



CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE



DELIBERAZIONE N. 8

L'anno **duemiladiciassette**, addì **venti**, del mese di **febbraio**, alle ore **14.30**, presso l'Istituto "Giannina Gaslini" – Via G. Gaslini, n. 5, si è riunito il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto "Giannina Gaslini", previa convocazione fatta pervenire a ciascun componente nei modi e termini statuari. Sono intervenuti i Signori:

- | | |
|---------------------------------|-------------------|
| 1) dott. Pietro Pongiglione | - Presidente |
| 2) prof. Andrea Fusaro | - Vice Presidente |
| 3) prof. Paolo Comanducci | - Membro |
| 4) avv. Carlo Golda | - " |
| 5) dott. Mario Orlando | - " |
| 6) avv. Piero Giuseppe Reinaudo | - " |
| 7) dr. Paolo Pietro Repetto | - " |

Sono assenti giustificati il dott. Edoardo Garrone e il prof. Marcello Montefiori.

Partecipano alla seduta, con voto consultivo:

- Il direttore generale, dr. Paolo Petralia,
- Il direttore scientifico, prof. Alberto Martini,
- il direttore sanitario, dr. Silvio Del Buono.

E' altresì presente il direttore amministrativo, dott. Paolo Faravelli.

Svolge le funzioni di verbalizzante l'avv. Carlo Berri, dirigente amministrativo a ciò delegato dal direttore generale.

Il Presidente, riconosciuta la validità dell'adunanza, dichiara aperta la seduta. Viene posto in discussione il punto dell'ordine del giorno avente il seguente oggetto:

Presenza d'atto Report periodico (IV trimestre 2016) Conto economico-Piano attuativo-Budget e obiettivi 2° semestre 2016.

Il Consiglio

Richiamato il verbale della propria seduta del 17 ottobre 2016 con cui il Consiglio di Amministrazione invitava il Direttore Generale a presentare periodicamente la relazione sullo stato del Conto Economico, dei risultati del Piano Attuativo, del Budget e degli obiettivi regionali relativi all'anno 2016;

Vista la relazione presentata dal Direttore Generale a nome del Collegio di Direzione, così come allegato alla presente delibera alla lettera A onde farne parte integrante e sostanziale;

Avuta presente la deliberazione n. 1114 del 14/12/2015 con la quale il Direttore Generale ha approvato il piano di budget 2016.

Dato atto che le linee di indirizzo stabilite per il 2016 individuavano fra gli obiettivi prioritari:

- mantenimento dei volumi complessivi di attività a livelli non inferiori all'anno precedente con progressivo recupero della capacità di attrazione nel rispetto dei criteri di appropriatezza, per i settori specialistici che nel precedente biennio avevano fatto rilevare riduzione degli accessi;
- ottimizzazione degli indicatori di efficienza gestionale circa l'utilizzo dei posti letto;
- contenimento del tetto di spesa nei limiti fissati dal bilancio di previsione;
- rispetto degli obiettivi di qualità e sicurezza dei pazienti secondo quanto previsto anche dagli standard Joint Commission International
- mantenimento della produttività scientifica e maggiore impegno in conduzione/partecipazione a trial clinici.

Richiamata la deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 163 del 17/10/2016 con la quale veniva preso atto dell'andamento del piano di budget al 1° semestre 2016, delle valutazioni effettuate e delle relative azioni di miglioramento.

Preso visione della relazione predisposta dal direttore dell'U.O. Centro Controllo Direzionale e Servizio Qualità delle prestazioni (allegato B), dalla quale si evince che i risultati del 2016 rispetto a quelli a consuntivo 2015 attestano:

- incremento dei volumi complessivi di attività con tendenziale recupero della capacità di attrazione da fuori regione, seppur non nella entità ipotizzata dalle previsioni di budget;
- in linea con l'atteso gli indicatori di efficienza gestionale relativi all'utilizzo dei posti letto;
- incremento delle prestazioni diagnostico-intervenzionali in sedazione;
- ridotta la complessità della casistica;
- minori costi rispetto al budget di previsione per i farmaci; maggiori costi riscontrati per acquisto di presidi / materiali sanitari e reagenti.

Avuto presente che in corso d'anno i dati di attività, di costo e ricavo, di andamento generale rispetto al budget negoziato sono stati resi disponibili "on line" alle unità operative sul cruscotto gestionale e che sono stati realizzati incontri a cadenza almeno trimestrale con i Direttori delle singole UOC ed i Responsabili delle UOSD per attivare azioni correttive a fronte di eventuali problematiche evidenziate.

Richiamata la deliberazione n.1112 del 14/12/2015 con la quale il Direttore Generale, nelle more della redazione del Piano strategico 2016-2020, al fine di garantire la prosecuzione delle progettualità già individuate e lo svolgimento

delle relative azioni in corso di realizzazione ha approvato lo schema preliminare del piano attuativo 2016;

Avuto presente che detto Piano è stato articolato nelle macro-aree degli obiettivi di bilancio, obiettivi barriera e bersaglio secondo le direttive impartite da Regione Liguria, di produzione, di rete, di sicurezza delle infrastrutture e degli obiettivi strategici e di progetto;

Richiamata la deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 163 del 17/10/2016 con la quale veniva preso atto dei risultati conseguiti nel primo semestre circa gli obiettivi previsti nello schema preliminare del Piano attuativo 2016 redatto nelle more dell'approvazione del Piano strategico 2016-2020, secondo quanto riportato nella specifica relazione;

Richiamata la deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 116 del 30/06/2016 con la quale veniva approvato, a seguito del Piano Strategico 2016 – 2020 già licenziato dal Consiglio, il Piano Attuativo 2016 – 2017 con inizio della progettualità ad insistere dal 1 luglio 2016.

Preso atto della relazione redatta dal Direttore dell'U.O. Centro di Controllo Direzionale e Servizio Qualità delle Prestazioni (allegato C), in cui vengono riportate le azioni realizzate nel periodo luglio-dicembre 2016, in coerenza con gli obiettivi di Piano;

Preso altresì atto degli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale – Dipartimento salute e servizi sociali - all'Istituto Gaslini per l'anno 2016, protocollo n. 19448 del 07/06/2016, che risultano articolati nelle macro-aree: accreditamento e qualità, materno-infantile, ospedaliera – rischio clinico , farmaceutica;

Riscontrato che le azioni poste in essere dall'Istituto sono coerenti con gli obiettivi stabiliti dal documento richiamato, come attestato dagli esiti del sistema di monitoraggio riportati nella tabella di sintesi (allegato D)

Valutate le risultanze dei tre documenti;

Visto l'art. 2 del vigente Statuto dell'Istituto, approvato con deliberazione del Consiglio d'Amministrazione 28 luglio 1995, n. 415, esecutiva ai sensi di legge;

Sentito il parere favorevole del direttore scientifico, del direttore sanitario e del direttore generale;

Con voti unanimi,

delibera

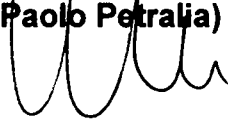
1. di prendere atto della relazione del Collegio di Direzione sullo stato del Conto Economico, dei risultati del Piano Attuativo e del Budget e degli obiettivi regionali assegnati all'Istituto relativi al 2016, che si acquisisce in allegato alla lettera A onde fare parte integrante del presente atto;
2. di prendere atto degli esiti del piano di budget 2016, secondo quanto evidenziato nella relazione che si acquisisce quale parte integrante del presente atto, allegato B;
3. di prendere atto dei risultati relativi agli obiettivi previsti dal Piano attuativo 2016 sulla base della delibera del Consiglio di Amministrazione n. 163 del 17/10/2016 relativamente al primo semestre 2016 e secondo quanto riportato nella relazione che si acquisisce quale parte integrante del presente atto, allegato C, relativamente al secondo semestre 2016;
4. di prendere atto dei risultati conseguiti circa gli obiettivi assegnati all'Istituto dalla Giunta Regionale per l'anno 2016, secondo quanto evidenziato nella

relazione che si acquisisce quale parte integrante del presente atto, allegato D;

5. di ritenere conseguiti gli obiettivi previsti dai documenti di cui ai precedenti commi e di dare mandato agli Uffici competenti di procedere agli adempimenti conseguenti collegati per il Management Aziendale e per il Collegio Sindacale dando atto che di tali adempimenti sia data evidenza con Provvedimento Dirigenziale del Direttore dell'Ufficio competente;
6. di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi della vigente normativa.

All.: n. 4

**Il Direttore Generale
(Paolo Petralia)**



**Il Presidente
(Pietro Pongiglione)**





Relazione di sintesi 2016

Il Management ha lavorato nel corso del 2016 adottando un metodo partecipativo e collegiale:

- *per la redazione dei piani strategico, poi attuativo e quindi di "efficientamento/riorganizzativo", nell'ambito di un percorso bottom up multilivello;*
- *per la relazione sovraziendale a tutti i livelli, nella logica di rapporti in rete competitivi e non concorrenziali;*
- *per la gestione interna, nella logica del miglioramento delle performances e contestualmente nell'ambito dell' equilibrio costi/ricavi a risorse date;*
- *per la definizione del "piano della ricerca", a cura del Direttore scientifico*

A fronte dei principali esiti, di seguito rappresentati, ad oggi ha prodotto con approvazione del Cda:

- *un piano economico-gestionale previsionale 2017 di continuita' per garantire in dodicesimi la gestione ordinaria sulla base del riparto regionale e dei fondi stimati per la ricerca*
- *progetti di sviluppo infrastrutturale, tecnologico e organizzativi che sviluppino a risorse variate la produttività e l'efficienza gestionale*
- *una prima bozza del piano di efficientamento/riorganizzazione e di allineamento con i parametri gestionali richiesti a livello normativo nazionale*

Andamento economico-finanziario

Per quanto attiene l'andamento economico-finanziario complessivo i costi e i ricavi totali a tutto il IV trimestre 2016 sono ancora provvisori, in quanto non comprensivi degli accantonamenti per quote inutilizzate dei contributi (soprattutto della ricerca), degli utilizzi (ad oggi solo stimati), nonché delle altre scritture di rettifica e completamento, allo stato attuale non stimabili.

Quanto sopra premesso, è possibile comunque desumere dai dati complessivi che l'andamento economico dell'esercizio 2016 conferma un trend di miglioramento rispetto all'esercizio precedente, nonché rispetto alle stime contenute nel bilancio di previsione, approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 204 del 14/12/2015.

Nel corso dell'esercizio 2016, infatti, l'Istituto ha continuato e ulteriormente implementato le azioni di efficientamento e di monitoraggio già intraprese negli esercizi precedenti, volte al mantenimento del livello complessivo dei costi all'interno di parametri di efficienza gestionale, così come previsto non solo dalle norme nazionali, ma anche dalle disposizioni dalla Regione.

Per quanto riguarda più specificatamente l'assistenza, **i costi evidenziano un trend in discesa** nel corso dell'esercizio 2016, come si può evincere anche dall'andamento dei CE presentati mensilmente a codesta Regione.

