



Direzione Generale

Servizio proponente: UOC Centro Controllo Direzionale e Servizio Qualità

Dirigente Responsabile: Ubaldo Rosati

Dirigente referente: Ubaldo Rosati



DELIBERAZIONE N. 187 DEL

OGGETTO: Budget consuntivo 2015 verifica risultati conseguiti.

Il Direttore Generale

Preso atto che con deliberazione N°.191 del 15 dicembre 2015 il Consiglio di Amministrazione aveva approvato il piano di budget 2015, secondo l'articolazione prevista nelle "Linee guida budget 2015", documento allegato all'atto deliberativo richiamato. Le linee guida circostanziavano finalità, fasi e responsabilità del programma, articolazione della scheda di budget secondo le diverse prospettive che la compongono e risultati attesi in termini di dati di attività, di costo e ricavo e di progettualità specifiche.

Preso atto delle modalità in ordine alle quali il piano ha trovato concreta realizzazione nel corso dell'anno, in particolare degli incontri di negoziazione per la definizione del budget di previsione. Questi hanno avuto luogo nel mese di dicembre 2015 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.

Avuto presente che nel mese di gennaio si è proceduto all'approvazione delle schede di budget utilizzando la balanced score card secondo le dimensioni delle prospettive:

- dei processi dell'attività;
- di quelli economico-finanziaria;
- degli obiettivi strategici,
- della qualità e sicurezza dei pazienti;
- della ricerca e formazione.

A ciascuna area è stato attribuito un peso relativo e sono stati delineati specifici indicatori in relazione al settore di afferenza.

In corso d'anno sono stati resi disponibili in linea i dati di attività e di costo e ricavo a tutti i Responsabili di struttura sul cruscotto gestionale accessibile in web.



Incontri formali di verifica sull'andamento del piano hanno avuto luogo nei mesi di maggio ed ottobre con la partecipazione del Direttore Generale, delle Direzioni Aziendali e di Staff e delle Direzioni di Unità operative.

Incontri periodici per l'analisi delle criticità emergenti hanno avuto luogo nel corso d'anno di norma con cadenza bimestrale con la partecipazione delle Direzioni Aziendali, di Staff e di Unità operative.

Il Direttore del Centro Controllo Direzionale e Servizio Qualità ha trasmesso le relazioni analitiche circa lo stato di avanzamento al Consiglio di Amministrazione con cadenza trimestrale.

Avuto presente dei risultati a consuntivo che, relativamente ai macro-indicatori di attività e di costo e ricavo, configurano incremento di complessità della casistica, minor numero di pazienti dimessi in ricovero ordinario con riduzione della quota proveniente da fuori regione, dati sostanzialmente stabili per day hospital, day surgery e prestazioni ambulatoriali; maggiori costi rispetto all'atteso per farmaci, materiali sanitari e diagnostici.

Preso atto del documento predisposto dal Direttore dell'U.O.C. Centro Controllo Direzionale e Servizio Qualità delle Prestazioni: "Analisi del trend e risultati di budget 2015" che si allega quale parte integrante della presente relazione (allegato A);

Valutate le risultanze della relazione;

Su conforme proposta del Direttore del Dipartimento Staff;

Visto l'art. 4 dello statuto organico dell'Istituto approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 415 del 28 luglio 1995;

delibera

1. di approvare gli esiti del piano di budget relazione che si acquisisce quale parte integrante del presente atto, denominata allegato A;
2. di trasmettere al Consiglio di Amministrazione la presente deliberazione per i provvedimenti conseguenti correlati;
3. di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi della vigente normativa.

Il Dirigente Proponente

Responsabile
(Dott. Ubaldo Rosati)

Per il parere favorevole

Il Direttore Scientifico
(prof. Alberto Martini)

Il Direttore Sanitario
(dott. Silvio Del Buono)

Il Direttore Amministrativo
(dott. Paolo Faravelli)

Il Direttore Generale
(dott. Paolo Petralia)



Piano di budget 2015 risultati

UOC Centro Controllo Direzionale
Servizio Qualità



Premessa

Questo documento presenta il resoconto di sintesi dell'andamento del piano di budget 2015.

