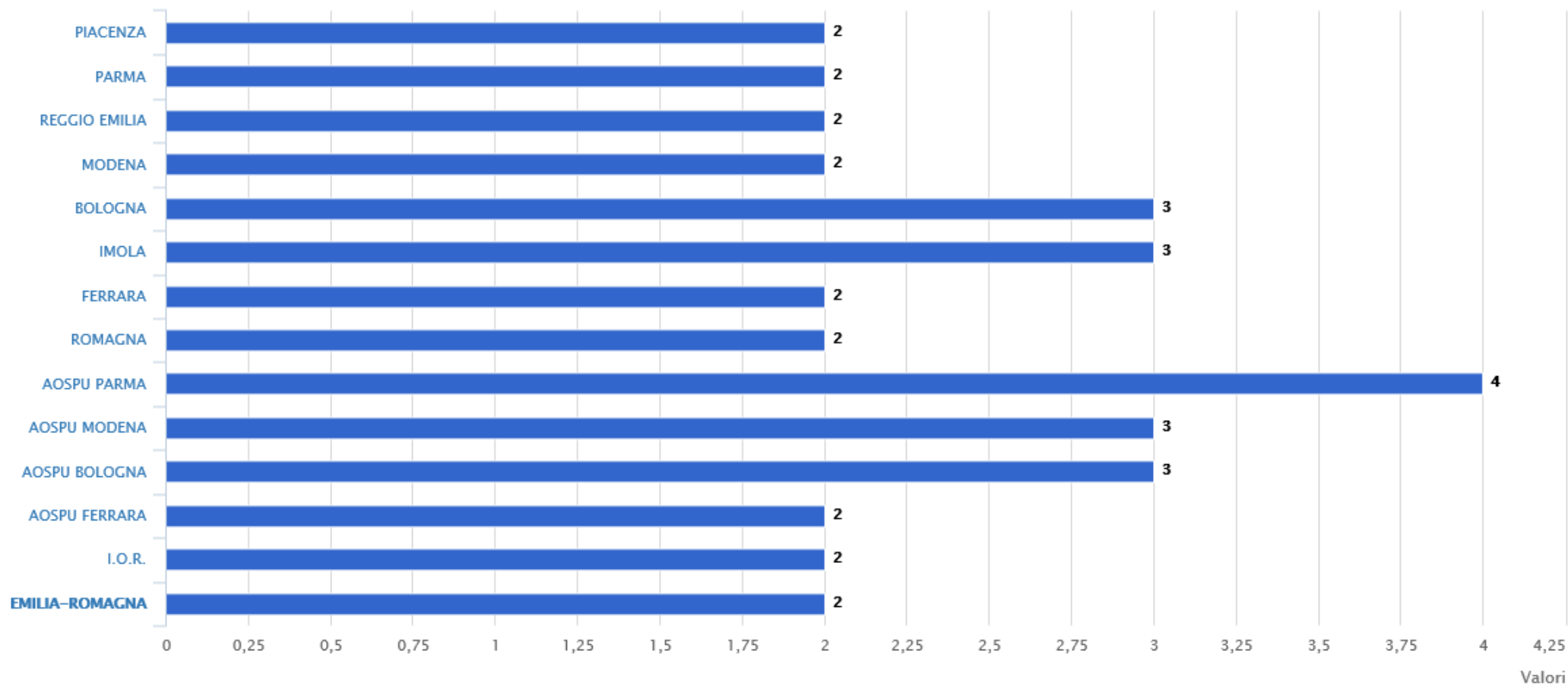
L'indicatore misura le giornate di degenza pre-operatoria relative agli interventi chirurgici per frattura di tibia/perone.

Grafico

Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



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
IND0102 - % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	0	0
IND0301 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0.34	-0.04
IND0302 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0.52	-0.62
IND0303 - Degenza media pre-operatoria	0.73	0.71
IND0409 - Volume di accessi in PS	1.891.003	153.785
IND0411 - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	359.943	24.496
IND0412 - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	256.848	18.971
IND0413 - Volume di ricoveri in DH per DRG medici	38.898	2.445
IND0414 - Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	84.951	6.470

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 non è al momento disponibile in InsidER per l'anno 2017.

Tuttavia, alla luce della casistica considerata per l'AOU di Modena, anche il 2017 risente della significativa quota di pazienti ricoverati con problemi legati alla cronicità, multipatologici con presenza di comorbidity e stati di fragilità socio-sanitaria, che rende complessa 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 di concerto con il Distretto della città, in integrazione con le strutture intermedie territoriali, per facilitare la presa in carico di tale tipologia di pazienti nei setting appropriati, anche tramite la collaborazione di presenze di afferenza territoriale che agiscono direttamente in ambito ospedaliero, grazie alla presenza del PUASS (Punto Unico Accesso Socio-Sanitaria) ed alla attività di revisione della procedura di accesso territoriale avviata con l'Azienda USL.

Le risultanze di tali adeguamenti organizzativi potranno avere ricadute positive sulla durata della degenza dei pazienti in questione non appena potremo beneficiare degli effetti derivanti dalle azioni messe in campo anche in sinergia con il livello territoriale.








2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (IND0301)

Indicatore 24	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0,33	0,05	-0,04	 -0,34

Legenda:

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

COMMENTO

Il dato evidenzia un miglioramento della performance 2016, al quale ha contribuito l'erogazione di interventi in regime di day surgery e one day surgery.

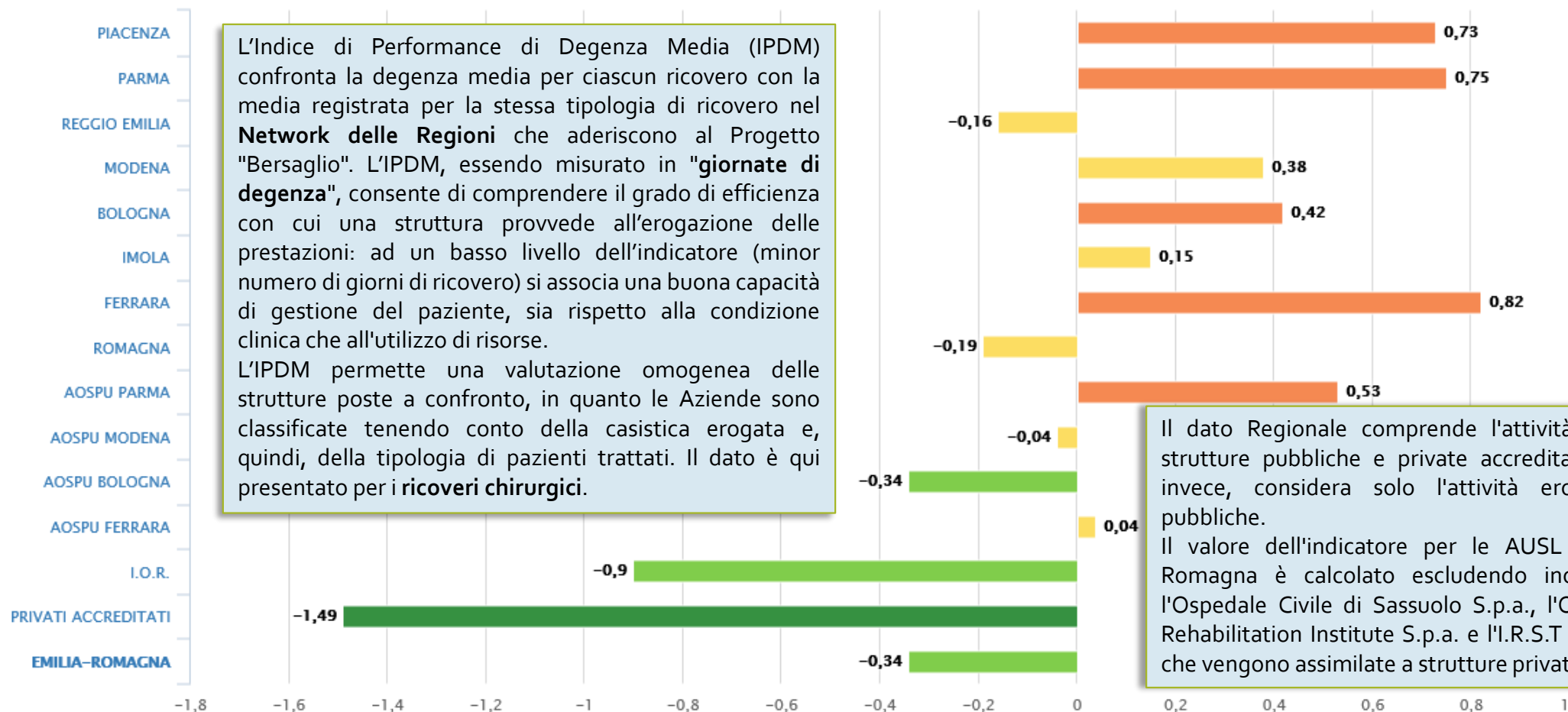
IND0301 Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



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 chirurgici**.

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 (IND0302)

Indicatore 25	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,1	-0,5	-0,62	 -0,52

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.

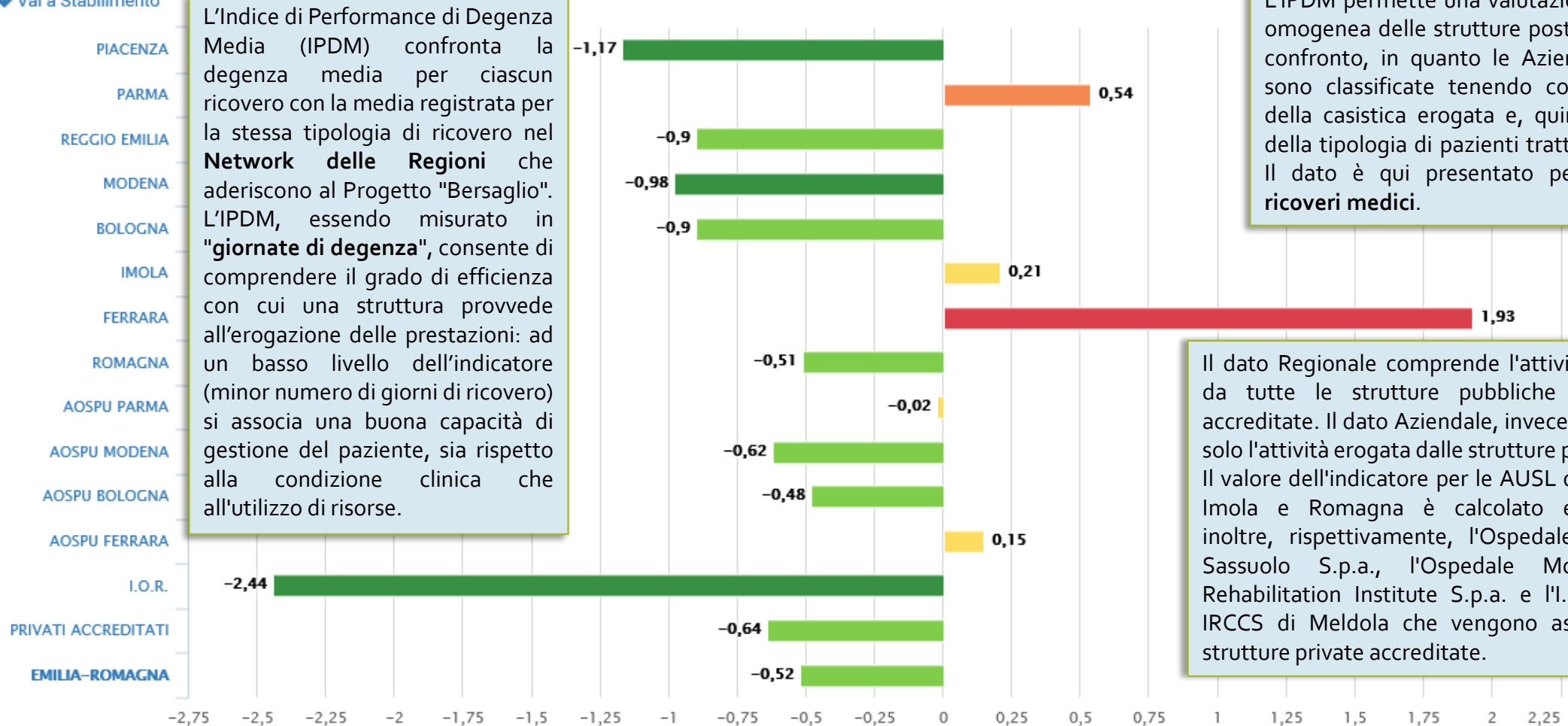
IND0302 Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



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.

2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (IND0303)

Indicatore 26	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Degenza media pre-operatoria	0,55	0,49	0,71	 0,73

Legenda: 

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

COMMENTO

Il valore aziendale per l'anno 2017 risulta al di sotto della media regionale ma in incremento rispetto all'anno 2016.

Scorporando i dati relativi ai due stabilimenti, il Policlinico di Modena si attesta a 0,53, in mantenimento rispetto all'anno 2016, a conferma dell'efficienza generata dalla riorganizzazione del pre-ricovero con centralizzazione della gestione dello stesso per tutti i reparti chirurgici.

Per quanto attiene, invece, all'Ospedale Civile di Baggiovara, nel 2017 si registra una degenza media pre-operatoria pari a 0,95, superiore alla media regionale ma in riduzione rispetto all'anno 2016 (1,05). A novembre 2017 anche presso la sede di Baggiovara è stato attivato il pre-ricovero centralizzato. Per il 2018 è programmata l'estensione della gestione centralizzata a tutti i reparti.

