



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

RELAZIONE SULLA GESTIONE ANNO 2018

Allegato 1

Estratto da pag 157-227 dalla Delibera 146/2019 di Adozione del Bilancio di Esercizio 2018: La rendicontazione degli obiettivi DGR 919/2018

Analisi del perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 919/2018

N.	Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2018	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2018 (DGR 919/18)	Rendicontazione al 31 dicembre 2018 - AUSL MODENA
1	1.1 Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	Realizzazione coordinata dei progetti previsti dal PRP	Il 95% degli indicatori sentinella del PRP deve aver conseguito un risultato $\geq 80\%$;	Secondo quanto previsto dal PLA (PRP) per gli indicatori sentinella lo standard di ogni singolo indicatore si considera raggiunto se il valore osservato non si discosta di più del 20 % rispetto all'atteso, pertanto % di indicatori sentinella con valore conseguito $\geq 80\%$; obiettivo $> 95\%$	Non abbiamo ancora la rendicontazione ufficiale dei progetti del PRP da parte della Regione. Secondo il nostro monitoraggio interno avremmo raggiunto almeno l'80% del valore atteso in oltre il 96% degli indicatori sentinella e quindi avremmo conseguito l'obiettivo regionale
2	1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi	Registro mortalità: completezza e tempestività della raccolta dati	Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2018) nei tempi previsti dalla circolare regionale n.7 del 2003	completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2017); obiettivo: $\geq 95\%$ al marzo 2019.	100% al marzo 2019
3	1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi	Sistema di sorveglianza degli stili di vita	realizzazione interviste PASSI programmate	rapporto interviste PASSI realizzate/programmate: $\geq 95\%$ entro febbraio 2019	100% : effettuate entro febbraio 2019 tutte le 320 interviste programmate per il 2018
4	1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya - Zika virus segnalati al DSP e notificati in RER/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya - Zika virus testati presso il laboratorio di riferimento regionale CRREM	n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya - Zika virus segnalati notificati in RER/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya - Zika virus segnalati al DSP	valore ottimale = 100%; valore accettabile $\geq 90\%$	100% (77 su 77)

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

5	1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	n. casi malattie infettive inserite nell'applicativo SMI	n. casi malattie infettive inserite nell'applicativo SMI incomplete al consolidamento (dopo 6 m dall'inserimento)/n. totale di schede di casi di malattie infettive nell'applicativo SMI	valore ottimale= 100%; valore accettabile >= 95%	100% (2650 su 2650)
6	1.2.3 Piano di prevenzione vaccinale 2017-19 e legge 119/2017 inerente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e nell'adolescenza	Copertura vaccinale del nuovo piano vaccinale (PNPV 2017 -2019) Copertura per vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza (Legge 19/2016) quale requisito per accesso ai servizi educativi dell'infanzia Offerta attiva delle seguenti nuove vaccinazioni: meningococco B ai nuovi nati; varicella in età pediatrica; Papillomavirus HPV con avvio della chiamata attiva della coorte dei maschi nati nel 2006; pneumococco alla coorte dei 65enni; rotavirus ai neonati con fattori di rischio; pertosse agli adulti e alle donne in gravidanza.	a) copertura vaccinale per vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza (al 24 mese): > 95% b) meningococco B ai nuovi nati, al 1° anno > 75%; c) copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV: ragazze coorte di nascita 2006 75%; ragazzi della coorte di nascita 2006 >60% d) copertura vaccinale antiinfluenzale nella popolazione dei >= 65enni: >= 75 % e) copertura vaccinale anti-pneumococco nella popolazione di età = 65 anni: >=55%a)	A) Le coperture al 24 mese sono superiori al 95% per le 6 vaccinazioni dell'esavalente (difterite, tetano, pertosse, polio epatite b ed emofilo b) . Per MPR (morbillo parotite rosolia il dato di copertura è di 94,3%. (in incremento di 2 punti % sul 2017 e meglio del dato regionale pari a 93,5%) B)La copertura contro il meningococco B è 85,96% rispetto al 75% richiesto dal piano regionale C)La vaccinazione contro HPV nel maschio è ancora in corso ; il trend di copertura è attorno al 74% rispetto al 60% previsto dal piano regionale. La vaccinazione contro HPV delle femmine è in fase di completamento e il trend di copertura è attorno all' 80% D)Vaccinazioni a soggetti di età > 65 anni somministrate e registrate: 90.876 Ultra sessantaquattrenni residenti in provincia di Modena al 01/01/2018: 158.904 % di copertura > 65enni: 57,2% (dato non consolidato)

					derivato dal database del portale AVR) E) Vaccinazioni acquistate e consegnate al 07/01/2019: PCV13= 7.7.14 PPSV23=4.162 Vaccinazioni somministrate e registrate: 7.927 Coorte 65enni provincia di Modena al 01/01/2018: 7.782 % di copertura > 65enni: non è possibile calcolarla con l'attuale portale regionale
7	1.2.4 Programmi di screening Oncologici	programmi di screening oncologici	mantenere livelli di copertura raccomandati nella popolazione target	<p>a) screening cervicale: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato il test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale >=60%; valore accettabile: >= 50%</p> <p>b) screening mammografico % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato il test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale >=70%; valore accettabile: >= 60%</p> <p>c) screening coloretale: di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato il test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale >=60%; valore accettabile: >= 50%</p>	<p>a) screening cervicale, valore realizzato: 68,4 b) screening mammografico: valore realizzato: 73,7% c) screening coloretale: valore realizzato: 53,9 %.</p>

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

8	1.2.5 Salute e sicurezza in ambiente di lavoro e di vita	vigilanza e controllo sulle attività produttive	% aziende con dipendenti ispezionate	>=9%	9,4% (3390u.l. / 36043)
9	1.2.5 Salute e sicurezza in ambiente di lavoro e di vita	vigilanza e controllo sulle attività produttive (DGR 1945 del 4/12/2017)	n. cantieri rimozione amianto controllati su piani di rimozione amianto presentati (art. 256 D.LGs. 81/08)	>= 15%	15,6% (177 su 1137)
10	1.2.5 Salute e sicurezza in ambiente di lavoro e di vita	vigilanza e controllo sulle attività produttive (DGR 1945 del 4/12/2017)	evidenza di attivazione di un ambulatorio diretto alla sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni DSP	1 ambulatorio attivato	attivato l'ambulatorio per ex esposti ad amianto il 21/12/2018
11	1.2.5 Salute e sicurezza in ambiente di lavoro e di vita	vigilanza e controllo sulle attività produttive	n. aziende del territorio partecipanti al progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro	>=80% di quanto previsto dal PRP	56 aziende partecipanti al progetto rispetto alle 30 programmate
12	1.2.5 Salute e sicurezza in ambiente di lavoro e di vita	vigilanza e controllo sulle attività produttive	presa in carico del paziente con mesotelioma	rif par 3.15 Centri di riferimento regionali	Il PDTA di riferimento è quello della patologia oncologica toracica di Area Nord. Tutti i casi che afferiscono alla U.O. di Oncologia (che arrivano da Chirurgia Toracica, Reparti Ospedalieri fra cui Pneumologia e MMG) vengono presi in carico dai DHO di Carpi e di Mirandola durante tutto l'iter di malattia; presa in carico globale, compresa la "early palliative care", nodo Ospedaliero in stretta collaborazione con il Territorio.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

13	1.2.6 Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziali e socio sanitarie	autorizzazione delle strutture sanitarie, socio assistenziale e socio sanitaria (DGR 1943 del 4/12/2017)	implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie	target 100% delle strutture sanitarie/anno	100% al 31 dicembre
14	1.2.6 Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziali e socio sanitarie	autorizzazione delle strutture sanitarie, socio assistenziale e socio sanitaria (DGR 1943 del 4/12/2017)	% case famiglia controllate nel biennio 2017-18	100%	100% delle case famiglia controllate nel biennio 2017/18
15	1.3.1 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione - Piano regionale integrato	Piano Regionale Integrato (DGR 1500 del 10/10/2017): contribuire a raggiungere tutti gli indicatori	% indicatori sentinella con valore conseguito pari allo standard del Piano	= 100% (Fonte dati: sistemi naz, sistema reg. ORSA, rendicontazioni annuali Ausl)	100% al 31/12/2018 Tutti i 9 piani hanno raggiunto l'obiettivo atteso al 100%. In dettaglio: Anagrafe zootecnica suini atteso 1 % raggiunto 4,84% (17/351) Prelievo dell'obex nei bovini/bufalini morti in allevamento Atteso 95 % fatto 99,5 % Sorveglianza delle salmonellosi avicoli atteso 100 % fatto 100 % Prevenzione randagismo atteso 95% fatto 100% Controllo attività alimenti atteso 95% fatto 100% Controllo prodotti base latte atteso 95% fatto 100% Piano regionale alimenti atteso 100% fatto 100% Farmacosorveglianza atteso 95% fatto 100% Campionamento Piano alimentazione animale atteso 193 fatto 193 Benessere animale allevamenti suini atteso 95% fatto 100%)

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

16	1.3.1 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione - Piano regionale integrato	Piano Regionale Integrato (DGR 1500 del 10/10/2017): contribuire a raggiungere tutti gli indicatori	% della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel Piano	= 80% (Fonte dati: sistema reg. ORSA, rendicontazioni annuali Ausl)	100 % (fonte dati consuntivo annuale 2018)
17	1.3.2 Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e brucellosi ovicaprina e anagrafe ovicaprine	realizzazione e registrazione dei ctrl ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e ovi-caprina e anagrafe ovicaprina	% allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA) sul totale allevamenti soggetti a controllo nell'anno	=100% (Fonte: SEER dell'IZSLER)	100 % (BRC ovicaprina :197/ 197; BRC bovina sierologia latte: 636/636 ; sierologia sangue: 71/71))
18	1.3.2 Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e brucellosi ovicaprina e anagrafe ovicaprine	realizzazione e registrazione dei ctrl ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e ovi-caprina e anagrafe ovicaprina	% dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN	=80% (Fonte: SISVET di VETINFO)	> 80 % (fonte: nota RER n° 232955 del 07/03/2019)
19	1.3.2 Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e brucellosi ovicaprina e anagrafe ovicaprine	realizzazione e registrazione dei ctrl ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e ovi-caprina e anagrafe ovicaprina	% aziende controllate nell'anno sul totale delle aziende soggette a controllo	=3% (Fonte: portale naz VETINFO "Statistiche")	3,79 % (17/449)
20	1.3.3 Realizzazione dei controlli sui contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)	Realizzazione dei controlli sui contaminanti negli alimenti di origine vegetale	% campioni analizzati per il Piano Regionale fitosanitari, per ciascuna categoria di alimenti, sul totale dei campioni previsti dal piano regionale per quella categoria	100% (Fonte: sistema naz NSIS)	100% (120/120)

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

21	1.3.4 Adeguamento s.i. gestionali per la trasmissione dei dati al sistema regionale ORSA	Adeguamento s.i. gestionali per la trasmissione dei dati al sistema regionale ORSA	Idoneità dei dati AUSL, presenti nel sistema regionale ORSA, di rendicontazione annuale dell'attività di vigilanza nelle strutture registrate e riconosciute.	100%	N.A. per quanto riguarda l'applicazione del protocollo regionale sulla verifica della qualità dei dati presenti in ORSA (per ritardi negli adeguamenti informatici, non dipendenti dalle AUSL) 100 % per quanto riguarda l'effettuazione dei corsi per il miglioramento della qualità dei dati
22	1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	Tutela e promozione della sicurezza dei lavoratori all'interno delle strutture sanitarie	Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	>= 34% o evidenza di incremento rispetto all'anno precedente	n° 1155 Vaccinazioni eseguite nella campagna vaccinale 2018-2019 a fronte di n° 919 vaccinazioni eseguite nella campagna vaccinale 2017-2018. Incremento del 25.7%
23	1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	Tutela e promozione della sicurezza dei lavoratori all'interno delle strutture sanitarie	operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio	>=95%	Copertura vaccinale degli operatori dei reparti a rischio secondo le indicazioni regionali (documento in allegato)
24	1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	Tutela e promozione della sicurezza dei lavoratori all'interno delle strutture sanitarie	realizzazione di programmi di promozione della salute nelle aziende sanitarie attuati attraverso i medici competenti e gli strumenti messi a punto a livello regionale: % sk individuali dei lavoratori compilate dai MC	>=5% dei lavoratori	la somministrazione del questionario regionale per la promozione della salute è stato somministrato ad un campione di 366 operatori corrispondente a circa il 10% degli operatori in sorveglianza sanitaria

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

25	2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	coerenza con sk 32 PSSR 2017-19	Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte cruscotto regionale)	>=90%	Per le D 98%. Le B in teoria sono monitorate informalmente e registra nei trimestri un andamento in miglioramento: trimestre 01/01/2018 - 31/03/2018: 52% trimestre 01/04/2018 - 30/06/2018: 42% trimestre 01/07/2018 - 30/09/2018: 57% trimestre 01/10/2018 - 31/12/2018: 68%
26	2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative	numero mancate presentazioni a causa dell'utente	2018<2017	trend in calo (nel 2017 -> 80.699, nel 2018 -> 72.149)
27	2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	prescrizioni e prenotazioni dei controlli	numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (Fonte ASA/ARMP/DEMA)	2018>2017	la rendicontazione RER dei primi 9 mesi 2018 conferma un trend in aumento (3,36%)
28	2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	prescrizioni e prenotazioni dei controlli	numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP (Fonte ASA/ARMP/DEMA)	2018>2017	trend in aumento 2018>2017 sia per le prestazioni prenotate dagli specialisti su agende CUP sia per agende interne SIO (nel secondo foglio del file ho riportato i numeri qualora servano). Su agende CUP si passa dalle 189046 prenotazioni del 2017 alle 221928 del 2018 (delta 32882).

