



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

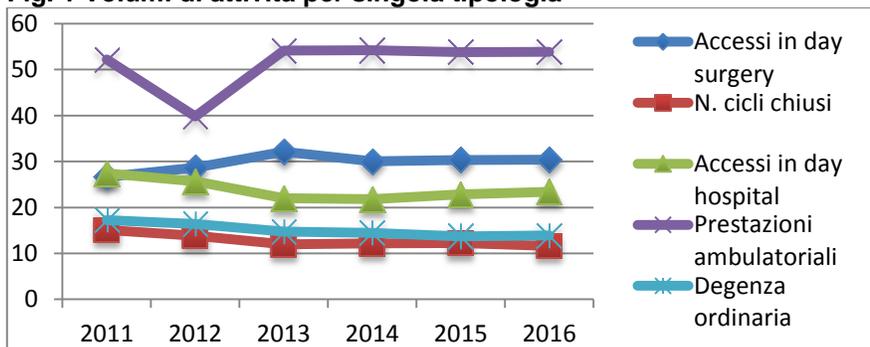
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DEGENZA ORDINARIA						
N.° medio posti letto attivi nel periodo (escluse culle)	353,59	335,98	309,96	283,61	290,58	291,97
Durata media degenza	5,48	5,32	5,76	5,80	5,94	5,83
N° dimessi	17.246	16.379	14.750	14.452	13.704	13.946
di cui n° dimessi fuori regione	7.460	6.645	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



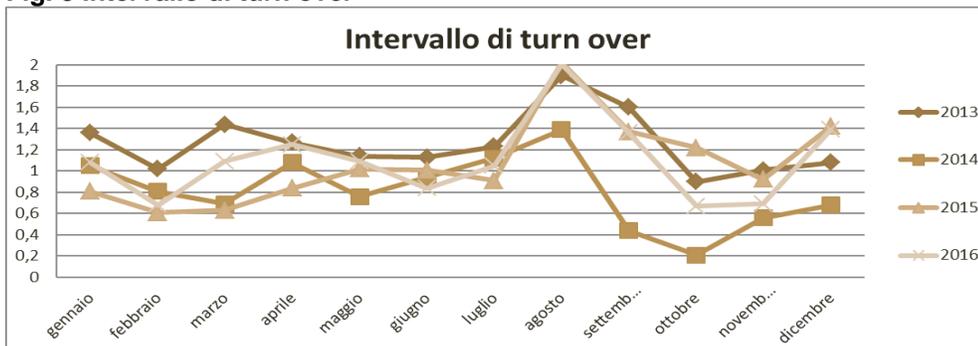
Il tasso di occupazione, inteso quale tempo medio su base annua durante il quale i posti letto sono stati utilizzati, ha superato stabilmente la soglia del 90 % (figura 2); i dati delle diverse annualità non sono completamente confrontabili in quanto non omogenei, data la riduzione del numero dei posti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

Fig. 2 Tasso di occupazione nel quinquennio



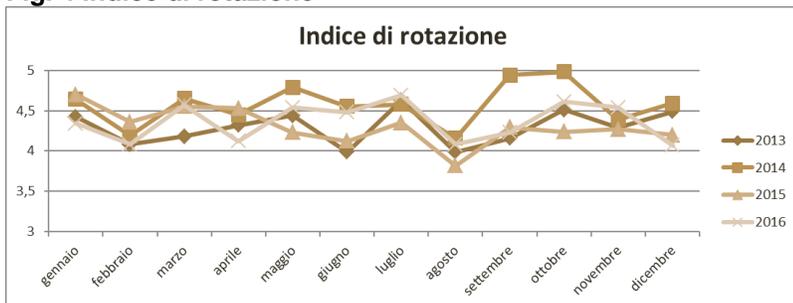
L'intervallo di turn over rappresenta il periodo intercorrente fra un ricovero ed il successivo sullo stesso posto letto: quanto più è breve tanto maggiore la capacità di utilizzo.
 Il dato 2016 non è risultato migliorativo rispetto all'anno precedente. (figura 3).

