



## **Piano di budget 2019: risultati**

### **UOC Controllo di Gestione Qualità e Sicurezza**

*I dati contenuti nella relazione fanno riferimento alle elaborazioni effettuate attraverso il data warehouse aziendale alla data 29 gennaio 2020, quando risultano non ancora chiuse/consolidate 195 SDO. I dati possono di conseguenza essere oggetto di variazione in relazione al numero di schede processate.*

## Premessa

Come da procedura consolidata la relazione è articolata nelle sezioni

1. contratto di produzione A.Li.Sa – Istituto Gaslini: obiettivi e risultati conseguiti;
2. dati di tendenza a confronto;
3. esito del piano budget 2019 dell'Istituto

### 1. Contratto di produzione A.Li.Sa. – Istituto Gaslini: obiettivi e risultati conseguiti.

Con deliberazione n. 368 del 06/05/2019 si è proceduto alla presa d'atto dell'accordo contrattuale con A.Li.Sa per l'erogazione di prestazioni previste dai LEA relative ad attività ospedaliere e di specialistica ambulatoriale – triennio 2019-2021 che ha previsto per l'anno 2019.

L'accordo ha previsto di riconoscere:

- ✓ remunerazione standard massima per l'attività ospedaliera e ambulatoriale fissata in € 75.232.000 (range +/-7%)
- ✓ remunerazione orientata massima pari a € 1.535.000 raggiungibile mediante l'incremento dell'attività riconducibile ai DRG di elevata complessità pediatrica riconosciuti in sede di mobilità interregionale
- ✓ percorso di rafforzamento del ruolo di hub regionale e sovregionale pari a € 1.000.000;

Verifica del risultato:

la valutazione dei risultati al momento attuale non può che avere carattere preliminare ed interlocutorio in quanto A.Li.Sa. non ha ancora comunicato l'esito delle valutazioni, tuttora in corso.

Dai estratti dal datawarehouse regionale, aggiornati al mese di ottobre 2019 (ultimi disponibili) con proiezione a fine esercizio si evince:

- ✓ remunerazione standard. € 78.819.641 (il dato è da ritenersi sottostimato in quanto non comprensivo dei cicli di dh non ancora chiusi);
- ✓ remunerazione elevata complessità: - € 377.383 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente; il dato dovrà essere oggetto di verifica a chiusura di tutte le SDO del periodo;
- ✓ confermato il percorso di rafforzamento del ruolo di hub regionale e sovregionale pari a € 1.000.000.

## 2. Dati a confronto dell'ultimo triennio

La tabella 1 riporta l'andamento dei principali indicatori di attività.

**Tab. 1 Dati di attività**

	2017	2018	2019
<b>DEGENZA ORDINARIA</b>			
N.° medio posti letto attivi nel periodo (escluse culle)	293	294	306
Durata media degenza	5,59	5,69	5,63
N° dimessi	14.634	14.154	14.742
di cui n° dimessi fuori regione	5.986	5.883	6.085
Peso Medio	1,08	1,15	1,11
Tasso di Occupazione	92,17	88,27	86,71
Intervallo di turn over	1,11	1,17	1,33
Indice di rotazione	54,10	52,68	51,99

<b>DAY HOSPITAL</b>			
n° accessi di DH e DS	26.120	26.679	25.001
n° cicli di DH e DS	15.160	14.819	14.696
di cui n° cicli DS	1.918	1.590	1.720
<b>PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b>			
Di cui diagnostica in sedazione radiologica e neuroradiologica	1.844	2.012	2.302

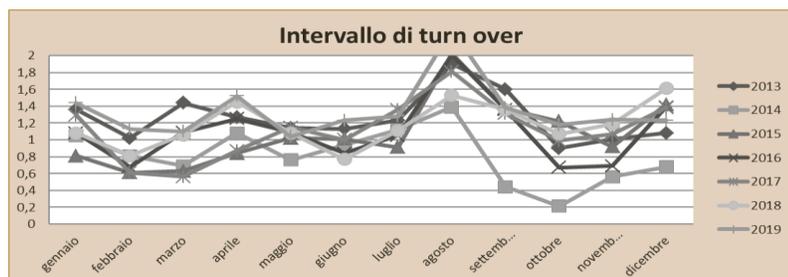
L'andamento nel triennio evidenzia per l'ultima annualità incremento dei volumi di attività in ricovero ordinario con incremento della quota dei pazienti provenienti da fuori regione.

In trend le prestazioni di day surgery e quelle ambulatoriali; incrementate quelle di diagnostica radiologica e neuroradiologica in sedazione..

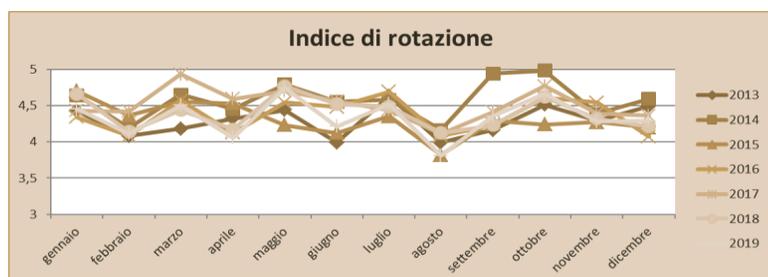
Significativo l'incremento di complessità della casistica.

Sostanzialmente stabili complessità della casistica.

**Fig. 1 Intervallo di turn over**



**Fig. 2 Indice di rotazione**



Nelle figure 1 e 2 è rappresentato l'andamento dei principali indicatori di efficienza di utilizzo dei posti letto.

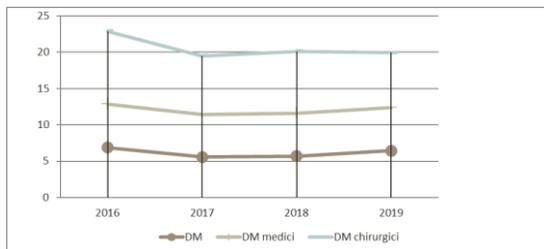
Ridotto il tasso di occupazione nell'ultimo anno; poco significative le variazioni riguardanti gli altri parametri.