Infatti, i suddetti costi risultano pari ad **Euro 158.273.218**, al netto degli ammortamenti sterilizzati (provvisoriamente stimati in Euro 7.426.500); tale valore corrisponde ad un **livello di "costi netti regionali" pari ad Euro 153.670.538**, al netto della mobilità passiva intra ed extra regionale e delle altre poste rettificative, come meglio dettagliato nel prospetto sotto riportato:

Totale Costi assistenza al netto ammortamenti.	158.273.218
Mobilità intra/extra	564.762
Mobilità FDR e Galliera BA1510 e BA1370	715.583
Acc. Quote inutilizz. Contr. Vinc. (BA2790 – BA2810)	1.697.672
Costi per progetti reg. sterilizzati (BA1330)	61.350
Insuss. passive Regione	598
Contrattisti – borsisti – interinali- Personale TD "sterilizzati"	1.311.121
Personale libero prof.-contratti di servizio "sterilizz."	210.211
Costi assicurazione coperti da ASL2 voce BA1790 - BA2550	41.383
Totale costi rettificati	153.670.538

Più nello specifico, si evidenzia, una tendenziale lieve diminuzione dei costi complessivi per beni sanitari, rispetto a quanto stimato nel bilancio di previsione 2016, principalmente imputabile alla minor necessità di acquisti di farmaci ad alto costo su pazienti critici, nonché ad un più contenuto arruolamento di pazienti con terapie innovative ad altissimo costo. Questi ultimi risparmi sul costo dei farmaci, tuttavia, sono parzialmente compensati da un incremento nel costo dei dispositivi medici e di materiale diagnostico, imputabile prevalentemente ad un maggiore utilizzo di prodotti tecnologicamente avanzati, quale materiale protesico e di chirurgia robotica.

Per quanto riguarda gli acquisti di servizi, si rileva un presumibile risparmio, principalmente imputabile ai minori costi tendenziali per personale con contratto di somministrazione, per produttività aggiuntiva, nonché per servizi appaltati/utenze. Quanto sopra, anche nella stretta osservanza delle disposizioni contenute nella legge di stabilità regionale (L.R. n. 27/2015), che ha previsto dei limiti di spesa per alcune tipologie di beni e servizi.

Merita un accenno anche la politica di contenimento dei costi del personale intrapresa da questo Istituto, politica che ha consentito di mantenere gli stessi in linea con gli obiettivi assegnati da parte della Regione, nonostante permanga la necessità di procedere alle nuove assunzioni, propedeutiche alla garanzia dello svolgimento delle attività istituzionali ed al mantenimento del livello di eccellenza dei servizi, soprattutto per quanto attiene l'area dell'Assistenza diretta

Inoltre, sempre rispetto alle previsioni per l'esercizio 2016, è stato possibile realizzare una riduzione dei costi per assunzioni di personale a tempo determinato a gravare su fondi propri. Tale riduzione, peraltro, non incide nel calcolo dei "costi netti regionali", in quanto trattasi di costi "sterilizzati" da contributi propri.

Infine, in relazione all'andamento dei rischi ed oneri stimabili allo stato attuale, è ipotizzabile una riduzione degli accantonamenti per svalutazione crediti e per rischi cause legali rispetto alle stime inserite in bilancio di previsione. Tuttavia, l'ammontare effettivo dei Fondi rischi ed oneri e del Fondo svalutazione crediti non potrà che essere definitivamente determinato in sede di chiusura di esercizio, in ottemperanza ai principi stabiliti dall'art. 2424-bis c.c., in funzione delle esigenze che si renderanno manifeste in tale occasione.

Sul fronte dei ricavi, merita segnalare che, nel corso dell'esercizio, si è registrato un considerevole aumento della produzione, con particolare riferimento all'ambito dei proventi per prestazioni di ricovero ospedaliero.

Alla luce di tutto ciò, si ritiene pertanto che l'insieme delle azioni già assunte sia efficacemente orientato ad un efficientamento generale, nonché al miglioramento del rapporto costi-produzione dell'Istituto, in considerazione del trend positivo dei dati di performance rispetto all'anno precedente coniugato con il contenimento dei costi.

Le linee di indirizzo del budget 2016 sono state così circostanziate:

- incremento atteso nella misura del 4% dei volumi complessivi di attività (in ricovero ordinario e daysurgery) sul 2015, fermo restando il rispetto dei criteri di appropriatezza, quale segnale di inversione del trend negativo a parziale recupero della casistica;
- mantenimento dei volumi di attività per la chirurgia di media - alta complessità;
- tenuto conto dei dati di mobilità attiva e passiva, tendenziale recupero della capacità di attrazione soprattutto per i settori specialistici che hanno evidenziato il calo più rilevante nel periodo, specie per la casistica di media ed alta complessità;
- condivisione dipartimentale della gestione posti letto e gestione dei ricoveri programmati;
- potenziamento dell'offerta di prestazioni per pazienti esterni tenuto conto delle liste di attesa e per quanto sostenibile in relazione alle attuali dotazioni organiche;
- rispetto del sistema di indicatori AGENAS/MES secondo le disposizioni di Regione Liguria con particolare attenzione alla riduzione: del numero dei ricoveri per i DRG a rischio di in-appropriatezza, dei day hospital diagnostici, della percentuale di pazienti con DRGs medici dimessi da reparti chirurgici, della durata della degenza pre-intervento nei ricoveri di elezione, della percentuale dei tagli cesarei "depurati" (NTSV), del rispetto degli indicatori fissati per il monitoraggio del pronto soccorso;
- contenimento del tetto di spesa nei limiti fissati dal bilancio di previsione;
- rispetto degli obiettivi di qualità e sicurezza dei pazienti secondo quanto previsto anche dagli standard Joint Commission International
- mantenimento della produttività scientifica e max impegno in conduzione/partecipazione a trial clinici.

I risultati conseguiti relativi alle aree volumi, efficienza gestionale ed economica-finanziaria sono:

Attività	Budget negoziato 2016	Consuntivo 2016	Scostamento	Scostamento %
PROSPETTIVA PROCESSI DELL'ATTIVITA' (punti 40)				
Area volumi (punti 30)				
posti letto effettivi (no culle)	290,58	291,97	1,39	0,48%
n.dimessi	14.063	13.907	-156	-1,11%
di cui casi di un giorno DO (un pernottamento)	596	536	-61	-10,18%
di cui n.dimessi extra regione	6.311	5.975	-336	-5,32%
di cui casi FR peso inferiore o uguale a 0,69	1.269	1.995	727	57,27%
n.cicli chiusi	9.999	11.269	1.270	12,71%
giornate di degenza	99.423	99.587	164	0,17%
prestazioni ambulatoriali	550.230	541.786	-8.444	-1,53%
numero interventi	11.328	12.247	919	8,11%
n.cicli chiusi di Day Surgery	3.290	3.023	-267	-8,12%
Area efficienza gestionale (punti 10)				
Peso Medio	1,09	1,08	-0,01	-0,55%
D.M. (con passaggi)	5,70	5,81	0,11	1,85%
Tasso di Occupazione DO	95,00	93,33	-1,67	-1,75%
Indice di Rotazione	51,75	52,67	0,92	1,79%
Intervallo di Turn Over	1,06	1,07	0,01	0,56%
PROSPETTIVA ECONOMICA-FINANZIARIA (punti 15)				
COSTI (punti 10)	0	0	0	0,00%
Costo farmaci assistenza	15.000.000,00	13.931.964,78	-1.068.035,22	-7,12%
Costo diagnostici assistenza	6.000.000,00	7.555.415,93	1.555.415,93	25,92%
Costi materiali sanitari assistenza	8.000.000,00	8.378.582,39	378.582,39	4,73%
Costo materiali tecnico economici assistenza	2.041.499,19	438.738,50	-1.602.760,69	-78,51%

in relazione agli Obiettivi strategici di collaborazione internazionale e di miglioramento organizzativo:

I programmi di collaborazione che nel 2016 hanno avuto particolare sviluppo hanno riguardato:

CH Cincinnati: riabilitazione e chirurgia delle epilessie;

CH Boston: condivisione progetto organizzazione per intensità di cure;

CH Toronto: modello centralizzazione pazienti e famiglie nei percorsi di cura.

in relazione agli Obiettivi di qualità e sicurezza dei pazienti:

Il piano qualità 2016 ha rappresentato il documento di riferimento per la preparazione dell'Istituto alla survey JCI triennale pianificata per febbraio 2017.

Il piano ha avuto quali obiettivi prioritari:

- adeguamento agli standard della V edizione del manuale JCI
- audit interni per verifiche sul "campo" dell'adesione del personale a politiche e procedure;
- analisi delle segnalazioni di eventi avversi/quasi evento
- verifica periodica della documentazione sanitaria
- misure di prevenzione e controllo delle infezioni
- formazione continua del personale

dall'analisi dei principali report dei dati a confronto 2015/2016 emerge che :

l'incremento dei ricoveri ordinari nella misura del 1,76%;

la quota dei **pazienti provenienti da fuori regione è aumentata del 7,13%**. (Sicilia + 17,66%; Piemonte + 0,60%; Puglia + 8,85%; Campania + 1,55%; Lombardia + 24,75%, Sardegna +15,60%.)

dopo il processo di riconversione della casistica avviato a partire dal 2012 volto al recupero di maggiore appropriatezza per setting di cura, nel 2016 lievissima riduzione del **peso medio** (- 0,03 punti percentuali) aumentato però di circa il 10 % nel triennio con una progressiva costante crescita di quello dell'area chirurgica

Stabili i volumi di attività di day hospital ed ambulatorio:

I pazienti assistiti in regime ambulatoriale sono stati 54.936 (singole teste), con 101.001 accessi complessivi.

Le prestazioni diagnostiche erogate (di laboratorio, radiologia, visite specialistiche ...) sono state 539.199.

Gli accessi al PS sono stati 35.614 con meno del 95 % di ricoveri da PS

Il tasso di occupazione, inteso quale tempo medio su base annua durante il quale i posti letto sono stati utilizzati, ha **superato stabilmente la soglia del 90 %**

L'intervallo di turn over, che rappresenta il periodo intercorrente fra un ricovero ed il successivo sullo stesso posto letto: quanto più è breve tanto maggiore la capacità di utilizzo, si mostra nel dato 2016 non migliorativo.

l'indice di rotazione, espressione del numero di pazienti che ruotano sullo stesso posto letto in un arco temporale (il mese): il dato è da considerarsi tanto migliore quanto più il numero è alto.

Il dato 2016 è risultato **migliorativo rispetto all'anno precedente: 52, 35** a fronte 51, 75 dell'anno precedente. 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.

La durata media della degenza per ciascun anno in esame, complessiva e riferita ai casi medici ed a quelli chirurgici: Nel 2016 si è **ridotta rispetto all'anno precedente: 5,83** a fronte di 5,9 nel 2015.

L'andamento del numero dei casi di un giorno e degli outliers: i primi rappresentano i ricoveri in regime ordinario con durata della degenza inferiore a due giornate e comprendo 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. Nell'ultimo biennio la **riduzione dei casi di un giorno è del 10,85%; i casi outliers aumentati del 10,18%**.

Riguardo la produzione i dati sono tutti in crescita, ad eccezione delle prestazioni acquistate da esterni, mantenendosi il costo DRG sostanzialmente invariato intorno ai seimila euro :

	2015	2016
Fatturato DRG della degenza ordinaria	58.491.622	59.336.119
Fatturato DRG del Day Hospital	7.226.930	8.528.246
Fatturato DRG del DaySurgery	3.375.135	3.519.781
Fatturato delle prestazioni per esterni	14.157.408	13.282.683
di cui accessi da PS	749.899	695.445
di cui OBI	518.400	479.100
TOTALE DEI RICAVI	83.251.097	84.666.830

Andamento del piano attuativo 2016 (II semestre):

predisposti progetti di efficientamento a risorse date/variate per attivazione ordinaria /a fronte risorse aggiuntive nel 2017

Progetto: 1E Organizzazione per intensità di cure in area chirurgica secondo modelli IGG

Centralizzazione operativa gestione sale operatorie; attivazione Week Surgery; organizzazione area intensiva e su-intensiva. Coordinamento con GIMBE per predisposizione percorso formativo del personale;

Progetto: 1R. Ottimizzazione dei servizi intermedi e risoluzione dei "colli di bottiglia" per ottimizzare l'apparato produttivo

Analisi della appropriatezza prescrittiva; eventuali interazioni operative con i pediatri di libera scelta. Revisione delle procedure secondo esiti del processo conoscitivo. Monitoraggio dei percorsi di miglioramento introdotti.

