

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

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI MODENA

26/06/2019

Premessa (1)

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

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

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

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

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

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

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

Premessa (2)

La Delibera 1004/2016 della Regione Emilia-Romagna, che ha gettato le basi per la gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri Policlinico di Modena e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara, ha reso imprescindibile la riorganizzazione dipartimentale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, che ha preso operativamente forma dal gennaio 2018.

La Relazione sulla Performance restituisce una chiave di lettura agli andamenti aziendali con riferimento agli obiettivi strategici evidenziati nel neo redatto Piano della Performance, valido per il triennio 2018-2020.

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» ed alla luce degli aggiornamenti in materia introdotti dalla nota OIV SSR prot. n. 355534 del 16/5/2018.

Nel quadro del contesto organizzativo provinciale così delineato, la performance dell'AOU di Modena per il 2018 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 in premessa i risultati più significativi conseguiti nel 2018, 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 (2016-17) ed alla media regionale 2018.

Executive summary

Gli obiettivi strategici in capo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, si distinguono in obiettivi di salute ed assistenziali ed in obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi (DGR 919/2018):

- **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

Si rimanda alla Relazione sulla Gestione 2017 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 2018-2020

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 cronic-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

Indicatori	Emilia-Romagna	AOSPU MODENA
INDo105 - % di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	69,02	73,47
INDo107 - % di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	60,24	58,87
INDo137 - % abbandoni dal Pronto Soccorso	5,05	4,74
INDo765 - Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	88,36	86,66
INDo766 - Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	89,45	91,74
INDo767 - Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	80,72	68,33

Legenda:

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

1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

INDICATORE (IND0105)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	77,84	72,9	73,47	 69,02

COMMENTO

Si ribadisce quanto espresso nelle precedenti relazioni sulla performance.

La performance relativa alla presa in carico di pazienti registrati in PS con codice giallo si mantiene sostanzialmente in linea con quella 2017, a sua volta in netto miglioramento rispetto al 2016 per effetto dell'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 in tale modalità.

Valutazioni che assumono rilevanza anche in considerazione di quelle che saranno le nuove indicazioni regionali rispetto alla suddivisione in 5 livelli differenziali di priorità per i codici di PS, al fine di essere più puntuali nella definizione dei casi più urgenti rispetto a quelli differibili.

La performance 2018 della AOU di Modena risulta buona nel confronto con quelle realizzate dalle altre aziende ospedaliere della Regione.

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

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

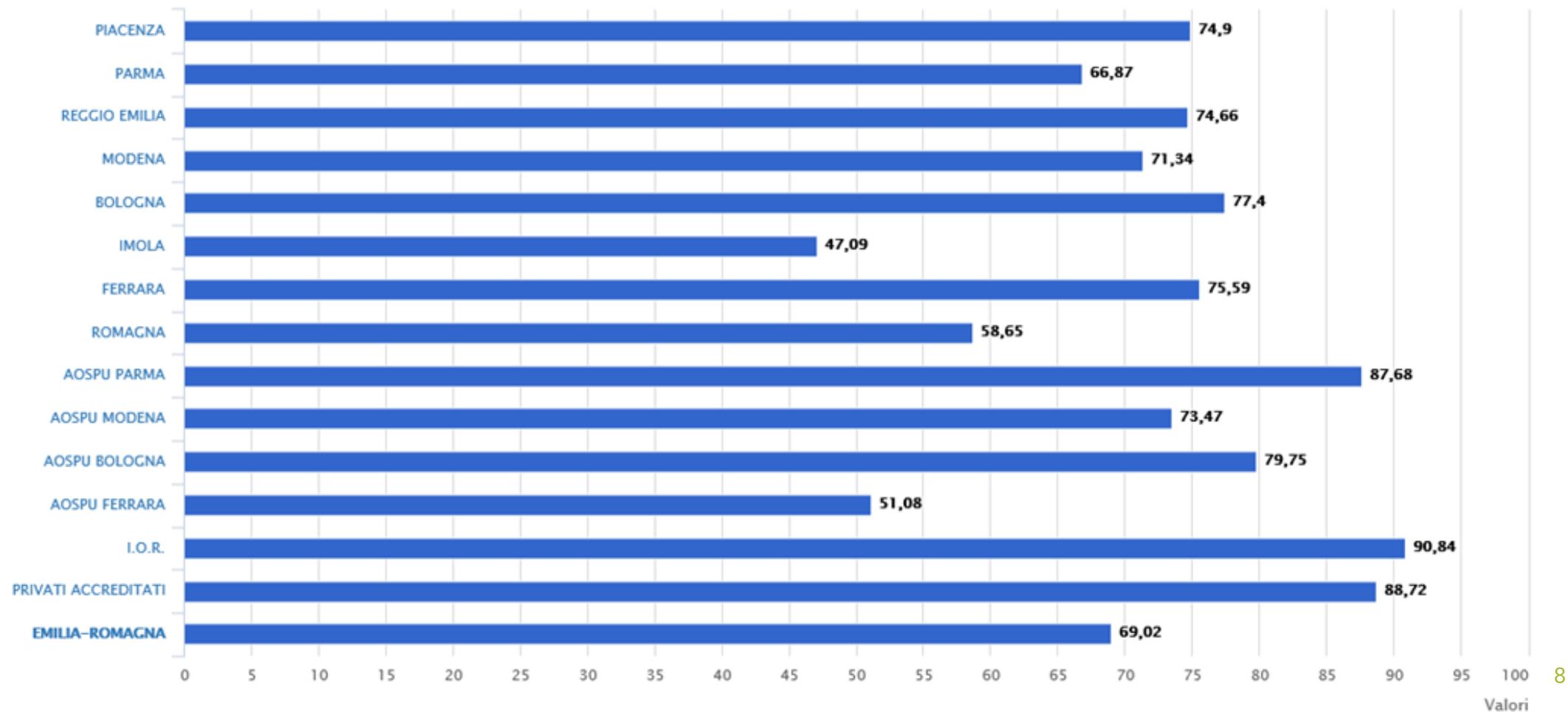
L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice giallo che sono visitati dal medico entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage).

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

INDICATORE (IND0107)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	64,09	58,63	58,87	 60,24

COMMENTO

Si ribadisce quanto espresso nelle precedenti relazioni sulla performance.

L'obiettivo regionale di permanenza al di sopra della soglia del 62,2% 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 ed è già stato compiutamente affrontato nel corso del 2018 e 2019.

Valutazioni che assumono rilevanza anche in considerazione di quelle che saranno le nuove indicazioni regionali rispetto alla suddivisione in 5 livelli differenziali di priorità per i codici di PS, al fine di essere più puntuali nella definizione dei casi più urgenti rispetto a quelli differibili.

La performance 2018 della AOU di Modena si pone sostanzialmente in linea con la media regionale.

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

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

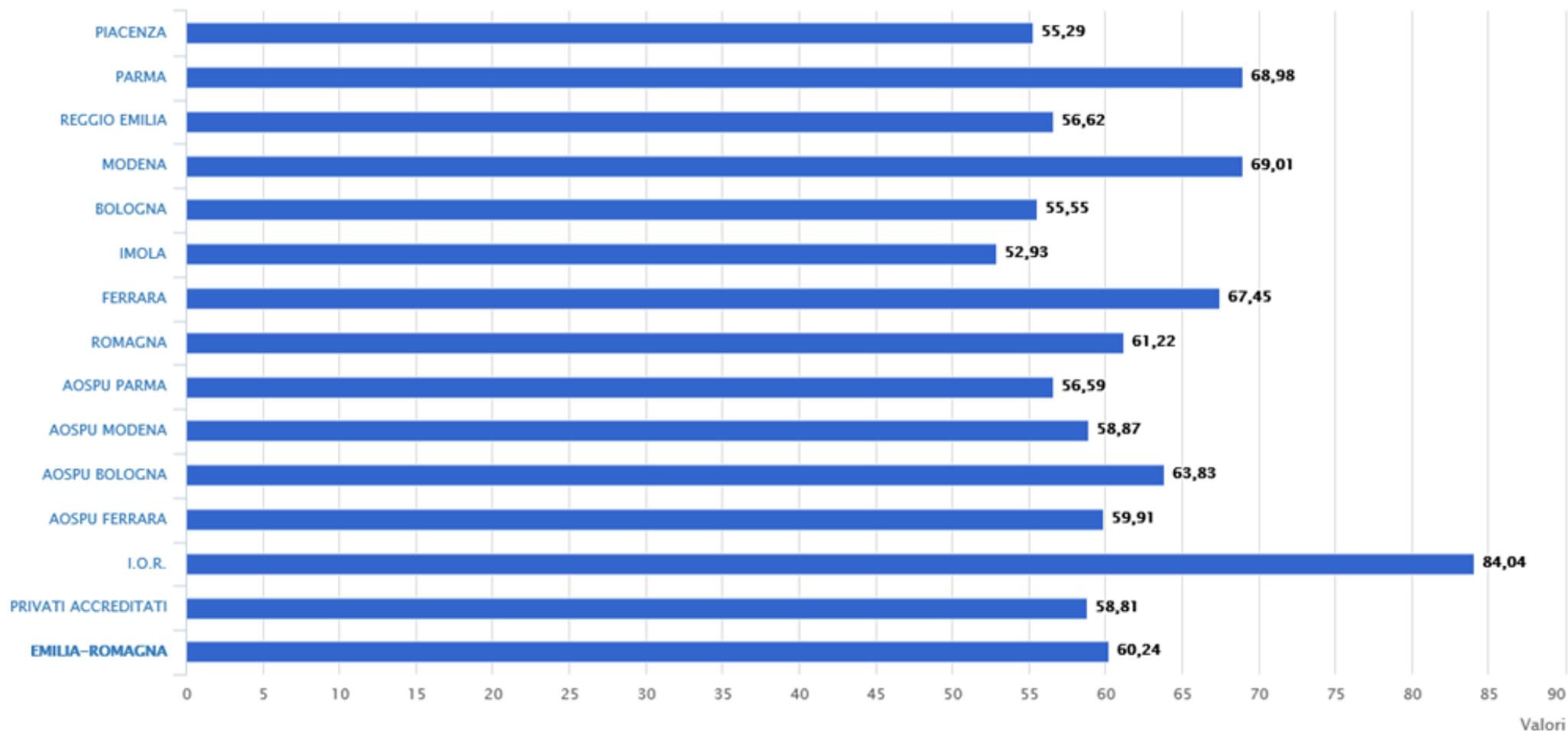
L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice verde che sono visitati dal medico entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage).

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

INDICATORE (IND0137)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
% abbandoni dal Pronto Soccorso	4,52	4,85	4,74	 5,05

COMMENTO

L'andamento dell'indicatore si mantiene al di sotto della media regionale, significando un buon livello di gestione nei Pronto Soccorso.

In Azienda è stata anche avviata una sperimentazione della presenza di infermiere dedicato nell'area di attesa, per la rivalutazione e informazione rispetto ai tempi di presa in carico.

Legenda:

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

IND0137 % abbandoni dal Pronto Soccorso

L'indicatore monitora il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage), senza darne preavviso al personale.

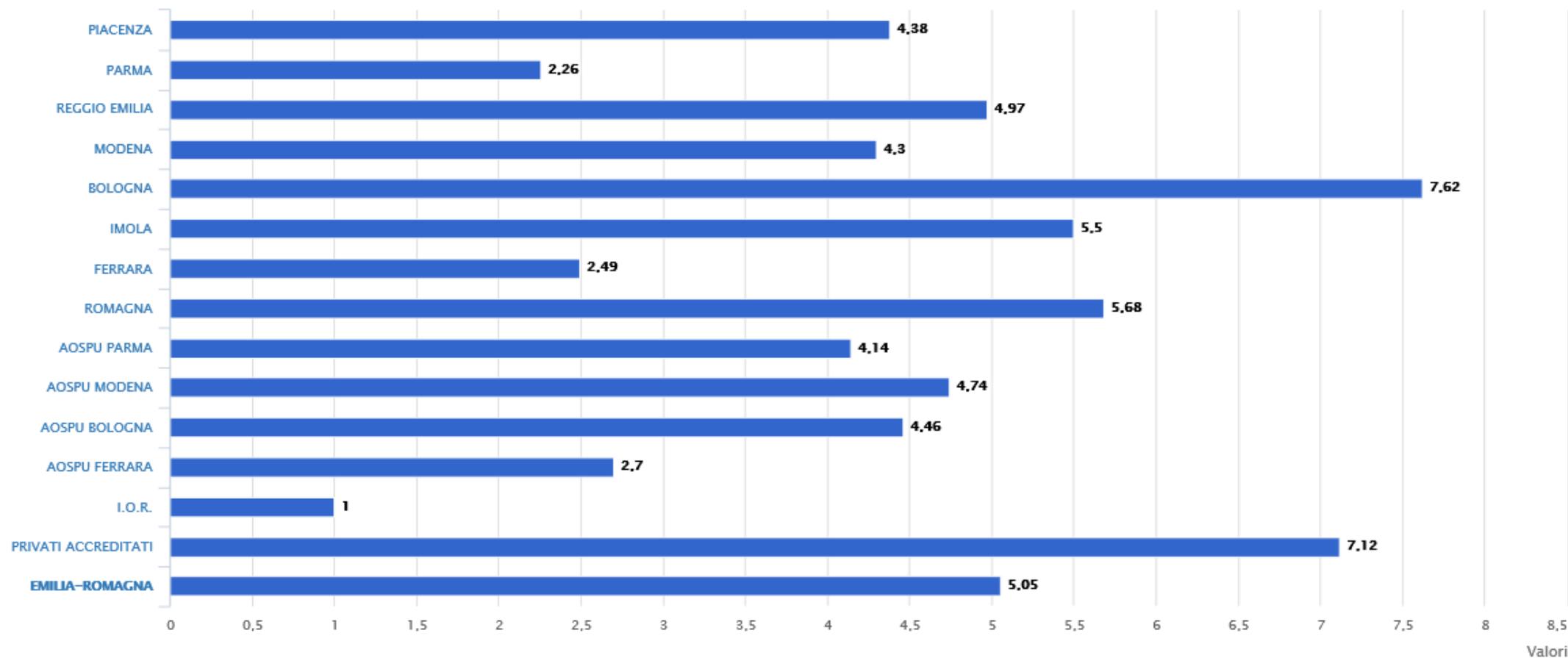
Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica.

Grafico

% abbandoni dal Pronto Soccorso

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

INDICATORE (INDo765)

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	86,66	 88,36

COMMENTO

Il dato è complessivo , tutti i tumori monitorati sono trattati entro i 30 giorni al di fuori del tumore prostatico, che in AOU è eseguito con tecnica robotica chirurgica.

Il budget dedicato alla attività robotica, che presso l'AOU è multidisciplinare, non ha ricevuto incrementi su fondi specifici perciò, a fronte dell'elevato numero di pazienti che si rivolgono alla nostra struttura, non è stato possibile garantire l'esecuzione di interventi in quantità necessarie a mantenere i tempi previsti.

I chirurghi urologi nel corso del 2018 hanno migliorato l'accuratezza della classe di priorità, in linea con le indicazioni proposte dal gruppo di lavoro regionale.

Legenda:

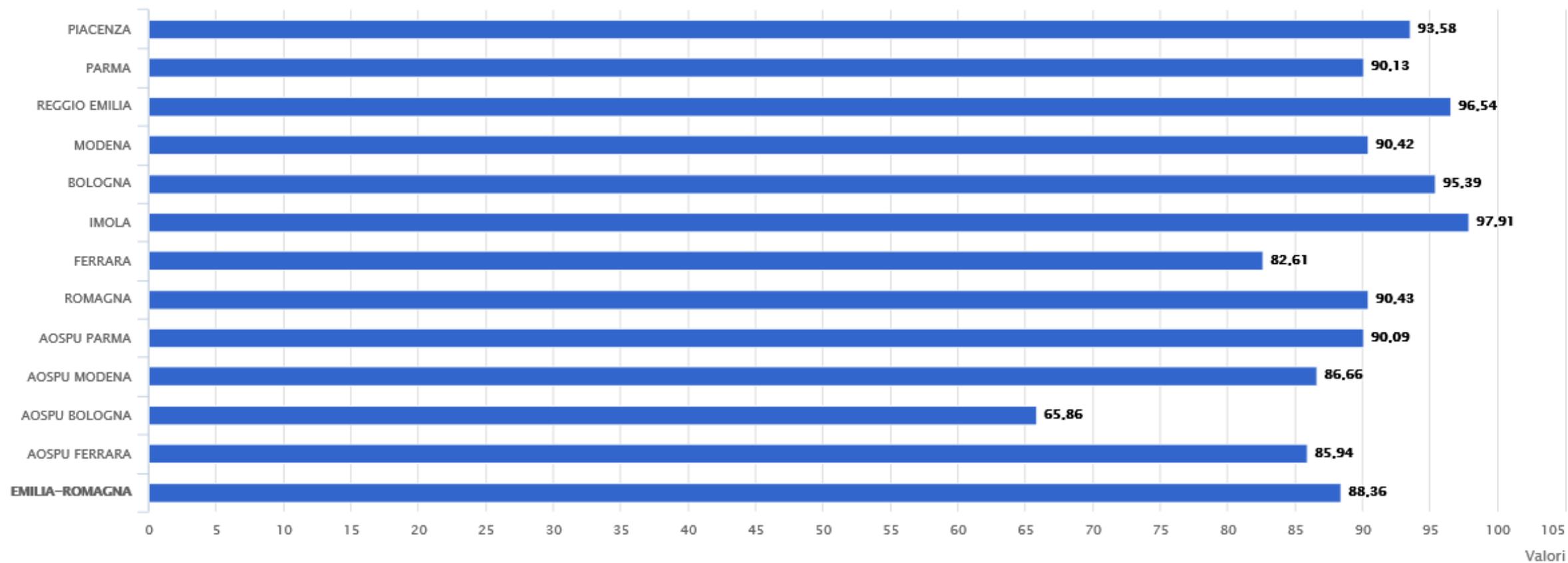
-  Pessimo
-  Scarso
-  Medio
-  Buono
-  Ottimo
-  Non aggiustato
-  Osservazione
-  Dato non disp.

IND0765 Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg

Grafico

Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg

Anno di riferimento dei dati: 2018



1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

INDICATORE (INDo766)

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	91,74	 89,45

COMMENTO

Le azioni di monitoraggio e controllo dei casi in lista di attesa per protesi d'anca hanno consentito il mantenimento di performance più che soddisfacenti su entrambe le strutture ospedaliere.

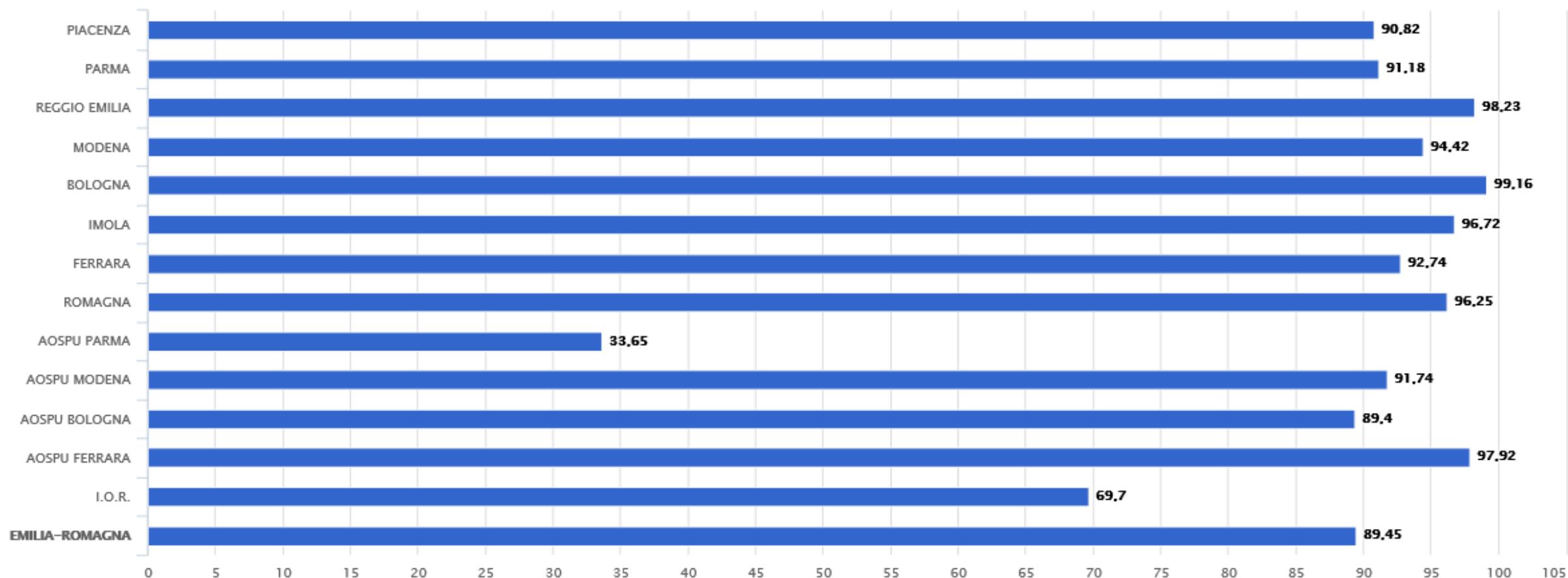
Legenda:	
	Pessimo
	Scarso
	Medio
	Buono
	Ottimo
	Non aggiustato
	Osservazione
	Dato non disp.

