

RELAZIONE sulla PERFORMANCE 2024

30/06/2025

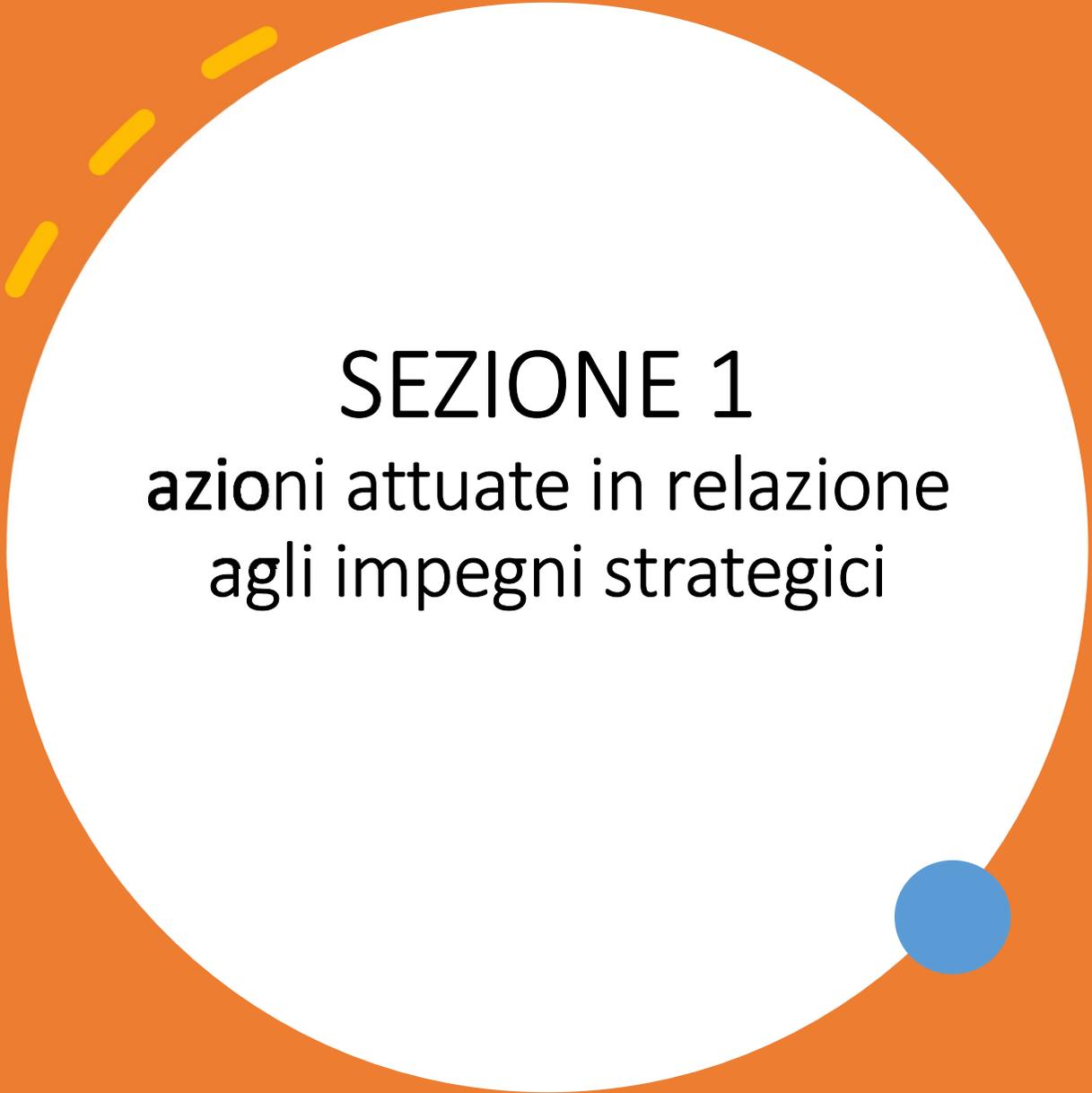


Premessa

La Relazione sulla Performance è il documento annuale di rendicontazione dei risultati realizzati nell'anno di riferimento (2024), a partire dalle azioni previste nel P.I.A.O. 2023-2025 (*DGR 990 del 19/6/2023*) e degli obiettivi di programmazione regionale annuale (*DGR 945 del 27/5/2024*).

La Relazione sulla Performance della AOU di Modena è un documento annuale, che trova articolazione in due sezioni:

1. Elementi informativi e di contesto relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel P.I.A.O. (*delibera AOU Modena n. 146 del 31/7/2023, integrato con delibera AOU Modena n. 31 del 28/2/2024*) (collegamento con il Piano delle Azioni AOU 2023 [*prot. 25736 del 31/8/2023*])
2. Serie storica degli indicatori di Performance (*fonte dati InSiDER*), con commenti/spiegazioni in relazione agli andamenti attesi/registrati



SEZIONE 1

azioni attuate in relazione
agli impegni strategici

Sezione 1

Il contesto normativo ed organizzativo dell'anno 2024 ha visto un quadro complessivo di necessaria attenzione economica, per rientrare nei piani di monitoraggio della spesa complessiva aziendale che fossero coerenti con l'impostazione dei bilanci preventivi a livello locale e regionale.

Lo sviluppo di nuovi filoni di attività ha dovuto pertanto confrontarsi ed armonizzarsi con una valutazione complessiva dell'impiego di risorse, ed essere focalizzato negli ambiti strategici che il percorso di confronto fra Direzione e unità e servizi ha portato ad individuare.

Nel corso dell'anno 2024 si confermano le diverse progettualità avviate nel 2023, declinate all'interno delle schede di budget come settori di possibile sviluppo mirato delle competenze professionali, e parallelamente in specifici incontri fra le componenti aziendali e la direzione strategica, occasione di scambio di proposte di linee di crescita e miglioramento dell'offerta assistenziale.

I principali impegni che l'Azienda ha fatto propri ed intende sviluppare a beneficio dei cittadini e operatori sono:

competenza, eccellenza e autorevolezza professionale	ascolto e coinvolgimento	rispetto delle diversità e sviluppo della medicina di genere	equità di accesso e di trattamento	motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale
integrazione e sinergie multidisciplinari e interprofessionali	alta affidabilità, qualità, sicurezza ed appropriatezza delle prestazioni	sviluppo di azioni volte al miglioramento del benessere organizzativo	innovazione tecnologica e organizzativa	integrazione ospedale- università
consolidamento dei rapporti con le strutture sanitarie della rete provinciale e regionale	coerenza della programmazione e della pianificazione con le indicazioni espresso dalla CTSS	qualità del sistema di governo aziendale	visione sistemica dei processi	equilibrio economico finanziario

Governo del sistema “Azienda Sanitaria”

La Direzione aziendale dovrà continuare a 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.

Governo del sistema “Azienda Sanitaria”