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

29	2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Verifica appropriatezza prescrittiva prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità	Indice di consumo di TC e RM osteoarticolari nell'anno 2017 rispetto al 2012 (analisi dati ASA)	Riduzione \geq 20%	calcolo in capo alla RER
30	2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Prescrizioni e prenotazione dei controlli	Numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista che ha in carico il paziente (fonte ASA/ARMP/DEMA)	\geq valore 2016	Rendicontato su SIVER. Non consolidati i dati 2018 ma dai primi 9 mesi si conferma trend in aumento (7,52%)
31	2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	monitoraggio prestazioni disponibili in prenotazione online sul CUPWEB regionale	% numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili online sul CUPWEB / numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP	\geq 80%	87%
32	2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa	Implementazione DGR 2128/2016 coerenza con sk 1, PSSR 2017-19	numero cds con referente organizzativo/numero cds attive	100% fonte: anagrafe regionale str san e sociosan)	100%
33	2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa	Implementazione DGR 2128/2016 coerenza con sk 1, PSSR 2017-20	numero CdS hub con board gestionale-organizzativo/n. CdS hub attive	100% fonte: anagrafe regionale str san e sociosan)	100% (2/2)

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

34	2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa	Implementazione DGR 2128/2016	attivazione cds programmate per 2018	100%	non ci sono cds programmate per il 2018.
35	2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa	presa in carico BPCO	tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO (Fonte Profili NCP)	< 2017	Dato 2017: 50,6 Dato 2018: 50,8 (escluso mobilità extra RER)
36	2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa	presa in carico BPCO	aderenza aziendale alla terapia farmacologica per i pz affetti da BPCO (Fonte profili NCP)	> 2017	Dato 2018 non ancora disponibile Pazienti eleggibili 2017: 13633 (% pazienti trattati 28,3%) Pazienti eleggibili 2016: 13662 (% pazienti trattati 26,5%)
37	2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa	presa in carico fragilità/multimorbilità nell'ambulatorio infermieristico della cronicità	rivalutazione del piano assistenziale dei pz fragili, precedentemente presi in carico, alla luce dei nuovi profili di RiskER relativi al rischio 2018, trasmessi da Regione	sì	Sono state predisposte le attività preliminari di presa in carico nelle due realtà sperimentali di CFE e Bomporto, senza la diffusione dei dati agli MMG.
38	2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa	presa in carico fragilità/multimorbilità nell'ambulatorio infermieristico della cronicità	incremento dell'utilizzo dei profili di rischio	+2 CdS rispetto al 2017	Identificate le altre due realtà sperimentali: CDS di Pievepelago e CDS di Spilamberto. Per queste 2 realtà è stato fatto un incontro di presentazione del progetto con la presenza dei referenti RER a Vignola il 22 novembre 2018
39	2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa	presa in carico fragilità/multimorbilità nell'ambulatorio infermieristico della cronicità	utilizzo degli strumenti PACIC e ACIC	sì	Questionario ACIC somministrato il 7 di Novembre 2018 c/o CdS Finale Emilia a completamento della somministrazione del PACIC ai pazienti del percorso diabete di tipo 2.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

40	2.3 Ospedali di Comunità	coerenza con sk 3, PSSR 2017-19	analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come OsCo	sì	Presente nella Scheda 3 del Piano di Zona, dove si evince che sono Mirandola e Finale Emilia e che sono già stati finanziati
41	2.3 Ospedali di Comunità	coerenza con sk 3, PSSR 2017-19	Degenza media in Ospedale di Comunità (SIRCO)	<=20 giorni (DM 70/2015)	Castelfranco 19,95 gg Fanano 19,71 gg
42	2.3 Ospedali di Comunità	coerenza con sk 3, PSSR 2017-19	% di ricovero con accesso previa valutazione multidimensionale	2018: >=90%	100% per entrambi gli OSCO
43	2.4 Assistenza protesica	DPCM 12/1/2017; individuare competenze, caratteristiche, e modalità organizzative per definizione di un Albo interaziendale di medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili	completamento formulazione albo dei prescrittori: predisposizione documento formalizzato a livello aziendale/interaziendale	sì	E' stato redatto il regolamento e l'albo dei prescrittori recepito con la delibera n° 394 del 25/12/2018
44	2.5 Cure palliative	coerenza con sk 7, PSSR 2017-19	Numero deceduti per tumore assistiti dalla Rete Cure Palliative (a domicilio o in hospice)/numero deceduti per tumore	>=45% (fonte INSIDER)	43,1% - ultimo dato al 30 giugno 2018 fonte INSIDER Non sono disponibili dati aggiornati al 31/12/2018
45	2.5 Cure palliative	coerenza con sk 7, PSSR 2017-20	Formalizzazione delle Unità di Cure Palliative domiciliari di base e specialistiche (UCPD) (DGR 560/17 e DCPM 12/1/2017)	sì	Formalizzazione con decisione n° 2354 del 21/12/2018

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

46	2.5 Cure palliative	coerenza con sk 7,PSSR 2017-21	numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore/deceduti per causa di tumore	+5% rispetto 2017	Per il calcolo dell'indicatore si è assunto che ogni accesso (medico ed infermieristico) possa essere considerato come una giornata di assistenza: Anno 2018 - Rapporto accessi/deceduti per causa di tumore pari a 17,03; Anno 2017 - Rapporto accessi/deceduti per causa di tumore pari a 17,27.
47	2.6 Continuità assistenziale - dimissioni protette	coerenza con sk 3 PSSR 2017-19	Numero PIC con presa in carico entro 24h dalla dimissione ospedaliera/n. PIC aperte entro 30gg dalla dimissione ospedaliera	>=45% (fonte INSIDER)	Dato non ancora disponibile all'Azienda.
48	2.6 Continuità assistenziale - dimissioni protette	coerenza con sk 3 PSSR 2017-19	Numero segnalazioni entro 72h dall'ammissione /n. PIC aperte entro 30gg dalla dimissione ospedaliera (rilevazione campionaria in ambito ctrl sulle cartelle cliniche)	>=45%	Dato non ancora disponibile all'Azienda.
49	2.7 Materno Infantile - Percorso nascita	coerenza con sk 15, 16, 17, 18, 25, PSSR 2017-19	Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari/totale parti di residenti	>= 47% (media regionale 2016) (CEDAP)	3565 al 31.12.2018 (3652 al 31.12.2017) anche se in lieve calo (ma saranno in calo anche i nati) di certo si raggiunge obiettivo media regionale Su INSIDER elaborati i dati dei primi 6 mesi: 56,3%

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

50	2.7 Materno Infantile - Percorso nascita		% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare residenti	>= 56% (media regionale 2016)	59,8% (dato ai 12 mesi 2018) 60.28 % (primi 6 mesi 2018) Media regionale 59,6%
51	2.7 Materno Infantile - Percorso nascita		Percentuale di tagli cesarei primari (CEDAP)	Per Hub < 25%, per Spoke < 15%	Al 31/12/18 Carpi 9,1% e Mirandola 12,6%
52					
53	2.7 Materno Infantile - Percorso nascita		Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson	Hub: <= 9% (valore medio del 2016), Spoke: <= 7% (valore medio per spoke con numero parti >1.000 nel 2016)	Al 31/12/18 Carpi 0,7% e Mirandola 6%
54	2.7 Materno Infantile - Percorso nascita		Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN	<8%	0,1% al 31/12/2018
55	2.7 Materno Infantile - Percorso nascita		% di bambini per cui è stato scelto il pediatra entro 2gg dalla nascita (Fonte ARA)	>= 50%	21,94% - 12 mesi 2018 (fonte INSIDER)
56	2.7 Materno Infantile - Percorso nascita		evidenza delle azioni introdotte per la qualità e la sicurezza del percorso nascita nei distretti dove è avvenuto il superamento del Punto Nascita	SI	Documento aziendale redatto il 13 novembre 2018

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

57	2.7 Materno Infantile - Percorso nascita		evidenza della realizzazione delle condizioni necessarie per il mantenimento dell'apertura dei punti nascita in deroga	sì	Redatti due stati di avanzamento a giugno 2018 e dicembre 2018 con la sintesi dei risultati conseguiti: "MONITORAGGIO PUNTO NASCITA IN DEROGA OSPEDALE DI MIRANDOLA"
58	2.7.1 Salute riproduttiva		Percentuale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/pop residente di età 14-19 anni (SICO)	>7%	Stima sui 9 mesi: 4,5% Media regionale 3,4% Dalla nostra banca dati utenti <=19 anni : 2482 nel 2018; 2184 nel 2017
59	2.7.1 Salute riproduttiva		Apertura a livello aziendale spazio giovani adulti (20-35 ANNI)	>= 1	presenza di uno spazio giovani adulti in ogni distretto
60	2.7.1 Salute riproduttiva		Numero Spazi Giovani nei Distretti	>= 1	1 per distretto
61	2.7.2 Percorso IVG		Percentuale di donne (res e non res) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	<=25%	Modena 16,53% (Carpi 19,98%; Mirandola 5,88%; Vignola 26,47%; NOS 17,14%).
62	2.7.2 Percorso IVG		Percentuale di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti	>=27%	41,69%
63	2.7.3 Procreazione medicalmente assistita		inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo / cicli di PMA eterologa effettuati	<=90%	NON APPLICABILE

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

64	2.8 Contrasto alla violenza di genere	mantenere attività in essere LDV anche attraverso formazione dei professionisti	numero di partecipanti che hanno concluso le 20h della formazione FAD "accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"/ numero totale iscritti alla formazione	>70%	Il corso FAD non è ancora attivo. L'azienda capofila del progetto è l'AUSL di Piacenza, che lo sta ancora progettando. L'azienda USL di Modena ha effettuato il corso di formazione per referenti della rete, sia per l'area del territorio che per il PS.
65	2.8 Contrasto alla violenza di genere	accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee di indirizzo RER (DGR 1677/2013 e DGR 771/2015)	numero di uomini che hanno concluso il percorso di trattamento nel 2017 presso il centro LDV/totale uomini ancora in trattamento nel 2017 (rendicontazione aziendale)	>60%	2017: 77 terapie concluse; 44 uomini ancora in terapia → 77/121= 63,64% 2018: 97 terapie concluse ; 40 uomini ancora in terapia -->97/137=70,8%
66	2.9.1 Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti	contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti	n. di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso che hanno ricevuto un trattamento/numero bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento - abuso (cfr sk 37 PSSR2017-19: trattamento= vtz, progetto di intervento, sostegno psicologico condivisi da equipe/UVM minori	>80%	i nuovi casi segnalati di minori con situazioni di abuso e maltrattamento è stato di 89% , tutti regolarmente presi in carico e trattati.
67	2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza	distribuire ai PLS test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica	n. di RAD per PLS	>= 100 RAD/anno (per PLS > 800 assistiti); >=50 per gli altri	Distribuzione effettuata come da indicazioni

