



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

# ***RELAZIONE SULLA GESTIONE ANNO 2017***

**Allegato alla Delibera del Direttore Generale n.117/2018**

Estratto: La rendicontazione degli obiettivi DGR 830/2017

## ***L'attività del periodo***

### ***La rendicontazione degli obiettivi della DGR n.830/2017***

La delibera di programmazione regionale DGR 830/2017 ha tracciato le linee di indirizzo delle Aziende Sanitarie tramite la definizione di obiettivi da raggiungere e la costruzione di indicatori di performance per il controllo del raggiungimento degli stessi. Nell'Azienda USL di Modena gli obiettivi della DGR n.830/17 sono stati inclusi nelle schede di budget e sono stati assegnati alle funzioni/strutture di staff e di produzione. Per le strutture di staff sono stati assegnati a luglio 2017.

Nel mese di febbraio 2018 è stata avviata la rendicontazione, che viene trasmessa alla Regione Emilia-Romagna contestualmente alla presente relazione al bilancio. La rendicontazione analizza uno per uno i 244 obiettivi assegnati, inclusi i 4 che risultano "non applicabili" all'Azienda USL di Modena a causa dell'assenza delle attività oggetto dell'obiettivo. Ci sono anche un paio di casi in cui l'indicatore, al momento, non è calcolabile da parte dell'Azienda, in quanto in attesa di una rilevazione a livello regionale (7 indicatori).

<b>Aree degli obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017</b>	<b>n. obiettivi e indicatori</b>
1.1 Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	1
1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi	2
1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	2
1.2.3 Piano di prevenzione vaccinale	1
1.2.4 Salute e sicurezza in ambiente di lavoro e di vita	5
1.3 Salute pubblica veterinaria, sicurezza alimentazione e nutrizione	4
1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	3
2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	5
2.2 Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa	8
2.3 Ospedali di Comunità	4
2.4 Profili di NCP	1
2.4 Profili di PLS	2
2.4 Osservatorio di Cure Primarie	1
2.5 Assistenza Protesica	1
2.6 Cure Palliative	5
2.7 Continuità assistenziale dimissioni protette	1
2.8 Percorso Nascita	11
2.8.1 Salute riproduttiva	2
2.8.2 Percorso IVG	2
2.8.3 PMA	1
2.9.1 Contrasto alla violenza	2
2.9.2 Lotta all'antibiotico resistenza	4
2.9.3 Promozione dell'allattamento	4
2.9.4 Promozione della salute in adolescenza	1

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Relazione sulla gestione - anno 2017

2.10 Formazione specifica in medicina generale	4
2.1.11 Assistenza territoriale a persone con disturbo dello spettro autistico	2
2.11.2 Assistenza socio sanitaria per pazienti della salute mentale	2
2.11.3 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia	1
2.12 Servizi socio sanitari per la non autosufficienza	4
2.13 Promozione e tutela della salute negli Istituti Penitenziari	7
2.14 Farmaci e Dispositivi Medici	40
3.1 Riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	6
3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	4
3.3 Appropriatelyzza	2
3.4 Volumi ed esiti	14
3.5 Emergenza Ospedaliera	4
3.6 Attività trasfusionale	2
3.7 Attività di donazione organi, tessuti e cellule	4
3.8 Sicurezza delle cure	10
3.9 118 e Centrali Operative	1
3.10 Reti Hub & Spoke per le malattie rare	1
3.11. Rete delle cure palliative pediatriche	1
3.12 Accredimento	2
4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	1
4.1.2 Il miglioramento del sistema informativo contabile	2
4.1.3 Attuazione del percorso attuativo di certificabilità (PAC) dei bilanci delle aziende sanitarie	5
4.1.4 Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata per l'area amministrativo contabile	1
4.2 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	5
4.3 Il governo delle risorse umane	9
4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri	2
4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza	2
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	15
4.7 Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	12
2.0 Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	8
<b>Totale complessivo</b>	<b>244</b>

La rendicontazione, che sarà oggetto di valutazione da parte della Regione Emilia-Romagna, consentirà di misurare il grado di realizzazione degli obiettivi assegnati.

La Direzione Aziendale ritiene, in presenza di una limitatissima quota di target non raggiunti, di avere espresso un elevato livello di raggiungimento nella grandissima maggioranza degli obiettivi assegnati. Sono da segnalare anche alcune aree di miglioramento in cui il trend positivo verso il raggiungimento del target continuerà anche nell'anno in corso, con il consolidamento delle azioni intraprese (per i dettagli, si fa riferimento all'allegato alla presente relazione, "Analisi del perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 830/2017").

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
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 > = 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 > = 80 % ; obiettivo > 95 %	Non abbiamo ancora i risultati definiti di tutti i progetti perché la Regione non ha ancora trasmesso ai referenti aziendali di PLA la rendicontazione preliminare di tutti i progetti. I risultati definitivi dovrebbero essere trasmessi entro fine aprile 2018.	
1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi	Registro mortalità: completezza e tempestività della raccolta dati	Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2017) nei tempi previsti dalla circolare regionale n. 7 del 2003	completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2017); obiettivo: >= 95% al marzo 2018.	Al 30.03.2018 sono state caricate 7487 interviste del campionamento aziendale, pari al 100% dell'atteso (7487); La codifica dei decessi 2017 è stata completata entro il mese di marzo 2018, come da obiettivo regionale.	E' in completamento la codifica dei decessi di dicembre 2017 (pervenuti al Servizio da metà gennaio a metà febbraio 2018) e il relativo inserimento nella banca dati regionale
1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi	Sistema di sorveglianza degli stili di vita	realizzazione interviste PASSI programmate	rapporto interviste PASSI realizzate/programmate: >= 95% entro febbraio 2018	Al 28.02.2018 sono state caricate 340 interviste del campionamento aziendale, pari al 106% dell'atteso (320)	Le interviste programmate sono state effettuate e caricate tutte; è in corso il controllo di qualità delle interviste come da protocollo ISS
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	n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya - Zika virus segnalati in RER/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya - Zika virus segnalati al DSP	valore ottimale = 100%; valore accettabile = 90%	100% (24/24)	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
	regionale CRREM				
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	Realizzazione da parte di ciascun DSP di almeno un momento formativo per la corretta applicazione delle LG regionali per il controllo della Legionellosi	Almeno un momento formativo	realizzato 1 seminario di formazione di 4 ore sulle LG regionali per il controllo della legionellosi, rivolto ai gestori delle strutture socio-assistenziali, svolto il 21 dicembre 2017	
1.2.3 Piano 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	a) copertura vaccinale per vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza (al 24 mese): $\geq 95\%$ b) meningococco B ai nuovi nati, al 1° anno $> 60\%$ ; c) copertura vaccinale per vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza (MPR) obiettivo $> 95\%$ ; d) copertura vaccinale per la vaccinazione contro Papillomavirus HPV dei maschi della coorte di nascita 2006 $> 75\%$ ; e) copertura vaccinale antiinfluenzale nella popolazione dei $> 65$ enni: $\geq 75\%$	Per l'anno 2017 i dati sulle coperture vaccinali nell'infanzia e nell'adolescenza sono prodotti direttamente dalla RER. Commenti: A) I dati relativi alla maggior parte delle vaccinazioni obbligatorie nella prima infanzia si stimano essere superiori al 95%. MPR è a livelli inferiori ma in deciso incremento rispetto all'anno passato. B) l'adesione alla vaccinazione contro il meningococco B si stima essere superiore all' 80%. C) Per le vaccinazioni raccomandate si rimanda alla prossima rilevazione regionale. D) la coorte dei maschi è stata iniziata a dicembre 2017, come da indicazione regionale e verrà recuperata e rendicontata a fine 2018 E) 55.2% a fronte del 54,6% anno 2016	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
		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.			
1.2.4 Salute e sicurezza in ambiente di lavoro e di vita	vigilanza e controllo sulle attività produttive	% aziende con dipendenti ispezionate	>= 9%	9,6% (3160/32904)	
1.2.4 Salute e sicurezza in ambiente di lavoro e di vita	vigilanza e controllo sulle attività produttive	n. cantieri rimozione amianto controllati su piani di rimozione amianto presentati (art. 256 D.LGs 81/08)	>= 15%	15,2% (130/855)	
1.2.4 Salute e sicurezza in ambiente di lavoro e di vita	vigilanza e controllo sulle attività produttive	implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie	100% delle strutture autorizzate nell'anno	100% (68/68)	
1.2.4 Salute e sicurezza in ambiente di lavoro e di vita	vigilanza e controllo sulle attività produttive	% case famiglia controllate	>= 50%	51,6% (16/31)	
1.2.4 Salute e sicurezza in ambiente di lavoro e di vita	vigilanza e controllo sulle attività produttive	realizzazione programma di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie con utilizzo degli strumenti a livello regionale	almeno 1	L'Azienda USL di Modena ha aderito al progetto regionale 1.2 "Promozione della salute nei luoghi di lavoro" del setting lavoro del PRP 2015 - 2018 attraverso l'utilizzo di una scheda regionale che i medici competenti hanno compilato con n. 366 operatori a cui hanno effettuato anche il counseling motivazionale breve per la modifica dei comportamenti a rischio di patologie croniche	Compilazione della scheda regionale sulla promozione della salute ad uso del medico competente per n. 366 operatori sanitari

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	azioni per il mantenimento della qualifica di ufficialmente indenne del territorio RER per quanto riguarda tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, ovi-caprina bovina enzootica, TSE e salmonellosi	% allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA)	>=98%	100% (1403/1403)	
1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	Realizzazione piano Regionale Integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale	PRI - Piano Regionale Alimenti	>= 95% del programmato	99% (78577/79319 SVET e 2074/2103 SIAN)	
1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	attività di controllo sul benessere animale e farmacovigilanza in allevamento secondo std regionali	% allevamenti controllati per benessere animale sul totale allevamenti	>= 15% o 20% secondo le specie	28,3% (234/826)	
1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimenta-	attività di controllo sul benessere anima-	% allevamenti controllati per farmacovigilanza e Anagrafe sul	>= 33%	45,8% (714/1557)	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
re e nutrizione	le e farmacovigilanza in allevamento secondo std regionali	totale allevamenti			
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	Procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori	Aggiornamento/revisione delle procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori entro l'anno 2017 e garanzia dei flussi informativi	Rendicontazione delle Direttive Regionali del 22/01/2010 relative agli interventi vaccinali per le malattie prevenibili da vaccino sugli operatori sanitari. Implementazione delle procedure per gli operatori sanitari, relativa al percorso vaccinale presso la Sorveglianza Sanitaria Aziendale	Implementazione relativa agli interventi vaccinali per le malattie infettive prevenibili da vaccino quali Epatite B, Morbillo, Varicella, Rosolia, Parotite e malattia infettiva meningococcica. Puntuale controllo del profilo immunologico, in particolare per quanto riguarda il rilascio di idoneità subordinata allo stato immunologico di non suscettibilità, per gli operatori destinati ad UU.OO. considerate a rischio attinenti alla Circolare Regionale del 22/01/2010
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%	Copertura vaccinale antinfluenzale: a) 20% operatori del ruolo sanitario; b) 19% Operatori dell'Azienda; Il dato % è riferito al rapporto fra dosi vaccinali somministrate e operatori in Sorveglianza Sanitaria. Nel 2016 (ricalcolato escluso NOCSAE) a) 12,25% operatori del ruolo sanitario; b) 12,53% operatori dell'Azienda.	Facilitato l'accesso degli operatori alla vaccinazione con diffusione dei punti vaccinali e flessibilità di orario. Vaccinazione in autogestione per operatori sanitari delle sedi decentrate della Ausl
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 modulo formativo sulle malattie infettive, comprese quelle prevenibili da vaccino,	almeno 1 evento formativo	Effettuate 5 edizioni di un evento formativo: "malattie infettive prevenibili da vaccino: influenza. Gli eventi formativi hanno coinvolto l'intera articolazione organizzativa sanitaria aziendale e in particolare i Direttori di SC, i Responsa-	Inserimento delle principali malattie infettive di interesse occupazionale prevenibili da vaccino nei percorsi formativi/informativi.



Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
	le strutture sanitarie	rivolto agli operatori		bili di S.S., le P.O. e i Coordinatori. Hanno partecipato 250 operatori sanitari	
2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale		Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte MAPS)	>=90%	Il mandato RER anche nel 2017 era limitato alle prestazioni di primo accesso con priorità D; nel 2017 il confronto tra trimestri su Spagobi ci colloca al 100%.	
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	2017<2016	Riduzione di 9,4% di mancate di presentazioni 2017 rispetto al 2016. La diminuzione è calcolata sul rapporto tra mancate presentazioni e prenotazioni sanzionabili 2016 (con data prenotazione successiva al 4/04/2016 e appuntamento entro il 2016) e mancate presentazioni prenotazioni sanzionabili 2017 (prenotazione successiva al 4/04/2016 e appuntamento entro il 31/12/2017).	a) Diversificazione e implementazione canali di disdetta b) Campagna informativa c) Invio di 45000 sanzioni per mancata o ritardata disdetta riferite al periodo apr/dic 2016 concluso nel 2017 d) Previsto invio 62.000 sanzioni riferite gennaio-dicembre 2017 entro dicembre 2018
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 >= 20%	Questo dato lo rileva direttamente RER. Stante l'indicatore SIVER giallo sul consumo di TC osteoarticolari a metà 2017 è stata eseguita un'analisi che ha evidenziato nel primo semestre un aumento di TC osteoarticolari dell'arto inferiore effettuate dall'AOU nell'ambito di percorsi ASA extraCUP a ridosso di interventi chirurgici -> DRG più frequenti: 544 - 545 (protesi anca/ginocchio, n=41) e 479 (generalmente sono stent arteriosi, n=17). L'indice di consumo TC per il 2017 è pari a 6,72 (sopra la media RER) rispetto al 5,83 del 2016. L'indice di consumo RM per il 2017 è pari a 42,81 (sotto la media RER) rispetto al 49,21 del 2016.	In data 22/11/17 la Direzione Sanitaria dell'AUSL di Modena ha inviato una lettera protocollata alla Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, nella quale si contestano gli esami eseguiti dall'AOU di Modena in regime di specialistica anziché in prericovero; la risposta dell'AOU del 23/11/17 sostiene che gli esami sono aumentati a causa dell'aumento della casistica e che i pazienti in prelista sono da considerarsi

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
					ambulanti, anche per l'attuale impossibilità informatica da parte dell'AOU di gestire questi pazienti diversamente.
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)	>= valore 2016	Prescrizioni DEMA effettuate dagli specialisti anno 2017 -> 437.079, in aumento rispetto al 2016 -> 406.079	
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	>=80%	Nel corso del 2017, nell'ambito degli incontri mensili dell'Osservatorio della Specialistica Ambulatoriale, è stato definito l'elenco delle prestazioni che tutte le aziende della RER devono prevedere di mettere a prenotazione WEB ed inviato alle Aziende ai primi di dicembre 2017. Si tratta di 536 prestazioni e per ogni Azienda sono state identificate le prestazioni già presenti a WEB al 12/12/2017 e quelle non presenti a tale data. Delle 536 prestazioni richieste dalla RER per Modena ne risultano già inserite al 12/12/2017 362 pari al 67%. In data 9/2/2018, in risposta alle richieste della RER, si è provveduto ad integrare le prestazioni presenti a web con ulteriori 66 prestazioni che la nostra Azienda si è impegnata ad inserire a WEB entro la fine del mese di marzo 2018. A tale data, quindi il numero totale delle prestazioni inserite WEB è di 453 prestazioni pari all'84% (indicatore atteso).	
2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa	Implementazione DGR 2128/2016	percorsi multidisciplinari attivati nelle CdS e rendicontati all'Anagrafe regionale delle CdS	si	Aggiornamento continuo dell'anagrafe regionale delle Case della Salute. E' stato inoltre introdotto un nuovo sistema informativo delle Case della Salute (struttura ad albero) da parte della RER. Il primo inserimento dati è stato completato D5 Pavullo: Condivisione di un percorso parteci-	Aggiornamento continuo di entrambi i questionari  D5 Pavullo: Effettuati 2 incontri con la RER per la condivisione delle azioni da attivare congiuntamente all'Ufficio di