Area
Materno-
Infantile

Area
Oncologica
e delle
Cure
Palliative

Area
Chirurgica

Area
Laboratorio

Ospedale
di
prossimità
e di area

Hub per il
bacino di
utenza
provinciale

Piano
Straordina-
rio
Provinciale
di
Specialistica
Ambulato-
riale

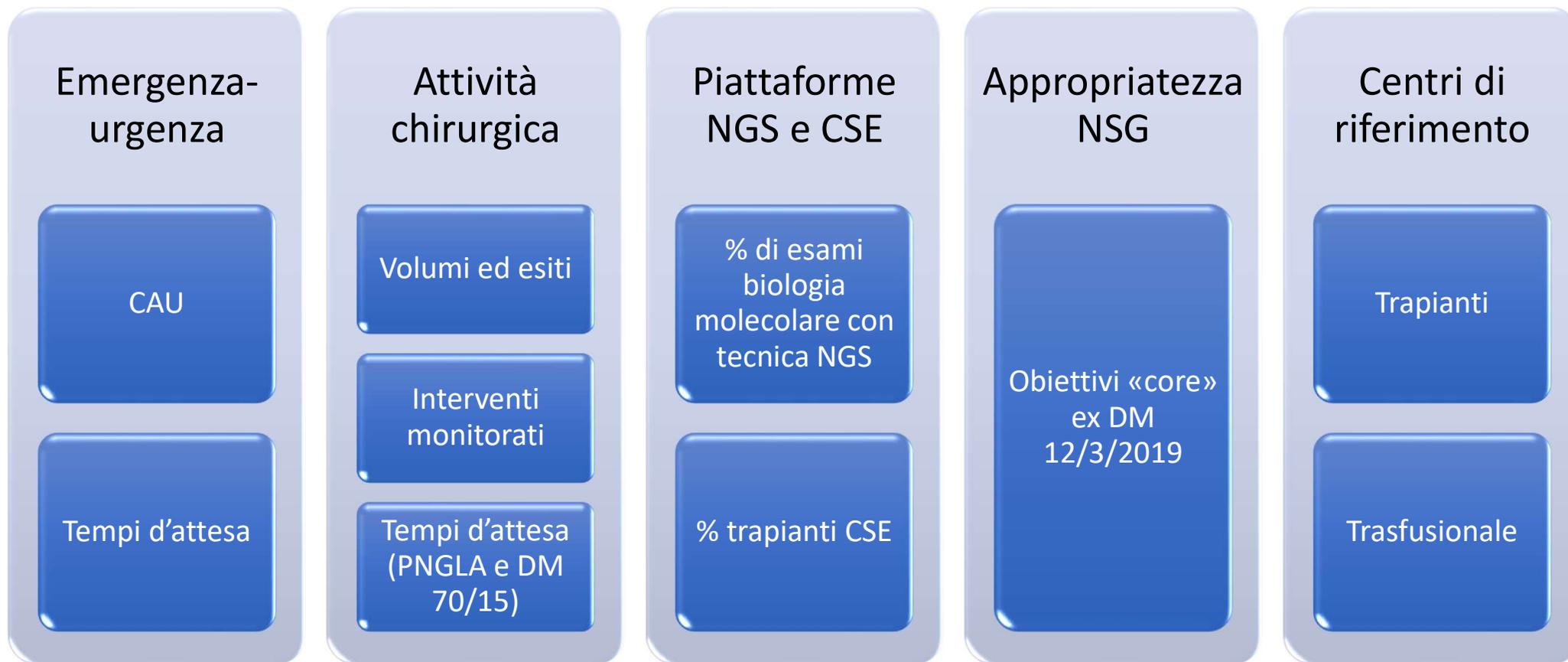
Ricoveri
Programma-
ti e Tempi
di Attesa

Collegamento diretto con:



Si rimanda ai singoli documenti per dettagli e approfondimenti

Assistenza Ospedaliera: azioni intraprese



Assistenza Ospedaliera: reti provinciali



Reti provinciali

- Cardiologica e Chirurgica Cardio-Vascolare
- Oncologica ed Emato-Oncologica
- Centri Senologia
- Tumori ovarici
- Terapia Dolore
- Neuroscienze
- Malattie Rare
- Tumori Rari
- Cure Palliative Pediatriche
- Screening Neonatale malattie endocrine e metaboliche ereditarie

Governo spesa Farmaci e DM

Spesa farmaceutica

Appropriatezza

Strumenti governo clinico

Farmacovigilanza

Dispositivi Medici

Flusso DiMe

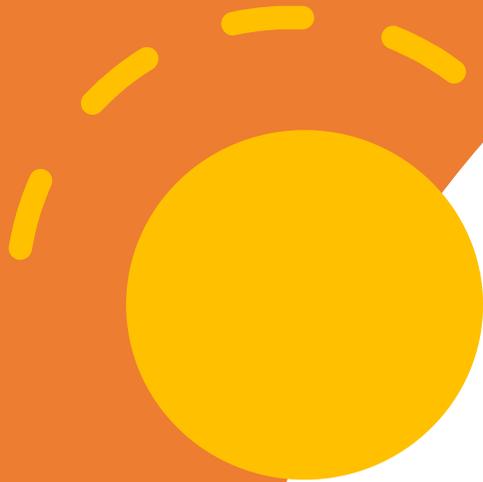


SEZIONE 2

serie storica indicatori di performance

fonte dati: InSiDER





1. Dimensione performance:
utente

1.1 Area performance: accesso
e domanda

1. Dimensione performance: utente

1.1 Area performance: accesso e domanda

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0137	% abbandoni dal Pronto Soccorso	(vuoto)	3,80	5,10	5,71	5,52	5,90
IND0767	Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	> 90%	64,69	59,02	54,92	66,04	70,84
IND0775	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	≥ 90%	85,65	82,20	78,33	73,98	72,34
IND0776	% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	≥ 95%	87,28	80,44	79,13	83,8	85,57
IND0782	Indice di filtro del PS	(vuoto)	25,62	24,04	23,4	22,48	19,34
IND1015	Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 90%	58,94	78,22	89,54	91,63	82,50
IND1016	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 85%	54,22	50,45	49,64	57,6	80,49

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0137 (1 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0137	% abbandoni dal Pronto Soccorso	(vuoto)	3,80	5,10	5,71	5,52	5,90

COMMENTO:

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

Il risultato acquisisce ancora maggior rilievo se si pensa che in AOU si concentra una casistica complessa, abbinata a volumi ampi di pazienti.

Nei PS AOU sono stati collocati nelle sale d'attesa monitor che forniscono ai pazienti in attesa informazioni relative allo stato di attesa, che informano cioè il paziente di quanti pazienti devono verosimilmente essere visitati prima di lui, con la finalità di accrescere la compliance dei pazienti in attesa e di ridurre quindi gli abbandoni.

Da giugno 2023, inoltre, ha preso il via un progetto di Umanizzazione delle cure che prevede la presenza di volontari in sala d'attesa, che forniscono supporto, indicazioni e informazioni generali rispetto all'attesa e al funzionamento del sistema di PS; una tale sperimentazione può contribuire a ridurre ulteriormente la quota di abbandoni che si verifica tra il triage e la presa in carico medica, in quanto, con la presenza dei volontari, il paziente in attesa non si sente abbandonato.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0137 (2 di 2)

COMMENTO:

Nel 2025 i volontari del progetto Spezza l'attesa che prestano servizio al Policlinico sono stati formati sulle regole di funzionamento del PS e della Sala d'attesa (ad esempio tramite spiegazioni sul funzionamento dei monitor che segnalano la posizione d'attesa del paziente o sulle modalità di utilizzo del pass parcheggio), e sulla corretta gestione dei pazienti nell'attesa (ad esempio tramite indicazioni sulle corrette modalità di proposta e acquisto di bevande o cibi). Si immagina che tramite la formazione proposta a livello aziendale (che ha coinvolto professionisti di vari servizi aziendali di area sanitaria e amministrativa), i volontari saranno in grado di fornire risposte sempre più precise ai pazienti in attesa, anche con la finalità di ridurre gli abbandoni.

Il mancato raggiungimento di questi obiettivi ci richiama comunque alla valutazione di sempre nuove misure organizzative, mettendo al centro il concetto di appropriatezza, anche nel contesto delle attività di Pronto soccorso.

Sono stati promossi da questa Direzione nell'ultimo anno diversi incontri tra i medici del PS Policlinico e i medici della Cardiologia del Policlinico e della Radiologia del Policlinico, con la finalità di definire le più corrette e funzionali modalità di interazione tra le UO, con l'obiettivo di ridurre i tempi di permanenza in PS dei pazienti, attraverso una riduzione dei tempi di consulenza e di esecuzione e refertazione di esami radiologici urgenti per i pazienti del Pronto soccorso.

Dall'ottobre del 2023 è stato introdotto, anche per il Pronto soccorso del Policlinico, il test "troponina ad alta sensibilità", che concorre ad una diagnosi più sensibile e più veloce delle sindromi coronariche acute, con beneficio per il paziente e riduzione dei tempi di permanenza in PS dei pazienti con sospetto di sindrome coronarica acuta o, più in generale, con dolore toracico.