IND0766 Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg

Grafico

Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg

Anno di riferimento dei dati: 2018



1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

INDICATORE (IND0767)

Indicatore	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	68,33	 80,72

COMMENTO

Il risultato 2018 riporta la media dei risultati nei due stabilimenti ospedalieri: l'analisi scorporata mostra una performance dell'85% al Policlinico, dove da più tempo si sono avviate le azioni previste dalla DGR 272/17 riguardanti la pulizia delle liste di attesa, il miglioramento dell'appropriatezza nella assegnazione delle classi di priorità, l'analisi di alcune specifiche del flusso informativo, l'utilizzo dei corretti regimi di erogazione sui sistemi informatici al momento dell'inserimento in lista ed il tempestivo ricorso alle sospensioni.

Con particolare riferimento all'ospedale Civile, sono state garantite per tutto il 2018 e maggiormente nell'ultimo trimestre sedute aggiuntive dedicate alla patologia con maggiore lista di attesa: ernie inguinali ed emorroidectomia.

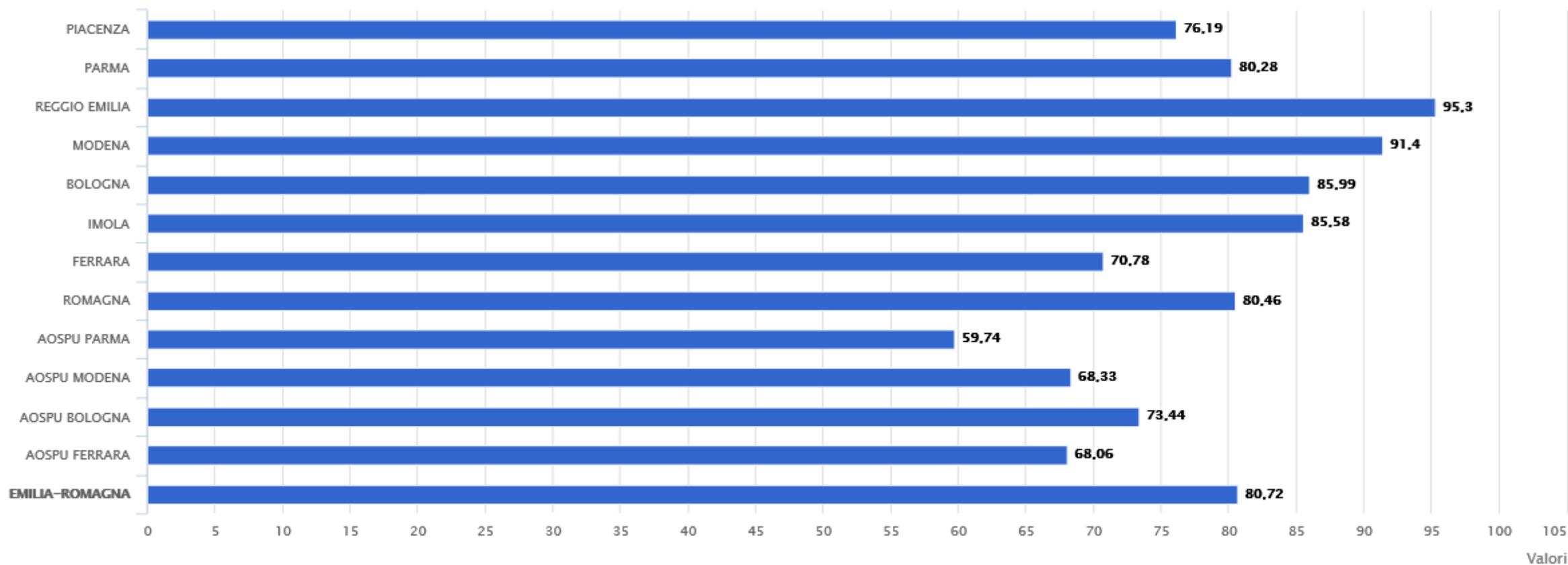
Legenda:	
	Pessimo
	Scarso
	Medio
	Buono
	Ottimo
	Non aggiustato
	Osservazione
	Dato non disp.

IND0767 Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata

Grafico

Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata

Anno di riferimento dei dati: 2018



1. Dimensione performance: utente

1.2 Area performance: integrazione

OBIETTIVO PdP 2018-2020

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, dal 1/7/2016, ha avviato 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, che avuto 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".

La Delibera 1004/2016 della Regione Emilia-Romagna, che ha gettato le basi per la gestione unica dei due stabilimenti ospedalieri Policlinico di Modena e Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara, ha reso imprescindibile la riorganizzazione dipartimentale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, che ha preso operativamente forma dal gennaio 2018.

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

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

Fra gli obiettivi strategici raggiunti si richiamano:

- 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 richiamata l.r. 24/2018, al progetto esecutivo redatto dall'OIV regionale e dalla delibera AOU Mo 1/2019.

1. Dimensione performance: utente

1.2 Area performance: integrazione

SINTESI

Indicatori	Emilia-Romagna	AOSPU MODENA
IND0542 - % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	25,64	27,6

Legenda:

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

1. Dimensione performance: utente

1.2 Area performance: integrazione

INDICATORE (IND0542)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	40,37	36,69	27,6	 25,64

COMMENTO

Le revisioni organizzative effettuate e l'incremento delle disponibilità fornite per l'effettuazione delle prestazioni ha permesso di raggiungere il valore del 27,6% nel corso del 2018, rispetto al valore di 36,7% dell'anno precedente. Si prevede la prosecuzione del trend in miglioramento, anche alla luce dell'implementazione della collaborazione con il Consultorio Familiare.

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

IND0542 % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane

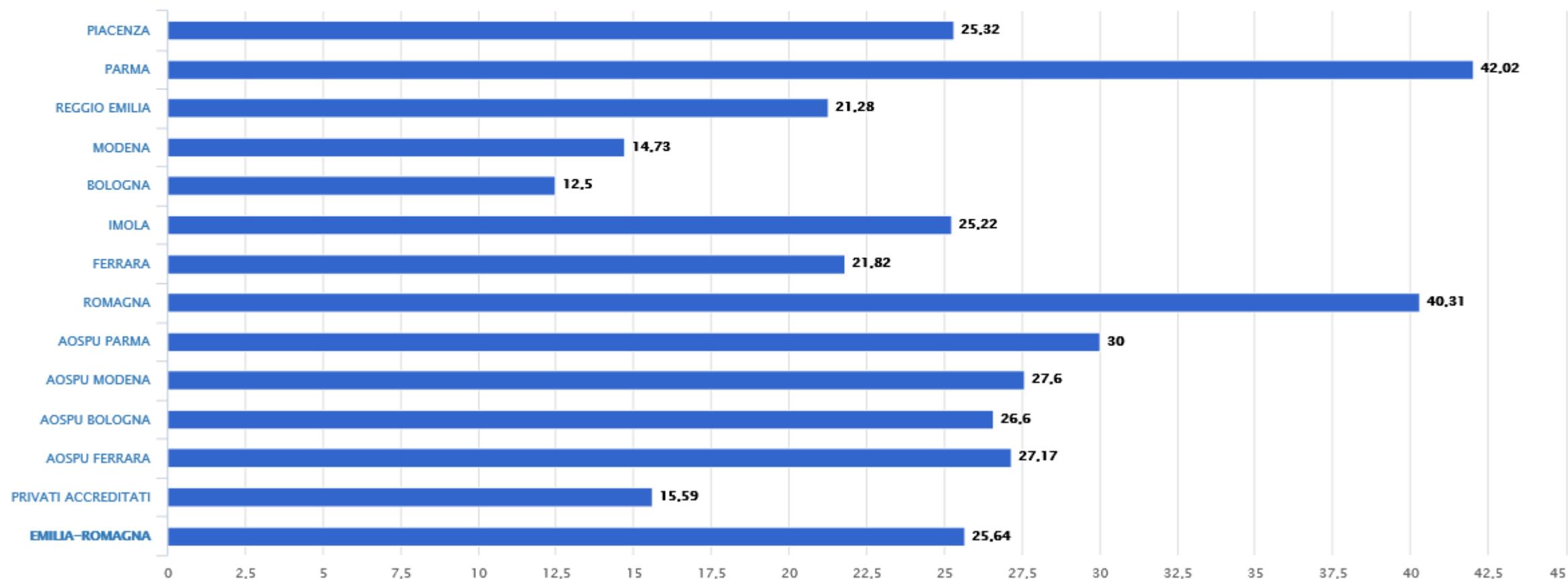
L'indicatore esprime una valutazione della qualità dell'organizzazione nei percorsi assistenza per l'IVG.

Grafico

% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

	Emilia- Romagna	AOSPU MODENA
IND0271 - Colectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	82,43	81,22
IND0276 - Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1,68	2,04
IND0389 - Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	8,98	7,82
IND0390 - Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	44,78	49,73
IND0391 - Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	11,86	7,24
IND0392 - Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1,24	1,3
IND0393 - Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	10,09	8,22
IND0394 - Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,88	3,11
IND0395 - BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	10,03	9,82
IND0396 - Colectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	82,4	89,9
IND0397 - Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	89,07	99,08
IND0398 - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	6,47	4,8
IND0399 - Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,78	1,01
IND0400 - Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	5,08	6,02
IND0401 - Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	3,61	3,56
IND0402 - Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,94	1,08
IND0403 - Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,24	1,24
IND0404 - Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	2	3
IND0494 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario	17,47	17,8
IND0772 - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	71,36	82,25

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

1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0271)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	85,96	78,05	81,22	 82,43

COMMENTO

Il valore della performance è complessivo dei due stabilimenti, di poco inferiore rispetto alla media regionale ma notevolmente migliorativo rispetto al 2017.

Si sono individuate aree di intervento a livello organizzativo per efficientare la presa in carico e la gestione del caso in tempi congrui con particolare attenzione all'ospedale Civile.

Legenda:

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

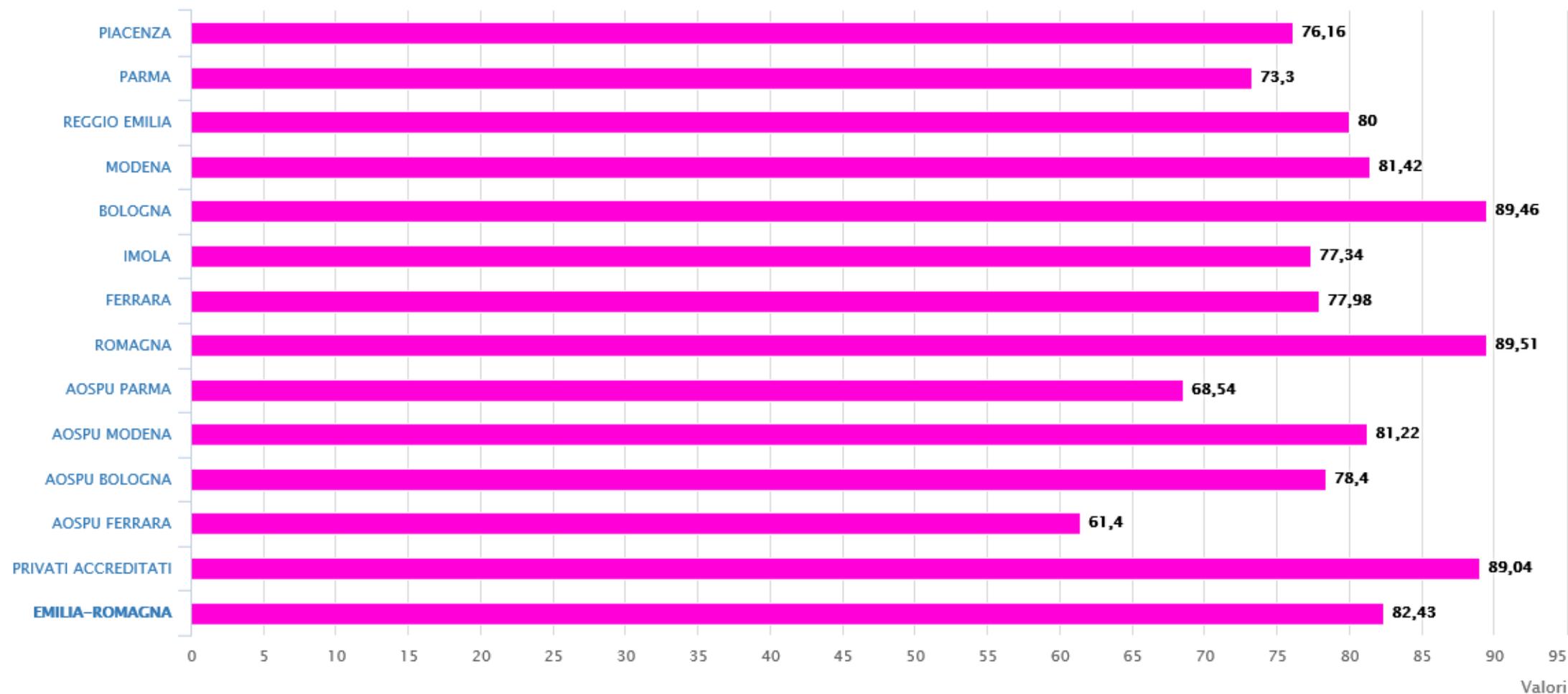
IND0271 Colectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0276)

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni		2,04	 1,68

COMMENTO

La performance aziendale restituisce per l'anno 2018 un valore pari al 2,04%, in incremento rispetto al 2017, conseguente ad 1 decesso entro 30 giorni su 49 interventi effettuati.

Valvuloplastica e TAVI, nel nostro contesto vengono attuate come trattamento «last resort» a pazienti che non hanno altre opzioni terapeutiche, pertanto i volumi di tali interventi sono bassi e la mortalità risulta pari a quanto indicato.

Non si rileva tuttavia uno scostamento significativo dalla media regionale.

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

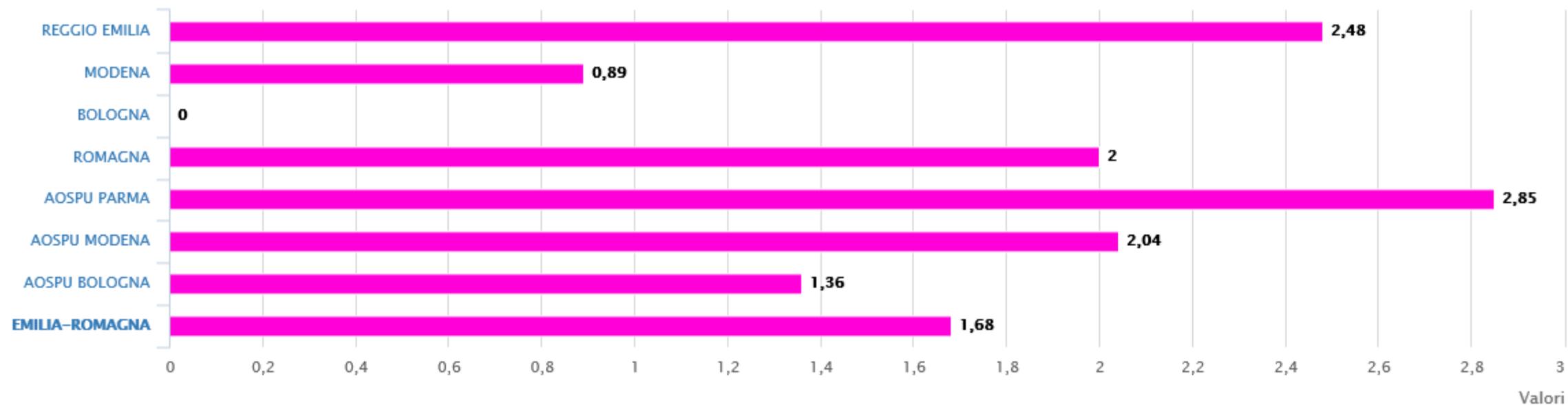
IND0276 Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni

Grafico

Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2017 - 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0389)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	10,67	8,65	7,82	 8,98

COMMENTO

La performance dell'AOU di Modena restituisce un indice per il 2018 pari a 7,82%.

Valore che si colloca ben al di sotto di quanto registrato mediamente a livello regionale (8,98%).

Il trend dell'indicatore è in costante miglioramento dal 2016 ad oggi. A livello organizzativo, si è verificata una modifica estremamente importante nella assistenza all'infarto acuto STEMI: da aprile 2016 è stata centralizzata all'Ospedale Civile Estense di Baggiovara (OCB) la attività in urgenza, con equipe integrata Policlinico-OCB, che garantisce 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 la operatività.

A seguito del concluso Progetto di integrazione Policlinico-OCB, la performance 2018 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.

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

IND0389 Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni

Grafico

Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0390)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	42,68	49,89	49,73	 44,78

COMMENTO

Il risultato è relativo a tutti gli infarti inclusi i NSTEMI in cui la angioplastica coronarica non viene fatta in urgenza ma entro 48-72 h.

L'obiettivo regionale di 48 h mira a ridurre i tempi di trattamento.

Il dato aziendale è molto buono e si attesta al 49,73% nel 2018, in sostanziale mantenimento rispetto all'anno 2017, in netto miglioramento rispetto al 2016 (42,68%) e soprattutto migliore della media regionale rilevata (44,78%).

A livello organizzativo, restano pertinenti le valutazioni enunciate per l'indicatore 389 sulla mortalità a 30 gg per IMA: la centralizzazione dello STEMI c/o OC 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.

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

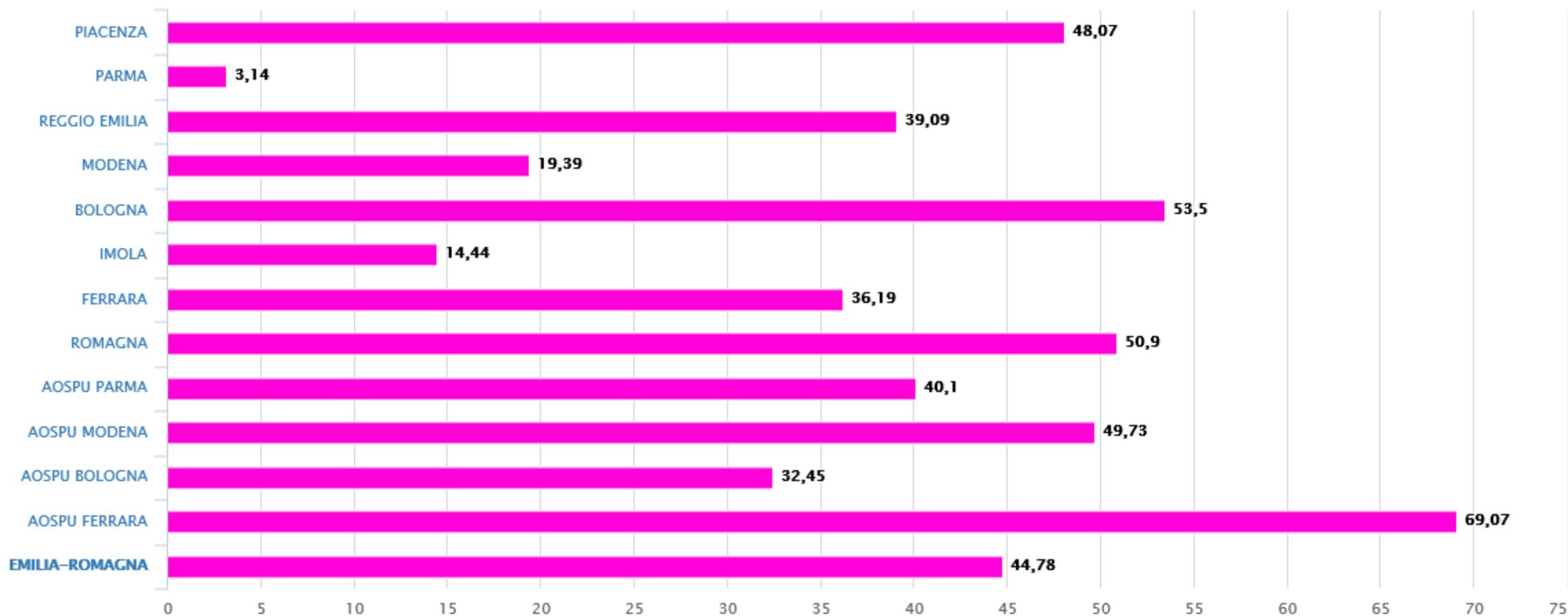
IND0390 Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni

Grafico

Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0391)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	4,09	6,89	7,24	 11,86

COMMENTO

Il dato aziendale si attesta al 7,24%, in incremento rispetto al 2017, ma significativamente inferiore alla media regionale. L'incremento è da attribuirsi alle comorbidità multiple dei pazienti e al fatto che si cerca di ridurre ospedalizzazioni dei casi meno gravi (anche il PDTA recentemente varato è in tal senso).