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
				pato con l'Ufficio di Piano e la Regione ER (Community Lab) da attivare nel 2018, nell'ambito dei Piani di Zona, su entrambe le CdS del distretto Collaborazione alla predisposizione progetto di riqualificazione CdS "Cimone" nell'ambito della DGR 1920/2016. Il progetto presentato sulla CdS Cimone ha vinto il bando	Piano
2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa	Implementazione DGR 2128/2016	numero CdS con referente organizzativo/n. CdS attive	100%	Risultato raggiunto 100% Con nota prot. n. 0084532/17 del 30/11/2017 sono stati individuati i referenti organizzativi delle Case della Salute dei Distretti di Carpi, Mirandola, Sassuolo, Pavullo, Vignola e Castelfranco Emilia	
2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa	Implementazione DGR 2128/2016	numero CdS a medio alta intensità con board gestionale/organizzativo /numero CdS a medio alta intensità attive	100%	CdS Castelfranco: è attivo un board gestionale/organizzativo CdS Finale Emilia: nel 2017 non è stato ancora identificato il board	In via di definizione il board gestionale – organizzativo della casa della salute di Finale Emilia
2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa	gestione integrata malattie croniche	attivazione ambulatori infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare Diabete Mellito, scompenso cardiaco, BPCO, insufficienza renale cronica	Numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive (100%)	Ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità attivi in tutti i distretti (CdS, poliamb) in collaborazione con i MMG, in particolare: a) Carpi: ambulatorio infermieristico per PDTA diabete; b) Mirandola: è attivo un ambulatorio infermieristico per le cronicità nella CDS di Finale Emilia che nel 2017 ha seguito 456 pazienti diabetici; c) Sassuolo: Avviato il percorso tra amb. Infermieristico e MMG della CdS di Montefiorino per diabete che si completerà nel 2018; d) Pavullo: l'ambulatorio infermieristico è presente in entrambe le CDS Fanano e Pievepelago; e) Vignola attivazione dell'ambulatorio Infermieristico per la presa in carico dei pazienti affetti da Diabete Mellito c/o la CDS di Spilamberto a partire dal mese di luglio 2017. f) Castelfranco: nella CDS di Bomporto	Distretto di Carpi: Monitoraggio, verifica e rendicontazione del percorso con il referente organizzativo e il coordinatore NCP che afferisce alla CDS. Distretto di Sassuolo: Sperimentati i canali informatici e strumentali della telecardiologia per l'effettuazione nelle sedi decentrate degli ECG. Distretto di Vignola Programmazione dell'attivazione dell'ambulatorio infermieristico per la presa in carico dei pazienti affetti da Diabete mellito c/o la CDS di Guiglia,

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
				l'ambulatorio per la presa in carico delle cronicità è rimasto attivo a tutto luglio 2017 (720 pazienti in carico): nei mesi successivi sono state attivate le procedure per il reclutamento dei due specialisti (cardiologo e oculista); CDS Castelfranco in corso attività preliminari per la partenza del percorso diabete con attivazione di ambulatorio infermieristico	dopo l'entrata in servizio dei nuovi MMG, in sostituzione dei MMG della CDS che cessano la loro attività per pensionamento.
2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa		Impiego degli strumenti PACIC e ACIC	Utilizzo in >= 2 Case della Salute	Nel 2017 il questionario PACIC è stato utilizzato nelle Case della Salute di Bomporto, Finale Emilia e Alto Frignano. Il questionario ACIC è stato utilizzato nelle Casa della Salute di Bomporto e Alto Frignano.	
2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa		report sintetico sull'implementazione dei profili di rischio (Risk-ER) nelle CdS	sì	Nel corso del 2017 sono stati prodotti ed inviati i report sintetici per l'implementazione dei profili di rischio nelle CdS di Castelfranco Emilia e di Cavazzo. Sono stati implementati i seguenti percorsi: 1) il percorso prevenzione cadute in fase sperimentale sull'area del Sorbara : 17 pazienti segnalati di cui 10 hanno rifiutato il percorso e 7 sono stati presi in carico ( 4 accessi domiciliari e 3 ambulatoriali) 2) SCC. Da novembre 2015 al 31/12/2017 sono stati valutati dall'ambulatorio 82 persone di cui 29 poi dimesse per varie motivazioni e 53 sono attualmente in carico. I nuovi pazienti presi in carico nel 2017 sono stati 18. 3) farmaci: Sono state distribuite 30 schede (sulle modalità di assunzione farmaci e relativo questionario per andare a indagare l'utilità e la comprensione dello strumento proposto) a persone seguite dall'assistenza domiciliare di Castelfranco Emilia + altre 13 durante il corso di formazione ai caregiver	La RER invierà il profilo di rischio dei pazienti che è predittivo fino a giugno 2018; a luglio 2018 verranno consolidati i dati 2017 e a settembre ci saranno inviati i profili predittivi fino a giugno 2019. L'obiettivo sarà l'analisi e la rivalutazione dei casi presi in carico nelle realtà sede di sperimentazione del progetto ovvero CDS di Bomporto e CDS di Castelfranco Emilia  Nel corso del 2018 sarà necessario implementare il progetto in almeno 1 altra CDS

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
				<p>4) sociale: A partire da 102 persone a rischio "molto alto" su 29 persone segnalate 25 sono state prese in carico A partire da 87 persone a rischio "alto" su 29 persone segnalate 26 sono state prese in carico;</p> <p>5) OSCO organizzato un corso di formazione nell'ambito della CDS rivolto a caregiver (familiari e non) su tematiche legate all'assistenza con alternanza di diversi professionisti</p>	
2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa	prevenzione primaria e progetto "Letture integrata rischio cardiovascolare"	continuazione del progetto	rivalutazione a 1 anno delle persone target (m. 45 anni e f. 55 anni)	<p>N. assistiti rivalutati (assistiti che hanno completato la prima fase di rivalutazione a 1 anno)/ N. Assistiti che hanno completato la prima fase del percorso: 1° accesso, valutazione congiunta, 2° accesso 187/216 (86,6%)</p>	<p>Rinforzo motivazionale (vedi brochure dal titolo "Strategie e strumenti per la gestione del colloquio motivazionale breve – toolkit") Nel 1 semestre a tal proposito è prevista una formazione ad hoc sul colloquio motivazionale breve. Sono stati individuati 1 MMG e l'infermiera referente organizzativa della CDS di Cavezzo coinvolti nel progetto a partecipare al corso di formazione.</p> <p>A seguito della formazione la Regione ha richiesto un recall telefonico sugli utenti che hanno completato tutto il percorso con compresenza di fattori di rischio (fumo + att. fisica /sedentarietà; fumo e alcool; fumo e alimentazione /non consumatori di frutta e verdura). Durante il colloquio telefonico dovrà emergere il miglioramen-</p>

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
					to/mantenimento del miglioramento /peggioramento /situazione invariata . Tale dato verrà poi rendicontato alla Regione attorno a giugno /luglio 2018.
2.2 Le Case della Salute e la Medicina d'iniziativa		rispetto indicatori concordati per il 2016 nel PRP 2015-18	Rispetto valori 2016	Distretto di Carpi: sì D2 Mirandola: a) i pazienti in carico nel PDTA diabete della CdS di Finale vengono coinvolti in un percorso strutturato di prevenzione che sono le conversation maps. b) nella gestione di questi pazienti si utilizza la cartella informatizzata Arianna per la programmazione delle visite e per inserire la valutazione infermieristica. Il referto della visita infermieristica viene inviato al MMG attraverso il progetto Sole. c) viene utilizzato SIO per inserimento e refertazione di FOO e ECG con relativo invio del referto al MMG. d) quando, nelle persone in carico al PDTA diabete, vengono riscontrate lesioni vascolari, lesioni al piede, vengono inviate (in accordo col MMG) all'Ambulatorio Lesioni Aperte situato nella stessa CdS. Distretto di Vignola: percorso Diabete CDS Spilamberto: refertazione informatizzata della valutazione infermieristica (attraverso Arianna), dell'ECG e del FOO (attraverso SIO), con condivisione della documentazione con i MMG	Interventi individuali su aspetti nutrizionali con dietista e infermiere

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
2.3 Ospedali di Comunità		% pz con proposta di ricovero da UVM/totale ricoveri	2017: 50%	<p>OSCO CASTELFRANCO E. La proposta di ricovero è sempre effettuata dall'UVM e sempre gestita dal PUASS. Il PUASS è composto da: infermiere (Case Manager), Medico inviante (se da Ospedale medico di reparto, sa da domicilio MMG curante). In caso di bisogni specifici all'UVM di base si aggiungono AS, Fisioterapista, Specialista.</p> <p>OSCO FANANO Per tutti i pazienti che entrano in OsCo viene effettuata una valutazione multidimensionale e multiprofessionale sebbene non ancora (2017) da parte di UVM completo di tutte le professionalità (manca case mgr). La multiprofessionalità si esprime attraverso l'utilizzo di strumenti validati e condivisi e mediante l'applicazione di una procedura che mette in sinergia e connessione i diversi professionisti, sanitari e del sociale, coinvolti nel progetto del paziente, sia nella fase di accesso che di monitoraggio e dimissione protetta. Questa modalità è risultata funzionale in termini di copertura dei posti letto in tempi congrui al bisogno del paziente.</p>	<p>OSCO FANANO Nel corso del 2017 si è concordato di procedere alla modifica della procedura di accesso, con particolare riferimento alla scheda di accesso all'OsCo dall'ospedale: "Scheda di presentazione caso per ingresso in OsCo", da condividere con la medicina dell'ospedale di Pavullo.</p> <p>Il 20/12/2017 è stata presentata la proposta di nuova scheda ingressi osco alla Medicina di Pavullo. Scheda non ancora adottata.</p>
2.3 Ospedali di Comunità		Evidenza di un'analisi in ambito aziendale di strutture identificabili come Ospedali di Comunità	sì	L'azienda USL di Modena ha effettuato un'analisi di strutture identificabili come Ospedali di Comunità. Attualmente sono attivi l'OSCO di Castelfranco Emilia e di Fanano. Sono state avviate le procedure progettuali per la prossima attivazione degli OSCO di Mirandola e Finale Emilia. E' in corso un'analisi di fattibilità per la costruzione dell'OSCO di Modena.	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
2.3 Ospedali di Comunità		% PAI redatti congiuntamente ai pz - caregiver/n. PAI	100%	<p>OSCO CASTELFRANCO E. Gli obiettivi assistenziali/terapeutici (macro) e il tempo di ricovero previsto sono sempre contenuti nel progetto individuale di ingresso redatto da UVM, che viene sempre (100%) concordato e firmato da paziente o caregiver. La stesura del PAI è effettuata all'ingresso dell'OSCO con la partecipazione di paziente/caregiver, ma tale condivisione non è documentabile. È in fase di elaborazione una nuova modalità di lavoro e documentazione che dia evidenza della partecipazione di paziente/caregiver alla stesura del PAI all'ingresso.</p> <p>OSCO FANANO 100%</p>	
2.3 Ospedali di Comunità		Degenza media in Ospedale di Comunità (media regionale 20,48)	<=20 giorni	<p>OSCO Castelfranco Emilia 19,27 giorni OSCO Fanano 18,94 giorni</p>	
2.4 Profili di NCP		progettazione percorsi di miglioramento nei NCP aziendali	da documentare nel questionario on line sui NCP: >= 10% NCP	<p>Effettuata progettazione dei percorsi di miglioramento nei NCP, documentata nel questionario on line, per il 27% dei NCP (10 NCP sul totale di 38).</p> <p>a) Distretti di Modena e Castelfranco Emilia: Progetto regionale di Farmacovigilanza attiva "Uso appropriato e sicuro dei medicinali nei pazienti anziani trattati in ambito territoriale o istituzionalizzati in Case Residenza per Anziani".</p> <p>b) Distretto di Vignola: Audit sui Profili di NCP e definizione di percorsi di Miglioramenti da parte dei 3 NCP del distretto. NCP Pedemontana/Montagna/Città: implementare il ricorso alla spirometria semplice per la diagnosi precoce di BPCO e asma, così da ridurre i ricoveri ospedalieri legati a questa patologia attraverso scelte terapeutiche appropriate correlate alla gravità e follow up clinico integrato per prevenire eventuali</p>	<p>Distretto di Sassuolo: Formigine 1: analisi e impegno su follow-up diabetici 18aa-38aa; Formigine 2: analisi ed impegno su antibiotici e antipertensivi; e su endoscopia e RMN; Fiorano: analisi e impegno su associazioni di farmaci potenzialmente tossici nell'anziano; Sassuolo 1: analisi e impegno follow-up diabete; Sassuolo 2: analisi e impegno su prescrizione e compliance del paziente anziano per farmaci e associazioni poten-</p>



## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
				<p>riacutizzazioni.</p> <p>c) NCP Pedemontana: ricognizione delle cartelle per valutare l'utilizzo di ACE/SARTANI nei pazienti con scompenso cardiaco.</p> <p>d) NCP Montagna: aumentare la prescrizione dei B bloccanti nel post IMA. Migliorare il FU dei pazienti affetti da diabete, con particolare attenzione all'esecuzione del FOO e dell'Emoglobina glicata.</p> <p>e) NCP Città: prestare maggiore attenzione ai pazienti con scompenso e nel post IMA per migliorare il dato sul trattamento farmacologico appropriato. Migliorare il FU dei pazienti diabetici ed il dato sul trattamento farmacologico appropriato.</p>	<p>zialmente a rischio;</p> <p>Maranello: analisi e impegno su riduzione dei PPI;</p> <p>Montagna: analisi e impegno su follow-up diabetici.</p> <p>Distretto di Vignola: Programmazione di un evento formativo per i MMG sul "paziente con patologie croniche ostruttive: gestione clinica sulla base del Chronic Care Model" (28-03-2018).</p>
2.4 Profili dei PLS		organizzazione incontro di presentazione dei profili a tutti i PLS	sì	I profili dei PLS sono stati trasmessi a ottobre 2017 ai coordinatori UPCP per essere presentati in occasione delle UPCP distrettuali. Parte effettuato nel 2017, parte verrà effettuato nel 2018	
2.4 Profili dei PLS		progettazione percorsi di miglioramento	almeno 1	Costituito un gruppo di lavoro tra PLS e Clinici ospedalieri per un uso appropriato degli antibiotici in età pediatrica che svolgerà i suoi lavori nel 2018	
2.4 Osservatorio di Cure Primarie		aggiornamento dei dati anagrafe regionale CdS per tutte le CdS	sì	<p>Nel corso del 2017 è stato effettuato l'aggiornamento continuo dell'anagrafe regionale delle Case della Salute.</p> <p>E' stato inoltre introdotto un nuovo sistema informativo delle Case della Salute (struttura ad albero) da parte della RER. Il primo inserimento dati è stato completato</p>	
2.5 Assistenza protesica	DPCM 12/1/2017; individuare competenze,	predisposizione documento aziendale	sì	Definiti i criteri ed evidenziate le criticità da affrontare preliminarmente alla costituzione degli albi. Effettuato confronto interaziendale per definizione percorsi di accesso alle prescrizioni SSN	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
	caratteristiche, e modalità organizzative per definizione di un Albo interaziendale di medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili			per le prime prescrizioni da parte dell'accreditato esterno. Confronto con rappresentanti Direzioni AOSP e NOS per condividere mandato, sviluppo, punti di criticità. AOSP, NOS e NPIA hanno già proposto elenchi nominativi per i prescrittori di competenza	
2.6 Cure palliative	completamento rete (nodi ed equipe + completamento riorganizzazione UCP Domiciliari (DGR 560/17 e DCPM 12/1/2017)		sì	DOMICILIO : UCPD con Infermieri dedicati /semidedicati , MMG Interpares, Psicologo e Unità di Valutazione attiva : 7 Distretti /7; Progetto CRA completato nelle aree Centro e Nord AMBULATORIO : 3 Ambulatori territoriali attivi, 1/Area OSPEDALE : consulenza palliativistica disponibile e attiva in almeno 2 gg/sett. : 2 Ospedali/4 HOSPICE : relazioni funzionali con Hospice COM ; azioni propedeutiche ad apertura Hospice Castelfranco	1) conclusione della formazione personale CRA Area sud 2) riorganizzazione psicologi della RLCP 3)Integrazione dei Palliativisti nelle UCPD 4) apertura Ambulatorio Distr. Vignola 5) formazione e attivazione consulenza ospedali di Mirandola , Vignola, Pavullo 6) Apertura Hospice di Castelfranco
2.6 Cure palliative	formazione agli operatori invianti alla rete di CP	corso di formazione	sì	1) Target tutti MMG ( circa 500 ) : 1 evento formativo + almeno 1 incontro di NCP 2) professionisti Ospedalieri : formazione per tutto il personale degli Ospedali di Sassuolo e Carpi ( coinvolti circa 350) 3) Operatori CRA Aree Centro e nord ( coinvolti circa 550 )	a) formazione Ospedali Vignola , Mirandola , Pavullo b) formazione CRA area sud c) continuità nella formazione della Medicina Generale
2.6 Cure palliative		Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica deceduti in H/ numero di malati deceduti per malattia	2017: riduzione >= 5% sul 2016	Nel 2017 i residenti nella provincia di Modena deceduti per tumore sono stati 1101 di cui 469 deceduti in H. Nel 2016 i deceduti per tumore erano 2327 di cui 1051 deceduti in ospedale. E' stata riscontrata una riduzione pari al 5,7% nel	