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

68	2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza		vincolo del 98% dell'incentivo al raggiungimento dello standard minimo di compilazione (>50 cartelle anno/pls)	sì	Obiettivo raggiunto 60/105 PLS (57%) Obiettivo non raggiunto 45/105 PLS (43%)
69	2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza		Tasso di prescrizioni di antibiotici in età pediatrica	Se 2017 < 850 prescrizioni/1000, mantenimento; se no, = 850 prescrizioni/1000	Valore 2018: 861,42 Valore 2017: 845,54
70	2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza		Rapporto tra prescrizione di Amoxicillina e di Amoxicillina/Clavulanato	> 1,5	Valore 2018 stimato sui 9 mesi: 1,2 Valore 2017: 1,03
71	2.9.3 Promozione dell'allattamento	miglioramento qlt del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale)	% sk vaccinali con dati su allattamento mancanti/totale sk vaccinali inserite	<10%	Dati mancanti pari al 5.74% delle schede inserite, inferiore al 10%
72	2.9.3 Promozione dell'allattamento		Percentuale allattamento completo a 3 mesi e a 5 mesi/lattanti a 3 mesi e a 5 mesi	2018 > 2017	Allattamento completo al 3 mese pari a 59,87% Allattamento completo al 5 mese pari a 48,37% Dati del 2017: 54 % e 42 % Entrambi in evidente miglioramento
73	2.9.3 Promozione dell'allattamento		Percentuale NON allattamento a 3 mesi e 5 mesi/lattanti a 3 e 5 mesi	2018 < 2017	NON Allattamento al 3 mese pari a 19,23% NON Allattamento al 5 mese pari a 24,64% Dati del 2017: 21 % e 26 % Entrambi in evidente miglioramento

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

74	2.9.4 Promozione della salute in adolescenza		Percentuale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni)	>= 19%	Su una popolazione residente in provincia di Modena in fascia di età 14-19 anni, pari a n. 38 889 persone, sono stati raggiunti da interventi di promozione della salute e sessualità n. 14 832 persone, (38%).
75	2.10 Formazione specifica in medicina generale	facilitare percorso formativo e inserimento dei partecipanti nei diversi reparti e uo. (accoglienza e accesso)	documento di sintesi sulle azioni intraprese	sì	Il percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le singole strutture aziendali coinvolte (H e T) è descritto nel documento allegato (OBV 75 e 76).
76	2.10 Formazione specifica in medicina generale	individuazione rete di tutor per la formazione specifica in MG	relazione sul funzionamento della rete dei tutor	sì	Le modalità di individuazione della rete dei tutor per la formazione specifica in MG sono descritte nel documento allegato (OBV 75 e 76).
77	2.10 Formazione specifica in medicina generale	per le sedi di didattica teorica: spazi idonei e regolare svolgimento	documento di sintesi sull'attività seminariale svolta	sì	Le attività seminariali sono proseguite fino al 31 dicembre 2018 per i trienni 2016-2019 e 2017-2020. Le attività seminariali del triennio 2015-2018 si sono concluse al 30/06/2018 e il corso è ufficialmente terminato il 26/11/2018.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

78	2.11.1 Progetto regionale adolescenza e raccomandazioni sui percorsi di cura salute mentale per gli adolescenti e giovani	progetto regionale adolescenza e raccomandazioni sui percorsi di cura salute mentale per gli adolescenti e giovani: agevolare la creazione dei previsti coordinamento sociosanitari ed educativi sull'adolescenza, di livello distrettuale e in ambito CTSS (art 21LR 14/2008)	numero dei coordinamenti sociosanitari istituiti a livello territoriale (rilevazione aziendale)	=1	7
79	2.11.1 Progetto regionale adolescenza e raccomandazioni sui percorsi di cura salute mentale per gli adolescenti e giovani	progetto regionale adolescenza e raccomandazioni sui percorsi di cura salute mentale per gli adolescenti e giovani: attivare équipes funzionali per adolescenti con problemi psicopatologici con professionisti dei consultori, CSM, NPIA, DP	numero di équipes funzionali attivate (rilevazione aziendale)	=1	2
80	2.11.2 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA):obiettivi 2016-2018	nella fascia 0-6 anni da parte degli operatori opportunamente formati del team ASD da integrare con gli altri interventi negli ambiti di vita	n. medio di ore settimanali di intervento abilitativo psicoeducativo-neuropsicologico per bambino	>=4 ore settimanali	3 (dati del 4° trimestre)
81	2.11.2 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA):obiettivi 2016-2018	rivalutazione al 16° anno di età	numero rivalutazioni funzionali nei bambini età <= 16 anni/numero utenti con asd nella fascia di età >= 16 anni (rilevazione azien-	100%	32/32 (100%)

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

			dale)		
82	2.11.2 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA):obiettivi 2016-2018		Designazione, per ogni Azienda USL, di un referente dei Servizi di Salute mentale Adulti che dovrà curare l'utilizzo sperimentale del protocollo diagnostico per adulti	si	Sì
83	2.11.3 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale		Evidenza della definizione di risorse (per attivazione progetti terapeutico assistenziali-riabilitativi personalizzati da realizzare con il budget di salute)	Sì	1.170.000
84	2.11.3 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale		Nuovi progetti con Budget di salute attivati nell'anno dopo vtz multidisciplinare e multiprofessionale azienda USL e Servizi Sociali EELL/nuovi progetti con budget di salute attivati nell'anno (rendicontazione DSM-DP sul fondo regionale salute mentale)	>=30%	100% Entrati due pazienti per i quali il PTRI è stato stilato, protocollato ed inserito in SMOP entro 45 giorni.
85	2.11.4 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia		n. progetti terapeutico riabilitativi individuali predisposti entro 45gg dall'ammissione nella REMS/numero pazienti	100%	100%

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

			ammessi nelle REMS		
86	2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	coerenza con sk 5,6,20,21, PSSR 2017-19	Rendicontazione utilizzo risorse nel rispetto delle tempistiche regionali	sì	si
87	2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	coerenza con sk 5,6,20,21, PSSR 2017-20	Utilizzo risorse FNA per disabili gravissimi	>= 50%	si
88	2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	coerenza con sk 5,6,20,21, PSSR 2017-21	% giornate accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA (Fonte flusso FAR)	>=2%	Percentuale aziendale 2,3%
89	2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	coerenza con sk 5,6,20,21, PSSR 2017-21	Realizzazione di iniziative specifiche di sensibilizzazione di gestori, MMG di riferimento delle strutture socio-sanitarie, associazioni di volontariato, famiglie sul tema dell'abuso	sì	sono stati realizzati un incontro in ogni distretto e sono state raggiunte tutte le CRA in Provincia.
90	2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	coerenza con sk 5,6,20,21, PSSR 2017-22	Definizione e attuazione dei programmi distrettuali per il "Dopo di Noi"	sì	si

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

91	2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	coerenza con sk 5,6,20,21, PSSR 2017-22	Realizzazione iniziative formative sul tema del caregiver rivolte agli operatori sanitari in ogni distretto	>=1	E' stato costituito il Tavolo provinciale sul caregiver coordinato dalla DSS al quale partecipano tutti gli UDP e rappresentati delle direzioni ospedaliere. Sono stati anche organizzati tre incontri, formativi uno per area, sulla sensibilizzazione della figura del caregiver, con la partecipazione di 189 professionisti tra cui medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali di tutti i servizi ospedalieri e territoriali della provincia .
92	2.13 Piano regionale demenze (DGR 990/2016)	coerenza con sk 28, PSSR 2017-19	Stesura e implementazione PDTA demenze a livello locale	sì	Il PDTA RER è stato formalizzato\pubblicato nel Gennaio 2019. Il PDTA Azienda USL Modena è concluso.
93	2.13 Piano regionale demenze (DGR 990/2016)	coerenza con sk 28, PSSR 2017-19	Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per Demenza	< VALORE 2016	Dato Nazionale 2016: 27,1 Dato Modena 2017: 53,3 Dato Modena 2018: 53,3 (escluso mobilità extra RER)
94	2.14 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	coerenza con sk 8, PSSR 2017-19 Casa di promozione e tutela della salute in carcere	Attivazione della funzione del ritorno dei referti specialistici (rendicontazione aziendale)	Sì	Laboratorio 100% Da completare l'attivazione dei referti di radiologia e specialistica
95	2.14 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	coerenza con sk 8, PSSR 2017-19 Casa di promozione e tutela della salute in carcere	% di persone detenuti con permanenza >= 14 giorni sottoposte a screening HIV/n. nuovi ingressi nell'anno per i detenuti con permanenza >= 14 giorni	>90%	92%

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

96	2.14 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	coerenza con sk 8, PSSR 2017-19 Casa di promozione e tutela della salute in carcere	sezioni con attivazione di almeno un gruppo di info/educazione alla salute/numero totale sezioni	100%	100%
97	2.15.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2018	Farmaceutica convenzionata	sostanziale mantenimento spesa farmaceutica convenzionata, comprensiva dell'attuazione dell'Intesa tra RER e Associazioni di categoria delle Farmacie aperte al pubblico	Riduzione di -0,6% rispetto al 2017	DATO 12 MESI 2018: 71.945.589 Differenza 18/17: -2.969.220 (-4%)
98	2.15.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2018	Acquisto ospedaliero di farmaci (esclusa spesa farmaci innovativi non oncologici, farmaci oncologici innovativi AIFA e oncologici ad alto costo)	aumento della spesa per acquisto H dei farmaci non superiore al + 6,2% per area MODENA	< = 6,2%	DATO 12 MESI 2018: 141.961.857 Differenza 18/17: 3.623.399 (2,6%)
99	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Contenimento del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica :consumo giornaliero non superiore a 48 DDD ogni 1000 abitanti e riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno	consumo giornaliero non superiore a 48 DDD ogni 1000 abitanti	DATO 12 MESI 2018: il dato territoriale di consumo dei PPI è 59,15 DDD *1000 ab die (- 2% vs 12 mesi 2017)

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

100	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Promozione dell'uso appropriato delle risorse nella terapia topica della BPCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti : attivazione di un percorso che consenta un'accurata diagnosi e il rispetto delle scelte terapeutiche più appropriate, associato a meccanismi di acquisto e distribuzione che consentano per ogni classe terapeutica (LABA, LAMA, LABA/LAMA, LABA/ICS, LABA/LAMA/ICS) di utilizzare il prodotto con il miglior rapporto costo/beneficio. Tale percorso dovrà coinvolgere a livello locale reti multidisciplinari di professionisti	percorso e azioni di appropriatezza	IL PDTA BPCO è stato ultimato e presente in Qsan (DI.BPCO 4.2.19)
101	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine, associate o meno all'ezetimibe, in prevenzione primaria e secondaria e in relazione al target da raggiungere, anche al fine di identificare i soggetti che necessitano del trattamento con i nuovi anticorpi monoclonali ipolemizzanti	utilizzo adesione alle indicazioni regionali (DOC. PTR 301 - maggio 2017)	pazienti trattati con anti PCSK 9 hanno avuto precedenti terapie con ipolipemizzanti , ottimizzate; spesa anno 2018 : 238.978 € con un aumento di 58.978 € rispetto al previsto (n. pz incidenti aumentato nel secondo semestre)

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

102	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Adesione alle raccomandazioni formulate a livello regionale sui farmaci incretino mimetici e glifozine nei pazienti affetti da Diabete di tipo 2 e rispetto del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel prontuario terapeutico regionale	SI	IN LINEA (dato SIVER)
103	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Contenimento della spesa per i NAO: incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK)	2,2 pazienti su 1000 residenti (+/- 0,5%)	La spesa è stata contenuta all'interno del budget di 4.900.000€ CASI INCIDENTI anno 2018: 4,06 pazienti su 1000; obiettivo RER (2,2 pz su 1000 residenti)
104	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Prescrizione Sacubitril + Valsartan: anticipare la registrazione nella scheda anagrafica sulla piattaforma WEB di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente; al momento della distribuzione del farmaco, dovrà essere presentato il piano terapeutico cartaceo contenente il codice identificativo del paziente e verificata l'eleggibilità al trattamento. I dati raccolti in forma cartacea dovranno essere successivamente inseriti. Avvio di audit nelle UO coinvolte nella prescrizione	100%	spesa anno 2018 è stata di 172.845 € , in riduzione di circa 57.000 € vs atteso

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

105	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Consumo giornaliero di antibiotici sistemici x 1000 residenti	valore 2018<=2017 (<16 DDD/1000 residenti)- Fonte INSIDER	Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1000 residenti (Fonte INSIDER): Anno 2018 pari a 17,2 Anno 2017 pari a 16,88
106	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 x 1000 residenti	valore 2018<=2017 (<1,4 DDD/1000 residenti) - Fonte INSIDER	Consumo giornaliero di Fluorochinoloni x 1000 residenti (Fonte INSIDER): Anno 2018 pari a 1,41 Anno 2017 pari a 1,61
107	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Farmaci oncologici: adesione alle raccomandazioni della commissione regionale del farmaco (indicazioni gruppo GReFO)	Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità.	Vi è stata una adesione alle raccomandazioni > 95%. In casi particolari si è ricorso alla richiesta autorizzativa al NOP
108	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Terapie antitumorali: adozione di modelli organizzativi comuni per la programmazione di giorni di drug day, drug month, dose banding	n. molecole in drug DAY /risparmio	organizzazione del drug day per 13 molecole
109	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Farmaci biologici: Epoetine: impiego per il 90% del consumo complessivo	90%	Dato 12 mesi 2018: il 94,9% di epoetine utilizzato è biosimilare.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