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

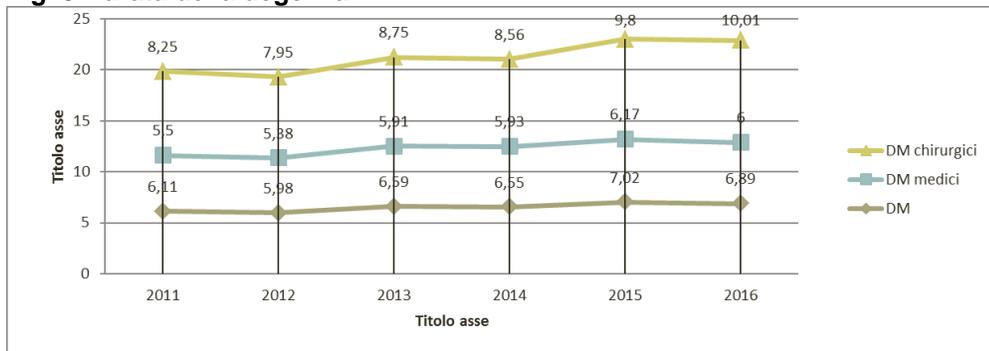


Nelle diverse annualità si conferma la fisiologica variazione stagionale con migliore performance nei mesi invernali e, pur constatando una progressiva maggiore efficienza, ancora margini di miglioramento.

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



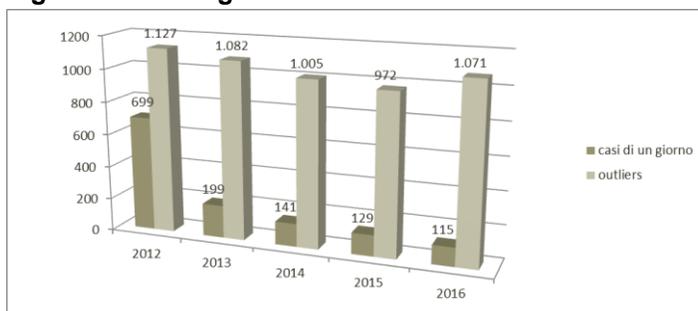
In figura 6 viene riportato l'andamento del numero dei casi di un giorno e degli outliers.

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

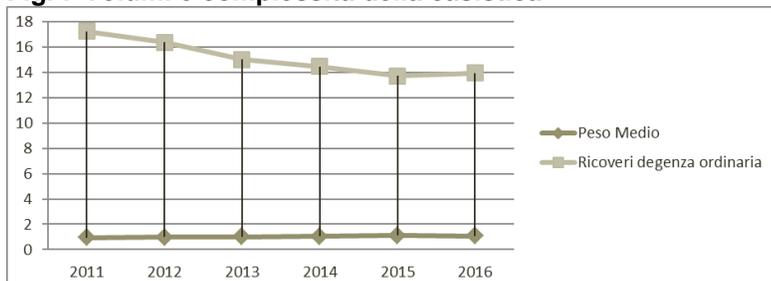
Nell'ultimo biennio la riduzione dei casi di un giorno è stata del 10,85%; i casi outliers sono aumentati del 10,18%.

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

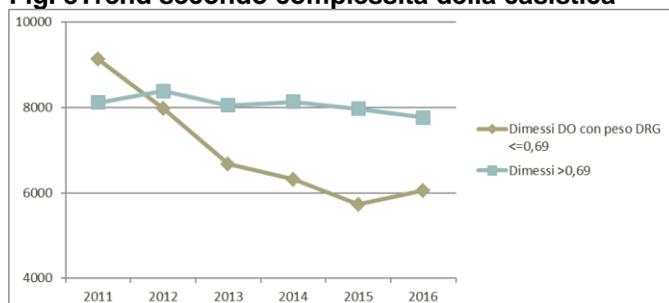
Nel periodo 2013-2015, nel rispetto dei criteri di appropriatezza, è stato progressivamente ridotto il numero dei pazienti meno complessi con peso medio $\leq 0,69$ sia in assoluto che riferito a pazienti provenienti da fuori regione). Il trend si è invertito nel 2016 specie se riferito alla fascia con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