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
		oncologica (diagnosi principale)		2017 rispetto al 2016. Obiettivo raggiunto	
2.6 Cure palliative		Numero deceduti per tumore assistiti dalla Rete Cure Palliative (a domicilio o in hospice)/numero deceduti per tumore	>=60%	in miglioramento rispetto al 2016 ma 47% (hospice non attivi in Azienda)	
2.6 Cure palliative		Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON in carico alla rete Cp, nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7gg/n. ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	<= 25%	21,84%	
2.7 Continuità assistenziale - dimissioni protette		Numero PIC con presa in carico entro 3gg dalla dimissione ospedaliera/n. PIC aperte entro 30gg dalla dimissione ospedaliera	=45%	Carpi 52,6% Mirandola 41,7% Modena 80,2% Sassuolo 30,1% Pavullo 49,2% Vignola 64,1% Castelfranco E 57,6%  TOTALE AUSL 63,4%	
2.8 Percorso nascita	STAM e STEN	relazione su valutazione indicatori previ-	sì	Obiettivo raggiunto. I due sistemi sono attivi e funzionanti. L'analisi dell'attività a dicembre	Nessuna particolare azione di miglioramento è necessaria.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
		sti STAM e STEN		2017, fatta sui due sistemi, ne ha dimostrato efficienza ed efficacia	
2.8 Percorso nascita		diffusione utilizzo "scheda scelta del parto" per tutte le mamme	sì	La scheda viene utilizzata nei consultori, anche se è uno strumento che necessita di tempo perché sia compreso ed accettato, quindi utilizzato, dalle donne. Occorre proseguire nel percorso di cambiamento culturale necessario perché le donne vi vedano un vantaggio.	
2.8 Percorso nascita		% donne che eseguono diagnosi prenatale non invasiva nel pubblico/n. donne che eseguono diagnosi prenatale non invasiva	>= media RER 2016	Dato non disponibile. La percentuale di invasiva è visibilmente in crollo e poco frequente nelle donne che si sottopongono allo screening non invasivo.	
2.8 Percorso nascita		Numero gravide assistite dai consultori familiari/totale parti	>= 47,8% (media regionale 2016)	In AUSL di Modena in numero gravide assistite dai consultori familiari sul totale parti è pari al 55,7%. E' in corso una riorganizzazione del percorso nascita nel distretto di Pavullo e Area Nord con offerta attiva dell'assistenza ostetrica a tutte le gravide	
2.8 Percorso nascita		% donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non farmacologica) di controllo dolore nel parto	<= 14%	Obiettivo raggiunto. La percentuale di donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non farmacologica) di controllo dolore nel parto in AUSL di Modena è pari al 0.6%	
2.8 Percorso nascita		% di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare	>= 54,8% (media regionale 2016)	57%	percorso di offerta attiva (con appuntamento programmato) a tutte le gravide prese in carico in consultorio primipare e con bassa scolarità del corso di accompagnamento al parto
2.8 Percorso nascita		% di donne straniere nullipare che hanno partecipato ai cor-	>= 22,3% (media regionale 2016)	24%	percorso di offerta attiva (con appuntamento programmato) a tutte le gravide prese in ca-

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
		si/totale dei parti di donne straniere nullipare			rico in consultorio primipare e con bassa scolarità del corso di accompagnamento al parto
2.8 Percorso nascita		Percentuale di tagli cesarei primari	Per Hub < 25%, per Spoke < 15%	Obiettivo raggiunto: Percentuale di tagli cesarei primari in AUSL Modena è 9.4 %	
2.8 Percorso nascita		Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson	Hub: <= 9,4% (valore medio del 2016), Spoke: <= 7,8% (valore medio gli spoke con numero parti >1.000 nel 2016)	Obiettivo raggiunto: Carpi: 1.0%; Mirandola: 6.1%; Pavullo: 0.0%;	
2.8 Percorso nascita		Percentuale di parti elettivi (IIb e IVb)	per Spoke con numero parti <1.000 = 0 parti in classe IIb e IVb di Robson	38 parti a Mirandola e 14 parti a Pavullo	
2.8 Percorso nascita	presenza di protocolli integrati dimissione madre e bambino	% utenti presi in carico dal CF entro 3 mesi dalla data del parto/parti da residenti	>= media RER	Dato non ancora elaborato	procedura in dimissione di offerta attiva di appuntamento per controllo post -partum con l'ostetrica del consultorio di riferimento
2.8.1 Salute riproduttiva		Percentuale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/pop	>5,6% (media RER 2016)	6,7% dato SIVER	aumento della attività di promozione dello spazio giovani nelle scuole e nei contesti extrascolastici
2.8.1 Salute riproduttiva		Apertura di almeno 1 spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (20-35 ANNI)	Evidenza dell'apertura	Ambulatori dedicati a Modena e a Carpi	apertura di ambulatori dedicati in tutti i distretti
2.8.2 Percorso IVG		Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	<=25%	Obiettivo raggiunto.Lo "sforamento" riguarda 100 donne su 417 IVG chirurgiche effettuate nell'Azienda USL, che rappresentano il 23.98 %	
2.8.2 Percorso IVG		Percentuale di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti	>=27% (media RER 2016)	Solo a Carpi si effettua la proposta in modo sistematico con una incidenza di 47 IVG farmacologiche su 144 IVG effettuate (32.6%). Mirandola e Sassuolo sono ancora a livelli bassi di farmaco-	

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
				logiche (rispettivamente il 19.0 ed il 16.3). Vignola e Pavullo NON utilizzano la metodica.	
2.8.3 Procreazione medicalmente assistita		Visita di verifica dei requisiti delle DGR 927/13 e 1487/14 nei Centri di PMA di I livello	sì	Obiettivo raggiunto. La visita a Carpi si è conclusa con il mantenimento delle autorizzazioni per presenza dei requisiti necessari. Non è ancora stato notificato il verbale.	
2.9.1 Contrasto alla violenza	accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee di indirizzo RER (DGR 1677/2013 e DGR 771/2015)	formazione rete H/T (PS generali, pediatrici e ostetrici, PLS, MMG, consultori familiari, pediatrie di comunità, centri anti violenza e centro LDV	almeno 1 iniziativa formativa	Realizzata attività di formazione MMG area centro su screening violenza domestica in gravidanza per le donne in carico nei consultori familiari e modalità di accesso e di presa in carico presso il centro LDV del consultorio di Modena". Inoltre è stata svolta altra formazione in azienda sul maltrattamento e abuso sui minori.	Partecipazione alla formazione regionale a cascata su tutti i distretti e i PS su accoglienza delle donne vittima di violenza di genere
2.9.1 Contrasto alla violenza	accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee di indirizzo RER (DGR 1677/2013 e DGR 771/2015)	mantenimento centro LDV attivo	sì	Ad oggi hanno effettuato un accesso al centro LDV 253 persone dal 2011 (anno di apertura), 47 persone in carico nel 2017	potenziamento delle ore di psicologia dedicate al centro anche alla luce della funzione di accompagnamento degli altri centri regionali. Attività di formazione continua
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 (in funzione del numero assistiti)	100%	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza		Promozione dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite vincolando il 98% dell'incentivo al raggiungimento dello standard minimo della compilazione	>50 cartelle anno/pls	Nell'anno 2017 comunicato a tutti i PLS che la corresponsione degli incentivi previsti dall'art. 58, lettera B, comma 14 dell'ACN pari a Euro 1,23 sarebbe stata subordinata al raggiungimento del cut-off previsto dalla RER per l'invio delle schede PROBA su applicativo WEB. Nel 2017 i PLS che hanno raggiunto l'obiettivo sono stati 69 su 105 pari al 65,7%. Come previsto dalla RER anche l'Azienda USL di Modena ha comunicato il proprio referente per l'accesso ai dati del gestionale PROBA e della reportistica relativa.	
2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza		Tasso di prescrizioni di antibiotici in età pediatrica	< 850 prescrizioni/1000	Tasso di prescrizioni di antibiotici in età pediatrica nel 2017 pari a 838,4 x 1000 res/die contro 981,22 x 1000 res/die nel 2016	
2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza		Rapporto tra prescrizione di amoxicillina e di amoxicillina/clavulanato	>= 1,5	Rapporto tra prescrizione di amoxicillina e di amoxicillina/clavulanato nel 2017 pari a 1,3 contro 0,85 nel 2016	
2.9.3 Promozione dell'allattamento	miglioramento qlt del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale)	% di dati mancanti	2017 < 2016	I dati sull'Allattamento Materno vengono rilevati dalla pediatria di comunità ma elaborati a livello regionale e non sono ancora disponibili. La pediatria di Comunità ha inviato in regione n.3.413 schede relative ai 3 mesi e n. 3.168 schede relative ai 5 mesi. La percentuale mancante è sicuramente nei limiti richiesti dalla regione	
2.9.3 Promozione dell'allattamento		Percentuale allattamento completo a 3 mesi/lattanti a 3 mesi	2017 > 2016		
2.9.3 Promozione dell'allattamento		Percentuale allattamento a 5 mesi/lattanti a 5 mesi	2017 > 2016		
2.9.3 Promozione dell'allattamento		Percentuale NON allattamento a 5 mesi/lattanti a 3 e 5 mesi	2017 < 2016		

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
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)	>= 18,1% (media RER 2015-16)	Su una popolazione residente in provincia di Modena in fascia di età 14-19 anni, pari a n. 38425 persone, sono stati raggiunti da interventi di promozione della salute e sessualità n. 15075 persone, (39,2%). Gli interventi nella sola area affettività e sessualità hanno raggiunto n. 9164 persone della popolazione target (23,8%)	Attività e progetti in ambito scolastico, anche attraverso attività di coprogettazione e attivazione di laboratori su tematiche emergenti (cyberbullismo, disturbi del comportamento alimentare, ludopatie, ecc).
2.10 Formazione specifica in medicina generale		relazione su percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le singole strutture aziendali coinvolte (H e T)	sì	E' stata realizzata la relazione sul percorso di accoglienza ed accesso alle attività formative presso le singole strutture aziendali coinvolte (H e T).	
2.10 Formazione specifica in medicina generale		individuazione rete di tutor per la formazione specifica in MG	sì	Sono state definite le modalità di individuazione della rete dei tutor per la formazione specifica in MG, in particolare: a) per gli ospedali di Carpi, Mirandola, Vignola, Pavullo vengono coinvolte le Direzioni sanitarie e i Direttori di Dipartimento al fine di individuare i professionisti come tutor nelle singole unità operative e di predisporre l'accoglienza del tirocinante. b) per i servizi del territorio i responsabili delle Cure Primarie che hanno dato piena disponibilità e collaborazione per la definizione di un percorso formativo che rispondesse agli obiettivi regionali ma anche alle esigenze formative del medico in formazione prevedono che il corsista prenda contatti direttamente con il responsabile del servizio o il tutor individuato, previo accordi con il referente aziendale per le attività pratiche, e che con questi definisca un percorso ad hoc. c) Per ciò che riguarda l'Ospedale di Sassuolo è la Direzione Sanitaria che accoglie i tirocinanti e ne favorisce l'accesso ai vari reparti chiedendo ai Direttori di Dipartimento di individuare il tutor che accoglie e segue	



## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
				l'allievo nel suo percorso .	
2.10 Formazione specifica in medicina generale		evidenza di percorsi formalizzati tramite documento di sintesi delle azioni intraprese	sì	Documento di sintesi delle azioni intraprese redatto nel 2017.	
2.10 Formazione specifica in medicina generale		documento di sintesi sull'attività seminariale svolta	sì	Documento di sintesi sull'attività seminariale svolta redatto nel 2017.	
2.11.1 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA):obiettivi 2016-2018		n. medio di ore settimanali di intervento abilitativo psicoeducativo-neuropsicologico per bambino	4 ore settimanali	Sono state garantite 2 ore settimanali per bambino	Sono state adottate misure di riallocazione del personale e sono sottoposte a verifica di sostenibilità azioni di reclutamento personale dedicato
2.11.1 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	si	Referente designato	
2.11.2 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale		Evidenza della definizione delle risorse del DSM-DP con il budget di salute	Sì	1.148.785 euro da consuntivo 2017	
2.11.2 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale		Evidenza di eventi formativi, coinvolgendo personale sanitario, degli Enti Locali e delle associazioni	>=1	Eventi formativi organizzati coinvolgendo personale sanitario, degli Enti Locali e delle associazioni: 10	
2.11.3 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia		n.progetti terapeutico riabilitativi individuali predisposti entro 45gg dall'ammissione nella	100%	Obiettivo raggiunto al 100%. Per 1 PTRI si segnala che i termini di predisposizione sono stati rispettati, ma l'inserimento nell'applicativo è avvenuto dopo i 45 gg per pro-	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
		REMS/numero pazienti ammessi nelle REMS		blemi tecnici.	
2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza		Corretto utilizzo del FNA: immissione dati nel casellario dell'assistenza		l'obiettivo non è stato raggiunto in quanto INPS non ha ancora definito con il Ministero della Salute il flusso record dei dati da inserire nel proprio applicativo.	
2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza		Adeguate offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo: % giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA	>= 2%	obiettivo raggiunto a livello provinciale del 2,4%.	
2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	Attuazione nuovi LEA socio-sanitari	Assistenza domiciliare: monitoraggio della fornitura di assistenza domiciliare tutelare nei primi 30 giorni successivi alle dimissioni protette con rilevazione della % dei pazienti con dimissione protetta e assistenza domiciliare nei primi 30 giorni	Sì	Pazienti dimessi con progetto di assistenza domiciliare in ambito aziendale sono stati 1980 con una percentuale del 20% ha usufruito dell'assistenza domiciliare nei primi 30 gg, come da LEA socio sanitari.	
2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	Attuazione nuovi LEA socio-sanitari	% laboratori protetti disabili con riconoscimento degli oneri al 70% /laboratori protetti disabili	100%	La % di rimborso dei laboratori protetti disabili è 70% (40% sul FS e 60% sul FRNA) e 30% (70% sul FS e 30% su FRNA)-	
2.13 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari		Adozione delle Carte dei servizi per la sanità penitenziaria	Sì	Sì	esposizione in area sanitaria della carta dei servizi in lingue

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
2.13 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari		Evidenze specifiche dell'attuazione degli accordi interistituzionali contenuti nel protocollo della prevenzione del rischio suicidario	Sì	Sì	applicazione del protocollo suicidiario
2.13 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari		Piena valorizzazione della cartella clinica informatizzata delle diagnosi e delle terapie	Sì	Sì	uso della cartella clinica informatizzata e suoi aggiornamenti
2.13 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari		% di persone sottoposte a screening HIV/n. nuovi ingressi nell'anno per i detenuti con permanenza >= 14 giorni	>= 80%	90%	applicazione del protocollo N.G. Per lo screening MST
2.13 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari		Coerenza tra terapie farmacologiche e diagnosi nella cartella clinica informatizzata SISP: numero di pazienti con diagnosi di patologia cronica/numero di pazienti con almeno un trattamento farmacologico per patologie croniche	100%\	100%	uso della cartella clinica informatizzata e suoi aggiornamenti
2.13 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari		Evidenza di un piano annuale di promozione della salute	Sì	Sì	stabilizzazione della figura dei promotori di salute

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
2.13 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari		Terapie farmacologiche somministrate tramite tablet	100%	100%	uso della cartella clinica informatizzata e suoi aggiornamenti
2.14.1 Spesa farmaceutica convenzionata	governo dei beni sanitari	sostanziale mantenimento spesa farmaceutica convenzionata, comprensiva dell'attuazione dell'Intesa tra RER e Associazioni di categoria delle Farmacie aperte al pubblico	Riduzione di -0,1% rispetto al 2016; obiettivo iniziale era +0,3%	riduzione del -2,5% (74.914.809 € vs 77.036.476 € del 2016), che corrisponde a -2.121.668 € rispetto al 2016	Interventi mirati in tema di "Appropriatezza prescrittiva e buon uso del farmaco" su PPI, Vit D, FARMACI CARDIOVASCOLARI, Antibiotici, tramite attivazione gruppi di lavoro con Specialisti e MMG (7 gruppi tecnici; presentazione a luglio e a ottobre nei singoli Distretti delle raccomandazioni prodotte dai gruppi di lavoro). Attività programmata in collaborazione con Cure primarie per incontri con MMG (valutazione prescrizione e analisi reportistica x Nucleo)
2.14.1 Acquisto ospedaliero di farmaci (esclusa spesa HCV, ivacafator, farmaci oncologici innovativi)	governo dei beni sanitari	aumento della spesa per acquisto H dei farmaci (escluso HCV e INNIVATIVI) non superiore al + 5,9% (135.636.800€) nell'area Modena (si considera l'area Modena, tenuto conto delle modifiche organizzative dell'area, con l'unificazione Policlinico-OCSAE); a fine 2017 l'obiettivo è stato modificato per aumento dei finanziamenti	dopo incremento quota vaccini : 138.336.770 € (+8,1%)	138.955.462 € (+8,47%)	gruppi di lavoro provinciali con gli Specialisti per gruppi di farmaci ad alto costo (Oncologici, Farmaci Sclerosi Multipla, NAO, HIV e HCV, Biologici in reumatologia, dermatologia e gastroenterologia, farmaci oculistici x degenerazione maculare), con programmazione di tetti di spesa. Promozione utilizzo BIOSIMILARI farmaci col miglior rapporto costo-opportunità. Diffusione e implementazione delle raccomandazioni dei gruppi di lavoro RER