110	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Farmaci biologici -Ormoni della crescita: prescrizione nel rispetto della gara accordo quadro , che riguarda l'80% del fabbisogno	80%	89%
111	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Farmaci biologici - Anti TNF alfa-Infliximab: prescrizione nel rispetto della gara	100%	Dato 12 mesi 2018: il 100% di Infliximab utilizzato è biosimilare nel Centro AUSL
112	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Farmaci biologici - Anti TNF alfa-Etanercept: prescrizione nel rispetto della gara accordo quadro, che riguarda il 60% del fabbisogno	60%	18 % (calcolato sul dosaggio pene/siringhe 50 mg). La gara regionale è attiva solo da settembre 2018 (AVEN), da cui questo livello di riduzione.
113	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Farmaci biologici - Follitropina: 60% del consumo della molecola dovrà essere rappresentato dal farmaco meno costoso	60%	Dato 12 mesi 2018: il 15% della follitropina alfa utilizzata è biosimilare (dato calcolato sulla spesa come nel database INSIDER); la gara è stata aggiudicata nella seconda metà di settembre 2018.
114	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Farmaci biologici: Rituximab endovena: rispetto dei risultati della gara d'acquisto	rapporto n. fiale ev biosimilare vs specialità	Dato 12 mesi 2018: il 68,34% del Rituximab ev utilizzato è costituito da Rituximab biosimilare: la gara è stata aggiudicata nella seconda metà di settembre 2018.
115	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Insuline basali: aumentare il ricorso a quelle con maggiore costo/beneficio; le meno costose dovranno essere il 75% dei trattamenti complessivi	>75%	DATO 12 MESI 2018 (fonte Insider): 87,91%

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

116	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci (indirizzo e ctrl)	Farmaci antiretrovirali	mantenimento livelli di viremia <40 copie / ml. in più del 90% dei pz trattati	Pazienti non trattati in Azienda USL. Di competenza dell'AOU Policlinico di Modena
117	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci (indirizzo e ctrl)	Farmaci antiretrovirali: Aumento per ogni singola realtà (>10%) del ricorso al farmaco generico nel trattamento all'HIV	Aumento N° Unità posologiche farmaci a brevetto scaduto vs 2017	SI per tutti i p.a. a disposizione; per la gara espletata nella seconda metà 2018: Rapporto specialità medicinale trovada/generico = 37%
118	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Farmaci anti virali: Trattamento Epatite C secondo criteri concordati nel gruppo di lavoro RER	100%	in linea con indicazioni RER
119	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Farmaci antiVEGF : Utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza presentano minore costo per terapia	allineamento della tipologia di prescrizione alla media RER	Attività non ancora iniziata nei centri di oculistica aziendali. Attività avviata in Aprile 2019.
120	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Appropriatezza terapeutica in emofilia e malattie emorragiche congenite: adesione alle decisioni del gruppo di lavoro RER	Uso dei fattori VIII e IX ricombinanti	Adesione alle raccomandazioni regionali con prescrizione dei farmaci da parte del centro Hub AOU Parma
121	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Farmaci neurologici: adesione alle decisioni del Gruppo di lavoro regionale	rispetto programmazione annuale di casistica e budget	rispetto del budget provinciale di spesa concordato a inizio anno. SCLEROSI MULTIPLA: 5.697.000 € spesa totale 2018 per farmaci vs obiettivo assegnato 5.950.000 €
122	2.15.2 Governo dell'assistenza farmaceutica	Uso appropriato dei farmaci	Compilazione FED per erogazione di preparati galenici o magistrali per la cura	100% scarico flusso FED	manca anagrafica del prodotto galenico per consentire lo scarico al paziente

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

			delle malattie rare		
123	2.15.3 Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci - distribuzione per conto	Programmazione e governo della spesa	Proseguire applicazione dei contenuti dell'intesa e recepimento DGR 327/2017	N° pezzi in DPC come da DGR	336.919 PEZZI IN DPC (in linea con obiettivo)
124	2.15.4 Adozione di strumenti di governo clinico	Programmazione e governo della spesa	Compilazione da parte dei medici prescrittori dei Piani Terapeutici SOLE	100% dei piani terapeutici regionali sulla piattaforma SOLE	compilazione completa PT per NAO; in progress la compilazione dei PT per AR e per farmaci Sclerosi Multipla.
125	2.15.4 Adozione di strumenti di governo clinico	Programmazione e governo della spesa	Compilazione da parte dei medici prescrittori dei registri di monitoraggio AIFA con particolare riferimento alla gestione dei rimborsi di condivisione del rischio.	95% richieste di rimborso dei trattamenti chiusi	completa compilazione delle richieste di rimborso a seguito chiusura schede AIFA. Richieste di rimborso per HCV effettuate per 1.227.000 ; richieste rimborso per Oncologici per 335.700 €
126	2.15.4 Adozione di strumenti di governo clinico	Programmazione e governo della spesa	Compilazione del Data Base regionale delle eccezioni prescrittive	100% richieste pervenute e inseribili	100% (dato riferito ai 12 mesi 2018: 179/179 richieste inseribili).
127	2.15.4 Adozione di strumenti di governo clinico	Programmazione e governo della spesa	Prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici ev, al fine di una corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale	100%	Dato al momento non disponibile in Azienda
128	2.15.4 Adozione di strumenti di governo clinico	Programmazione e governo della spesa	Prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici os, al fine di una corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale	50%	Dato al momento non disponibile in Azienda

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

129	2.15.5 Attività di informazione scientifica	Aggiornare le disposizioni a livello locale	Adozione di strumenti di trasparenza in materia di svolgimento delle attività di informazione scientifica	SI	E' stato approvato il relativo regolamento aziendale ed è in corso la predisposizione di una nuova modalità di richieste per la formazione sponsorizzata
130	2.15.6 Farmacovigilanza		N ADR inserite nella piattaforma web "Vigifarmaco" / N totale delle segnalazioni aziendali (%)	> valore 2017	anno 2018 132/421 (31,35%)
131	2.15.7 Dispositivi Medici	Sicurezza dei DM	N di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui DM inseriti nel programma formativo 2017-2018	>= 1 evento	Ad oggi è stata progettata e resa disponibile sulla Piattaforma SELF una FAD sul tema
132	2.15.7 Dispositivi Medici	Sicurezza dei DM	N operatori che hanno partecipato all'evento formativo (nel biennio 2017/2018) / numero totale operatori coinvolti nell'impiego dei DM	>= 50%	Al momento sono stati invitati a fruire la FAD progettata 1.752 dipendenti, tutti i professionisti sanitari di tutte le qualifiche che afferiscono ai dipartimenti ospedalieri e farmaceutico. Parallelamente con il Dipartimento. Farmaceutico è stata definita l'effettiva numerosità del denominatore, pari a 2.814
133	2.16 Acquisto SSN dei dispositivi medici	Completezza del flusso DIME	Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico.	> 95%	oltre 98%
134	2.16 Acquisto SSN dei dispositivi medici	Completezza del flusso DIME	Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico.	> 25%	oltre 25%

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

135	2.17 Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"		Controllo dei progetti di revisione delle piante organiche comunali	SI	Per il 2018 l'attività si è conclusa lo scorso settembre nei tempi previsti con controllo e invio parere del Servizio Farmaceutico ai progetti di revisione/conferma delle piante organiche dei 47 comuni.
136	2.17 Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"		Effettiva liquidazione entro il 31/12/2018 dei contributi concessi alle farmacie rurali ex art. 21 comma 2 LR 2/2016	SI	Sono state liquidate le indennità di ruralità a 4 farmacie beneficiarie secondo la delibera RER 18594 del 14/11/2018 per € 25.625 complessivi. La decisione è stata pubblicata sull'albo beneficiari.
137	2.18 Iniziative di Health Literacy		Realizzazione di almeno 1 intervento formativo aziendale	Almeno 1 intervento formativo	Evento formativo realizzato il 12 e 13 dicembre "Health Literacy- Capirsi fa bene alla salute". Hanno partecipato 26 dipendenti.
138	2.18 Iniziative di Health Literacy		Produzione in modo partecipato con pazienti e caregiver di almeno 1 materiale informativo	Almeno 1 materiale informativo	Con 2 gruppi di cittadini sono state revisionate le pagine Web delle ecografie in gravidanza ed è stata revisionata la carta dell'accoglienza dell'OSCO di CFE
139	3 Assistenza Ospedaliera				
140	3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	corretta gestione liste di attesa prestazioni ricovero ospedaliero	Per i tumori selezionati: 90% entro 30gg	Per i tumori selezionati: 90% entro 30gg;	La performance 12 mesi è: Mammella 98,2% Colon retto 97,3% Utero 100% Prostata 89% (per valori bassi di inizio anno) Complessivo tumori: 96,3%

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

141	3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	corretta gestione liste di attesa prestazioni ricovero ospedaliero	Per le protesi d'anca: 90% dei casi entro 180gg	Per le protesi d'anca: 90% dei casi entro 180gg	96%
142	3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	corretta gestione liste di attesa prestazioni ricovero ospedaliero	Tempi di attesa dai dati retrospettivi delle SDO per Azienda. Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: casi entro la classe di priorità assegnata	Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% entro la classe di priorità segnalata	Emorroidectomia: 100% Tonsillectomia: 100%. Riparazione di ernia inguinale: 98,5% complessivo altri interventi: 98,9%
143	3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	corretta gestione liste di attesa prestazioni ricovero ospedaliero	Corretta alimentazione del flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1.1.2018) del sistema integrato per la gestione delle liste d'attesa - SIGLA	100%	Si conferma l'utilizzo del nuovo nomenclatore per tutte le nostre branche chirurgiche
144	3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	corretta gestione liste di attesa prestazioni ricovero ospedaliero	Esaurimento della casistica inserita in SIGLA (vecchio tracciato record) prima del 31/12/2017	>90%	Obiettivo già raggiunto. Siamo al 98,9%
145	3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	corretta gestione liste di attesa prestazioni ricovero ospedaliero	Rispetto degli obiettivi della DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione.	100%	OBIETTIVO CONCLUSO

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

146	3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	Completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni della DGR 2040/15, ma anche della riorganizzazione conseguente alle previsioni del documento di integrazione Policlinico Baggiovara DGR 1004/16 approvato dalla Regione e di riordino della rete ospedaliera presentato alla CTSS, approvati entro dicembre 2016 e adottati quanto a revisione di posti letto, adozione di modelli e riorganizzazione delle attività a far tempo dal 1 gennaio 2017	Riorganizzazione della rete ospedaliera (posti letto, vocazioni produttive, percorsi) come da linee strategiche aziendali presentate in CTSS	Adozione della revisione della rete ospedaliera (posti letto, vocazioni produttive, percorsi) come da linee strategiche aziendali presentate in CTSS entro anno 2017	Adozione progressiva della riorganizzazione della rete ospedaliera come da programmazione presentata alla CTSS e project attivati.
147	3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero		Raggiungimento obiettivi tabella 2.4 della DGR 2040: Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima da raggiungere al 31.12.2016	< 3,7 letti x 1.000 ab	3,44 x 1.000 ab.
148	3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero		Posti Letto Post-Acuti : Scostamenti rispetto alla tabella 2.1 della DGR 2040/2015	0,7 letti x 1.000 ab	0,63 x 1.000 ab.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

149	3.2.1 Appropriately ed utilizzo efficiente della risorsa Posto Letto	Perseguimento dell'appropriately dell'erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriately	DRG potenzialmente inappropriati / appropriati (Griglia LEA)	<19% (Griglia LEA)	Dato 2017: 0,13 Dato 2018: 0,12 Carpi stabile con 0,12, Mirandola in calo da 0,11 a 0,10; Pavullo in leggero aumento, da 0,11 a 0,12, Vignola in netto calo, da 0,19 a 0,16
150	3.2.1 Appropriately ed utilizzo efficiente della risorsa Posto Letto	Perseguimento dell'appropriately dell'erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriately	N° di ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriately relativi ai DRG chirurgici	Riduzione per ciascun DRG >25% rispetto al 2017	Anno 2017 1.242; Anno 2018 1.245.
151	3.2.1 Appropriately ed utilizzo efficiente della risorsa Posto Letto	Perseguimento dell'appropriately dell'erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriately	N° di ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000 (Le aziende che hanno inferiori o pari al valore nazionale dovranno mantenere o ridurre i valori raggiunti nel 2017).	<= 59,1 (valore nazionale 2016)	Dato 2017: 50,6 dato 2018: 50,8 (escluso mobilità extra RER)