Importanti sforzi sono proseguiti nel corso 2024 per potenziare e stabilizzare l'organico medico dei Pronto soccorso e per garantire la costante formazione dei medici e degli infermieri.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0767

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0767	Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	> 90%	64,69	59,02	54,92	66,04	70,84

COMMENTO:

il dato complessivo di Azienda per le prestazioni oggetto di monitoraggio si attesta al 74,4%, con un miglioramento di circa il 7% rispetto all'anno precedente e comunque in linea con media Regionale. Per quel che riguarda il rispetto dei tempi di attesa per l'indicatore in oggetto si precisa che

I dati relativi alla performance degli interventi di chirurgia generale si mantengono al di sotto dello standard, seppur in miglioramento rispetto all'anno precedente (e 33 vs 39). Questo risultato continua ad essere riconducibile al recupero delle liste d'attesa che, come in precedenza spiegato, porta inevitabilmente al peggioramento di questo indicatore trattandosi per definizione di pazienti operati oltre il tempo di attesa massimo previsto per la classe di priorità.

Nell'ambito degli interventi di area cardio vascolare il risultato è ampiamente migliorato rispetto all'anno precedente (79 vs 96,3) fino a raggiungimento del target richiesto

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0775 e IND0776

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0775	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	≥ 90%	85,65	82,20	78,33	73,98	72,34

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0776	% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	≥ 95%	87,28	80,44	79,13	83,8	85,57

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0775 e IND0776 (1 di 2)

COMMENTO:

Per quanto riguarda il miglioramento dei tempi di permanenza in Pronto soccorso, gli obiettivi attribuiti al Pronto soccorso del Policlinico (% accessi con Permanenza <6h + 1 h per PS generali e PPI ospedalieri con >45.000 accessi) e al Pronto soccorso dell'Ospedale civile di Baggiovara-OCB (% accessi con Permanenza <6h + 1 h per PS generali e PPI ospedalieri con <45.000 accessi) non sono stati raggiunti, registrandosi comunque valori in linea con quello medio regionale per quanto riguarda il rispetto dei tempi di permanenza nei PS con oltre 45.000 accessi (PS Policlinico) e di poco al di sotto della media regionale per quanto riguarda il rispetto dei tempi di permanenza nei PS con meno di 45.000 accessi (PS OCB).

Il PS generale di OCB si colloca oltretutto di poco al di sotto dei 45.000 accessi/anno, e il pronto soccorso con oltre 45.000 accessi/anno in Regione si collocano generalmente al di sotto dell'80%, in termini di accessi con tempo di permanenza < 6+1 h.

Occorre sottolineare come il tempo di permanenza in PS sia molto collegato, oltre che alla complessità dei pazienti (nei nostri DEA II vengono centralizzati pazienti critici e complessi intra ed extra-provincia), anche alla capacità dei consulenti specialisti, dei laboratori e delle Radiologie (il cui personale non può essere dedicato esclusivamente ai Pronto soccorso nei turni notturni e festivi) di assicurare le prestazioni per i Pronto soccorso in tempi celeri, più che alle capacità cliniche e organizzative dei medici di PS.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0775 e IND0776 (2 di 2)

COMMENTO:

Inoltre, data l'enorme difficoltà nel reperire personale medico disposto a lavorare in pianta stabile in Pronto soccorso, una parte dei turni, in particolare quelli dedicati alla gestione dei pazienti non critici, vengono coperti da personale non in forza alle Unità operative di PS (specialisti extra-equipe in attività aggiuntiva e specializzandi in attività libero-professionale intramoenia), la cui performance non può essere altrettanto efficiente rispetto a quella dei medici dell'equipe di Pronto Soccorso.

Il tempo di boarding, durante i periodi critici, è determinato spesso dalla saturazione dei posti letto nei reparti di degenza, che non riescono a far fronte, pur con tempi medi di degenza appropriati e costanti, dimissioni garantite anche nei festivi e numerosi pazienti in appoggio fuori reparto, all'elevatissimo numero di pazienti che necessitano di ricovero.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0782 (1 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0782	Indice di filtro del PS	(vuoto)	25,62	24,04	23,4	22,48	19,34

COMMENTO:

Il dato è in lieve miglioramento rispetto al 2023, pur restando al di sopra del valore regionale; emerge nettamente come, in RER, le aziende ospedaliere e gli IRCCS, che concentrano una casistica complessa e gestiscono, per il loro ruolo di Hub, patologie tempo-dipendenti, riescano a garantire una capacità di filtro inferiore rispetto alle altre aziende.

In particolare, presso l'Ospedale civile di Baggiovara insiste il Centro traumi di zona (CTZ), che determina l'accesso di pazienti politraumatizzati; OCB è inoltre sede di Stroke unite di II livello, di Neurochirurgia e di Neuroradiologia interventistica: il PS qui riceve e gestisce quindi una parte importante dei pazienti che devono essere trattati nei reparti suddetti. Presso il PS di OCB afferiscono i pazienti che necessitano di interventi complessi in Chirurgia vascolare e di Urologia, oltre alla casistica riguardante le emorragie digestive e i pazienti con disturbi psichiatrici (l'Ospedale accoglie al suo interno il Servizio di diagnosi e cura).

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0782 (2 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0782	Indice di filtro del PS	(vuoto)	25,62	24,04	23,4	22,48	19,34

COMMENTO:

Presso il Policlinico di Modena si concentra inoltre una casistica con elevata incidenza di pazienti trapiantati e di pazienti onco-ematologici, con tassi di ricovero elevati.

Da fine 2023 è stata avviata un'analisi almeno semestrale dell'indice di filtro dei Pronto soccorso, con stratificazione del dato sull'indice di filtro per stabilimento, per mese e per distretto di residenza del paziente; analisi dei ricoveri urgenti effettuati da PS generale con stratificazione per distretto di residenza, codice colore, reparto di ricovero, tempo-dipendenza, modalità di arrivo, codice diagnosi ICD9-CM.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND1015

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND1015	Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 90%	58,94	78,22	89,54	91,63	82,50

COMMENTO:

Per quel che riguarda il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi monitorati l'Azienda ha raggiunto un miglioramento della performance che si attesta al 91,69% per quel che riguarda gli interventi oncologici, superando il risultato dello scorso anno. Si continuerà a lavorare per il miglioramento dei tempi di attesa per le categorie di intervento ancora sottosoglia (tumore della tiroide e melanoma in particolare) soprattutto attraverso azioni di miglioramento volte al miglioramento della codifica di tali interventi.

Dimensione: UTENTE

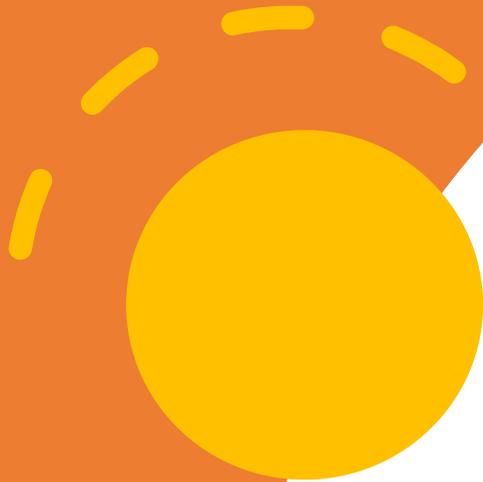
Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND1016

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND1016	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 85%	54,22	50,45	49,64	57,6	80,49

COMMENTO:

I dati relativi alla performance degli interventi di protesi d'anca e interventi di chirurgia generale si mantengono al di sotto dello standard, seppur in miglioramento rispetto all'anno precedente (50 vs 57,6 e 33 vs 39). Questo risultato continua ad essere riconducibile al recupero delle liste d'attesa che, come in precedenza spiegato, porta inevitabilmente al peggioramento di questo indicatore trattandosi per definizione di pazienti operati oltre il tempo di attesa massimo previsto per la classe di priorità.