Operata analisi organizzativa finalizzata ad individuare principali criticità rispetto a liste di attesa e colli di bottiglia. Individuata quale criticità prioritaria lista di attesa operatoria di ortopedia per pazienti in follow up (rimozione viti, revisione fissatori etc). Selezionato pull di 126 pazienti ad alta priorità, programmati slot per smaltimento liste di attesa entro fine ottobre.

Progetto: 1B. Strutturazione della "degenza unica dell'area delle neuroscienze"

Costituzione gruppi di lavoro e predisposizione PDTA per ciascun settore; Approvazione modello e avvio delle interazioni formative e didattiche

Progetto: 1L. Potenziamento patologia neonatale : NICU f.c.c., follow up, strokeunit e trasporto

Follow up, strokeunit e trasporto: avvio progettazione preliminare per nuovo assetto strutturale area semi intensiva ed intensiva. Avvio del gruppo di lavoro preposto all'adeguamento del modello organizzativo e focus su stato emergenziale con risposte a crisi.

Progetto: 1M. Ospedale di Giorno e Territorio

Avvio tre ambulatori senza prenotazione e servizio recall ; Rapporti negoziali con Regione Liguria ALISA e ASL 3 per definizione pacchetti di offerta.

Progetto: 1O. Attivazione ambulatori infermieristici

Creato il gruppo di lavoro e iniziato la progettazione organizzativa a partire dalla identificazione delle attività; identificando le specifiche attività infermieristiche su cui basare l'inizio del Servizio.

Progetto: 1P. Centralizzazione pazienti e famiglie

Attivati e formalizzati i vari gruppi di lavoro previsti compreso quello con URP e amministrativi di Front office del padiglione 20. In redazione i vari progetti di formazione o di implementazione organizzativa.

Progetto: 2B. Centralizzazione regionale laboratorio di genetica

Gruppo di lavoro coordinato dai Direttori Sanitari dei due ospedali ha concluso l'iter propedeutico all'unificazione dei laboratori sul piano organizzativo. Concluso l'assetto strutturale e le procedure informatiche per la funzionalità operativa. in attesa della definizione amministrativa

Progetto: 2C. Strutturazione rete metropolitana ostetrico-neonatale

Gruppo di lavoro coordinato dai Direttori Sanitari dei due ospedali e dai CapiDipartimento specifici ha approvato il documento fondativo. Il percorso operativo è iniziato secondo il relativo cronoprogramma con l'obiettivo comune prioritario di miglioramento della qualità e sicurezza attraverso lo sviluppo del progetto appropriatezza TC.

Progetto: 5A. Rapporti sovregionali, nazionali e internazionali "tra pari" e con Ospedali/IRCCS

Approvazione documento e rapporti con CH, Boston e Toronto.

Progetto: 1A. Attivazione coordinamento clinic e bed unit per utilizzo posti letto condivisi sovradipartimentale di area medica

Approvazione progetto e operatività

Progetto: 4A. Realizzazione del "Progetto Riabilitazione e continuità delle cure"

Individuazione degli spazi (pad.1) e taglio del progetto. Avvio progettazione e quantificazione preliminare delle risorse necessarie. Condivisione con la regione, richiesta deroghe, avvio piano acquisizione tecnologie e implementazione laboratori, Approvazione progetto preliminare, avvio procedure progettazione definitiva. Approvazione progetto esecutivo UOD (1° piano pad. 5)

Progetto: 1F. Ottimizzazione utilizzo e funzionalità giornaliera sale operatorie, con incremento produttività e gestione centralizzata. (11) - Operatività 01/02/2017

- a) Revisione e nuova assegnazione slot, secondo criteri di flessibilità ed in relazione a liste di attesa a risorse date.
- b) Definizione del percorso dei pazienti in urgenza che accedono in sala operatoria con percorso dedicato distinto da attività programmata
- c) Governo clinico: monitoraggio centralizzato di tutte le attività sia programmate che in urgenza. (verifica sia giornaliera che mensile): briefing sale operatorie alla presenza di Direzione Sanitaria e capi Dipartimento coinvolti.
- d) Strutturazione progetto Week Surgery

Azioni prioritarie del secondo semestre 2016 previste dal piano attuativo

Azione prioritaria: 1. Degenza Ortopedia

Azioni previste: Progettazione organizzativa

Stato di avanzamento: Collaudo eseguito. In attesa di data di inaugurazione

Azione prioritaria: 2. Hospice

Azioni previste: Prosecuzione progetto formativo personale; Seminario (CISEF): sviluppare la cultura dell'Hospice (4 edizioni)

Stato di avanzamento: in attesa di progetto gestionale da presentarsi a gennaio da parte dei Coordinatori, da avviare trattativa con regione per definizione tariffa.

Azione prioritaria: 3.b 3. Servizi di accoglienza e informazione (cabef/contact c e centralino).

Azione prevista: Trasferimento in nuova sede e inaugurazione

Stato di avanzamento: conclusione lavori prevista entro febbraio

Azione prioritaria: 3.b 4. Cucina e mensa

Azione prevista: Ultimazione lavori-dopo collaudo e attivazione/inaugurazione

Stato di avanzamento: conclusione lavori prevista presumibilmente entro marzo

Azione prioritaria: 3.b 5. Laboratorio Genetica

Azione prevista: Ultimazione lavori-dopo collaudo e attivazione/inaugurazione

Stato di avanzamento: Completato assetto strutturale.

Azione prioritaria: 6 -RM 3 TESLA (sede provvisoria)

Azione prevista: Ultimazione lavori-dopo collaudo e attivazione/inaugurazione

Stato di avanzamento: allocazione nuova macchina, in attesa di data per inaugurazione.

Azione prioritaria: 7/I. Progetto innovativo polo multifunzionale area critica e alte specialità

Azione prevista: Studio di fattibilità

Stato di avanzamento: In fase di svolgimento incontri tecnici con i professionisti per la predisposizione della fase istruttoria secondo procedure

Azione prioritaria: 7/II. Progetto innovativo laboratori esterni

Azione prevista: Studio di fattibilità

Stato di avanzamento: Sono in corso valutazioni di merito in capo al Direttore Scientifico

Azione prioritaria: 8/I. Focus Degenze UOC Neuroscienze

Azione prevista: Studio preliminare di fattibilità

Stato di avanzamento: confermato , lavori In corso

Azione prioritaria: 8/II. Focus Day Hospital Emato-Oncologia

Azione prevista: Studio preliminare di fattibilità

Stato di avanzamento: Concluso l'iter procedurale. In fase di attuazione il riassetto strutturale del 4° piano

Azione prioritaria: 15. Dotazioni organiche complete assistenza

Azione prevista: relazione su stato avanzamento

Stato di avanzamento: in attesa di determinazioni regionali relativamente alle richieste inoltrate dall'Istituto. Completati iter acquisizioni figure apicali sanitarie e delle professioni previste

Azione prioritaria: 16. Revisione organizzazione dipartimentale (vedi 1Q)

Azione prevista: Revisione

Stato di avanzamento: Progettualità in fase di redazione in carico al Collegio di Direzione

Allegato A

Obiettivi regione Liguria per istituto gaslini 2016					
N.	Obiettivi	Indicatore	TARGET ANNUALE (entro 31/12/2016)	Peso %	RISULTATO e Evidenza documentale
AREA ACCREDITAMENTO E QUALITA					
1	Aggiornamento del piano di adeguamento strutturale/impiantistico aziendale, ai fini della valutazione da parte della Commissione L.R. 20/99	Aggiornamento del piano di adeguamento	Presentazione entro il 31/12/2016 dell'aggiornamento del piano di adeguamento	5%	Documentazione archiviata presso UOC Controllo di gestione e Servizio Qualità
2	Mantenimento dei requisiti di accreditamento del Sistema trasfusionale	Verifica da parte dei valutatori dei sistemi trasfusionali	Presentazione della domanda ed attivazione di tutti i processi necessari per la conferma dell'accREDITAMENTO	5%	Confermato rinnovo accREDITAMENTO Deliberazione di Giunta Regionale n. 1265 del 30/12/2016
AREA MATERNO-INFANTILE					
3	Riduzione parti cesarei inappropriati (audit clinico) *	Audit clinico aziendale a conduzione esterna indipendente sui tagli cesarei	Report almeno intermedio di audit	10%	Realizzati due audit da consulente esterno in data: 14 luglio 2016 28 ottobre 2016
4	Riduzione dei parti cesarei inappropriati	% di riduzione dei parti inappropriati	Riduzione del 10% rispetto alla percentuale dei cesarei "depurati" NTVS rilevata per il 2015 (obiettivo 28,24%)	10%	Documentazione archiviata presso UOC Controllo di gestione e Servizio Qualità.
5	Monitoraggio dell'attività di identificazione delle persone in condizione di protratta alterazione della coscienza assistite nella struttura ospedaliera	Individuazione delle persone in condizione di protratta alterazione della coscienza assistite	Predisposizione di un report di individuazione delle persone in condizione di protratta alterazione della coscienza assistite	10%	Non risultano pazienti riferiti alla tipologia indicata
AREA OSPEDALIERA - RISCHIO CLINICO					
6	Appropriatezza erogativa dei ricoveri ordinari per acuti (Patto per la Salute 2014-2016): DGR n. 401/2015	Soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario per DRG del Patto per la Salute - anno 2016 già definite con la DGR n. 401/2016	Ripetto delle soglie massime di cui alla DGR n. 401/2015	12%	

Allegato A

7	Riduzione degenza media ricoveri ordinari per acuti	Degenza media trimmata a sx ricoveri per acuti. Sono esclusi i neonati sani	Riduzione del 2% rispetto al valore rilevato al 30 giugno 2016	12%	Documentazione archiviata presso UOC Controllo di gestione e Servizio Qualità
8	Gestione del Rischio Clinico: adozione e compilazione strumento Carmina	Compilazione strumento Carmina	Invio in Regione del Documento Carmina	4%	Compilato in ogni sezione questionario Carmina Documentazione archiviata presso UOC CCD Servizio Qualità
9	Effettuazione indagine per la rilevazione del tasso di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) negli ospedali per acuti (nota dell'ARS Prot. N. 3049 del 17/03/2016)	Rilevazione indagine	Report finale di analisi e diffusione dati relativi all'indagine	12%	Eseguite le rilevazioni secondo periodicità richiesta Documentazione archiviata presso UOC Controllo di gestione e Servizio Qualità
AREA FARMACEUTICA					
10	Farmaci biosimilari	% consumo biosimilari rispetto al 2015	Incremento del 30% del consumo di biosimilari rispetto al 2015	20%	Incremento riscontrato: 33% Documentazione archiviata presso UOC ccd

*Dopo L'Audit sui TC eseguito con consulente esterno Dr. Zannini in luglio 2016, ha ridotto la percentuale dei TC grezzi dal 48% al 34% nel trimestre luglio-agosto-settembre. Questo percorso inizia anche al Galliera con la partecipazione del sanitario di riferimento Dr. Camandona all'Audit di monitoraggio, dopo il primo trimestre di lavoro, del 28/10/016 che si terra' presso il nostro Istituto con il Dr. Zanini come valutatore esterno. Il Dr. Cordone nostro responsabile di area sala parto sara' il valutatore ed il tutor del prossimo Audit su TC che si terra' prossimamente al Galliera nell'ambito del percorso del Dipartimento Interaziendale.