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

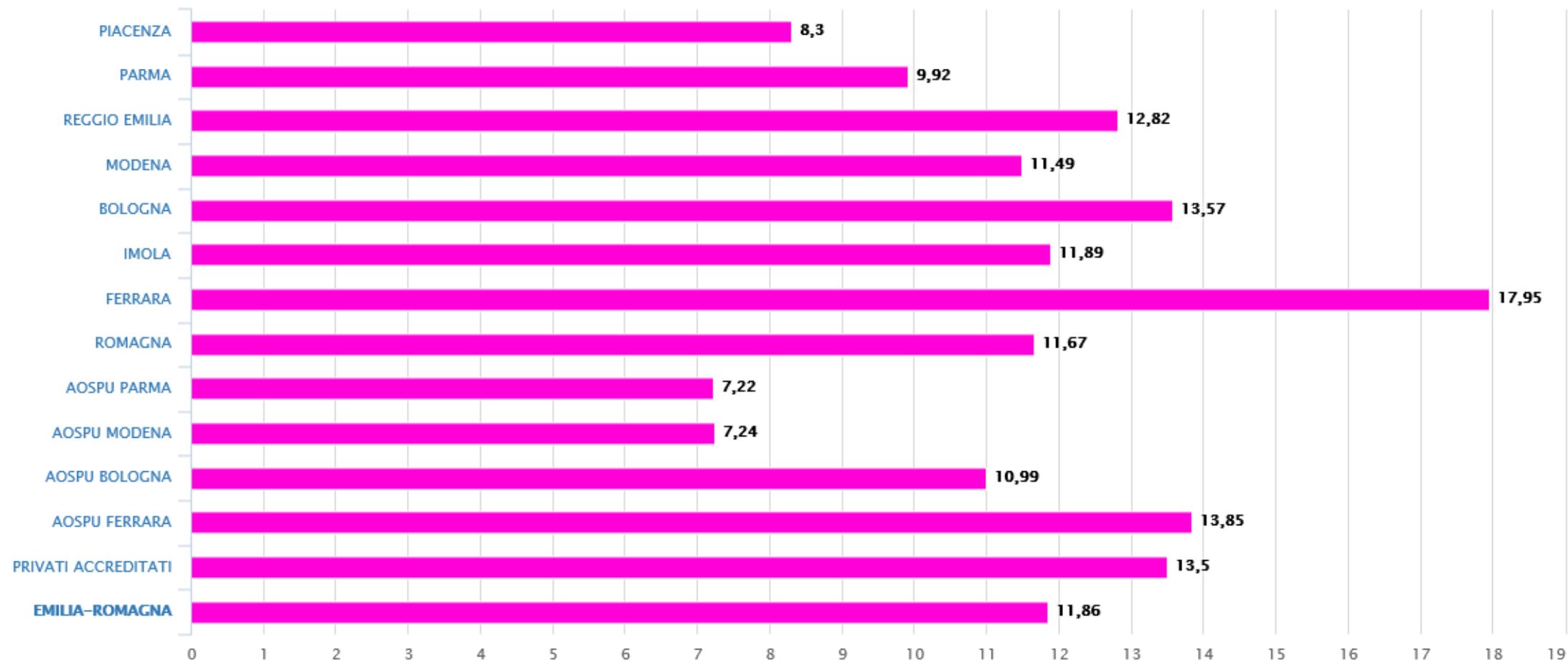
IND0391 Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni

Grafico

Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0392)

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1,36	1,3	 1,24

COMMENTO

Il dato aziendale 2018 è molto buono ed è pari al 1,3% (3 decessi su 230 interventi effettuati), in mantenimento con il dato 2017 e in linea con la media regionale.

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

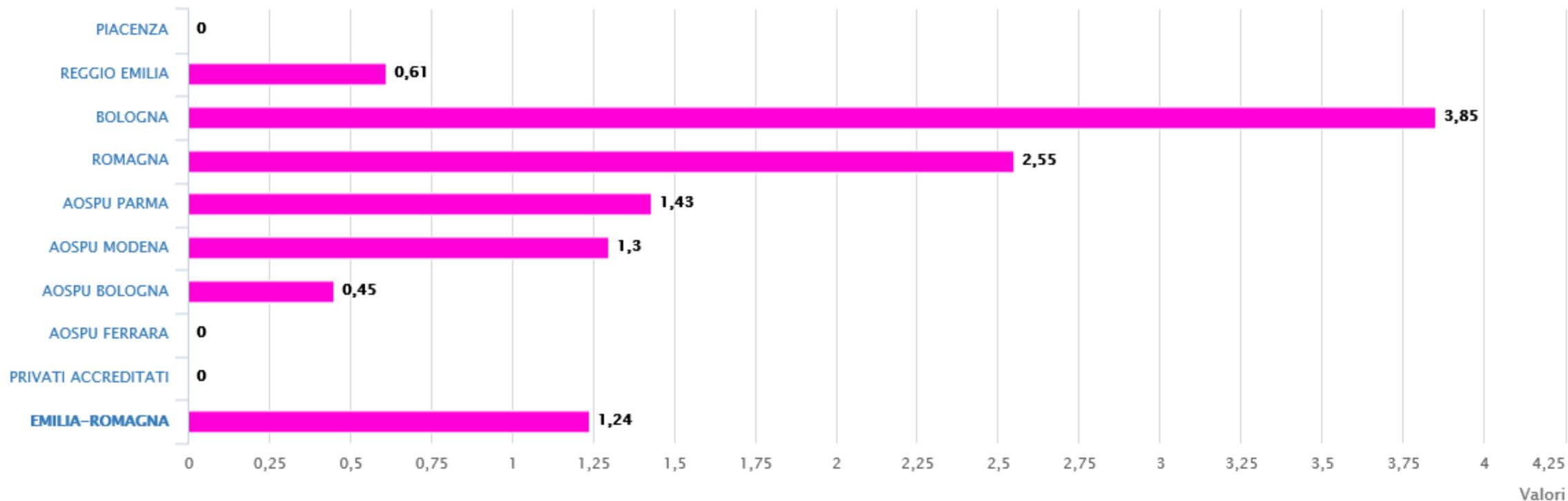
IND0392 Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni

Grafico

Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2017 - 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0393)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	6,25	10,31	8,22	 10,09

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

COMMENTO

L'Hub provinciale per le terapie dell'ictus acuto (trombolisi ev, trombectomia meccanica, Stroke Unit) è rappresentato dall'Ospedale Civile di Baggiovara dell'AOU di Modena. Nell'intera provincia di Modena per l'anno 2018 sono stati effettuati 1341 ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico (fonte banca dati RER), in lieve calo rispetto all'anno precedente (1444, fonte banca dati RER).

Per quanto riguarda l'Ospedale Civile di Baggiovara, sono giunti nel 2018 presso il Pronto Soccorso 872 pazienti con diagnosi ICD9 di ictus ischemico, e per 573 di essi è stato attivato il Codice Stroke (66%).

Relativamente ai trattamenti di riperfusione, nel 2018 sono stati effettuati 169 trattamenti di trombolisi ev, con invariata percentuale di trattati sul totale degli ictus ischemici rispetto all'anno precedente (12.6% del 2018 vs 12.7% del 2017) e 129 trattamenti di trombectomia meccanica, con un incremento del 37% rispetto all'anno precedente (94 casi trattati nel 2017); si specifica che per 32 pazienti trattati, provenienti dalla provincia di Reggio Emilia, è stata effettuata una centralizzazione secondaria, in linea con il Percorso interprovinciale Modena-Reggio Emilia per il trattamento endovascolare dell'ictus ischemico. La mortalità a 30 giorni è in linea con il riferimento regionale, e in calo rispetto all'anno precedente (8.22% del 2018 vs 10.31% del 2017); la rilevazione dell'autonomia a 3 mesi mostra punteggi mRS 0-2 (completa autonomia) per il 65% dei pazienti trattati con trombolisi ev, dato al di sopra della media del registro SITS-ISTR (58%).

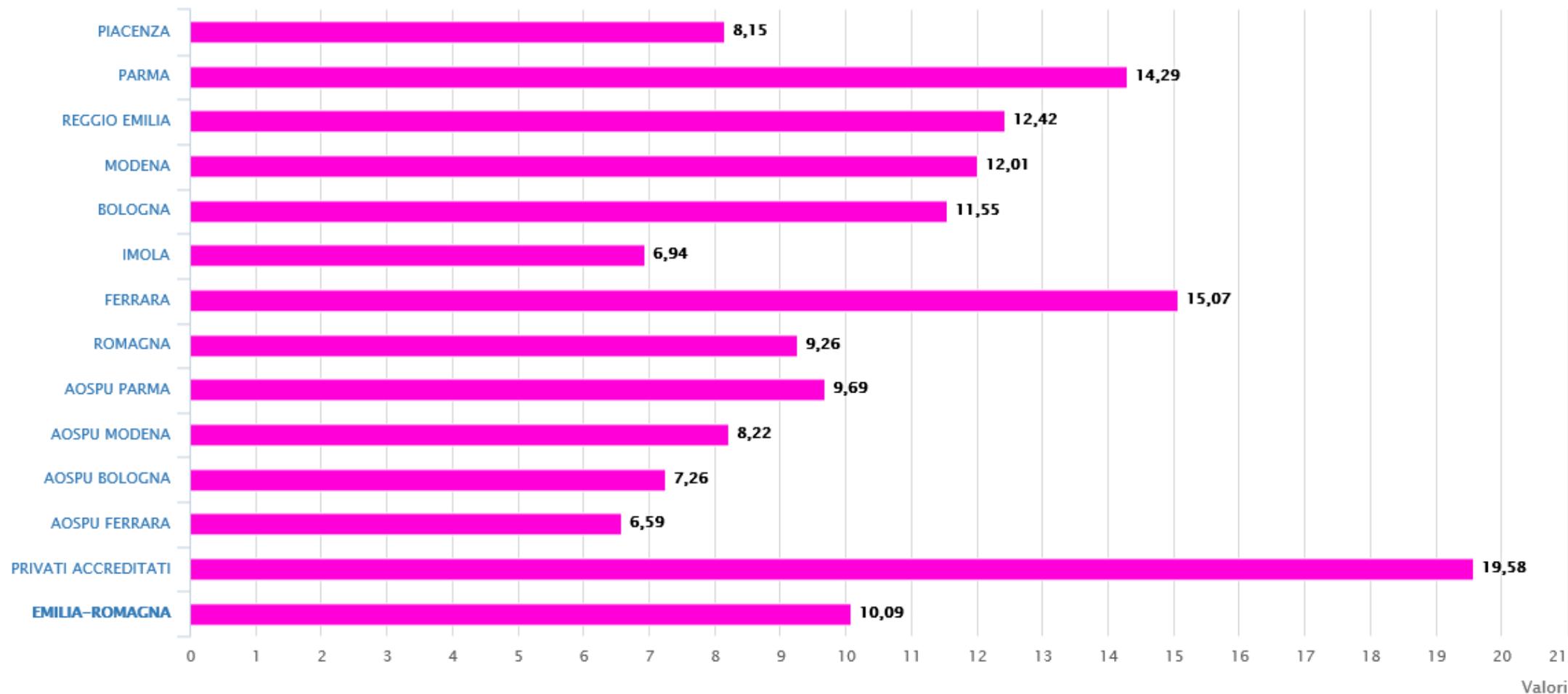
IND0393 Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni

Grafico

Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0394)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	0	1,42	3,11	 1,88

COMMENTO

Nel 2017 il valore era inferiore alla media regionale.

Nel 2018 si è gestito un maggior numero di casi di pazienti con comorbidità importanti: in 5 casi su 8 gli interventi sono stati gestiti in urgenza, avendo un esordio clinico già avanzato della patologia (principalmente complicanze emorragiche gravi).

L'indicazione al trattamento chirurgico è frutto di valutazioni congiunte tra professionisti (neurochirurgo, oncologo, neuroradiologo, radioterapista, anatomo patologo).

I casi suddetti sono in fase di analisi da parte del gruppo multiprofessionale.

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

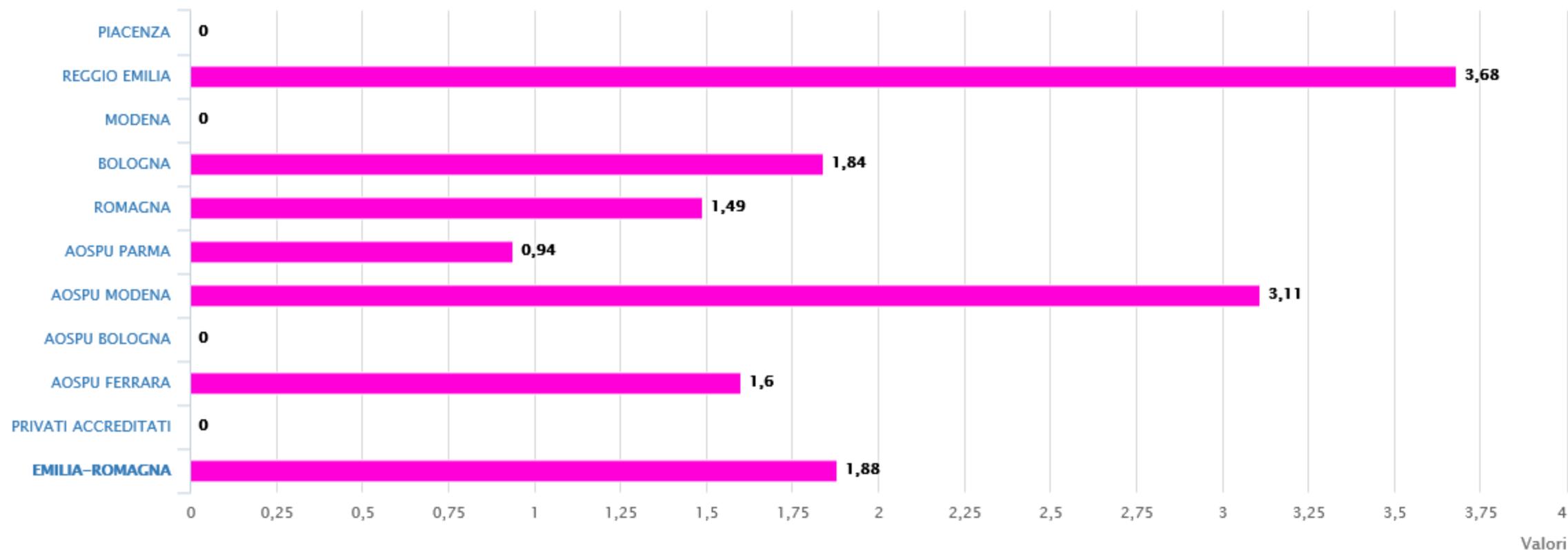
IND0394 Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2016 - 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0395)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	8	10,05	9,82	 10,03

COMMENTO

La percentuale di pazienti con documentato decesso a distanza di 1 mese dal ricovero per grave riacutizzazione non mostra anomalo scostamento dal dato medio RER.

Il dato in questione, per quanto riguarda la AOU di Modena, e al quale concorrono per la gran parte le strutture di Pneumologia, Medicina generale e MIAC 1 e 2, non evidenzia particolari scostamenti nei tempi più recenti.

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

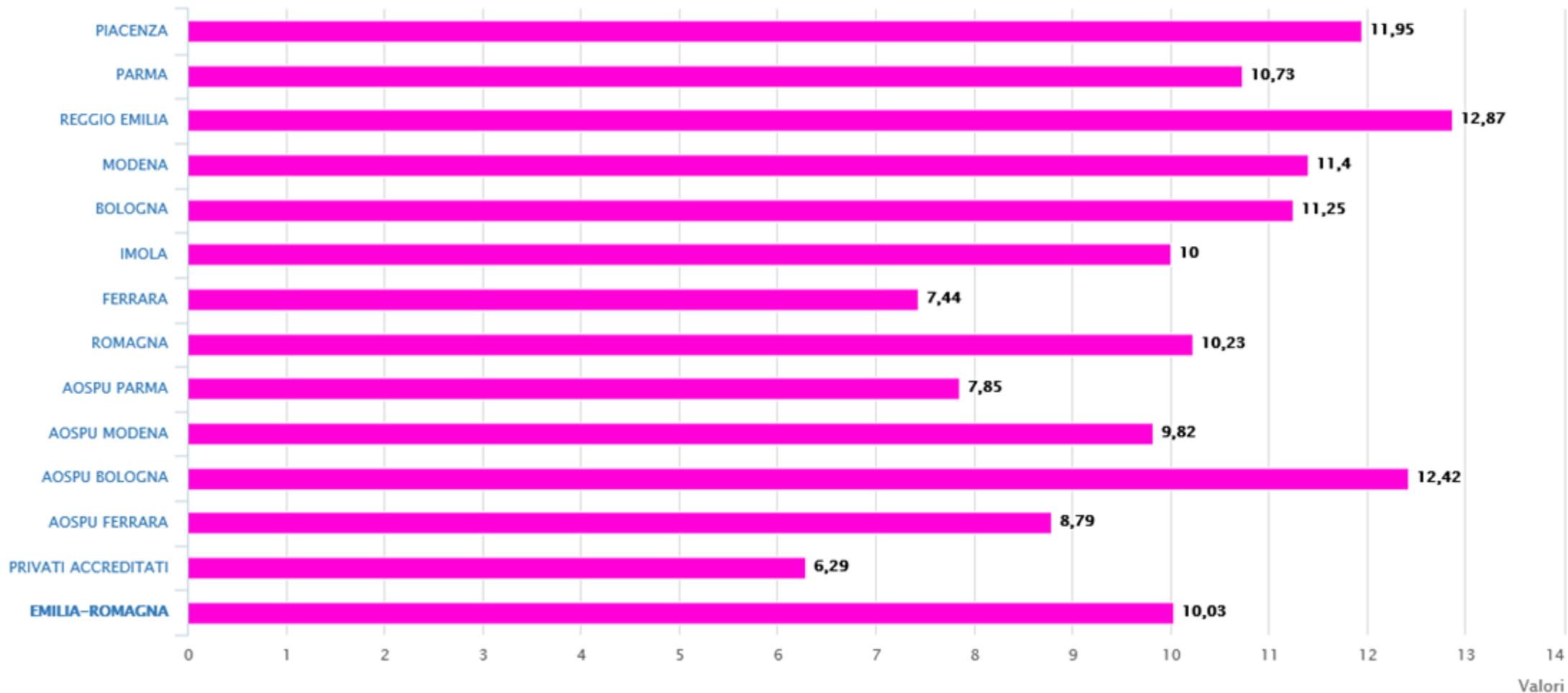
IND0395 BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni

Grafico

BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0396)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	65,68	77,34	89,9	 82,4

COMMENTO

Il valore aziendale si pone al di sopra della media regionale e rispecchia le *competence* e le afferenze specialistiche delle due strutture complesse di chirurgia generale (una per stabilimento) dove la casistica viene gestita sia in elezione che in urgenza.