La relazione sui risultati 2015 è preceduta da una analisi di tendenza dei dati di attività dell'ultimo quinquennio, verificata attraverso gli indicatori più significativi.

1. Analisi di tendenza

La tabella 1 presenta i dati dell'ultimo quinquennio riferiti ai principali indicatori di attività.

Tab. 1 Dati di attività

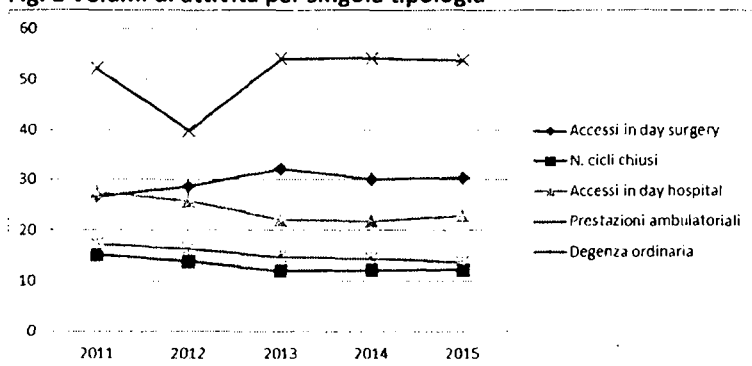
	2011	2012	2013	2014	2015
DEGENZA ORDINARIA					
N.° medio posti letto attivi nel periodo (escluse culle)	353,59	335,98	309,96	283,61	290,58
Durata media degenza	5,48	5,32	5,76	5,80	5,94
N° dimessi	17.246	16.379	14.750	14.452	13.704
di cui n° dimessi fuori regione	7.460	6.645	6.026	5.897	5.605
Peso Medio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

Il trend attesta la riduzione progressiva del numero complessivo dei ricoveri ordinari (- 20,53%) e di quello dei pazienti provenienti da fuori regione (- 24,86%) nel quinquennio.

Poco significative le variazioni dei volumi di attività di day hospital ed ambulatorio (-13,92% cicli e +3,28% prestazioni ambulatoriali).

In figura 1 viene rappresentato il trend dei volumi di attività per ciascun setting di cura.

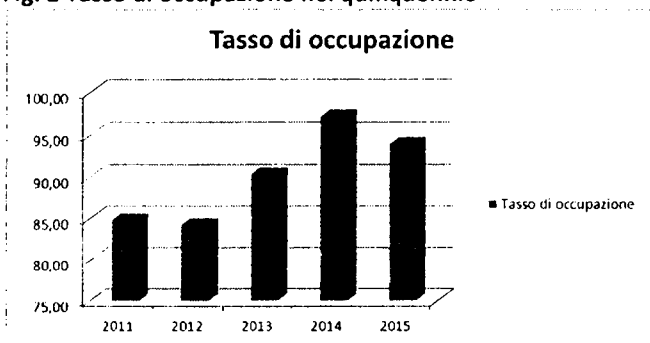
Fig. 1 Volumi di attività per singola tipologia



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 nel quinquennio non sono comunque omogenei, data la riduzione del numero dei posti letto negli anni.



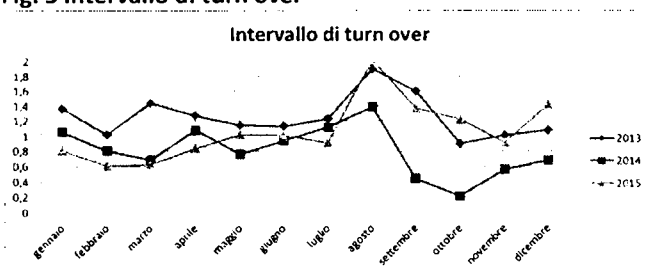
Fig. 2 Tasso di occupazione nel quinquennio



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 trend è complessivamente migliorativo nel quinquennio anche se il valore riscontrato nel 2015 (1,05) è più alto di quello dell'anno precedente (0,78) (figura 3).

