

RELAZIONE sulla PERFORMANCE 2025

30/06/2026



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

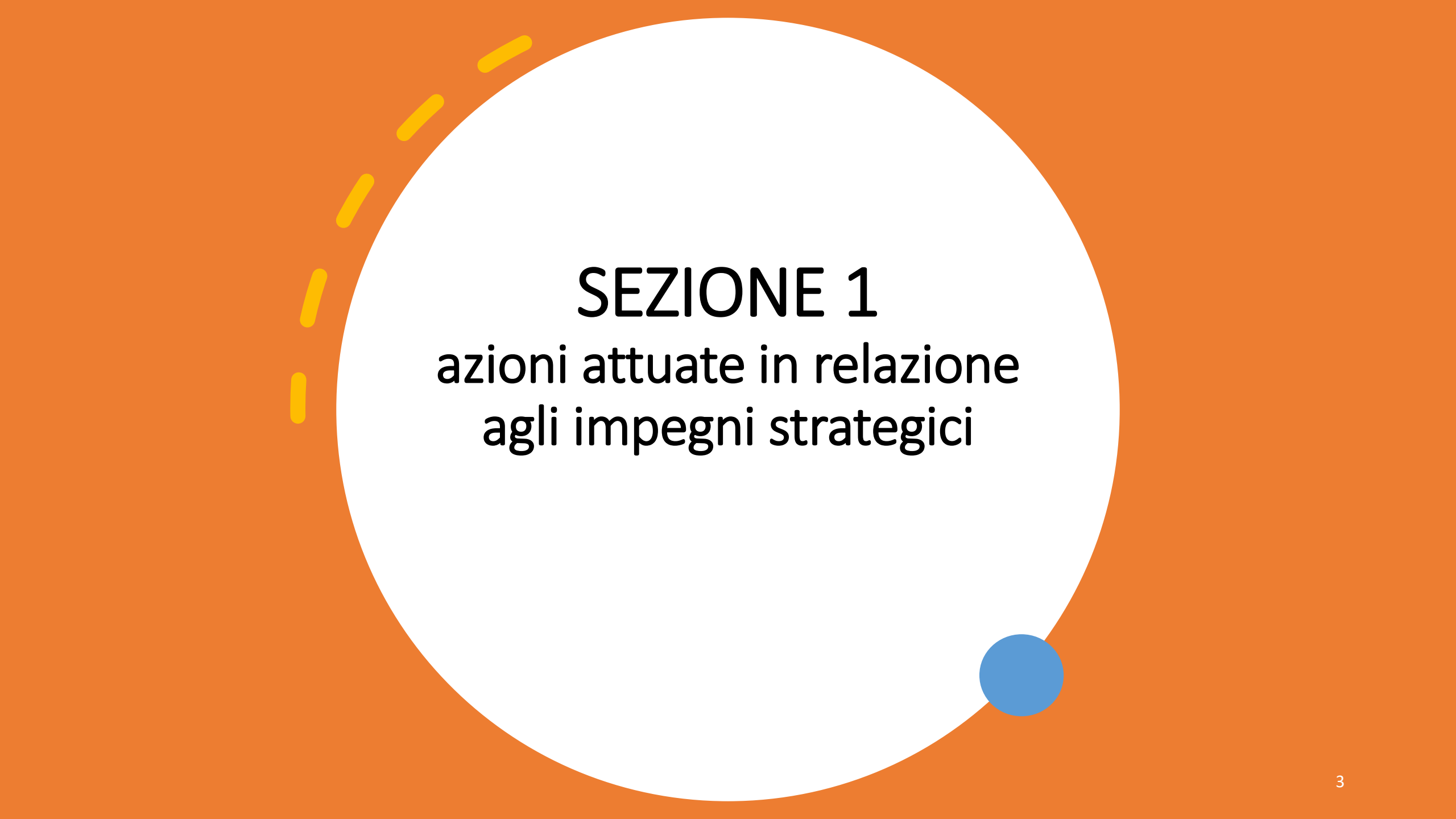


Premessa

La Relazione sulla Performance è il documento annuale di rendicontazione dei risultati realizzati nell'anno di riferimento (2025), a partire dalle azioni previste nel P.I.A.O. 2025-2027 (*DGR 973 del 23/6/2025*) e degli obiettivi di programmazione regionale annuale (*DGR 972 del 23/6/2025*).