Nelle diverse annualità si conferma la fisiologica variazione stagionale con migliore performance nei mesi invernali e, pur constatando una progressiva maggiore efficienza, ancora margini di miglioramento.

In figura 3 è rappresentata la durata media della degenza nelle diverse annualità, complessiva e riferita ai casi medici ed a quelli chirurgici.

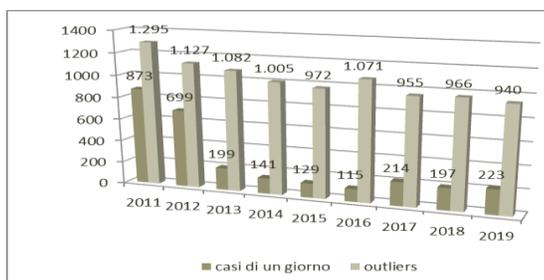
Anche per questo indicatore le variazioni sono poco significative.

**Fig. 3 Durata della degenza**

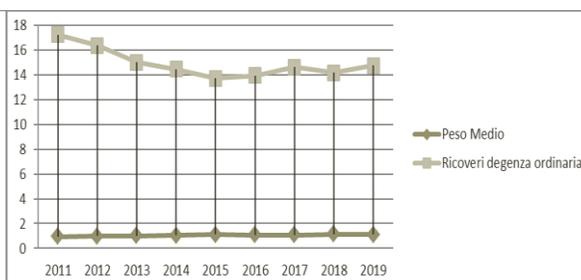


In figura 4 viene riportato l'andamento del numero dei casi di un giorno e di quelli outliers. I primi rappresentano i ricoveri in regime ordinario con durata della degenza inferiore a due giornate e comprendono sia i casi di pazienti entrati ed usciti nella stessa giornata, sia quelli con una sola notte trascorsa in ospedale. I casi outliers riguardano i ricoveri in regime ordinario la cui durata della degenza è superiore alla soglia specifica prevista per il DRG di riferimento. Nel 2019, nel rispetto dei criteri di appropriatezza, si evidenzia la riduzione del numero degli outliers.

**Fig. 4 Casi di un giorno e outliers**



**Fig. 5 Volumi e complessità della casistica**

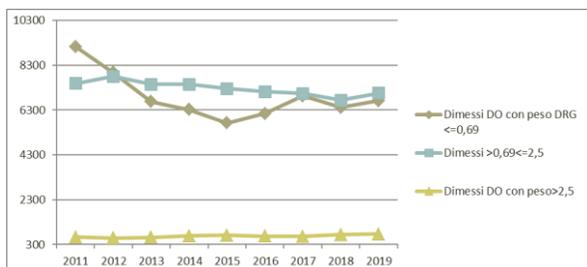


La figura 5 correla la numerosità dei ricoveri e la loro relativa complessità. In tabella 2 viene riportato il trend riguardante il peso medio, indicatore indiretto della complessità della casistica, riferito a pazienti liguri e di fuori regione. In figura 6 la numerosità della casistica per fascia di complessità.

**Tab. 2 Complessità della casistica per provenienza**

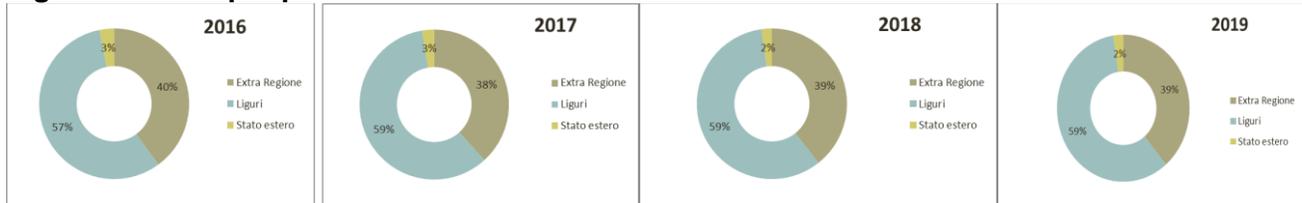
	2016	2017	2018	2019
P.M. pazienti liguri	0,97	1,09	1,04	1,07
P.M. pazienti da fuori regione	1,18	1,18	1,24	1,22

**Fig. 6 Andamento della casistica per fasce di complessità**



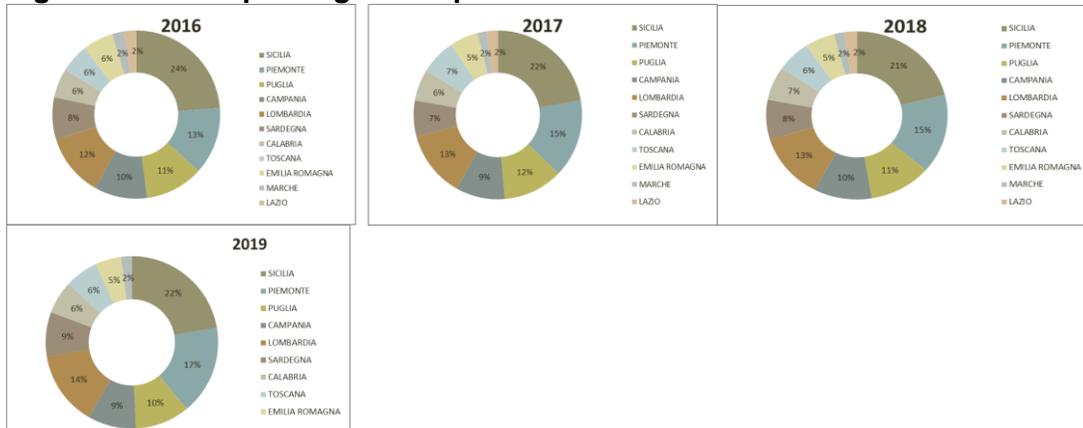
La figura 7 rappresenta la quota percentuale dei pazienti secondo provenienza nell'ultimo triennio.

**Fig. 7 Casistica per provenienza**



In figura 8 viene rappresentata la quota percentuale dei pazienti reclutati in ricovero ordinario negli stessi anni per regione di provenienza, con numerosità interna superiore a 100 casi.