1. Dimensione performance:
utente
- 1.2 Area performance:
integrazione

1. Dimensione performance: utente

1.2 Area performance: integrazione

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è <= 7 gg., sul numero di ricoveri in Hospice di malati oncologici - NSG		36,53	23,81	19,46	25,09	25,35
IND0542	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	≤ 25%	8,96	9,20	4,29	5,81	15,34

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: D32Z (1 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è <= 7 gg., sul numero di ricoveri in Hospice di malati oncologici - NSG		36,53	23,81	19,46	25,09	25,35

COMMENTO:

Il valore dell'indicatore D32Z, il cui scopo è di valutare la congruenza delle finalità assistenziali del NODO-Hospice, nel 2024 risulta, presso la SSD Cure Palliative-Hospice dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena, in linea con il target prefissato ed il valore medio rilevato a livello regionale, anche se in aumento rispetto ad anno precedente. I pazienti oncoematologici che accedono alla struttura possono provenire dal territorio, dall' Ambulatorio Urgenze oncoematologiche - affido da PS - Osservazione Breve Oncoematologica, o da altri reparti ospedalieri.

Qualora non siano già inseriti nella rete delle cure palliative, è necessaria la valutazione dello specialista oncologo/ematologo di riferimento con indicazione alla prosecuzione della sola terapia di supporto. I dati confermano che la revisione dei criteri di accesso per il ricovero in Cure Palliative, avviata nel corso del 2022 e proseguita nel corso del 2023 e 2024, ha consentito il mantenimento di una miglior risposta ai bisogni dei pazienti oncoematologici e dei loro familiari nella fase del fine vita, anche in termini di appropriatezza di setting assistenziale dei ricoveri.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: D32Z (2 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è ≤ 7 gg., sul numero di ricoveri in Hospice di malati oncologici - NSG		36,53	23,81	19,46	25,09	25,35

COMMENTO:

In particolare, l'analisi dei dati evidenzia che, nel corso del 2024, rispetto al totale dei pazienti con degenza ≤ 7 giorni senza ADI attiva al ricovero, il 70% dei pazienti proveniva da altri reparti ospedalieri di area internistica/per acuti, in rispondenza alle esigenze dei pazienti e dei loro familiari e con contestuale ottenimento di maggiore disponibilità di posti letto nei reparti per pazienti acuti.

Dimensione: UTENTE

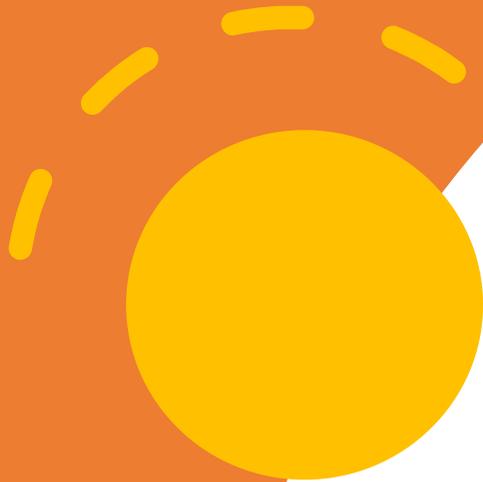
Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0542

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0542	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	≤ 25%	8,96	9,20	4,29	5,81	15,34

COMMENTO:

Le significative revisioni organizzative avviate sin dal 2018, in stretta collaborazione con il Consultorio Familiare, hanno contribuito a un progressivo miglioramento delle performance nel corso degli anni. Questo percorso ha portato, nel 2024, al raggiungimento di un valore pari al 5,81% (a fronte di un target ≤25%), nettamente inferiore rispetto alla media regionale dell'Emilia-Romagna registrata nel 2024, pari al 15,34%.



1. Dimensione performance:
utente

1.3 Area performance:
esiti

1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti (1 di 4)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	≤ 14,39	23,07	22,79	22,54	20,45	17,51
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	≤ 13,95	17,17	14,80	13,83	15,49	15,04
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui - NSG	≥ 90%	100,00	100,00	100	100	97,11
H03C	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - NSG	< 6,2%	8,41	5,54	8,19	4,09	3,82
H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	≥ 90%	78,13	79,37	83,17	84,88	87,21

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: D01C (1 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	≤ 14,39	23,07	22,79	22,54	20,45	17,51

COMMENTO:

Per quanto riguarda l'indicatore (D01C - Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event – MACCE - entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto - IMA), per il quale l'AOU di Modena registra, nel 2024, un valore pari al il valore di 20,45%, leggermente in diminuzione rispetto all'anno precedente. Il valore medio regionale, è pari al 17,51%, superiore al target definito dal livello nazionale (14,39%).

Si esplicitano di seguito alcune considerazioni.

L'indicatore viene costruito inserendo al denominatore le dimissioni con diagnosi principale di IMA e anche le dimissioni con diagnosi secondaria di IMA (abbinata a diagnosi principale di condizione compatibile con IMA). Il denominatore risulta così composto da quadri clinici variegati e le differenze negli inserimenti delle diagnosi in SDO tra una azienda e l'altra potrebbero giustificare i diversi risultati ottenuti.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: D01C (2 di 2)

COMMENTO:

Potrebbero esserci quindi differenze nella composizione della coorte che va a comporre il denominatore dell'indicatore: alcune aziende potrebbero così ottenere risultati peggiori in termini di esiti (eventi maggiori cardio-cerebrovascolari ed esito, MACCE) se la coorte è composta da pazienti con patologie croniche e numerose comorbidità alla dimissione. Sarebbe utile analizzare il dato considerando alcuni fattori di risk adjustment quali età, sesso, comorbidità e gravità clinica, da ricercarsi nell'episodio di IMA.

Scorporando i diversi fattori che compongono l'indicatore, si sottolinea come la sola mortalità a 1 anno è pari al 10,7 %. Ad esclusione della mortalità, gli esiti avversi più frequenti sono stati: scompenso (40,9%), PTCA (26,8%), infarto (21,5%).

Si evidenzia comunque che i dati aziendali mostrano che la mortalità a 30 giorni post infarto miocardico acuto è in AOU del 7,62% (target 12%, indicatore presente nel PIAO e nel PNE).

Per quanto sopra esposto, si tende dunque ad escludere che il risultato non soddisfacente registrato rispetto a questo indicatore sia dovuto alla qualità dei trattamenti in acuto effettuati sui pazienti con IMA nelle strutture dell'AOU.

Per quanto riguarda la prevenzione secondaria e la presa in carico dei pazienti infartuati, è previsto che tutti i pazienti dimessi vengano rivisti ad un mese dalla dimissione ed eventualmente successivamente presi in carico presso ambulatori interni dedicati.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: D02C

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	≤ 13,95	17,17	14,80	13,83	15,49	15,04

COMMENTO:

Questo indicatore risente di come viene effettuata la codifica SDO quando il paziente rientra. Tra i codici che vengono individuati, ad esempio, c'è anche il codice "occlusione delle arterie cerebrali" (434) che il paziente potrebbe avere in esito dal precedente ictus e quindi essere aggiunto alle diagnosi senza che indichi un evento maggiore. Lo stesso per altri codici. L'indicatore, quindi, risente della qualità della codifica SDO. Nella selezione della coorte poi vengono esclusi i pazienti con età <35 anni; tuttavia, presso la nostra Stroke Unit ricoveriamo pazienti con ictus ischemico anche di età <35 anni.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: H02Z

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui - NSG	≥ 90%	100,00	100,00	100	100	97,11

COMMENTO:

Per quel che riguarda l'indicatore relativo alla quota di interventi per TM mammella eseguiti in reparti con interventi annui >150 (con 10% tolleranza), gli interventi per tumore della mammella sono concentrati presso l'unico centro senologico aziendale, che rientra nella rete regionali dei centri dedicati.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: H03C

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
H03C	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - NSG	< 6,2%	8,41	5,54	8,19	4,09	3,82

COMMENTO:

Per quanto riguarda l'indicatore H03C, è stata effettuata in collaborazione con la UOC di Chirurgia Oncologica Senologica una revisione della casistica interessata, e non sono tuttavia emerse criticità in ordine all'appropriatezza degli interventi chirurgici effettuati, che riguardano in maggior parte la revisione dei margini di resezione del tumore.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: H05Z

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	≥ 90%	78,13	79,37	83,17	84,88	87,21

COMMENTO:

L'indicatore H05Z proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni si attesta per il 2024 all'84,9%. Questo dato risente dell'alta percentuale di casi complicati ed effettuati in urgenza dalle nostre SOC di Chirurgia Generale e che quindi richiedono un periodo di osservazione maggiore di 3 giorni. Sono comunque proseguiti anche per l'anno 2024 le azioni di miglioramento che hanno determinato un miglioramento della performance rispetto all'anno precedente.