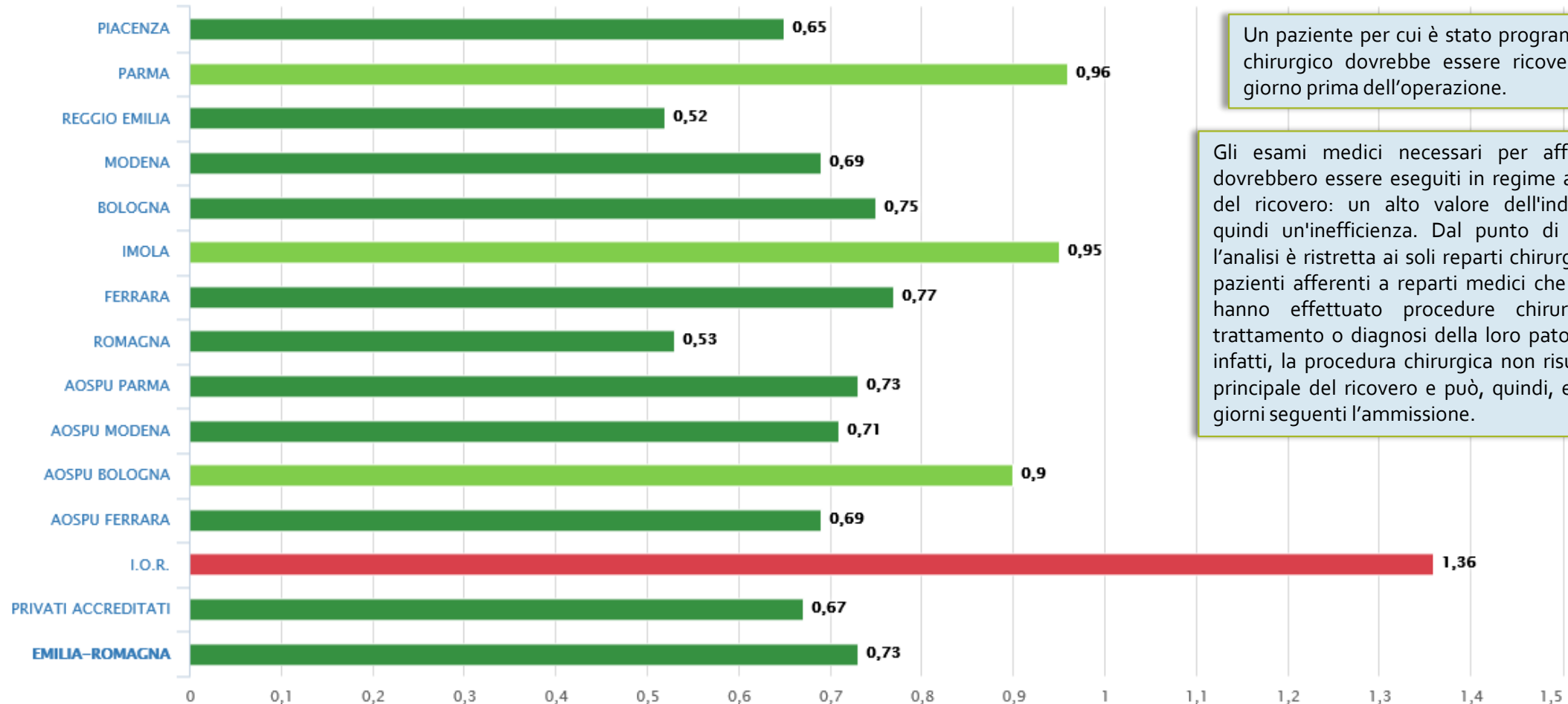
IND0303 Degenza media pre-operatoria

Grafico

Degenza media pre-operatoria

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



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 Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Volume di accessi in PS	107.115	107.666	153.785	 1.891.003

Legenda:

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

COMMENTO

Il dato esplicitato fa riferimento all'Azienda Ospedaliero Universitaria nel nuovo assetto che comprende lo stabilimento di Baggiovara, in aggiunta al Policlinico. L'AOU 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 2017 non si sono dimostrati di significativa gravità rispetto all'andamento dell'anno precedente.

IND0409 Volume di accessi in PS

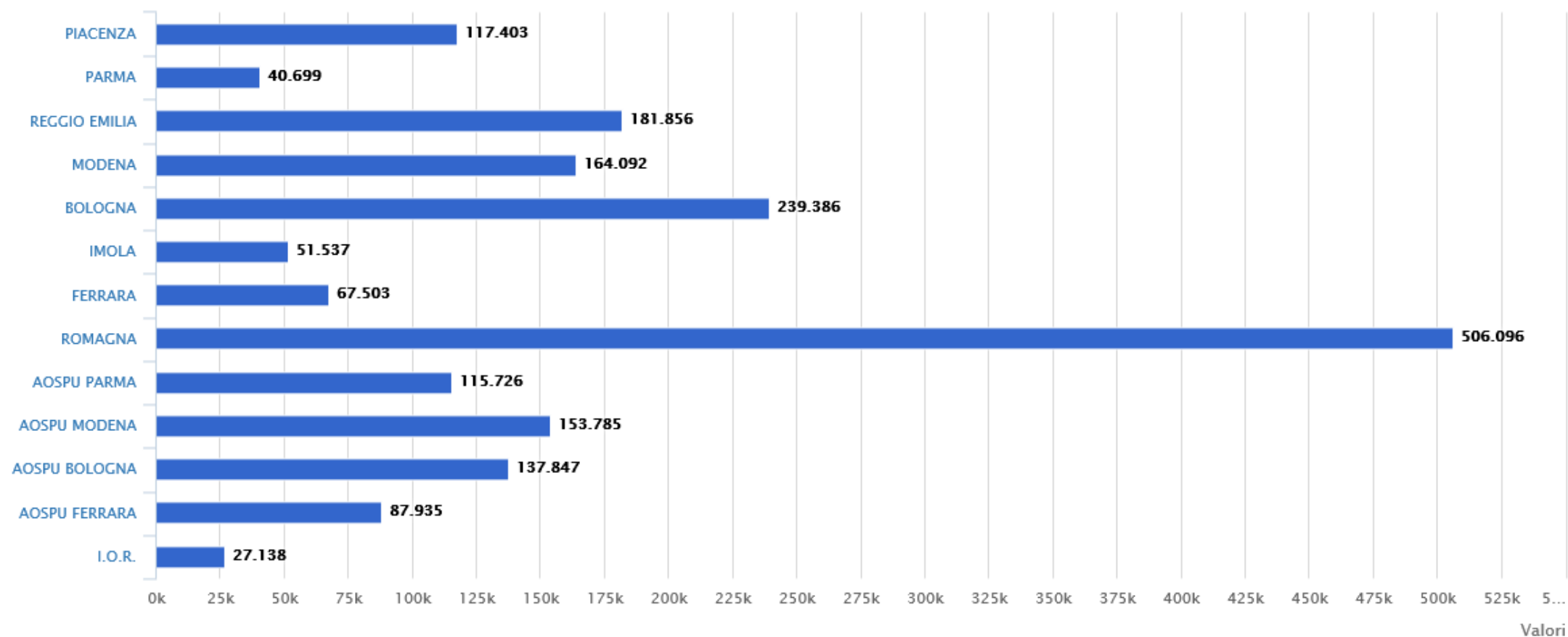
I Sistemi Sanitari devono essere in grado di rispondere alla domanda garantendo volumi e mix di prestazioni adeguate. L'indicatore misura, in termini di accessi, l'offerta complessiva Regionale di servizi di Pronto Soccorso .

Grafico

Volume di accessi in PS

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



2. Dimensione performance: processi interni


2.1 Area performance: produzione-ospedale









INDICATORE (INDo411)

Indicatore 28	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	13.137	14.547	24.496	 359.943

COMMENTO

Il dato 2017 fa riferimento all'AOU nel nuovo assetto, comprensivo dello stabilimento di Baggiovara.

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.

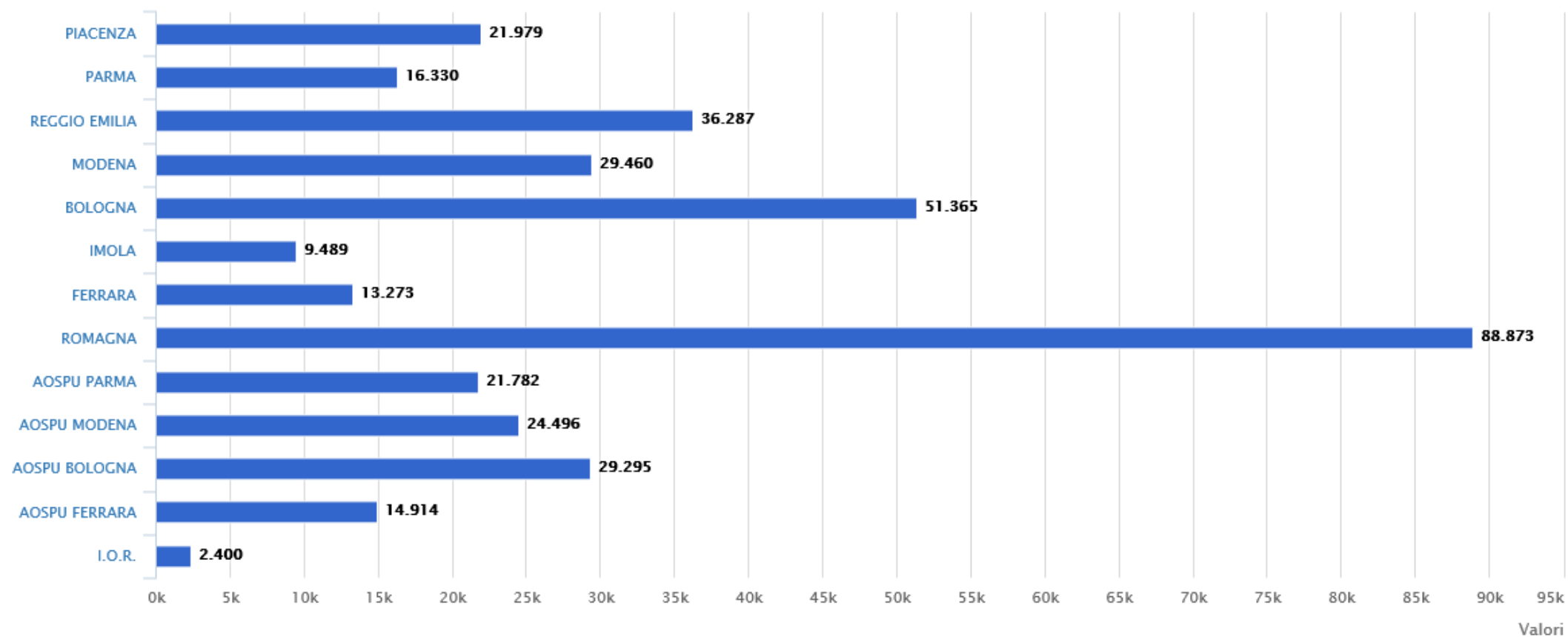
Grafico

Sono esclusi i neonati sani

Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale





INDICATORE (INDo413)

Indicatore 29	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	4.434	4.043	2.445	 38.898

COMMENTO

Il trend rispetto al 2016 risente in maniera determinante del passaggio al regime di Day Service Ambulatoriale della casistica oncologica trattata precedentemente in Day Hospital.

Legenda: 

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

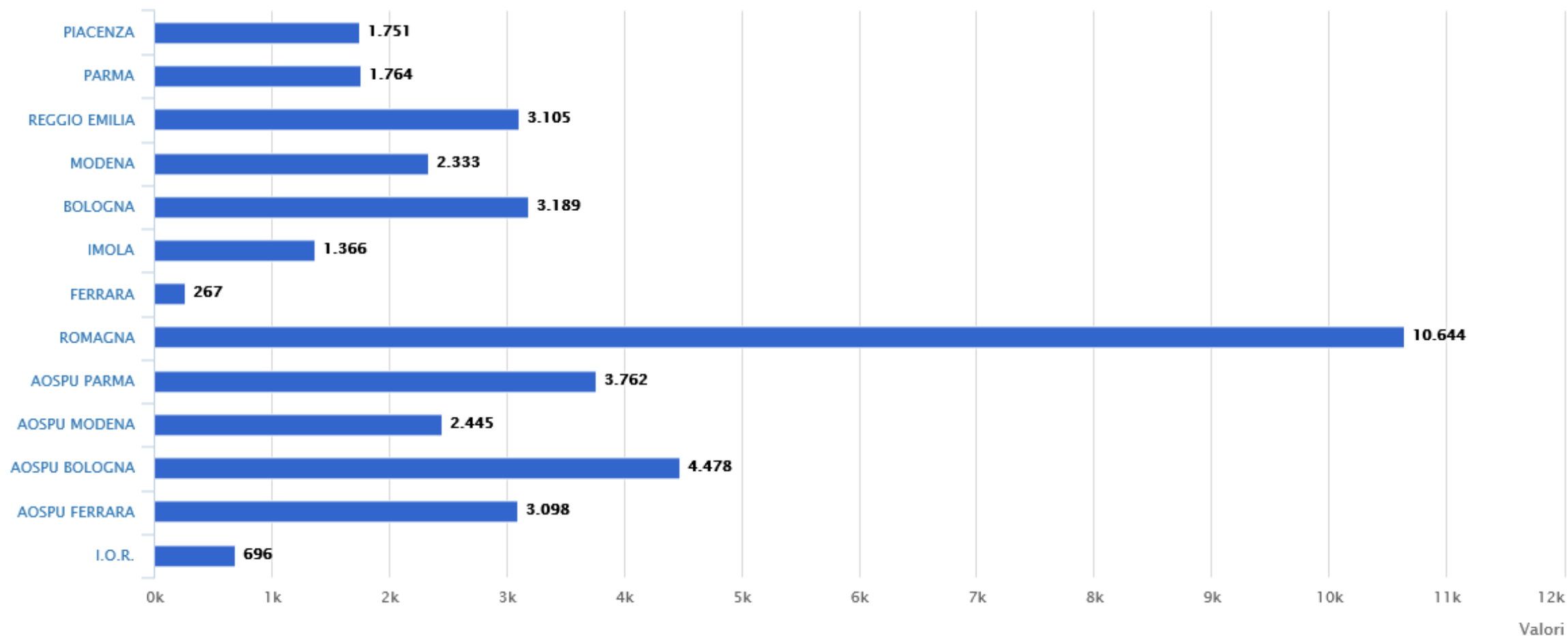
IND0413 Volume di ricoveri in DH per DRG medici

Grafico

Volume di ricoveri in DH per DRG medici

Anno di riferimento dei dati: 2017


↓ Vai a Stabilimento



2. Dimensione performance: processi interni


2.1 Area performance: produzione-ospedale









INDICATORE (INDo414)

Indicatore 30	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	4.815	5.194	6.470	 84.951

COMMENTO

Il dato 2017 fa riferimento all'AOU nel nuovo assetto, comprensivo dello stabilimento di Baggiovara.