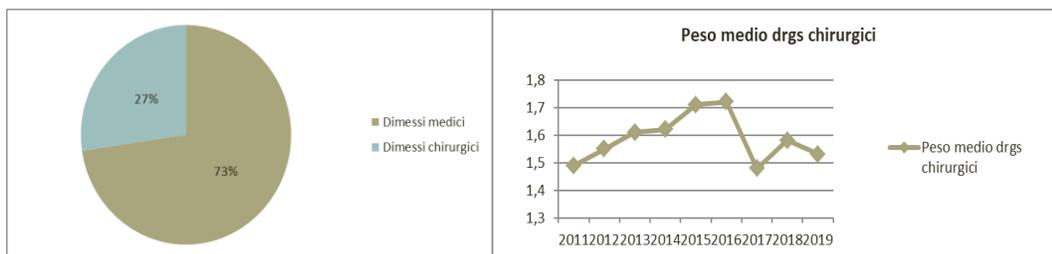
**Fig. 8 Attrazione per Regione di provenienza**



In figura 9 viene rappresentata la quota percentuale dei DRGs chirurgici sul totale della casistica nel 2019.

Nel 2019 non si è confermata la ripresa della complessità media dei casi chirurgici registrata lo scorso anno rispetto ai valori registrati fino al 2016 (figura 10).

**Fig. 9 Casistica medica e chirurgica Fig. 10 Complessità casistica chirurgica**



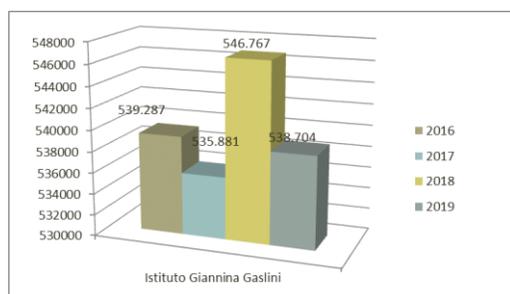
I volumi di attività chirurgica si sono riportati ai valori del 2017.

**Tab. 3 Attività chirurgica**

	2017	2018	2019
Interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche in sedazione	8.284	8.070	8.218
Interventi parto analgesia	411	404	383
Accessi vascolari	273	262	277
Interventi odontoiatria ODG	124	140	131
Interventi dermatologia ODG	886	871	839

Le prestazioni diagnostiche erogate per pazienti esterni (di laboratorio, di radiologia, di consulenze specialistiche) sono state complessivamente 538.704.

**Fig. 11 Attività ambulatoriale**



Nelle tabelle 4 e 5 viene riportato, rispettivamente, l'elenco dei 10 DRGs a maggiore complessità e quello a maggiore frequenza.

**Tab. 4 DRG più complessi**

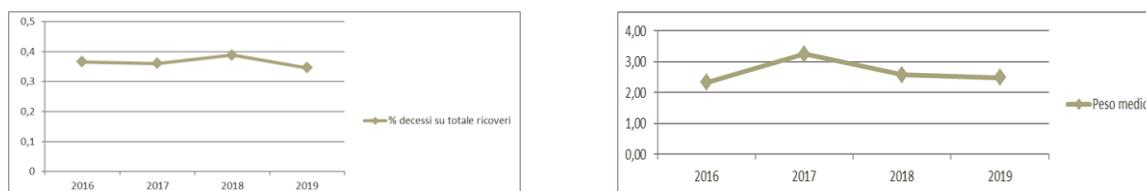
Elenco dei 10 DRG a maggiore complessità	N. casi	Peso medio
(481) trapianto di midollo osseo - chirurgico	36	15,51
(541) ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica - chirurgico	15	12,43
(302) trapianto renale chirurgico	4	10,29
(386) neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio - medico	203	8,69
(542) tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non rela - chirurgico	4	8,54
(104) int. valvole cardiache con cateterismo cardiaco - chirurgico	3	6,06
(496) artrodesi vertebrale combinata anteriore/posteriore - chirurgico	5	5,18
(546) artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o - chirurgico	23	5,01
(105) int. valvole cardiache senza cateterismo cardiaco - chirurgico	15	4,56
(485) reimpianto arti, int. anca, femore per traum. riliev - chirurgico	1	4,49

**Tab. 5 DRG più frequenti**

Elenco dei 10 DRG a maggiore frequenza	N. casi	Peso medio
(060) tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' < 18 – chirurgico	673	0,40
(391) neonato normale – medico	666	0,16
(373) parto vaginale senza diagnosi complicanti – medico	613	0,44
(035) altre mal. sist. nervoso senza cc – medico	457	0,68
(087) edema polmonare e insuff. respiratoria - medico	368	1,22
(371) parto cesareo senza cc – chirurgico	325	0,73
410) chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta – medico	322	0,75
(333) altre dia. rene e vie urinarie, eta' <18 – medico	319	0,61
(098) bronchite e asma, eta' < 18 – medico	293	0,38
(017) mal. cerebrovascolari aspecifiche senza cc – medico	248	0,85

La percentuale dei pazienti deceduti sul totale dei ricoveri è sostanzialmente stabile nel quinquennio (fig. 12); la figura 13 li correla la complessità della casistica.

**Fig. 12 Percentuale dei decessi sui ricoveri Fig. 13 Peso medio pazienti deceduti**

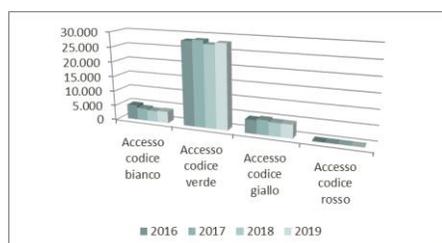


In tabella 6 sono riportati i dati più significativi di attività del pronto soccorso. La figura 14 rappresenta la numerosità dei pazienti per codice colore.

**Tab. 6 Attività e accessi al pronto soccorso**

	2016	2017	2018	2019
n. accessi totali in PS	35.614	35.686	33.845	34.757
di cui n. accessi traumi ortopedici	3.374	3.401	3202	3.377
N. accessi ginecologici	2.206	2.104	1.959	1.911
Ricoveri da PS	2.927	2.935	2.846	2.743
n. OBI	2.228	2.202	2.045	2.140
n. allontanamenti da PS	633	661	498	631

**Fig. 14 Accesso per codice colore**



In tabella 7 sono riportati i dati più significativi di costo e ricavo secondo i criteri assunti in contabilità direzionale per quanto previsto nelle schede di budget delle unità operative complesse.