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
		vaccini			
2.14.1 Spesa per Farmaci Oncologici Innovativi ausl	governo dei beni sanitari	rispetto della spesa prevista dalla RER per AUSL di Modena di 2.750.000 €; il finanziamento finale assegnato è stato di 2.970.000€	2.750.000 € per AUSL + NOS ( cifra comprensiva sia dei farmaci oncologici innovativi EV dei Centri AUSL sia degli oncologici innovativi OS di tutti i Centri)	3.009.00 € ( comprensivo del payback, quantificabile in circa 52.000€)	Attivata in luglio Commissione Oncologica Provinciale (COP) con gruppi tecnici (tumore mammella, tumore polmone, tumore prostat e rene) : il 24/10 COP restituzione criticità rilevate e proposte di miglioramento. Monitoraggio periodico della spesa per singola molecola e dei trattamenti per terapie os.
2.14.1 Spesa per Farmaci per l'Epatite (HCV) e Iva-caftor	governo dei beni sanitari	rispetto della spesa netta assegnata per il 2017 all'area di Modena	5.322.700 € al netto del payback	3.549.845 € ( al netto del payback)	adesione alle indicazioni RER per utilizzare i farmaci col miglior rapporto costo-opportunità; elaborazione da parte del DIF di un data base per controllo rimborsi
2.14.2 Ricorso all'impiego dei farmaci a brevetto scaduto	azioni in ambito di assistenza farmaceutica	% di farmaci a brevetto scaduto sul totale farmaci prescritti	non presente specifico obiettivo numerico in Delibera. Proposta : incremento rispetto al dato 2016	83,3% ( a novembre 2017) vs 78,9% a dicembre 2016	costante aggiornamento da parte del DIF dei MMG e Specialisti in merito alle NUOVE genericazioni
2.14.2 Consumo territoriale dei farmaci inibitori di pompa protonica	azioni in ambito di assistenza farmaceutica	riduzione della DDD/1000 abitanti pesati/die nella farmaceutica territoriale	contenimento a 55 DDD/1000 abitanti pesati/die	60,30 DDD/1000 ab pesati/die vs 62,16 del dicembre 2016 (riduzione del -2,3% genn-ott 2017)	attivazione gruppo tecnico con Specialisti e MMG, produzione di un documento sintetico per l'uso appropriato e sicuro dei PPI (approvato da APEBU).
2.14.2 Prescrizione dei farmaci respiratori LABA-LAMA in associazione per il trattamento della	azioni in ambito di assistenza farmaceutica	Compilazione del Piano Terapeutico RER con indicazione del rapporto FEV1/FVC	100% compilazione Piano Terapeutico per farmaci/associazioni già previste; compilazione Piani Terapeutici per tutte le associazioni nei nuovi pazienti a partire da settembre 2017	100%	controllo dei Piani Terapeutici all'atto della spedizione e azioni con i prescrittori per la corretta compilazione; recupero delle prescrizioni in convenzionata

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
BPCO					
2.14.2 Prescrizione dei farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2	azioni in ambito di assistenza farmaceutica	analisi della adesione alle raccomandazioni e del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel Doc PTR n. 173 agg. a maggio 2016	Raccomandazione RER n.2: fino al 30% delle persone con DM2 che a un trattamento in monoterapia con metformina aggiungono un secondo farmaco orale	In attesa dati RER	
2.14.2 Prescrizione dei farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 3	azioni in ambito di assistenza farmaceutica	adesione alle raccomandazioni e rispetto del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel Doc PTR n. 173 agg. a maggio 2016	Raccomandazione RER n.3: un tasso di utilizzo di incretinomimetici in associazione a metformina e/o a sulfaniluree non superiore al 5% delle persone con DM2 che nell'anno precedente erano in trattamento in bi-terapia con metformina + sulfaniluree	In attesa dati RER	
2.14.2 Prescrizione dei farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 4		adesione alle raccomandazioni e rispetto del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel Doc PTR n. 173 agg. a maggio 2016	Raccomandazione RER n.4: per l'anno 2016 è fino al 15% delle persone con DM2 che a un trattamento in monoterapia con metformina aggiungono un secondo farmaco orale (in quanto la monoterapia con metformina non è più sufficiente a controllare adeguatamente la malattia).	In attesa dati RER	
2.14.2 Adesione alle raccomandazioni contenute nel documento regionale di indirizzo sulla prescrizione dei farmaci anticoagulanti orali (NAO)	azioni in ambito di assistenza farmaceutica	La quota dei pazienti incidenti dovrà essere sovrapponibile a quella dell'anno 2016, mentre dovrà essere dimezzata rispetto al 2016 la quota dei pazienti che passano da AVK a NAO e comunque l'incremento di	spesa prevista per NAO 2017 per area Modena: 3.057.229 € (+ 600.000€ rispetto al 2016)	3.909.422 € (con un aumento di circa 850.000 € rispetto all'obiettivo). Le quote di pazienti incidenti e di shift da AVK a NAO sono state di molto superiori a quanto previsto; anche la spesa di conseguenza è stata molto superiore a quanto stanziato. E' stato registrato un tendenziale aumento dell'uso delle 2 molecole più convenienti.	Confronto (Commissione Appropriatezza, Cabina di Regia Centri TAO, Commissione Farmaco AVEN) con i prescrittori a livello Provinciale e di AVEN in merito all'adesione alle indicazioni RER. Analisi periodica dell'andamento per Centro della spesa e dei ricorsi ai farmaci col miglior rap-

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
		spesa per NAO non dovrà superare il tetto fissato dalla RER. Utilizzo preferenziale del farmaco (tra le 4 molecole disponibili) più vantaggioso economicamente.			porto costo-opportunità.
2.14.2 Contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci.	azioni in ambito di assistenza farmaceutica	Consumo in DDD/10.000 ab pesati/die per antibiotici a livello di farmaceutica territoriale	riduzione delle DDD prescritte rispetto al dato del 2016	dati a ottobre 2017 : 180,12 DDD/10.000 ab pesati/die con una riduzione del -3% vs il 2016 ; per i fluorichinoloni 17,68 DDD /10.000 ab pesati /die, con una riduzione del -6,8%	interventi di formazione rivolti a MMG , PLS e Specialisti ; analisi del profilo delle resistenze nelle diverse realtà aziendali e attività di antimicrobial stewardship in tutte le strutture ospedaliere AUSL
2.14.2 Adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate nel gruppo GReFO.		Alimentazione del database oncologico (Circolare RER 17/2016) in ogni sua parte.		a settembre 2017 : 96% di copertura dei trattamenti ev ; 24,5% copertura dei farmaci os (manca l'inserimento in DBO dei trattamenti ematologici os, la maggior parte prescritti dal Centro dell'Azienda Ospedaliera)	
2.14.2 Adottare a livello locale modelli organizzativi comuni e soluzioni condivise mirate ad ottimizzare gli	azioni in ambito di assistenza farmaceutica	modelli organizzativi per recupero residui farmaci e DRUG DAY c/o UFA di Carpi per alcune tipologie di terapie ad alto costo a	quantificazione dei residui non utilizzati di farmaco e drug day per almeno 2-3 terapie al alto costo	TERAPIE IN DRUG DAY: 1) Nivolumab 2) Ramucirumab 3) Panitumumab 4) Cabazitaxel 5) Carfilzomib 6) Abraxane 7) Azacitidina. I residui non utilizzati sono quantificabili in circa 80.000€/anno vs un recupero degli scarti di circa 320.000€/anno.	progressivo assestamento delle tipologie di allestimento e maggiore programmazione delle attività tra UFA e DH Oncologici.

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
allestimenti delle terapie antitumorali – esempio con la programmazione di giorni di drug day – al fine di contenere le quote di scarto di produzione dei farmaci ad alto costo.		rischio di spreco se allestite al bisogno			
2.14.2 Impiego dei farmaci biosimilari: <b>Epoetine</b>	Impiego dei farmaci biosimilari:	% di farmaci biosimilari per pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	> = 70%	92%	L'utilizzo del biosimilare è stato sempre superiore all'obiettivo del 70%.
2.14.2 Impiego dei farmaci biosimilari: ormone della crescita	Impiego dei farmaci biosimilari:	% prescrizione del farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e rispetto del risultato della gara	> = 80% del fabbisogno al termine della validità della gara	89,1% di utilizzo per i tre prodotti aggiudicati in gara	aumento di utilizzo di Omnitrope (biosimilare), Nutripin e Humatrope
2.14.2 Impiego dei farmaci biosimilari: anti TNFalfa	azioni in ambito di assistenza farmaceutica	Monitoraggio rispetto programmazione concordata a livello provinciale	11.235.000 € comprensiva sia di farmaci EV che sottocute (+570.000 rispetto al 2016)	11.102.867 € in linea con l'obiettivo	
2.14.2 Impiego dei farmaci biosimilari: anti TNFalfa	Impiego dei farmaci biosimilari:	% di farmaci biosimilari per pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	>= 45% del consumo di biosimilare dell'infliximab e >= 35% del biosimilare dell'etanercept sulla prescrizione complessiva di ciascun principio attivo.	Infliximab: 64% del consumo di biosimilare sul totale utilizzo infliximab (per pz Modena). etanercept : 1,79% del consumo di biosimilare sul totale utilizzo etanercept.	l'obiettivo per etanercept non è in linea con l'atteso in quanto la riduzione di prezzo della specialità ha ridotto l'urgenza di ricorrere al biosimilare; inoltre la gara in concorrenza RER deve ancora essere espletata in attesa dell'arrivo di un altro biosimilare per



Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
					aumentare la concorrenza.
2.14.2 Impiego dei farmaci biosimilari: follitropina biosimilare	Impiego dei farmaci biosimilari:	% di utilizzo biosimilare sulla prescrizione complessiva della follitropina.	> = 10%	14%	Stipula del contratto con le aziende farmaceutiche che commercializzano i farmaci biosimilari (in attesa della aggiudicazione della gara regionale in concorrenza) e comunicazioni mirate ai clinici prescrittori relativamente a questo obiettivo.
2.14.2 Impiego dei farmaci biosimilari: Insuline basali	azioni in ambito di assistenza farmaceutica	analisi prescrizione insuline basali.	aumentare il ricorso alle quattro insuline basali disponibili con il migliore costo/beneficio (in particolare rispetto all'uso prevalente si dovranno ridurre i trattamenti complessivi con i due prodotti più costosi di 15 punti percentuali rispetto all'anno 2016)	glargine (meno costosa): -4,8% levemir (meno costosa):-15,66 % degludec (a maggior costo): +23,39%	
2.14.2 Impiego dei farmaci biosimilari: Farmaci HIV	azioni in ambito di assistenza farmaceutica	quantità e importo dei farmaci generici utilizzati vs anno precedente	aumentare il ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV rispetto al 2016.	importo generici 287.064€ vs 139.965 € del 2016	aumentato rispetto al 2016 l'utilizzo di lamivudina, generico del kivexa e efavirenz
2.14.2 Impiego dei farmaci biosimilari: Farmaci neurologici (farmaci per per la sclerosi multipla)	azioni in ambito di assistenza farmaceutica	Monitoraggio rispetto programmazione concordata a livello provinciale	5.405.200	5.461.191 €	Definizione degli obiettivi con le U.O. di Neurologia Provinciali e monitoraggio trimestrale della spesa; l'analisi del dato 2017 ha fatto emergere che per il 2017 c'è un recupero della mobilità di 151.881 € (di cui 145.055 € per AOU MO e 6.826 € per ASL MO) per natalizumab somministrato ev a pazienti residenti fuori dalla Provincia di Modena e che l'impatto sulla spesa deri-

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
					vante dalle prescrizioni di centri extra Provincia per pazienti residenti a Modena (pari a 566.884 €) non è trascurabile.
2.14.2 Adesione agli esiti delle gare regionali per i farmaci	azioni in ambito di assistenza farmaceutica	% farmaci acquistati in gara (quando presente gara RER)	90%	dati AUSL 2017 : l'adesione alle gare è stata del 99,03 % per un valore di 106.487.078 € [valore fuori gara di 1.047.352 € = 0,97%]. Dati Az. Ospedaliera MO 2017: 98,62% di adesione alle gare per un valore di 38.251.318 € [valore fuori gara di 534.769 € = 1,38%]	Costante aggiornamento delle anagrafiche aziendali alle convenzioni stipulate da AVEN e da Intercent-ER in seguito alla aggiudicazione delle gare. Monitoraggio trimestrale della % di adesione.
2.14.3 Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci - Intesa sulla distribuzione per conto	Intesa sull'attività di distribuzione per conto, recepita con DGR n. 327/2017	Rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura di farmaci	Trasferimento in DPC di 328.000 pezzi ( a fine accordo, sett 2018).	A Dicembre 2017 i pezzi in DPC sono 278.131 , con un trend di aumento che implica il raggiungimento dell'obiettivo in anticipo (entro maggio 2018).	individuazione delle molecole da trasferire in DPC e presi specifici accordi con gli MMG per semplificare i percorsi del trasferimento delle terapie in DPC.
2.14.4 Rispetto delle raccomandazioni RER attraverso la compilazione dei PT SOLE con particolare riferimento ai NAO e HCV	governo clinico	% compilazione PT SOLE	100%	100%	
2.14.4 Rispetto delle raccomandazioni RER attraverso la compilazione Registri della piattaforma AIFA	governo clinico	N° schede da chiudere sul totale delle schede compilate per i farmaci soggetti a rimborso?	valore rimborsi ottenuti e richiesti	Per tutte le schede chiuse è stato richiesto un rimborso. I rimborsi per oncologici da Registro AIFA anno 2017:295.949 € (note di credito anno 2017). Nel 2016 i rimborsi per note di credito ricevute sono stati di 760.093 € (la quota 2016 comprendeva i rimborsi anche di anni precedenti in cui la piattaforma AIFA non era funzionante	elaborazione di apposito data-base da parte del DIF per il monitoraggio in tempo reale delle richieste di rimborso (RDR), delle Proposte di Pagamento (PDP) e delle relative Note di Credito (NC) per singolo paziente/trattamento.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
2.14.4 Rispetto delle raccomandazioni RER attraverso la compilazione del database eccezioni prescrittive	governo clinico	% di richieste inserite sul totale richieste valutate	100%	100% (= 235 richieste valutate)	inserimento puntuale delle richieste secondo quanto previsto dalla direttiva regionale.
2.14.4 Attività di vigilanza sull'uso dei farmaci	governo clinico	% di ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali	incremento rispetto al 2016	Le segnalazioni di FV fatte tramite vigifarma, per l'Azienda USL di Modena, sono state 82 su 412 totali (19,8%) nel 2017 rispetto al 2016, anno in cui sono state 78 su un totale di 483 (16%).	Presentazione di questa modalità di inserimento in tutti gli incontri incentrati sul tema della Farmacovigilanza
2.14.4 Attività di vigilanza sull'uso dei farmaci - organizzazione di eventi formativi	governo clinico	numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018 di ciascuna azienda sanitaria	>= 1	Dal monitoraggio del PAF non risulta programmato alcun evento sul tema nè dal Dipartimento Farmaceutico, nè dall'Ingegneria Clinica.	Nel PAF 2018 sono previsti degli eventi formativi in tema di vigilanza sui dispositivi medici
2.14.5 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici	governo clinico	Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico.	> 95%	Primi 9 mesi dell'anno il flusso era 97% circa. Dato 12 mesi 2017 non consolidato 95,7%	Verifica che gli ordinativi contengano le informazioni necessarie ad alimentare il flusso
2.14.5 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici	governo clinico	Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico.	> 25%	Relativamente agli DM-IVD (i cui prodotti non hanno ancora non hanno la piena obbligatorietà di rispondenza al repertorio indispensabile per entrare nel flusso DiME) i dati dei primi 9 mesi sono al 12% Viste le attività di recupero dati e codifiche è presumibile ci si possa avvicinare al 25%. Dato 12 mesi 2017 con 5° invio → 30%	Aggiornamento dati sull'applicativo OLIAM di BLU. Molti IVD però non hanno il repertorio
2.14.5 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici:		valutazione nell'ambito del sistema regionale SIVE-ER e del	per le aziende il cui valore 2016 è risultato superiore rispetto alla media regionale si chiede una ri-	Aumento 12 mesi 2017 su 12 mesi 2016:+0,6%	Monitoraggio spesa. Controllo e validazione degli ordinativi per i DM di competenza (DM