Legenda: 

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

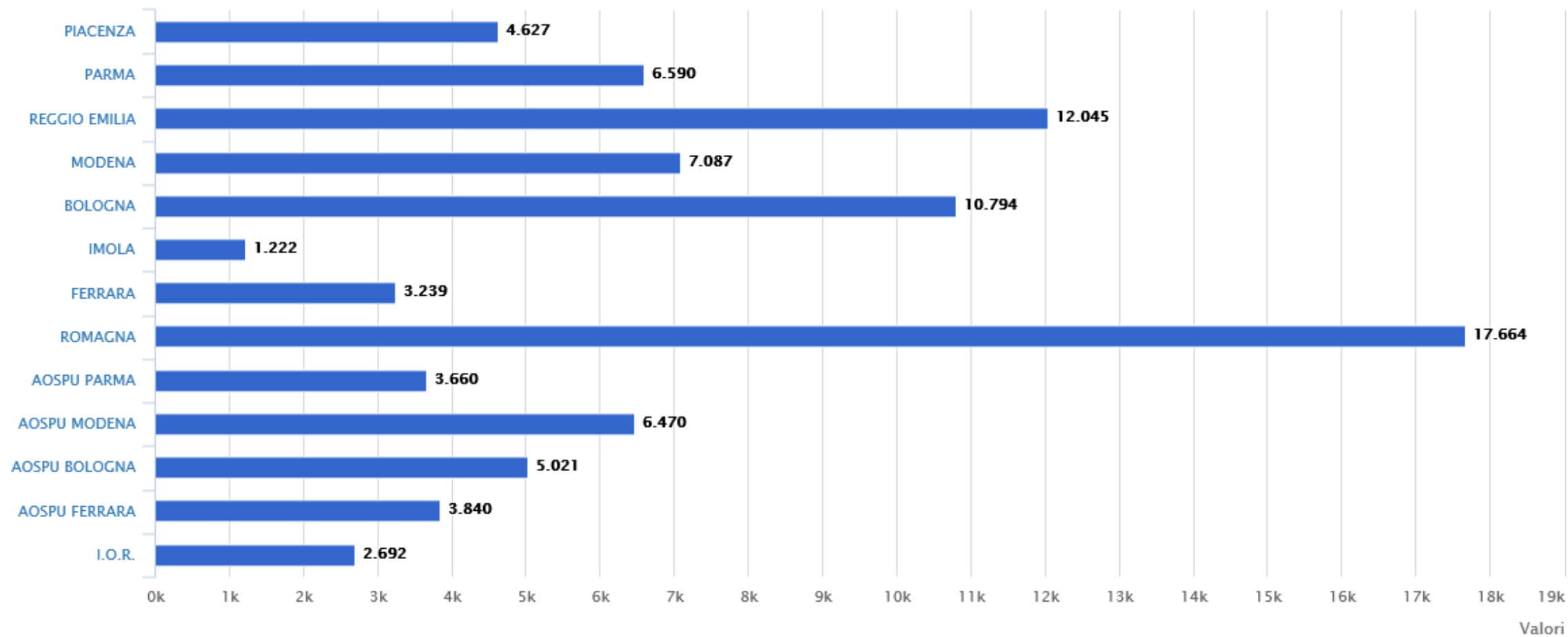
IND0414 Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici

Grafico

Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



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
INDo415 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	6.839.955	282.070
INDo416 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	6.519.422	350.753
INDo417 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	46.157.827	1.223.980

Legenda: 

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

2. Dimensione performance: processi interni

2.2 Area performance: produzione-territorio

INDICATORE (INDo415)


Indicatore 31	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	169.783	173.413	282.070	 6.839.955









COMMENTO

Dato 2017 scorporato per stabilimento:

Policlinico di Modena: 183.528, si conferma il trend in aumento rispetto al biennio precedente. Tra le motivazioni alla base dell'incremento vi è l'implementazione del percorso di presa in carico (come previsto da DGR 1056/2015)

Presso l'Ospedale Civile di Baggiovara: il calo osservato rispetto al 2016 è legato al mancato ricorso all'attività aggiuntiva

Legenda: 

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

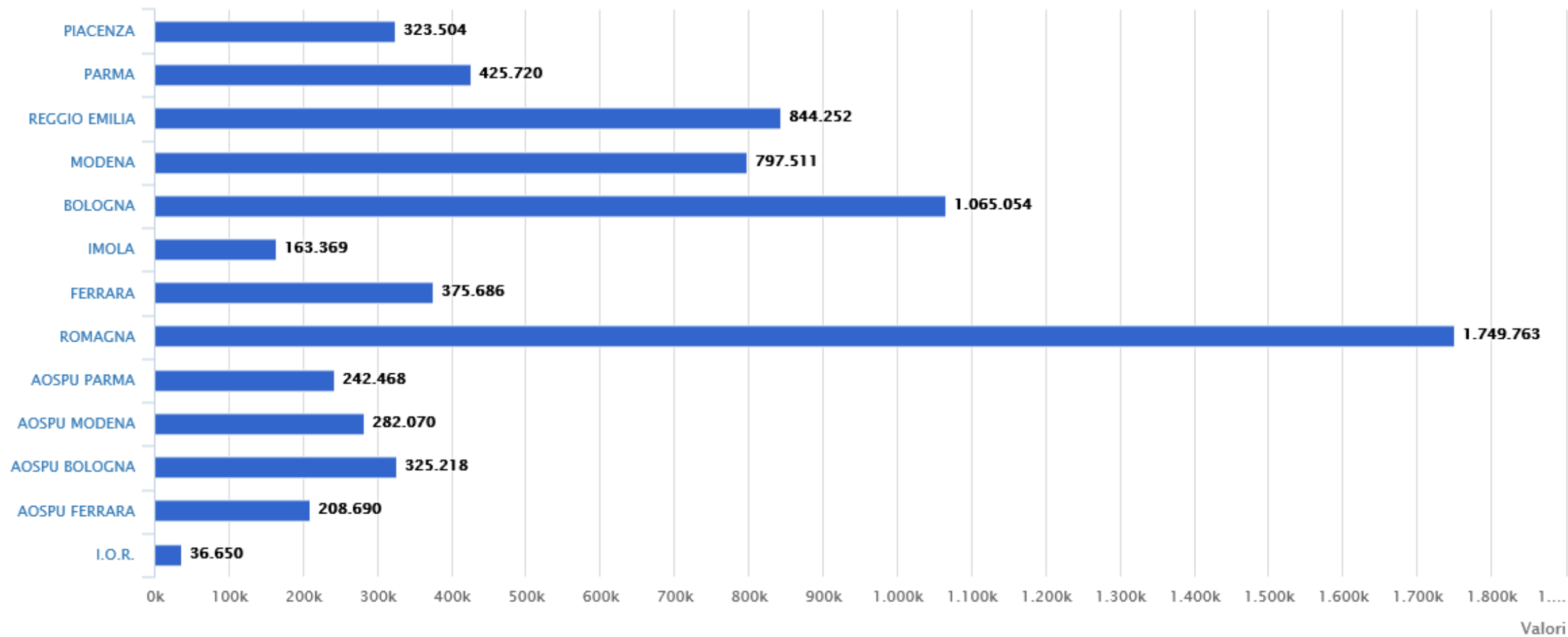
IND0415 Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica

Grafico

Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



2. Dimensione performance: processi interni

2.2 Area performance: produzione-territorio

INDICATORE (IND0416)

Indicatore 32	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	237.915	243.867	350.753	 6.519.422

Legenda: 

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

COMMENTO

Dato 2017 scorporato per stabilimento:

Policlinico di Modena: 280.490, si conferma il trend in aumento rispetto al biennio precedente.

Tra le motivazioni alla base dell'incremento vi è il trasferimento di alcune prestazioni dai regimi di ricovero al regime ambulatoriale e la attivazione di percorsi specialistici di secondo livello

Ospedale Civile di Baggiovara: 70.263, in calo rispetto al 2016 (80.759) per il mantenimento di parte dell'attività a carico di AUSL di Modena (odontoiatria, psichiatria ecc).

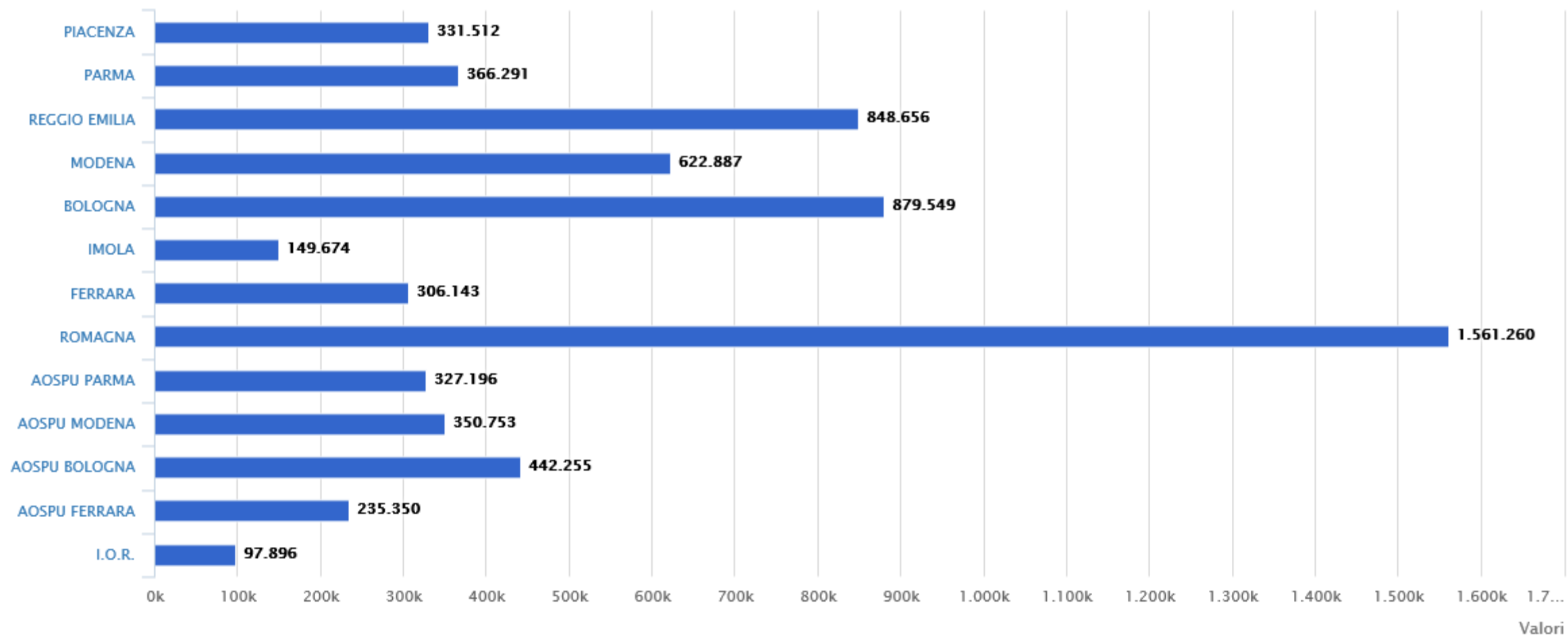
IND0416 Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite

Grafico

Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



2. Dimensione performance: processi interni


2.2 Area performance: produzione-territorio







INDICATORE (INDo417)

Indicatore 33	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.196.676	1.199.305	1.223.980	 46.157.827

COMMENTO

Il volume di prestazioni di laboratorio si mantiene sostanzialmente in linea con quanto evidenziato nel corso del 2016.

Legenda: 

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

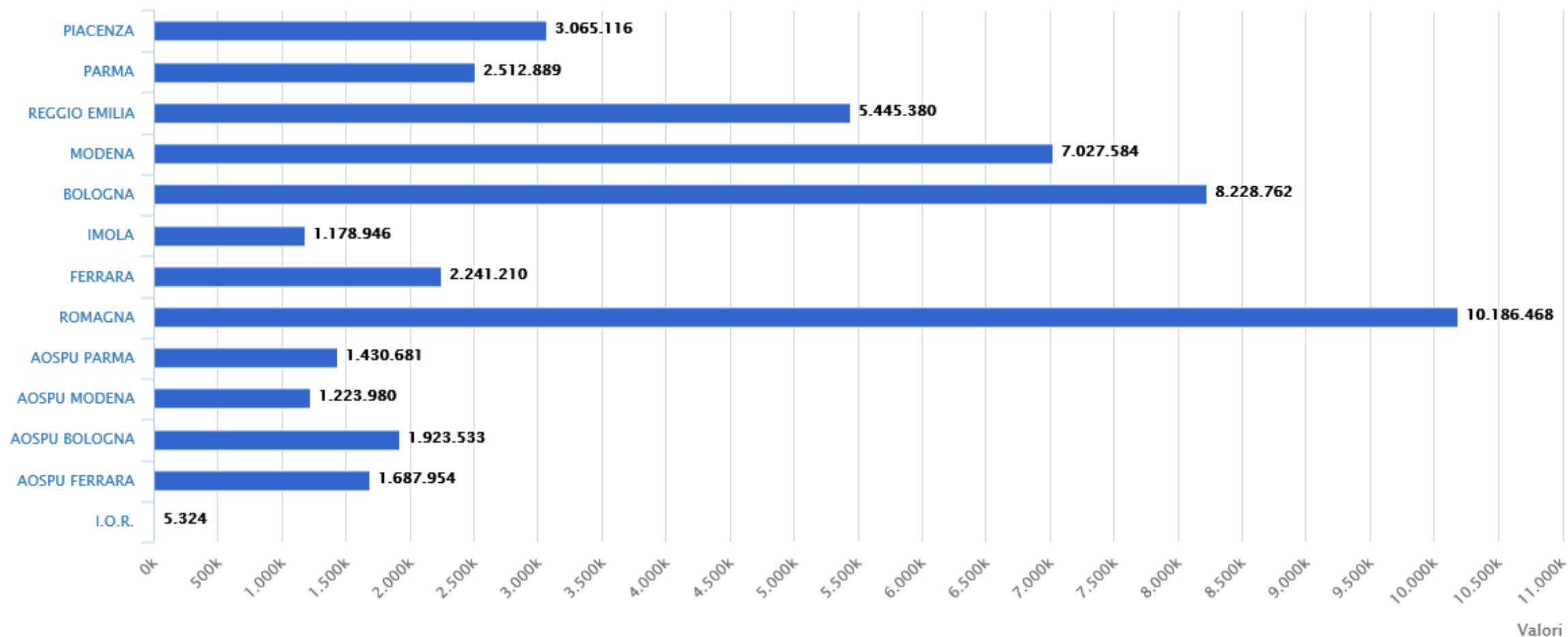
IND0417 Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio

Grafico

Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



Valori

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

Indicatore	EMILIA- ROMAGNA	AOSPU MODENA
INDo133 - Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato	3.91	9.37
INDo135 - Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	1.9	2.79
INDo421 - % di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	43.54	55.94
INDo125 - % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	49.65	52.58
INDo216 - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0.21	0.2

Legenda: 

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

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 Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	49,93	53,76	52,58	 49,65

Legenda:

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

COMMENTO

La performance aziendale dell'anno 2017 è in linea con quella dell'anno 2016, al di sopra della media regionale e tra le migliori in Regione.

Analizzando separatamente i valori relativi ai due stabilimenti, per il Policlinico di Modena la % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici risulta pari a 53,11%, in mantenimento rispetto al 2016, mentre per l'Ospedale Civile di Baggiovara il valore è pari al 48,35, in calo rispetto al 2016 (49,94%).