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. 2025-2027 (*delibera AOU Modena n. 189 del 31/7/2025*)
2. Programma di mandato dei Direttori Generali DGR 65/2025 e 73/25
3. 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 2025, per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, si è sviluppato in un contesto caratterizzato dal consolidamento dei processi di programmazione e monitoraggio delle attività aziendali, in coerenza con gli indirizzi regionali, gli obiettivi di mandato e le strategie di sviluppo dell'organizzazione.

La principale direttrice strategica che ha caratterizzato l'azione aziendale nel corso dell'anno è stata il rafforzamento delle relazioni e dei percorsi di integrazione con il sistema sanitario territoriale, con particolare riferimento alla collaborazione con l'Azienda USL di Modena. L'impegno congiunto è stato orientato a promuovere una progressiva condivisione dei dati, degli strumenti di analisi e dei criteri di interpretazione delle informazioni, con l'obiettivo di sviluppare una visione integrata dei bisogni di salute della popolazione e di supportare processi di programmazione, monitoraggio e valutazione sempre più coordinati ed efficaci.

Tale evoluzione è stata perseguita nel rispetto delle specifiche missioni e competenze delle due Aziende, valorizzando da un lato il ruolo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria quale riferimento per l'alta specializzazione, la ricerca e la formazione e, dall'altro, quello dell'Azienda USL quale garante della rete territoriale, della prossimità e della continuità assistenziale.

Parallelamente, l'Azienda ha continuato a perseguire il miglioramento della qualità dell'assistenza, dell'efficacia dei processi clinico-assistenziali e dell'efficienza nell'impiego delle risorse disponibili, operando in un quadro di sostenibilità economica e di crescente complessità organizzativa. In tale contesto, il monitoraggio degli obiettivi e dei risultati conseguiti ha rappresentato uno strumento fondamentale per orientare le azioni di miglioramento e sostenere il raggiungimento delle priorità strategiche definite per l'anno.

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



Governo del sistema “Azienda Sanitaria”

La Direzione aziendale continuerà 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