Non figurano quindi, fra i ricavi, i conti verso enti, le entrate proprie né altri finanziamenti eventualmente erogati dalla Regione Liguria se non per attività produttiva propria dell'Istituto.

I dati di costo sono valorizzati "a costo medio" per consegnato all'unità operativa nell'arco temporale di riferimento, sempre secondo i criteri della contabilità direzionale.

I dati relativi alla valorizzazione del personale, comprensivi di oneri, ancora una volta nel rispetto dei criteri della contabilità direzionale, comprendono il personale universitario valorizzato a costo medio e non includono quello interinale.

In ordine a queste considerazioni i dati riportati non debbono essere assunti per un confronto diretto con i dati di bilancio.

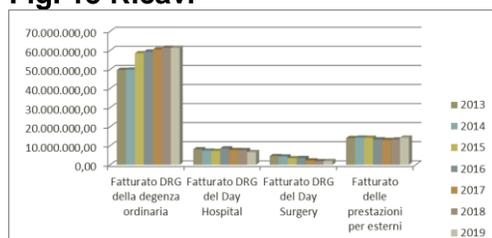
I dati sono da ritenersi ancora preliminari in attesa delle procedure di consolidamento di fine anno.

**Tab.7 Dati di costo e ricavo**

	2016	2017	2018	2019
Fatturato DRG della degenza ordinaria	59.336.119	60.473.879	61.336.941	61.319.354
Fatturato DRG del Day Hospital	8.528.246	7.732.834	7.650.898	6.647.943
Fatturato DRG del DaySurgery	3.519.781	2.219.845	1.883.263	1.943.171
Fatturato delle prestazioni per esterni	13.282.683	13.022.879	13.244.477	14.247.368
di cui accessi da PS	695.445	691.030	681.640	351.063
di cui OBI	479.100	487.200	461.400	221.700
<b>TOTALE DEI RICAVI</b>	<b>84.666.830</b>	<b>83.449.438</b>	<b>84.115.579</b>	<b>84.157.836</b>
costo dei farmaci	13.817.075	15.828.464	18.104.275	17.965.874
di cui farmaci a dispensazione diretta	7.002.413	7.808.265	6.721.336	8.284.919
di cui farmaci innovativi extra budget		955.442	2.934.270	2.692.123
costo diagnostici	7.920.178	7.678.532	7.400.401	6.896.251
costo dei materiali sanitari	8.862.990	8.412.571	8.395.855	8.812.242
costo dei materiali tecnico-economali	446.603	399.699	319.002	319.602
Costo lavanderia	3.208.391	3.076.434	2.571.823	2.497.744
Costo pulizie	4.250.364	4.259.946	4.031.877	3.974.149

In figura 15 sono riportati i ricavi per componente di attività.

**Fig. 15 Ricavi**



In tabella 8 sono riportati i costi per punto DRG: l'indicatore esprime una rappresentazione di sintesi circa la correlazione fra costi sostenuti e tipologia di attività.

**Tab. 8**

	2016	2017	2018	2019
Valore complessivo costi diretti per punto DRG	6.064	6.249	6.107	6.372
Costo farmaci per punto DRG	272	319	454	396
Costo materiali sanitari per punto DRG	354	334	335	364

### 3. Piano budget 2019

In tabella 9 vengono riportati i risultati a consuntivo 2019 rispetto agli obiettivi di budget ed i relativi scostamenti

**Tab. 9 Risultati di budget**

	Budget negoziato 2019	Consuntivo	Scostamento
<b>Area volumi</b>			
n.dimessi DO	14.779	14.742	-37
di cui n.dimessi extra Regione	6.187	6.085	-102
giornate di degenza intero ricovero	96.228	94.848	-1.380
N.cicli chiusi di Day Hospital	12.400	12.976	576
di cui n.cicli chiusi di Day Surgery	1.598	1.720	122
Consulenza e prestazioni specialistiche pazienti interni	1.584.804	1.762.368	177.564
Prestazioni ambulatoriali	601.335	538.704	-62.631
di cui di diagnostica radiologica e neuroradiologica (pz interni ed esterni) in sedazione	2.300	2.302	2
Interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche in sedazione senza flag team vie aeree	8.259	7.802	-457
Interventi team vie aeree	341	327	-14
Interventi parto analgesia	450	383	-67
Accessi vascolari	280	277	-3
Interventi dermatologia ODG	850	839	-11
Interventi odontoiatria ODG	230	221	-9
Peso Medio	1	1	0
Peso medio pazienti transitati senza dimessi	3	3	0
D.M. (con passaggi)	5	6	0
Tasso di Occupazione DO	92	87	-5
Costo farmaci assistenza (innovativi)	14.999.999	17.965.874	2.965.875
di cui Costo qarziba	366.848	1.553.344	1.186.496
di cui Costo Spinraza pazienti extra liguri	457.380	50.820	-406.560
di cui Costo Spinraza pazienti liguri	1.372.140	965.580	-406.560
di cui costo revestive	112.968	122.379	9.411
Costo diagnostici assistenza	7.413.388	6.896.251	-517.137
Costo dispositivi e altro materiale sanitario assistenza	9.199.989	8.812.242	-387.747
Costo materiali tecnico economici assistenza	400.749	319.602	-81.147
Costo lavanderia	2.800.000	2.497.745	-302.255
Costo pulizie	4.000.000	3.974.150	-25.850
Fatturato DRG della Degenza Ordinaria	61.510.137	61.319.354	-190.783
Fatturato DRG del day hospital	7.859.316	6.647.943	-1.211.373
Fatturato DRG del day surgery	1.893.290	1.943.171	49.881
Fatturato delle prestazioni per esterni	16.563.869	14.247.369	-2.316.501
Fatturato attività interne	19.892.112	18.812.440	-1.079.672

## 4. Prospettiva della qualità delle cure e sicurezza dei pazienti

### 4.1 premesse di metodo

Il livello complessivo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni dipende fortemente dall'adeguamento a modelli organizzativi orientati al cambiamento e dalla crescita delle capacità relazionali, tecniche e gestionali di tutti gli operatori.