In entrambe le sedi sono in corso azioni finalizzate all'identificazione delle casistiche trasferibili da DO a Day Surgery/ambulatoriale e all'attuazione di misure riorganizzative e atte a favorire l'erogazione di tali interventi chirurgici in tali regimi garantendo la sicurezza per il paziente. A tal fine si stanno altresì recependo le indicazioni regionali dell'anno 2018 sui DRG inappropriati da trasferire in Day Surgery.

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

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento




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 (IND0216)

Indicatore 35	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
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	0,2	 0,21

Legenda:

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

COMMENTO

Il trend aziendale è in ulteriore calo rispetto alla già ottima performance 2016, ponendo l'AOU di Modena al di sotto della media regionale nell'indice di potenziale inappropriatezza: indicativo dell'esecuzione dei controlli interni.

L'estensione dei controlli alla casistica trattata presso l' Ospedale Civile di Baggiovara ha costituito un banco di prova impegnativo, affrontato con ottimi risultati dall'AOU nel corso del 2017.

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 inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - GRIGLIA LEA

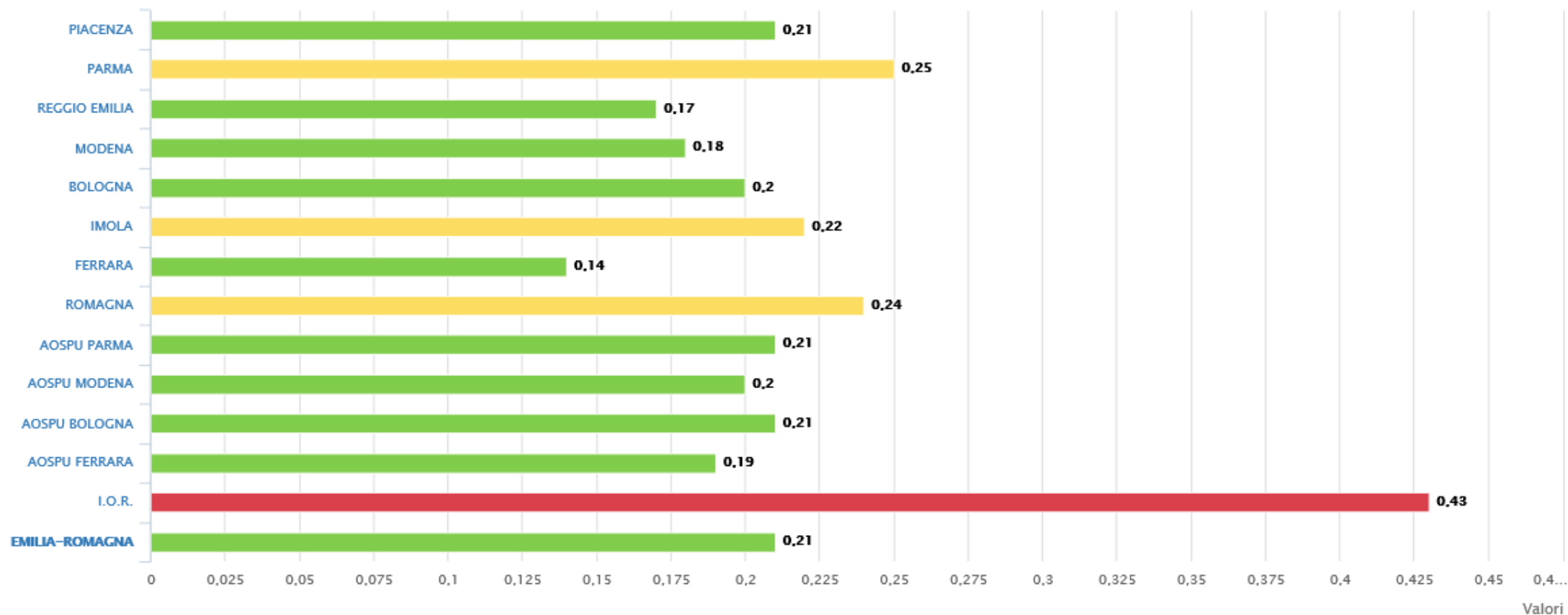
L'indicatore misura il rapporto tra il numero di ricoveri ordinari per i 108 DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza definiti nel Patto per la Salute 2010-2012 e il numero di ricoveri per i DRG non a rischio di inappropriatelyzza. Si tratta di un indicatore di appropriatezza del setting assistenziale.

Grafico

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - GRIGLIA LEA

Anno di riferimento dei dati: 2017


↓ Vai a Stabilimento



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 Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico programmato	7,76	8,38	9,37	 3,91

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

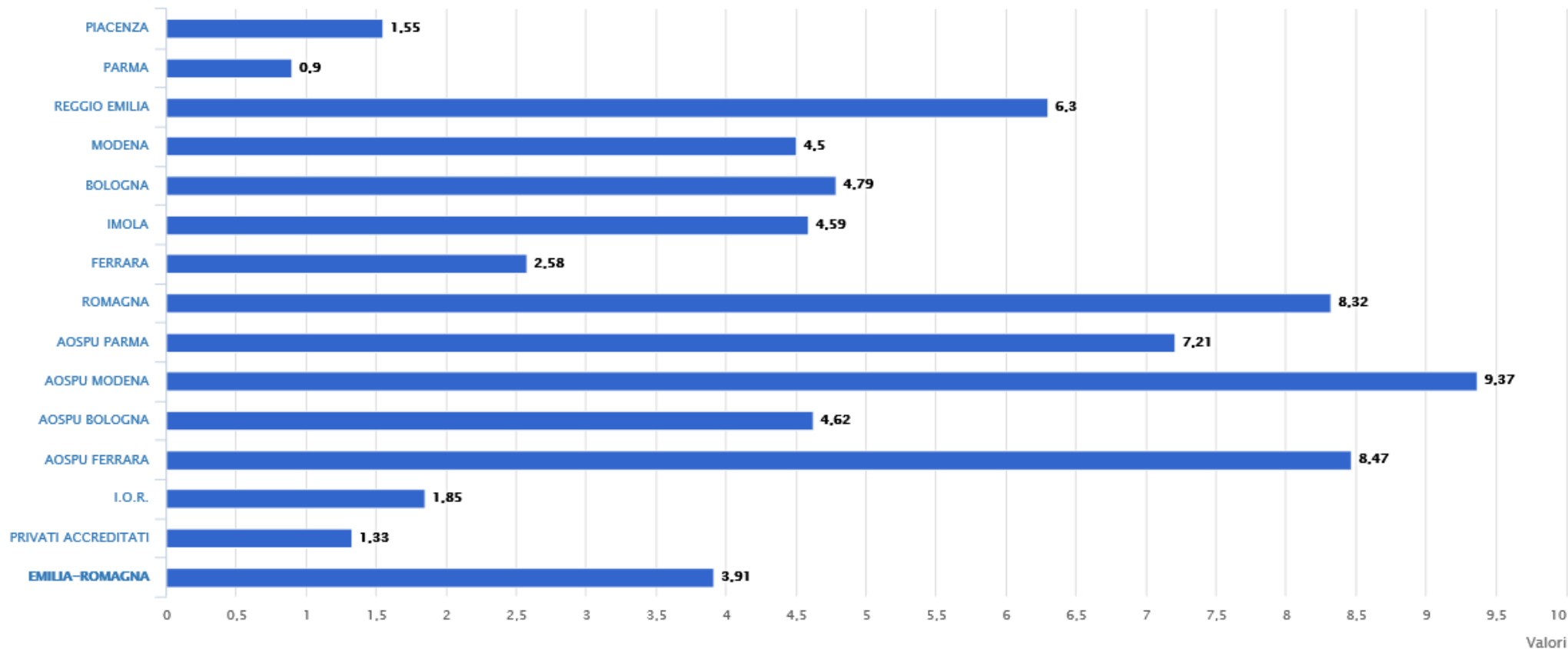
L'indicatore Sepsis post-operatoria per chirurgia di elezione mette in evidenza il verificarsi di uno stato di sepsi ogni 1.000 pazienti sottoposti ad un intervento chirurgico in elezione, con degenza uguale o superiore a quattro giorni.

Grafico

Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



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

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

INDICATORE (INDo135)

Indicatore 37	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	2,26	2,37	2,79	 1,9

Legenda: 

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

COMMENTO

Il trend dell'indicatore risulta in aumento nell'ultimo triennio. In particolare, per l'anno 2017 il valore si pone al di sopra della media regionale.

È prevista in fase di valutazione pre-operatoria la valutazione del rischio tromboembolico con assegnazione di uno score sulla base del quale definire le precauzioni preventive e terapeutiche da adottare per prevenire le complicanze trombo-emboliche.

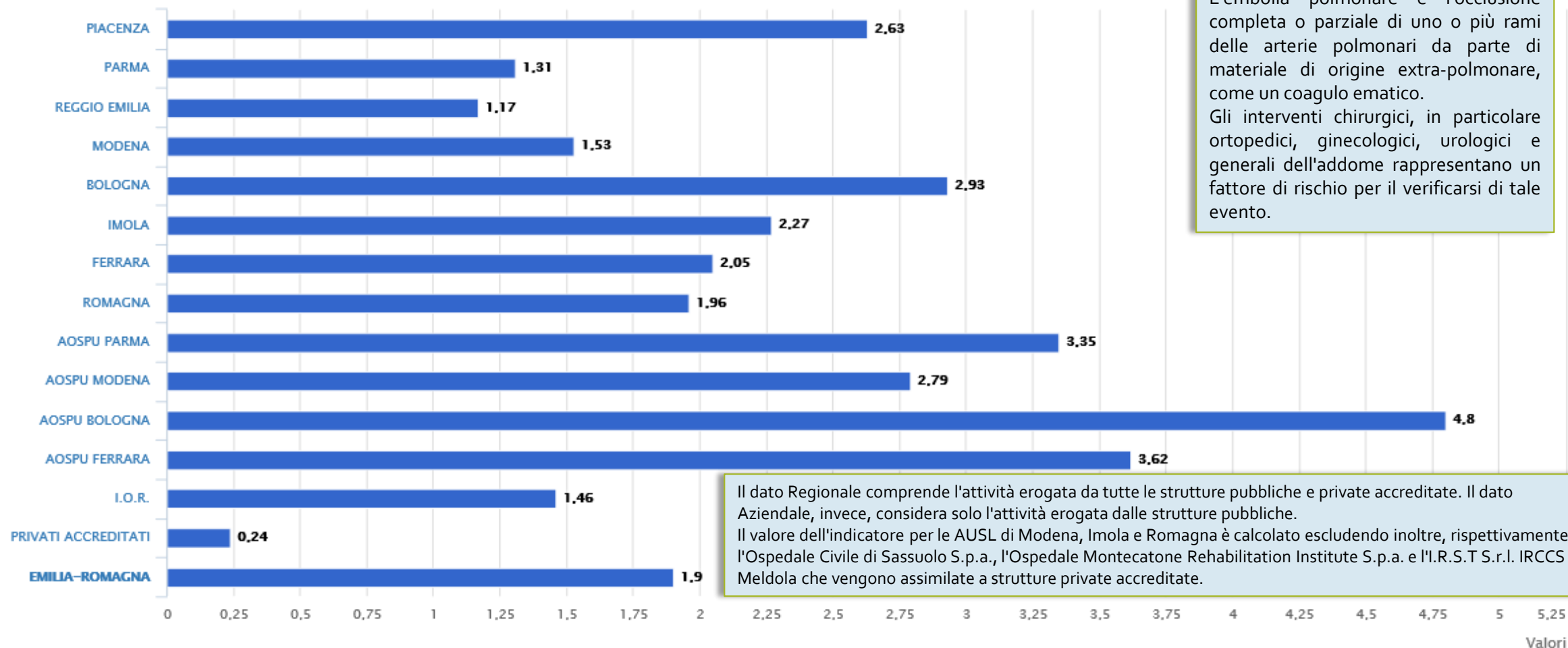
IND0135 Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



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.

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

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

INDICATORE (INDo421)

Indicatore 38	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	75,66	80,32	55,94	 43,54

Legenda:

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

COMMENTO

La performance aziendale relativa all'anno 2017 evidenzia una importante riduzione della percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno rispetto al biennio 2015-2016, pur mantenendosi al di sopra della media regionale. L'accorpamento dei dati dei due stabilimenti dell'azienda ha comportato una riduzione della performance non reale per il Policlinico di Modena. Infatti, la percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno per il Policlinico si attesta nel 2017 ad un 83,5% (172 su 206 pazienti), in miglioramento rispetto al biennio 2015-2016 ed eccellente nel panorama regionale.

Diversamente, la performance dell'Ospedale Civile di Baggiovara è pari al 15,11%, nettamente al di sotto della media regionale ma in miglioramento rispetto al 2016 (7,28%).

Si sta lavorando al fine di uniformare i protocolli e le procedure atte a favorire l'omogeneizzazione della gestione dei pazienti candidati a colecistectomia laparoscopica sui due stabilimenti.

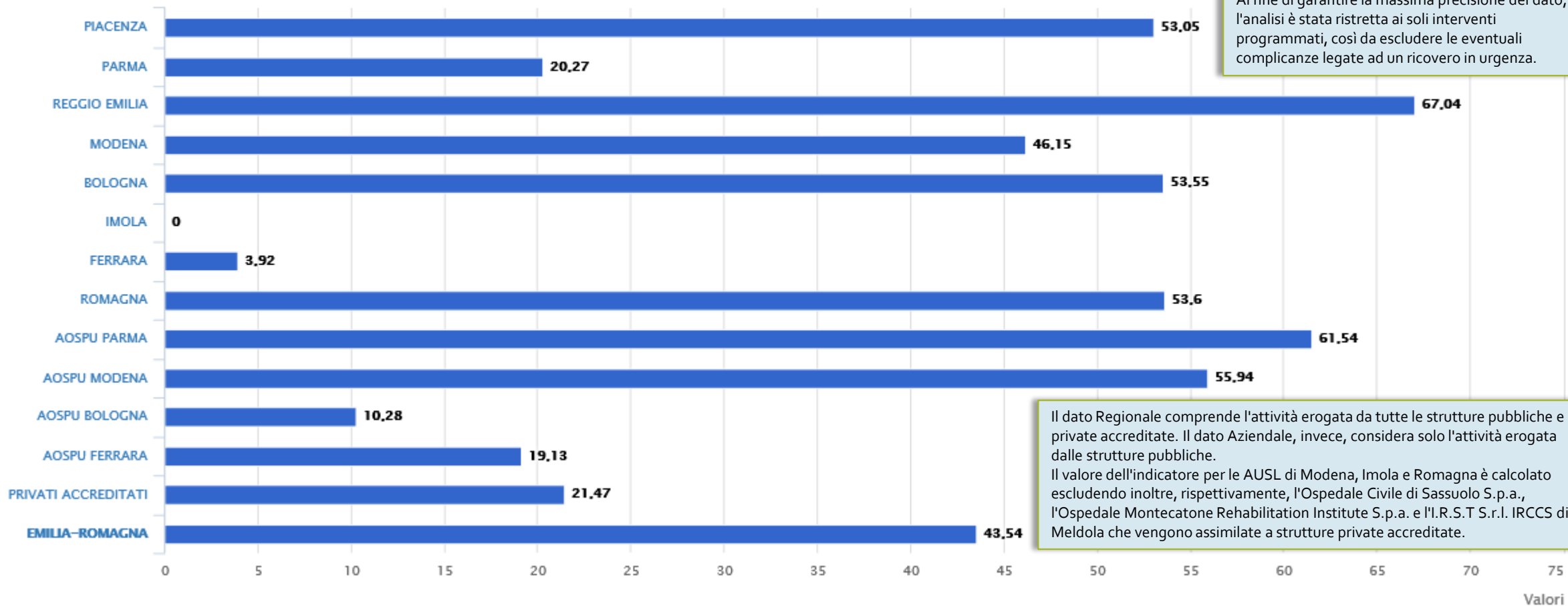
IND0421 % di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2017

↓ Vai a Stabilimento



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.