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
porre particolare attenzione agli indicatori oggetto di valutazione nell'ambito del sistema regionale SIVE-ER e del progetto Bersaglio		progetto Bersaglio	duzione della spesa		tecnologici). Verifica consumi anche utilizzando le informazioni messe a disposizione dal Registro Operatorio
2.14.5 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici		Spesa generale dispositivi medici, in regime di ricovero, per dimesso corretto per complessità	2017 < media RER	Il totale della spesa generale per DM in RER è stata pari a € 361.621.021 (+2,9% 2017/2016), il valore di spesa medio è stato pari a € 22.601.313 mentre l'AUSL di Modena ha speso € 16.723.412 (+0,6% 2017/2016). La spesa DM per attività ospedaliera è in diminuzione (-6,3% 2017/2016), in aumento per territoriale (+11,6% 2017/2016) e ambulatoriale (+5% 2017/2016).	Monitoraggio spesa. Controllo e validazione degli ordinativi per i DM di competenza (DM tecnologici)
2.14.6. Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"		Supporto dell'Azienda USL ai Comuni per assicurare la migliore distribuzione degli esercizi farmaceutici sul territorio e per la revisione della pianta organica entro settembre 2016. Controllo preventivo dell'Aziende USL sui progetti di revisione presentati dai comuni, con segnalazione delle inadempienze alla Regione Monitoraggio di tali attività con ricognizione al termine del mese di settembre.	Effettiva liquidazione entro il 31/12/2017 dei contributi concessi alle farmacie rurali ex art. 21 comma 2 LR 2/2016	A) Contributi concessi alle farmacie rurali ex art. 21 comma 2 LR 2/2016: è stato liquidato entro il 31/12/2017 il contributo concesso alle farmacie rurali ex art. 21 comma 2 LR 2/2016 relativa all'unica richiesta di contributo pervenuta da una farmacia rurale della provincia di Modena.	Attività di supporto dell'Azienda USL ai Comuni per assicurare la migliore distribuzione degli esercizi farmaceutici sul territorio: attività si è già conclusa nell'anno 2016. Poiché la revisione della pianta organica è biennale, nel 2018, su impulso della regione, si è già iniziato a febbraio 2018 a svolgere l'attività di supporto ai comuni per la revisione della pianta organica delle farmacie dei 47 comuni della provincia di Modena, procedimento che si concluderà per l'ASL entro settembre 2018 e per i Comuni entro dicembre 2018

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
2.14.7 Attività di informazione sul farmaco da parte degli informatori scientifici		Applicazione Regolamento aziendale	Adozione del regolamento aziendale sull'attività di informazione scientifica sul farmaco da parte degli ISF	Concluso l'iter di stesura del Regolamento, con recepimento delle modifiche e degli aggiornamenti RER a seguito del confronto con le associazioni di categorie coinvolte; condivisione della bozza del Regolamento con tutti i referenti coinvolti.	Presentazione del regolamento in Collegio di Direzione e adozione dello stesso a livello Aziendale.
2.15 Adozione cartella SOLE	Diffusione della SSI: le Aziende Sanitarie devono fornire tutto il supporto necessario e collaborare con i servizi regionali di riferimento	% MMG con installazione SSI/MMG convenzionati	>= 10%	Da quanto emerge dal SAL con CUP2000 riferito al III Q 2017 sono 20 i medici attivati su 88 che avevano aderito ad SSI. Il piano di attivazione, riferisce CUP2000, è stato attivato ed attuato in accordo con la Committenza Regionale, sulla base dei precedenti software di cartella clinica utilizzati dai medici e dalle esigenze di interoperabilità tra tali software nelle configurazioni di rete eterogenea.	Le azioni di risoluzione delle problematiche tecniche che stanno alla base del basso numero di medici attivati sono di rango regionale e pertanto sono in gestione ai competenti servizi regionali.
3.1 Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	corretta gestione liste di attesa prestazioni ricovero ospedaliero	Adozione della nuova versione del nomenclatore SIGLA o N° di discipline adeguate rispetto ai nomenclatori per disciplina forniti	Adozione della nuova versione del nomenclatore SIGLA o N° di discipline adeguate rispetto ai nomenclatori per disciplina forniti: 95%	Obiettivo raggiunto al 100%. La totalità delle discipline chirurgiche presenti nelle strutture del presidio si sono allineate al nuovo nomenclatore SIGLA.	Sono stati organizzati numerosi corsi di formazione sulla comprensione e sul corretto utilizzo del nuovo nomenclatore SIGLA e su DGR 272/2017. Sull'applicativo è stato vincolato il campo di inserimento della diagnosi, all'elenco di diagnosi contenute all'interno del nomenclatore SIGLA.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
3.1 Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	corretta gestione liste di attesa prestazioni ricovero ospedaliero	Rispetto obiettivi DGR 272/2017 o N° di obiettivi raggiunti	Rispetto obiettivi DGR 272/2017 o N° di obiettivi raggiunti: 100%	E' avvenuta la nomina del RUA con definizione delle specifiche funzioni, è stata adottata la nuova nomenclatura SIGLA 2,0 di tutte le Aziende su tutte le discipline chirurgiche, assieme ad all'implementazione della classificazione ICD9 CM degli interventi in SIGLA; è stato avviato il monitoraggio dei volumi PRP e dei tempi di attesa in regime istituzionale e in libera professione (relativamente alla prestazione di ricovero e al percorso di accesso); è avvenuta la predisposizione di un sistema di prenotazione informatizzato ed adesione al sistema SIGLA per le strutture private accreditate; è stato raggiunto per tutte le patologie neoplastiche, ad esclusione del tumore alla prostata, la performance del 90% dei casi entro 30gg; per la protesi d'anca: 91% dei casi entro 180 gg, ed infine il 78% entro i tempi indicati per le relative classi di priorità per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio. E' stata introdotta la valutazione multidisciplinare in oncologia; è avvenuta quasi totalmente l'omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione perioperatoria del paziente. E' avvenuta la formazione in merito al governo dei criteri di assegnazione alle classi di priorità; avvenuto il trasferimento delle prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario o di ricovero diurno al regime ambulatoriale in coerenza con la DGR 2040/2015 e DGR 1003/2016; è avvenuta l'adozione dell'applicativo regionale per la gestione informatizzata della comunicazione ed informazione al paziente in corso di permanenza in lista; è garantita l'integrazione fra le procedure di gestione informatizzata dell'accesso alle prestazioni di ricovero e quelle di programmazione e gestione delle sale	

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
				operatorie le quali ruotano su sei giorni per superamento criticità; la programmazione delle risorse chirurgiche e anestesiolgiche avviene sulla base della criticità delle liste di attesa; è stato avviato un monitoraggio specifico dei rinvii degli interventi chirurgici in ogni Azienda; definita l'offerta di sedi di trattamento alternative in caso di impossibilità a garantire i tempi previsti; effettuata la condivisione dei percorsi chirurgici e di valutazione anestesiolgica preoperatoria.	
3.1 Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	corretta gestione liste di attesa prestazioni ricovero ospedaliero	flusso informativo dei tempi di attesa o Indicatore sintetico (RADAR)	Completezza del flusso informativo e di adeguatezza dei tempi di attesa o Indicatore sintetico (RADAR) >= 80%	In attesa dati RER	
3.1 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 percentuale totale di intervento per tumore effettuato entro i 30 giorni nell'anno 2017 è risultata pari al 85,6%, in netto aumento rispetto al 2016 (43,2%). Escludendo il tumore della prostata (con una percentuale pari al 37,5% su un totale di 40 interventi nel 2017) la percentuale totale dei tumori nel 2017 risulterebbe del 93,2%. Considerando le singole patologie tumorali oggetto di monitoraggio si evidenzia che le percentuali di intervento entro i 30 giorni nel 2017 sono: neoplasia colon-retto 92,2%; neoplasia mammaria 98,0%; neoplasia dell'utero 76,5%; neoplasia prostata 37,5%.	Sono stati identificati i referenti per le discipline chirurgiche oggetto di monitoraggio in ogni UO e nei pre-ricoveri. Sono stati creati inoltre degli alert a 20 giorni dalla data di scadenza su tutte le liste di attesa per i tumori maligni. Sono stati organizzati incontri periodici con i direttori di UO e percorsi formativi. Governo dei criteri di assegnazione della classi di priorità.
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	La percentuale aziendale di interventi di protesi d'anca effettuati entro 180 giorni, nel 2017, è stata del 91% considerando anche il privato accreditato, in aumento rispetto al 2016 (80,5%). In particolare il primo semestre ha una performance di 89,3%, e si è passati ad una performance del	Sono stati identificati i referenti per le discipline chirurgiche oggetto di monitoraggio in ogni UO e nei pre-ricoveri. Sono stati creati inoltre degli alert a 20 giorni dalla data di

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
				92,9% nel secondo semestre.	scadenza su tutte le liste di attesa per i tumori maligni. Sono stati organizzati incontri periodici con i direttori di UO e percorsi formativi. Governo dei criteri di assegnazione della classi di priorità.
3.1 Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	corretta gestione liste di attesa prestazioni ricovero ospedaliero	Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio (regime di ricovero diurno: chemioterapia; coronarografia; biopsia percutanea del fegato; emorroidectomia; riparazione di ernia inguinale. regime di ricovero ordinario: by pass aortocoronarico; angioplastica carotidea; endarterectomia carotidea; tonsillectomia)	Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% entro la classe di priorità segnalata	Nell'anno 2017 è stato rilevato un incremento percentuale nell'esecuzione degli interventi entro la classe di priorità assegnata rispetto al 2016: si è passati dal 60,8% (2016) al 85,8% nel 2017 il quale si declina nel 80,1% (primo semestre 2017) e 92,4% (secondo semestre 2017) considerando AUSL di Modena e privato accreditato. Nell'ambito degli interventi oggetto di monitoraggio nello specifico patologia anale-emorroidi 56,5% (2016) verso 83,8% del 2017, di cui 68,8% (primo semestre 2017), infine 95,2% (secondo semestre 2017); patologia erniaria- ernia inguinale 61,7% (2016) verso 77,1% del 2017, di cui 69,5% (primo semestre 2017), infine un 86,9 (secondo semestre 2017) ; patologie di naso e gola-tonsille ed adenoidi 60,3% (2016) verso 75,8% del 2017, di cui 66,2% (primo semestre 2017) infine un 90,7% (secondo semestre 2017) considerando anche il privato accreditato, biopsia percutanea del fegato 100% (2017); angioplastica carotidea 100% (2017).	Sono stati identificati i referenti per le discipline chirurgiche oggetto di monitoraggio in ogni UO e nei pre-ricoveri. Sono stati creati inoltre degli alert a 20 giorni dalla data di scadenza su tutte le liste di attesa per i tumori maligni. Sono stati organizzati incontri periodici con i direttori di UO e percorsi formativi. Governo dei criteri di assegnazione della classi di priorità.



## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
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	La revisione della rete ospedaliera è avvenuta attraverso: 1) la ridefinizione dei posti letto prevista dalla DGR 2040/15 (dotazione a fine 2017 pari a 3,4 per 1.000 abitanti di cui 0,61 per LD PA RE) presentata e approvata dalla CTSS il 4 novembre 2016; 2) il mantenimento della centralizzazione delle emergenze tempo dipendenti previste dal PAL 2011-13 3) il mantenimento della centralizzazione della chirurgia oncologica rispetto alla programmazione definita nel 2013 e 2014; 4) il mantenimento della centralizzazione dell'attività programmata complessa e urgente in accordo con il principio volume/esiti (vd. DM 70/15, DGR 2040 /15 e DGR 830/17;) 5) definizione delle vocazioni produttive delle strutture ed implementazione della capacità delle strutture periferiche di rispondere alle esigenze di base (autosufficienza) (CTSS giugno 2017 e); 6) sviluppo delle funzioni previste per le strutture di riferimento per l'area (Carpi - Mirandola e Sassuolo - Pavullo e Vignola) e conseguentemente delle strutture di prossimità; 7) sviluppo della rete territoriale di strutture ( 11 Case della salute e 2 osco attivati sul territorio); 8) gestione proattiva della cronicità (diabete, demenza, BPCO) 9) utilizzo condiviso (anche interaziendale) delle piattaforme produttive quali : SO (Pavullo, Vignola e Carpi), diagnostiche strumentali (RM per neuroradiologia in area nord) e tecnologie pesanti (Robot per trattamenti urologici) 10) adozione di logiche volte a ottimizzare utilizzo risorse anche attraverso la riconduzione al setting assistenziale appropriato quali ad es. trasferimento al DSO del DH oncologico, interventi chirurgici in regime ambulatoriale (es ernie) . 11) riorganizzazione punti nascita: Pavullo (sospesa da ottobre	Individuazione di 5 progetti strategici di riordino della rete dei servizi: 1) riqualificazione dell'Ospedale di Pavullo, 2) sviluppo dell'Ospedale di Vignola, 3) riorganizzazione dell'Area Nord, 4) Sviluppo della rete delle attività territoriali delle CdS, Osco e Hospice, 5) riorganizzazione attività laboratorio analisi. Inoltre si è proceduto (6) alla individuazione dei responsabili della revisione dei percorsi cronici (diabete, scompenso, SM, demenza ed in prospettiva oncologici) al fine di dare maggiore impulso al CCM ed alla medicina di iniziativa e 7) di quelli chirurgici al fine di rispondere agli standard fissati dalla RER per l'evasione dell'attività chirurgica (SIGLA). 8) importante il lavoro avviato ed in parte concluso finalizzato all'utilizzo congiunto interaziendale delle piattaforme produttive (SO di Vignola e Pavullo, ma anche di Mirandola e diagnostiche strumentali quali RM e robot).

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
				2017) e Mirandola (attivo in deroga con necessità di garantire i requisiti previsti).	
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	La ridefinizione dei posti letto provinciali è stata posta in essere dal 1 gennaio 2017, la nuova articolazione risulta coerente con le attese della DGR 2040/15 e le successive dgr 1003/16 e 830/17 che prevedevano per Modena una dotazione massima di 2.446 letti: rispetto ai 110 letti da ridurre la componente dell'AUSL di Modena è risultata pari a 54 (52 letti di DH internistico/oncologico e 2 chirurgici c/o nocsae) . Al 31 dicembre 2017 i letti in provincia erano pari a 2415 e quindi ancora ben al di sotto degli attesi, metre il tasso su popolazione risulta pari a 3,44 x 1.000 abitanti di cui 0,61 per LDPARE ovvero 429 letti.	La riduzione dei letti adottata a fine 2016 ha interessato i soli posti letto in regime diurno; già a far tempo dal 1 gennaio 2017 i DH oncologici sono stati trasferiti al DSO come pure gran parte dell'attività internistica. Il monitoraggio delle attività e delle criticità che dovessero insorgere nonchè il progressivo completamento dei lavori dei gruppi già attivati per disciplina (Oncologia dermatologia orl ortopedia endoscopia digestiva e pneumologica, nefrologia) ma anche per patologia (es. scompenso, diabete, SLA) scandiranno i tempi dell'attuazione del riordino Ospedaliero. In corso il trasferimento all'ambulatorio di alcune prestazioni ortopediche e chirurgiche fino ad oggi erogate in regime di ricovero (es ernie e piccoli interventi su mano e piede)

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
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	L'atteso della RER è 0,7. Stante il numero provinciale di 429 letti di lungodegenza postacuzie, l'indicatore calcolato con la popolazione al 2017 ovvero 702.949 risulta pari a 0,61.	
3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero		multidisciplinarietà nella gestione dei percorsi oncologici in particolare nella valutazione pre-chirurgica (cancer unit, breast unit)	Evidenza	1) Concordate all'interno del contratto di fornitura 2017 le forme di collaborazione in grado di assicurare la partecipazione dei professionisti dei Servizi di Radioterapia e Anatomia Patologica dell'AOU alle riunioni dei gruppi multidisciplinari oncologici di Carpi. 2) Rispettati i requisiti EUSOMA in tema di Multidisciplinarietà e gli standard di clinical competence dei professionisti chiamati a garantire il percorso assistenziale dei pazienti in carico alle cancer unit di Carpi 3) Individuato e presentato ai professionisti di entrambe le Aziende sanitarie un sistema di HealthMeeting (WEZEN) che potrà facilitare e rendere più sicuro e tracciabile l'esercizio della multidisciplinarietà nella gestione dei percorsi oncologici	Allo scopo di superare le criticità legate alla difficoltà per i professionisti dell'AOU dei Servizi di Radioterapia e Anatomia Patologica di partecipazione ai gruppi di lavoro multidisciplinari (GLM) che si tengono con regolarità a Carpi sono state concordate forme di collaborazione (negoziato e inserimento in contratto di fornitura con relativo riconoscimento economico) con i Servizi di Radioterapia e Anatomia Patologica dell'AOU ed è stato individuato e presentato (con esito positivo) ai professionisti di entrambe le Aziende sanitarie un sistema di HealthMeeting (WEZEN) per il quale si prevede di completare la procedura di acquisizione nel 2° semestre 2018.
3.3 Appropriatelyzza	Ricorso al livello organizzativo di offerta appropriato	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatelyzza in regime ordinario	<=0,21 (Griglia LEA)	Il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario evidenzia nel 2017 un valore aziendale pari a 0,13 (2016 - 0,14)	Si è operato (vd gruppo logistica integrata e project sulla revisione delle attività chirurgiche) sulle singole realtà (dipartimenti, ospedali e singoli reparti) per migliorare ulteriormente la performance, trasferendo al regime ambu-