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

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

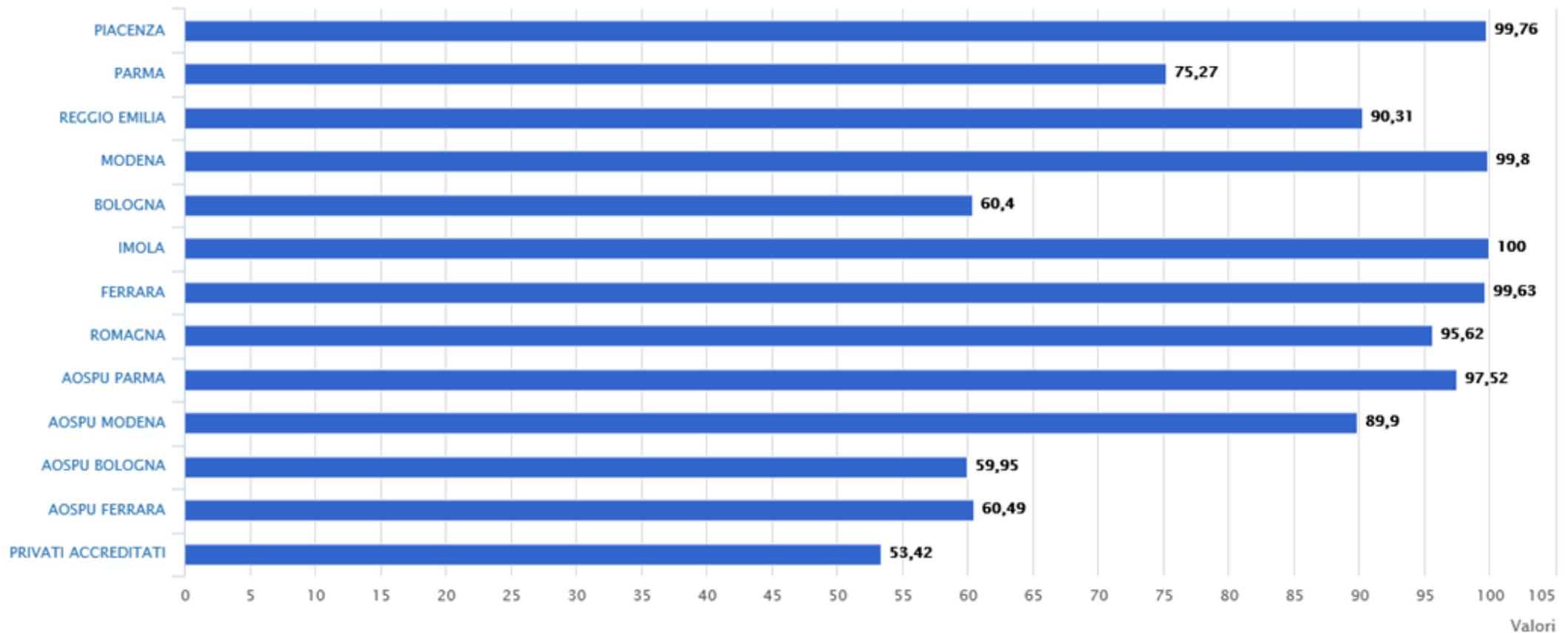
Si valuta la percentuale di ricoveri effettuati in reparti con un numero di interventi sopra la soglia rispetto al totale dei ricoveri erogati da ciascuna struttura, per interventi chirurgici per colecistectomia laparoscopica.

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0397)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	99,06	98,9	99,08	 89,07

COMMENTO

In AOU esiste la struttura complessa di Chirurgia Oncologica Senologica, che assicura la presa in carico delle donne con patologia tumorale. Il rinnovo della certificazione europea EUSOMA ha avuto esito positivo a conferma degli elevati livelli assistenziali garantiti dall'equipe in tutte le fasi del percorso. La performance conferma l'eccellenza, a livello regionale, dell'assistenza garantita.

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

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

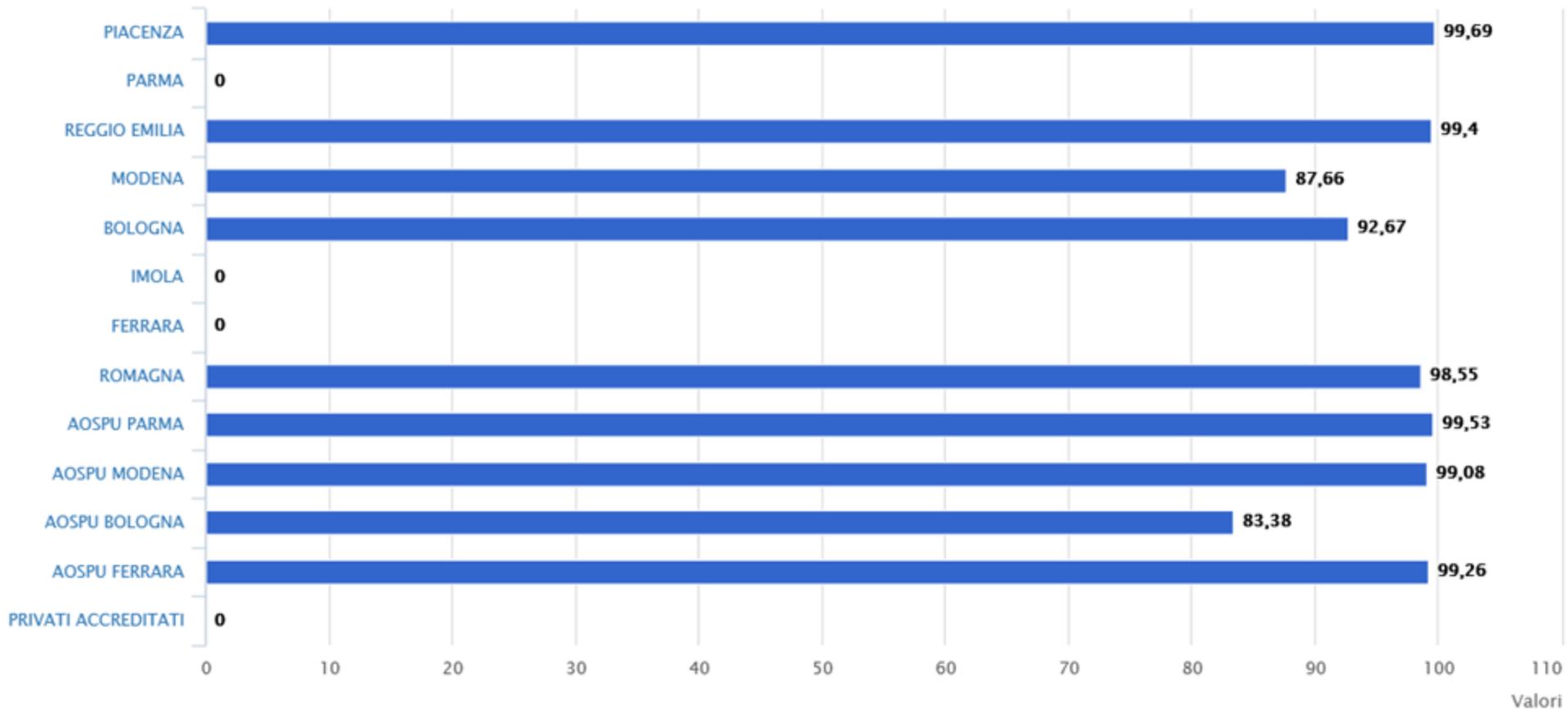
Si valuta la percentuale di ricoveri effettuati in reparti con un numero di interventi sopra la soglia rispetto al totale dei ricoveri erogati da ciascuna struttura, per interventi per tumori maligni alla mammella.

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0398)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	7,82	6,41	4,8	 6,47

COMMENTO

La performance è in continuo miglioramento e ben al di sotto del valore regionale.

La bontà del dato, che rispecchia l'integrazione dei professionisti e l'attenzione sempre maggiore alla presa in carico della paziente, è stata sottolineata anche dai valutatori della certificazione EUSOMA.

In particolare, durante gli interventi di exeresi, è posta molta attenzione nel riportare la radicalità dei margini operati, l'affiatamento con i radiologi consente di affinare le marcature pre-operatorie delle lesioni, la stretta collaborazione con il patologo assicura nella massima parte dei casi la definizione corretta della diagnosi istologica, che è elemento determinante per la programmazione dell'exeresi più adeguata per le pazienti.

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

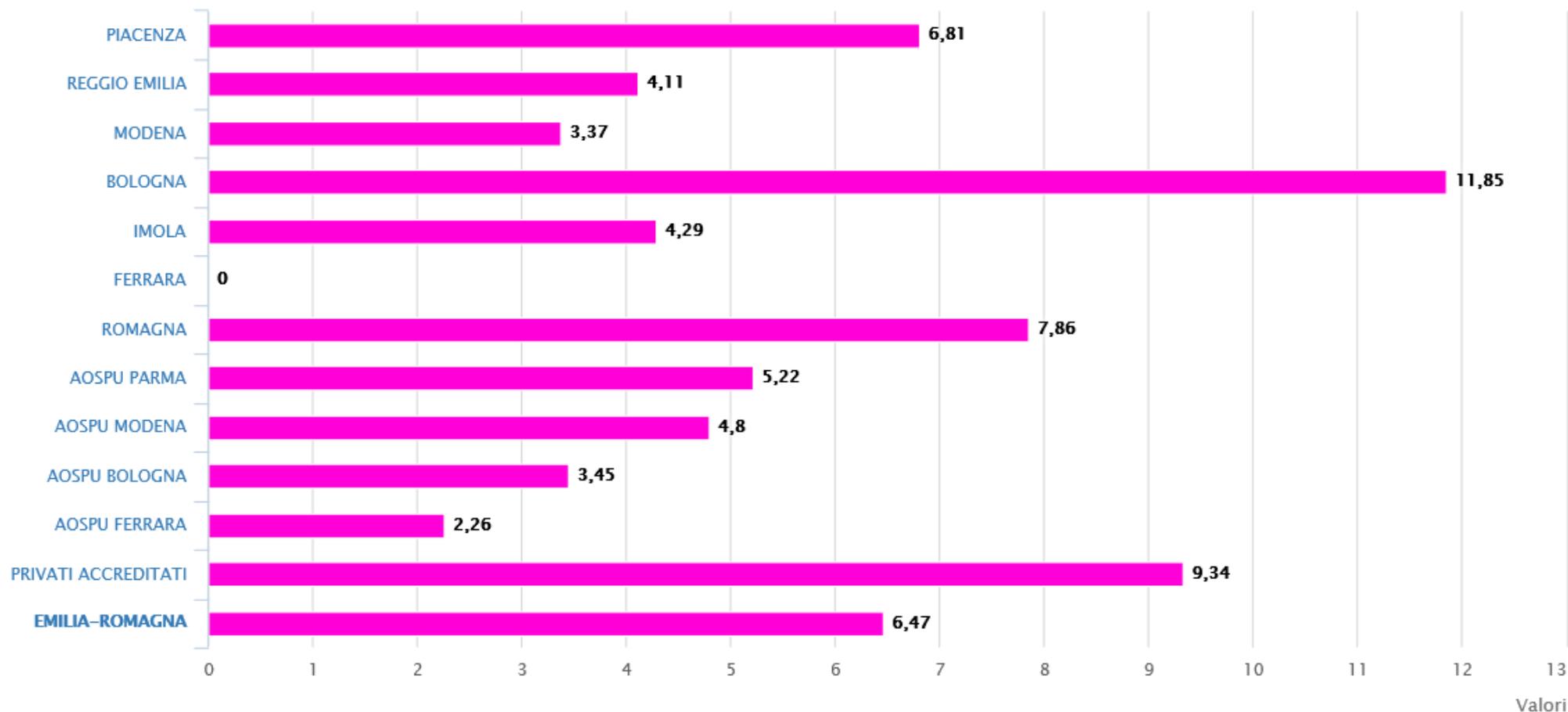
IND0398 Proporzioe di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (IND0399)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	0,56	0,89	1,01	 0,78

COMMENTO

A fronte della casistica trattata (370 casi) , il valore della performance è comparabile con quello del 2018 e non molto lontano dalla media regionale.

I 3 casi sono stati analizzati dal gruppo multidisciplinare.

Il PDTA per il tumore del polmone è formalizzato da anni ed è stato recentemente revisionato alla luce della integrazione tra i due stabilimenti ospedalieri.

Legenda:

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

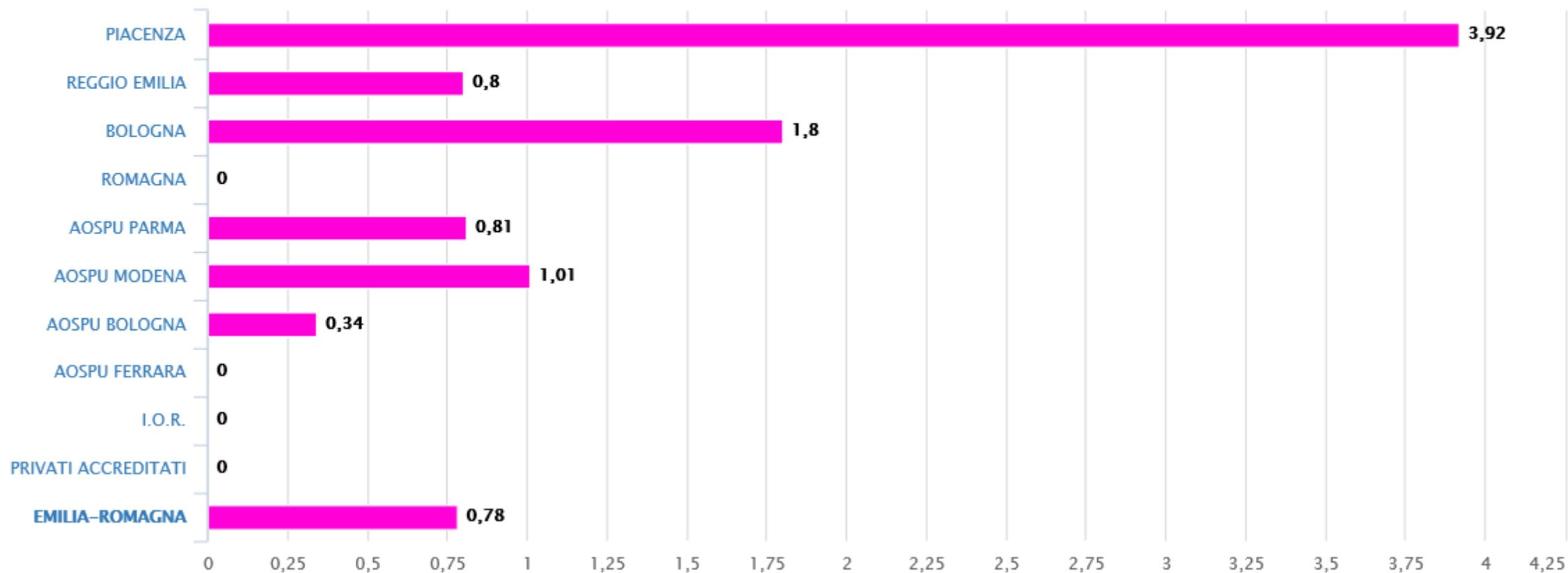
IND0399 Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni

Grafico

Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2016 - 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo400)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	4,17	6,43	6,02	 5,08

COMMENTO

La performance è migliorativa rispetto al 2017, seppure peggiore rispetto alla media regionale.

L'analisi della casistica rileva alta complessità dei pazienti trattati e, in 2 dei 6 casi di decesso a 30 giorni, l'intervento è stato condotto in urgenza.

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

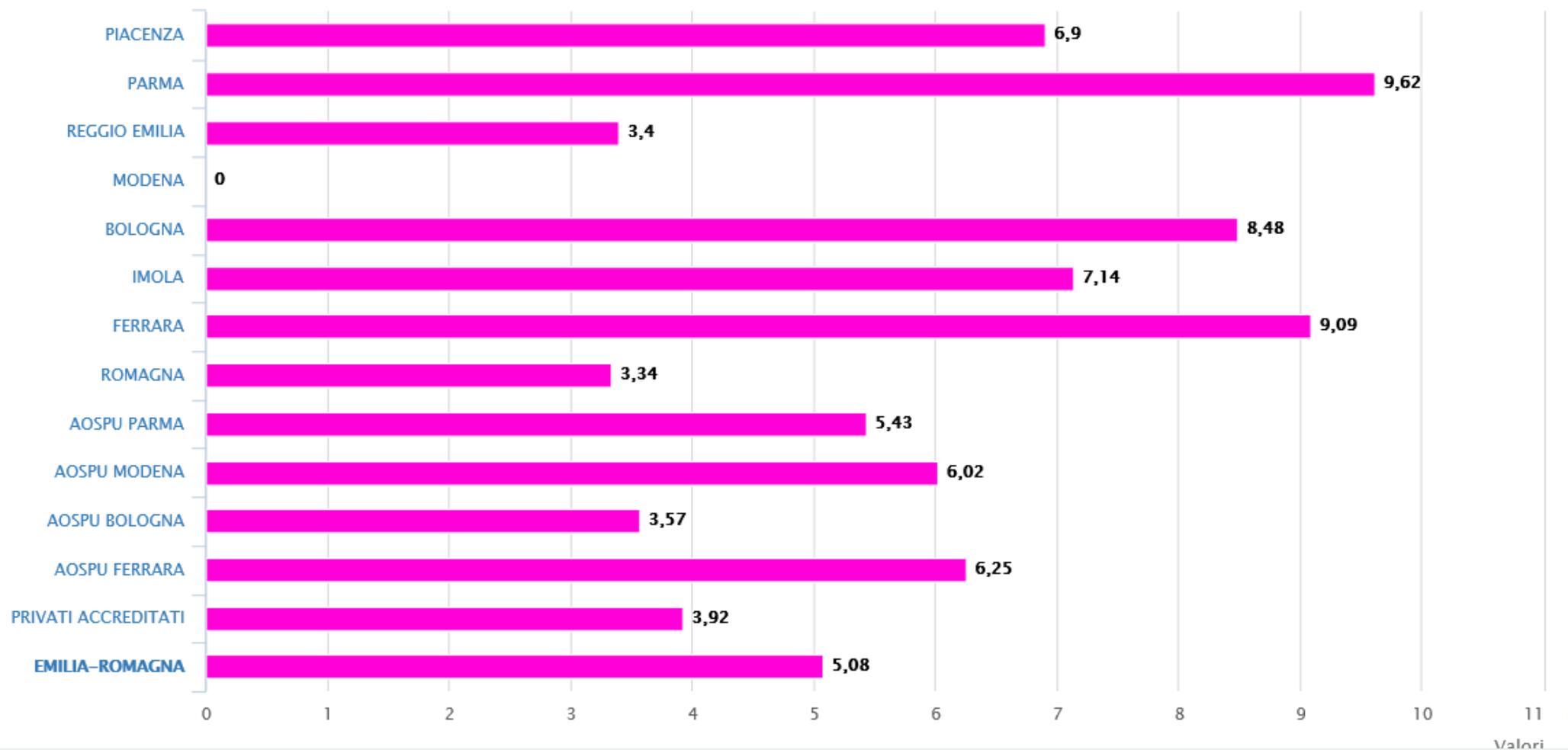
IND0400 Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni

Grafico

Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2016 - 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo401)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	3,6	3,99	3,56	 3,61

COMMENTO

Il trend del periodo è migliorativo e in linea rispetto alla media regionale.

Si è avviata la revisione del PDTA Colon Retto presente al Policlinico per definire un percorso unitario che coinvolga i professionisti dei due stabilimenti ospedalieri, con la finalità di favorire le collaborazioni tra le diverse equipe e la appropriata indicazione, per alcuni specifiche sedi di malattia, all'intervento con tecnica robotica.

L'analisi di dettaglio dei singoli casi riporta situazioni di elevata complessità, nel 50% dei quali l'intervento chirurgico si è svolto in urgenza.