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

2.4 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
IND0530 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO	89.3	91.85
IND0531 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA	90.29	63.8
IND0532 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED	96.06	68.73
IND0533 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe	93.78	91.89
IND0534 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS	99.49	99.41
IND0536 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso HOSPICE	100	100
IND0537 - Tempo medio tra apertura pratica e registrazione sinistro - Flusso CONTENZIOSO LEGALE	27.76	65.78


Legenda:

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

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

INDICATORE (IND0530)

Indicatore 39A	Valore Aziendale 2015 (Lug.-Dic.)	Valore Aziendale 2016 (Lug.-Dic.)	Valore Aziendale 2017 (Lug.-Dic.)	Valore Regionale 2017 (Lug.-Dic.)
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso SDO	93,34	89,32	91,85	 89,3

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)

Legenda: 

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

Totali generali per azienda

Abbinamento

	Letti	Scartati	%	Validi	%
Anagrafica	5.330	0	0,00 %	5.330	100,00 %
Dati Sanitari	5.330	0	0,00 %	5.330	100,00 %
Reparti	11.299	0	0,00 %	11.299	100,00 %
Diagnosi	12.858	0	0,00 %	12.858	100,00 %
Interventi	16.049	0	0,00 %	16.049	100,00 %
Controlli	8	0	0,00 %	8	100,00 %
Scale di valutazione	0	0	0,00 %	0	0,00 %
Totale errori scartanti: 0					

Record abbinati

	Letti	Scartati	%	Validi	%
Anagrafica	5.330	66	1,24 %	5.264	98,76 %
Dati Sanitari	5.330	66	1,24 %	5.264	98,76 %
Reparti	11.299	219	1,94 %	11.080	98,06 %
Diagnosi	12.858	160	1,24 %	12.698	98,76 %
Interventi	16.049	233	1,45 %	15.816	98,55 %
Controlli	8	0	0,00 %	8	100,00 %
Scale di valutazione	0	0	0,00 %	0	0,00 %

Di cui

	Inseriti	Variati	Cancellati
Anagrafica	5.046	218	0
Dati Sanitari	5.046	218	0
Reparti	10.601	479	0
Diagnosi	12.163	535	0
Interventi	15.129	687	0
Controlli	8	0	0
Scale di valutazione	0	0	0
Totale errori scartanti: 92			

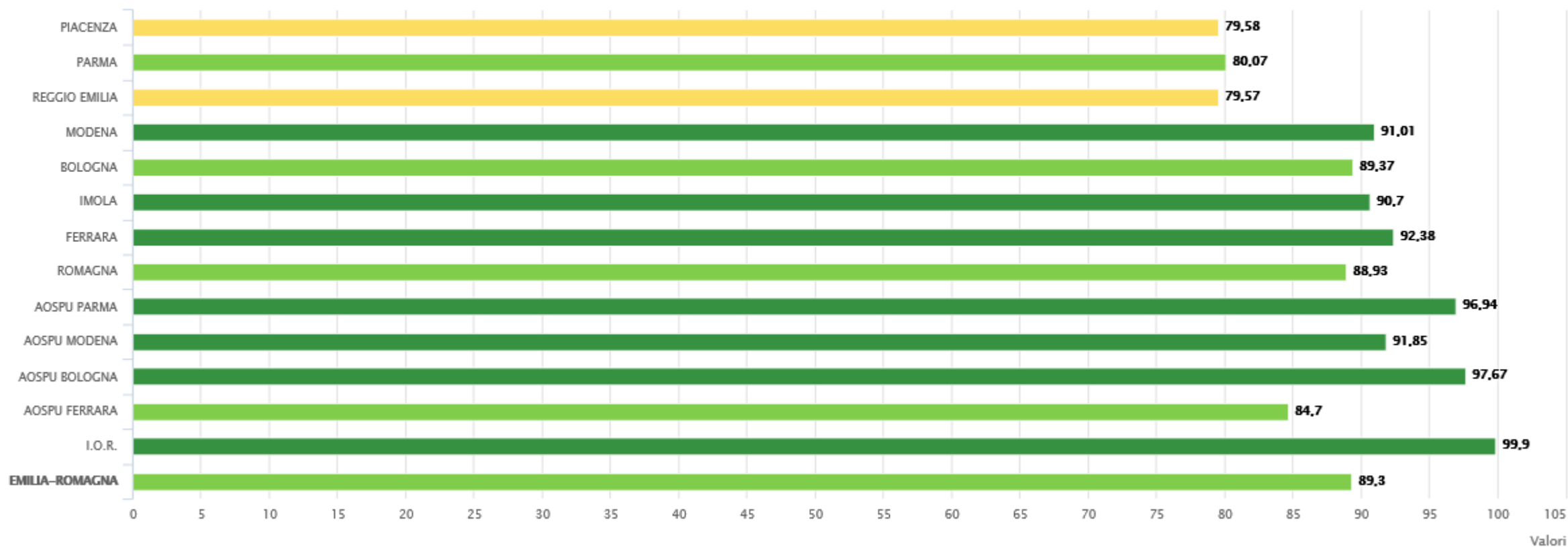
IND0530 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO

La qualità dei dati che alimentano i flussi amministrativi correnti è un requisito imprescindibile per il governo del sistema e del processo decisionale. La qualità dei dati 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 disponibile tempestivamente, rischia di diventare un dato inutile per chi deve valutare e prendere delle decisioni. L'indicatore valuta la capacità delle Aziende Sanitarie di inviare i record del flusso SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) entro il periodo di pertinenza.

Grafico

Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO

Anno di riferimento dei dati: 2017 (Lug.-Dic.)



L'indicatore è calcolato considerando le sole **strutture pubbliche**.

Il valore dell'indicatore per le AUSL di Imola e Romagna è calcolato escludendo, rispettivamente, l'Ospedale Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a. e l'I.R.S.T S.r.l. IRCCS di Meldola.

Il valore dell'indicatore per gli anni precedenti è calcolato sullo stesso periodo di riferimento dell'indicatore stimato.

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

INDICATORE (IND0531)

Indicatore 39B	Valore Aziendale 2015 (Lug.-Dic.)	Valore Aziendale 2016 (Lug.-Dic.)	Valore Aziendale 2017 (Lug.-Dic.)	Valore Regionale 2017 (Lug.-Dic.)
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso ASA	-	40,60	63,8	 90,29

COMMENTO

Il valore dell'indicatore, seppur in netto miglioramento percentuale rispetto al 2016, rimane al di sotto della media regionale a causa di una quota parte delle attività di controllo di qualità che ancora non usufruiscono di sistemi automatizzati di verifica, con relativo conseguente effetto sulla tempestività. Nel corso del 2018 l'AOU sarà impegnata nel continuo miglioramento dell'indicatore agendo su tre fronti:

- Miglioramento della tempestività nell'invio, con implementazione di un sistema concentratore (HUB) che raccolga in tempo reale il dato di refertazione/erogazione e lo predisponga alla elaborazione del flusso di riferimento (ASA).
- Miglioramento della qualità del dato prodotto con introduzione, laddove ancora non presenti, di meccanismi di controllo (es. impegnativa obbligatoria) che riducono le attività di verifica ed elaborazione funzionali alla elaborazione del flusso.
- Estensione dell'utilizzo di sistemi informatizzati per la refertazione e rendicontazione delle attività.

Legenda: 

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

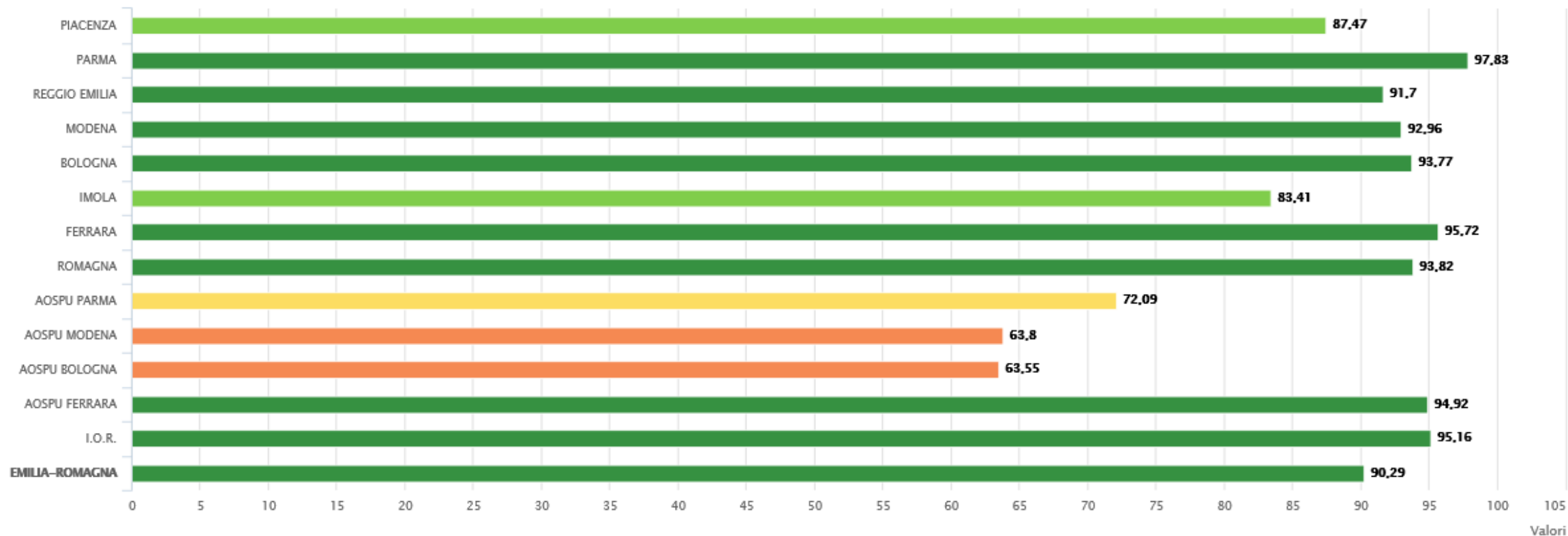
IND0531 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA

La qualità dei dati che alimentano i flussi amministrativi correnti è un requisito imprescindibile per il governo del sistema e del processo decisionale. La qualità dei dati 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 disponibile tempestivamente, rischia di diventare un dato inutile per chi deve valutare e prendere delle decisioni. L'indicatore valuta la capacità delle Aziende Sanitarie di inviare i record del flusso ASA (Assistenza Specialistica Ambulatoriale) entro il periodo di pertinenza.

Grafico

Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA

Anno di riferimento dei dati: 2017 (Lug.-Dic.)



L'indicatore è calcolato considerando le sole **strutture pubbliche**.

Il valore dell'indicatore per le AUSL di Imola e Romagna è calcolato escludendo, rispettivamente, l'Ospedale Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a. e l'I.R.S.T S.r.l. IRCCS di Meldola.


Il valore dell'indicatore per gli anni precedenti è calcolato sullo stesso periodo di riferimento dell'indicatore stimato.

Per l'anno 2017, il valore dell'indicatore per l'Azienda USL di Reggio Emilia è calcolato includendo anche quanto inviato dall'Azienda OSP.

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

INDICATORE (IND0532)

Indicatore 38C	Valore Aziendale 2015 (Lug.-Dic.)	Valore Aziendale 2016 (Lug.-Dic.)	Valore Aziendale 2017 (Lug.-Dic.)	Valore Regionale 2017 (Lug.-Dic.)
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso FED	-	82,59	68,73	 96,06

COMMENTO

Il dato, inferiore per la prima volta alla media regionale, risente principalmente della revisione effettuata nel corso del 2017, anche a seguito dell'integrazione dell'Ospedale Civile in AOUMO, dell'associazione tra centri di costo e discipline per migliorare la coerenza tra i diversi flussi informativi inviati in regione. La revisione, attuata attraverso le modalità disponibili, ha purtroppo aumentato in modo significativo due dei parametri al denominatore dell'indicatore (PC2 e PC3).

Nel corso del 2017 sono state attuate alcune azioni di miglioramento, quale l'informatizzazione dell'oftalmologia ed altre ancora, che pur avendo inciso positivamente sul valore dell'indicatore non trovano evidenza a seguito del contrappeso opposto dei fattori già citati.

Per il 2018 non si prevedono ulteriori modifiche di associazione tra discipline e centri di costo, ma al fine di evitare variazioni dell'indicatore dovute a fattori non primari, eventuali azioni analoghe a quelle svolte nel 2017 verranno concentrate nei primi giorni del 2019.