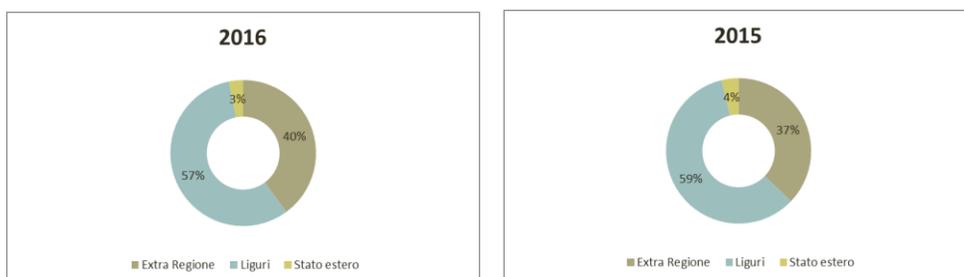
	2013	2014	2015	2016
N°. dimessi	14.750	14.452	13.704	13.946
Dimessi DO con peso DRG $\leq 0,69$	6.673	6.358	5.720	6.056
di cui casi FR peso inferiore o uguale a 0,69	1.966	1.837	1.700	2.007
Dimessi DO con Peso DRG $>0,69$ e $\leq 0,92$	3.121	2.979	2.939	2.798
Dimessi DO con peso DRG $>0,92$ e $\leq 1,42$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

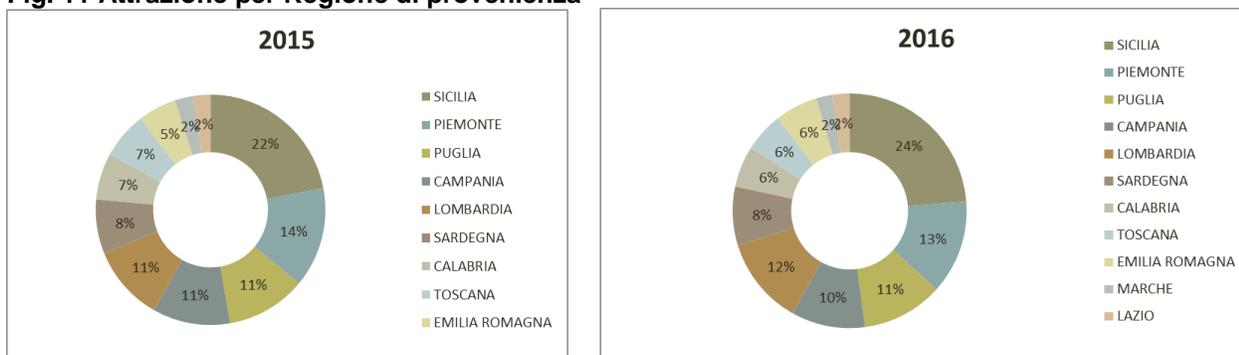
In figura 9 e 10 viene rappresentata la quota percentuale dei pazienti secondo provenienza negli anni 2015 e 2016: è stato registrato un aumento di 400 casi.

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.

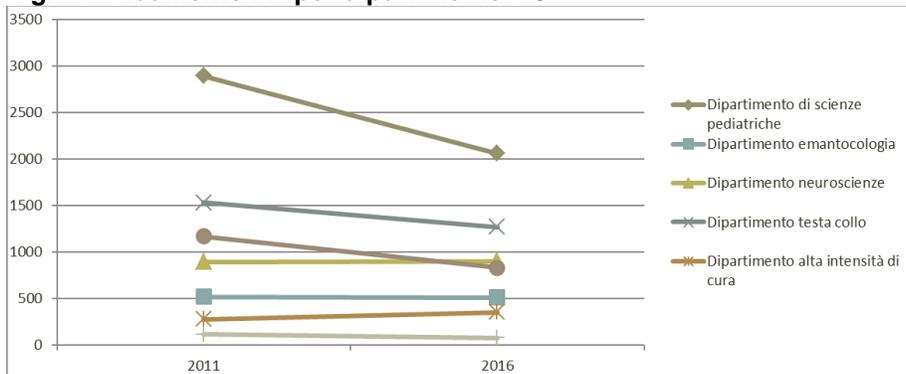
Le variazioni 2015-2016 sono positive: Sicilia + 17,66%; Piemonte + 0,60%; Puglia + 8,85%; Campania + 1,55%; Lombardia + 24,75%, Sardegna +15,60%.