1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti (2 di 4)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
H18C	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	≤ 25% punteggio sufficienza ≤ 20% punteggio massimo	16,45	17,69	18,15	17,51	16,26
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	≤ 13,60	7,80	7,10	7,2	6,55	9,39
H24C	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	≤ 12%	11,19	9,93	8,77	0	1,19
IND0389	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	≤ 12%	10,11	8,00	10,02	7,62	6,91
IND0390	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	≥ 35%	44,35	46,35	53,14	54,83	50,26
IND0391	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	≤ 14%	6,54	9,48	9,43	7,52	10,74
IND0392	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	≤ 3%	0,00	1,90	2,63	2,33	1,61

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: H18C

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
H18C	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	≤ 25% punteggio sufficienza ≤ 20% punteggio massimo	16,45	17,69	18,15	17,51	16,26

COMMENTO:

Nel 2024, la percentuale di tagli cesarei primari registrata dall'Azienda si è attestata al 17,51%, in linea con l'andamento storico e in calo rispetto ai dati del 2022 e del 2023. Questo risultato conferma l'attenzione costante dell'Azienda all'appropriatezza della modalità di parto, un impegno particolarmente significativo considerando la presenza, al suo interno, di un centro nascita di terzo livello.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: H23C

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	≤ 13,60	7,80	7,10	7,2	6,55	9,39

COMMENTO:

L'indicatore non ha criticità e riflette l'outcome a breve termine dei pazienti con ictus

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: H24C

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
H24C	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	≤ 12%	11,19	9,93	8,77	0	1,19

COMMENTO:

L'indicatore ha un esito positivo per l'anno 2024, in linea con l'obiettivo regionale < 12% e più o meno in linea con il trend aziendale dell'ultimo biennio.

Rispetto alla media RER il dato risulta leggermente più elevato, ma occorre considerare che la casistica risulta essere numericamente poco rilevante (79 casi complessivi per la AOU Modena nel 2024), con conseguente elevata variabilità percentuale dell'indicatore, anche in considerazione di modeste variazioni di casi.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0389

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0389	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	≤ 12%	10,11	8,00	10,02	7,62	6,91

COMMENTO:

Si evidenzia che la mortalità a 30 giorni post infarto miocardico acuto è in AOU del 7,62%, in diminuzione rispetto all'anno precedente e inferiore al target del 12%.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0390

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0390	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	≥ 35%	44,35	46,35	53,14	54,83	50,26

COMMENTO:

Il valore dell'indicatore per il 2024 è pari al 54,83%, superiore al valore medio regionale (pari al 50,26%) e al target stabilito del 35%. L'indicatore è in costante miglioramento negli ultimi 3 anni.

Si sottolinea che il dato risente dell'organizzazione interna sul trattamento di pazienti con IMA, che prevede, nei giorni feriali (dalle ore 8:00 alle 14:00), per tutti i pazienti auto presentati in PS del Policlinico o ricoverati presso le Unità Operative del Policlinico che necessitino di un intervento di PTCA in emergenza-urgenza, il trattamento da parte dell'equipe di Emodinamica del Policlinico.

Si ritiene che tale organizzazione consenta al paziente che già si trovi al Policlinico e che debba essere sottoposto ad intervento di PTCA primaria di essere trattato in tempi mediamente più rapidi di quanto avverrebbe trasferendo il paziente presso Baggiovara. Ciò consente, inoltre, un risparmio di risorse sia in termini logistici (ovvero il trasporto urgente in ambulanza) che di personale (impiego dell'anestesista reperibile per il trasporto).

Tale indicatore è stato sostituito, sia nel PNE che a livello regionale, da quello che calcola la percentuale di PCTA primarie eseguite entro 90 minuti dall'accesso in ospedale (PS o Ricovero).

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0391

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0391	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	≤ 14%	6,54	9,48	9,43	7,52	10,74

COMMENTO:

L'indicatore di mortalità a 30 gg per scompenso cardiaco in AOU evidenzia un andamento in diminuzione rispetto ai due anni precedenti (7.52% nel 2024 vs 9,04% nel 2023 e 8,78% nel 2022). Il valore risulta inferiore alla media regionale e inferiore al target stabilito del 14%. Il dato positivo riflette il grande impegno nella ottimizzazione del trattamento farmacologico e non farmacologico dello scompenso cardiaco, utilizzando tutti i più moderni trattamenti, in piena osservanza delle linee guida e delle norme prescrittive AIFA.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0392

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0392	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	≤ 3%	0,00	1,90	2,63	2,33	1,61

COMMENTO:

Il dato aziendale del 2024 risulta in miglioramento rispetto all'anno precedente e con una performance che si colloca al di sotto del tasso regionale ed entro il target previsto del 3%.

1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti (3 di 4)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0394	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	≤ 3,5%	1,69	2,00	1,91	1,16	1,34
IND0396	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	90 casi	89,27	83,80	75,09	2,05	2,27
IND0399	Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	≤ 3%	0,80	0,82	1,05	9,87	8,39
IND0400	Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	≤ 7%	3,06	6,73	9,09	75,8	82,49
IND0401	Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	≤ 6%	2,80	5,61	3,69	0,95	0,69
IND0402	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	≤ 0,7%	0,77	0,47	0,65	8,6	4,87
IND0403	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	≤ 1,2%	1,44	1,10	0,86	1,83	2,67
IND0404	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa medi per intervento chirurgico	< 6	3,00	2,00	2	0,6	0,97

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0394

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0394	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	≤ 3,5%	1,69	2,00	1,91	1,16	1,34

COMMENTO:

Il valore rilevato presso l'AOU di Modena nel 2024 (2,05%) si mantiene ad un livello inferiore rispetto al valore medio regionale di 2,27% e inferiore rispetto al target previsto (≤ 3,5%).

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0396 (1 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0396	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	90 casi	89,27	83,80	75,09	2,05	2,27

COMMENTO:

Analogamente al commento dell'anno precedente, non è modificato l'assetto aziendale che prevede che in azienda oltre alle due UOC di Chirurgia Generale, vi siano unità operative che effettuano questo tipo di procedure (SC di Chirurgia Oncologica Epato-bilio-pancreatica e dei trapianti e di Chirurgia Pediatrica), che presentano volumi inferiori all'atteso su base annuale, pur trattandosi di equipe in possesso della necessaria expertise clinica.

Sussiste inoltre la medesima modalità di rilevazione delle attività effettuate nell'ambito della piattaforma provinciale; la UOC Chirurgia Generale d'Urgenza e Oncologica effettua questo tipo di procedure presso l'Ospedale di Pavullo; l'impianto informatico realizzato a sostegno di questa convenzione recepisce questi setting come "esterni" alla UOC, ma nei fatti si tratta sempre della stessa equipe, e dovrebbero essere considerati come un unico reparto dimettente.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0396 (2 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0396	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	90 casi	89,27	83,80	75,09	2,05	2,27

COMMENTO:

Per quel che riguarda le colecistectomie, sono presenti in Azienda oltre alle due UOC di Chirurgia Generale, altre unità operative che effettuano questo tipo di procedure (SC di Chirurgia Oncologica Epato-bilio-pancreatica e dei trapianti e di Chirurgia Pediatrica), che presentano volumi inferiori all'atteso su base annuale, pur trattandosi di equipe in possesso del necessario expertise clinica.