Legenda:

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

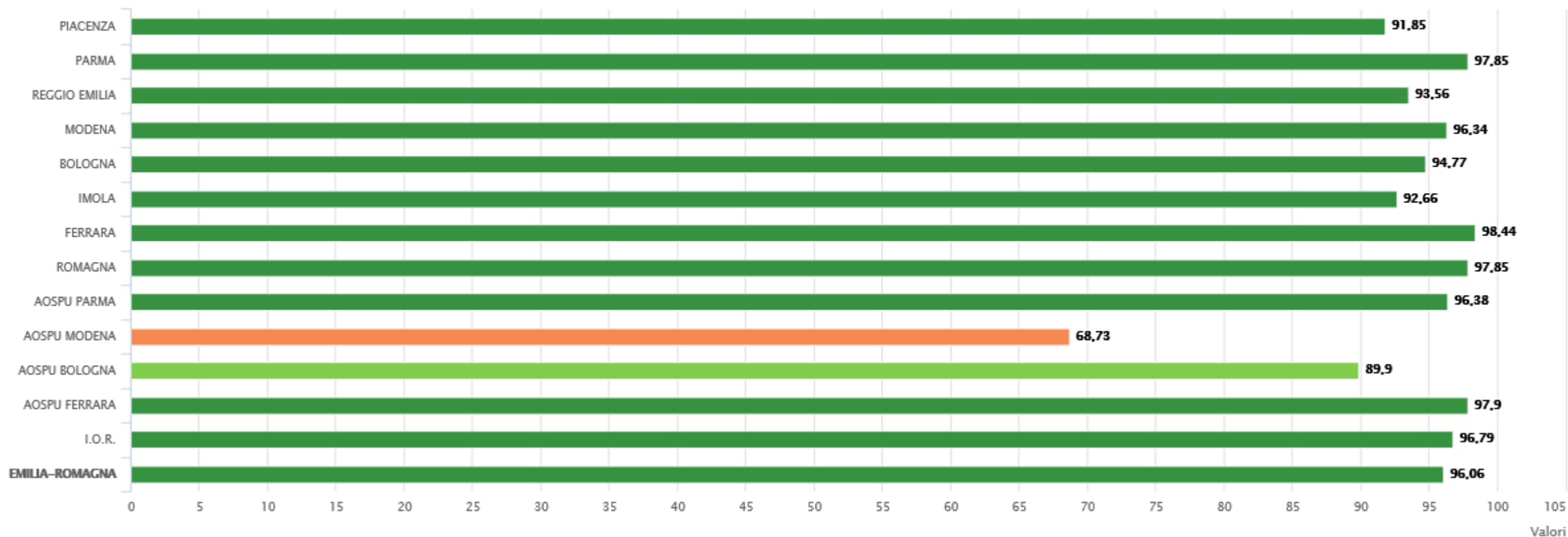
IND0532 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED

La qualità dei dati che alimentano i flussi amministrativi correnti è un requisito imprescindibile per il governo del sistema e del processo decisionale. La qualità dei dati 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 disponibile tempestivamente, rischia di diventare un dato inutile per chi deve valutare e prendere delle decisioni. L'indicatore valuta la capacità delle Aziende Sanitarie di inviare i record del flusso FED (Farmaci ad Erogazione Diretta) entro il periodo di pertinenza.

Grafico

Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED

Anno di riferimento dei dati: 2017 (Lug.-Dic.)



Il valore dell'indicatore per le AUSL di Imola e Romagna è calcolato escludendo, rispettivamente, l'Ospedale Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a. e l'I.R.S.T S.r.l. IRCCS di Meldola.

Il valore dell'indicatore per gli anni precedenti è calcolato sullo stesso periodo di riferimento dell'indicatore stimato.

Per l'anno 2017, il valore dell'indicatore per l'Azienda USL di Reggio Emilia è calcolato includendo anche quanto inviato dall'Azienda OSP.

2. Dimensione performance: processi interni


2.4 Area performance: organizzazione









INDICATORE (IND0533)

Indicatore 39D	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso DIME	-	100,00	91,89	 93,78

COMMENTO

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

Legenda: 

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

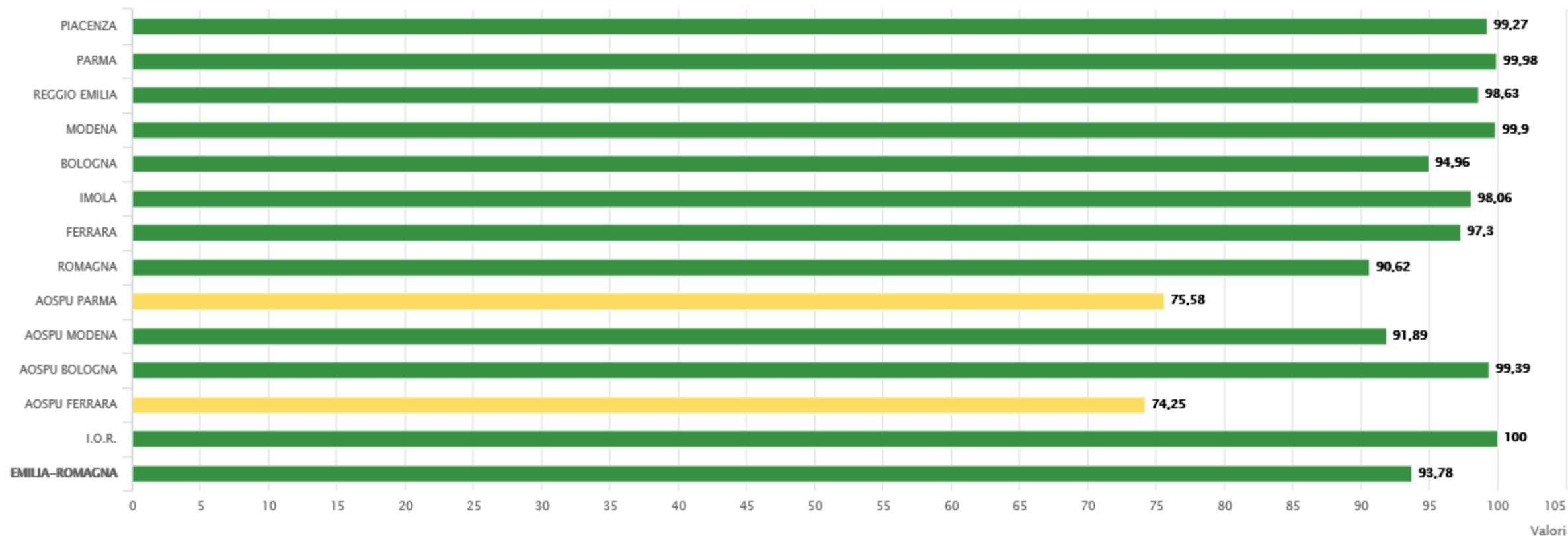
IND0533 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe

La qualità dei dati che alimentano i flussi amministrativi correnti è un requisito imprescindibile per il governo del sistema e del processo decisionale. La qualità dei dati 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 disponibile tempestivamente, rischia di diventare un dato inutile per chi deve valutare e prendere delle decisioni. L'indicatore valuta la capacità delle Aziende Sanitarie di inviare i record del flusso DiMe (Dispositivi Medici) entro il periodo di pertinenza.

Grafico

Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe

Anno di riferimento dei dati: 2017



Il valore dell'indicatore per le AUSL di Imola e Romagna è calcolato escludendo, rispettivamente, l'Ospedale Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a. e l'I.R.S.T S.r.l. IRCCS di Meldola.

Per l'anno 2017, il valore dell'indicatore per l'Azienda USL di Reggio Emilia è calcolato includendo anche quanto inviato dall'Azienda ospedaliera.

Il valore dell'indicatore per gli anni precedenti non è stato calcolato in quanto i criteri utilizzati per l'anno in corso non sono applicabili.

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione


INDICATORE (IND0534)

Indicatore 38E	Valore Aziendale 2015 (Lug.-Dic.)	Valore Aziendale 2016 (Lug.-Dic.)	Valore Aziendale 2017 (Lug.-Dic.)	Valore Regionale 2017 (Lug.-Dic.)
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso PS	-	99,20	99,41	 99,49

COMMENTO

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

Legenda: 

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

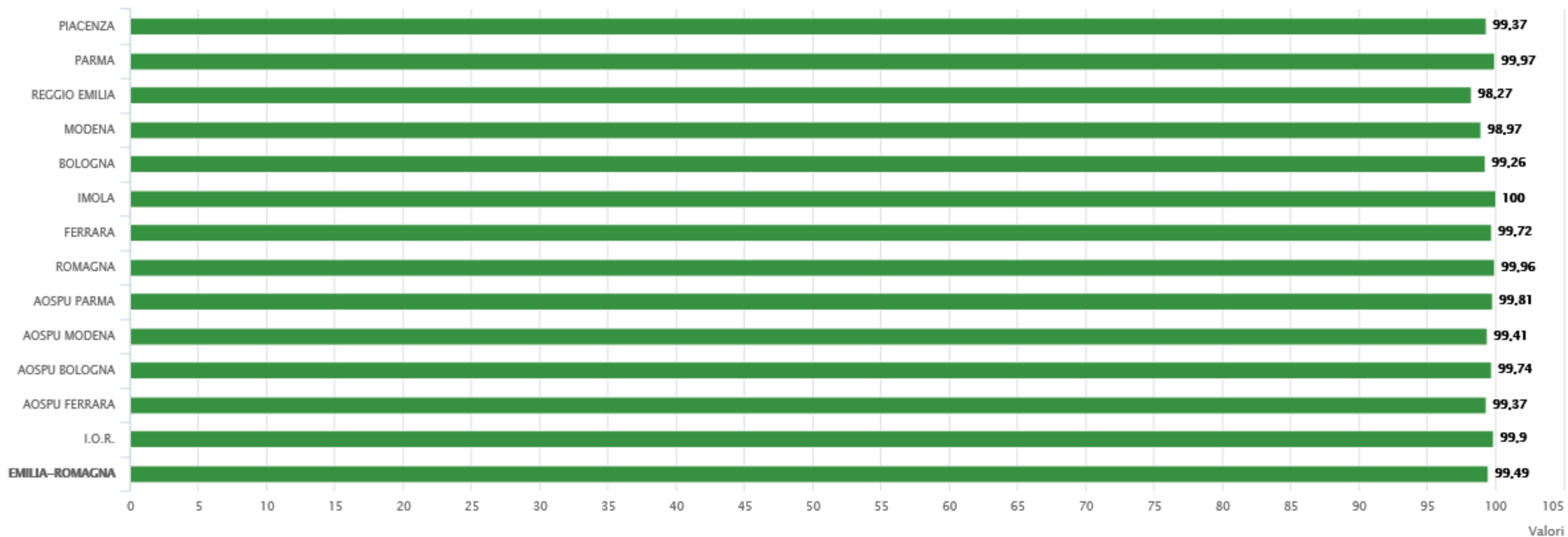
IND0534 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS

La qualità dei dati che alimentano i flussi amministrativi correnti è un requisito imprescindibile per il governo del sistema e del processo decisionale. La qualità dei dati 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 disponibile tempestivamente, rischia di diventare un dato inutile per chi deve valutare e prendere delle decisioni. L'indicatore valuta la capacità delle Aziende Sanitarie di inviare i record del flusso PS (Pronto Soccorso) entro il periodo di pertinenza.

Grafico

Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS

Anno di riferimento dei dati: 2017 (Lug.-Dic.)



Il valore dell'indicatore per gli anni precedenti è calcolato sullo stesso periodo di riferimento dell'indicatore stimato.


Per l'anno 2017, il valore dell'indicatore per l'Azienda USL di Reggio Emilia è calcolato includendo anche quanto inviato dall'Azienda OSP.









2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

INDICATORE (IND0536)

Indicatore 38F	Valore Aziendale 2015 (Lug.-Dic.)	Valore Aziendale 2016 (Lug.-Dic.)	Valore Aziendale 2017 (Lug.-Dic.)	Valore Regionale 2017 (Lug.-Dic.)
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso HOSPICE	-	100,00	100,00	 100,00

Legenda: 

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

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 2017 (II° invio 2017):
 N. RECORD LETTI SEZ.1 ANAGR..... 000086
 N. RECORD LETTI SEZ.2 GEN..... 000086
 N. RECORD ERRATI..... 000000
 N. RECORD..... 000086

Ex: secondo trimestre 2017 (II° invio 2017):
 SCHEDE CON POS.CONTAB 1 000038
 SCHEDE CON POS.CONTAB 2 000000
 SCHEDE CON POS.CONTAB 3 000048
 SCHEDE CON POS.CONTAB 4 000000

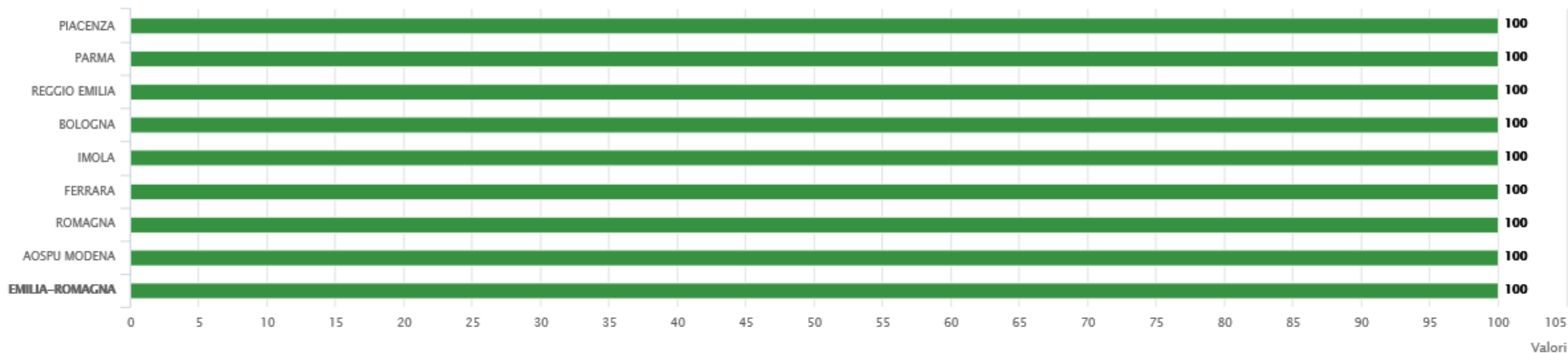
IND0536 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso HOSPICE

La qualità dei dati che alimentano i flussi amministrativi correnti è un requisito imprescindibile per il governo del sistema e del processo decisionale. La qualità dei dati 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 disponibile tempestivamente, rischia di diventare un dato inutile per chi deve valutare e prendere delle decisioni. L'indicatore valuta la capacità delle Aziende Sanitarie di inviare i record del flusso Hospice entro il periodo di pertinenza.

Grafico

Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso HOSPICE

Anno di riferimento dei dati: 2017 (Lug.-Dic.)



Il valore dell'indicatore per gli anni precedenti è calcolato sullo stesso periodo di riferimento dell'indicatore stimato.

Per l'Azienda Ospedaliera di Parma, per l'anno 2017 l'indicatore è calcolato considerando i soli dimessi nel 2° semestre.

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: organizzazione

INDICATORE (IND0537)


Indicatore 39G	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza – Flusso CONTENZIOSO LEGALE	-	82,00	65,78	 27,76

COMMENTO

Nel percorso progettato per migliorare ulteriormente le performance nella gestione dell'attività ha avuto un ruolo importante l'integrazione con l'Ospedale Civile di Baggiovara dall'1.1.2017. L'incremento del carico di lavoro, a parità di risorse, ha determinato un miglioramento inferiore alle attese, ma di fatto comunque sensibile (dagli 82 giorni medi del 2016 ai 65,78 del 2017).