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
					latoriale una parte della casistica ancora oggi erogata in Day Surgery (es. menischi, ernie, tonsillectomie) o in DSA (sclerosi, malattie neurologiche, BPCO, demenze).
3.3 Appropriatazza	Ricorso al livello organizzativo di offerta appropriato	<p>Riduzione dei DRG PI erogati in regionme ordinario con particolare riferimento alla casistica sottostante :</p> <p>§ DRG 008 C Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC, con esclusione dei pazienti sottoposti a Gamma Knife;</p> <p>§ DRG 88 M Malattia polmonare cronica ostruttiva</p> <p>§ DRG 158 C Interventi su ano e stoma senza CC</p> <p>§ DRG 160 C Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età &gt; 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)</p> <p>§ DRG 429 M Disturbi organici e ritardo mentale</p> <p>§ DRG 503 C Interven-</p>	Per i DRG 008, 088, 158, 160, 503 e 538 raggiungere livelli < almeno di 5 punti percentuali rispetto ai valori dell'anno 2016, mediante l'individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero.	Quasi tutti i DRG oggetto di monitoraggio hanno registrato un calo, talvolta anche superiore al 5%. Tra le criticità il tema relativo al trattamento ambulatoriale delle ernie per le quali sono state avviate diverse iniziative. Un DRG fa registrare un notevole incremento, ossia il 429, imputabile alla psichiatria e alla "psicogeriatrics".	Le Azioni di contenimento dell'inappropriatezza si sono rivolte in diverse direzioni : a) trasferimento al regime ambulatoriale (e DSA) dei DH nel rispetto dei requisiti di sicurezza, b) migliorare la codifica delle SDO talvolta responsabile dell'attribuzione del ricovero al drg inappropriato c) gestione della cronicità sul territorio con presa in carico dei pazienti cronici anche allo scopo di prevenire le riacutizzazioni fonte di ricovero. Da ultimo sono stati condotti ( es ambito cardiologico) e potranno essere ripetuti anche nel 2018 in ambito psichiatrico e psicogeriatrico iniziative di audit per la valutazione della casistica.

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
		ti sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione § DRG 538 C Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC;			
3.4 Volume ed esiti		Monitoraggio di indicatori di volume ed esito secondo le indicazioni della DGR 2040/215 e DM 70/2015	Rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori ed esiti indicati	<p>Effettuato monitoraggio degli indicatori di volume/esito secondo le indicazioni della DGR 2040/2015 e del DM 70/2015, relativi in particolare (DGR 803/2017) a: tumore mammella, colecistectomia e frattura di femore.</p> <p>a) Interventi per tumore mammella: Carpi 176 (2016) 136 (11 mesi 2017);</p> <p>b) Bypass aortocoronarici: Hesperia Hospital 181 (2016) 193 (11 mesi 2017);</p> <p>c) IMA: Carpi 97 (2016) 173 (11 mesi 2017); Mirandola 44 (2016) 114 (11 mesi 2017); Pavullo 32 (2016) 30 (11 mesi 2017); Vignola 31 (2016) 39 (11 mesi 2017);</p> <p>d) % Tagli cesarei primari di 1° livello: Mirandola 11% (2016) 12% (11 mesi 2017); Pavullo 11% (2016) 9% (11 mesi 2017);</p> <p>e) % Tagli cesarei primari di 2° livello: Carpi 11% (2016) 10% (11 mesi 2017);</p> <p>f) intervento per FF: Carpi 168 (2016) 141 (11 mesi 2017); Mirandola 117 (2016) 117 (11 mesi 2017); Pavullo 65 (2016) 77 (11 mesi 2017); Vignola 128 (2016) 97 (11 mesi 2017);</p> <p>g) Colecistectomia: Carpi 158 (2016) 156 (11 mesi 2017); Mirandola 136 (2016) 123 (11 mesi 2017); Pavullo 51 (2016) 34 (11 mesi 2017); Vignola 154 (2016) 93 (11 mesi 2017);</p> <p>h) % colecistectomie laparoscopiche: Carpi 91%</p>	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
				(2016) 91% (11 mesi 2017); Mirandola: 98% (2016) 98% (11 mesi 2017); Pavullo: 96% (2016) 100% (11 mesi 2017); Vignola: 99% (2016) 97% (11 mesi 2017); i) % interventi FF over 65: Carpi: 63% (2016) 63% (11 mesi 2017); Mirandola 51% (2016) 68% (11 mesi 2017); Pavullo 80% (2016) 88% (11 mesi 2017); Vignola 72% (2016) 81% (11 mesi 2017); l) % interventi FF non operato: Carpi: 6% (2016) 4% (11 mesi 2017); Mirandola 6% (2016) 5% (11 mesi 2017); Pavullo 3% (2016) 1% (11 mesi 2017); Vignola 5% (2016) 6% (11 mesi 2017); m) % interventi entro 48h con FF over 65: Carpi: 59% (2016) 60% (11 mesi 2017); Mirandola 48% (2016) 64% (11 mesi 2017); Pavullo 77% (2016) 87% (11 mesi 2017); Vignola 69% (2016) 76% (11 mesi 2017); n) Colectomie laparoscopiche: Carpi: 143 (2016) 142 (11 mesi 2017); Mirandola 133 (2016) 120 (11 mesi 2017); Pavullo 49 (2016) 34 (11 mesi 2017); Vignola 153 (2016) 90 (11 mesi 2017); o) % colectomia laparoscopica con degenza post operatoria <3gg: Carpi: 67 (2016) 81(11 mesi 2017); Mirandola 68 (2016) 79 (11 mesi 2017); Pavullo 88 (2016) 67 (11 mesi 2017); Vignola 85 (2016) 83 (11 mesi 2017);	
3.4 Volume ed esiti		tumore della mammella: numero minimo di interventi per Unità Operativa >=150 /anno	>=150/anno	Interventi di tumore della mammella per unità operativa: Ospedale di Carpi 158 nel 2017	
3.4 Volume ed esiti	valori soglia per attività	colectomia:numero minimo di interventi di colectomia per Unità	>=100/anno	I valori 2017 sono pari a Carpi 175 (158 nel 2016); Mirandola 132 (136 nel 2016); Vignola 103 (154 nel 2016); Pavullo 39 (51 nel 2016)	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
		Operativa >=100 /anno			
3.4 Volume ed esiti	standard di qualità per colecistectomia	colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <=3 gg : >=75%	proporzione di casi con degenza postoperatoria <=3 gg : >=75%	Proporzione di casi con degenza postoperatoria per colecistectomia laparoscopica <= 3gg: Totale anno 2017 pari al 79 % rispetto al 69,9% del 2016 (75,1% nel 2015).	
3.4 Volume ed esiti	valori soglia per frattura di femore	frattura di femore: numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Unità Operativa	>=75 /anno	Numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Unità Operativa: Ospedale di Carpi 151 casi nel 2017 rispetto ai 168 del 2016 (166 nel 2015); Ospedale di Mirandola 126 casi nel 2017 rispetto ai 117 del 2016 (131 nel 2015), Ospedale di Pavullo 81 casi nel 2017 rispetto ai 65 del 2016 (64 nel 2015); Ospedale di Vignola 110 interventi nel 2016 rispetto ai 128 del 2016 (110 nel 2015).	Il miglioramento della performance sul trattamento della frattura di femore prevede da anni (obiettivo budget dal 2011) la responsabilizzazione di ciascuno delle strutture interessate (dipartimento Ortopedico, EU, Area Critica, Medicina riabilitativa) al processo, con attribuzione di specifici obiettivi (scheda budget "tradizionale" e di percorso). Allo scopo di aumentare l'incisività delle azioni, infatti, l'Azienda ha individuato nel 2017 la frattura di femore tra i percorsi trasversali negoziati in corso di 2016 e monitorati in modo specifico nel budget di percorso del 2017. Prevede evidenziare, che sono allo studio e prossimi alla progressiva realizzazione, alcuni provvedimenti di riallocazione di attività (centralizzazioni di area delle urgenze e individuazione di vocazioni specifiche per struttura) e di riorganizzazione

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
					dell'attività chirurgica (revisione percorsi accesso alle sale operatorie) finalizzate alla garanzia dei tempi e degli altri indicatori di performance previsti per il monitoraggio di qualità di questo percorso di cura.
3.4 Volume ed esiti	standard di qualità per frattura di femore	interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore	>=70% e valutazione nel caso di riduzione rispetto al valore storico.	Nel 2017 a Pavullo la % di interventi entro le 48 ore è stata del 88% dei casi affrontati. A Vignola la percentuale è pari al 76%. A Carpi 63% (stesso valore del 2016) e Mirandola (65%, cmq in aumento da 51% del 2016).	
3.4 Volume ed esiti	valori soglia per IMA	Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per IMA = 100 casi/anno;	Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per IMA = 100 casi/anno;	Nel corso del 2017 i casi di IMA gestiti dall'ospedale di Carpi sono stati 192 rispetto ai 97 casi dell'anno precedente. Anche la Cardiologia di Mirandola ha gestito nel 2017 più casi 128 rispetto a quanto realizzato nel 2016 (44).	
3.4 Volume ed esiti	qualità in cardiocirurgia e cardiologia interventistica	Per la rete cardiologica e cardiocirurgica: By Pass isolati (Volumi=200/anno; mortalità a 30 gg= 3%), Valvole isolate (mortalità a 30 gg= 4%)	Per la rete cardiologica e cardiocirurgica: By Pass isolati (Volumi=200/anno; mortalità a 30 gg= 3%), Valvole isolate (mortalità a 30 gg= 4%)	L'attività cardiocirurgica è garantita dall'ospedale privato accreditato Hesperia Hospital. I dati del 2017 mostrano dei volumi di By Pass isolati pari a 210, la mortalità a 30 gg= 0, e la mortalità a 30 gg valvole isolate pari a 0%	
3.4 Volume ed esiti	Gestione iperafflusso di pazienti al PS	piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso	Le Aziende devono predisporre un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso	-Predisposto e formalizzato piano operativo di presidio per la gestione dell'iperafflusso nei Pronti Soccorso -Istituzione del Patient Flow facility group PFFG	*Fase di implementazione/ formazione degli operatori del PFFG negli Ospedali di area sud e di Carpi (Mirandola già operativa da gennaio 2017) *Predisposizione sul sistema informativo di algoritmo NE-DOCS semplificato



Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
3.5 Emergenza Ospedaliera	Miglioramento del flusso di Pronto Soccorso (EMUR) che si deve uniformare alle previsioni regionali	Indicatori previsti dalle linee di indirizzo rilevabili per ciascun PS: T permanenza in PS, T di attesa per ricovero, T di attesa visita codice verde e giallo,	Indicatori previsti dalle linee di indirizzo rilevabili per ciascun PS: 100%	Adottata procedura operativa DS n 037 dell'8.1.2018 che prevede la taratura modello NEDOCS sui vari PS AUSL. In fase di attuazione: 1) monitoraggio on line PS AUSL sul sistema BI aziendale Pagoda, tabelle e grafici dinamici con aggiornamento ogni 3' su Pazienti in attesa, Pazienti in carico divisi codice colore, Pazienti in OBI, N Pazienti valutati in PS ultime 24 ore. 2) rilevazione settimanale per sorveglianza virologica influenza dati nazionali, regionali, dati epidemiologici provinciali Prov Modena 3) istituzione Patients flow facility group con rilevazione Posti letto disponibili per PS 2 vv /die 4) interventi a risposta rapida, intermedia e lunga nei singoli Presdi Ospedalieri 5) incremento posti letto medicina d'urgenza Carpi e Vignola 6) attivazione fast track Ospedale di Carpi, Pavullo, Mirandola	
3.5 Emergenza Ospedaliera	Miglioramento del flusso di Pronto Soccorso (EMUR) che si deve uniformare alle previsioni regionali	Collegamento informatico tra i Sistemi informativi a governo del flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale	Nell'anno 2017 è stata condotta l'analisi di quanto necessario con i diversi fornitori, siamo in attesa della fornitura degli applicativi commissionati	Analisi tecnica effettuata	In attesa di fornitura degli applicativi
3.5 Emergenza Ospedaliera	audit percorso STAM e STEN	Percorsi STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA)	Entro fine 2017 dovrà essere revisionato negli ambiti territoriali ancora non a regime l'assetto delle reti STAM e STEN secondo indicazioni approvate con DGR. 1603/2013	Definito assetto reti STAM-STEN in Provincia di Modena. Delibera Azienda USL Modena n° 241 del 24.11.2016 STAM* Delibera Azienda USL Modena n° 202 del 17.10.2016 STEN	Distribuzione e formazione sui contenuti delle Delibere

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
3.5 Emergenza Ospedaliera	audit percorso STAM e STEN	Monitoraggio percorsi STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA) attraverso la conduzione di specifici audit	Entro fine 2017 dovranno essere condotti audit clinici per la valutazione di tali percorsi	Conclusione audit STEMI e STAN in data 11 dicembre 2017. Gli audit hanno coinvolto in stretta integrazione: punti nascita 1°2° 3° livello-sistema emergenza-118	Restituzione contenuti emersi in sede di audit
3.6 Attività trasfusionale	Garanzia del buon uso del sangue	Protocollo per il buon uso del sangue per interventi di chirurgia ed ortopedia	Definizione e adozione del protocollo per il buon uso del sangue per interventi di chirurgia ed ortopedia entro ottobre 2017 o Programmazione di almeno una iniziativa formativa che coinvolga almeno il 50% degli operatori interessati.	Delibera dell'AOSP MO di costituzione COBUS interaziendale in data 26/02/2018. Il neocostituito COBUS definirà il nuovo protocollo per il buon uso del sangue (incontro COBUS interaziendale uscente in data 19 ottobre 2017 con programmazione delle attività formative 2017/2018)	*Delibera dell'AOSP MO di costituzione del COBUS interaziendale in data 26/02/2018
3.6 Attività trasfusionale	Garanzia del buon uso del sangue	Protocollo per il buon uso del sangue per interventi di chirurgia ed ortopedia	Programmazione di almeno un' iniziativa formativa che coinvolga almeno il 50% degli operatori interessati.	Nelle more della costituzione del COBUS interaziendale si è comunque proceduto alla programmazione di eventi formativi per gli operatori del DAC svoltisi in data 13/10/2017 17/11/2017 24/11/2017 06/12/2017	
3.7 Attività di donazione organi, tessuti e cellule	Andamento attività di donazione d'organi (espanti) e tessuti (cornee)	Relazione/report indicante l'attività annuale dell'ufficio locale di coordinamento alla donazione	Trasmissione al Centro di riferimento regionale trapianti (CRT ER) entro il primo trimestre dell'anno successivo, della relazione/report indicante l'attività annuale dell'ufficio locale di coordinamento alla donazione La relazione deve riportare l'attività, la composizione e il monte ore dedicato del personale che compone l'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni	*Attuata procedura procurement potenziali donatori per accesso in PS di pz con lesioni cerebrali con Glasgow score $\leq 7$ *Relazione predisposta e inviata il 17 gennaio 2018 al CRT ER con attività e monte orario dedicato, redatta da parte del coordinamento locale Area Nord	*Monitoraggio continuo delle attività *Formazione continua e sensibilizzazione alla donazione da parte degli operatori del team di coordinamento locale Area Nord (ref. Dr.ssa Becchi) *7 eventi formativi in area Nord più incontro preliminare in Area Sud per avvio dell'attività di donazione.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
3.7 Attività di donazione organi, tessuti e cellule	Andamento attività di donazione d'organi (espianti) e tessuti (cornee)	Report con percorso aziendale di identificazione in pronto soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe e ricoverati in reparti non intensivi	Report con percorso aziendale di identificazione in pronto soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe e ricoverati in reparti non intensivi da trasmettere al centro regionale di riferimento per i trapianto CRRT ER entro il primo trimestre dell'anno successivo	Relazione predisposta e inviata il 17 gennaio 2018 al CRT ER con attività di monitoraggio dei pazienti con lesioni cerebrali.	*Formazione continua e sensibilizzazione alla donazione da parte degli operatori del team di coordinamento locale Area Nord (ref. Dr.ssa Becchi) *7 eventi formativi in area Nord più incontro preliminare in Area Sud per avvio dell'attività di donazione. 1 evento formativo con l'equipe dell'assistenza domiciliare per procurement extra ospedaliero
3.7 Attività di donazione organi, tessuti e cellule	Andamento attività di donazione d'organi (espianti) e tessuti (cornee)	Donazioni di cornee in pazienti con età compresa tra i 3 e gli 80 anni	Numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 17% dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni.	Obiettivo CRT ER per 2017 per AUSL Modena (sedi Carpi/Mirandola) <b>23</b> donatori. Obiettivo raggiunto: 37 donatori per 48 lembi corneali	*Monitoraggio continuo delle attività *Formazione continua e sensibilizzazione alla donazione da parte degli operatori del team di coordinamento locale Area Nord *7 eventi formativi in area Nord più incontro preliminare in Area Sud per avvio dell'attività di donazione. *1 evento formativo con l'equipe dell'assistenza domiciliare per procurement extra ospedaliero
3.7 Attività di donazione organi, tessuti e cellule	Andamento attività di donazione d'organi (espianti) e tessuti (cornee)	Numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici)	Numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) come da obiettivi di incremento/mantenimento assegnati dal CRT ER per l'anno 2018	*2 donatori (obiettivo non assegnato per 2017)	*Monitoraggio continuo delle attività *Formazione continua e sensibilizzazione alla donazione da parte degli operatori del team di coordinamento locale Area Nord