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

152	3.2.1 Appropriatelyzza ed utilizzo efficiente della risorsa Posto Letto	Perseguimento dell'appropriatelyzza dell'erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza	N° di ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000 (Le aziende che hanno inferiori o pari al valore nazionale dovranno mantenere o ridurre i valori raggiunti nel 2017).	<= 27,1 (valore nazionale 2016)	Dato 2017: 53,3 dato 2018: 55,3 (escluso mobilità extra RER)
153	3.2.2 Reti di rilievo regionale				
154	3.2.2.1 Rete dei Centri Senologia	Le Aziende sono chiamate ad applicare la DGR della "Rete regionale dei Centri di Senologia", uniformando l'organizzazione ed il funzionamento dei centri, assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti	% interventi in centri <150 anno	0	Obiettivo raggiunto:0. Tutti i 230 interventi sono stati effettuati in un'unica struttura (ovvero il 100% della chirurgia oncologica della mammella garantita dall'AUSL di Modena).
155	3.2.2.1 Rete dei Centri Senologia	Le Aziende sono chiamate ad applicare la DGR della "Rete regionale dei Centri di Senologia", uniformando l'organizzazione ed il funzionamento dei centri, assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti	% pazienti sottoposte a reintervento su mammella entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa	<8,26% (media nazionale)	2,5 % di reinterventi dopo chirurgia conservativa eseguita a Carpi

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

156	3.2.2.1 Rete dei Centri Senologia	Le Aziende sono chiamate ad applicare la DGR della "Rete regionale dei Centri di Senologia", uniformando l'organizzazione ed il funzionamento dei centri, assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti	% pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	>=80%	88,6 % di terapia medica a 60 giorni dalla chirurgia per K seno
157	3.2.2.1 Rete dei Centri Senologia	Le Aziende sono chiamate ad applicare la DGR della "Rete regionale dei Centri di Senologia", uniformando l'organizzazione ed il funzionamento dei centri, assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti	% pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico	>=90%	87,8%
158	3.2.2.1 Rete dei Centri Senologia	Le Aziende sono chiamate ad applicare la DGR della "Rete regionale dei Centri di Senologia", uniformando l'organizzazione ed il funzionamento dei centri, assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti	% pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico	>=90%	84,7 % sono le pazienti sottoposte a mammografia entro i 18 mesi dalla chirurgia del seno
159	3.2.2.2 Rete Malattie Rare	Garantire ai pazienti pediatrici la presa in carico multidisciplinare con particolare attenzione al counselling genetico e psicologico rivolto ai pazienti e familiari	Invio entro il 31/12/2018 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri di riferimento per le Malattie Rare: tempistiche relative al primo accesso	100% dei contenuti previsti	NON APPLICABILE, l'AUSL di Modena non è centro di riferimento per MR

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

160	3.2.2.2 Rete Malattie Rare	Garantire ai pazienti pediatrici la presa in carico multidisciplinare con particolare attenzione al counselling genetico e psicologico rivolto ai pazienti e familiari	Invio entro il 31/12/2018 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri di riferimento per le Malattie Rare: tempistiche relative alle visite di follow-up	100% dei contenuti previsti	NON APPLICABILE, l'AUSL di Modena non è centro di riferimento per MR
161	3.2.2.2 Rete Malattie Rare	Garantire ai pazienti pediatrici la presa in carico multidisciplinare con particolare attenzione al counselling genetico e psicologico rivolto ai pazienti e familiari	Invio entro il 31/12/2018 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri di riferimento per le Malattie Rare: offerta di counselling genetico (modalità e tempi)	100% dei contenuti previsti	NON APPLICABILE, l'AUSL di Modena non è centro di riferimento per MR
162	3.2.2.2 Rete Malattie Rare	Garantire ai pazienti pediatrici la presa in carico multidisciplinare con particolare attenzione al counselling genetico e psicologico rivolto ai pazienti e familiari	Invio entro il 31/12/2018 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri di riferimento per le Malattie Rare: offerta di assistenza psicologica	100% dei contenuti previsti	NON APPLICABILE, l'AUSL di Modena non è centro di riferimento per MR
163	3.2.2.2 Rete Malattie Rare	Garantire ai pazienti pediatrici la presa in carico multidisciplinare con particolare attenzione al counselling genetico e psicologico rivolto ai pazienti e familiari	Invio entro il 31/12/2018 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri di riferimento per le Malattie Rare: individuazione di percorsi di transizione dell'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso)	100% dei contenuti previsti	NON APPLICABILE, l'AUSL di Modena non è centro di riferimento per MR

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

164	3.2.2.3 Rete per la Terapia del Dolore	Promozione e sviluppo degli interventi aziendali per la funzione di terapia del dolore	% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025)	>95%	88,5%
165	3.2.2.4 Rete delle Cure Palliative Pediatriche	Le aziende sono tenute a mettere in atto provvedimenti ed atti necessari per dare operatività all'evoluzione della rete assistenziale delle cure palliative pediatriche	Formalizzazione di un team di riferimento per le CCP a livello di ciascun territorio	SI entro il primo semestre 2018	Formalizzazione con rendicontazione alla Regione Emilia-Romagna, firmata dal DS dell'AUSL di Modena e dal DS dell'AOU Policlinico di Modena, con nota protocollo AUSL 98511/18 del 28/12/2018 e prot AOU 134/19 del 3/01/2019.
167	3.2.2.5 Reti per le patologie tempo dipendenti	Le Aziende devono rispettare degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali	Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per IMA	100 casi/anno;	Carpi 199 Mirandola 136 sono già oltre il target; Pavullo 40 e Vignola 24
168	3.2.2.5 Reti per le patologie tempo dipendenti	Le Aziende devono rispettare degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali	Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per Trauma Center	240 traumi gravi/anno	La provincia di Modena prevede che i politraumi gravi siano centralizzati su OCB (AOU Modena).
169	3.2.2.5 Reti per le patologie tempo dipendenti	Le Aziende devono rispettare degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali	PTCA Volumi=250/anno con 75 PTCA primarie;	PCTA (Volumi=250/anno)	Le PTCA sono garantite dalle emodinamiche dell'ospedale di Baggiovara e del Policlinico di Modena.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

170	3.2.2.5 Reti per le patologie tempo dipendenti	Le Aziende devono rispettare degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali	Volumi PTCA primarie	≥ 75 PTCA primarie; proporzione di PTCA primaria $\geq 65\%$	Le PTCA sono garantite dalle emodinamiche dell'ospedale di Baggiovara e del Policlinico di Modena.
171	3.2.2.5 Reti per le patologie tempo dipendenti	Le Aziende devono rispettare degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali	By Pass isolati	By Pass isolati (Volumi=200/anno)	Hesperia Hospital 210 by pass isolati
172	3.2.2.5 Reti per le patologie tempo dipendenti	Le Aziende devono rispettare degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali	% casi di STROKE con centralizzazione primaria	$>80\%$	Il percorso stroke è in capo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
173	3.2.2.5 Reti per le patologie tempo dipendenti	Le Aziende devono rispettare degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali	% transiti in STROKE Unit	$>75\%$	Il percorso stroke è in capo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
174	3.2.2.5 Reti per le patologie tempo dipendenti	Le Aziende devono rispettare degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali	% Trombolisi EV	$>12\%$	Il percorso stroke è in capo all'Azienda Ospedaliera, trattamenti di trombolisi post ictus ischemico sono garantiti nella sola Baggiovara e non in strutture AUSL

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

175	3.2.2.5 Reti per le patologie tempo dipendenti	Le Aziende devono rispettare degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali	% intra arteriosa	>3%	Il percorso stroke è in capo all'Azienda Ospedaliera, trattamenti di trombolisi post ictus ischemico sono garantiti nella sola Baggiovara e non in strutture AUSL
176	3.2.2.5 Reti per le patologie tempo dipendenti	Le Aziende devono rispettare degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali	% riabilitazione post STROKE codice 56	>12%	In AUSL non ci sono letti di riabilitazione codice 56 . Tuttavia per quanto attiene la riabilitazione in codice 60 il dato del 2018 per i nostri ospedali è pari a 18,3
177	3.2.2.6 Centri di riferimento regionale	Nel corso del 2018 i centri dovranno sviluppare e implementare percorsi assistenziali coerenti con le indicazioni regionali	Centri HUB (MICI, endometriosi): dare attuazione alla DGR rispetto alla mission prevista	SI	NON APPLICABILE - Per l'endometriosi si ritengono per il 2018 obiettivi non valutabili in quanto sono in corso di definizione e approvazione le LG regionali di riferimento. Per quanto riguarda le MICI è stato attivato un percorso Day Service Internistico di secondo livello a settembre 2018
178	3.2.2.6 Centri di riferimento regionale	Nel corso del 2018 i centri dovranno sviluppare e implementare percorsi assistenziali coerenti con le indicazioni regionali	Centri HUB (MICI, endometriosi): definire in collaborazione con il centro di riferimento specifico percorsi di invio pazienti	SI	AOU capofila PDTA endometriosi ha comunicato il 5 ottobre 2018 l'imminente partenza del gruppo di lavoro a cui parteciperanno per l'Azienda USL Modena. L'Azienda USL Modena ha individuato un team di riferimento (Medico e Ostetrica) per ogni Distretto da sottoporre a formazione in FAD.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

179	3.2.2.6 Centri di riferimento regionale	Nel corso del 2018 i centri dovranno sviluppare e implementare percorsi assistenziali coerenti con le indicazioni regionali	Centri HUB (MICI, endometriosi): % casi trattati in centro HUB	> 2017	NON APPLICABILE
180	3.2.2.6 Centri di riferimento regionale	Nel corso del 2018 i centri dovranno sviluppare e implementare percorsi assistenziali coerenti con le indicazioni regionali	Mesotelioma: tempo intercorso tra accesso al Centro di I livello per sospetto diagnostico e definizione della diagnosi <28 giorni lavorativi	>90%	E' da completare l'implementazione dei percorsi dedicati da parte dell'Azienda USL di Modena, in collaborazione con l'AOU di Modena. L'anatomia patologica dell'AOU, servizio unico provinciale, restituisce i risultati circa la definizione diagnostica nei tempi previsti dagli standard di prodotto. In oltre il 90% dei casi i pazienti con diagnosi istopatologica vengono presi in carico nel percorso terapeutico, che aderisce a quanto previsto dalle linee guida vigenti, entro 21 giorni lavorativi.
181	3.2.2.6 Centri di riferimento regionale	Nel corso del 2018 i centri dovranno sviluppare e implementare percorsi assistenziali coerenti con le indicazioni regionali	Tempo intercorso tra la data del referto patologico e inizio del percorso terapeutico <21 giorni lavorativi	>90%	NON APPLICABILE
182	3.2.2.6 Centri di riferimento regionale	Nel corso del 2018 i centri dovranno sviluppare e implementare percorsi assistenziali coerenti con le indicazioni regionali	Aderenze alle Linee Guida e appropriatezza dei percorsi terapeutici	>90%	NON APPLICABILE

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

183	3.2.2.6 Centri di riferimento regionale	Nel corso del 2018 i centri dovranno sviluppare e implementare percorsi assistenziali coerenti con le indicazioni regionali	Centri HUB (neoplasia ovarica, Chirurgia endoscopica dell'orecchio, chirurgia dell'epilessia): dare attuazione alla DRG rispetto alla mission prevista	SI	<p>NON APPLICABILE - Per la neoplasia ovarica percorso di presa in carico presso Carpi e Modena (AOU); tuttavia si ritengono per il 2018 obiettivi non valutabili in quanto sono in corso di definizione e approvazione le LG regionali di riferimento.</p> <p>Per quanto riguarda la chirurgia dell'epilessia, secondo la DGR 1172 del 23/7/18, è stato individuato un unico Hub regionale costituito da 2 sedi di riferimento: l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche dell'Azienda USL di Bologna e il Dipartimento Integrato di Neuroscienze dell'OCSAE dell'AOU di Modena.</p>
184	3.2.2.6 Centri di riferimento regionale	Nel corso del 2018 i centri dovranno sviluppare e implementare percorsi assistenziali coerenti con le indicazioni regionali	Centri HUB (neoplasia ovarica, Chirurgia endoscopica dell'orecchio, chirurgia dell'epilessia): definire in collaborazione con il centro di riferimento specifico percorsi di invio pazienti	SI	<p>Per la chirurgia endoscopica dell'orecchio, è stato individuato dalla DGR 2112/2017 il centro HUB presso l'AOU di Modena. L'Azienda USL di Modena, in linea con il suo assetto organizzativo, ha gestito, con il centro HUB di riferimento, delle sedute operatorie dedicate al trattamento della patologia dell'orecchio medio.</p> <p>Per la chirurgia dell'epilessia: NON APPLICABILE. Sono in corso protocolli condivisi tra gli HUB regionali e gli SPOKE al fine di sviluppare modalità efficienti di invio pazienti e di circolazione delle informazioni nella rete. E' stato effettuato un incontro in RER di presentazione del percorso.</p>