In ogni caso, occorre precisare, che il dato rilevato è poco aderente alla realtà gestionale dell'attività, dal momento che le rilevazioni sono effettuate sulla base di un database, quello regionale, che non è utilizzato nella gestione dei sinistri. L'attività di gestione viene assolta in AOU MO con il supporto di database aziendale effettivamente utile e funzionale allo scopo. Il caricamento dei dati sul database regionale avviene, invece, nel rispetto delle scadenze importanti (es. quella del 31 gennaio di ogni anno) e necessarie alle funzioni per cui il database è effettivamente utile.

Legenda: 

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

IND0537 Tempo medio tra apertura pratica e registrazione sinistro - Flusso CONTENZIOSO LEGALE

La qualità dei dati che alimentano i flussi amministrativi correnti è un requisito imprescindibile per il governo del sistema e del processo decisionale. La qualità dei dati 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 disponibile tempestivamente, rischia di diventare un dato inutile per chi deve valutare e prendere delle decisioni. L'indicatore valuta i tempi medi - in giorni - di registrazione della pratica del flusso Contenzioso Legale nel Sistema Informativo.

Grafico

Tempo medio tra apertura pratica e registrazione sinistro - Flusso CONTENZIOSO LEGALE

Anno di riferimento dei dati: 2017 (&periodo)



Il valore dell'indicatore per l'AUSL di Imola è calcolato escludendo Montecatone.

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

Indicatore	EMILIA- ROMAGNA	AOSPU MODENA
INDo405 - % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	98.75	93.52
INDo406 - % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	45.75	33.02
INDo407 - % di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	37.96	47.65


Legenda:

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

2. Dimensione performance: processi interni

2.5 Area performance: anticorruzione e trasparenza

INDICATORE (INDo4o5)

Indicatore 4o	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,42	80,00	93,52	 98,75

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

COMMENTO

La revisione del percorso organizzativo avviato nel 2017 dalla AOU ha dato i primi esiti tangibili in un miglioramento sensibile della performance (da 80% a 94%), che continua tuttavia a posizionarsi al di sotto della media regionale (98,75%).

Le aree critiche su cui concentrare l'attenzione sono:

- Area «Consulenti e Collaboratori»: attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi (75%);
- Area «Beni immobili e gestione del Patrimonio»: informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti (91,7%) e Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti (91,7%);
- Area «Piano Triennale prevenzione Corruzione e Trasparenza»: Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione (25%).

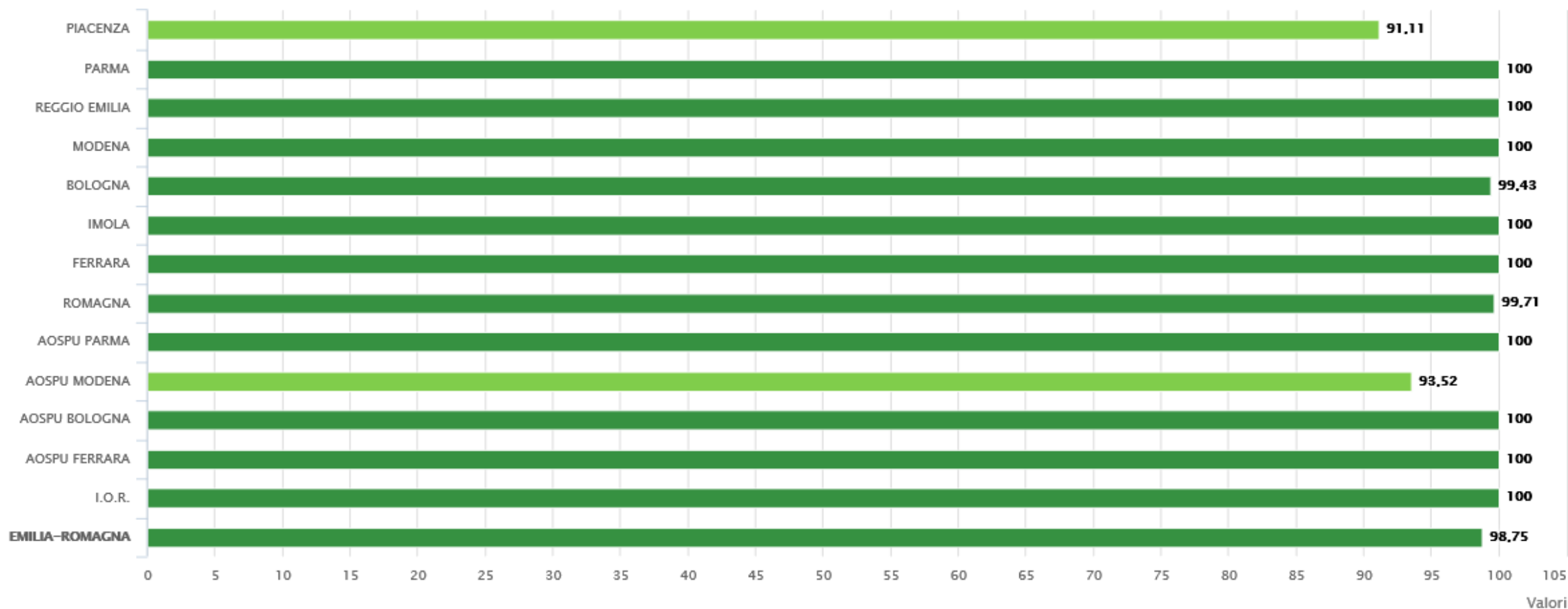
IND0405 % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza

L'indicatore misura la percentuale con la quale le singole Aziende del Sistema sanitario regionale e l'ARPAE hanno assolto agli obblighi di trasparenza, determinata secondo le indicazioni fornite da ANAC per l'attestazione dell'OIV. 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.A.C. (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: 2017

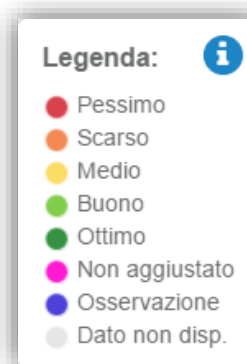


2. Dimensione performance: processi interni

2.5 Area performance: anticorruzione e trasparenza

INDICATORE (INDo4o6)

Indicatore 4.1	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	32,37	30,91	33,02	 45,75



COMMENTO

Il 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 come stazione appaltante esclusiva) sono assolutamente omogenee (aziende di Parma – Modena – Bologna con percentuali che si attestano tra il 33 e il 34%). 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.

Si attende che il livello di adesione alle convenzioni Intercenter attive per fattori merceologici rientranti nei fabbisogni di acquisto dell'azienda ospedaliera di Modena è pari al 100% ad eccezione della situazione sotto riportata.

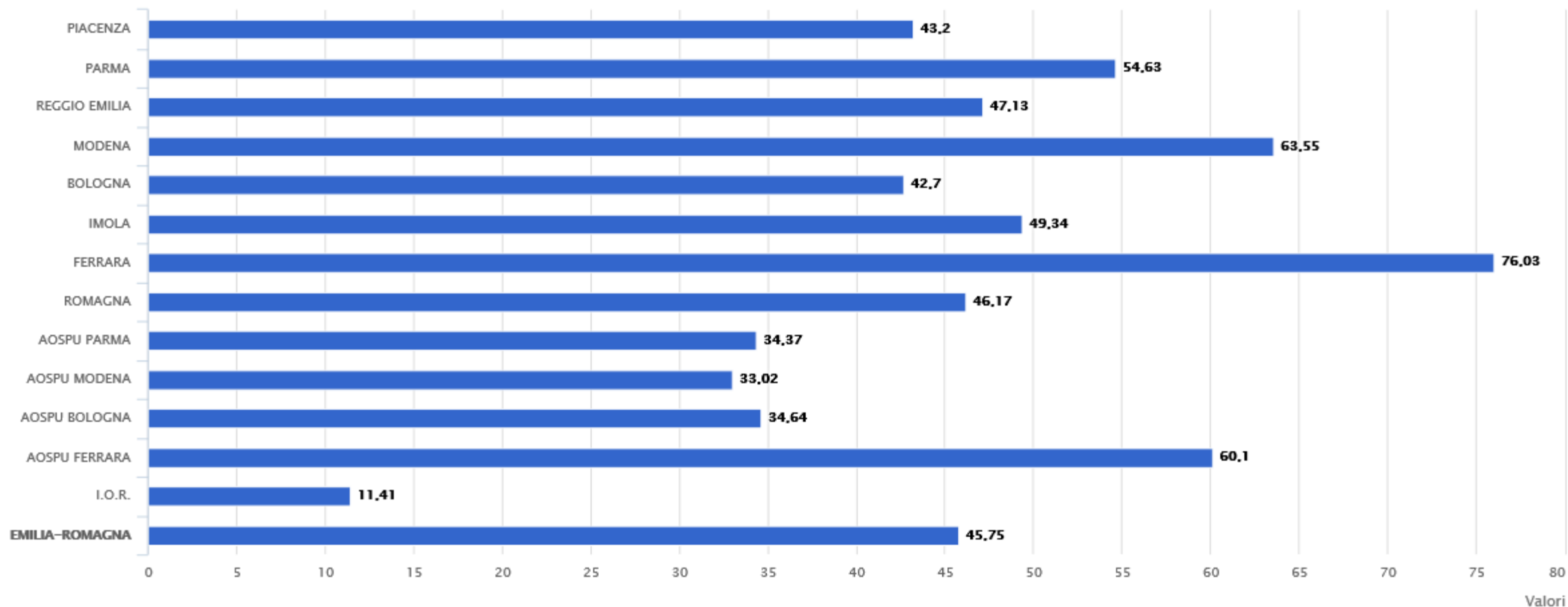
Si evidenzia infatti che l'Azienda Ospedaliera di Modena è penalizzata, rispetto all'indicatore in esame, in quanto ha in essere un contratto aziendale di global service (stipulato nell'anno 2009 che verrà a scadenza il 31.12.2018) che ricomprende alcuni servizi contemplati da alcune convenzioni Intercenter in essere. Solo a partire da quella data sarà possibile aderire alle convenzioni 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: 2017



L'Azienda Ospedaliera di Ferrara ha in corso un Project Financing per la costruzione e la gestione dell'Ospedale di Cona che prevedeva anche l'affidamento all'aggiudicatario di servizi per i quali l'Azienda non ha potuto aderire ad eventuali iniziative di Area Vasta e Intercenter

2. Dimensione performance: processi interni

2.5 Area performance: anticorruzione e trasparenza

INDICATORE (INDo407)

Indicatore 42	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	43,21	45,08	47,65	 37,96

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

COMMENTO

La performance aziendale 2017 (47,65%) si attesta come una delle migliori fra le Aziende sanitarie 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 e del 2017, di aggiudicare complessivamente n. 234 procedure di appalto.

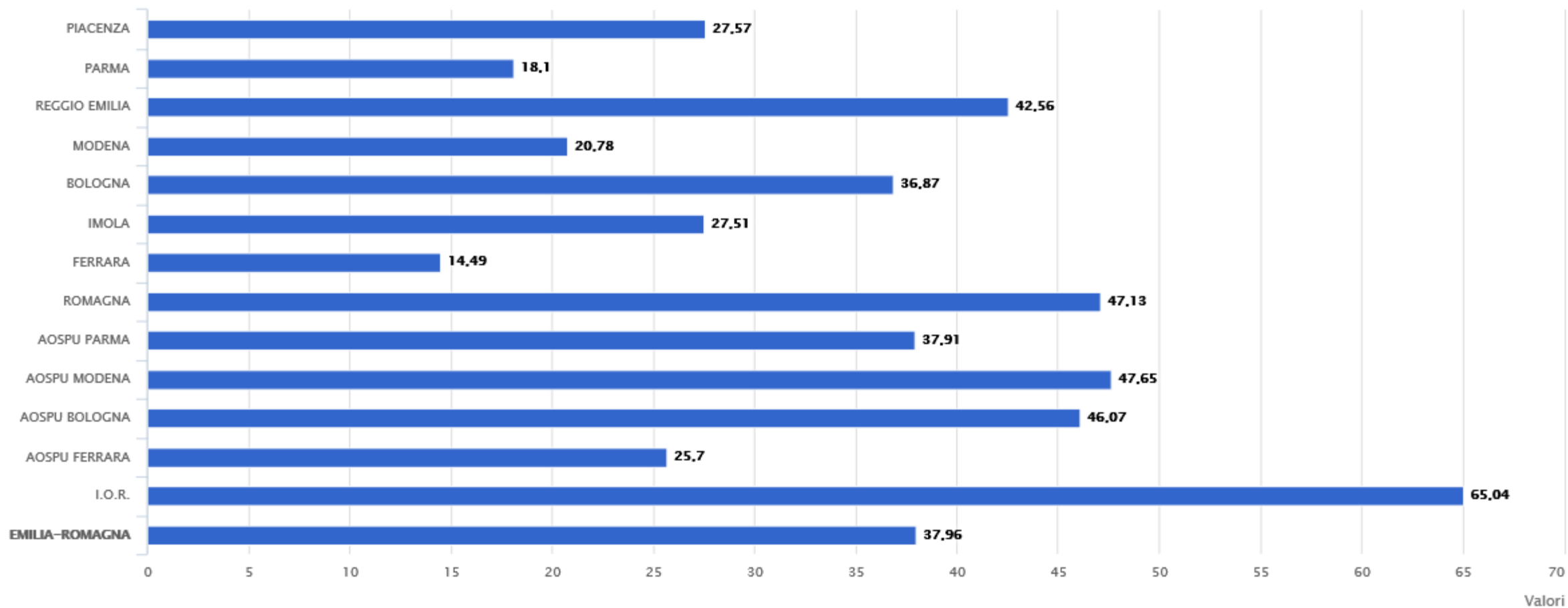
L'ulteriore incremento della percentuale rispetto al 2016 è altresì da attribuire alla sperimentazione gestionale approvata dalla Giunta Regionale che ha visto dal 1 gennaio 2017 integrare il nuovo ospedale Civile di Baggiovara nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena con un conseguente incremento degli acquisti effettuati con ricorso a contratti AVEN stipulati con particolare riferimento a forniture specialistiche (NCH, Vascolare, Neuroradiologia interventistica...).

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: 2017



L'Azienda Ospedaliera di Ferrara ha in corso un Project Financing per la costruzione e la gestione dell'Ospedale di Cona che prevedeva anche l'affidamento all'aggiudicatario di servizi per i quali l'Azienda non ha potuto aderire ad eventuali iniziative di Area Vasta e Intercenter

3. Dimensione perf: innovazione e sviluppo

3.1 Area performance: sviluppo organizzativo

AREA FORMAZIONE, DIDATTICA, RICERCA ed INNOVAZIONE

Nel corso dell'anno 2017, 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.