Istituto Giannina Gaslini



Allegato B

Piano di budget 2016 risultati

**UOC Centro Controllo
Direzionale e Servizio Qualità**

Premessa

Questo documento riporta i risultati di sintesi del piano di budget 2016.

Secondo lo schema consolidato la relazione sui risultati di budget è preceduta da una analisi di tendenza delle ultime annualità.

1. Analisi di tendenza

La tabella 1 riporta il confronto per gli anni 2011-2016 riferito ai principali indicatori di attività.

Tab. 1 Dati di attività

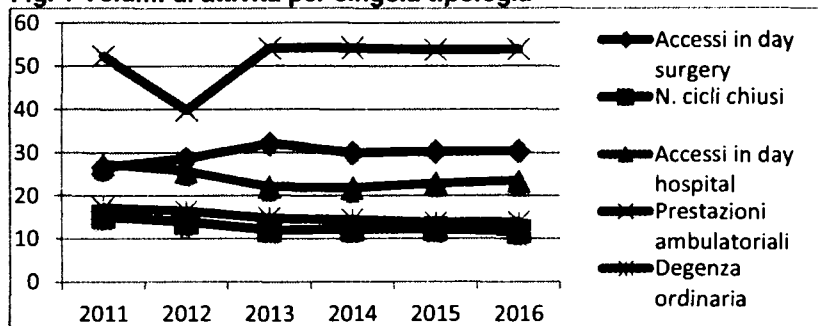
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DEGENZA ORDINARIA						
N.° medio posti letto attivi nel periodo (escluse c ulle)	353,59	335,98	309,96	283,61	290,58	291,97
Durata media degenza	5,48	5,32	5,76	5,80	5,94	5,83
N° dimessi	17.246	16.379	14.750	14.452	13.704	13.946
di cui n° dimessi fuori regione	7.460	6.645	6.026	5.897	5.605	6.005
Peso Medio	0,94	0,99	1,02	1,05	1,11	1,08
Tasso di Occupazione	84,78	84,24	81	88,2	93,9	93,06
Intervallo di turn over	1,55	1,57	1,38	0,78	1,05	1,09
Indice di rotazione	51,59	52,75	51,47	54,88	51,75	52,35
DAY HOSPITAL						
n° accessi di DH e DS	30.081	28.552	25.200	24.809	25.864	26.422
n° cicli di DH e DS	17.772	16.718	15.487	15.152	15.297	14.695
di cui n° cicli DS	2.662	2.863	3.200	3.005	3.035	3.038
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	522.027	476.662	538.000	541.736	539.199	538.663

Il confronto 2015-2016 evidenzia l'incremento dei ricoveri ordinari nella misura del 1,76%; la quota dei pazienti provenienti da fuori regione è aumentata del 7,13%. Quest'ultimo dato è da considerarsi positivamente in quanto attesta una prima inversione di tendenza, dopo il processo di riconversione della casistica avviato a partire dal 2012 volto al recupero di maggiore appropriatezza per setting di cura.

Poco significative le variazioni dei volumi di attività di day hospital ed ambulatorio.

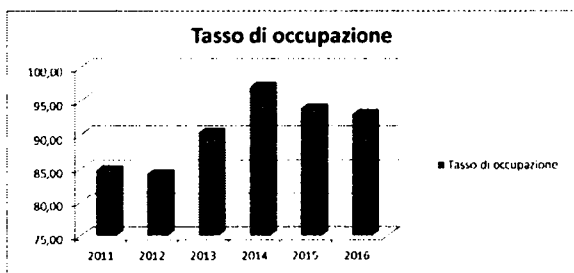
In figura 1 viene rappresentato il trend dei volumi di attività secondo i diversi regimi assistenziali.

Fig. 1 Volumi di attività per singola tipologia



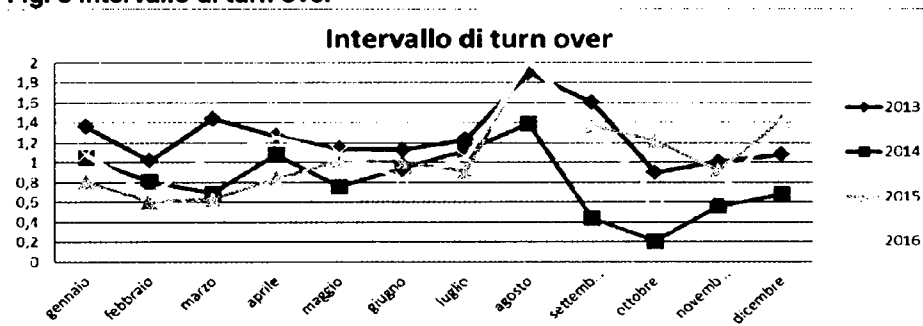
Il tasso di occupazione, inteso quale tempo medio su base annua durante il quale i posti letto sono stati utilizzati, ha superato stabilmente la soglia del 90 % (figura 2); i dati delle diverse annualità non sono completamente confrontabili in quanto non omogenei, data la riduzione del numero dei posti letto intercorsi negli anni.

Fig. 2 Tasso di occupazione nel quinquennio



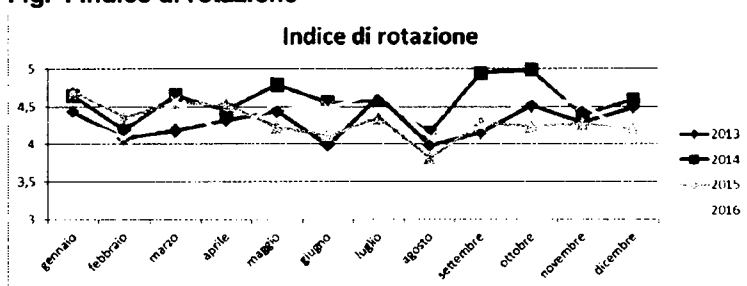
L'intervallo di turn over rappresenta il periodo intercorrente fra un ricovero ed il successivo sullo stesso posto letto: quanto più è breve tanto maggiore la capacità di utilizzo. Il dato 2016 non è risultato migliorativo rispetto all'anno precedente. (figura 3).

Fig. 3 Intervallo di turn over



La figura 4 riporta l'indice di rotazione, espressione del numero di pazienti che ruotano sullo stesso posto letto in un arco temporale (il mese): il dato è da considerarsi tanto migliore quanto più il numero è alto. Il dato 2016 è risultato migliorativo rispetto all'anno precedente: 52, 35 a fronte 51, 75 dell'anno precedente. (figura 3).

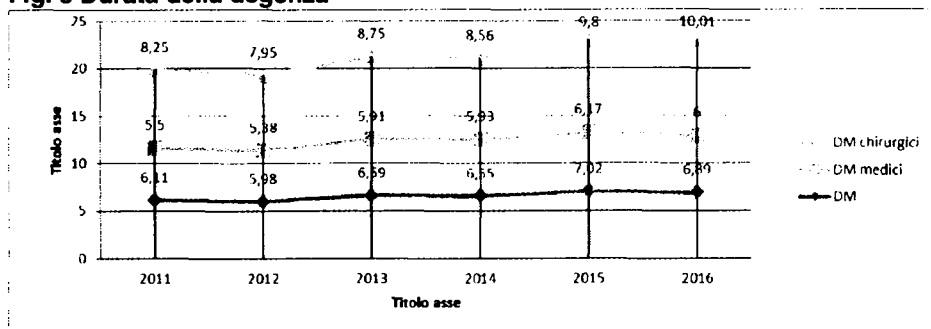
Fig. 4 Indice di rotazione



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 5 è rappresentata la durata media della degenza per ciascun anno in esame, complessiva e riferita ai casi medici ed a quelli chirurgici. Nel 2016 si è ridotta rispetto all'anno precedente: 5,83 a fronte di 5,9 nel 2015.

Fig. 5 Durata della degenza



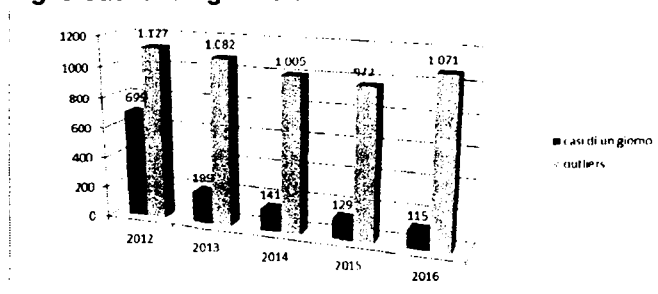
In figura 6 viene riportato l'andamento del numero dei casi di un giorno e degli outliers.

I primi rappresentano i ricoveri in regime ordinario con durata della degenza inferiore a due giornate e comprendo sia icasi 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.

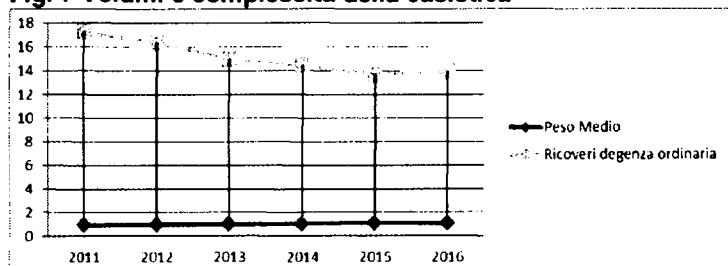
Nell'ultimo biennio la riduzione dei casi di un giorno è stata del 10,85%; i casi outliers sono aumentati del 10,18%.

Fig. 6 Casi di un giorno e outliers



La figura 7 riporta le variazioni intercorse circa numerosità dei ricoveri e complessità della casistica: il confronto 2015-2016 evidenzia l'incremento dei volumi di attività (+1,76%) e riduzione del peso medio (- 0,03 punti percentuali).

Fig. 7 Volumi e complessità della casistica



Tab. 2 Complessità della casistica per provenienza

	2013	2014	2015	2016
P.M. pazienti liguri	0,89	0,92	1,00	0,97
P.M. pazienti da fuori regione	1,17	1,18	1,24	1,18

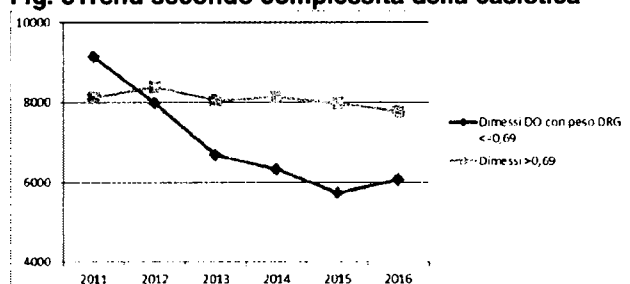
Nel periodo 2013-2015, nel rispetto dei criteri di appropriatezza, è stato progressivamente ridotto il numero dei pazienti meno complessi con peso medio $\leq 0,69$ sia in assoluto che riferito a pazienti provenienti da fuori regione). Il trend si è invertito nel 2016 specie se riferito alla fascia con peso inferiore o uguale a 0,69 proveniente da fuori regione (tabella 3).

Non particolarmente significative le variazioni nelle altre fasce di aggregazione.