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

					so (16/1/19).
185	3.2.2.6 Centri di riferimento regionale	Nel corso del 2018 i centri dovranno sviluppare e implementare percorsi assistenziali coerenti con le indicazioni regionali	Centri HUB (neoplasia ovarica, Chirurgia endoscopica dell'orecchio, chirurgia dell'epilessia): % casi trattati in centro HUB	> 2017	NON APPLICABILE
186	3.2.3 Emergenza Ospedaliera	Le Aziende devono applicare i piani operativi per la gestione dei picchi in PS	Rilevazione algoritmo NE-DOCS in ciascun PS	100%	100%
187	3.2.3 Emergenza Ospedaliera	Le Aziende devono applicare i piani operativi per la gestione dei picchi in PS	Applicazione piani per iper afflusso per ciascun PS	100%	100%
188	3.2.3 Emergenza Ospedaliera	Le Aziende devono applicare i piani operativi per la gestione dei picchi in PS	Tempo di permanenza in PS	< mediana 2017 per stabilimento	Tempi mediani di permanenza in PS (in minuti): 1) ANNO 2017: AUSL MO 163; Carpi 178; Mirandola 133; Pavullo 164; Vignola 176; 2) ANNO 2018: AUSL MO 176; Carpi 211; Mirandola 143; Pavullo 179; Vignola 168;

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

189	3.2.3 Emergenza Ospedaliera	Le Aziende devono applicare i piani operativi per la gestione dei picchi in PS	Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico dei pazienti cronici	>= 2 percorsi	Il percorso Crapsos è attivo In tutti i Distretti ad esclusione del Distretto di Vignola. Il Documento di percorso presente in Qsan (DS.PO 038) è stato integrato con le variabili legate al Distretto di Modena e AOU il 18 dicembre 2018. Percorsi attivati per Distretto: Carpi (2018 n° 5) Mirandola (2018 n°6) Castelfranco (2018 n°1) Sassuolo (2018 n°22) Pavullo (2018 nessuno) Modena (2018 nessuno)
190	3.2.4 Centrali operative e 118	Promozione di iniziative formative volte all'omogenizzazione dei protocolli infermieristici	% di verifiche sul campo dei corsi BLS/D erogati da soggetti accreditati	5%	L'accREDITAMENTO delle strutture eroganti i corsi non si è concluso nel corso del 2018, quindi l'obiettivo è non applicabile.
191	3.2.4 Centrali operative e 118	Defibrillazione precoce territoriale	% di defibrillatori comunicati dai soggetti detentori correttamente censiti all'interno del registro informatizzato	100%	84,3%. Numero complessivo DAE per i quali sono arrivate le comunicazioni e sono state elaborate pari a 431. In via di elaborazione e non inserite 80 richieste di censimento
192	3.2.5 Attività trasfusionale	Dare attuazione di quanto previsto dalle nuove convenzioni stipulate nel 2017 con federazioni, associazioni e PNS	Predisposizione e invio report trimestrali sui dati attività	>= 80%	NON APPLICABILE

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

193	3.2.5 Attività trasfusionale	Dare attuazione di quanto previsto dalle nuove convenzioni stipulate nel 2017 con federazioni, associazioni e PNS	Definizione entro Dicembre 2018 delle convenzioni relative all'utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale laddove siano pervenute richieste conformi a quanto previsto dalla DGR 865/2016	SI	NON APPLICABILE
194	3.2.5 Attività trasfusionale	Dare attuazione di quanto previsto dalle nuove convenzioni stipulate nel 2017 con federazioni, associazioni e PNS	Adozione di un programma di BPM aziendale	SI	NON APPLICABILE
195	3.2.6 Attività di donazione organi, tessuti e cellule	Andamento attività di donazione d'organi (espanti) e tessuti (cornee)	Relazione annuale indicante la composizione e l'attività dell'ufficio Locale di coordinamento alle donazioni da trasmettere al CRT-ER in occasione degli annuali incontri bilaterali con le aziende	SI	Relazione fine anno 2018 dell'Ufficio Coordinamento Locale- Procurement (i
196	3.2.6 Attività di donazione organi, tessuti e cellule	Andamento attività di donazione d'organi (espanti) e tessuti (cornee)	Numero di donazioni di cornee rispetto al numero dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni riferiti all'anno precedente *22 donatori cornee	>=17%	Raggiunto (dati Relazione fine anno 2018 dell'Ufficio Coordinamento Locale- Procurement)
197	3.2.6 Attività di donazione organi, tessuti e cellule	Andamento attività di donazione d'organi (espanti) e tessuti (cornee)	Numero di donazioni multi-tessuto	Come da indicazioni CRT-ER	Obiettivo senza target RER e quindi non perseguito per il 2018. Per il 2019 è stato inserito nella scheda di budget del Dipartimento delle Attività Chirurgiche

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

198	3.2.6 Attività di donazione organi, tessuti e cellule	Andamento attività di donazione d'organi (espianti) e tessuti (cornee)	Adesione al programma "cuore fermo DCD" regionale per le Aziende con le caratteristiche organizzative idonee al progetto	Si	Azienda NON idonea al progetto
199	3.2.7 Volumi ed Esiti	Attuazione degli standard previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015	Numero minimo di interventi di colecistectomia per struttura	>= 100/anno	Carpi 195 Mirandola 123; Pavullo 108; Vignola 103 tutte le strutture garantiscono volumi oltre il target.
200	3.2.7 Volumi ed Esiti	Attuazione degli standard previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2016	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza post operatoria <= 3 gg	>=75%	Carpi 77,6 % Mirandola 66,7 % ; Pavullo 97,9 % ; Vignola 85,7 %; AUSL 81,8 %
201	3.2.7 Volumi ed Esiti	Attuazione degli standard previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2017	Numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per struttura	>=75/anno	Carpi 194 Mirandola 74 ; Pavullo 95 ; Vignola 109
202	3.2.7 Volumi ed Esiti	Attuazione degli standard previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2019	Interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore	>=70%	Carpi 54,6 % Mirandola 52,9 % ; Pavullo 78,9 % ; Vignola 87 %; AUSL 66,7 %
203	3.2.7 Volumi ed Esiti	Attuazione degli standard previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2020	Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	100%	100 % per dichiarazione dei clinici (in assenza di strumenti utili alla misurazione)

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

204	3.3 Screening oftalmologico neonatale	Corretta effettuazione dello screening	% di punti nascita in cui è stato attivato lo screening entro il 2018	100%	effettuato in tutti i punti nascita aziendali
205	3.4 Sicurezza delle cure	Adempimenti previsti dalla normativa	Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla legge 24/2017 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto	SI	SI (entro 31/3/19)
206	3.4 Sicurezza delle cure	Adempimenti previsti dalla normativa	Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): report di attuazione delle attività previste dal PPSC per l'anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019 delle cure. Standard: sì/no	SI	SI
207	3.4 Sicurezza delle cure	Adempimenti previsti dalla normativa	Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su UO non segnalanti nel 2017	Evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017	SI

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

208	3.4 Sicurezza delle cure	Adempimenti previsti dalla normativa	Assolvimento del debito informativo previsto da circolare 18/2016; effettuazione check-list di sala operatoria: copertura SDO su procedure AHRQ4	>=90%	FONTE AUSL_MO/SSCL: 98,08% FONTE RER SDO AL 12/3/19 (manca ultimo invio SDO in RER) : 81,65%
209	3.4 Sicurezza delle cure	Adempimenti previsti dalla normativa	Assolvimento del debito informativo previsto da circolare 18/2016; effettuazione check-list di sala operatoria: Linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	>=75%	Fonte RER: 93%
210	3.4 Sicurezza delle cure	Adempimenti previsti dalla normativa	Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto Osservare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento	SI	SI
211	3.4 Sicurezza delle cure	Adempimenti previsti dalla normativa	Adozione braccialetto identificativo	copertura 95% UO di degenza	SI
212	3.4 Sicurezza delle cure	Adempimenti previsti dalla normativa	Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia	100% dei casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici-maternali	SI
213	3.4 Sicurezza delle cure	Adempimenti previsti dalla normativa	Effettuazione di visite per la sicurezza (strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologi-	Almeno 1 unità operativa	SI

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

			ca		
214	3.4 Sicurezza delle cure	Adempimenti previsti dalla normativa	Formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) dell'area di degenza medica e chirurgia sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD	Partecipazione di almeno il 50% degli Operatori sanitari	Nel corso del 2018 sono state attivate ed accreditate tre edizioni della Fad sulle Linee di Indirizzo sulle Cadute in Ospedale. La 1 ° edizione si è svolta dal 21 febbraio al 30 giugno, la 2° si è svolta dal 1 settembre al 15 novembre, la 3° edizione si è svolta dal 16 novembre al 31 dicembre 2018. I professionisti coinvolti sono stati 875, si sono formati 574 operatori pari al 65,6%
215	3.5 Accreditamento	Rinnovo dell'accREDITamento ai sensi della DGR 1943 del 4/12/2016	Presentazione di valida domanda di rinnovo entro la scadenza dell'accREDITamento	100% entro il 31/07/2018	100% Domanda effettuata nei tempi previsti (02/02/2018, con integrazioni della documentazione in data 06/06/2018 e 02/07/2018). Comunicazione della Direzione Generale cura della persona, salute e welfare RER dell'avvio del procedimento e comunicazione validità formale della domanda per il rinnovo dell'accREDITamento prot. AUSL n. 0058610/18 del 31/07/2018. Visita di accREDITamento prevista per 16-17-18 aprile 2019.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

216	3.5 Accreditamento	Rinnovo dell'accréditamento ai sensi della DGR 1943 del 4/12/2017	Possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/2017 al momento della presentazione della domanda (autovalutazione)	100%	Autovalutazione con possesso pieno (100%) dei requisiti generali (solo un si piccolo sul criterio 3, elemento di valutazione 3.1.2)
217	3.6 Lesioni da pressione	Diffusione della buona pratica ed integrazione con le linee guida regionali	Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione	100%	Secondo indicazioni regionali, il percorso di implementazione delle linee di indirizzo sulla prevenzione delle Lesioni da Pressione nelle uo pilota in collaborazione con SAORER è stato posticipato al 2019. L'azienda USL di Modena ha già provveduto a redigere la procedura aziendale.
218	3.6 Lesioni da pressione	Diffusione della buona pratica ed integrazione con le linee guida regionali	Adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale (aggiornata secondo le linee di indirizzo regionali)	Realizzazione di un audit clinico-assistenziale (di processo) in 4 UO di area medica e 2 UO in ambito chirurgico	Secondo indicazioni regionali, il percorso di implementazione delle linee di indirizzo sulla prevenzione delle Lesioni da Pressione nelle uo pilota in collaborazione con SAORER è stato posticipato al 2019. E' stato eseguito AUDIT che ha evidenziato necessità di formazione legate alla prevenzione delle lesioni da pressione.
219	4.1 Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA				Nel corso dell'esercizio sono stati predisposti 11 prospetti di verifica sull'andamento economico. Sono state predisposte le 4 certificazioni per la RER.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

220	4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR		Indice di tempestività dei pagamenti	60 giorni	1° trim. 2018: 41 2° trim. 2018: 42 3° trim 2018: 37 4° trim 2018: 41 Esercizio 2018: 40 Costante monitoraggio mensile dei tempi di protocollazione e di liquidazione
221	4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR		Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	100%	Le tabelle relative ai pagamenti commerciali sono state compilate mensilmente e trasmesse alla Regione.
222	4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR		Avvio del SIOPE+	100% entro il 1° ottobre 2018	Il SIOPE è stato implementato entro il termine previsto del 01/10/2018.
223	4.1.2 Il miglioramento del sistema informativo contabile		Coerenza nella compilazione nei quattro schemi di bilancio	90% del livello di coerenza	100%. Compilazione effettuata sugli schemi regionali
224	4.1.2 Il miglioramento del sistema informativo contabile	Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali	Alimentazione della Piattaforma web in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite	100% nei tempi previsti	L'azienda ad oggi ha rispettato tutte le scadenze previste: - Preventivo CE 1° trimestre; - CE 2° Trimestre; - Verifica di settembre; - CE 3° trimestre; - Preliminare CE 4° Trimestre; - CE 4° Trimestre; - Consuntivo
225	4.1.2 Il miglioramento del sistema informativo contabile	Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia-Romagna e gli Ospedali privati	Alimentazione della Piattaforma web in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite	100% nei tempi previsti	100% di alimentazione nei tempi previsti