Inoltre, per necessità di tipo organizzativo, la UOC Chirurgia Generale d'Urgenza e Oncologica ha effettuato questo tipo di procedure presso l'Ospedale di Vignola, Pavullo; l'impianto informatico realizzato a sostegno di queste convenzioni recepisce questi setting come "esterni" alla UOC, ma nei fatti si tratta sempre della stessa equipe, e dovrebbero essere considerati come un unico reparto dimettente.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0399

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0399	Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	≤ 3%	0,80	0,82	1,05	9,87	8,39

COMMENTO:

Il valore aziendale aggiornato al 2024 si attesta entro il target previsto, seppur lievemente superiore al valore medio regionale; è da specificare, altresì, che i risultati derivanti dal calcolo di questo indicatore sono soggetti ad oscillazioni a fronte di aumenti molto contenuti in termini di numero di pazienti con esiti negativi. Il percorso inerente alla corretta gestione è consolidato da anni nelle sue varie fasi ed interfacce professionali presso AOU di Modena mediante formalizzazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale inerente la gestione di pazienti affetti da neoplasia del polmone.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0400

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0400	Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	≤ 7%	3,06	6,73	9,09	75,8	82,49

COMMENTO:

Il valore aziendale aggiornato al 2024 si attesta in diminuzione rispetto al 2023, seppur mantenendosi superiore al target e al valore medio regionale. E' da specificare altresì che i casi riferiti a questo intervento sono numericamente bassi, ed il calcolo della mortalità su base annuale potrebbe non essere statisticamente significativo sebbene rilevante dal punto di vista percentuale.

Si ravvede comunque la necessità di costruire i presupposti per consolidare la strutturazione di percorsi nonché progettualità coinvolgenti l'Area Chirurgica dell'AOU di Modena, con l'intento di garantire l'effettuazione degli interventi chirurgici per tumore maligno dello stomaco a cura di professionisti con consolidate clinical competence ed expertise in tale ambito.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0401

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0401	Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	≤ 6%	2,80	5,61	3,69	0,95	0,69

COMMENTO:

Il risultato 2024 si mantiene entro il target prestabilito e al di sotto del valore medio regionale. Si specifica che presso l'AOU di Modena è presente un percorso diagnostico terapeutico assistenziale consolidato per la gestione di pazienti affetti da neoplasia coloretale, con previsione di discussione della casistica nell'ambito di un gruppo di lavoro multidisciplinare e di un percorso unitario coinvolgente i professionisti dei due stabilimenti ospedalieri, con la finalità di favorire le collaborazioni tra professionisti e la appropriata indicazione, per alcune specifiche sedi di malattia, all'intervento con tecnica robotica. Il dato 2024 si mantiene al di sotto della media regionale, con un trend in diminuzione rispetto al dato 2023 e 2022, anno caratterizzato dal trattamento di casi ad elevata complessità.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0402

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0402	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	≤ 0,7%	0,77	0,47	0,65	8,6	4,87

COMMENTO:

La performance del 2024 risulta migliore rispetto agli standard di riferimento, collocandosi al di sotto sia del target fissato sia della media regionale.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0403

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0403	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	≤ 1,2%	1,44	1,10	0,86	1,83	2,67

COMMENTO:

La performance aziendale registrata nel 2024 si colloca al di sotto della media regionale e si mantiene inferiore al target di riferimento. Inoltre, i dati confermano un trend di miglioramento costante rispetto al triennio 2021–2023, a testimonianza dell'efficacia delle azioni intraprese e dell'impegno continuo nel percorso di ottimizzazione dell'assistenza.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND0404

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0404	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa mediani per intervento chirurgico	< 6	3,00	2,00	2	0,6	0,97

COMMENTO:

Il risultato della performance si mantiene stabile con un valore del 1% e inferiore rispetto al target regionale con del 6%.

1. Dimensione performance: utente

1.3 Area performance: esiti (4 di 4)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0635	Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	< 4%	0,00	0,00	0	0,64	1,60
IND0636	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	≤ 4%	0.0	0.0	0.0	1	2,00
IND1013	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	≥ 80%	58,73	55,16	57,56	60,14	66,59

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND635

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0635	Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	< 4%	0,00	0,00	0	0,64	1,60

COMMENTO:

Attività non svolta presso le strutture dell'AOU Modena

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND636

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0636	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	≤ 4%	0.0	0.0	0.0	1	2,00

COMMENTO:

Nel biennio 2023 - 2024 si è registrato un solo caso di decesso dopo un intervento di valvuloplastica (valvola mitrale) eseguito presso l'ospedale di Baggiovara.

Dimensione: UTENTE

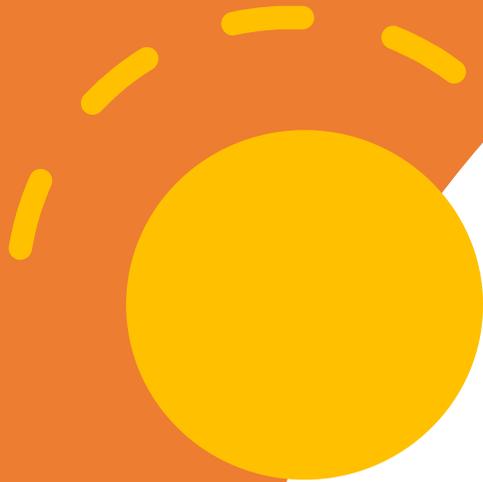
Area: Accesso e Domanda

Indicatore: IND1013

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND1013	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	≥ 80%	58,73	55,16	57,56	60,14	66,59

COMMENTO:

Per quanto riguarda l'indicatore % di pazienti (65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario il risultato aziendale corrisponde a circa il 60%; è tuttavia utile specificare che in corso d'anno l'indicatore ha subito un forte miglioramento superando l'80% nell'ultimo quadrimestre dell'anno, grazie a modifiche organizzative nella gestione delle urgenze orto-geriatriche. È da rilevare come, essendo l'Ospedale di Baggiovara hub provinciale, la casistica risulta essere complessa e non sempre eseguibile nel tempo previsto (es. pazienti in terapia con NAO). È da puntualizzare come in corso d'anno l'algoritmo di calcolo di questo indicatore ha subito una modifica nella definizione del tempo libero da intervento (a partire dall'ora di accesso in PS o di ricovero), che ha comportato una perdita di alcune ore a disposizione per l'intervento. Proseguono le azioni di miglioramento sul percorso orto-geriatrico.



2. Dimensione performance:
processi interni

2.1 Area performance:
produzione-ospedale

2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance: produzione-ospedale

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0868	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	(vuoto)	82,16	80,27	79,5	80,38	77,78
IND0869	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	(vuoto)	8,73	9,51	9,83	9,67	9,60
IND0870	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	(vuoto)	9,11	10,21	10,67	9,96	12,62
IND0871	Indice di case mix degenza ordinaria	(vuoto)	1,08	1,06	1,07	1,06	-
IND0872	Indice comparativo di performance	≤ 1.25	1,03	1,04	1,03	1,06	-

Dimensione: PROCESSI INTERNI

Area: Produzione-ospedale

Indicatore: IND0872 (1 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0872	Indice comparativo di performance	≤ 1.25	1,03	1,04	1,03	1,06	-

COMMENTO:

L'Indice Comparativo di Performance (ICP) permette di valutare l'efficienza operativa dei reparti (o discipline) afferenti alle strutture di ricovero in termini di degenza media, standardizzata per il case-mix, rispetto a specifici valori di riferimento, ottenuti considerando l'intera casistica regionale.

Il numeratore della formula dell'ICP è la degenza media standardizzata per il case-mix e rappresenta il numero delle giornate di degenza che si osserverebbero qualora la composizione per DRG dei dimessi da una struttura fosse uguale a quella dell'intera casistica regionale (che rappresenta il valore di riferimento); in altre parole è una degenza media attesa, calcolata relativamente ai soli DRG che si vengono a formare nella struttura in esame. Sono esclusi dal calcolo i neonati sani, le dimissioni in Day Hospital, le dimissioni dalle discipline di unità spinale (028), riabilitazione (056), lungodegenza (060), neuroriabilitazione (075), nido (031) pensionanti (067), detenuti (097).

L'Azienda ha espresso un ICP pari ad 1,06 (7,01 gg. di Degenza media standardizzata per il case mix dei dimessi AOU rapportato a 6,63 gg. di Degenza media regionale) nel corso dell'anno 2024, raggiungendo l'obiettivo atteso regionale (tasso inferiore o uguale a 1,25).