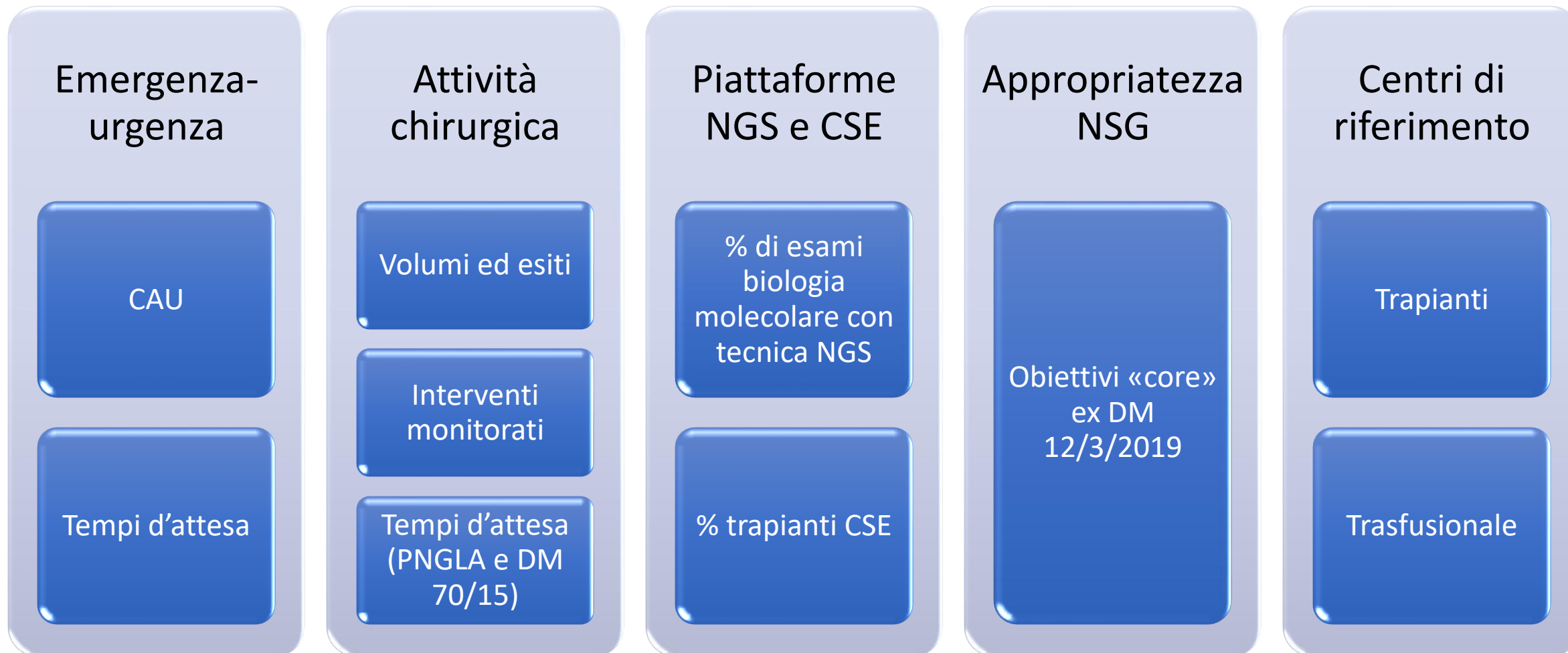
Ricoveri
Programma-
ti e Tempi
di Attesa

Collegamento diretto con:



Si rimanda ai singoli documenti per dettagli e approfondimenti

Assistenza Ospedaliera: azioni intraprese



Assistenza Ospedaliera: reti provinciali

Nel corso del 2025 l'Azienda ha continuato a partecipare attivamente allo sviluppo e al consolidamento delle reti cliniche provinciali, in coerenza con la programmazione regionale e con i modelli di integrazione tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL.

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

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatori: IND0775 e IND0776 (1 di 3)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_MO 2023	AOU_MO 2024	AOU_MO 2025	RER 2025
IND0775	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	≥ 90%	78,33	73,98	68.81	71.72
IND0776	% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	≥ 95%	79,13	83,8	83.22	83.69

COMMENTO (1 di 3):

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 non molto al di sotto rispetto a quelli medi regionali sia per quanto riguarda il rispetto dei tempi di permanenza nei PS con oltre 45.000 accessi (PS Policlinico), che per quanto riguarda il rispetto dei tempi di permanenza nei PS con meno di 45.000 accessi (PS OCB).

Il PS generale di OCB nel 2025 si colloca oltretutto di poco al di sopra dei 45.000 accessi/anno, e i 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.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatori: IND0775 e IND0776 (2 di 3)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0775	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	≥ 90%	78,33	73,98	68.81	71.72
IND0776	% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	≥ 95%	79,13	83,8	83.22	83.69

COMMENTO (2 di 3):

Occorre sottolineare come il tempo di permanenza in PS sia molto collegato, oltre che alla complessità dei pazienti (nei nostri DEA Il vengono centralizzati pazienti critici e complessi intra ed extra-provincia), anche alla disponibilità 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.

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.