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

226	4.1.3 Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie	Rispetto del Cronoprogramma allegato 1 alla DGR 150/2015	Recepire ed applicare eventuali integrazioni delle linee guida regionali	SI	Non sono pervenute integrazioni
227	4.1.3 Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie	Rispetto del Cronoprogramma allegato 1 alla DGR 150/2015	Proseguire nel progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico contabili	SI	<p>Modifica/adozione regolamenti aziendali previsti da procedura PAC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedura immobilizzazioni => documento revisionato in data 28/06/2017 - procedura sperimentazioni cliniche => documento revisionato in data 14/02/2019 - procedura circolarizzazione crediti e debiti => documento revisionato in data 16/10/2017 - regolamento cassa economale => documento approvato con Delibera DG 178/2017 - regolamento magazzini (economale e farmaceutici) => documenti approvati con Delibera DG 214/2018 - regolamento recupero crediti => documento approvato con Delibera DG 198/2017 - regolamento SIMILALP => documento approvato con Delibera DG 40/2018 - regolamento autorizzazione svolgimento incarichi esterni => documento approvato con Delibera DG 201/2017 - regolamento borse di studio, lavoro autonomo, prestazioni occasionali => documento approvato con

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

					<p>Delibera DG 70/2018 - regolamento affidamento incarichi patrocinio legale => documento approvato con Delibera DG 162/2017 - regolamento rimborsi ticket => documento approvato con Delibera DG 73/2019</p>
228	4.1.3 Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie	Rispetto del Cronoprogramma allegato 1 alla DGR 150/2015	Superare eventuali criticità emerse dai monitoraggi regionali sullo stato di attuazione del PAC	SI	Non erano previsti monitoraggi regionali.
229	4.1.3 Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie	Rispetto del Cronoprogramma allegato 1 alla DGR 150/2015	Recepire le osservazioni e i suggerimenti del Collegio Sindacale formulati in occasione delle Revisioni Limitate effettuate nel corso del 2016 e 2017 e a superare eventuali criticità emerse	SI	relazione fine anno 2018 dell'Ufficio Coordinamento Locale- Procurement (in allegato al presente file)
230	4.1.3 Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie	Rispetto del Cronoprogramma allegato 1 alla DGR 150/2015	Aderire alle attività formative organizzate a livello regionale	SI	Non sono state organizzate attività formative regionali. Regolare partecipazione a tutti gli incontri organizzati dalla RER, nessuno dedicato al PAC.
231	4.1.3 Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie		Istituzione Sistema di Audit	100% degli adempimenti	E' stato realizzato e sono in corso gli audit sulle procedure

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

232	4.1.4 Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo contabile		Allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	100%	100%. Le anagrafiche contabili sono state aggiornate in base alla tempistica ed alle indicazioni della Regione.
233	4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo	Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta)	pari ad almeno il 82% del totale degli acquisti di beni e servizi	In attesa di ricevere il dato ufficiale e consolidato da parte della direzione operativa di Area Vasta si conferma la tendenza già rendicontata nel mese di settembre e cioè un livello di centralizzazione che si attesta oltre l'85%, del totale acquisti di beni e servizi.
234	4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo	Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2018 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER	pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2017 per le medesime categorie	La percentuale di acquisto di Farmaci (attraverso il magazzino unico centralizzato di Reggio Emilia), in presenza di convenzione regionale attiva, è pari al 100%. Il ricorso a convenzioni Intercent-ER per l'acquisizione di energia e Gas è pari al 100%
235	4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo	Utilizzo della piattaforma SATER per la gestione informatizzata di tutte le procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario	SI	L'azienda ha formato tutti gli operatori (5) addetti all'utilizzo della piattaforma SATER. Nel corso del 2018 è stata utilizzata in via esclusiva la piattaforma SATER per l'effettuazione di tutte le procedure sopra soglia comunitaria.
236	4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo	Indizione di almeno 30 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali,	SI	Il target regionale è stato superato. Dal 1 gennaio 2018 al 31.12.2018, il Servizio Unico Acquisti e Logistica ha avviato 218 procedure sulla piattaforma SATER. Delle 218 procedure, 118 hanno visto come ca-

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

			Servizi Interaziendali, ecc		pofila l'azienda USL di Modena.
237	4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo	Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare i documenti di trasporto elettronici attraverso il No-TI-ER prevista dalla DGR 287/2015	100% dei contratti di beni e servizi stipulati	L'Azienda USL di Modena ha provveduto, come previsto dalla delibera di giunta 287/15, a inserire, a far data dal 31 gennaio 2016, nelle proprie procedure di gara, clausole che prevedono l'obbligo per i fornitori, di ricevere ordini elettronici e inviare DDT elettronici, attraverso NOTI - ER nel 100% dei contratti di beni e servizi stipulati.
238	4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi		Invio di ordini elettronicamente tramite No-TI-ER	>=50%	Al 31.12.2018 la percentuale di ordini emessi elettronicamente attraverso la piattaforma NOTI - ER si attesta attorno al 51,70%.
239	4.3 Il governo delle risorse umane	Rispetto della Legge 161/2014	Rispetto del Piano di Assunzione e del PTFP, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati.	SI	E' stato dato seguito al Piano Triennale delle assunzioni 2018/2020 redatto in base alle indicazioni regionali nel rispetto delle previsioni di bilancio dell'anno 2018, tenendo conto del rispetto della L. 161/2014.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

240	4.3 Il governo delle risorse umane	Rispetto della Legge 161/2014	Iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'Emergenza Urgenza, sia in sede di redazione e autorizzazione del Piano Assunzione 2018 e del PTFP, che di verifica dei fabbisogni aziendali.	SI	Serrata programmazione delle procedure concorsuali specifiche tarate secondo una tempistica il più possibile concomitante con le sessioni di diploma delle scuole di specializzazione. Sono stati espletati n. 2 concorsi e n. 1 avviso per TD. Utilizzo delle graduatorie di Medicina Interna e Chirurgia Generale. Ricorso anche a contratti con MET secondo ACN della Medicina Generale
241	4.3 Il governo delle risorse umane	Rispetto della Legge 161/2014	Esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS. In applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione	SI	E' stata data esecuzione agli accordi sottoscritti fra RER e OOSS per le aree del personale del comparto e della dirigenza medica e veterinaria
242	4.3 Il governo delle risorse umane	Rispetto della Legge 161/2014	Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS.	SI	Sono stati conclusi i processi di stabilizzazione: Anno 2017: 35 Personale Dirigente - 51 Personale Comparto (Tot 86) Anno 2018: 24 Personale Dirigente - 86 Personale Comparto (Tot 110)
243	4.3 Il governo delle risorse umane	Rispetto della Legge 161/2014	Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti.	SI	In linea con le indicazioni regionali per PTFP
244	4.3 Il governo delle risorse umane	Rispetto della Legge 161/2019	Avvio sperimentazione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di Area Vasta	SI	In ambito AVEN è stato espletato il concorso per OSS. Sono in fase di conclusione il concorso per Infermieri e per Fisioterapisti. E' stato avviato il concorso per Ostetriche.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

					Definita programmazione in AVEN
245	4.3 Il governo delle risorse umane	Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale	Avvenuta adozione del Piano del Percorso di avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR	SI	Il Piano di avvicinamento è stato adottato con Delibera n. 385 del 28/12/2018
246	4.3 Il governo delle risorse umane	Relazioni con le OO.SS.	Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione	SI	E' stata completata la prima fase di confronto con le OOSS dell'area comparto e della dirigenza medica relativamente alla sperimentazione gestionale che si è conclusa positivamente il 31/12/2018.
247	4.3 Il governo delle risorse umane	Relazioni con le OO.SS.	Numero dei processi completati sui processi avviati	SI	Completati 5 processi su 5 avviati: 1 - sperimentazione gestionale OCB/AOU 2 - Servizio Unico Amministrazione del Personale 3 - Servizio Unico Acquisti e Logistica 4 - Servizio Unico Attività Tecniche 5 - Servizio Unico Ingegneria Clinica
248	4.3 Il governo delle risorse umane	Relazioni con le OO.SS.	Rispetto delle scadenze individuate nei cronogrammi GRU e GAAC	SI	Dal 1/1/18 avvio utilizzo GRU GAAC in linea con le scadenze RER

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

249	4.3 Il governo delle risorse umane	Relazioni con le OO.SS.	Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva	SI	Partecipazione agli incontri periodici fissati sia a livello di Aven che a livello regionale. Attivazione di un tavolo tecnico interaziendale con le OOSS dell'area comparto sul rapporto di lavoro (orario di lavoro, straordinario, missioni e rimborsi chilometrici). Attuazione di primi allineamenti per l'area medica relativamente al valore economico delle posizioni e della retribuzione di risultato
250	4.3 Il governo delle risorse umane	Relazioni con le OO.SS.	Partecipazione alle attività del Tavolo regionale "Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie", in tema di Pronto Soccorso ed emergenza territoriale	SI	L'Azienda USL di Modena ha partecipato agli incontri periodici in AVEN e ai 3 incontri organizzati in RER.
251	4.3 Il governo delle risorse umane	Costi del Personale	Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014 e degli Accordi sottoscritti	SI	Monitoraggio periodico della spesa del personale, finalizzato al rispetto delle previsioni di bilancio.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

252	4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri		Presentazione alla Regione entro il 30 giugno 2018 del piano aziendale di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma Regionale, con evidenza di quelli per i quali è in corso una vertenza giudiziale	Invio in RER entro il 30 giugno 2018	Ricevute indicazioni dalla RER in data 26 giugno 2018 – inviato in RER il 13 luglio 2018.
253	4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri		Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro il 31/12/2018	>= media regionale	46,15% per l'anno 2018. La media regionale del 2017 era il 24%
254	4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri		Grado di completezza del database regionale	100% dei casi aperti nell'anno entro il 31 gennaio dell'anno successivo	100%
255	4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza		Avvenuta adozione del Codice di comportamento nei tempi previsti e con le modalità indicate dalla DGR 96/2018	SI	il codice è stato approvato con delibera 143/2018
256	4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza		% dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2018	>= 15%	il tasso di raccolta è stato pari al 48%

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

257	4.6 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	Garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea	Nomina del responsabile della protezione dei dati (artt. 37-39 del Reg. UE 2016/679) e conseguente ri-definizione ed articolazione delle specifiche responsabilità relative ai suddetti obblighi ed adempimenti, ripartendo compiti e funzioni tra i soggetti competenti tenuto conto della specifica organizzazione aziendale	100%	Delibera N. 110 del 27/04/2018: nomina del responsabile della protezione dei dati unico per le aziende sanitarie di Modena e Reggio Emilia Delibera N. 227 del 30/07/2018: ridefinizione dei profili di responsabilità in tema di protezione dei dati personali e nuove modalità di designazione dei soggetti autorizzati ad eseguire operazioni di trattamento.
258	4.6 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	Garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea	Adozione del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE 2016/679)	100%	Delibera N. 154 del 15/06/2018: ricognizione delle principali azioni di adeguamento della Azienda USL di Modena. Con tale delibera è stato recepito lo schema di Registro delle attività di trattamento così come elaborato dal Tavolo privacy regionale
259	4.6 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	Garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea	Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale	95%	Determinazione N. 15305 del 25/09/2018: Costituzione del Tavolo Regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende e degli Enti del SSR. Nomina a componente del Tavolo. Primo incontro il 3/10/2018

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

260	4.6 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	Garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea	Produzione di una relazione relativa all'organigramma delle responsabilità privacy aziendali	100%	Delibera N. 227 del 30/07/2018. Vedi relazione allegata
261	4.7 Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT)	Garantire i necessari adeguamenti organizzativi ed informatici al fine di ottemperare alle indicazioni regionali.	Numero di sistemi informatici che recuperano le informazioni da ARA sul numero dei sistemi informatici individuati	>=90%	Acquisite specifiche di integrazione (non più con ARA ma con il portale regionale). Concordate integrazioni con fornitore.
262	4.7 Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT)	Garantire i necessari adeguamenti organizzativi ed informatici al fine di ottemperare alle indicazioni regionali.	Numero dei partecipanti ai percorsi di formazione per gli operatori sul numero totale di operatori che si interfacciano e interagiscono con le DAT	>=50%	Sono stati effettuati 9 incontri formativi per gli operatori nel 2018. Hanno partecipato ai percorsi di formazione 340 operatori (tra MMG, PLS, Infermieri, Medici Ospedalieri e OSS).
263	4.7 Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT)	Garantire i necessari adeguamenti organizzativi ed informatici al fine di ottemperare alle indicazioni regionali.	Promuovere azioni di comunicazione verso i cittadini al fine di ampliare la conoscenza sulle DAT	SI	Effettuati n. 3 incontri
264	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Cartella SOLE	% MMG con software utilizzato rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella SOLE	100%	Dati aggiornati al 31/12/2018: Aderenti = 99; Attivati = 80
265	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Nuovo sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo contabile (GAAC).	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	100%	In linea con il piano regionale