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

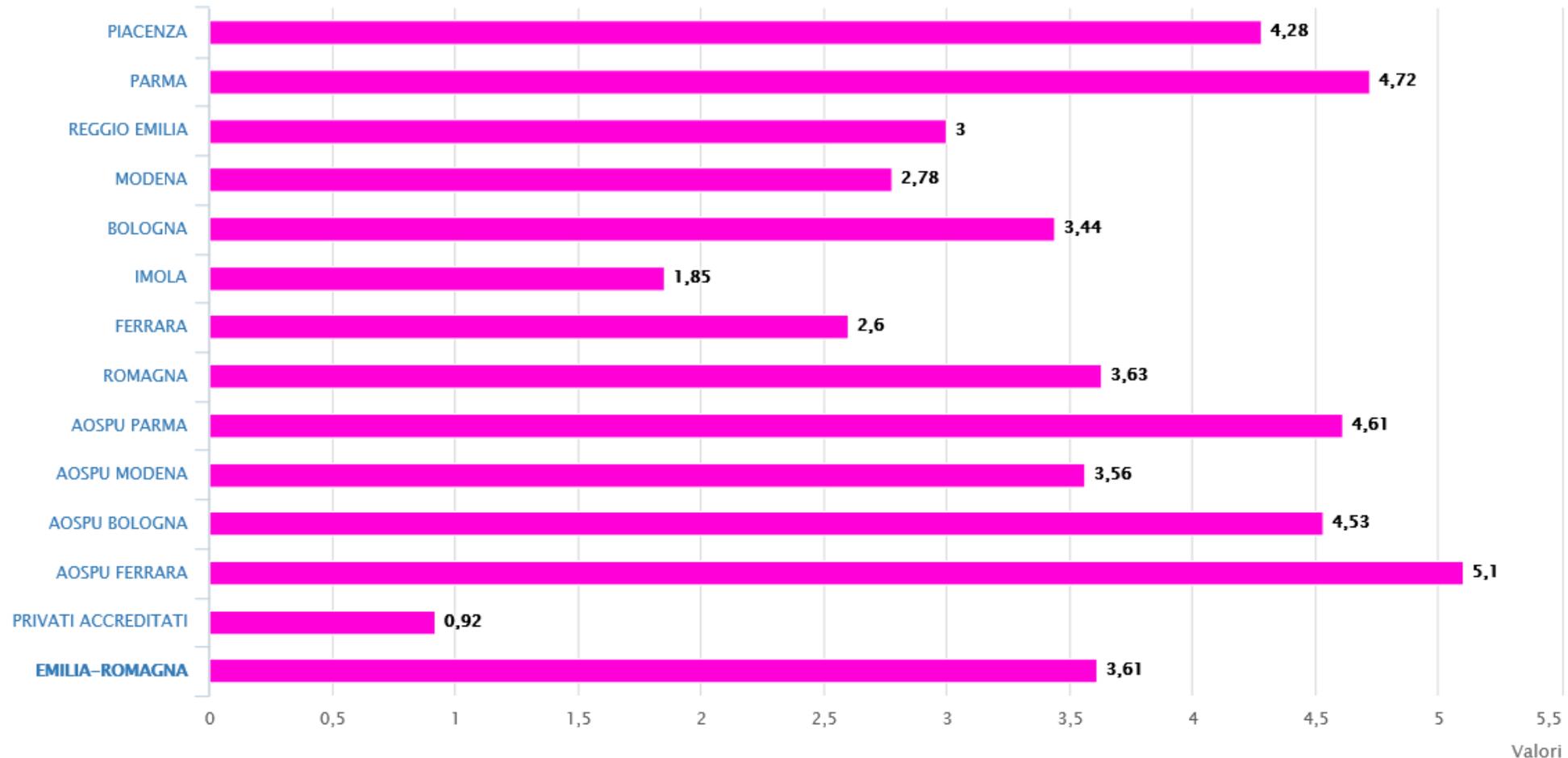
IND0401 Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni

Grafico

Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni

Anno di riferimento dei dati: 2017 - 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo4o2)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,96	1,09	1,08	 0,94

COMMENTO

Dato quasi sovrapponibile al dato medio regionale 2018.

Il dato di AOU MO, insieme ad AOU BO, è il migliore tra le AOU, dopo AOU Parma.

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

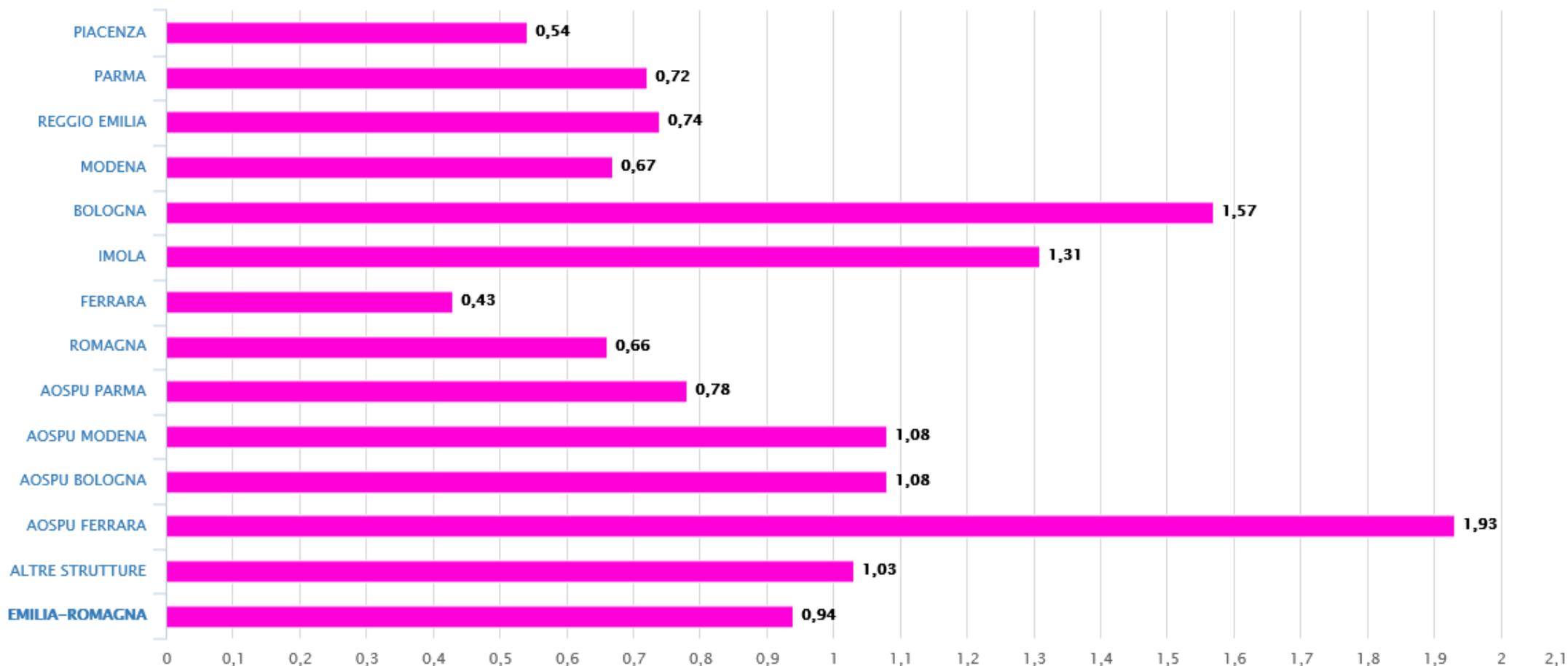
IND0402 Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2017 - 2018

↓ Vai a Stabilimento



Valori

1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo403)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,42	1,44	1,24	 1,24

COMMENTO

Dato in linea con la media regionale 2018.

Si evidenzia il trend in miglioramento del risultato rispetto al 2017 e 2016.

Si tratta della percentuale più bassa tra quelle delle AOU della RER, dopo AOU di Parma.

Legenda:

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

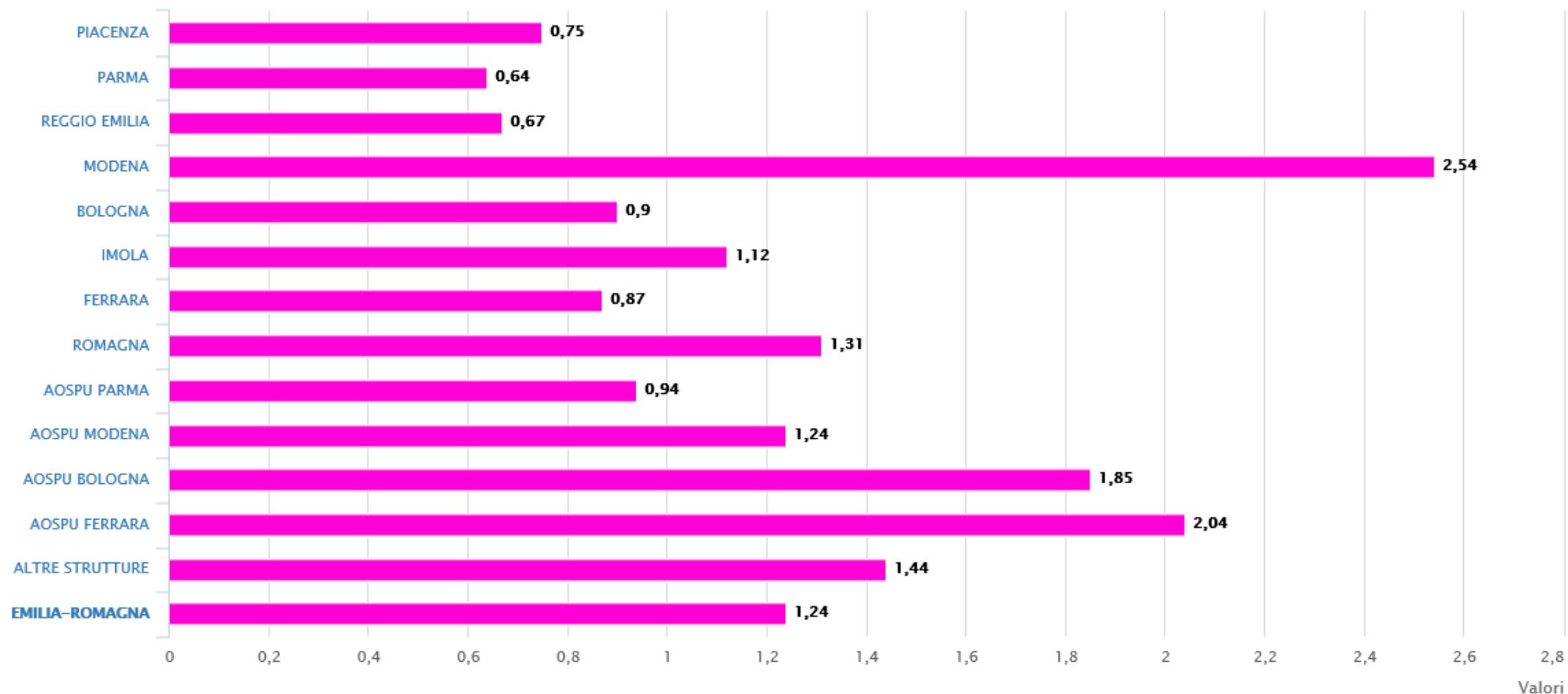
IND0403 Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2017 - 2018

[Vai a Stabilimento](#)



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo4o4)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	3	3	3	 2

COMMENTO

Il valore della performance si mantiene stabile e superiore rispetto al valore regionale.

Sono in fase di approfondimento i casi di dettaglio con la finalità di individuare aree di miglioramento della presa in carico che consentano la fluidità del processo assistenziale ed il trattamento chirurgico in tempi appropriati.

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

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

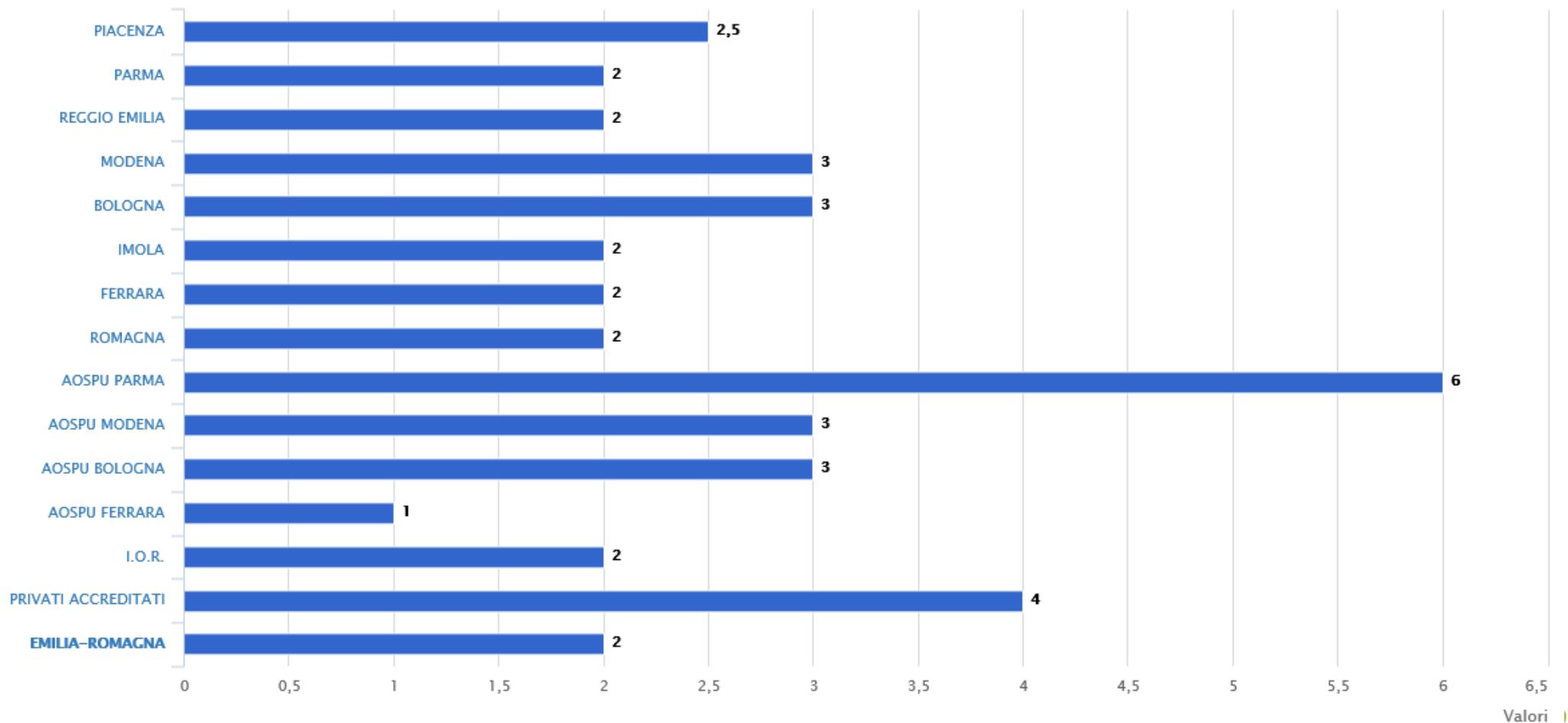
L'indicatore misura le giornate di degenza pre-operatoria relative agli interventi chirurgici per frattura di tibia/perone.

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo494)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	19,97	19,77	17,8	 17,47

COMMENTO

Il dato è da valutare in termini positivi: sovrapponibile alla media RER 2018; si tratta inoltre della percentuale più bassa tra quelle delle AOU della RER, dopo AOU Parma.

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

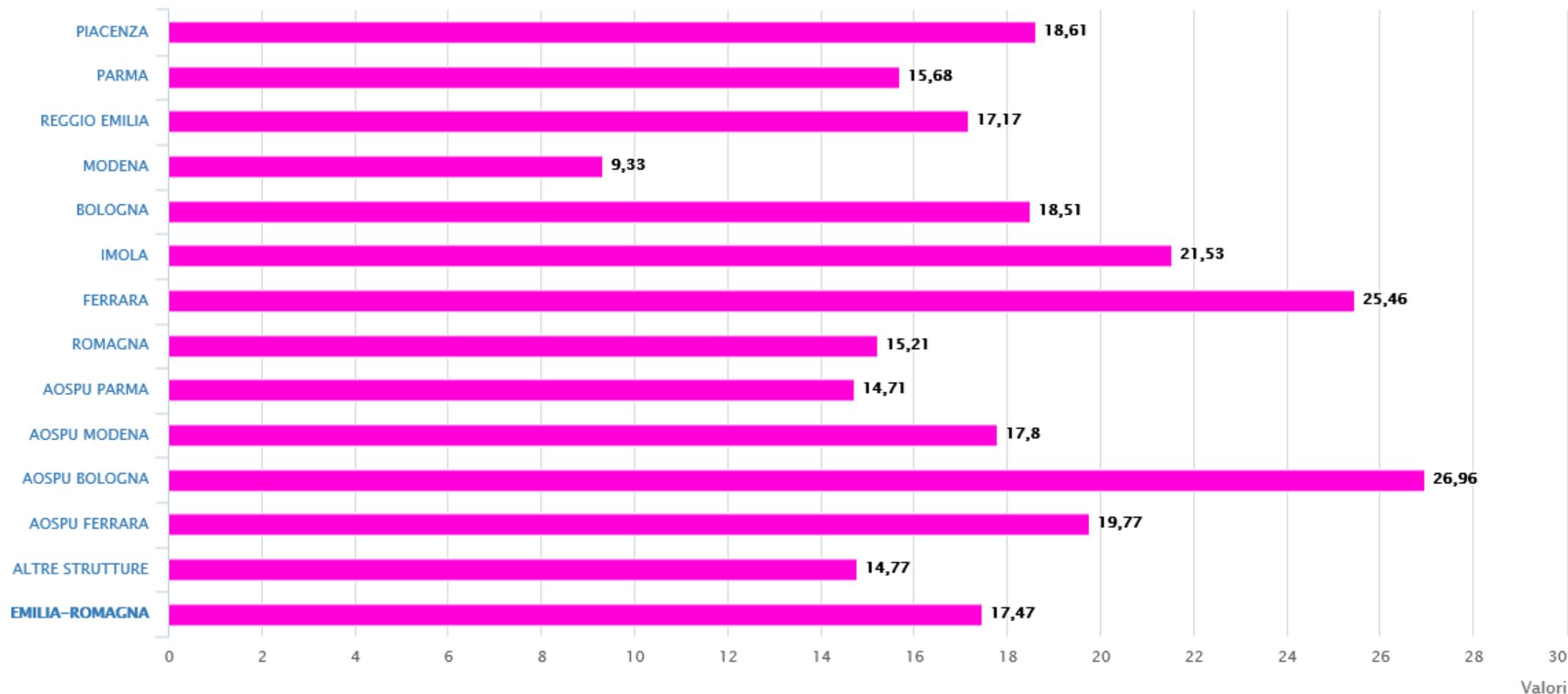
IND0494 Proporzioe di parti con taglio cesareo primario

Grafico

Proporzioe di parti con taglio cesareo primario

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti

INDICATORE (INDo772)

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	78,55	82,25	 71,36

COMMENTO

Il valore della performance è migliorativo rispetto al 2017 e molto al di sopra del valore regionale, a riprova dell'attenzione clinico-professionale ed organizzativa sul percorso.

E' presente da anni in Azienda il PDTA per la gestione della frattura del femore entro 48 ore.

Legenda:

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

IND0772 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: 2018

↓ Vai a Stabilimento



2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

OBIETTIVO PdP 2018-2020

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
INDo102 - % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,86	4,39
INDo303 - Degenza media pre-operatoria	0,71	0,65
INDo409 - Volume di accessi in PS	1.921.960	156.316
INDo411 - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	354.621	24.655
INDo412 - Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	254.222	18.710
INDo413 - Volume di ricoveri in DH per DRG medici	36.893	2.452
INDo414 - Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	88.491	6.463
INDo773 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,52	1,03
INDo774 - Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,40	0,21

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	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,33	3,39	4,39	 3,86

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

COMMENTO

L'indicatore di cui sopra riguardante i pazienti ultrasessantacinquenni risente, anche per l'anno 2018, della importante quota di pazienti ricoverati con problemi legati alla cronicità, multipatologici e con presenza di comorbidità e stati di fragilità socio-sanitaria, che rende complessa la gestione del passaggio da un contesto ospedaliero ad uno più appropriato territoriale. Proprio su questo punto si sta continuando da tempo a lavorare al fine di addivenire ad una gestione ottimale dei percorsi, anche una volta terminata la presa in carico della fase di acuzie.

Si sta lavorando di concerto con il Distretto di Modena, 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 professionalità di afferenza territoriale che agiscono direttamente in ambito ospedaliero, grazie alla presenza del PUASS (Punto Unico Accesso Socio-Sanitario) ed alla applicazione della procedura di accesso territoriale avviata con l'Azienda USL.

Considerata la complessità di cui sopra le risultanze di tali adeguamenti organizzativi potranno non necessariamente avere ricadute positive sulla durata della degenza dei pazienti in questione ma l'obiettivo è quello di continuare a fornire al meglio risposte per il territorio derivanti dalle azioni messe in campo anche in sinergia con il livello extraospedaliero.

A fine anno 2018 è stato attivato il progetto CRAPSOS (Case Residenze Anziani Pronto Soccorso Ospedaliero) mediante il quale si facilita il contatto tra territorio e ospedale, e parimenti il rientro presso le strutture.