Fig. 3 Intervallo di turn over



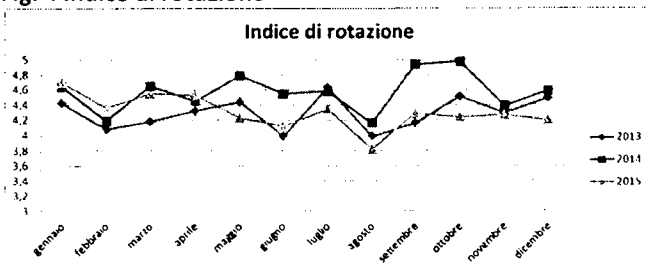
La figura 4 riporta l'indice di rotazione, espressione del numero di pazienti che ruotano sullo stesso posto letto in un arco temporale (il mese): il dato è da considerarsi tanto migliore quanto più il numero è alto.

I risultati 2015 sono peggiorativi rispetto agli anni precedenti.

In entrambe le figure è rappresentato l'andamento medio dell'ultimo triennio per ciascun mese: significative le variazioni stagionali con migliore performance nei mesi invernali.

In linea generale l'andamento degli indicatori evidenzia che sussistono ancora margini per recupero di efficienza gestionale. Utile al riguardo l'esame analitico per ciascuna unità operativa.

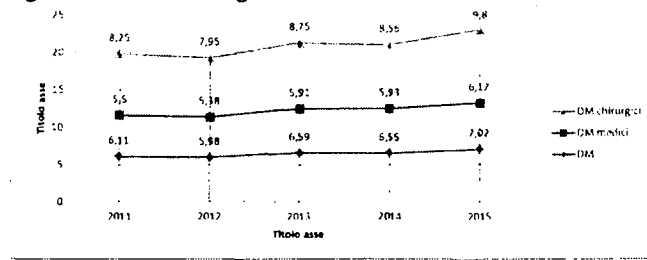
Fig. 4 Indice di rotazione



In figura 5 è rappresentata la durata media della degenza per ciascun anno in esame, riferita sia alla casistica nel suo complesso che, analiticamente, ai casi medici ed a quelli chirurgici. Questi ultimi nel periodo hanno fatto registrare la variazione più significativa; il dato è da correlarsi, verosimilmente, alla maggiore complessità registrata della casistica.



Fig. 5 Durata della degenza



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

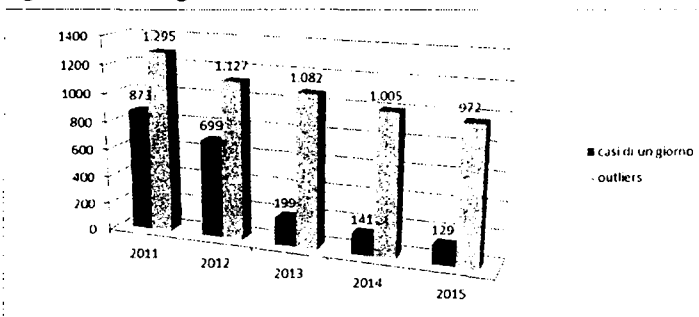
I primi rappresentano i ricoveri in regime ordinario con durata della degenza inferiore a due giornate e comprendo sia i casi di pazienti entrati ed usciti nella stessa giornata, sia quelli con una sola notte trascorsa in ospedale.

I casi outlier riguardano i ricoveri in regime ordinario la cui durata della degenza è superiore alla soglia specifica prevista per il DRG di riferimento.

La riduzione dei casi di un giorno è stata del 85,22% nel quinquennio; quella dei casi outliers del 24,94%.