Tab. 3 Articolazione della casistica per fasce di complessità

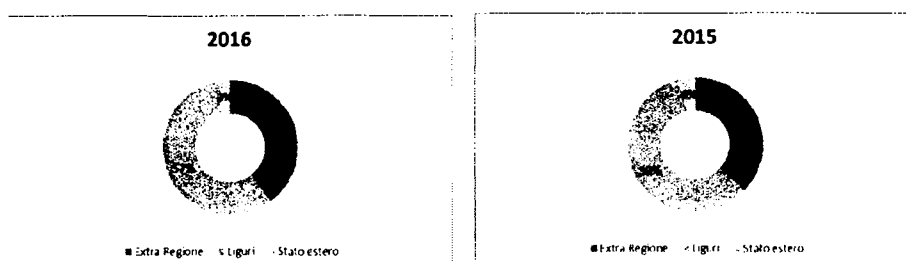
	2013	2014	2015	2016
N° dimessi	14.750	14.452	13.704	13.946
Dimessi DO con peso DRG $\leq 0,69$	6.673	6.358	5.720	6.056
di cui casi FR peso inferiore o uguale a 0,69	1.966	1.837	1.700	2.007
Dimessi DO con Peso DRG $>0,69$ e $\leq 0,92$	3.121	2.979	2.939	2.798
Dimessi DO con peso DRG $>0,92 \leq 1,42$	3.137	3.260	3.036	2.987
Dimessi DO con Peso DRG $>1,42 \leq 2,5$	1.183	1.149	1.283	1.315
Dimessi DO con peso DRG $>2,5$	610	685	710	664

In figura 8 viene rappresentato l'andamento delle curve secondo complessità della casistica ponendo il cut off del peso medio a 0,69: si evidenzia l'andamento al riguardo peggiorativo del 2016.

Fig. 8 Trend secondo complessità della casistica

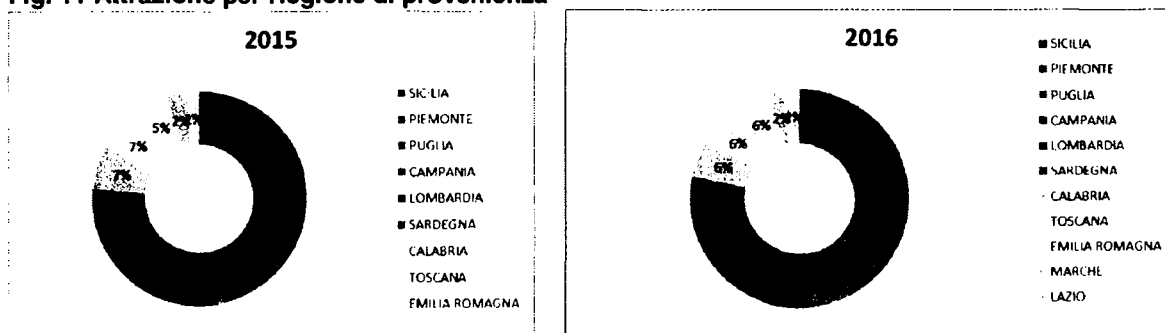
In figura 9 e 10 viene rappresentata la quota percentuale dei pazienti secondo provenienza negli anni 2015 e 2016: è stato registrato un aumento di 400 casi.

Fig. 9 Fig 10 Casistica per provenienza



In figura 11 viene rappresentata la quota percentuale dei pazienti reclutati in ricovero ordinario nel 2015 e 2016 per regione di provenienza, con numerosità interna superiore a 100 casi.

Fig. 11 Attrazione per Regione di provenienza



La tabella 4 riporta il numero di casi ricoverati provenienti da fuori regione nel periodo 2011-2016 con riferimento alle regioni verso le quali il Gaslini esercita la maggiore mobilità.

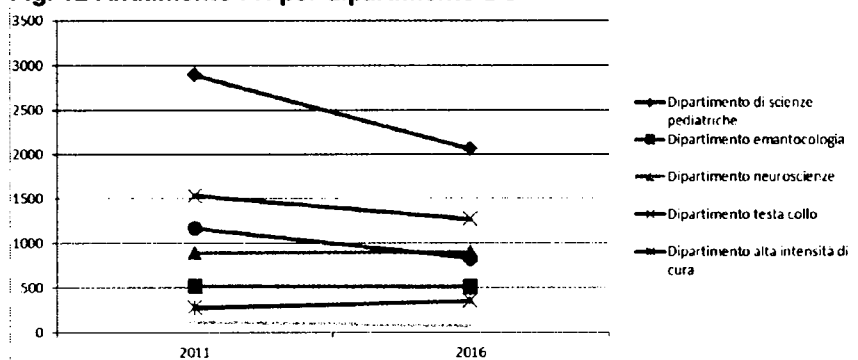
Le variazioni 2015-2016 sono positive: Sicilia + 17,66%; Piemonte + 0,60%; Puglia + 8,85%; Campania + 1,55%; Lombardia + 24,75%, Sardegna +15,60%.

Tab. 4 Attrazione da fuori regione: annualità a confronto

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sicilia	1.547	1.201	1.135	1.061	1.036	1.219
Piemonte	920	891	738	720	664	667
Puglia	837	747	634	565	531	578
Campania	692	603	570	522	518	524
Lombardia	718	660	538	574	501	625
Toscana	380	375	379	312	308	279
Calabria	449	421	351	355	310	292
Sardegna	389	377	377	343	359	415
Emilia Romagna	379	321	260	285	257	307
Marche	109	132	151	109	119	115
Stranieri	368	346	355	475	515	438

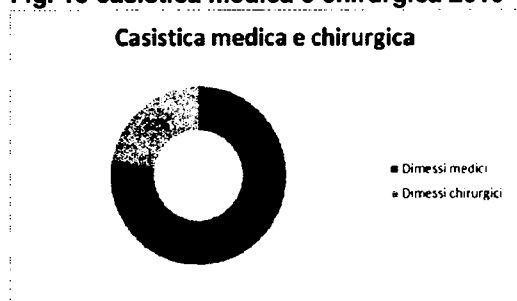
La figura 12 riporta l'andamento della capacità di attrazione di ciascun dipartimento dal 2011 - 2016. Tenendo conto delle diverse aggregazioni intercorse nel periodo si evidenzia, quale valutazione di sintesi, che il calo più significativo è ascrivibile all'area pediatrica (-28,76%).

Fig. 12 Andamento FR per dipartimento DO

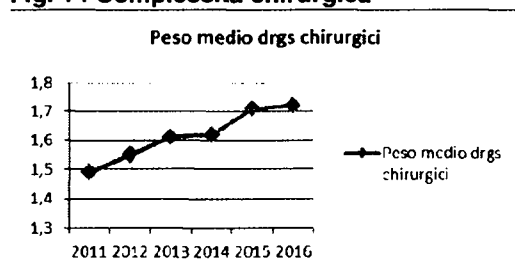


In figura 13 viene rappresentata la percentuale dei DRGs chirurgici sul totale della casistica nel 2016.

Fig. 13 casistica medica e chirurgica 2016



La figura 14 evidenzia l'incremento progressivo della complessità dei casi chirurgici osservati nel periodo 2011 - 2016.

Fig. 14 Complessità chirurgica

In tabella 5 vengono presentati i dati relativi alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche eseguite in sedazione (anni: 2013-2016) per ciascuno dei registri di sala operatoria attivati.

Tab. 5 Attività chirurgica

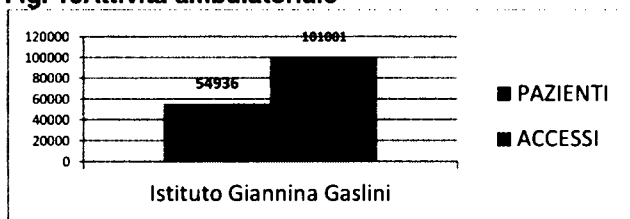
Registro	2013	2014	2015	2016
Neurochirurgia	383	401	425	426
Anestesia e Rianimazione	90	97	123	123
Cardiochirurgia	392	394	239	179
Cardiologia Interventistica Emodinamica	290	266	283	261
Chirurgia	2.149	2.115	2.300	2.146
Oculistica	290	249	237	192
Ostetricia e Ginecologia	1.207	1.250	1.171	712
Prestazioni eseguite a pazienti ematologici	656	690	786	730
Interventistica Endovascolare	202	158	211	207
Otorinolaringoiatria	1.073	1.063	1.170	1.207
Gastroenterologia - Endoscopia	301	333	269	428
Pneumologia - Broncoscopia	33	21	119	146
TAC e RM Neuroradiologia	1.515	1.477	1.448	1.587
Ortopedia e Traumatologia	1.373	1.374	1.383	1.237
Nefrologia	12	5	20	32
Maxillo-facciale	54	32	31	28
Parto Analgesia	380	348	354	366
TAC e RM Radiologia	488	481	469	488
Chirurgia interventi della mano				246
Team vie aeree*				316
Dermatologia				31
Odontoiatria				172
Altro	7	0	32	52
Totale	10895	10754	11070	11312

L'attivazione dei registri in diversi periodi non rende sempre confrontabili i volumi di attività per tutte le specialità

Nel 2016 i pazienti assistiti in regime ambulatoriale sono stati 54.936 (singole teste), con 101.001 accessi complessivi.

Le prestazioni diagnostiche erogate (di laboratorio, radiologia, visite specialistiche ...) sono state 539.199.

Fig. 15 Attività ambulatoriale



Nelle tabelle 6 e 7 vengono riportati, rispettivamente, l'elenco dei 10 DRGs a maggiore complessità e quello dei più frequenti dimessi nel 2016.

Tab. 6 DRG più complessi

Elenco dei 10 DRG a maggiore complessità	N. casi	Peso medio
(481) TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO - Chirurgico	53	15,5111
(541) OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANE O TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE	10	12,4289
(386) NEONATI GRAVEMENTE IMMATURI O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO - Medico	201	8,6877
(542) TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON	5	8,536
(104) int. valvole cardiache con cateterismo cardiaco - Chirurgico	3	6,062
(496) artrodesi vertebrale combinata anteriore/posteriore - Chirurgico	2	5,1811
(546) ARTRODESI VERTERBALE ECCETTO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBR	18	5,0089
(105) int. valvole cardiache senza cateterismo cardiaco - Chirurgico	3	4,5572
(578) MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE CON INTERVENTO CHIRURGICO - Chirurgico	12	4,4004
(473) leucemia acuta senza int. chir. maggiori, eta' >1 - Medico	4	4,2095

Tab. 7 DRG più frequenti

Elenco dei 10 DRG a maggiore frequenza	N.casi	peso medio
(391) NEONATO NORMALE - Medico	673	0,1598
(373) parto vaginale senza diagnosi complicanti - Medico	652	0,4439
(035) altre mal. sist. nervoso senza cc - Medico	432	0,6807
(371) parto cesareo senza cc - Chirurgico	430	0,7334
(087) edema polmonare e insuff. respiratoria - Medico	409	1,2243
(410) CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA AC	367	0,7539
(017) mal. cerebrovascolari aspecifiche senza cc - Medico	314	0,8471
(390) NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE - Medico	299	0,2085
(333) altre dia. rene e vie urinarie, eta' <18 - Medico	296	0,6084

La percentuale dei pazienti deceduti sul totale dei ricoveri è sostanzialmente stabile nel quinquennio (fig. 16); la figura 17 correla la complessità della casistica ai pazienti deceduti.

Fig. 16 Percentuale dei decessi sui ricoveri

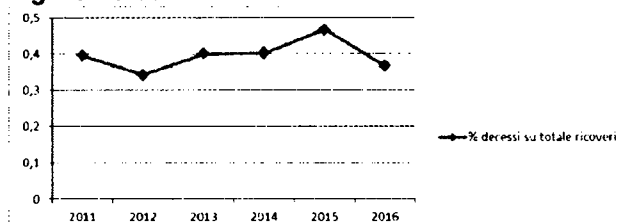


Fig. 17 Peso medio pazienti deceduti

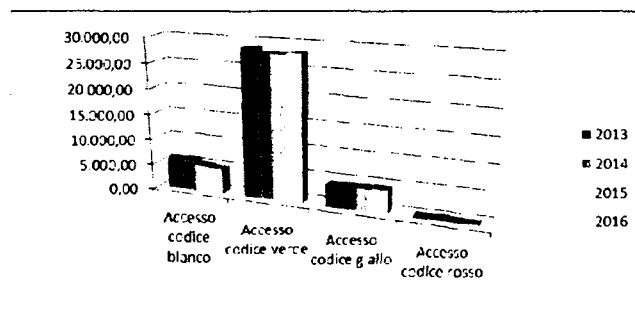


In tabella 8 sono riportati i dati più significativi di attività del pronto soccorso. In figura 18 la numerosità dei pazienti per codice colore.