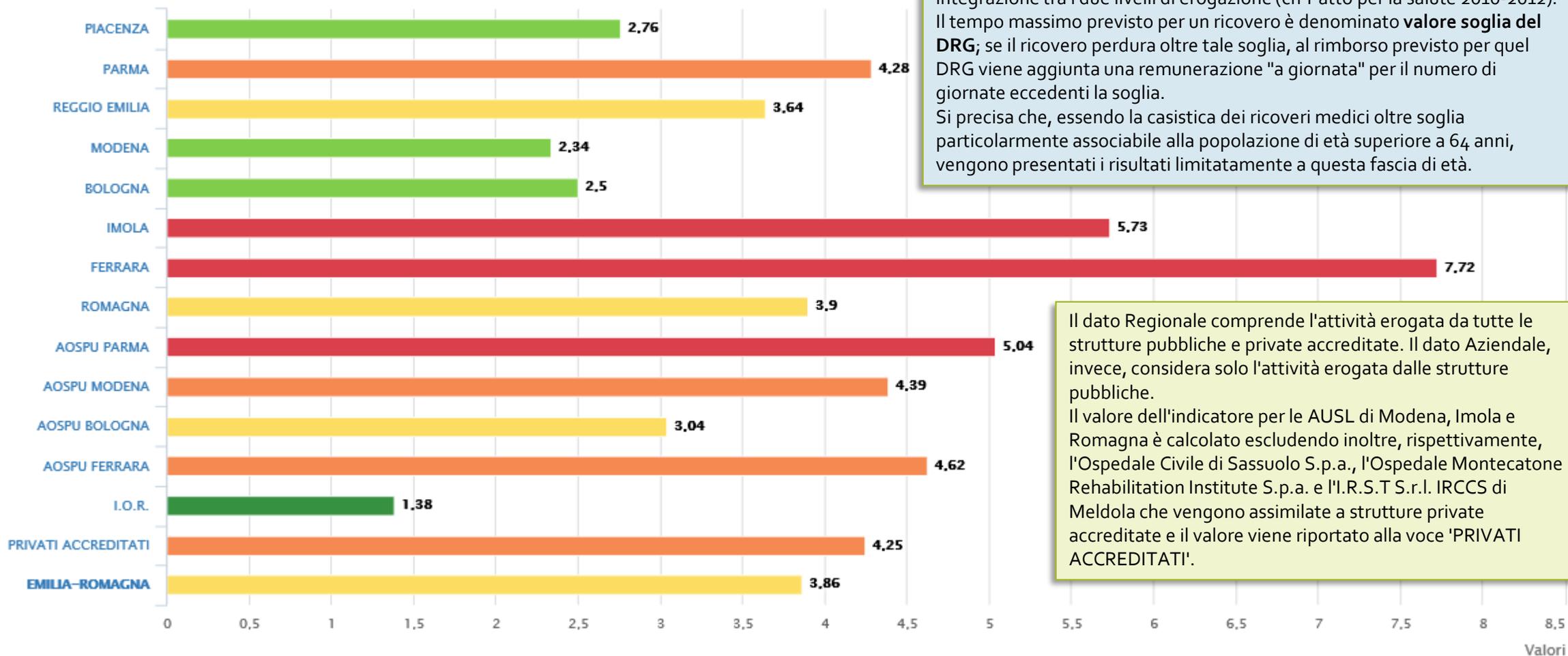
IND0102 % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



L'indicatore identifica i ricoveri acuti medici con un durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico. Una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a possibili inefficienze dell'ospedale o del territorio (es. mancanza di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare), ad una scarsa integrazione tra i due livelli di erogazione (cfr Patto per la salute 2010-2012). Il tempo massimo previsto per un ricovero è denominato **valore soglia del DRG**; se il ricovero perdura oltre tale soglia, al rimborso previsto per quel DRG viene aggiunta una remunerazione "a giornata" per il numero di giornate eccedenti la soglia. Si precisa che, essendo la casistica dei ricoveri medici oltre soglia particolarmente associabile alla popolazione di età superiore a 64 anni, vengono presentati i risultati limitatamente a questa fascia di età.

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

2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (IND0303)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Degenza media pre-operatoria	0,49	0,71	0,65	 0,71

COMMENTO

Il valore della performance è migliorato rispetto al 2017 e permane al di sotto del valore regionale.

In ottemperanza alla DGR 272/2017, su entrambi gli stabilimenti ospedalieri si è centralizzato il prericovero e si è omogeneizzato il percorso preoperatorio, in accordo con i professionisti anestesisti.

Tali interventi organizzativi e di appropriatezza clinica hanno consentito di svolgere nella massima parte dei casi tutti gli accertamenti ed approfondimenti necessari e propedeutici all'intervento chirurgico senza ricorrere al ricovero.

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

IND0303 Degenza media pre-operatoria

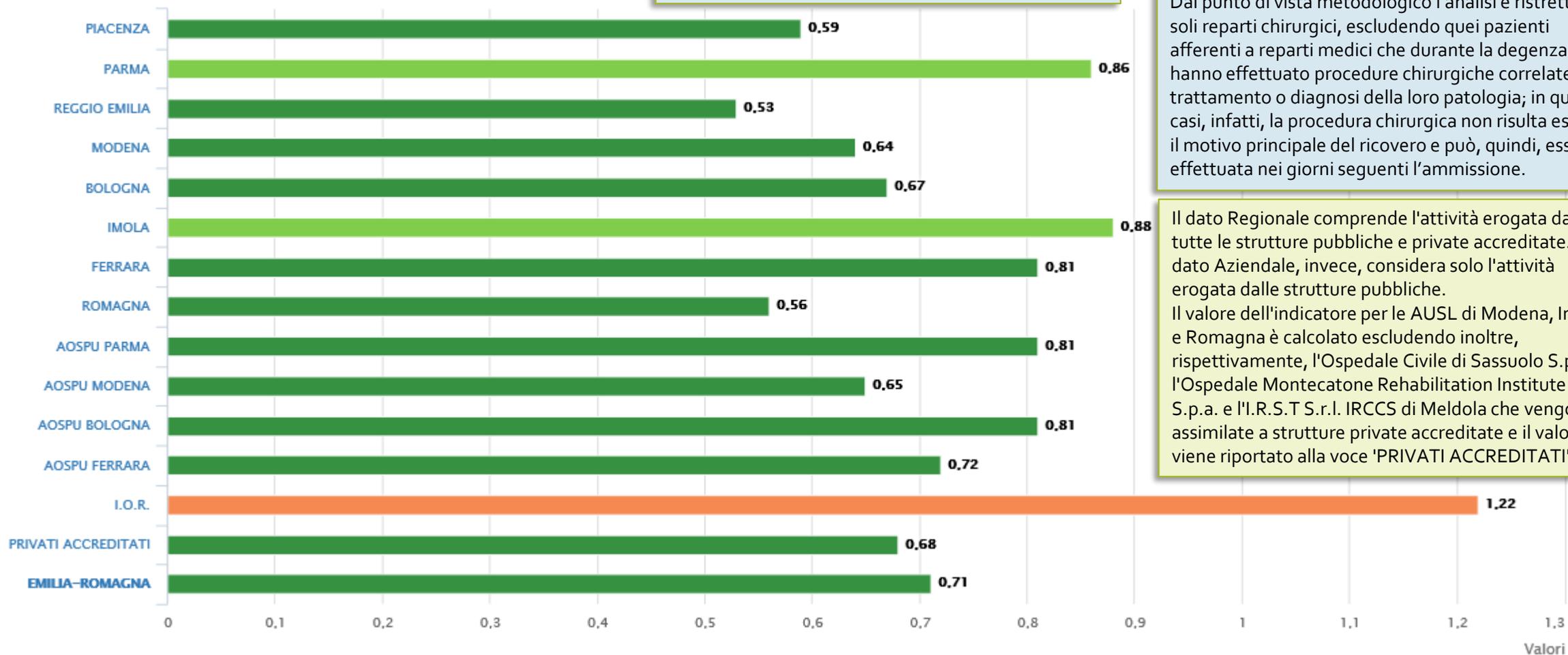
Grafico

Degenza media pre-operatoria

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ 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 e il valore viene riportato alla voce 'PRIVATI ACCREDITATI'.

2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (INDo409)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2019
Volume di accessi in PS	107.666	153.785	156.316	 1.921.960

COMMENTO

L'attività dell'Azienda nel corso del 2018 ha fatto registrare un sostanziale mantenimento dei volumi di erogazione delle principali prestazioni sanitarie in ricovero.

Si riscontra un aumento degli accessi presso il Pronto Soccorso, a livello complessivo, che fa attestare la AOU di Modena come azienda ospedaliera regionale con il maggior volume di accessi.

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 anche per l'anno 2018 non si sono dimostrati di significativa gravità rispetto all'andamento dell'anno precedente.

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

IND0409 Volume di accessi in PS

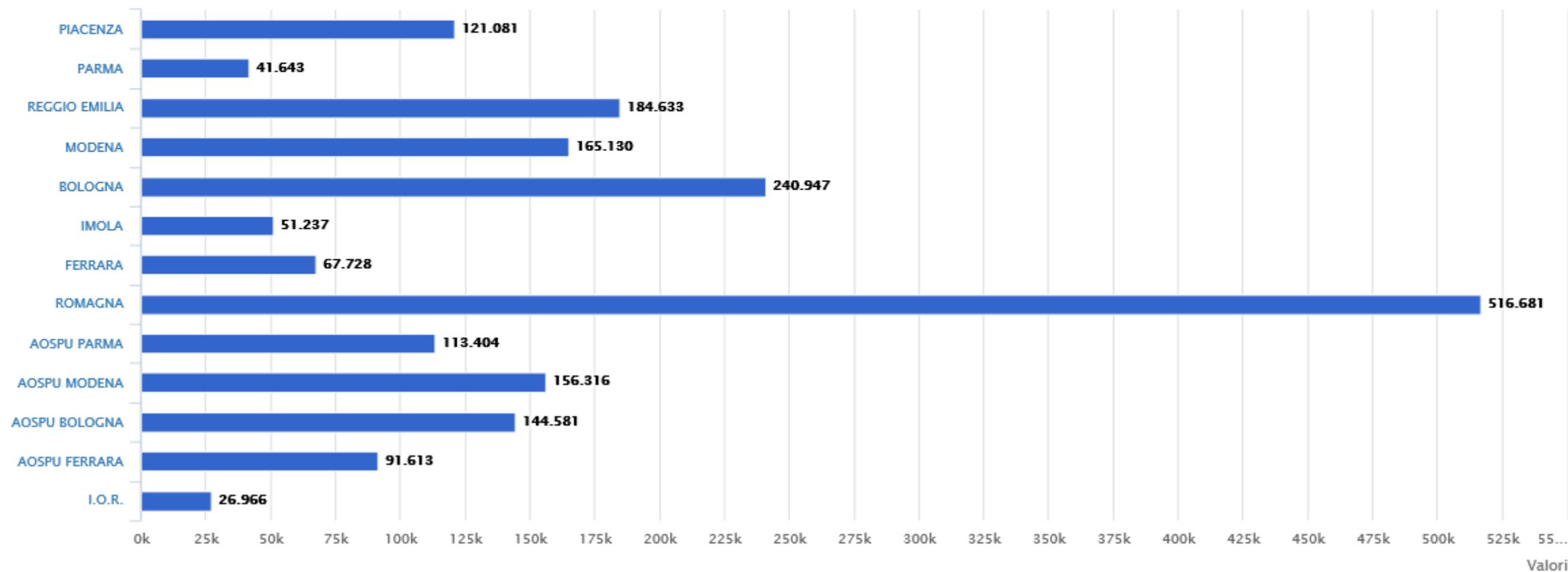
I Sistemi Sanitari devono essere in grado di rispondere alla domanda garantendo volumi e mix di prestazioni adeguate. L'indicatore misura, in termini di accessi, l'offerta complessiva Regionale di servizi di Pronto Soccorso .

Grafico

Volume di accessi in PS

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (INDo411)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	14.547	24.496	24.655	 354.621

COMMENTO

L'attività dell'Azienda nel corso del 2018 ha fatto registrare un sostanziale mantenimento dei volumi di erogazione delle principali prestazioni sanitarie in ricovero.

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

IND0411 Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici

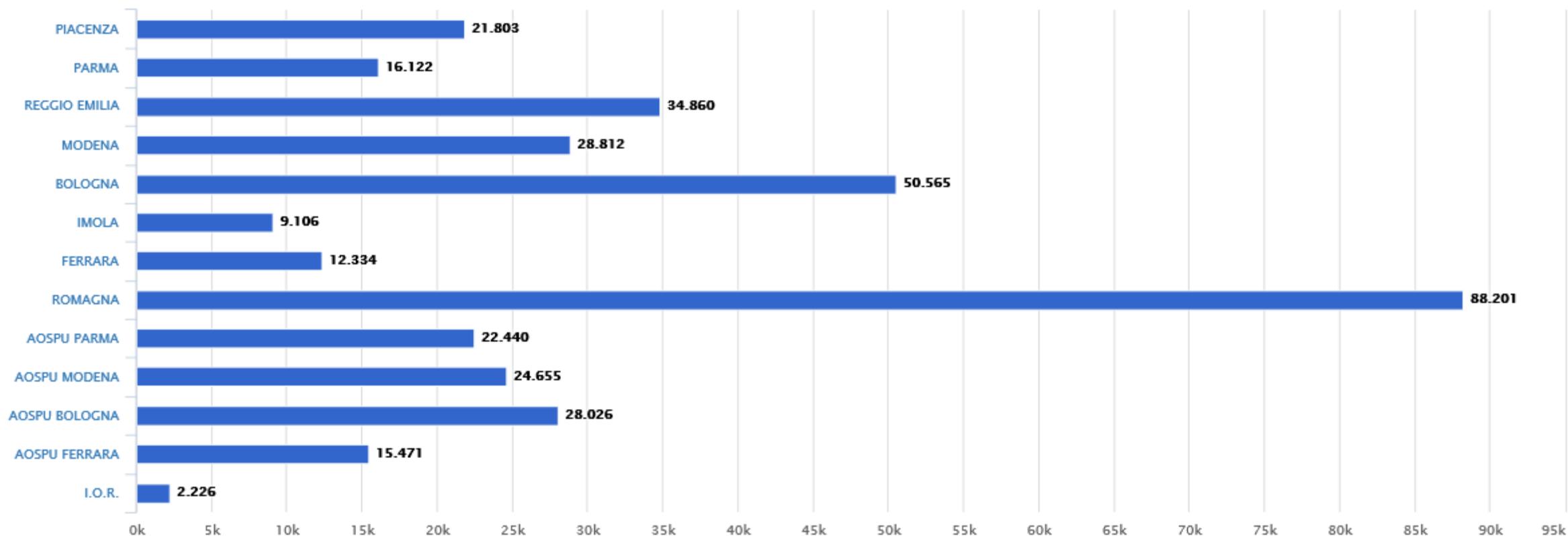
I Sistemi Sanitari devono essere in grado di rispondere alla domanda garantendo volumi e mix di prestazioni appropriate. L'indicatore misura il volume complessivo di ricoveri in regime ordinario per DRG medici erogati dalle Strutture Sanitarie Regionali.

Grafico

Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



Valori

2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (INDo412)

Indicatore 27	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	12.017	18.971	18.710	 254.222

COMMENTO

L'attività dell'Azienda nel corso del 2018 ha fatto registrare un sostanziale mantenimento dei volumi di erogazione delle principali prestazioni sanitarie in ricovero.

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

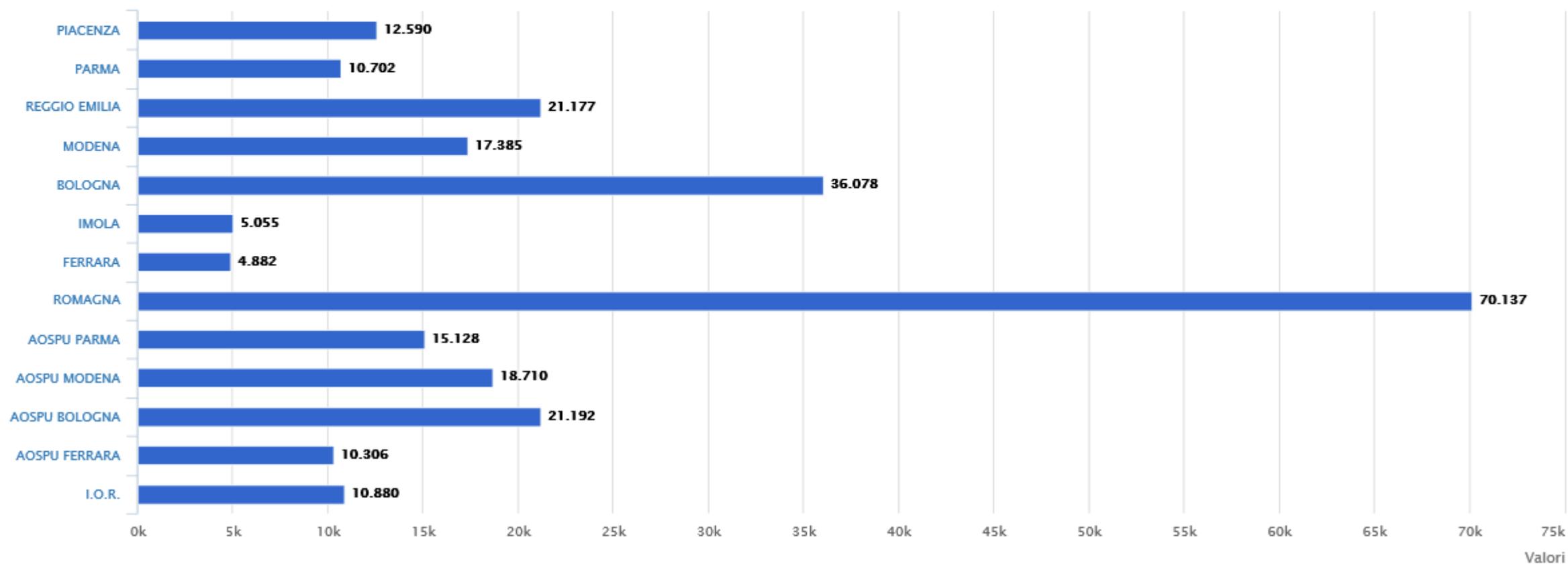
IND0412 Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici

Grafico

Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (INDo413)

Indicatore 28	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	4.043	2.444	2.452	 36.893

COMMENTO

L'attività dell'Azienda nel corso del 2018 ha fatto registrare un sostanziale mantenimento dei volumi di erogazione delle principali prestazioni sanitarie in ricovero.

Legenda:

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

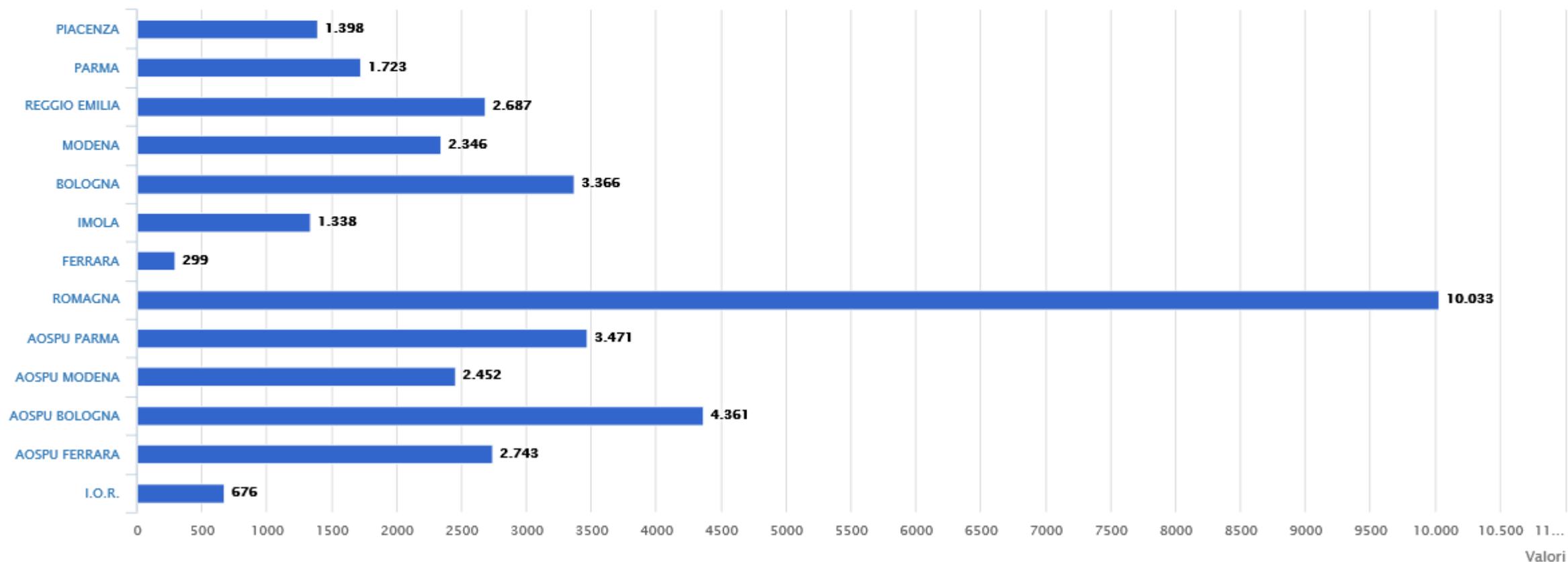
IND0413 Volume di ricoveri in DH per DRG medici

Grafico

Volume di ricoveri in DH per DRG medici

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (INDo414)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2018
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	5.194	6.471	6.463	 88.491

COMMENTO

L'attività dell'Azienda nel corso del 2018 ha fatto registrare un sostanziale mantenimento dei volumi di erogazione delle principali prestazioni sanitarie in ricovero.