Dimensione: PROCESSI INTERNI

Area: Produzione-ospedale

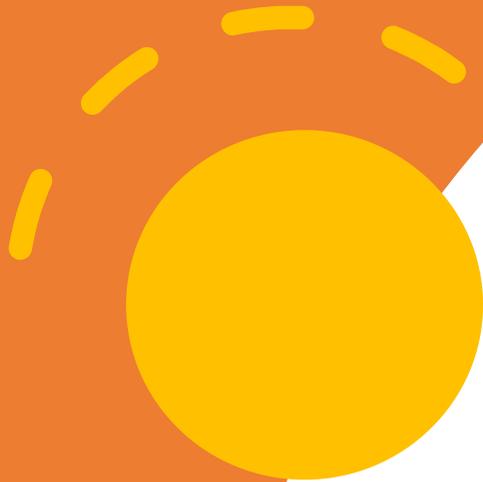
Indicatore: IND0872 (2 di 2)

COMMENTO:

Il dato 2023 si colloca in una situazione di sostanziale allineamento con la performance dell'ultimo triennio, con una lieve flessione rispetto all'1,03 del 2023 .

Il dato cumulativo dell'Azienda è il risultato aggregato della performance espressa dal Policlinico (1,07: 6,92 gg. di Degenza media standardizzata per il case mix dei dimessi rapportato a 6,48 gg. di Degenza media regionale) e dall'Ospedale Civile di Baggiovara (1,09: 7,57 gg. di Degenza media standardizzata per il case mix dei dimessi rapportato a 6,94 gg. di Degenza media regionale).

La performance dell'Azienda risulta quella più virtuosa nel panorama delle aziende ospedaliere regionali: 1,21 per l'AOU di Parma, 1,12 per lo IOR, 1,14 per l'AOU di Bologna e 1,31 per l'AOU di Ferrara.



2. Dimensione performance:
processi interni

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

2. Dimensione performance: processi interni

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

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - NSG	< 0,15	0,13	0,15	0,16	0,15	0,16
IND0621	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	(vuoto)	12,44	9,64	10,26	9,64	6,79
IND0622	Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	(vuoto)	5,62	4,09	4,2	4,72	4,00

Dimensione: PROCESSI INTERNI

Area: Appropriatelyzza, qualità, sicurezza e rischio clinico

Indicatore: H04Z (1 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - NSG	< 0,15	0,13	0,15	0,16	0,15	0,16

COMMENTO:

La performance aziendale si assesta in linea con l'obiettivo regionale: 15% (5.541 casi potenzialmente inappropriati su 36.214 casi appropriati).

Il tasso elevato di potenziale inappropriatelyzza relativo allo stabilimento Policlinico (18%: 3.968 P.I. su 21.596 casi appropriati) risulta riconducibile alla numerosa casistica con DRG PI del centro HUB regionale di Chirurgia della Mano e quello di riferimento provinciale di Chirurgia Dermatologia della AOU, già oggetto di specifica analisi aziendale, segnalata nel 2023 (note prot. 34001/23 del 15/11/2023 e prot. 10012/24 del 5/4/2024).

Risulta invece entro il target atteso la performance dell'Ospedale Civile di Baggiovara: 11%, con 1.573 casi P.I. su 14.618 casi appropriati.

Con l'intento di ridurre il numero di DRG PI in regime di degenza ordinario, nel corso del 2024 sono state messe in atto azioni correttive come monitoraggio costante, audit con alcuni reparti e puntuale valutazione della tematica in Azienda nell'ambito del percorso di budget.

Dimensione: PROCESSI INTERNI

Area: Appropriatelyzza, qualità, sicurezza e rischio clinico

Indicatore: H04Z (2 di 2)

COMMENTO:

In particolare, con alcune UUOO (Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia OCB, Reumatologia) è stata effettuata una dettagliata analisi della casistica, finalizzata allo scopo di individuare errori di codifica delle SDO (che portassero ad uscire dal DRG PI) o individuare casistica potenzialmente trasferibile in regime di DH o ambulatoriale (dimessi in giornata, DO 1 giorno, DMD preoperatoria ≥ 1 gg.), seguita da audit, riunioni ecc.

Queste azioni correttive hanno portato un miglioramento dei dati (ad esempio Ostetricia e Ginecologia nel 2023 14.2% e nel 2024 10.3%- Ortopedia OCB nel 2023 21.2% e nel 2024 16.8%).

Per il 2025 sono previsti:

- prosecuzione del monitoraggio
- valutazione della tematica nell'ambito del Budget
- regolare comunicazione dei dati alle unità operative con un numero più elevato di DRG PI
- azioni mirate di analisi della casistica (codifica e setting assistenziale) e proposte di miglioramento per 3 UUOO.

Dimensione: PROCESSI INTERNI

Area: Appropriatelyzza, qualità, sicurezza e rischio clinico

Indicatore: IND0621

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0621	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	(vuoto)	12,44	9,64	10,26	9,64	6,79

COMMENTO:

Il valore dell'anno 2024 (9,64) evidenzia un trend positivo rispetto all'anno 2023 (10,26) seppur superando la media regionale (6,79). Dal 2024, anche alla luce di quanto previsto dal PNRR- Salute, è stata intensificata l'attività formativa rivolta a tutti gli operatori sanitari relativamente al tema sepsi, ponendo particolare attenzione sulla tematica

Dimensione: PROCESSI INTERNI

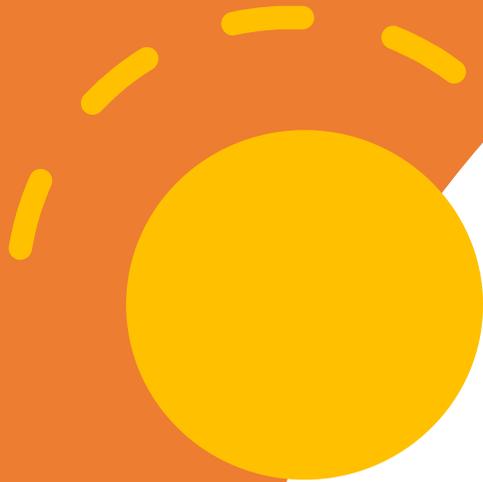
Area: Appropriatelyzza, qualità, sicurezza e rischio clinico

Indicatore: IND0622

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0622	Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	(vuoto)	5,62	4,09	4,2	4,72	4,00

COMMENTO:

La performance 2024 è aumentata rispetto all'anno precedente e supera la media regionale (4). Nell'ottobre 2024, a fronte dell'adozione della Cartella Clinica Elettronica (CCE), è stata redatta e pubblicata la procedura interaziendale relativa alla "Prevenzione del tromboembolismo post-operatorio nel paziente chirurgico adulto", documento applicabile ai contesti chirurgici delle Aziende Sanitarie Pubbliche provinciali



2. Dimensione performance:
processi interni

2.5 Area performance:
organizzazione

2. Dimensione performance: processi interni

2.5 Area performance: organizzazione

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND1160	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori	(vuoto)	0,00	0,00	6,29	7,35	4,58
IND1161	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori agili potenziali	(vuoto)	0,00	0,00	46,64	62,45	25,19
IND1162	% giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative	(vuoto)	0,00	0,00	4,91	5,37	3,68

Dimensione: PROCESSI INTERNI

Area: Organizzazione

Indicatore: IND1160

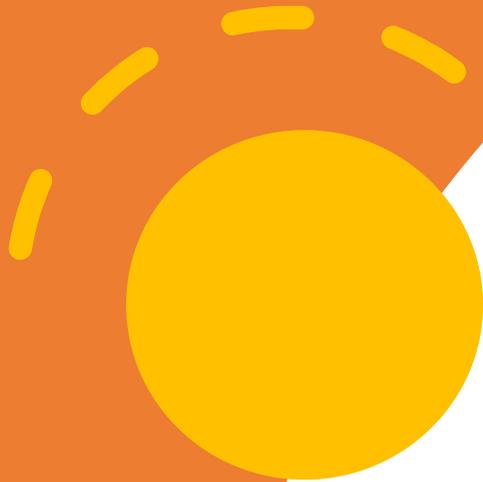
ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND1160	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori	(vuoto)	0,00	0,00	6,29	7,35	4,58

COMMENTO:

A seguito della pandemia da Covid-19 l'Azienda ha continuato a tenere attivo lo strumento di modalità di lavoro a distanza ritenendo di poterlo impiegare nelle situazioni lavorative più consone che ben si adattano ad una organizzazione delle attività lavorative distanti dal luogo di lavoro.