Tab. 10 Attività e accessi al pronto soccorso

	2013	2014	2015	2016
n. accessi totali in PS	37.236	36.600	35.756	35.614
N. accessi ginecologici	1.828	1.833	2.012	2.206
n. accessi traumi ortopedici		523	3.491	3.374
Ricoveri da PS	3.597	3.363	2.889	2.927
n. OBI	2.227	2.499	2.384	2.228
n. allontanamenti da PS	588	747	709	633

Fig. 18 Accesso per codice colore



2. Indicatori di costo e ricavo

In tabella 9 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.

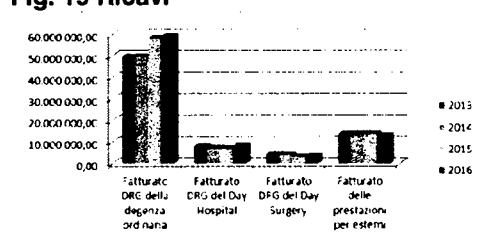
Tab. 9 Dati di costo e ricavo

	2013	2014	2015	2016
Fatturato DRG della degenza ordinaria	49.742.631	49.931.785	58.491.622	59.336.119
Fatturato DRG del Day Hospital	8.115.148	7.428.603	7.226.930	8.528.246
Fatturato DRG del DaySurgery	4.514.428	4.306.628	3.375.135	3.519.781
Fatturato delle prestazioni per esterni	13.994.075	14.189.125	14.157.408	13.282.683

di cui accessi da PS	710.315	739.832	749.899	695.445
di cui OBI	496.500	530.400	518.400	479.100
TOTALE DEI RICAVI	76.366.284	75.856.143	83.251.097	84.666.830
costo dei farmaci	13.052.358	11.974.132	13.804.293	13.817.075
di cui farmaci a dispensazione diretta	6.480.161	6.564.625	7.141.972	7.002.413
costo diagnostici	6.795.009	7.555.895	7.848.062	7.920.178
costo dei materiali sanitari	6.770.517	7.828.730	8.158.906	8.862.990
costo dei materiali tecnico-economici	2.334.468	2.177.822	1.633.974	446.603
Costo del personale	103.715.397	104.199.803	103.073.708	99.271.538
Altri costi generali di gestione (senza quadratura bilancio)	17.624.502	17.877.156	17.043.345	18.860.474
di cui lavanderia	3.035.758	3.100.995	3.220.281	3.208.391
di cui pulizie	4.215.263	4.232.783	4.358.500	4.220.821
di cui utenze (acqua gas luce)	4.333.136	6.078.758	4.898.186	516.694

In figura 19 sono riportate i ricavi per componente di attività.

Fig. 19 Ricavi



In tabella 10 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 10 Costo per punto DRG

	2013	2014	2015	2016
Valore complessivo costo per punto DRG	5.480	5.953	5.995	6.064
Costo farmaci per punto DRG	261	212	261	272
Costo materiali sanitari per punto DRG	269	306	320	354

3. Piano di budget e risultati conseguiti

Il programma di budget ha lo scopo di determinare le azioni necessarie a dare realizzazione ai contenuti del piano attuativo di ciascun anno, nel rispetto alle linee di indirizzo del piano strategico. Gli incontri di negoziazione per la definizione del budget di previsione 2016 hanno avuto luogo nel mese di dicembre ed hanno portato alla condivisione dei macro-obiettivi dei dipartimenti e delle unità operative, semplici e dipartimentali, con assegnazione delle relative risorse in fase di prima ipotesi sulla base del bilancio di previsione.

Nel mese di gennaio si è proceduto all'approvazione delle schede definitive di budget utilizzando la balanced score card secondo le dimensioni delle prospettive previste:

1. prospettiva processi dell'attività;
2. prospettiva economico-finanziaria;
3. prospettiva degli obiettivi strategici,
4. prospettiva qualità e sicurezza dei pazienti;
5. prospettiva ricerca e formazione.

A ciascuna prospettiva è stato attribuito un peso relativo e sono stati definiti specifici indicatori correlati al settore di afferenza.

I dati di attività e di costo e ricavo sono stati resi disponibili in linea a tutti i Responsabili di struttura sul cruscotto gestionale accessibile in web.

Incontri collegiali di verifica con il Direttore Generale e le Direzioni Aziendali hanno avuto luogo con cadenza almeno trimestrale.

Il Direttore del Centro Controllo Direzionale e Servizio Qualità ha trasmesso le relative relazioni analitiche circa lo stato di avanzamento al Collegio di Direzione.

Obiettivi di budget

Le linee di indirizzo 2016 sono state così circostanziate:

- incremento atteso nella misura del 4% dei volumi complessivi di attività (in ricovero ordinario e daysurgery) sul 2015, fermo restando il rispetto dei criteri di appropriatezza, quale segnale di inversione del trend negativo a parziale recupero della casistica;
- mantenimento dei volumi di attività per la chirurgia di media - alta complessità;
- tenuto conto dei dati di mobilità attiva e passiva, tendenziale recupero della capacità di attrazione soprattutto per i settori specialistici che hanno evidenziato il calo più rilevante nel periodo, specie per la casistica di media ed alta complessità;
- condivisione dipartimentale della gestione posti letto e gestione dei ricoveri programmati;
- potenziamento dell'offerta di prestazioni per pazienti esterni tenuto conto delle liste di attesa e per quanto sostenibile in relazione alle attuali dotazioni organiche;
- rispetto del sistema di indicatori AGENAS/MES secondo le disposizioni di Regione Liguria con particolare attenzione alla riduzione: del numero dei ricoveri per i DRG a rischio di in-appropriatezza, dei day hospital diagnostici, della percentuale di pazienti con DRGs medici dimessi da reparti chirurgici, della durata della degenza pre-intervento nei ricoveri di elezione, della percentuale dei tagli cesarei "depurati" (NTSV), del rispetto degli indicatori fissati per il monitoraggio del pronto soccorso;
- contenimento del tetto di spesa nei limiti fissati dal bilancio di previsione;
- rispetto degli obiettivi di qualità e sicurezza dei pazienti secondo quanto previsto anche dagli standard Joint Commission International
- mantenimento della produttività scientifica e maggiore impegno in conduzione/partecipazione a trial clinici.

In tabella 11 sono riportati i risultati conseguiti relativi alle aree volumi, efficienza gestionale ed economica-finanziaria.

Tab. 11 risultati di budget

Attività	Budget negoziato 2016	Consuntivo 2016	Scostramento	Scostramento %
PROSPETTIVA PROCESSI DELL'ATTIVITA' (punti 40)				
Area volumi (punti 30)				
posti letto effettivi (no culle)	290,58	291,97	1,39	0,48%
n.dimessi	14.063	13.907	-156	-1,11%
di cui casi di un glomo DO (un pernottamento)	596	536	-61	-10,18%
di cui n.dimessi extra regione	6.311	5.975	-336	-5,32%
di cui casi FR peso inferiore o uguale a 0,69	1.269	1.995	727	57,27%
n.cicli chiusi	9.999	11.269	1.270	12,71%
giornate di degenza	99.423	99.587	164	0,17%
prestazioni ambulatoriali	550.230	541.786	-8.444	-1,53%
numero interventi	11.328	12.247	919	8,11%
n.cicli chiusi di Day Surgery	3.290	3.023	-267	-8,12%
Area efficienza gestionale (punti 10)				
Peso Medio	1,09	1,08	-0,01	-0,55%
D.M. (con passaggi)	5,70	5,81	0,11	1,85%
Tasso di Occupazione DO	95,00	93,33	-1,67	-1,75%
Indice di Rotazione	51,75	52,67	0,92	1,79%
Intervallo di Turn Over	1,06	1,07	0,01	0,56%
PROSPETTIVA ECONOMICA-FINANZIARIA (punti 15)				
COSTI (punti 10)	0	0	0	0,00%
Costo farmaci assistenza	15.000.000,00	13.931.964,78	-1.068.035,22	-7,12%
Costo diagnostici assistenza	8.000.000,00	7.555.415,93	-1.555.415,93	-25,82%
Costi materiali sanitari assistenza	8.000.000,00	8.378.582,39	378.582,39	4,73%
Costo materiali tecnico economici assistenza	2.041.499,19	438.738,50	-1.602.760,69	-78,51%

C. Obiettivi strategici di collaborazione internazionale e di miglioramento organizzativo

Ciascuna Unità Operativa ha concorso alla realizzazione degli obiettivi strategici di collaborazione internazionale e di miglioramento organizzativo.

Le relazioni di sintesi della attività svolte sono archiviate presso il Servizio Qualità e sono disponibili in Intranet – area CCD.

I programmi di collaborazione che nel 2016 hanno avuto particolare sviluppo hanno riguardato:

CH Cincinnati: riabilitazione e chirurgia delle epilessie;

CH Bosron: condivisione progetto organizzazione per intensità di cure;

CH Toronto: modello centralizzazione pazienti e famiglie nei percorsi di cura.

Per i dati di dettaglio si rimanda ai report analitici.

D. Obiettivi di qualità e sicurezza dei pazienti

Il piano qualità 2016 ha rappresentato il documento di riferimento per la preparazione dell'Istituto alla survey JCI triennale pianificata per febbraio 2017.

Il piano ha avuto quali obiettivi prioritari:

- o adeguamento agli standard della V edizione del manuale JCI
- o audit interni per verifiche sul “campo” dell’adesione del personale a politiche e procedure;
- o analisi delle segnalazioni di eventi avversi/quasi evento
- o verifica periodica della documentazione sanitaria
- o misure di prevenzione e controllo delle infezioni
- o formazione continua del personale

Audit interni: il team preposto alla realizzazione degli audit nelle unità operative ha verificato la coerenza del comportamento degli operatori rispetto a politiche e procedure aziendali assumendo il manuale degli standard JCI V edizione- quale riferimento.

In particolare hanno costituito oggetto di focalizzazione durante le visite:

- tenuta della documentazione sanitaria;
- gestione farmaci e presidi;
- rispetto delle procedure per la prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Le principali problematiche affrontate nel 2016 hanno riguardato:

- procedure di identificazione del paziente;
- strumenti a supporto della comunicazione fra i diversi professionisti durante il passaggio di consegne;
- politiche e procedure riguardanti il lavaggio mani, il rispetto della dress policy e in generale delle misure di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali;
- implementazione delle procedure riguardanti la preparazione magistrali - farmaci iniettabili;
- implementazione dei percorsi assistenziali – PDTA secondo metodologia consolidata.

Esiti del sistema di monitoraggio

Vengono di seguito rappresentate le tabulazioni più significative relative al monitoraggio del sistema qualità.