Dimensione: UTENTE

Area: Accesso e Domanda

Indicatori: IND0775 e IND0776 (3 di 3)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0775	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	≥ 90%	78,33	73,98	68.81	71.72
IND0776	% accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	≥ 95%	79,13	83,8	83.22	83.69

COMMENTO (3 di 3):

Occorre sottolineare come il tempo di permanenza in PS sia molto collegato, oltre che alla complessità dei pazienti (nei nostri DEA Il vengono centralizzati pazienti critici e complessi intra ed extra-provincia), anche alla disponibilità 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.

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.



1. Dimensione performance:
utente

1.2 Area performance:
Esiti

Dimensione: UTENTE

Area: Esiti

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	≤ 14,55	22,54	20,45	19.14	16.86
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	≤ 14,05	13,83	15,49	14.99	15.0
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	100	100.0	97.9
H03C	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - NSG	< 2,66%	8,19	4,09	4.67	3.5
H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	≥ 90%	83,17	84,88	81.06	86.39
H18C	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	≤ 20% Pt. max	18,15	17,51	17.77	17.1
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	≤ 7,25	7,2	6,55	6.47	9.34
H24C	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	≤ 12%	8,77	9,87	6.25	7.62
IND0402	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	≤ 0,7%	0,65	0,6	0.33	0.99
IND0403	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	≤ 1,2%	0,86	0,64	0.55	1.55
IND1013	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	≥ 80%	57,56	60,14	82.62	72.29

Dimensione: UTENTE

Area: Esiti

Indicatore: D01C

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	≤ 14,55	22,54	20,45	19.14	16.86

COMMENTO:

Per quanto sopra esposto, si tende dunque ad escludere che il risultato non pienamente in linea con le proiezioni e lo standard, registrato rispetto a questo indicatore, ma comunque in miglioramento nel 2025 rispetto al 2024 , 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: Esiti

Indicatore: D02C (1 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	≤ 14,05	13,83	15,49	14.99	15.0

COMMENTO (1 di 2):

L'indicatore è clinicamente rilevante in quanto misura un esito composito significativo a 12 mesi dall'ictus ischemico. Tuttavia, il valore osservato (15,4%) può risentire di diversi fattori metodologici e organizzativi.

In primo luogo, il dato può essere influenzato dalle modalità di codifica SDO nei ricoveri successivi all'evento indice. Alcuni codici ICD, come ad esempio il codice 434 ("occlusione delle arterie cerebrali"), possono essere riportati tra le diagnosi in pazienti con esiti del precedente ictus ischemico, senza necessariamente rappresentare un nuovo evento maggiore. Analoghe considerazioni valgono per altri codici cerebrovascolari o cardiovascolari che, se inseriti come diagnosi secondarie, possono determinare una possibile sovrastima amministrativa dell'incidenza reale di MACCE.

Dimensione: UTENTE

Area: Esiti

Indicatore: D02C (2 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	≤ 14,05	13,83	15,49	14.99	15.0

COMMENTO (2 di 2):

Inoltre, in qualità di centro hub della rete stroke, la nostra struttura riceve una quota significativa di pazienti complessi, pluripatologici e ad alto rischio cardiovascolare (elevata età media, fibrillazione atriale, cardiopatia ischemica, scompenso, diabete, arteriopatia diffusa). Tale case-mix, per definizione, comporta un rischio intrinseco più elevato di eventi maggiori a medio termine, indipendentemente dalla qualità della gestione acuta e della prevenzione secondaria.

Si evidenzia inoltre che nella definizione della coorte vengono esclusi i pazienti di età <35 anni; tuttavia, presso la nostra Stroke Unit vengono ricoverati anche pazienti giovani con ictus ischemico, elemento che può incidere sulla rappresentatività complessiva del percorso assistenziale.