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

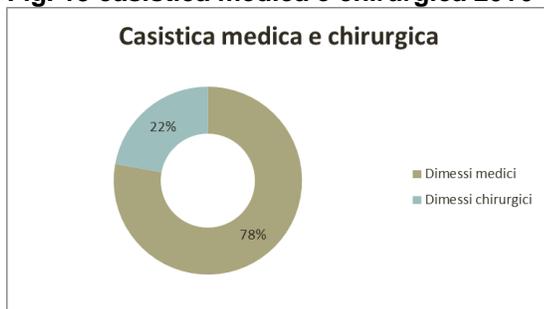
La figura 12 riporta l'andamento della capacità di attrazione di ciascun dipartimento dal 2011 - 2016. Tenendo conto delle diverse aggregazioni intercorse nel periodo si evidenzia, quale valutazione di sintesi, che il calo più significativo è ascrivibile all'area pediatrica (-28,76%).

Fig. 12 Andamento FR per dipartimento DO

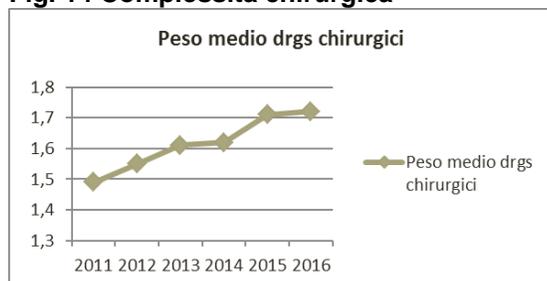


In figura 13 viene rappresentata la percentuale dei DRGs chirurgici sul totale della casistica nel 2016.

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

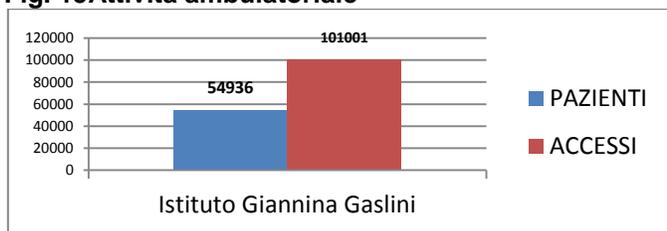
Registro	2013	2014	2015	2016
Neurochirurgia	383	401	425	426
Anestesia e Rianimazione	90	97	123	123
Cardiochirurgia	392	394	239	179
Cardiologia Interventistica Emodinamica	290	266	283	261
Chirurgia	2.149	2.115	2.300	2.146
Oculistica	290	249	237	192
Ostetricia e Ginecologia	1.207	1.250	1.171	712
Prestazioni eseguite a pazienti ematoncologici	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 2016i 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 NON INVASIVA	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 RESPIRATORIA	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 VERTEBRALE	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 ACUTA	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

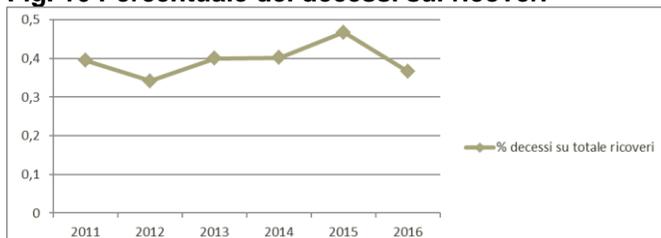
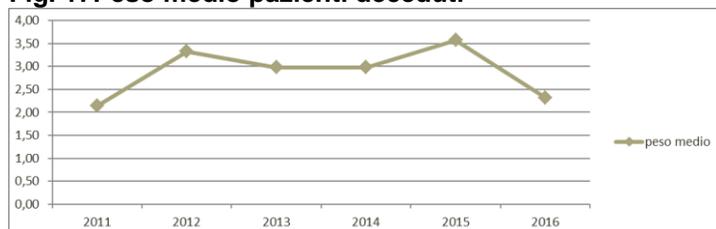


Fig. 17 Peso medio pazienti deceduti

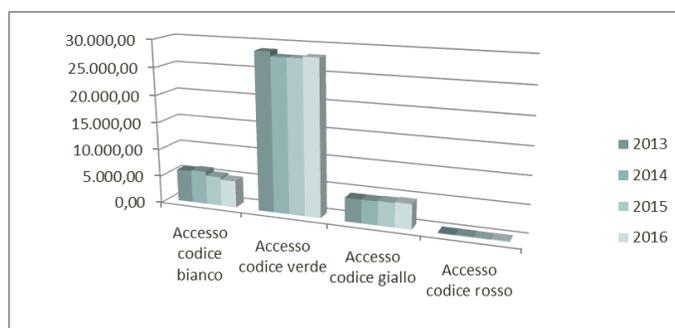


In tabella 8 sono riportati i dati più significativi di attività del pronto soccorso. In figura 18 la numerosità dei pazienti per codice colore.