Progetti di formazione – intervento per l'integrazione Ospedale Policlinico e Ospedale Civile dell'AOU di Modena: le principali aree di intervento formativo a supporto del cambiamento sono state tre: 1) Focus group: “L'assetto dipartimentale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena”, con l'obiettivo di raccogliere proposte per la definizione del nuovo assetto dipartimentale dell'AOU di Modena.; 2) “L'integrazione ospedaliera: soluzioni organizzative per il governo dell'ospedale moderno”. Si è trattato di un corso di formazione intervento rivolto all'Area delle medicine con l'obiettivo di condividere quanto riportato nel documento del 25-10-2016 «Gestione Unica Policlinico Ospedale Civile Sant'Agostino Estense documento elaborato per il confronto - Caratterizzazioni, afferenze e competenze» su tipologie di pazienti, bisogni e definizione delle Aree apportando nuovi spunti di approfondimento; 3) Percorso formativo rivolto ai coordinatori sanitari e tecnici, al fine di giungere ad una determinazione degli assetti di governance di modelli organizzativi e riconfigurazione dei meccanismi operativi.

(continua)

3. Dimensione perf: innovazione e sviluppo

3.1 Area performance: sviluppo organizzativo

(segue)

- **Progetto formativo sullo sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità ed il Governo Clinico**
- **Formazione alla sicurezza Dlgs. 81/08**
- **Attività di psicologia del lavoro:** per rispondere alle emergenti esigenze dei lavoratori connesse al disagio lavorativo sono proseguite anche nel 2017 le attività di Promozione del Benessere Organizzativo e riduzione dei rischi psicosociali attraverso corsi di formazione ed interventi individuali di consulenza psicologica.
- **Rapporti con l'Università:** è proseguita nel 2017 l'attività di collaborazione con L'Università relativa ai Corsi di Laurea, alla Formazione triennale in Medicina Generale (MMG) e alle Scuole di specialità.
- **Area Ricerca e Innovazione:**
 1. nell'anno 2017 è proseguita l'attività 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, è continuata l'attività di supporto del "Clinical Trial Quality Team" (CTQT) per gli studi non commerciali e dell'Unità Centrale di Fase I per le funzioni di coordinamento delle Unità Operative Cliniche di Fase I per gli aspetti organizzativi e metodologici degli studi di fase I. Il 2017 è stato caratterizzato dall'Ispezione AIFA in merito ai Requisiti minimi necessari per le strutture sanitarie che eseguono sperimentazioni di Fase I ai sensi della determina AIFA n 809/2015 e 451/2016. L'ispezione si è svolta dal 23 al 27 gennaio 2017 con esito positivo
 2. con atto deliberativo AUSLRE 2017/0373 del 28.12.2017, è stato istituito il **CE AVEN** e identificata l'AOU di Modena quale sede legale della **Segreteria Centrale**, che svolgerà anche le funzioni di segreteria locale relative alla provincia di appartenenza (Modena), nonché di fungere da interfaccia con il Presidente del CE-AVEN e le Segreterie locali.

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
INDo363 - Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	97.48	102.31
INDo138 - Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	143.39	245.6
INDo220 - Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-	-

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 Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	542,73	564,88	245,6	 143,39

Legenda: 

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

COMMENTO

L'indice calcolato per l'AOU di Modena risulta in netto miglioramento rispetto al 2016.

Il dato 2016, come segnalato nella Relazione Performance 2016, richiedeva un correttivo per poter essere correttamente confrontato con la media regionale. L'indice risentiva 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 €, restituiva 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 attestava a 414,38 €/punto DRG, in linea con la spesa delle altre AOU regionali.

Nel 2017, il calcolo dell'indice sconta già il correttivo, ma l'analisi dei dati AFO e FED 2017 evidenzia una spesa complessiva pari a 12.647.925 € (41.406.944 € di AFO dai quali vanno detratti i 26.839.019 € del Flusso FED ed 1.920.000 € per acquisto di Lenalidomide ed Enzini per malattie rare [acquistati nel 2017 da AOU per ritardi organizzativi nella integrazione con OC di Baggiovara, ma che dal 2018 risultano correttamente ordinati da AUSL]). Spesa decisamente inferiore ai 16.260.744 € conteggiati ai fini della rilevazione proposta. Parametrando i 12,6 mln € ai 66.207 punti DRG prodotti nel 2017, l'indice per l'AOU di Modena si attesta a 191 €/DRG, di poco al di sopra della media delle Aziende Ospedaliere Regionali.

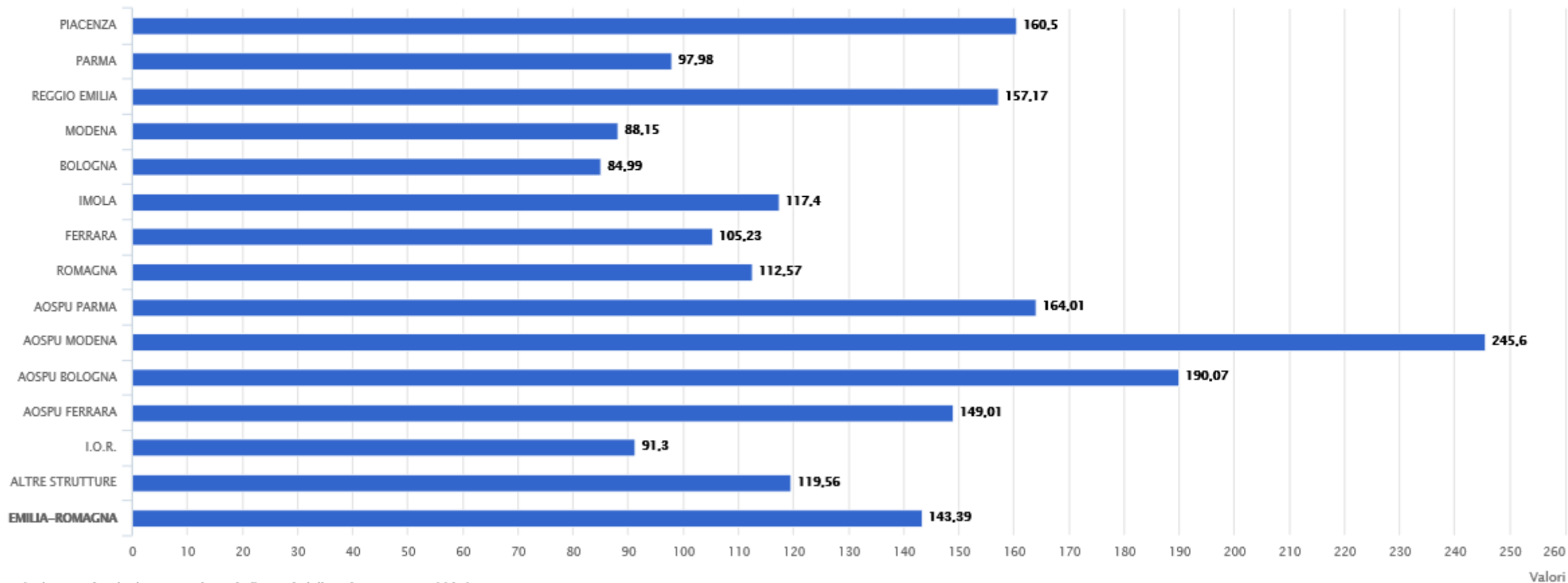
IND0138 Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG

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: 2017



L'indicatore è calcolato considerando l'attività delle sole strutture pubbliche.

Il valore dell'indicatore per le AUSL di Modena, Imola e Romagna è calcolato escludendo, 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. Per questi tre stabilimenti il valore dell'indicatore è riportato aggregato sotto la voce 'ALTRE STRUTTURE'.

3. Dimensione performance: sostenibilità

3.1 Area performance: economico-finanziaria

INDICATORE (IND0363)

Indicatore 45	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	98,75	89,49	102,31	 97,48

Legenda: 

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

COMMENTO

Il valore aziendale 2017 (102,31%) risulta eccellente, sia con riferimento al netto miglioramento conseguito rispetto alla performance 2016, sia in termini assoluti, nei confronti del livello regionale (media RER 97,48%).

Il trend è frutto del lavoro effettuato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena a seguito della completa revisione anagrafica nell'attribuzione dei dispositivi medici ai conti economici di pertinenza effettuata nel 2016. 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.

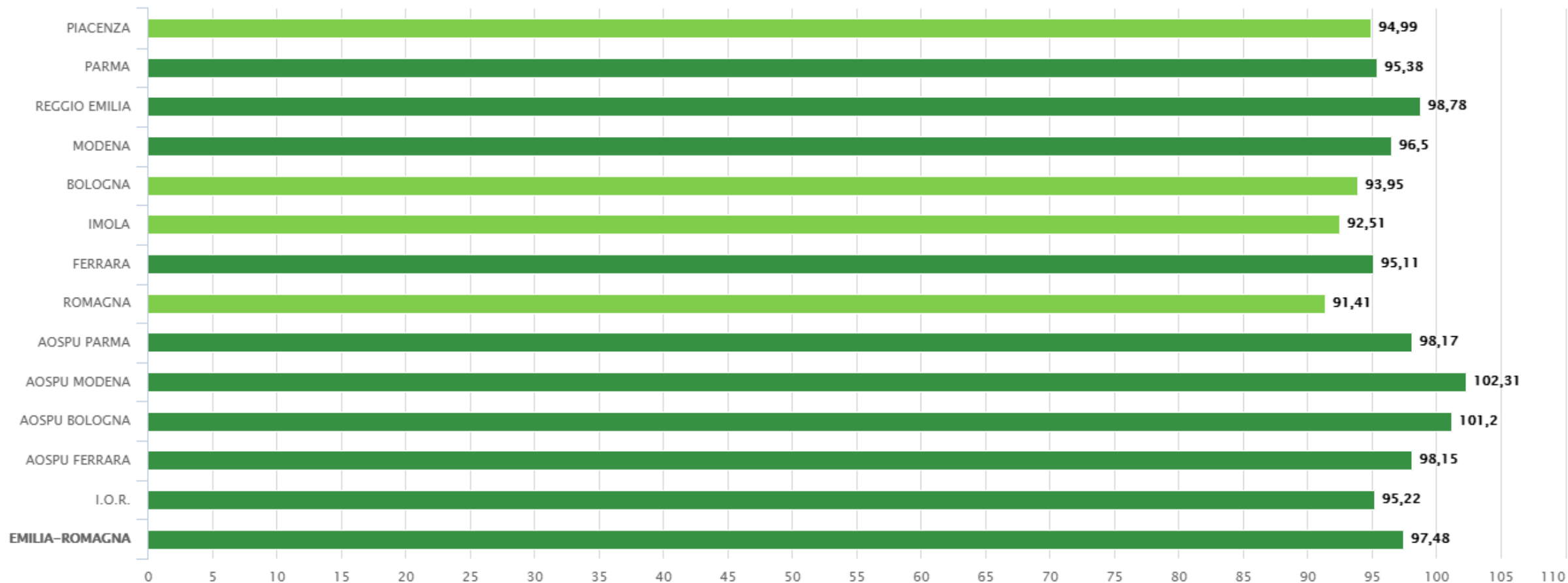
E' importante ricordare inoltre come, nel 2016, non risultassero gestiti all'interno del flusso DiMe i Diagnostici in Vitro (IVD), la cui incidenza sulla spesa per Dispositivi aziendali risulta essere di impatto non trascurabile.

IND0363 Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico

Grafico

Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico

Anno di riferimento dei dati: 2017



3. Dimensione performance: sostenibilità

3.1 Area performance: economico-finanziaria

INDICATORE (INDo22o)

Indicatore 4,6	Valore Aziendale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	22,75	17,82	-6,33	 -

Legenda: 

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

COMMENTO

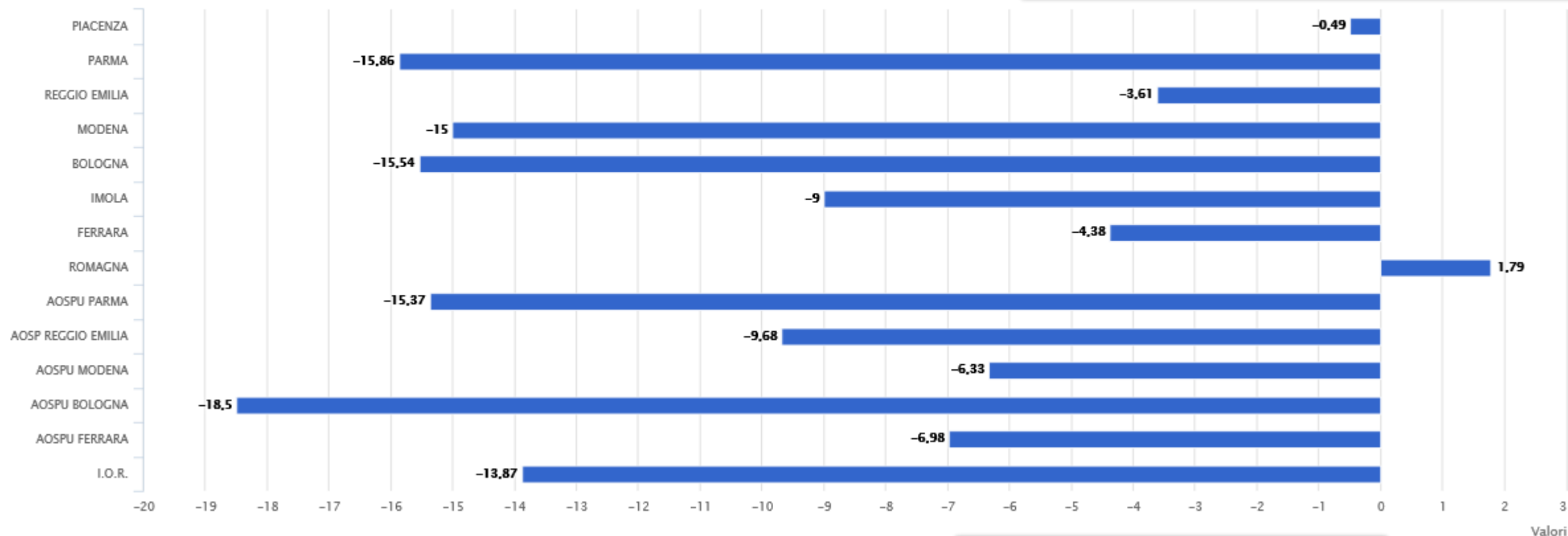
I pagamenti dell'anno 2017 sono stati mediamente effettuati entro i termini previsti dalla legge, con un netto miglioramento rispetto allo scorso esercizio, dovuto alle disponibilità di cassa aziendali.

IND0220 Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti

Grafico

Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti

Anno di riferimento dei dati: 2017



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".

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

L'indicatore comprende tutte le **fatture passive** registrate nel periodo di riferimento giunte alla fase di pagamento, tenuto conto delle condizioni contrattuali di pagamento pattuite con il fornitore/prestatore.