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
3.8 Sicurezza delle cure	1.Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure	Piano programma aziendale di sicurezza delle cure: report di attuazione del PPSC e aggiornamento dati fonti informative	Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2016 e relativo aggiornamento dei dati delle fonti informative aziendali relative alla sicurezza delle cure. Standard: si\no	Inviato DOCUMENTO in RER con nota a firma DS il 02/03/2018 (Prot. AUSL n. 0016246/18)	
3.8 Sicurezza delle cure	2.Eventi sentinella e Incident Reporting	Segnalazione alla Regione degli Eventi Sentinella secondo tempi e modalità stabilite	Standard: SI/NO	Nel 2017 Segnalati n. 10 ES	
3.8 Sicurezza delle cure	2.Eventi sentinella e Incident Reporting	Presenza di specifica procedura Incident Reporting ed evidenza di Flusso Informativo IR	Standard: SI/NO	N° segnalazioni 2017: 154 (escluso OCSAE) PROCEDURA : MLGR.PO.001 Il sistema di segnalazione aziendale con Incident Reporting Rev. 0 del 29/12/2017	
3.8 Sicurezza delle cure	Check list di sala operatoria	Debito informativo sulla Check list di sala operatoria adozione dei piani di miglioramento	Check list di sala operatoria: puntuale assolvimento del debito informativo: SI/NO	Report RER	
3.8 Sicurezza delle cure	Check list di sala operatoria	Debito informativo sulla Check list di sala operatoria adozione dei piani di miglioramento	Effettuazione delle osservazioni su SSCL ed evidenza di predisposizione e attuazione di piani di miglioramento. Standard SI/NO	Istituzione Gruppi di miglioramento su: Sicurezza gestione vie aeree e Prevenzione del TE post-operatorio RISULTATO: ELABORAZIONE NUOVE PROCEDURE IN CORSO DI EMISSIONE - Effettuate osservazioni in SO (Vignola, Pavullo, Carpi) - PROGETTO OSSERVARE	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
3.8 Sicurezza delle cure	Identificazione del paziente	Effettuazione di una mappatura delle UUOO in cui è utilizzato il braccialetto identificativo e predisposizione di un piano di miglioramento	Effettuazione mappatura UUOO	Invio in RER Nota a firma DS del 09.11.2017 - Identificazione del paziente – verifica sullo stato di applicazione delle indicazioni nazionali e regionali, mappatura impiego braccialetto identificativo e piano di miglioramento CONTENUTI PIANO DI MIGLIORAMENTO : -Analisi delle criticità - Elaborazione Procedura aziendale -Definizione infrastruttura per gestione errori: riconciliazioni/spostamenti episodi - Formazione - Valutare la fattibilità di adozione di tecnologie applicabili al braccialetto, device e/o a CCE (cartella clinica elettronica)	
3.8 Sicurezza delle cure	Raccomandazione sicurezza delle cure	Aggiornamento procedure relative a Raccomandazione 6 "Prevenzione morte materna correlata al travaglio e/o parto" e Raccomandazione 16 "Prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano"	Standard: SI/NO	Concluso per le azioni previste nel 2017	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
3.8 Sicurezza delle cure	Raccomandazione sicurezza delle cure	Presenza di procedura e adesione al monitoraggio Agenas	Standard: SI/NO	NUOVE PROCEDURE E REVISIONI ELABORATE: DS.PO.015 Corretta identificazione del paziente, sito ed intervento chirurgico DS.PO.036 Indicazioni aziendali per la prevenzione del suicidio in ospedale DS.PO.029 Prevenzione della reazione trasfusoriale da incompatibilità ABO DS.DO.068 Sicurezza percorso nascita DS.PO.005 Gestione clinica dei medicinali DS.PO.028 Prevenzione degli atti di violenza nei luoghi di lavoro DS.PO.033 Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati nei pazienti oncologici DS.PO.034 Procedura per la sicurezza del trasporto interospedaliero ed extraospedaliero DS.DI.UFA Gestione farmaci antitumorali DS.PO.035 Prevenzione degli errori di triage DS.DI.SSCL Utilizzo della Surgical Safety Checklist (SSCL) in sala operatoria	
3.8 Sicurezza delle cure	Prevenzione e gestione delle cadute	Procedure aziendali sulle cadute Report periodico sull'adozione dei piani di prevenzione cadute	Aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo regionali; standard: si\no;	Rev.2 PO.P0014 Presidio Ospedaliero Rev. 2 del 13/09/2017 e Adesione Progetto Pilota RER per implementazione nuove Linee di indirizzo RER Rev. 3 in corso con integrazioni condivise con DPS	
3.8 Sicurezza delle cure	Prevenzione e gestione delle cadute	Procedure aziendali sulle cadute Report periodico sull'adozione dei piani di prevenzione cadute	Report su attuazione azioni previste da Piani Prevenzione delle Cadute 2016 e relativo aggiornamento dei Piani Aziendali prevenzione delle cadute 2017/2018; standard: si\no;	Inviato in RER con nota a firma DS il 02/03/2018 (Prot. AUSL n. 0016246/18)	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
3.9 – 118 e Centrali Operative	Protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico nel servizio di emergenza sanitaria territoriale 118	Protocolli avanzati di utilizzo infermieristico sulla base delle linee guida regionali	Entro la fine del 2017 le Aziende territoriali devono assicurare la omogeneizzazione dei protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico, adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118, tenuto conto del contesto di riferimento, e in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.	Tutti i protocolli in uso nel Deu dal personale Infermieristico del Servizio Emergenza Territoriale 118 sono stati uniformati ed integrati secondo le linee guida infermieristiche avanzate. Formazione FAD 100% del personale Infermieristico. Addestramento Pratico in fase di completamento (80% del personale)	
3.10. Reti Hub and Spoke per le Malattie Rare	Garantire ai pazienti pediatrici la presa in carico multidisciplinare con particolare attenzione al counselling genetico e psicologico rivolto ai pazienti e familiari	Formalizzare una relazione dettagliata	Entro il 31/12/17 relazione dettagliata con: tempistiche relative al primo accesso; tempistiche relative al follow-up; offerta di counselling genetico (modalità e tempi); offerta di assistenza psicologica.	Relazione inviata dall'UO di Pediatria di Carpi alla Direzione di Presidio, si attesta la immediata presa in carico dei pazienti (attualmente 19 pazienti suddivisi per relativa diagnosi), ed esplicita il percorso di presa in carico/follow up attualmente in essere (principali centri invianti per follow up AOSP Reggio Emilia e osp. Meyer di Firenze)	*Formalizzazione del percorso con il centro di riferimento di Medicina Genetica dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
3.11 Rete delle cure palliative pediatriche	Le Aziende Sanitarie dovranno riservare particolare attenzione alle cure palliative pediatriche	Gruppo di lavoro	Partecipazione dei referenti individuati ai lavori del Gruppo Regionale CPP	Palliativista Coordinatore della RLCP di Modena inserito nel gruppo di lavoro per la costruzione della Rete delle Cure Palliative Pediatriche Regionale	
3.12 Accredita-mento	Aggiornamento anagrafe delle strutture autorizzate	Piani aziendali di adeguamento ai requisiti generali di accreditamento aggiornati se-	Invio dei piani aziendali entro il 31/12/2017	Il piano di adeguamento è stato elaborato nei tempi indicati. Rispetto a quanto previsto dall'Intesa rimangono alcuni punti di miglioramento (9 su 123 pari al 7%) affrontati nella relazione di	I punti di miglioramento sono stati analizzati definendo per ciascun requisito la priorità, le azioni, i tempi e le responsa-

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
		condo quanto previsto dall'intesa		analisi	bilità
3.12 Accredimento	Aggiornamento anagrafe delle strutture autorizzate	Corrispondenza tra anagrafe e strutture che presentano domanda di accreditamento/rinnovo	Corrispondenza tra anagrafe e strutture che presentano domanda di accreditamento/rinnovo. Atteso >80%	E' stata verificata la congruità delle autorizzazioni presenti nell'anagrafe con le strutture aziendali che saranno elencate nella domanda di Rinnovo di Accredimento prevista per i primi mesi del 2018, la verifica ha evidenziato una corrispondenza uguale all'80%	
4.1.1. Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR		Indice di tempestività dei pagamenti	60 giorni	Risultato Conseguito. Il tempo di pagamento medio 2017, calcolato con l'indicatore di tempestività dei pagamenti, è stato pari a 45 giorni.	
4.1.2. Il miglioramento del sistema informativo contabile		Coerenza nella compilazione nei quattro schemi di bilancio	90% del livello di coerenza	Si stima di aver conseguito il 100% del livello di coerenza	
4.1.2. Il miglioramento del sistema informativo contabile		Alimentazione della Piattaforma web in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite	100% nei tempi previsti	I tempi sono stati rispettati per tutte le sessioni previste	
4.1.3. Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie		Progettazione Sistema di Audit	100% degli adempimenti	Nel corso del 2017 è stato approvato con procedura DA.PO.049 "Responsabilità e funzioni di internal audit" del 5 ottobre 2017. Nel corso del secondo semestre 2017 è stata svolta una ricognizione dei controlli svolti da ciascun servizio aziendale, che ha portato alla definizione del "Sistema aziendale dei Controlli Interni", con controlli di primo e secondo livello da parte dei servizi e controlli di terzo livello da parte del servizio Internal Audit.	Nel corso del 2018, nell'ambito del Sistema Aziendale dei Controlli Interni saranno raccolti i controlli fatti dai singoli servizi, per poi procedere ad una valutazione della loro qualità ed efficacia e iniziare l'attività di audit vera e propria nei casi di maggiore criticità.
4.1.3. Attuazione del Percorso Attuativo della Certi-		Area Crediti-Ricavi	100% degli adempimenti	Sono state predisposte tutte le procedure dell'area Crediti-Ricavi	



## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

<b>Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)</b>	<b>Area/Obiiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Atteso 2017 (da DGR 830/2017)</b>	<b>Risultati Conseguiti</b>	<b>Azioni intraprese / in corso</b>
ficabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie					
4.1.3. Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie		Area Disponibilità liquide	100% degli adempimenti	Sono state predisposte tutte le procedure dell'area Disponibilità liquide	
4.1.3. Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie		Area Debiti-Costi	100% degli adempimenti	Sono state predisposte tutte le procedure dell'area Debiti/Costi	
4.1.3. Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie		Revisioni Limitate	100% degli adempimenti	Il Collegio Sindacale ha svolto positivamente tutte le revisioni limitate	
4.1.4. Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile		Partecipazione attiva ai gruppi e tavoli di lavoro	95%	L'Azienda partecipa con personale di vari Servizi, compreso il bilancio, ai gruppi di lavoro regionali.	
4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi		Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2017 facendo ricorso alle	pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2017 per le medesime categorie	L'azienda USL di Modena si approvvigiona di farmaci dall'Unità Logistica Centralizzata di Reggio Emilia. L'acquisto di farmaci per le necessità delle aziende da parte dell'unità logistica avviene mediante ricorso a convenzione intercenter (se attiva) per una percentuale pari al 100%.	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
		convenzioni Intercent-ER		Per quanto riguarda l'acquisto di Energia Elettrica e Gas nel 2017 è stato fatto ricorso alle convenzioni Intercent-ER per il 100% dei contratti stipulati (€ 1.140.000 per utenze Gas e € 3.460.000 per Energia Elettrica).	
4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi		Implementazione dell'obbligo a partire dal 1° ottobre 2017 di gestione informatizzata delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario		L'azienda ha formato gli operatori all'utilizzo della piattaforma SATER, già sperimentata con una gara sopra soglia bandita nel dicembre 2016. Dal 1° ottobre l'Azienda USL ha avviato 3 procedure sopra soglia utilizzando la piattaforma SATER	
4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi		Indizione di almeno 20 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi Interaziendali, ecc		Al 31 dicembre 2017 l'Azienda USL ha provveduto ad avviare 76 RDO sulla piattaforma SATER	
4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi		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	Come previsto dalla delibera di Giunta 287/2015, in tutte le procedure di gara per l'acquisizione di beni e servizi bandite dopo il 31.01.2016, l'Azienda USL di Modena vengono inserite le clausole relative all'obbligo per i fornitori di ricevere ordini e inviare documenti di trasporto in formato elettronico tramite NoTi-ER;	
4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi		Invio di ordini elettronicamente tramite No-TI-ER	>=35%	Il dato rilevato al 31 dicembre 2017 è pari al 49%	

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
zi					
4.3 Il governo delle risorse umane	assunzioni/stabilizzazioni	Rispetto del Piano di Assunzione, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati.	autorizzazione RER Piano Assunzioni 2017 pari al 93,5%	copertura raggiunta al 31.12.2017 Piano Assunzioni 2017 pari al 92%	monitoraggio periodico (almeno trimestrale) dell'avanzamento delle assunzioni effettuate nel corso dell'anno in riferimento alla % di autorizzazione ricevuta dalla RER
4.3 Il governo delle risorse umane	assunzioni/stabilizzazioni	Esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS. In applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione	attuazione degli accordi in ambito locale	e' stata data esecuzione agli accordi sottoscritti fra RER e OOS	
4.3 Il governo delle risorse umane	assunzioni/stabilizzazioni	Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS.		sono state attuate le stabilizzazioni autorizzate pari a 41 unità	
4.3 Il governo delle risorse umane	assunzioni/stabilizzazioni	Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti.	rispetto dei parametri previsti dal D.M 70/2015	Sono stati rispettati i parametri definiti dal Patto della Salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti dal DM 70/15	