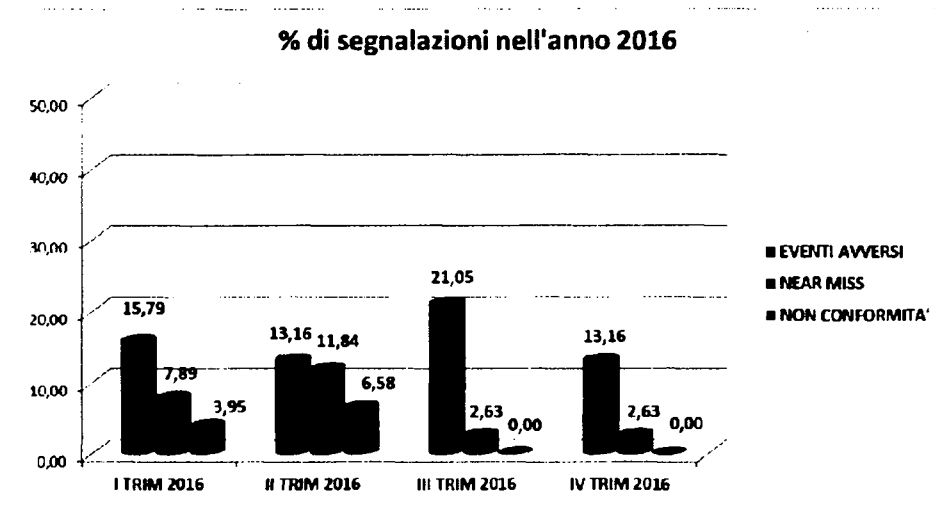
Segnalazione spontanee

La rilevazione degli errori e dei quasi errore è elemento essenziale per poter individuare criticità che hanno o potrebbero costituire pericolo per la sicurezza dei pazienti e per poter porre in essere le azioni di miglioramento necessarie.

Il clima di fiducia con tutti gli operatori è essenziale: le Direzioni dell'Istituto favoriscono la segnalazione e si impegnano a non attivare nei confronti dei segnalatori alcun provvedimento punitivo.

La responsabilità della registrazione degli eventi è in capo all'UOC Servizio Qualità.

Fig. 20 Segnalazioni spontanee



Verifica periodica documentazione sanitaria:

La cartella raccoglie tutta la documentazione sanitaria e traccia il percorso del paziente durante il ricovero; è strumento indispensabile per il corretto passaggio di consegne fra gli operatori.

La completa e puntuale compilazione è ritenuto elemento essenziale per garantire la sicurezza dei pazienti.

Fig. 22 Cartella clinica elettronica: non conformità per area medica

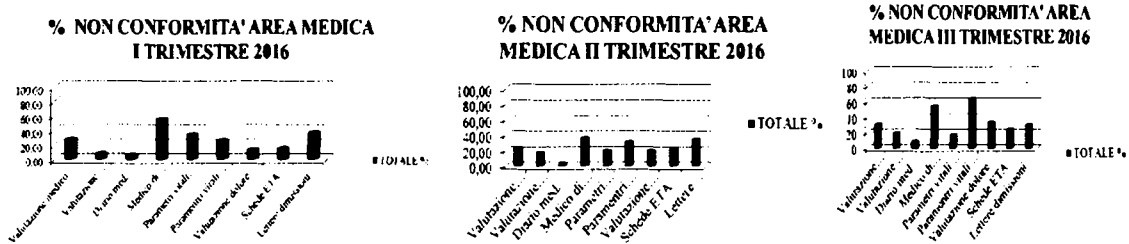
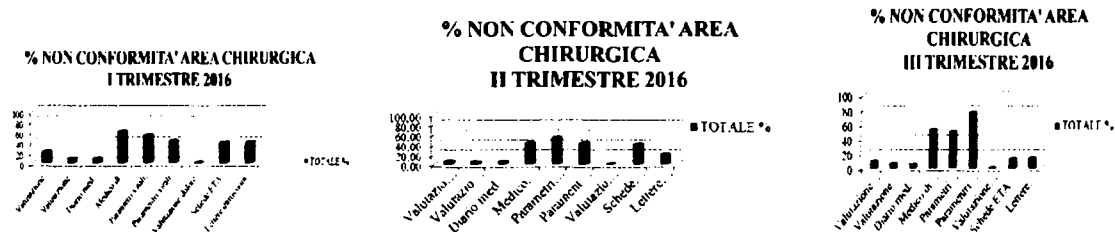
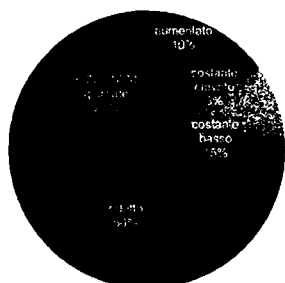


Fig. 23 Cartella clinica elettronica: non conformità per area chirurgica



Lavaggio delle mani

Questo indicatore è basato sulla valutazione del volume totale dei prodotti per frizione alcolica utilizzati dal personale di assistenza in un determinato arco temporale e rapportato alle giornate di assistenza erogate. Quanto più è alto tanto più è probabile che i lavaggi delle mani secondo i 5 momenti dell'OMS siano stati efficaci.



Prevenzione e controllo infezioni correlate alle pratiche assistenziali

Questo indicatore valuta l'andamento tassi di isolamento di patogeni (MRSA, CoNS, Gram negativi, Gram negativi CAZ-R e ESBL produttori) in ciascuna unità operative e lo confronta con il dato storico della U.O. e con i valori di riferimento di tutto l'Istituto.

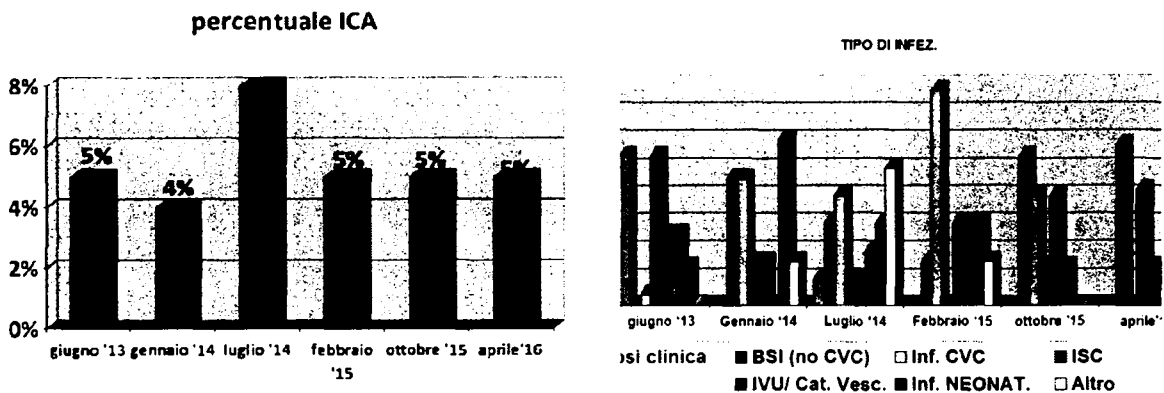
Tab. 12 Andamento tassi di isolamento

	Totale Globali anno precedente	Totale progressivo Globali anno in corso
Dati globali		
MRSA n	154	216
Tasso MRSA	1,88	2,22
* CoNS Met-R	82	77
Tasso CoNS Met-R	3,04	2,41
Enterococchi G I R n	2	3
Tasso Enterococchi G I R	0,02	0,03
C difficile - Tot A-B n	79	83
Tasso C difficile	0,81	0,87
Gram-negativi n	2533	2592
Tasso Gram-negativi	25,88	26,67
Tasso CAZ R	1,40	4,32
tasso carbapenemasi R		0,42
Tasso CPE		0,39
Emocolture		
Tasso CoNS	3,16	2,56
Tasso Gram-negativi	0,93	0,69
Vie respiratorie		
Tasso MRSA	1,13	1,33
Tasso Gram-negativi CAZ R	2,60	2,73
Vie urinarie		
Tasso Enterococchi	0,67	0,74
Tasso Gram-negativi	4,04	4,32
Lesioni cutanee		
Tasso S aureus	1,20	1,47
Tasso MRSA	0,22	0,35
Tasso Gram-negativi	1,60	1,57
Altri		
Tasso MRSA	0,06	0,19
Tasso Gram-negativi	1,63	1,64

Studio di prevalenza anni 2013-2016

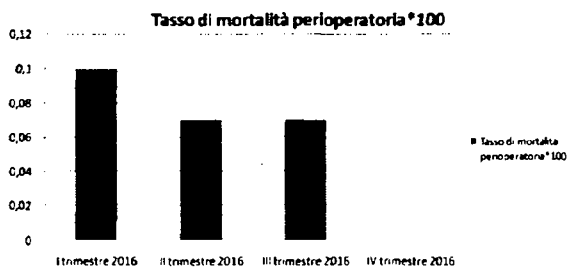
Nella tabella è suddivisa la popolazione entrata nello studio di prevalenza secondo protocollo ECDC negli anni dal 2013 ad oggi.

L'andamento delle Infezioni Correlate all'assistenza (ICA) è sostanzialmente costante nel tempo, con una percentuale in linea con gli studi nazionali ed internazionali.



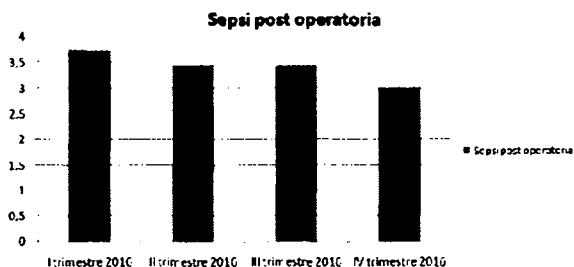
Tasso di mortalità

L'indicatore monitora il numero di pazienti che decedono durante gli interventi chirurgici o entro le 48 ore successive.



Sepsi post operatoria

L'indicatore monitora il numero di pazienti che hanno contratto sepsi dopo essere stati sottoposti ad intervento chirurgico.



Formazione continua del personale:

Come per le annualità precedenti anche nel 2016 si è tenuto il corso di formazione aziendale in tema di gestione del rischio clinico.

Il corso è stato orientato alla preparazione di tutto il personale alla survey JCI triennale con adeguamento ai contenuti degli standard secondo la V edizione del manuale.

Le tematiche prioritarie sono state:

- Politiche e procedure per l'efficacia del passaggio di consegne fra professionisti IPSPG 2.2
- Revisione prescrizione farmaci COP.2.2 .MMU 4.1 e 5.1 Gestione farmaci ad alto rischio
- Prevenzione e controllo ICA – Igiene delle mani-Sicurezza dei lavoratori nei Laboratori
- Gestione del maxi afflusso; gestione flusso di pazienti ACC 2.2.1
- Pianificazione delle cure e obiettivi misurabili del ricovero
- Strumenti per il riconoscimento precoce dei cambiamenti nelle condizioni del paziente
- Pianificazione del trattamento chirurgico compreso impianto di dispositivo medicale , sedazione procedurale e controllo del dolore
- Applicazione a regime della cartella elettronica e verifica aderenza agli standard relativi alla valutazione del paziente e alla comunicazione fra professionisti.

Si sono tenute 10 edizioni del corso che hanno visto la presenza di oltre 800 partecipanti.

Sono stati attribuiti 30 punti ECM

Ubaldo Rosati
Direttore Dipartimento Staff

Istituto Giannina Gaslini



Andamento del piano attuativo 2016 (II semestre):

predisposti progetti di efficientamento a risorse date/variate per attivazione ordinaria /a fronte risorse aggiuntive nel 2017

Progetto: 1E. Organizzazione per intensità di cure in area chirurgica secondo modelli IGG

Centralizzazione operativa gestione sale operatorie; attivazione Week Surgery; organizzazione area intensiva e su-intensiva. Coordinamento con GIMBE per predisposizione percorso formativo del personale;

Progetto: 1R. Ottimizzazione dei servizi intermedi e risoluzione dei "colli di bottiglia" per ottimizzare l'apparato produttivo

Analisi della appropriatezza prescrittiva; eventuali interazioni operative con i pediatri di libera scelta. Revisione delle procedure secondo esiti del processo conoscitivo. Monitoraggio dei percorsi di miglioramento introdotti.