Per questo motivo l'Istituto Giannina Gaslini ha adottato un programma della qualità integrato per gli anni 2019-2021 con la consapevolezza che è necessario rispondere ai cambiamenti mettendo il "paziente al centro". Il miglioramento continuo della qualità è un programma integrato fondato su cambiamenti organizzativi di sistema e disegnato per generare e sostenere una cultura attenta all'utenza pediatrica.

Il miglioramento della qualità deve intendersi integrato con la cultura della sicurezza del paziente e con l'area del rischio clinico affinché possano migliorare processi ed esiti con attenzione al controllo degli effetti avversi.

L'obiettivo principale del Programma è quello di generare con tutti gli operatori, a tutti i livelli, un approccio coerente con le strategie organizzative e orientato ai bisogni del paziente pediatrico e della sua famiglia, all'interno del quale devono essere misurate e continuamente migliorate le prestazioni erogate.

I metodi e gli strumenti adottati nei Programmi precedenti sono confermati con l'intento di consolidarli nella professionalità degli operatori, mediante interventi di formazione sia in aula che sul campo.

L'integrazione tra i requisiti dell'accreditamento istituzionale, l'accreditamento JCI, in fase di rinnovo nel corso del 2020, le norme ISO 9001, e altri modelli richiesti da delibere nazionali e regionali costituisce la modalità scelta dalla Direzione per orientare i professionisti e governare l'Istituto.

Gli obiettivi aziendali relativi all'attività di risk management indicano un percorso finalizzato ad ottenere "un approccio ai rischio clinico sistematico", che riguarda tutte le fonti di rischio e che si concentra sia sul versante proattivo che reattivo.

Le parole chiave che hanno guidato l'attività 2019 e costituiranno riferimento per il 2020 sono quindi integrazione e sistematicità nel controllo e contenimento dei rischi, così come si evince da quanto segue:

- ✓ cultura del rischio: la nuova metodologia acquisita e le tematiche relative alla sicurezza sono state condivise con ampia diffusione informativa su tutti i livelli aziendali: ogni dipendente si è partecipe e ha gli strumenti per sentirsi parte di un progetto aziendale.
- ✓ progettazione: integrazione fra iniziative progettuali mirate ad aree di rischio specifiche che attengono a criticità comuni alle varie strutture e condivisione delle azioni correttive e preventive intraprese dal management aziendale;
- ✓ comunicazione: integrazione dei flussi informativi.

### 4.2 Il sistema qualità

Il sistema qualità dell'Istituto ha assunto quali modelli metodologici di riferimento:

#### 1. Accreditamento Istituzionale Regione Liguria.

Il percorso di accreditamento è regolato dalla legge regionale 30 luglio 1999 N° 20. L'istituto Giannina Gaslini ha ottenuto l'accreditamento istituzionale con Deliberazione della Giunta Regionale n.668 del 21/5/2009, soddisfacendo i requisiti richiesti ed è stato rinnovato con decreto dirigenziale n. 15 del 04/08/2017.

Stato di avanzamento: aggiornato il sistema documentale; in attesa di visita ispettiva;

## 2. Accreditemento Joint Commission International

L'Istituto è accreditato dal novembre 20017 e riceve la visita di mantenimento della certificazione su base triennale. standard si applicano a tutta l'organizzazione nella sua interezza

Stato di avanzamento: aggiornato il sistema documentale; eseguiti audit; eseguita mock survey gennaio 2020; in attesa di visita ispettiva fissata dal 6 al 10 aprile 2020;

## 4. Certificazione ISO 9001

Sono certificati con ISO 9001/2015 i laboratori, il centro trasfusionale, la cell factory e l'Ufficio Formazione.

Stato di avanzamento: aggiornato il sistema documentale; eseguiti audit; in attesa di visita ispettiva prevista per febbraio 2020;

## 4. Certificazione Regionale Centro Immunotrasfusionale

Stato di avanzamento: confermato nel corso dell'anno 2019;

## 3. Accreditemento JACIE

In fase di conclusione.

Stato di avanzamento: aggiornato il sistema documentale; eseguiti audit; visita di accreditamento prevista per maggio 2020;

## 4. Centro Nazionale Trapianti

Accreditamento Centro Nazionale Trapianti; confermato a gennaio 2020.

Stato di avanzamento: confermato nel corso dell'anno 2019.

### **4.3 Il piano di lavoro nel corso del 2019**

Tenuto conto degli esiti degli audit condotti durante l'anno precedente, delle criticità emerse, delle indicazioni ricevute dalla leadership ha focalizzato l'attenzione sulle aree tematiche di seguite indicate.

Si rimanda alla reportistica di riferimento che attesta i risultati analitici conseguiti.

- A. Tenuta della documentazione sanitaria: in stretta integrazione con il percorso di informatizzazione della cartella elettronica.
  - a. aggiornamento procedura "copy & paste";
  - b. test fermi informatici programmati e no;
  
- B. Obiettivi internazionali per la sicurezza dei pazienti: focalizzazione sulle problematiche riguardanti:
  - a. migliorare l'efficacia della comunicazione: efficacia della comunicazione verbale e comunicazione dei risultati critici;
  - b. conservazione elettroliti ad alta concentrazione e farmaci high alert;
  - c. garantire la sicurezza in chirurgia: verifica pre-operatoria e conduzione del time out;
  - d. revisione e aggiornamento delle procedure riguardanti il lavaggio mani, il rispetto della dress policy e in generale delle misure di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali;
  - e. screening cadute area ambulatoriale: aggiornamento della procedura e formazione del personale;
  
- C. Programma trapianti: aggiornamento ed integrazione delle procedure;
  
- D. Assistenza anestesologica e chirurgica: revisione ed implementazione della procedura per la gestione di dispositivi medici impiantabili;