Pertanto, pur riconoscendo il valore dell'indicatore, il dato deve essere interpretato tenendo conto del profilo di rischio della popolazione trattata e delle possibili criticità legate alla classificazione amministrativa

Dimensione: UTENTE

Area: Esiti

Indicatore: H02Z

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
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	100	100.0	97.9

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: Esiti

Indicatore: H03C

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
H03C	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - NSG	< 2,66%	8,19	4,09	4.67	3.5

COMMENTO:

E' 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. Non ci sono criticità riguardanti l'indicatore H02Z che risulta al 100%.

Dimensione: UTENTE

Area: Esiti

Indicatore: H05Z

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	≥ 90%	83,17	84,88	81.06	86.39

COMMENTO:

L'indicatore H05Z proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni si attesta per il 2025 al 81%, con una leggera flessione rispetto al risultato dell'anno precedente (85%). 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.

Dimensione: UTENTE

Area: Esiti

Indicatore: H18C

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
H18C	% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	≤ 20% Pt. max	18,15	17,51	17.77	17.1

COMMENTO:

Nel 2025, la percentuale di tagli cesarei primari registrata dall'Azienda si è attestata al 17,77%, in linea con l'andamento del 2024 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: Esiti

Indicatore: H23C

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	≤ 7,25	7,2	6,55	6.47	9.34

COMMENTO:

L'indicatore non evidenzia criticità, attestandosi entro il valore target previsto.

Dimensione: UTENTE

Area: Esiti

Indicatore: H24C

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
H24C	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	≤ 12%	8,77	9,87	6.25	7.62

COMMENTO:

L'indicatore fa registrare un esito molto positivo per l'anno 2025, in linea con l'obiettivo regionale < 12% e in netta riduzione rispetto al trend aziendale dell'ultimo biennio. Anche rispetto alla media RER (7.62) il dato risulta per la prima volta più contenuto, nonostante la casistica modenese risulti essere numericamente poco rilevante, con conseguente elevata variabilità percentuale dell'indicatore, anche in considerazione di modeste variazioni di casi.

Dimensione: UTENTE

Area: Esiti

Indicatore: IND0402

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0402	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	≤ 0,7%	0,65	0,6	0.33	0.99

COMMENTO:

La performance del 2025 continua a risultare migliore rispetto agli standard di riferimento, collocandosi al di sotto sia del target fissato sia della media regionale.

Dimensione: UTENTE

Area: Esiti

Indicatore: IND0403

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0403	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	≤ 1,2%	0,86	0,64	0.55	1.55

COMMENTO:

La performance aziendale registrata nel 2025 continua a confermarsi 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 quadriennio 2021–2024, a testimonianza dell'efficacia delle azioni intraprese e dell'impegno continuo nel percorso di ottimizzazione dell'assistenza.

Dimensione: UTENTE

Area: Esiti

Indicatore: IND1013

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND1013	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	≥ 80%	57,56	60,14	82.62	72.29

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.



**1. Dimensione performance:
utente**

1.3 Area performance:
integrazione

Dimensione: UTENTE

Area: Integrazione

Indicatore: D32Z (1 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
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	(vuoto)	19,46	25,09	23.92	24.61

COMMENTO (1 di 2):

Il valore dell'indicatore D32Z, il cui scopo è di valutare la congruenza delle finalità assistenziali del NODO-Hospice, nel 2025 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, ed in calo 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.

Dimensione: UTENTE

Area: Integrazione

Indicatore: D32Z (2 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
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	(vuoto)	19,46	25,09	23.92	24.61

COMMENTO (2 di 2):

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 degli anni successivi ivi compreso il 2025, 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.