Nello specifico, la AOU di Modena si colloca come prima azienda ospedaliera in regione per volume di dimissioni in regime di day hospital per casistica chirurgica.

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

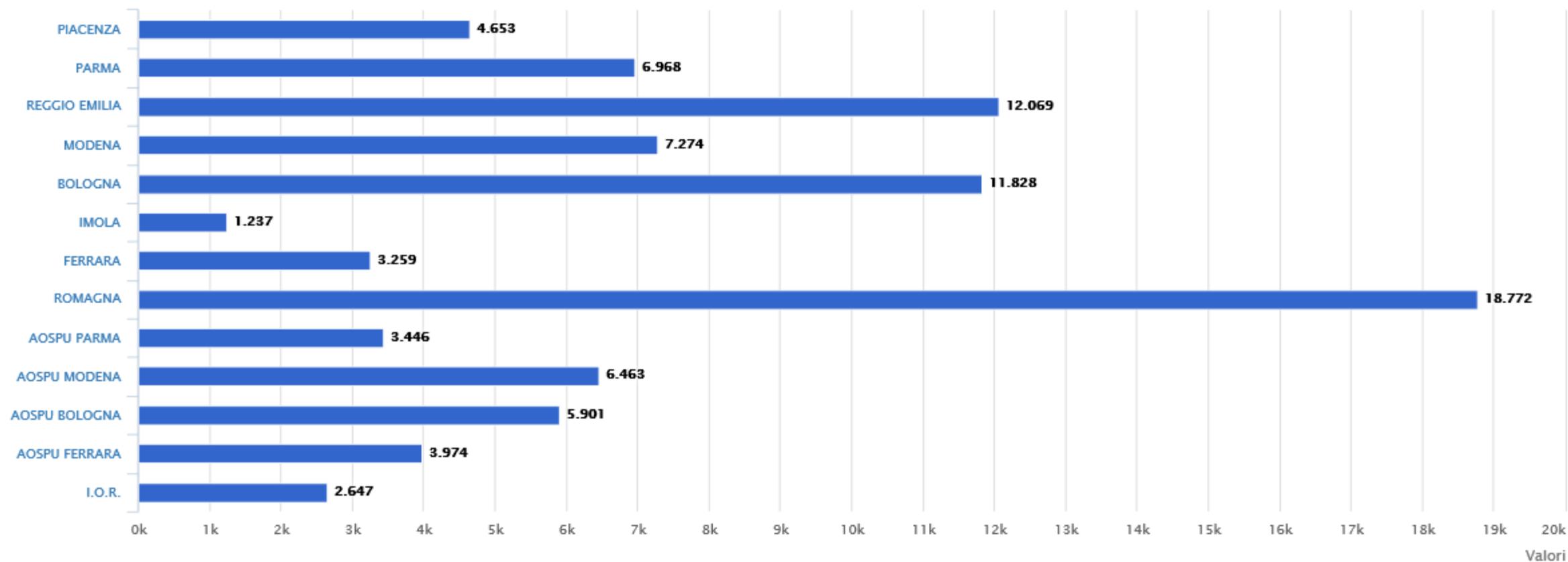
IND0414 Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici

Grafico

Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (INDo773)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	1,16	1,01	1,03	 0,52

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

COMMENTO

La performance dell'indicatore risulta deficitaria sull'intero panorama regionale, dove la media di 0,52 espressa viene generata dal -0,78 dei privati accreditati, unica performance positiva (indice <0) sul territorio.

La AOU di Modena esprime un valore sostanzialmente in linea con l'indice 2017 ed in trend i miglioramento rispetto al 2016.

Il confronto con le altre aziende sanitarie regionale la vede seconda al solo S. Orsola (0,52), escluso lo IOR, ma con un indice più efficiente delle restanti compagini territoriali.

La performance media di 1,03 della AOU di Modena esprime il punto di equilibrio fra l'indice di 0,82 relativo alla casistica chirurgica del Policlinico e l'1,29 delle dimissioni da OC di Baggiovara.

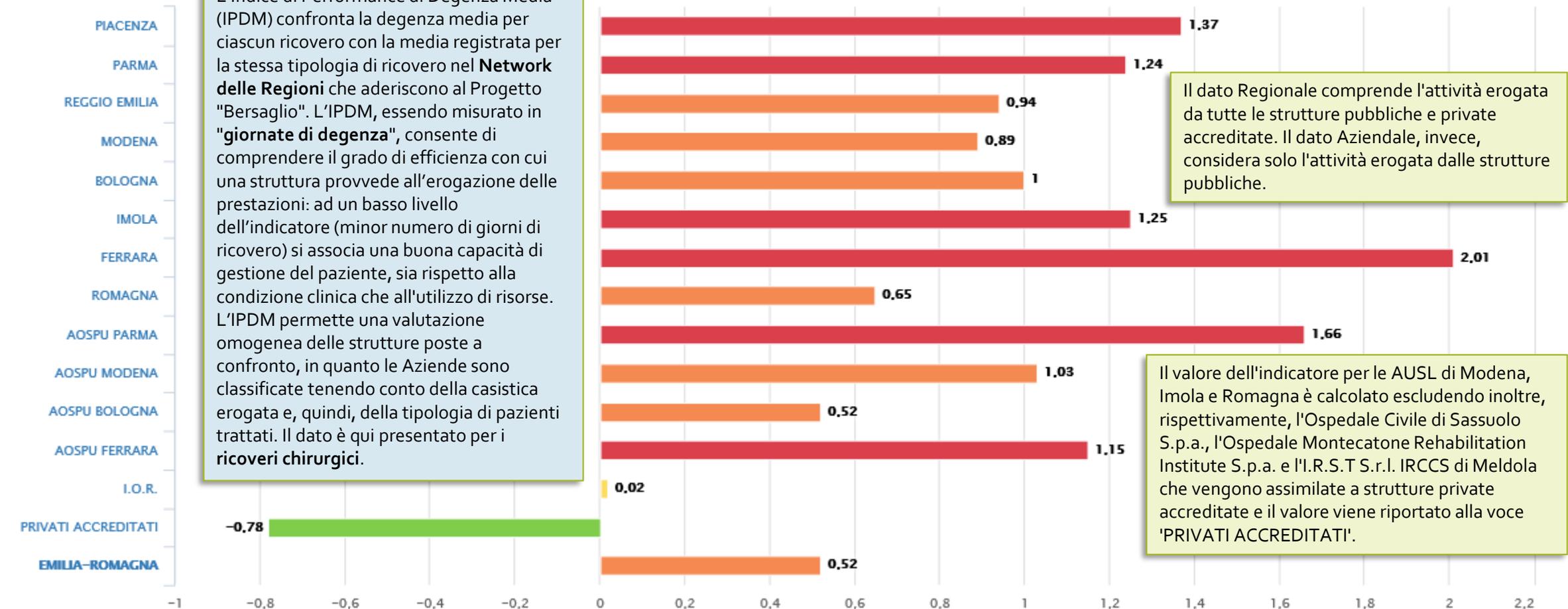
IND0773 Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ 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 e il valore viene riportato alla voce 'PRIVATI ACCREDITATI'.

2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

INDICATORE (INDo774)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,36	0,24	0,21	 0,40

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

COMMENTO

Anche con riferimento alla casistica medica, la performance dell'indicatore risulta deficitaria su gran parte dello scenario regionale, dove la media di 0,40 espressa viene sostanzialmente bilanciata al ribasso dal -1,88 dello IOR, unica performance decisamente positiva (indice <0) sul territorio.

La AOU di Modena esprime un valore in leggero miglioramento sia rispetto al 2017 che nei confronti del 2016.

Il confronto con le altre aziende sanitarie regionale la vede in prima posizione, sostanzialmente allineata all'indice della AOU di Bologna (0,23).

La performance media di 0,21 della AOU di Modena esprime il punto di equilibrio fra l'indice di 0,26 relativo alla casistica chirurgica del Policlinico e lo 0,12 delle dimissioni da OC di Baggiovara.

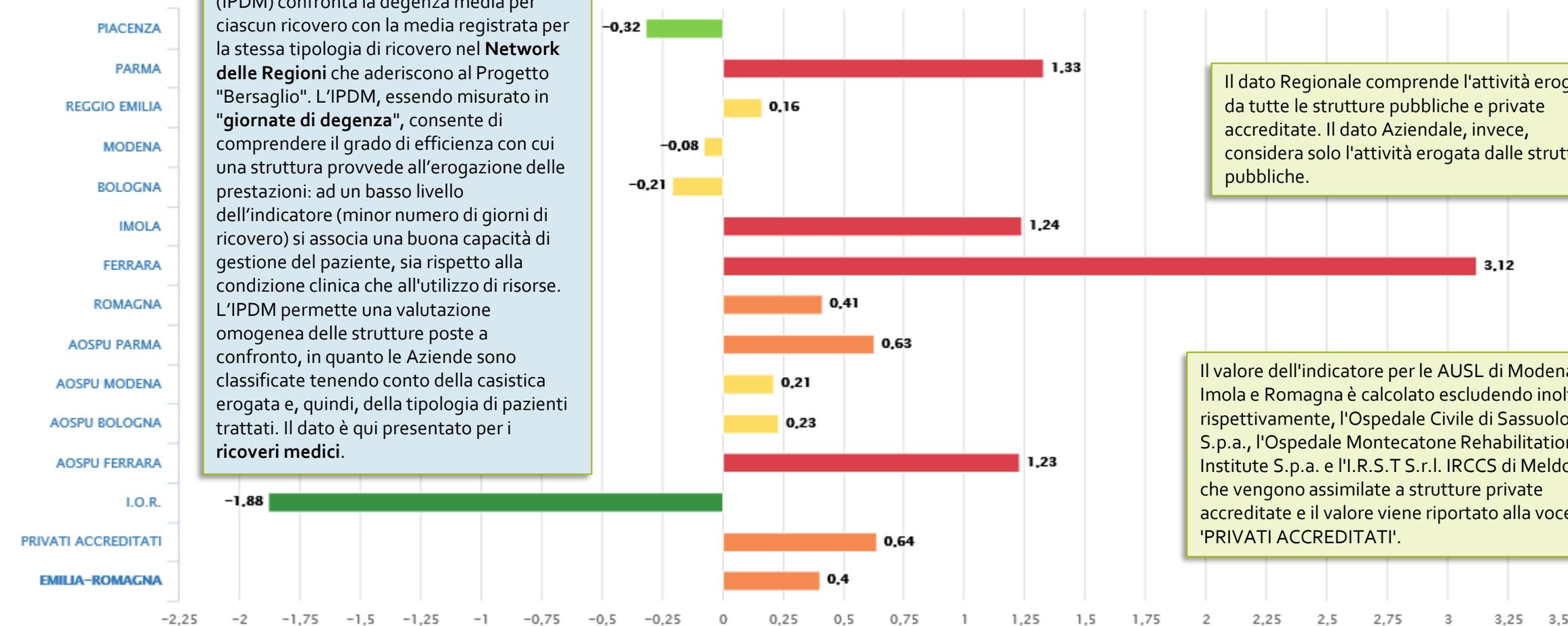
IND0774 Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ 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 e il valore viene riportato alla voce 'PRIVATI ACCREDITATI'.

2. Dimensione performance: processi interni

2.2 Area performance: produzione-territorio

OBIETTIVO PdP 2018-2020

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	AOSPU MODENA	AOSPU MODENA
INDo415 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	7.117.094	291.402
INDo416 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	6.669.619	367.248
INDo417 - Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	47.878.684	1.282.937

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

2. Dimensione performance: processi interni

2.2 Area performance: produzione-territorio

INDICATORE (IND0415)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	173.413	282.593	291.402	 7.117.094

COMMENTO

La produzione di diagnostica in regime ambulatoriale è in continuo incremento negli anni, principalmente per la continuità assistenziale ed i follow-up dei pazienti cronici ed oncologici.

In accordo con l'Azienda USL si è avviato ad ottobre 2018 un progetto di potenziamento dell'offerta di prestazioni radiologiche e neuroradiologiche pesanti (TC e RMN) per assicurare la presa in carico di specifici ambiti assistenziali.

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

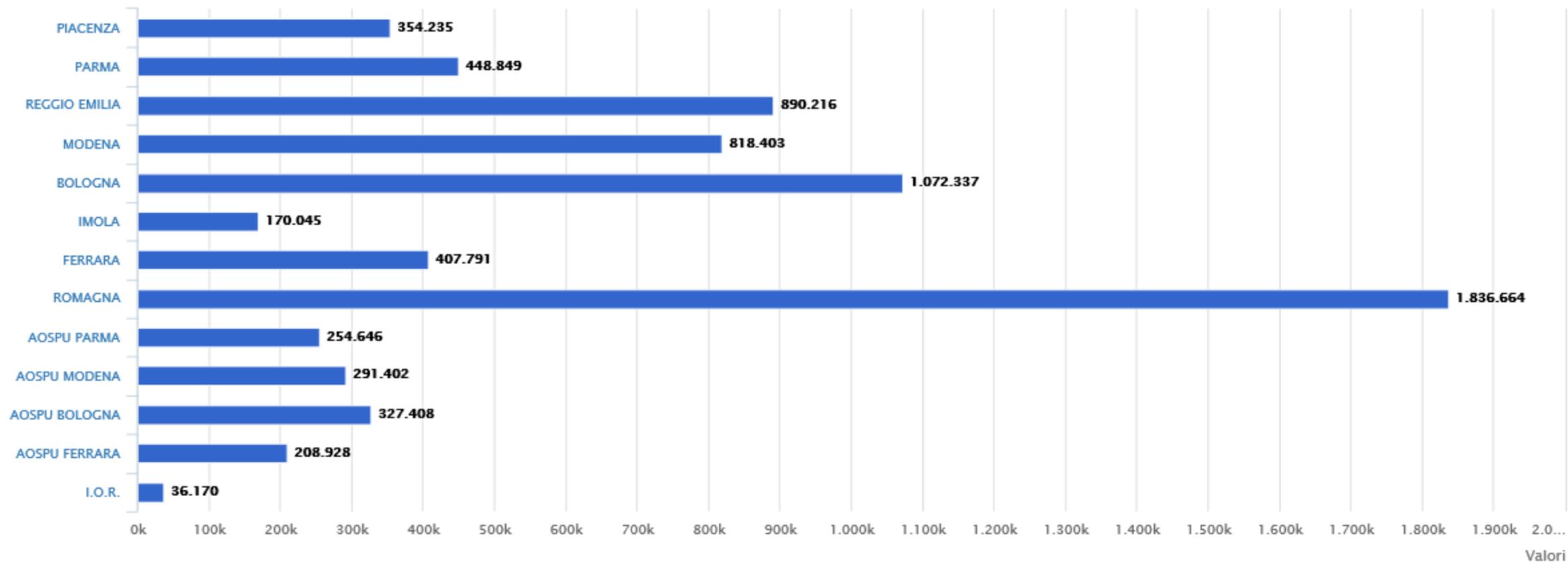
IND0415 Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica

Grafico

Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



2. Dimensione performance: processi interni

2.2 Area performance: produzione-territorio

INDICATORE (INDo416)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	243.867	351.389	367.248	 6.669.619

COMMENTO

La produzione di attività specialistica ambulatoriale è in progressivo aumento ogni anno.

La AUSL, nel ruolo di Azienda committente, ha incrementato sul 2018 le richieste di visite per il circuito CUP provinciale ai fini del rispetto degli obiettivi regionali sui tempi di attesa (DGR 1056/2015).

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

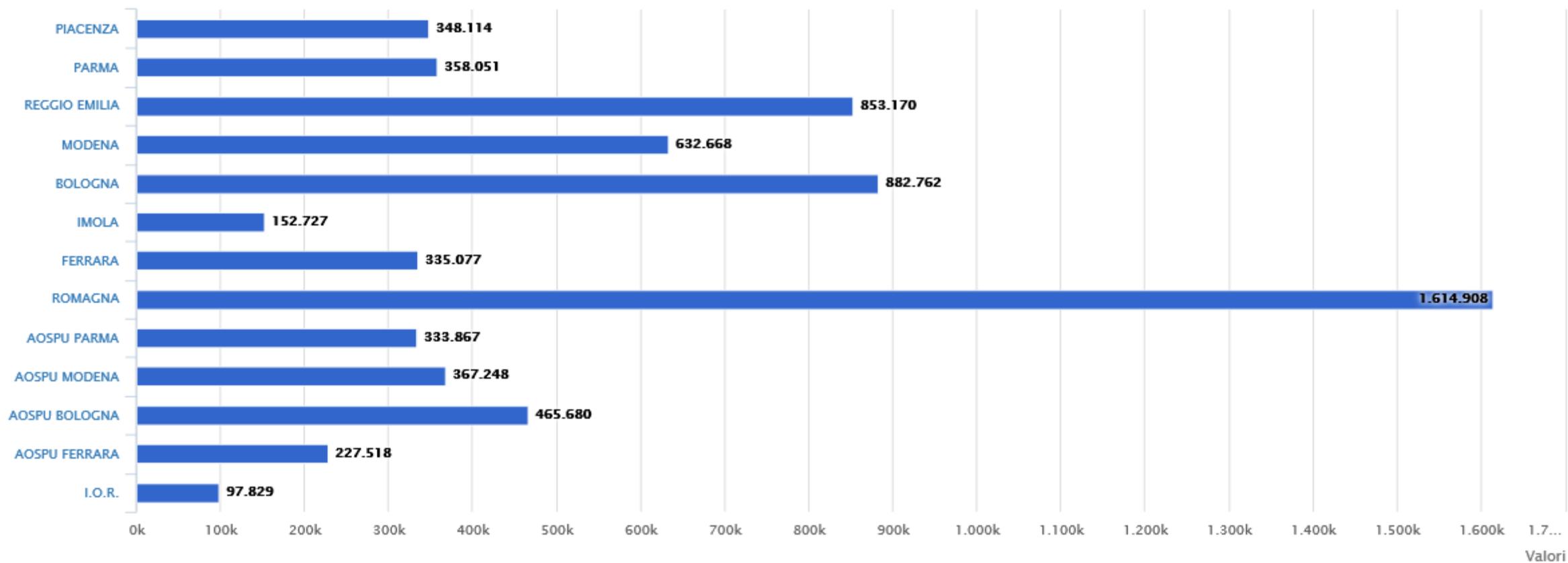
IND0416 Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite

Grafico

Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



2. Dimensione performance: processi interni

2.2 Area performance: produzione-territorio

INDICATORE (INDo417)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.199.305	1.227.530	1.282.937	 47.878.684

COMMENTO

L'attività di laboratorio, in analogia alle altre aree specialistiche, è in continuo incremento negli anni, con particolare riferimento alla diagnostica genetica e all'approfondimento specifico nei campi della patologia molecolare e della anatomia patologica, aree per le quali la AOU è riferimento provinciale o sovraprovinciale (es. percorso assistenziale per donne con rischio ereditario di patologia tumorale mammaria ed ovarica).