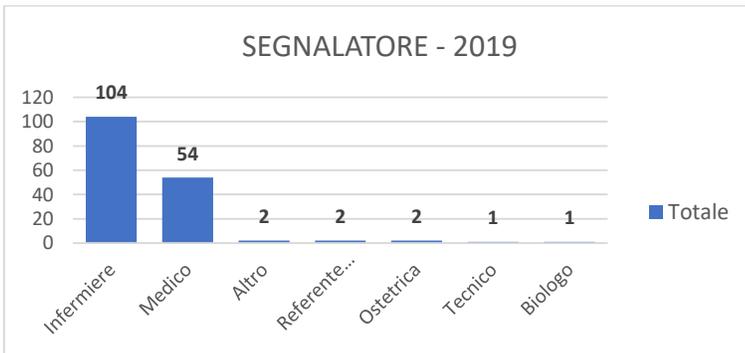
- E. Gestione farmaci e presidi: revisione ed aggiornamento del piano di sistema;
  - a. informatizzazione terapia secondo il foglio elettronico di gestione,
  - b. inserimento "on line" del prontuario terapeutico ospedaliero;
  - c. revisione e sistematizzazione del sistema di audit;
  
- F. Miglioramento qualità e sicurezza: revisione del processo di selezione di indicatori trasversali a tutto l'ospedale;
  - a. identificazione e gestione degli eventi sentinella: affinamento delle modalità di conduzione di root cause analysis con identificazione delle cause e azioni conseguenti per ridurre la reiterazione;
  - b. implementazione sistema incident reporting; z
  
- G. Prevenzione e controllo infezioni: revisione del piano annuale di attività;
  - a. aggiornamento procedure riguardanti misure barriera e procedure di isolamento;
  - b. gestione massiccio afflusso di pazienti;
  - c. pianificazione della risposta a emergenze correlate a malattie trasmissibili: revisione punti di primo contatto, azioni conseguenti; effettuazione esercitazione ed azioni conseguenti;
  
- H. Governo e leadership: implementazione delle azioni atte a favorire la crescita della cultura della sicurezza;
  - a. esecuzione questionario AHRQ,
  - b. esame dei risultati ed azioni conseguenti;
  - c. rafforzamento sistema di reporting;
  - d. implementazione linee guida e selezione delle 5 aree prioritarie di riferimento;
  - e. Monitoraggio contratti ed outsourcing;
  
- I. Revisione e aggiornamento dei piani:
  - a. sicurezza e vigilanza;
  - b. materiali pericolosi;
  - c. emergenze;
  - d. protezione anti-incendio;
  - e. apparecchiature medicali;
  - f. impianti tecnologici;
 azioni conseguenti per l'implementazione dei percorsi di miglioramento;
  
- J. Qualificazione e formazione del personale:
  - a. redazione del piano formativo annuale;
  - b. aggiornamento fascicoli;
  - c. corsi di rianimazione cardio-polmonare secondo cronoprogramma;
  
- K. Formazione medica e universitaria:
  - a. adeguamento fascicoli;
  - b. orientamento dei medici in formazione;
  - c. verifica privilegges.

## 5. Analisi eventi avversi

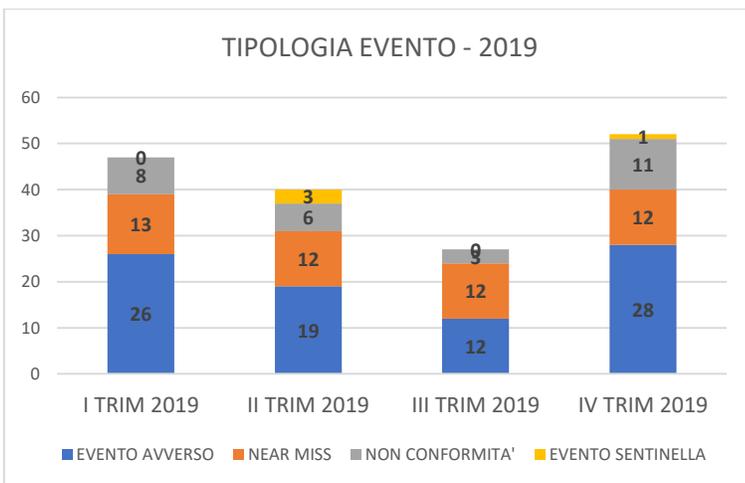
La figura rappresenta il tasso di segnalazione degli eventi avversi: si riscontra un incremento rispetto all'anno precedente, il dato è da ritenersi positivo in quanto indicativo della crescita della cultura della sicurezza in Istituto.

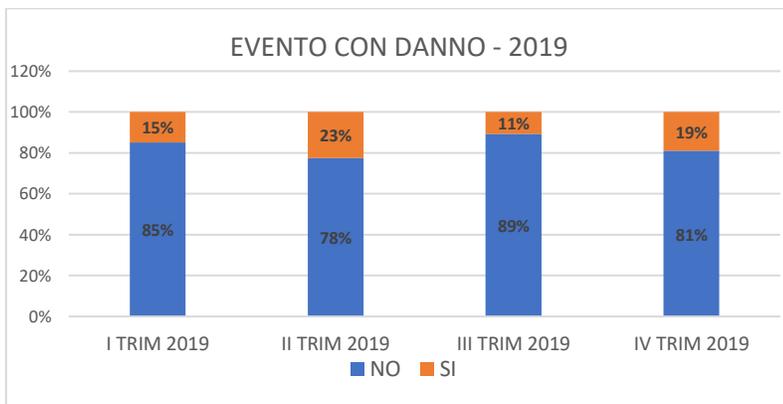


Come già per gli anni scorsi si rileva una maggiore attenzione alla segnalazione da parte del personale infermieristico.