In particolare, l'analisi dei dati evidenzia che, nel corso del 2025, rispetto al totale dei pazienti con degenza ≤ 7 giorni senza ADI attiva al ricovero, oltre il 60 % 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



2. Dimensione performance: processi interni

2.1 Area performance:
Appropriatezza, Qualità, Sicurezza
e Rischio clinico

Dimensione: PROCESSI INTERNI

Area: Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore: H04Z (1 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU _MO 2023	AOU _MO 2024	AOU _MO 2025	RER 2025
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	0,16	0,15	0.15	0.16

COMMENTO (1 di 2):

Si è posta particolare attenzione nel favorire l'attuazione di quanto contenuto nella Determina DGCPWS n. 335 del 03/01/2022 (Piano Annuale dei Controlli 2022, cosiddetto PAC), con specifico riferimento al rispetto dei criteri di campionamento e al raggiungimento delle soglie di verifica delle cartelle cliniche per ciascuna tipologia di controllo ivi indicata. Nella compilazione dei campi relativi ai controlli interni ed esterni nel flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e nella rendicontazione annuale dell'attività di controllo sanitario, si è osservata una discreta variabilità interaziendale, è necessario una maggiore attenzione per raggiungere adeguati livelli di completezza. Per garantire la rendicontazione regionale annuale al Ministero della Salute, ciascuna Azienda oltre ai controlli previsti dalla già citata Determina 335/2022, deve aggiungere almeno un ulteriore 2,5% di controlli interni e/o esterni relativi ai ricoveri con DRG ad elevato rischio di inappropriatelyzza indicati nell'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017 (LEA).

Dimensione: PROCESSI INTERNI

Area: Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Indicatore: H04Z (2 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU _MO 2023	AOU _MO 2024	AOU _MO 2025	RER 2025
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	0,16	0,15	0.15	0.16

COMMENTO (2 di 2):

I controlli sanitari vengono effettuati secondo le indicazioni fornite dalla Determina 11245 del 06/07/2020, prediligendo la modalità a distanza qualora possibile oppure, in caso debbano svolgersi necessariamente in presenza, mediante la disponibilità di sedi specificamente dedicate di pertinenza non sanitaria (biblioteche, uffici, aule, etc.).

Nel rispetto delle “LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2025- DGR 972/2025” - nel corso dello scorso anno sono stati realizzati i seguenti interventi:

- 1) Analisi casistica con DRG PI ad alto rischio di inappropriatelyzza in discipline potenzialmente critiche
- 2) Controlli PAC
- 3) Controllo casistica con DRG Potenzialmente inappropriato



2. Dimensione performance: processi interni

2.2 Area performance: Organizzazione

Dimensione: PROCESSI INTERNI

Area: Organizzazione

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND1160	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori	(vuoto)	6,29	7,35	7.05	4.99
IND1161	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori agili potenziali	(vuoto)	46,64	62,45	62.07	28.18
IND1162	% giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative	(vuoto)	4,91	5,37	6.28	4.25

Dimensione: PROCESSI INTERNI

Area: Organizzazione

Indicatore: IND1160

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND1160	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori	(vuoto)	6,29	7,35	7.05	4.99

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 2025 evidenziano un trend in sostanziale mantenimento rispetto al 2024 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.



2. Dimensione performance: processi interni

2.3 Area performance:
Produzione ospedale

Dimensione: PROCESSI INTERNI

Area: Produzione-Ospedale

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0868	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	(vuoto)	79,5	80,38	80.32	77.76
IND0869	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	(vuoto)	9,83	9,67	9.7	9.69
IND0870	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	(vuoto)	10,67	9,96	9.99	12.55
IND0871	Indice di case mix degenza ordinaria	(vuoto)	1,07	1,06	1.06	-
IND0872	Indice comparativo di performance	≤ 1.25	1,03	1,06	1.09	-

Dimensione: PROCESSI INTERNI

Area: Produzione-Ospedale

Indicatore: IND0872 (1 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0872	Indice comparativo di performance	≤ 1.25	1,03	1,06	1.09	-

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).