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
4.3 Il governo delle risorse umane	Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale	Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione		<p>Nell'attuazione dei progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione, di sviluppo e di potenziamento alle politiche di integrazione a livello sovra aziendale, sono attualmente in corso diversi cantieri. Si riportano i principali a titolo di esempio.</p> <p>La sperimentazione della gestione unica NOCSAE - POLICLINICO da parte dell'AOU (ai sensi della DGR 1004/2016) avviata lo scorso 1/1/2017.</p> <p>La creazione dei servizi unici con AOU: Servizio Tecnico, Amministrazione del Personale, Acquisti e Logistica (Del. 168 del 05/09/2016: "Istituzione di Servizi Unici per le Funzioni Amministrative, Tecniche e Professionali tra l'Azienda USL di Modena e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena").</p> <p>Infine, in merito alla riduzione delle liste d'attesa chirurgiche della Provincia di Modena, all'interno delle attività previste del Piano di riordino della rete dei servizi sanitari della Provincia di Modena, approvato dalla CTSS del 6/6/17, a partire da settembre 2017 è stata avviata l'attività chirurgica, in regime ambulatoriale, di 2 sedute settimanali per ernie addominali presso l'Ospedale di Vignola con i chirurghi dell'Ospedale di Sassuolo. Inoltre, a Novembre 2017, è stata avviata una seduta settimanale di chirurgia ambulatoriale e da dicembre una seduta in regime ordinario, presso l'Ospedale di Pavullo, con i chirurghi dell'Ospedale di Sassuolo.</p>	Per il 2018 è previsto l'avvio di una seduta settimanale in Regime Ordinario di colecistectomie in video-laparoscopia con i chirurghi dell'Ospedale di Sassuolo da effettuare presso l'Ospedale di Vignola.
4.3 Il governo delle risorse umane	Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale	Numero dei processi completati sui processi avviati	verifica dei processi di valorizzazione del sistema e loro conclusioni	I processi di valorizzazione del sistema che vedono coinvolta l'AUSL di Modena (DGR 1004/16 - Piano di riordino della rete dei servizi CTSS della Provincia di Modena del 6/6/17) sono stati avviati in tempo e stanno rispettando le tempistiche prefissate.	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
4.3 Il governo delle risorse umane	Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale	Rispetto delle scadenze individuate nei cronoprogrammi GRU e GAAC	attivazione del nuovo sistema WHR-TIME a partire da gennaio 2018	Partecipazione ai tavoli di lavoro per la creazione del Data Dictionary Regionale; garantita attività di transodifica di tutti i codici utilizzati nel gestionale WHR secondo le nuove codifiche regionali; traslazione dei dati dal sistema WHR al nuovo sistema WHR-TIME; pagamento degli stipendi relativi a gennaio 2018 effettuato con il nuovo sistema	
4.3 Il governo delle risorse umane	Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale	Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva		Partecipazione agli incontri periodici fissati nel corso del 2017 sia a livello di AVEN che a livello regionale	
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	costo del personale in linea con le previsioni di bilancio 2017	sostanziale equilibrio del costo del personale rispetto alle previsioni	monitoraggio periodico del costo del personale, attraverso reportistica derivata dalla procedura WHR e confronto con i dati contabili del servizio bilancio
4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri		Rispetto dei tempi di processo	1) Report semestrale al Nucleo Regionale di Valutazione dei sinistri che da una prima valutazione appaiono potenzialmente superiori alla soglia di euro 250.000,00: 2) Invio al Nucleo Regionale di Valutazione, entro 6 mesi dalla data di richiesta di risarcimento, degli	100% conseguito	

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
			atti relativi ai sinistri risultati a seguito di istruttoria superiori alla soglia di 250.000,00		
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% conseguito	
4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza		Adeguare il Codice di comportamento alle nuove indicazioni nei tempi previsti dalle direttive regionali in materia		Il Codice di Comportamento aziendale sarà approvato entro fine maggio 2018, così come previsto dalla delibera Regionale 96 del 29.1.2018 che ha approvato lo schema-tipo regionale del codice di comportamento.	Approvazione del documento aziendale entro fine maggio 2018
4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza		Adeguare il Piano Triennale per la Prevenzione e Corruzione alle nuove disposizioni regionali in materia, in occasione della prima scadenza prevista		Il Piano per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza ha tenuto conto di tutte le indicazioni regionali e nazionali sul tema ed è stato approvato con delibera della Direzione Generale.	Sono in corso di applicazione tutte le misure di prevenzione previste nel piano triennale e saranno monitorate dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Information Communication Technology (ICT)	GRU: % avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	cfr. prog. 4.3 riga 88	L'attivazione del GRU nell'ambito dell'azienda USL di Modena è pienamente in linea con quanto previsto dalla pianificazione regionale, anzi per quanto ha riguardato l'attivazione della gestione economica dei convenzionati l'azienda, con il consenso del DEC regionale ha anticipato l'attivazione di 6 mesi rispetto alla data originariamente pianificata. Obiettivo raggiunto al 100%	Tutte le attività pianificate sono state espletate nei tempi convenuti.
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Information Communication Technology (ICT)	% adeguamento dei software aziendali all'avvio dei documenti clinici individuati a livello regionale	100%	Tutte le attività pianificate sono state espletate nei tempi convenuti. L'azienda invia già oggi la gran parte di documenti previsti (si veda a questo proposito la documentazione relativa degli stati di avanzamento lavori di CUP2000 che riportano	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
				lo stato di attivazione delle varie interfacce per l'azienda), per la fine dell'anno l'obiettivo sarà raggiunto al 100%	
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Information Communication Technology (ICT)	% offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti	100%	Nel rispetto delle indicazioni dei servizi regionali competenti, l'offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP è stata pari al 100%.	
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Information Communication Technology (ICT)	invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate in ASA	90%	L'Azienda USL di Modena si colloca all'86% di erogato in dematerializzata e con una percentuale di non chiusura del prescritto dell'1,3%. Si considera quindi l'obiettivo raggiunto al 98%	Verranno attuate azioni volte al raggiungimento dell'indicatore del 90% dell'erogato inviato.
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Information Communication Technology (ICT)	Anagrafe regionale assistiti (ARA) Rispetto tempistiche definite dalla Cabina di Regia	100%	L'attivazione di ARA è avvenuta nel rispetto della pianificazione regionale. Tutte le attività predefinite alla attivazione e quelle conseguenti alla attivazione sono state condotte secondo le tempistiche e le modalità concordate con la direzione di progetto regionale. Indicatore: obiettivo raggiunto al 100%	Tutte le attività pianificate sono state espletate nei tempi convenuti.
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Information Communication Technology (ICT)	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo del nuovo gestionale dell'area amministrativo contabile (GAAC).	100%	L'intero progetto GAAC è stato differito, secondo indicazione regionale, pertanto le azioni pianificate per il 2017 sono slittate al 2018. Indicatore: Non Applicabile.	
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Sistema informativo - Nell'ambito delle attività	Presenza di tutti gli interventi programmati erogati	95%	100%	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
	oggetto di monitoraggio, secondo quanto definito dalla DGR 272/2017				
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Sistema informativo - Nell'ambito delle attività oggetto di monitoraggio, secondo quanto definito dalla DGR 272/2017	Valorizzazione del codice nosologico degli interventi erogati	100%	100%	
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Sistema informativo - Nell'ambito delle attività oggetto di monitoraggio, secondo quanto definito dalla DGR 272/2017	% prenotazioni (disponibili in SIGLA) con data di prenotazione coerente alla data di prenotazione presente in SDO	95%	100%	
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Sistema informativo - Nell'ambito delle attività oggetto di monitoraggio, secondo quanto definito dalla DGR 272/2017	n. segnalazioni per giornate di permesso (AT) rispetto al totale sulle schede ordinarie	<1%	0%	
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Sistema informativo - Nell'ambito	% rappresentatività - (n. record) per flusso ministeriale - tra le	100%	Non sono ancora disponibili i dati di SIVER su cui fare una valutazione dell'andamento 2017.	



Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
	delle attività oggetto di monitoraggio, secondo quanto definito dalla DGR 272/2017	banche dati aziendali rispetto alle regionali			
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Sistema informativo - Nell'ambito delle attività oggetto di monitoraggio, secondo quanto definito dalla DGR 272/2017	% aggiornamenti righe/volumi (per chiave o id) - per flusso ministeriale - di aggiornamento di informazioni precedentemente inviate	<15%	Non sono ancora disponibili i dati di SIVER su cui fare una valutazione dell'andamento 2017. Si opererà nella rimanente parte dell'anno per contenere il più possibile i reinvi dei dati in RER	
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Sistema informativo - Nell'ambito delle attività oggetto di monitoraggio, secondo quanto definito dalla DGR 272/2017	% volumi - per flusso ministeriale - trasmessi entro il mese/trimestre/semestre di invio	80%	Non sono ancora disponibili i dati di SIVER su cui fare una valutazione dell'andamento 2017. Questo parametro sarà oggetto di attento monitoraggio, nella rimanente parte dell'anno. Non vi dovrebbero essere problemi a raggiungere l'obiettivo prefissato. Oggi i flussi si attestano mediamente su una percentuale dell'85-90%	
4.6 Piattaforme logistiche e informatiche più forti	Sistema informativo - Nell'ambito delle attività oggetto di monitoraggio, secondo quanto definito dalla DGR 272/2017	Per tutti i flussi/banche dati regionali - comunicazione entro i tempi definiti dei referenti in ambito sanitario e tecnico	100%	Non sono ancora disponibili i dati di SIVER su cui fare una valutazione dell'andamento 2017. Obiettivo raggiunto: i flussi sono stati comunicati entro le tempistiche definite dalla regione. Non vi sono azioni correttive da mettere in campo	

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
4.7. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	Piano investimenti	Trasmissione entro le scadenze prestabilite dei progetti di interventi rientranti nel "Programma di adeguamento alla normativa antincendio", da sottoporre al parere del Gruppo Tecnico per l'ammissione a finanziamento	100%	Le scadenze relative all'anno 2017 sono state rispettate. OBJ raggiunto al 100%	
4.7. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	Piano 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%	Progetti avviati , rispettato obj al 100%	Perfezionamento dei progetti entro la nuova scadenza del 2 maggio 2018 per l'ammissione a finanziamento.
4.7. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	Piano 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	Effettuate nel 2017 le richieste secondo scadenze contrattuali dei cantieri avviati e/o in corso.	Avviati i progetti o in fase di valutazione acquisto attrezzature- impianti sulle somme residue degli interventi conclusi.
4.7. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	Gestione del Patrimonio Immobiliare	Prevenzione incendi: realizzazione e monitoraggio degli interventi di adeguamento	Predisposizione schede di monitoraggio	Effettuato il monitoraggio secondo le indicazioni regionali attraverso l'aggiornamento dello Sharepoint specifico. OBJ raggiunto al 100%	
4.7. Gli investimenti e la gestione del patrimonio	Gestione del Patrimonio Immobiliare	Prevenzione incendi: raccolta ed analisi dei dati relativi agli eventi	Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (pre-	Sono stati comunicati e condivisi i dati relativi agli eventi accidentali (es. attivazione impianto antincendio Depositi Ospedale Carpi) – OBJ raggiunto	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche		incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie	venzione Incendi)	al 100%	
4.7. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	Gestione del Patrimonio Immobiliare	Prevenzione sismica: realizzazione interventi di monitoraggio sismico	Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione sismica)	Compilazione dello Sharepoint specifico Regionale effettuata secondo le indicazioni e le scadenze RER. OBJ raggiunto al 100%	
4.7. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	Manutenzione	Monitoraggio dei costi di manutenzione ordinaria	Predisposizione Report di sintesi con i costi della manutenzione ordinaria e descrizione delle eventuali azioni adottate per ottenere il miglior allineamento possibile del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) alla media regionale	Compilazione delle tabelle specifiche Regionali effettuate secondo le indicazioni e le scadenze RER. OBJ raggiunto al 100%	Partecipazione al Gruppo di Lavoro Regionale al Progetto AGENAS per la redazione delle nuove schede di monitoraggio/rendicontazione sulle Manutenzioni.
4.7. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	Uso razionale dell'energia elettrica e gestione ambientale	Realizzazione e monitoraggio degli interventi di miglioramento, in attuazione della pianificazione regionale	Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale	Compilazione dello Sharepoint specifico Regionale effettuata dall'Energy Manager secondo le indicazioni e le scadenze RER. OBJ raggiunto al 100%	
4.7. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	Tecnologie biomediche	Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato	Trasmissione secondo scadenze stabilite	Elaborazione e trasmissione del piano investimenti come da scadenza	Analisi parco attrezzature ed esigenze tecnologiche sia per mantenimento che per nuove attività
4.7. Gli investimenti e la gestione del patrimonio	Tecnologie biomediche	Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature	Aggiornamento secondo scadenze stabilite da decreto	Aggiornamento eseguito come da scadenze	Attività di verifica e aggiornamento dati

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche		Sanitarie			
4.7. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	Tecnologie biomediche	Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRBT	100% delle tecnologie	Inviare istruttorie (TAC Carpi)	Attività di analisi di utilizzo e fattibilità tecnica
4.7. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	Tecnologie biomediche	Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici.	Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite	Elaborazione dati di utilizzo delle tecnologie indicate ed invio alla scadenza indicata.	Attività di verifica e aggiornamento dati
5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	contrasto rischio infettivo associato all'assistenza	Partecipazione al sistema di sorveglianza SICHER calcolato come % di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza (il valore di copertura è stato calcolato considerando, per ciascuna Azienda, le tre categorie di intervento con il maggior numero di interventi sorvegliati)	% procedure sorvegliate (int. non ortopedici sorvegliati) sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza (periodo di rif 1 semestre dell'anno)	Nel corso del 2017 è stato sorvegliato l'88% delle procedure da sorvegliare. I dati sono stati trasmessi in Regione entro la data di scadenza prevista (31 ottobre 2017).	I dati sono stati rilevati retrospettivamente, attraverso la consultazione della documentazione clinica informatizzata (registro operatorio, cartella clinica, cartella ambulatoriale). Tale modalità è stata necessaria in quanto l'informatizzazione della sorveglianza è stata implementata a partire dalla seconda metà di maggio.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
5. Le attività presidiate dall'Agenda Sanitaria e Sociale Regionale	implementazione igiene delle mani	Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario	20 litri per 1000 giornate di degenza.	Nel 2017 il consumo medio di gel idroalcolico negli ospedali del Presidio è stato di 17,2 litri per 1.000 giornate di degenza (Carpi 19,4; Mirandola 14,9; Pavullo 17,1; Vignola 15). Il dato conferma la tendenza verso un miglioramento dell'indicatore.	Osservazioni sul campo per rilevare il grado di adesione all'igiene delle mani del personale sanitario; predisposizione e diffusione di un opuscolo informativo sull'igiene delle mani rivolto agli assistiti, ai visitatori e ai caregiver; individuazione e formazione degli "osservatori" delle Unità Operative del Presidio Ospedaliero utilizzando il sistema MappER (Mani App Emilia Romagna); iniziative per celebrare la Giornata mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio); monitoraggio del consumo di gel idroalcolico e del sapone con invio trimestrale dei dati alle Unità Operative del Presidio
5. Le attività presidiate dall'Agenda Sanitaria e Sociale Regionale	stretto monitoraggio monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi	% 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). Nell'ambito di tale attività di sorveglianza nel 2017 è stato inserito nello SMI il 100% delle batteriemie riscontrate.	
5. Le attività presidiate dall'Agenda Sanitaria e Sociale Regionale	HTA	Applicazione dei criteri condivisi nel 2016 per segnalare i dispositivi di interesse regionale candidabili a una vtz secondo me-	Evidenza	Attività garantita nell'ambito delle attività del Nucleo Locale di Valutazione DM e della Commissione DM di area vasta	Attività nell'ambito del Nucleo Locale di Valutazione dei DM e della Commissione DM di area vasta. Vedi verbali. Elaborazioni dato RIS-PACS.

## Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
		totologia HTA			
5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Percorso di avvicinamento all'accREDITAMENTO (DGR 1604/2015)	Verifica dei requisiti di accREDITAMENTO: produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione	Sì	Effettuata l'autovalutazione coinvolgendo la rete dei Referenti Qualità negli incontri programmati tra la fine del 2016 e il 2017; condividendo le scelte di adeguamento alla DGR con gli Uffici Qualità delle Aziende di Area Vasta Emilia Nord e coinvolgendo le strutture aziendali interessate elaborando una WBS di Staff nel marzo 2016 revisionata nel settembre 2017 e una WBS di livello operativo sperimentata in Area Nord in una unità operativa di medicina, in Area Sud in una unità operativa di chirurgia e in un servizio territoriale di Area Centro	
5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	sostenere l'attività istituzionale di verifica requisiti di accREDITAMENTO	Verifica dei requisiti di accREDITAMENTO: numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati	0,7	78%. Il dato è fornito direttamente dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	
5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale		Formazione continua nelle aziende sanitarie: progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo;	Almeno 2	Nel corso del 2017 la Funzione Formazione è stata oggetto di un progetto di riorganizzazione, i Referenti Centrali e i Referenti Locali della Formazione sono stati coinvolti in un percorso formativo con il supporto delle Colleghe dell'ASSR-Area Formazione. Durante questo intervento formativo, sono stati selezionati gli interventi da sottoporre a valutazione con l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo: il PF Mat 2017 e il corso di formazione residenziale "La prevenzione dei danni da movimentazione manuale dei carichi".	
5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale		Formazione continua nelle aziende sanitarie: progettazione di eventi formativi con	Almeno 1	Sono stati selezionati gli interventi da sottoporre a valutazione con l'obiettivo di misurare l'efficacia delle azioni formative: il corso di formazione residenziale "Clinical competence in	

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Relazione sulla gestione - anno 2017

Obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2017 (DGR 830 del 12/6/2017)	Area/Obiettivo	Indicatore	Atteso 2017 (da DGR 830/2017)	Risultati Conseguiti	Azioni intraprese / in corso
		misurazione dell'efficacia delle azioni formative		EGA", il PF Esordi Psicotici, il PF Il lavoro di rete tra Servizi DP dell'AUSL di Modena e EEAA e il progetto formativo a supporto della Sperimentazione gestionale SPDC-RTI a Carpi.	