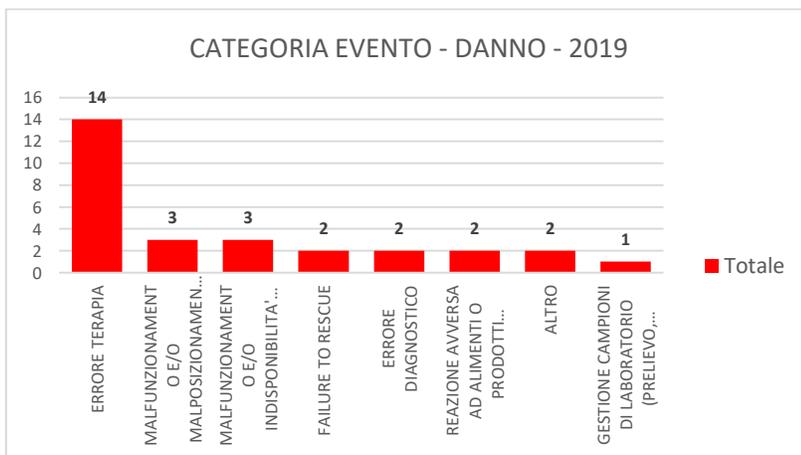
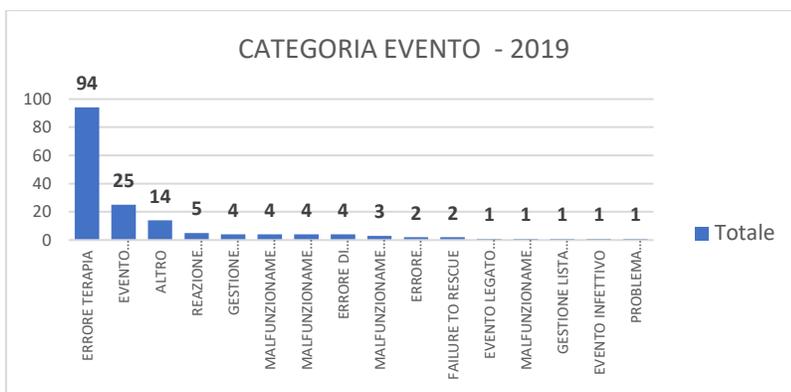


L'andamento per tipologia di evento segnalato non evidenzia significative variazioni nel corso del periodo in esame, sia in assoluto che per tipologie di eventi con danno.

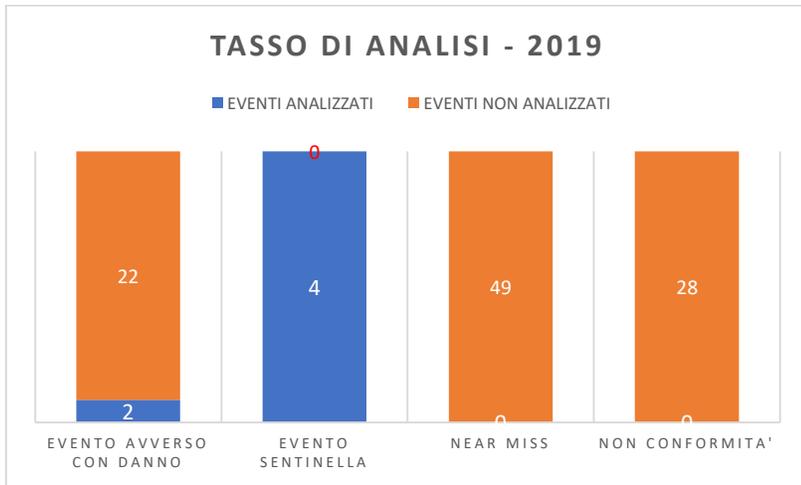




Gli errori di terapia rappresentano la ricorrenza più significativa di errori, sia in assoluto che riferiti agli eventi con danno.



Il tasso di analisi è del 100 % per gli eventi sentinella, del 50 % per i near miss.



## 5.1 Carmina

Secondo il modello consolidato adottato da A.Li.Sa. i programmi in atto per implementare la qualità delle cure e supportare i programmi di miglioramento a sostegno della sicurezza dei pazienti sono stati valutati attraverso il modulo denominato CARMINA.

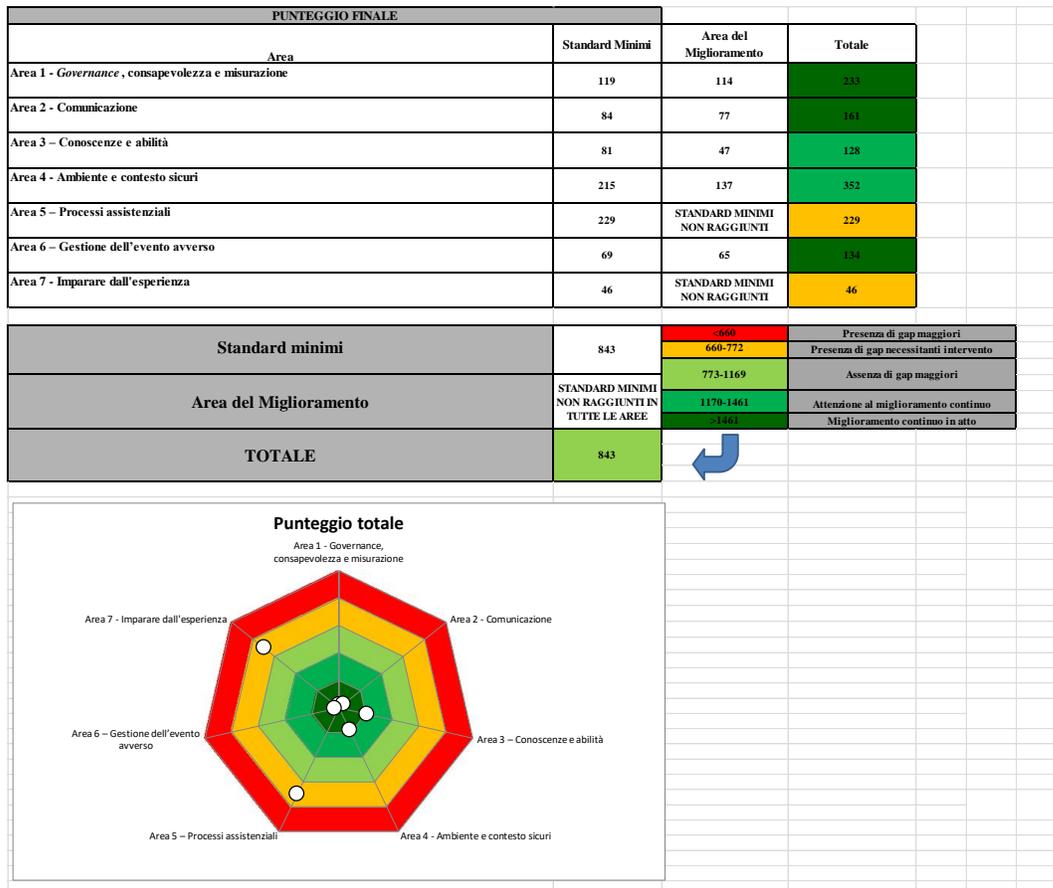
Il modulo consente una rappresentazione grafica delle aree che lo compongono con possibilità di focalizzare istantaneamente punti di forza e di debolezza e, quindi, i settori che necessitano l'implementazione di percorsi di miglioramento.