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

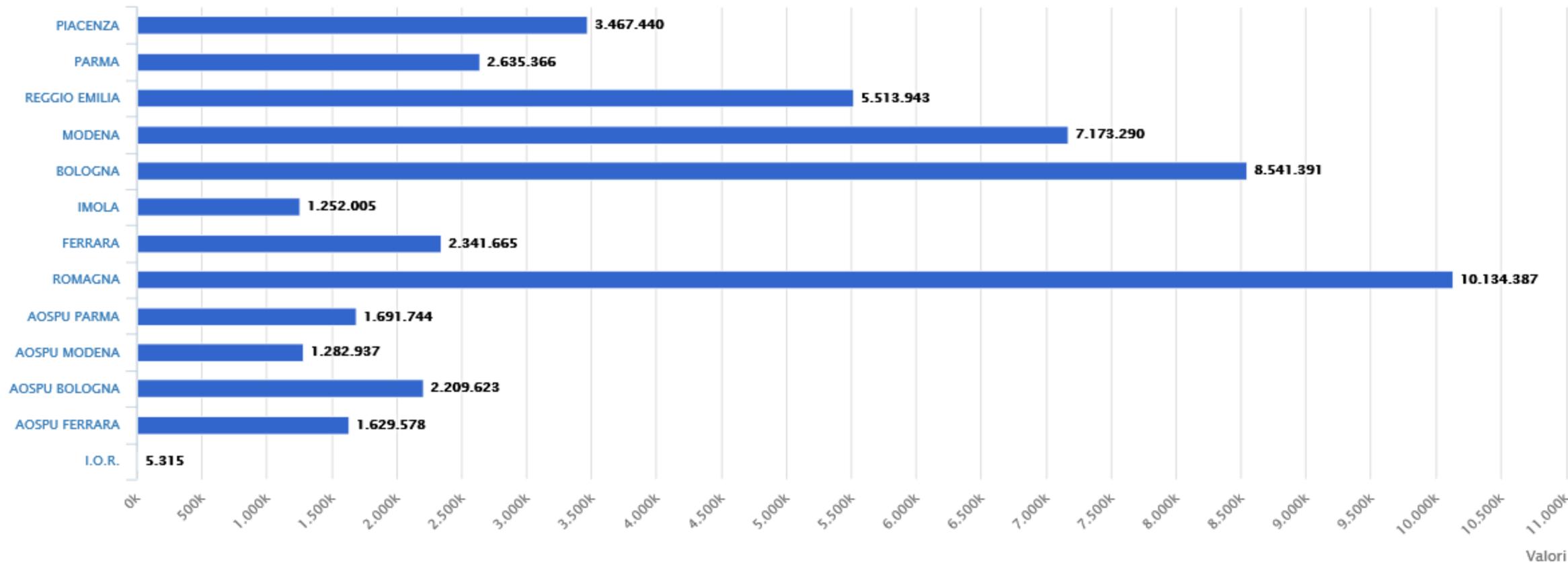
IND0417 Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio

Grafico

Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



2. Dimensione performance: processi interni

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

OBIETTIVO PdP 2018-2020

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 InSiDER, 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
INDo125 - % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	51,48	54,73
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	0,20	0,19
INDo621 - Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	6,38	9,91
INDo622 - Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	3,35	3,66

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 (IND0125)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	53,75	52,60	54,73	 51,48

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

COMMENTO

La performance aziendale dell'anno 2018 (54,73%) fa registrare un marcato miglioramento rispetto al già positivo valore del biennio 2016-2017, collocando la AOU di Modena al di sopra della media regionale (51,48%) e tra le migliori aziende ospedaliere in Regione (seconda solo a Ferrara [57,15]).

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 55,32%, in ulteriore miglioramento rispetto al 53,11% del 2017, mentre per l'Ospedale Civile di Baggiovara il valore è pari al 49,62%, anche in questo caso in miglioramento rispetto al 48,41% del 2017.

In entrambe le sedi sono proseguite nel 2018 azioni finalizzate all'identificazione delle casistiche trasferibili da DO a Day Surgery/ambulatoriale e all'attuazione di misure riorganizzative atte a favorire l'erogazione di interventi chirurgici in tali regimi garantendo la sicurezza per il paziente.

Si mantiene alta l'attenzione organizzativa ed il confronto con i professionisti per facilitare e supportare l'erogazione degli interventi chirurgici nel setting appropriati, riducendo le giornate di degenza non necessarie.

L'implementazione di aree di degenza breve in entrambi gli stabilimenti facilita la pianificazione coerente all'obiettivo.

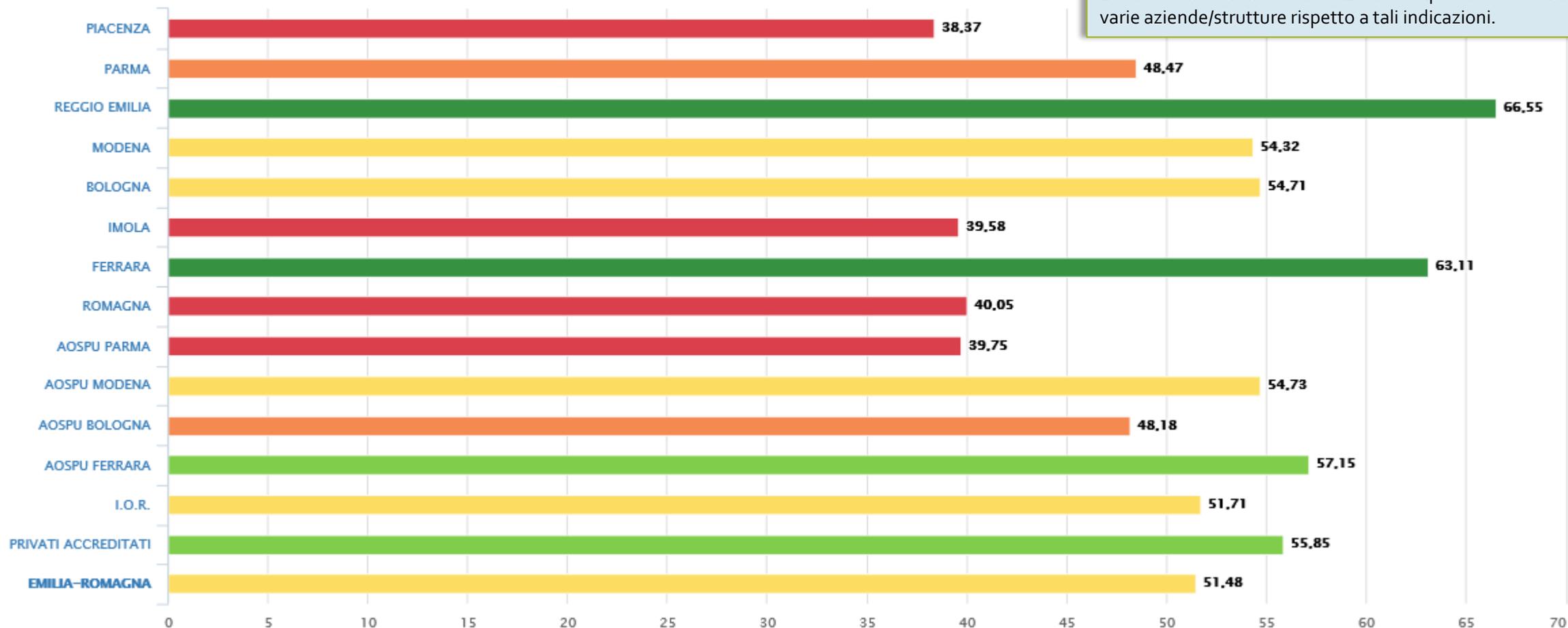
IND0125 % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici

Grafico

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

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ 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 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	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,25	0,20	0,19	 0,20

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

COMMENTO

L'indicatore evidenzia un raggiungimento pieno dell'obiettivo.

La performance della AOU di Modena sul 2018 (0,19) risulta non solo inferiore al valore medio regionale (0,20) ma in linea con le linee guida definite in Griglia LEA a livello nazionale (DRG potenzialmente inappropriati/ appropriati (griglia LEA) <0,19).

Obiettivo raggiunto grazie al programma di lavoro specifico sviluppato dall'Ufficio DRG, con particolare rilevanza sul controllo della casistica dell'OC di Baggiovara, analizzata con strumenti omogenei rispetto al Policlinico a far data dall'avvio della Sperimentazione Gestionale.

Come segnalato anche nella relazione 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.

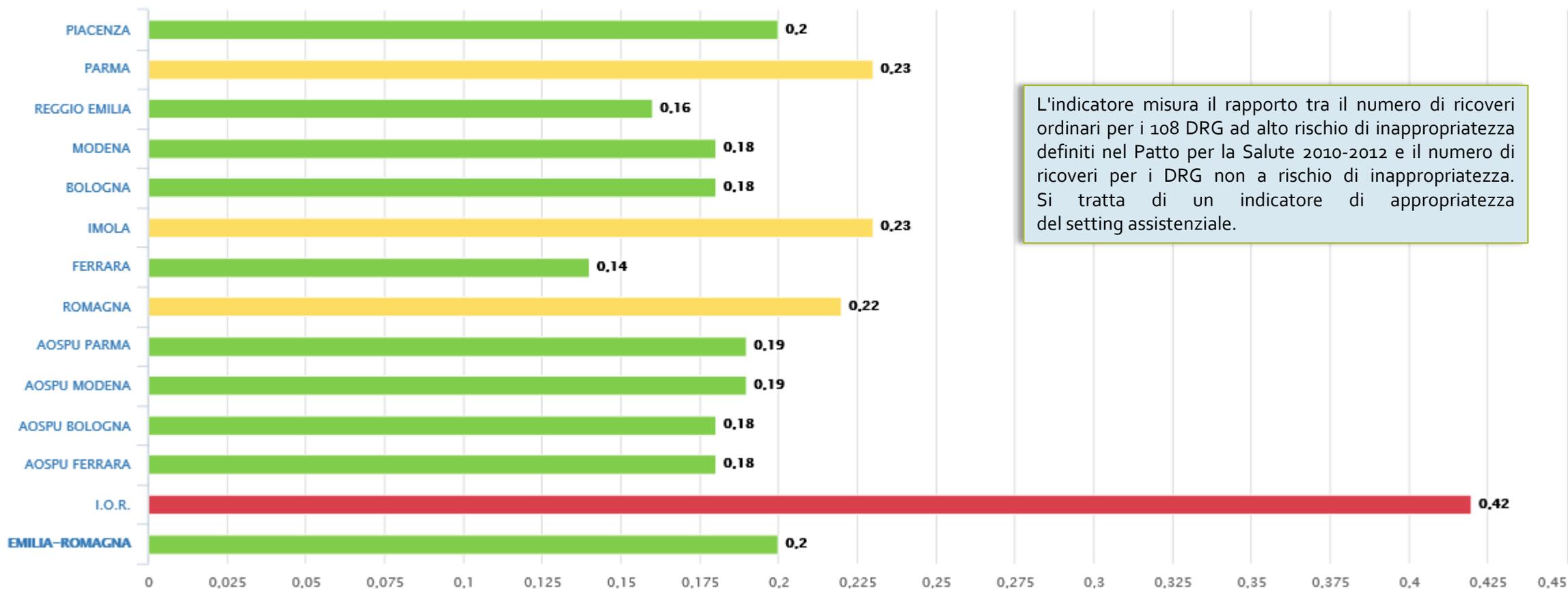
IND0216 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - GRIGLIA LEA

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: 2018

↓ Vai a Stabilimento



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.

2. Dimensione performance: processi interni

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

INDICATORE (INDo621)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2,68	8,93	9,91	 6,38

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, malattie oncologiche/ematologiche e chirurgia della mano.

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.

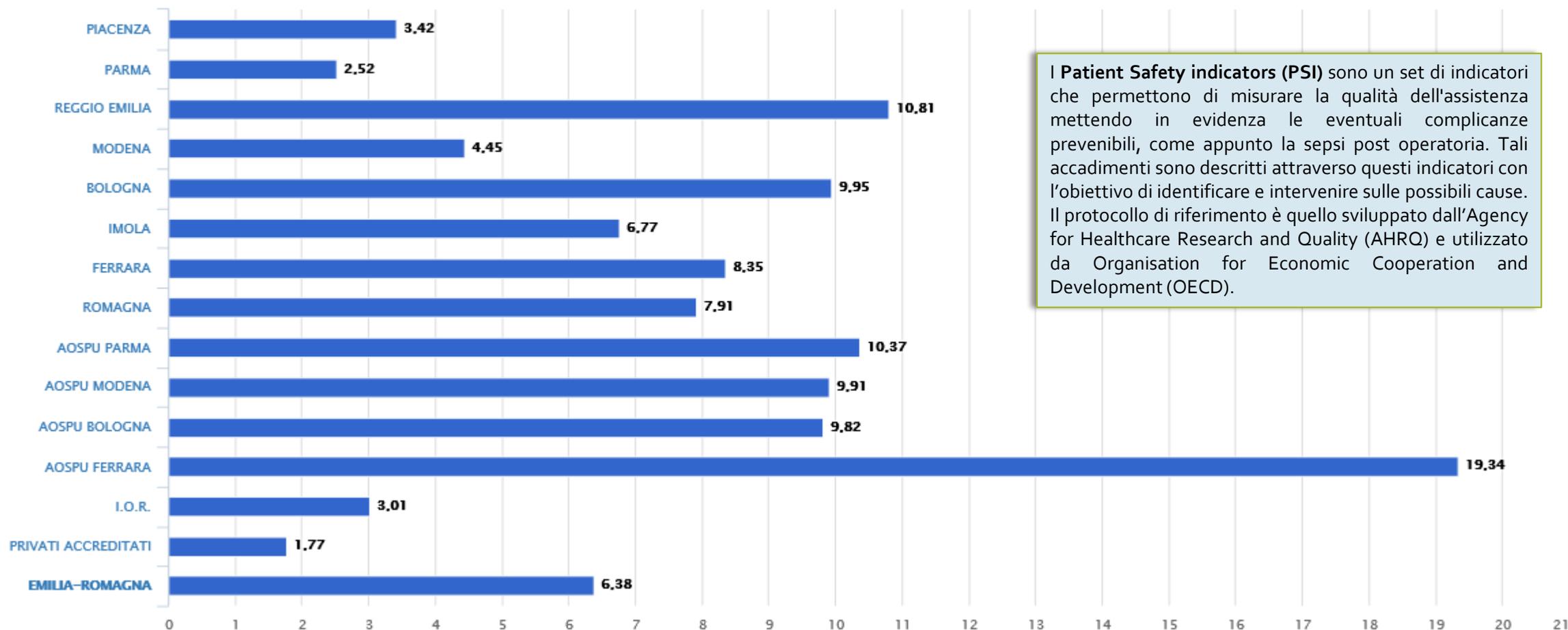
IND0621 Sepsì post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici

Grafico

Sepsì post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



I **Patient Safety indicators (PSI)** sono un set di indicatori che permettono di misurare la qualità dell'assistenza mettendo in evidenza le eventuali complicanze prevenibili, come appunto la sepsì post operatoria. Tali accadimenti sono descritti attraverso questi indicatori con l'obiettivo di identificare e intervenire sulle possibili cause. Il protocollo di riferimento è quello sviluppato dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e utilizzato da Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD).

2. Dimensione performance: processi interni

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

INDICATORE (INDo622)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2,47	3,35	3,66	 3,35

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

COMMENTO

Il trend dell'indicatore risulta in aumento nell'ultimo triennio ed il valore 2018 si pone leggermente al di sopra della media regionale.

Considerando tuttavia il dato a livello regionale fra le sole aziende ospedaliere, la performance della AOU di Modena risulta decisamente positiva: 3,66 in linea con il 3,64 dello IOR e ben al di sotto del 5,89 di Bologna, del 6,79 di Ferrara e del 6,84 di Parma.

A Modena, 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.

Sono proseguiti nel 2018 gli approfondimenti e le implementazioni delle pratiche cliniche, che troveranno riscontro nel corso del 2019.

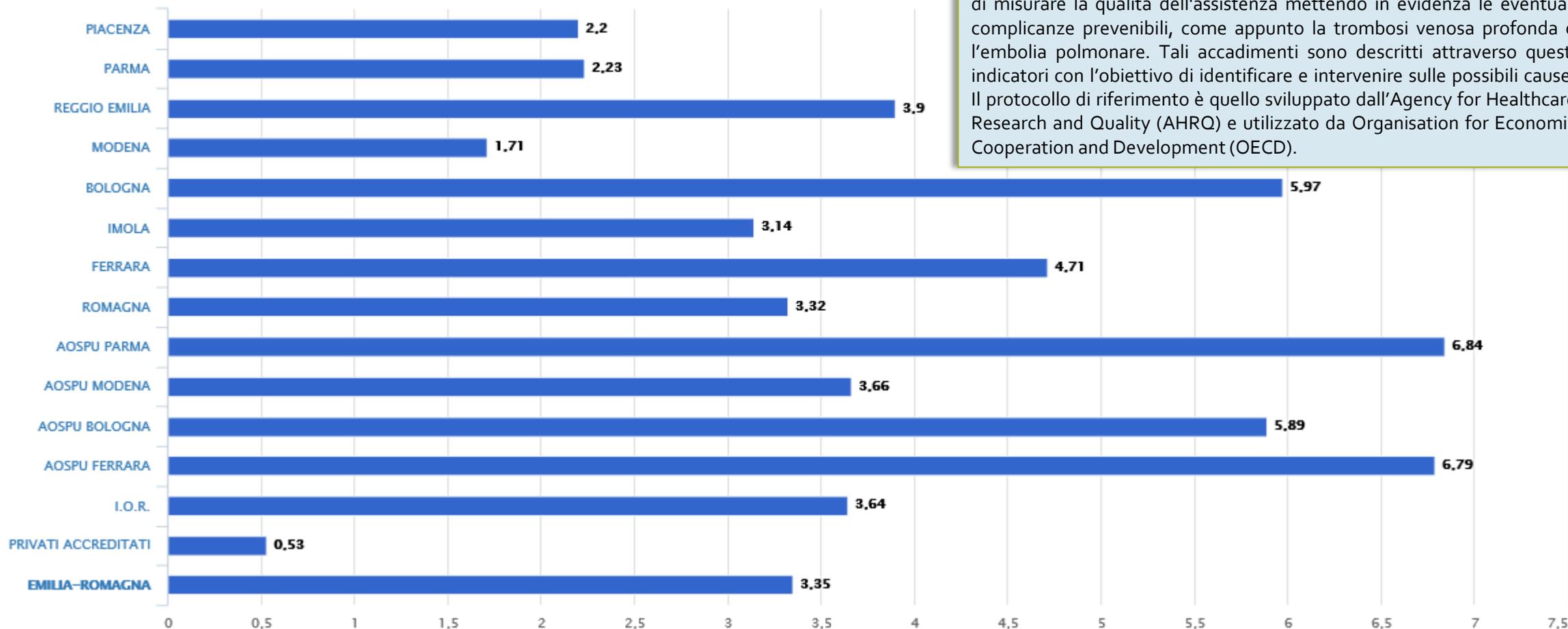
IND0622 Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici

Grafico

Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici

Anno di riferimento dei dati: 2018

↓ Vai a Stabilimento



I **Patient Safety indicators (PSI)** sono un set di indicatori che permettono di misurare la qualità dell'assistenza mettendo in evidenza le eventuali complicanze prevenibili, come appunto la trombosi venosa profonda o l'embolia polmonare. Tali accadimenti sono descritti attraverso questi indicatori con l'obiettivo di identificare e intervenire sulle possibili cause. Il protocollo di riferimento è quello sviluppato dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e utilizzato da Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD).

2. Dimensione performance: processi interni

2.4 Area performance: anticorruzione e trasparenza

OBIETTIVO PdP 2018-2020

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, 2017-2019, 2018-2020
- Adottare il Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014-2016, 2015-2017, 2016-2018, 2019-2020
- 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

2.4 Area performance: anticorruzione e trasparenza

SINTESI

Indicatore	Emilia-Romagna	AOSPU MODENA
INDo405 - % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,66	100

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	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	80	93,52	100	 99,66

COMMENTO

La revisione del percorso organizzativo avviato nel 2017 dalla AOU ha mostrato fin da subito un miglioramento sensibile della performance (da 80% del 2016 fino al 100% del 2018), in linea con la media regionale (99,66%).

L'attenzione è stata rivolta a tutti gli obblighi di pubblicazione dei dati ed informazioni nella sezione dedicata alla trasparenza.

Di seguito le aree maggiormente critiche su cui si è intervenuti:

- Ammontare complessivo dei premi e distribuzione del trattamento accessorio
- Liste di attesa
- Beni immobili e gestione del Patrimonio: informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti, Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti

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

IND0405 % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza

Grafico

% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza

Anno di riferimento dei dati: 2018



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.AC. (Autorità Nazionale Anticorruzione) per tutte le Pubbliche Amministrazioni. L'indicatore rappresenta in modo sintetico i risultati ottenuti da ciascuna Azienda il cui dettaglio è comunque presente nella sezione Amministrazione trasparente – Disposizioni generali – attestazioni OIV o struttura analoga sui siti web delle singole Aziende Sanitarie.

3. Dimensione performance: sostenibilità

3.1 Area performance: economico-finanziaria

OBIETTIVO PdP 2018-2020

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
INDo220 - Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-	- 13,12

Legenda:

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

3. Dimensione performance: sostenibilità

3.1 Area performance: economico-finanziaria

INDICATORE (IND0220)

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Aziendale 2018	Valore Regionale 2018
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	17,82	- 6,33	- 13,12	 -

COMMENTO

I pagamenti dell'anno 2018 sono stati mediamente effettuati entro i termini previsti dalla legge, con un ulteriore, netto miglioramento rispetto allo scorso esercizio, dovuto alle disponibilità di cassa aziendali.

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