Dimensione: PROCESSI INTERNI

Area: Produzione-Ospedale

Indicatore: IND0872 (2 di 2)

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0872	Indice comparativo di performance	≤ 1.25	1,03	1,06	1.09	-

COMMENTO:

L'Azienda ha espresso un ICP pari ad 1,09 (7,19 gg. di Degenza media standardizzata per il case mix dei dimessi AOU rapportato a 6,59 gg. di Degenza media regionale) nel corso dell'anno 2025, raggiungendo l'obiettivo atteso regionale (tasso inferiore o uguale a 1,25). Il dato 2025 si colloca in una situazione di tendenziale incremento con la performance dell'ultimo triennio, dall'1,03 del 2023 all'1,06 del 2024 fino all'1,09 del 2025. Il dato cumulativo dell'Azienda è il risultato aggregato della performance espressa dal Policlinico (1,13: 7,28 gg. di Degenza media standardizzata per il case mix dei dimessi rapportato a 6,46 gg. di Degenza media regionale) e dall'Ospedale Civile di Baggiovara (1,1: 7,52 gg. di Degenza media standardizzata per il case mix dei dimessi rapportato a 6,86 gg. di Degenza media regionale). La performance dell'Azienda risulta quella più virtuosa nel panorama delle aziende ospedaliere regionali: 1,24 per l'AOU d Parma, 1,16 per lo IOR, 1,12 per l'AOU di Bologna e 1,35 per l'AOU di Ferrara.



3. Dimensione performance: sostenibilità

3.1 Area performance: sostenibilità economico- finanziaria

Dimensione: PERFORMANCE

Area: Sostenibilità economico-finanziaria

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	(vuoto)	-6,75	-11,42	-14.68	-
IND0363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	≥ 90%	87,6	91,3	96.34	95.7
IND0877	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	23,27	24,59	23.93	20.05
IND0878	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	3,12	3,79	3.66	29.23
IND0879	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	22,03	21,25	21.17	12.06
IND0880	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	51,64	48,83	50.45	38.06

Dimensione: SOSTENIBILITÀ

Area: Sostenibilità economico-finanziaria

Indicatore: IND0220

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	(vuoto)	-6,75	-11,42	-14.68	-

COMMENTO:

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 7.843.159,74 euro.

Alle Aziende sanitarie è stato richiesto l’invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2025, 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 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	≥ 90%	87,6	91,3	96.34	95.7

COMMENTO:

Gli andamenti relativi al tasso di copertura del flusso DiMe sono monitorati dalla RER che invia il dato di ritorno alle Aziende per opportune verifiche.

Per il 2025 gli obiettivi sono stati raggiunti.

Dimensione: SOSTENIBILITÀ

Area: Sostenibilità economico-finanziaria

Indicatore: IND0877

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0877	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	23,27	24,59	23.93	20.05

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 si attesterebbe al 20.09%, assai vicina al range regionale.

Dimensione: SOSTENIBILITÀ

Area: Sostenibilità economico-finanziaria

Indicatore: IND0878

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0878	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	3,12	3,79	3.66	29.23

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 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0879	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	22,03	21,25	21.17	12.06

COMMENTO:

Fermo restando la differente composizione di questo raggruppamento tra AUSL e AO (che incide sulla percentuale media regionale), AOUMO evidenzia nel 2025 una ulteriore 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 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND0880	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	(vuoto)	51,64	48,83	50.45	38.06

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

Dimensione: SOSTENIBILITÀ

Area: Sostenibilità economico-finanziaria

Indicatore: IND1193

ID Indicatore	Indicatore	Target	AOU_ MO 2023	AOU_ MO 2024	AOU_ MO 2025	RER 2025
IND1193	% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	50%	58,62	66,67	80.0	72.98

COMMENTO:

La performance aziendale fa registrare un netto incremento nell'indice aziendale del 2025 (80%) rispetto trend 2023 (58,62%) e 2024 (66,67%), collocando l'AOU di Modena ben al di sopra della media regionale (72,98%).

Il dato è particolarmente positivo, grazie alle sostituzioni delle grandi apparecchiature effettuate tramite i fondi PNRR e conclusesi nel corso del 2025.