Contestualmente fornisce un contributo nell'analisi del fabbisogno formativo e organizzativo dell'azienda e consente una rapida identificazione degli obiettivi/indirizzi strategici da implementare.

Il modulo è articolato in sette aree:

1. governance e misurazione delle attività;
2. comunicazione;
3. conoscenze e abilità;
4. ambiente e contesto sicuri
5. processi assistenziali;
6. gestione dell'evento;
7. imparare dall'esperienza.

Di seguito il posizionamento dell'Istituto Gaslini per i parametri delineati nell'anno 2019.



## 6. Progetti strategici di collaborazione internazionale

Le progettualità più rilevanti sviluppate nel 2019 hanno riguardato:

### Obiettivi:

#### A) Progetti di collaborazione con centri di eccellenza

interazione con centri di eccellenza per l'acquisizione di nuove tecnologie/conoscenze/competenze; sviluppo di progetti innovativi di ricerca clinica; programmi congiunti per il miglioramento della qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti; attività di benchmarking volta al miglioramento continuo.

#### B) Progetti di supporto per formazione e sviluppo:

sviluppo di programmi di formazione on the job, missioni di insegnamento presso la sede del committente anche con erogazione di prestazioni assistenziali; accoglimento presso l'Istituto di personale in training e pazienti ad alta complessità non assistibili nel paese d'origine.

Tutta la progettualità è finanziata dal committente o da enti terzi configurando un utile per l'Istituto.

#### C) Intese di cooperazione sanitaria internazionale e di aiuto umanitario

offrire opportunità formative al personale di strutture sanitarie localizzate in paesi in via di sviluppo o aree post-conflitto, e trattamenti sanitari a favore di pazienti affetti da patologie complesse non curabili in loco, anche avvalendosi del supporto di enti terzi (Associazioni, Fondazioni, Ong, ecc).

### Risultati conseguiti:

Nel 2019 sono stati realizzati:

A) accordi di collaborazione internazionale: sono stati ratificati 8 accordi così suddivisi:

- 1 accordo con National Institute of Child Health (NICH) of Karachi - Pakistan
- 1 accordo con l'Associazione onlus Terre des Hommes su Libia
- 1 accordo con l'Université le Polyclinique NEXT-onlus of Antsirananana- Madagascar + 1 Atto Attuativo
- 1 accordo con National Research Centre for Maternal and Child health (UMC) di Nur Sultan Kazakistan + 3 Atti Attuativi
- 1 accordo con Cina Studio Zunarelli

B) Sono state ricevute 2 delegazioni straniere:

- delegazione del Dmitry Rogachev National Research Centre Mosca-Russia Giugno 2019
- delegazione del National Institute of Child Health (NICH) of Karachi - Pakistan giugno 2019

C) Sono state effettuate 6 missioni - site visit:

- Febbraio 2019 Salt Lake City
- maggio 2019 Cina Shangai
- settembre 2019 Sud Africa Johannesburg
- ottobre 2019 Tunisia
- dicembre 2019 Iran Tehran
- dicembre 2019 Kazakistan

- D) Sono state effettuate 12 missioni formative:
- Febbraio 2019- HAITI: dr Santoro nell'ambito dell'accordo GIFT of LIFE
  - Febbraio/marzo 2019- IRAQ Bassora: dr Castagnola E., Dr Bandettini R., Sig.ra La Masa D. nell'ambito dell'accordo ENI
  - Marzo 2019 –PALESTINA Ramallah : dr Santoro nell'ambito delle missioni cardiocirurgiche internazionali
  - Aprile 2019 KURDISTAN : dr Santoro nell'ambito dell'accordo con Save the Children
  - Maggio 2019 - IRAQ Bassora: dr Rosati U., Dr Dufour C. nell'ambito dell'accordo ENI
  - Maggio 2019 Nigeria Enugu dr Santoro nell'ambito dell'accordo Pobic
  - Maggio 2019 HAITI: Prof Mattioli G., Sig.ra Conforti, Sig.ra Viacava nell'ambito dell'accordo con Ospedale St. Damien e Fondazione RAVA
  - giugno 2019 Tunisia Rabat: dr Pomè G. nell'ambito dell'accordo con CNAM
  - Settembre 2019 Romania Bucarest: dr Santoro nell'ambito delle missioni cardiocirurgiche internazionali
  - settembre 2019 Kazakistan- Nur Sultan: dr Torre M., dr Moscatelli A. Prof Mattioli G. nell'ambito dell'accordo con National Research Centre for Maternal and Child health (UMC) di Nur Sultan Kazakistan
  - Ottobre 2019 Madagascar: dr Moretti P. nell'ambito dell'accordo con l'Università le Polyclinique NEXT-onlus of Antsiranana- Madagascar
  - Dicembre 2019 Kazakistan Kazakistan- Nur Sultan: dr Torre M., dr Moscatelli A. Prof Mattioli G. nell'ambito dell'accordo con National Research Centre for Maternal and Child health (UMC) di Nur Sultan Kazakistan
- E) Sono stati accolti presso l'Istituto per stage 12 professionisti stranieri nell'ambito degli accordi di collaborazione così suddivisi:
- 7 professionisti iracheni (collaborazione ENI -Iraq)
  - 5 professionisti kazaki (collaborazione National Research Centre for Maternal and Child health (UMC) di Nur Sultan Kazakistan)
  - 3 borse di studio nell'ambito della collaborazione CNAM

Il Direttore del Dipartimento  
Programmazione e Controllo  
Ubaldo Rosati