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

266	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'Area Gestione Risorse Umane (GRU)	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	100%	In linea con il piano regionale
267	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Fascicolo Sanitario Elettronico	% adeguamento dei software aziendali all'avvio dei documenti clinici individuati a livello regionale	100%	Completati: certificati vaccinali, screening citologico (paptest) e screening colon
268	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Fascicolo Sanitario Elettronico	% offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP sul totale delle prestazioni presenti in agenda	70%	Indicatore già ricompreso nell'obiettivo 31, pari a 87%
269	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Prescrizioni dematerializzate	invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate	100%	Confermato
270	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Prescrizioni dematerializzate	Implementazione delle politiche per non richiedere più documentazione cartacea all'assistito	100%	Confermato
271	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Software unico dei comitati etici	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	100%	Il sistema documentale aziendale è stato predisposto per l'integrazione con il sistema regionale.
272	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Cartella clinica unica regionale informatizzata	Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di la-	95%	Progetto RER non ancora avviato. Al momento nessuna attività

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

		del DSM-DP	avoro regionale		
273	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi	% servizi interrogati/servizi resi disponibili	90%	Integrazione realizzata al 90%
274	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Software unico per il sistema trasfusionale	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	100%	Collaborazione dell'azienda al progetto per quanto di competenza
275	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Nuovo sistema informativo unitario Servizi Sociali	Corretto utilizzo del FNA: immissione dati SIUSS - Casellario dell'assistenza	SI	SI
276	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di PS e ricovero	Numero di certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Pronto Soccorso	80%	Nell'anno 2018 sono stati inviati all'INPS 4.670 certificati telematici dai PS aziendali.
277	4.8 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di PS e ricovero	Numero di certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Ricovero Ospedaliero	Atteso da DGR 80%	Dato non disponibile.
278	4.9 Sistema informativo	Interconnessione dei flussi informativi	N. codici fiscali, STP, ENI, TEAM non riconosciuti da SOGEI	<1%	Obiettivo raggiunto
279	4.9 Sistema informativo	Interconnessione dei flussi informativi	Adesione alle azioni richieste da NSIS	100%	Obiettivo raggiunto
280	4.9 Sistema informativo	Interconnessione dei flussi informativi	Rispetto scadenze invio flussi (n. scadenze rispetta-	95%	Rispetto al 100%

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

			te per flusso)		
281	4.9 Sistema informativo	Interconnessione dei flussi informativi	Rispetto scadenze adeguamento flussi	100%	Rispetto al 100%
282	4.9 Sistema informativo	Interconnessione dei flussi informativi	Incidenza variazione dei dati (media annuale)	<20%	<20% al 1° sem. (da verificare 15 aprile)
283	4.9 Sistema informativo	Interconnessione dei flussi informativi	Completezza dei dati nel mese di competenza	>85%	> 90% al 1° sem. (da verificare 15 aprile)
284	4.9 Sistema informativo	Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata (spesa farmaceutica)	Rispetto dei tempi nell'invio delle relazioni mensili (n. relazioni inviate entro i tempi)	90%	inviare le relazioni mensili nella tempistica richiesta da parte del Farmaceutico. Il SIA provvede alle correzioni informatiche
285	4.9 Sistema informativo	Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata (spesa farmaceutica)	Coerenza (oscillazione range) prezzo rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia	10%	Obiettivo Raggiunto al 100%
286	4.9 Sistema informativo	Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata (spesa farmaceutica)	Coerenza (oscillazione range) quantità rilevata nei flussi vs quantità flusso traccia	10%	Obiettivo Raggiunto al 100%
287	4.9 Sistema informativo	Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata (spesa farmaceutica)	Presenza prodotti nei flussi vs flusso traccia	100%	Obiettivo Raggiunto al 100%
288	4.9 Sistema informativo	Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata (FRNA)	Invio flussi/dati entro i tempi	100%	I tempi di rendicontazione FRNA e FSR sono sempre rispettati da Uffici di Piano e Azienda USL per le rispettive competenze. Target 100%

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

289	4.9 Sistema informativo	Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera	Invio dati registro operativo	80%	Obiettivo raggiunto al 100%. Dati Inviati in data 20/12/18.
290	4.9 Sistema informativo	Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera	Invio dati attività di radiologia PACS entro il 31/12/2018	90%	NON APPLICABILE
291	4.9 Sistema informativo	Rilevazione dei tempi d'attesa	Presenza di tutti gli interventi programmati erogati e contemplati nel nomenclatore	95%	100%
292	4.10 La gestione del patrimonio immobiliare.	Gli investimenti	Avvio predisposizione progetti e/o i piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88)	100%	Conseguito al 100%
293	4.10 La gestione del patrimonio immobiliare.	Gli investimenti	Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'accordo di programma "Addendum" e nel programma prevenzione incendi	100%	Conseguito al 100%
294	4.10 La gestione del patrimonio immobiliare.	Gli investimenti	Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati.	Richieste di liquidazione per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati	Conseguito in parte

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

295	4.10 La gestione del patrimonio immobiliare.	Prevenzione incendi	Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sugli interventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie	100%	Conseguito al 100%
296	4.10 La gestione del patrimonio immobiliare.	Prevenzione sismica	Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica	100%	Conseguito al 100%
297	4.10 La gestione del patrimonio immobiliare.	Manutenzione	Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria	100%	Conseguito al 100%
298	4.10 La gestione del patrimonio immobiliare.	Uso razionale dell'energia elettrica e gestione ambientale	Adempimenti previsti dai monitoraggi attivati con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile)	100%	Conseguito al 100%
299	4.10 La gestione del patrimonio immobiliare.	Anagrafe dei complessi immobiliari	Adempimenti previsti dalla raccolta dati attivata con sistema informativo regionale (complessi immobiliari e GAAC)	100%	Conseguito al 100%

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

300	4.10.1 Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale		Predisposizione e trasmissione set informativi secondo modalità e scadenze prestabilite	100%	Conseguito al 100%
301	4.10.2 Tecnologie Biomediche		Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato	Trasmissione secondo scadenze stabilite	Inviato nei tempi richiesti flusso OPT da dati inventario (un invio per 2018): 100%
302	4.10.2 Tecnologie Biomediche		Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie	Aggiornamento secondo scadenze stabilite da decreto	Aggiornamento al 100%
303	4.10.2 Tecnologie Biomediche		Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRBT	100% delle tecnologie	Inviato tecnologie per istruttorie: 100%
304	4.10.2 Tecnologie Biomediche		Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici.	Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite	Inviato nei tempi richiesti: 100%
305	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale				
306	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Riordino Comitati Etici	Collaborazione delle segreterie dei CE nella fase di sperimentazione della piattaforma	Partecipazione alla sperimentazione secondo i tempi e i modi che verranno definiti a livello regionale	NON APPLICABILE, la segreteria del CE è in capo all'AOU di Modena.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

307	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Supporto al Piano Sociale e Sanitario	Le aziende devono assicurare l'attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati	almeno una iniziativa formativa	1) corso di aggiornamento che ha visto coinvolti medici specialisti, psicologi e farmacisti sul tema de "La relazione di cura tra il professionista sanitario e la persona affetta da diabete". In tale corso una sessione è stata dedicata all'HEA. 2)I professionisti di AUSL Modena sono intervenuti al Laboratorio: "dalla teoria alla pratica" presentando "L'esperienza dell'AUSL di Modena sul percorso partecipato per la presa in carico della persona con Diabete Mellito di Tipo 1".
308	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Supporto al Piano Sociale e Sanitario	Individuare un referente aziendale per l'equità	SI	Referente Aziendale designato con lettera inviata in RER il 9/12/2015
309	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Supporto al Piano Sociale e Sanitario	Attivare un board aziendale (o altre forme di coordinamento) per gestire le politiche aziendali orientate all'equità	SI	Creata una UO di Equity Management in Direzione Operativa con delibera 25/2016
310	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Supporto al Piano Sociale e Sanitario	Adottare un piano aziendale delle azioni sull'equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione	SI	Adottato il Piano Strategico Equità con Delibera n. 380 del 20/12/2018

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

311	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Supporto al Piano Sociale e Sanitario	Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno 2 incontri del coordinamento regionale Equità & Diversità	Partecipazione almeno 2 incontri del coordinamento regionale Equità & Diversità	Aggiornamento costante del coordinatore regionale circa le attività aziendali di equity
312	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Supporto al Piano Sociale e Sanitario	Utilizzare almeno uno strumento di equity assessment (HEA e/o EIA) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale	Utilizzare almeno uno strumento di equity assessment (HEA e/o EIA)	3 HEA realizzati: Percorso nascita e diabete (presentato sia a livello aziendale che a convegno regionale). 2 HEA avviati: Mammella e Colon
313	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Supporto al Piano Sociale e Sanitario	Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata	Partecipazione almeno un distretto al percorso Community Lab	6 Distretti su 7 partecipano al percorso Community Lab
314	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Supporto al Piano Sociale e Sanitario	Partecipazione di almeno una azienda di area vasta alla formazione-intervento sull'approccio dialogico nell'ambito del programma adolescenza in accordo con gli enti locali	Partecipazione di almeno una azienda di area vasta alla formazione-intervento sull'approccio dialogico	SI Azienda USL di Parma
315	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza	% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo trimestre dell'anno) (Il periodo di riferimento è il primo semestre)	75% di interventi sorvegliati	Le procedure sorvegliate per il primo semestre del 2018 sono state l'89% se includiamo l'ospedale di Sassuolo. Se consideriamo solo gli ospedali di Carpi, Mirandola, Pavullo e Vignola le procedure sorvegliate sono il 98%. Dati già consolidati dalla Regione.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

316	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza	Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario	20 litri per 1000 giornate di degenza.	Il consumo medio di gel idroalcolico per gli ospedali del Presidio nel 2018 è stato pari a 23,2 litri per 1.000 giornate di degenza ordinaria. Dato non ancora consolidato dalla Regione
317	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza	Predisposizione di un report annuale AUSL sul consumo dei prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate	SI	La rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici, relativo al 2017, è stata effettuata in collaborazione con la Direzione Socio-Sanitaria, in tutte le CRA (49) secondo le indicazioni dell'Area rischio infettivo della Agenzia sanitaria e sociale regionale e i dati comunicati in novembre.
318	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza	% H dell'azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)	100% degli H dell'azienda	Tutti gli ospedali del Presidio partecipano alla sorveglianza attiva per gli Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE). Nel 2018 è stato inserito nello SMI il 100% delle batteriemie riscontrate.
319	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA	Numero richieste di inserimento DM in cui il questionario per l'individuazione di DM eleggibili e valutazione HTA risulta compilato sul totale delle richieste ricevute (dal computo del totale vengono escluse le richieste di inserimento relative a DM di classe I, per i quali la compilazione del questionario HTA non è richiesta)	80%	Effettuate al 100% (18/18) le valutazioni HTA per le richieste inviate al NPVDM.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

320	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento	Produzione di un report/relazione di Audit e di autovalutazione	Sì	SI
321	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento	Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati	70%	71,4%
322	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Formazione continua nelle organizzazioni sanitarie	Progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti al contesto lavorativo	Almeno 4	Sono stati inseriti nel PAF 2018 i seguenti percorsi formativi: PF Sedazione endoscopica, PF EBM in neonatologia, PF Cure Palliative, PF Dialectical Behavior Therapy (DBT), PF Open Dialogue, PF Armonizzazione Terapeutica, Progetto "La presa in carico dell'assistito con patologia degenerativa da parte del team multiprofessionale, nei vari passaggi di cura". Le relazioni sono in allegato (OBV 322 PF Sedazione endoscopica, OBV 322 PF EBM in neonatologia, OBV 322 PF Cure Palliative, OBV 322 PF Dialectical Behavior Therapy (DBT), OBV 322 PF Open Dialogue, OBV 322 PF Armonizzazione Terapeutica, OBV 322 Progetto "La presa in carico dell'assistito con patologia degenerativa da parte del team multiprofessionale, nei vari passaggi di cura").

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2018

323	5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Formazione continua nelle organizzazioni sanitarie	Progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative	Almeno 3	Sono stati inseriti nel PAF 2018 i seguenti percorsi formativi: PF Donazione cornee, PF Urgenze in sala parto, Progetto Formativo EGA, PF MAT 2018 e PF Supervisioni DSM. Le relazioni sono in allegato (OBV 323 PF Donazione cornee, OBV 323 PF Urgenze in sala parto, OBV 323 Progetto Formativo EGA, OBV 323 PF MAT 2018 e OBV 323 PF Supervisioni DSM)
-----	--	--	---	----------	--