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.

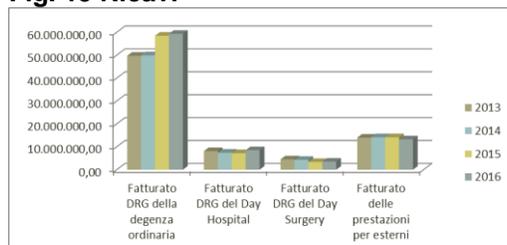
Tab. 9 Dati di costo e ricavo

	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	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%

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:

- 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

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.

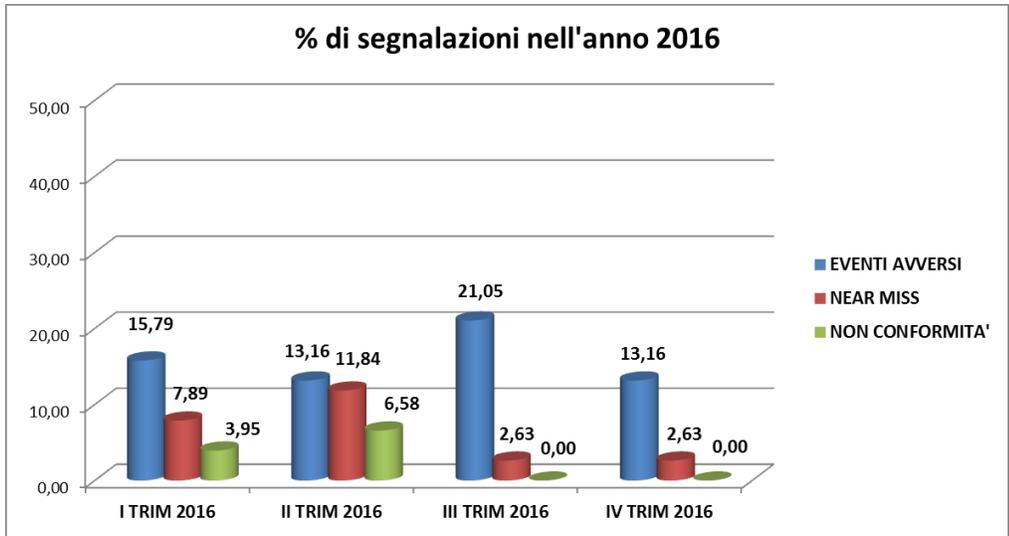
Segnalazione spontanee

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

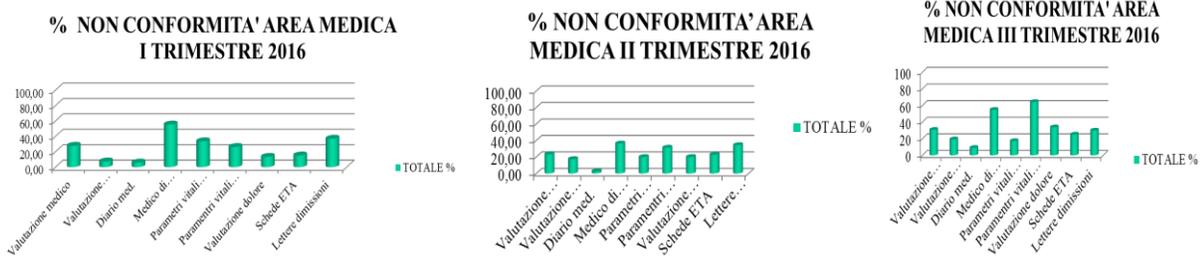
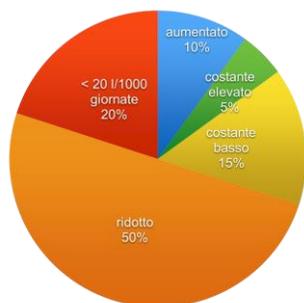


Fig. 23 Cartella clinica elettronica: non conformità per area chirurgica



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.