Operata analisi organizzativa finalizzata ad individuare principali criticità rispetto a liste di attesa e colli di bottiglia. Individuata quale criticità prioritaria lista di attesa operatoria di ortopedia per pazienti in follow up (rimozione viti, revisione fissatori etc). Selezionato pull di 126 pazienti ad alta priorità, programmati slot per smaltimento liste di attesa entro fine ottobre.

Progetto: 1B. Strutturazione della "degenza unica dell'area delle neuroscienze"

Costituzione gruppi di lavoro e predisposizione PDTA per ciascun settore; Approvazione modello e avvio delle interazioni formative e didattiche

Progetto: 1L. Potenziamento patologia neonatale : NICU f.c.c., follow up, strokeunit e trasporto

Follow up, strokeunit e trasporto: avvio progettazione preliminare per nuovo assetto strutturale area semi intensiva ed intensiva. Avvio del gruppo di lavoro preposto all'adeguamento del modello organizzativo e focus su stato emergenziale con risposte a crisi.

Progetto: 1M. Ospedale di Giorno e Territorio

Avvio tre ambulatori senza prenotazione e servizio recall ; Rapporti negoziali con Regione Liguria ALISA e ASL 3 per definizione pacchetti di offerta.

Progetto: 1O. Attivazione ambulatori infermieristici

Allegato C

Creato il gruppo di lavoro e iniziato la progettazione organizzativa a partire dalla identificazione delle attività; identificando le specifiche attività infermieristiche su cui basare l'inizio del Servizio.

Progetto: 1P. Centralizzazione pazienti e famiglie

Attivati e formalizzati i vari gruppi di lavoro previsti compreso quello con URP e amministrativi di Front office del padiglione 20. In redazione i vari progetti di formazione o di implementazione organizzativa.

Progetto: 2B. Centralizzazione regionale laboratorio di genetica

Gruppo di lavoro coordinato dai Direttori Sanitari dei due ospedali ha concluso l'iter propedeutico all'unificazione dei laboratori sul piano organizzativo. Concluso l'assetto strutturale e le procedure informatiche per la funzionalità operativa. in attesa della definizione amministrativa

Progetto: 2C. Strutturazione rete metropolitana ostetrico-neonatale

Gruppo di lavoro coordinato dai Direttori Sanitari dei due ospedali e dai CapiDipartimento specifici ha approvato il documento fondativo. Il percorso operativo è iniziato secondo il relativo cronoprogramma con l'obiettivo comune prioritario di miglioramento della qualità e sicurezza attraverso lo sviluppo del progetto appropriatezza TC.

Progetto: 5A. Rapporti sovraregionali, nazionali e internazionali "tra pari" e con Ospedali/IRCCS

Approvazione documento e rapporti con CH, Boston e Toronto.

Progetto: 1A. Attivazione coordinamento clinic e bed unit per utilizzo posti letto condivisi sovradipartimentale di area medica

Approvazione progetto e operatività

Progetto: 4A. Realizzazione del "Progetto Riabilitazione e continuità delle cure"

Individuazione degli spazi (pad.1) e taglio del progetto. Avvio progettazione e quantificazione preliminare delle risorse necessarie. Condivisione con la regione, richiesta deroghe, avvio piano acquisizione tecnologie e implementazione laboratori, Approvazione progetto preliminare, avvio procedure progettazione definitiva. Approvazione progetto esecutivo UOD (1° piano pad. 5)

Progetto: 1F. Ottimizzazione utilizzo e funzionalità giornaliera sale operatorie, con incremento produttività e gestione centralizzata. (11) - Operatività 01/02/2017

- a) Revisione e nuova assegnazione slot, secondo criteri di flessibilità ed in relazione a liste di attesa a risorse date.
- b) Definizione del percorso dei pazienti in urgenza che accedono in sala operatoria con percorso dedicato distinto da attività programmata
- c) Governo clinico: monitoraggio centralizzato di tutte le attività sia programmate che in urgenza. (verifica sia giornaliera che mensile): briefing sale operatorie alla presenza di Direzione Sanitaria e capi Dipartimento coinvolti.
- d) Strutturazione progetto Week Surgery

Azioni prioritarie del secondo semestre 2016 previste dal piano attuativo

Azione prioritaria: 1. Degenza Ortopedia

Azioni previste: Progettazione organizzativa

Stato di avanzamento: Collaudo eseguito. In attesa di data di inaugurazione

Azione prioritaria: 2. Hospice

Azioni previste: Prosecuzione progetto formativo personale; Seminario (CISEF): sviluppare la cultura dell'Hospice (4 edizioni)

Stato di avanzamento: in attesa di progetto gestionale da presentarsi a gennaio da parte dei Coordinatori, da avviare trattativa con regione per definizione tariffa.

Azione prioritaria: 3.b 3. Servizi di accoglienza e informazione (cabef/contact c e centralino).

Azione prevista: Trasferimento in nuova sede e inaugurazione

Stato di avanzamento: conclusione lavori prevista entro febbraio

Azione prioritaria: 3.b 4. Cucina e mensa

Azione prevista: Ultimazione lavori-dopo collaudo e attivazione/inaugurazione

Stato di avanzamento: conclusione lavori prevista presumibilmente entro marzo

Azione prioritaria: 3.b 5. Laboratorio Genetica

Azione prevista: Ultimazione lavori-dopo collaudo e attivazione/inaugurazione

Stato di avanzamento: Completato assetto strutturale.

Azione prioritaria: 6 -RM 3 TESLA (sede provvisoria)

Azione prevista: Ultimazione lavori-dopo collaudo e attivazione/inaugurazione

Stato di avanzamento: allocazione nuova macchina, in attesa di data per inaugurazione.

Azione prioritaria: 7/I. Progetto innovativo polo multifunzionale area critica e alte specialità

Azione prevista: Studio di fattibilità

Stato di avanzamento: In fase di svolgimento incontri tecnici con i professionisti per la predisposizione della fase istruttoria secondo procedure

Azione prioritaria: 7/II. Progetto innovativo laboratori esterni

Azione prevista: Studio di fattibilità

Stato di avanzamento: Sono in corso valutazioni di merito in capo al Direttore Scientifico

Azione prioritaria: 8/I. Focus Degenze UOC Neuroscienze

Azione prevista: Studio preliminare di fattibilità

Stato di avanzamento: confermato , lavori In corso

Azione prioritaria: 8/II. Focus Day Hospital Emato-Oncologia

Azione prevista: Studio preliminare di fattibilità

Stato di avanzamento: Concluso l'iter procedurale. In fase di attuazione il riassetto strutturale del 4° piano

Azione prioritaria: 15. Dotazioni organiche complete assistenza

Azione prevista: relazione su stato avanzamento

Stato di avanzamento: in attesa di determinazioni regionali relativamente alle richieste inoltrate dall'Istituto. Completati iter acquisizioni figure apicali sanitarie e delle professioni previste

Azione prioritaria: 16. Revisione organizzazione dipartimentale (vedi 1Q)

Azione prevista: Revisione

Stato di avanzamento: Progettualità in fase di redazione in carico al Collegio di Direzione



Obiettivi regione Liguria per istituto gaslini 2016					
N.	Obiettivi	Indicatore	TARGET ANNUALE (entro 31/12/2016)	Peso %	RISULTATO e Evidenza documentale
AREA ACCREDITAMENTO E QUALITA					
1	Aggiornamento del piano di adeguamento strutturale/impiantistico aziendale, ai fini della valutazione da parte della Commissione L.R. 20/99	Aggiornamento del piano di adeguamento	Presentazione entro il 31/12/2016 dell'aggiornamento del piano di adeguamento	5%	Documentazione archiviata presso UOC Controllo di gestione e Servizio Qualità
2	Mantenimento dei requisiti di accreditamento del Sistema trasfusionale	Verifica da parte dei valutatori dei sistemi trasfusionali	Presentazione della domanda ed attivazione di tutti i processi necessari per la conferma dell'accREDITAMENTO	5%	Confermato rinnovo accREDITAMENTO Deliberazione di Giunta Regionale n. 1265 del 30/12/2016
AREA MATERNO-INFANTILE					
3	Riduzione parti cesarei inappropriati (audit clinico) *	Audit clinico aziendale a conduzione esterna indipendente sui tagli cesarei	Report almeno intermedio di audit	10%	Realizzati due audit da consulente esterno in data: 14 luglio 2016 28 ottobre 2016
4	Riduzione dei parti cesarei inappropriati	% di riduzione dei parti inappropriati	Riduzione del 10% rispetto alla percentuale dei cesarei "depurati" NTVS rilevata per il 2015 (obiettivo 28,24%)	10%	Documentazione archiviata presso UOC Controllo di gestione e Servizio Qualità.
5	Monitoraggio dell'attività di identificazione delle persone in condizione di protratta alterazione della coscienza assistite nella struttura ospedaliera	Individuazione delle persone in condizione di protratta alterazione della coscienza assistite	Predisposizione di un report di individuazione delle persone in condizione di protratta alterazione della coscienza assistite	10%	Non risultano pazienti riferiti alla tipologia indicata
AREA OSPEDALIERA - RISCHIO CLINICO					
6	Appropriatezza erogativa dei ricoveri ordinari per acuti (Patto per la Salute 2014-2016); DGR n. 401/2015	Soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario	Ripetto delle soglie massime di cui alla DGR n. 401/2015	12%	Dati non ancora disponibili

Allegato D

		per DRG del Patto per la Salute – anno 2016 già definite con la DGR n. 401/2016			
7	Riduzione degenza media ricoveri ordinari per acuti	Degenza media trimmata a sx ricoveri per acuti. Sono esclusi i neonati sani	Riduzione del 2% rispetto al valore rilevato al 30 giugno 2016	12%	Documentazione archiviata presso UOC Controllo di gestione e Servizio Qualità
8	Gestione del Rischio Clinico: adozione e compilazione strumento Carmina	Compilazione strumento Carmina	Invio in Regione del Documento Carmina	4%	Compilato in ogni sezione questionario Carmina Documentazione archiviata presso UOC CCD Servizio Qualità
9	Effettuazione indagine per la rilevazione del tasso di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) negli ospedali per acuti (nota dell'ARS Prot. N. 3049 del 17/03/2016)	Rilevazione indagine	Report finale di analisi e diffusione dati relativi all'indagine	12%	Eseguite le rilevazioni secondo periodicità richiesta Documentazione archiviata presso UOC Controllo di gestione e Servizio Qualità
AREA FARMACEUTICA					
10	Farmaci biosimilari	% consumo biosimilari rispetto al 2015	Incremento del 30% del consumo di biosimilari rispetto al 2015	20%	Incremento riscontrato: 33% Documentazione archiviata presso UOC ccd

*Dopo L'Audit sui TC eseguito con consulente esterno Dr. Zannini in luglio 2016, ha ridotto la percentuale dei TC grezzi dal 48% al 34% nel trimestre luglio-agosto-settembre. Questo percorso inizia anche al Galliera con la partecipazione del sanitario di riferimento Dr. Camandona all'Audit di monitoraggio, dopo il primo trimestre di lavoro, del 28/10/016 che si terra' presso il nostro Istituto con il Dr. Zanini come valutatore esterno. Il Dr. Cordone nostro responsabile di area sala parto sara' il valutatore ed il tutor del prossimo Audit su TC che si terra' prossimamente al Galliera nell'ambito del percorso del Dipartimento Interaziendale.