Ciò in considerazione anche della possibilità di conciliare maggiormente i tempi di vita e lavoro dei dipendenti e delle difficoltà di raggiungimento della sede di lavoro che in alcuni casi possono manifestarsi.

I dati del 2024 evidenziano un trend in incremento rispetto al 2023 ed un livello superiore alla media regionale per tutti e tre gli indicatori oggetto di monitoraggio, in special misura con riferimento alle attivazioni di contratti individuali di lavoro agile sul totale del personale dipendente.



3. Dimensione performance: sostenibilità

3.1 Area performance: sostenibilità economico- finanziaria

3. Dimensione performance: sostenibilità

3.1 Area performance: sostenibilità economico-finanziaria

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	(vuoto)	-3,94	-0,57	-6,75	-11,42	-
IND0363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	≥ 90%	90,98	87,33	87,6	91,3	95,59
IND0877	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	23,73	23,29	23,27	24,59	19,32
IND0878	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	3,89	3,04	3,12	3,79	29,79
IND0879	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	18,88	20,65	22,03	21,25	11,86
IND0880	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	52,58	51,58	51,64	48,83	37,06

Dimensione: SOSTENIBILITÀ

Area: Sostenibilità economico-finanziaria

Indicatore: IND0220

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	(vuoto)	-3,94	-0,57	-6,75	-11,42	-

COMMENTO:

Il dato annuale dell'indicatore (-11,42) è ampiamente in linea con l'attesa regionale ed in netto miglioramento rispetto al trend dell'ultimo triennio.

Trimestralmente, è stato pubblicato in "Amministrazione Trasparente" l'indice di tempestività dei pagamenti, ai sensi del D. Lgs n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016.

Nell'anno non si è fatto ricorso all'anticipazione di cassa e si conferma al 31 dicembre una giacenza positiva di cassa pari a 14.753.415,88 euro.

Alle Aziende sanitarie è stato richiesto l'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2024, poiché la compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di Verifica degli adempimenti presso il MEF

Dimensione: SOSTENIBILITÀ

Area: Sostenibilità economico-finanziaria

Indicatore: IND0363

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	≥ 90%	90,98	87,33	87,6	91,3	95,59

COMMENTO:

Da qualche anno il raggiungimento della copertura del flusso DiMe per Dispositivi Medici e Diagnostici in vitro è critico e questo perchè diversi prodotti, con particolare riferimento ai Diagnostici, non vengono più movimentati come prodotti, ma il contratto di fornitura prevede la remunerazione a determinazione con la conseguenza che la spesa e il consumo del singolo prodotto non entra nel flusso Di.Me. Inoltre, sono sempre più frequenti gli acquisti di assemblati, molti dei quali non hanno il numero di Repertorio e non entrano nel Flusso..

Dimensione: SOSTENIBILITÀ

Area: Sostenibilità economico-finanziaria

Indicatore: IND0877

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0877	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	23,73	23,29	23,27	24,59	19,32

COMMENTO:

Il dato risulta superiore alla media regionale, così come per le altre aziende ospedaliere regionali. Su di esso, infatti, incide l'acquisto da parte dell'Ospedale dei farmaci per la distribuzione diretta ai pazienti in dimissione, successivamente rimborsati dall'azienda sanitaria di residenza dei pazienti. Al netto di questa partita di giro, la percentuale di incidenza rientrerebbe nel range regionale.

Dimensione: SOSTENIBILITÀ

Area: Sostenibilità economico-finanziaria

Indicatore: IND0878

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0878	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	3,89	3,04	3,12	3,79	29,79

COMMENTO:

In senso opposto a quanto sopra descritto, il dato regionale di confronto risente della diversa composizione di questo aggregato tra aziende sanitarie e aziende ospedaliere. Le prime infatti ricomprendono in questo raggruppamento i costi per acquisto di prestazioni sanitarie da altre aziende sanitarie pubbliche e dal privato accreditato (ad esempio i contratti di fornitura), tipologia di costi che le aziende ospedaliere, come AOSPMO, non hanno.

Dimensione: SOSTENIBILITÀ

Area: Sostenibilità economico-finanziaria

Indicatore: IND0879

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0879	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	18,88	20,65	22,03	21,25	11,86

COMMENTO:

Fermo restando la differente composizione di questo raggruppamento tra AUSL e AO (che incide sulla percentuale media regionale), AOUMO evidenzia nel 2024 una riduzione dell'incidenza di questi costi, dovuta alle azioni gestionali messe in atto per contenere gli incrementi da aumento di prezzi e adeguamenti inflattivi.

Dimensione: SOSTENIBILITÀ

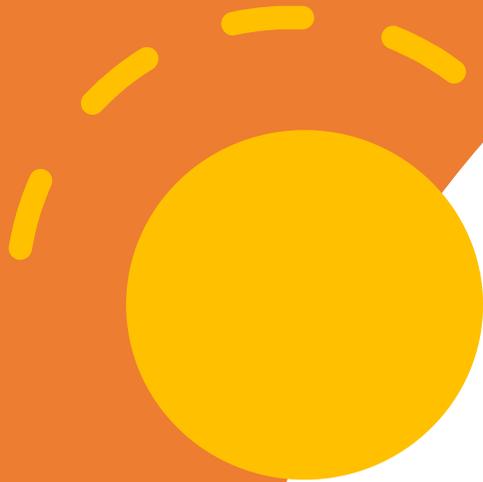
Area: Sostenibilità economico-finanziaria

Indicatore: IND0880

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0880	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	52,58	51,58	51,64	48,83	37,06

COMMENTO:

Anche a questo aggregato si applicano le considerazioni esposte nell'aggregato precedente. La diminuzione dell'incidenza 2024, pure in presenza di un numero di unità costante tra il 31.12.2023 e il 31.12.2024, evidenzia l'impegno dell'Azienda per coniugare il contenimento dei costi con il mantenimento dell'attività e il recupero delle liste di attesa.



3. Dimensione performance: sostenibilità

3.2 Area performance: investimenti

3. Dimensione performance: sostenibilità

3.2 Area performance: investimenti

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND0977	% risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR)	90%			44,07	100	100
IND1099	% risorse impegnate per digitalizzazione DEA (PNRR)	70%		85,81	100	100	100
IND1193	% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	50%		56,67	58,62	66,67	70,19

Dimensione: SOSTENIBILITÀ

Area: Investimenti

Indicatore: 1097 e 1193

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND1097	% risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR)	90%			44,07	100	100
IND1193	% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	50%		56,67	58,62	66,67	70,19

COMMENTO:

Gli indicatori evidenziano esiti in linea con il valore atteso e la media di riferimento regionale per l'anno 2024. Dimostrano inoltre trend in netto incremento rispetto ai valori riscontrati nel corso del 2023.

Dimensione: SOSTENIBILITÀ

Area: Investimenti

Indicatore: 1099

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2021	AOU_MO 2022	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	RER 2024
IND1099	% risorse impegnate per digitalizzazione DEA (PNRR)	70%		85,81	100	100	100

COMMENTO:

Alcune gare di acquisto svolte nel 2024 direttamente da AOMUO su MEPA hanno generato risparmi rispetto agli importi impegnati. Questo ha comportato la disponibilità a fine 2024 di risparmi dell'ordine 2-3% che verranno impiegati nel 2025 per interventi complementari, compreso, ad esempio, il pagamento dell'onorario dell'ingegnere indipendente, che dovrà svolgere le verifiche di conformità delle forniture, onorario che deriverà dalle negoziazioni in corso da parte di Consip e che sarà disponibile ad agosto 2025.