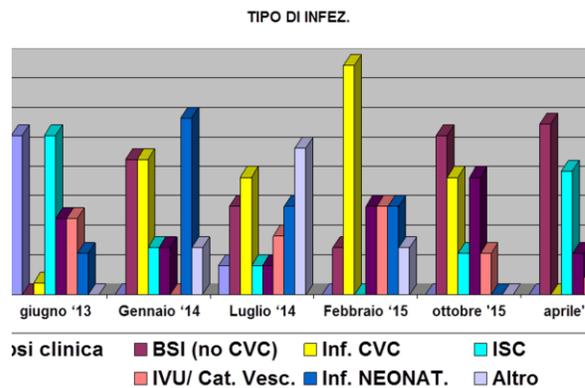
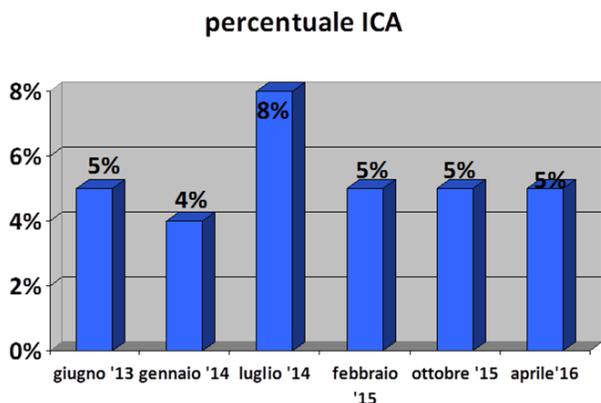
Tab. 12 Andamento tassi di isolamento

	Totale Gaslini anno precedente	Totale progressivo Gaslini anno in corso
Dati globali		
MRSA (n)	184	216
Tasso MRSA	1,88	2,22
% CoNS Met-R	82	77
Tasso CoNS Met-R	3,04	2,41
<i>Enterococcus</i> G I/R (n)	2	3
Tasso <i>Enterococcus</i> G I/R	0,02	0,03
<i>C.difficile</i> / Tox A-B (n)	79	85
Tasso <i>C.difficile</i>	0,81	0,87
Gram-negativi (n)	2533	2592
Tasso Gram-negativi	25,88	26,67
Tasso CAZ R	1,40	4,32
tasso carbapenem 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 <i>Enterococcus</i>	0,67	0,74
Tasso Gram-negativi	4,04	4,32
Lesioni cutanee		
Tasso <i>S.aureus</i>	1,20	1,47
Tasso MRSA	0,22	0,35
Tasso Gram-negativi	1,60	1,57
Altro		
Tasso MRSA	0,06	0,19
Tasso Gram-negativi	1,65	1,84

Studio di prevalenza anni 2013-2016

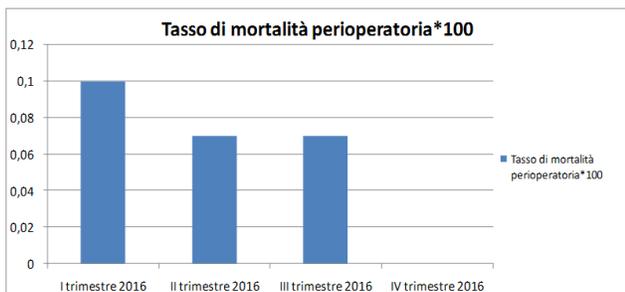
Nella tabella è suddivisa la popolazione entrata nello studio di prevalenza secondo protocollo ECDC negli anni dal 2013 ad oggi.

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



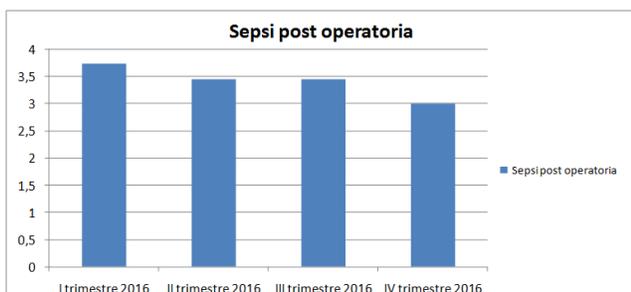
Tasso di mortalità

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 IPSP 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