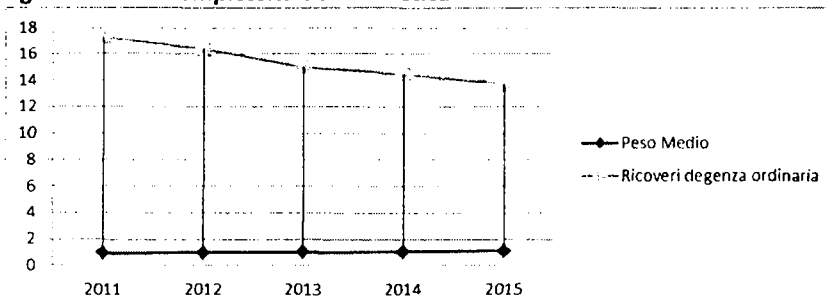
L'andamento di entrambi gli indicatori è espressione di maggiore appropriatezza.

Fig. 6 Casi di un giorno e outliers



La figura 7 riporta le variazioni intercorse rispetto a numerosità dei ricoveri (-20,53% nel periodo) ed incremento della complessità della casistica (+ 0,17 punti percentuali nel periodo).

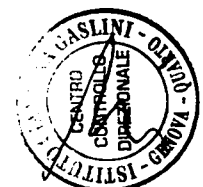
Fig. 7 Volumi e complessità della casistica



Come evidenziato in tabella 2, l'incremento del peso medio ha riguardato sia i pazienti liguri che quelli provenienti da fuori regione.

Tab. 2 Complessità della casistica per provenienza

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



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 (-953) che riferito a pazienti provenienti da fuori regione (-266). Il recupero sulle fasce a maggiore complessità è risultato parziale ed inferiore all'atteso: si registrano 200 casi in più per le fasce di peso superiori a 1,42 (tabella 3).

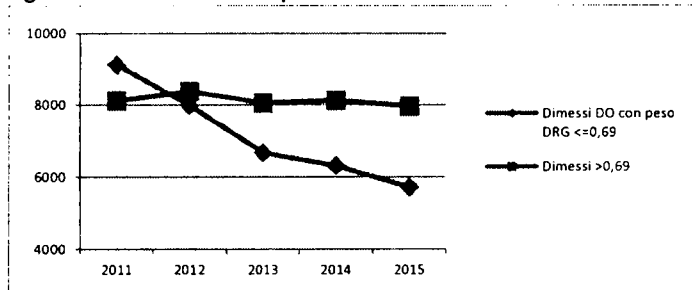
Tab. 3 Articolazione della casistica per fasce di complessità

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

In figura 8 viene rappresentato l'andamento delle curve secondo complessità della casistica ponendo il cut off del peso medio a 0,69.

I termini di confronto riguardano l'ultimo quinquennio per consentire una visione di insieme, considerato che la manovra di riconversione volta a contenere il numero dei ricoveri per i casi di minore complessità è stata avviata a partire dal 2012.

Fig. 8 Trend secondo complessità della casistica



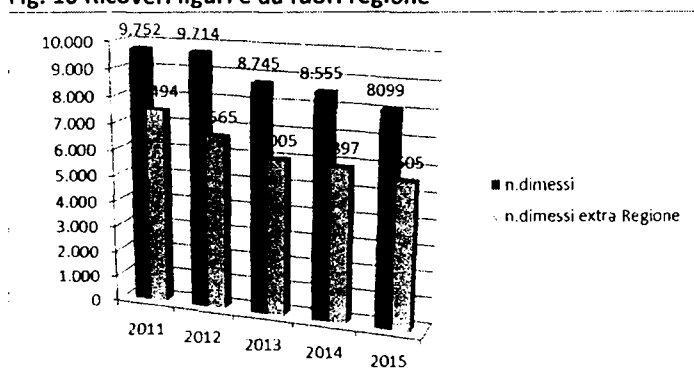
In figura 9 viene rappresentata la quota percentuale dei pazienti secondo provenienza negli anni compresi fra il 2011 ed il 2015: a fronte della maggiore presenza di pazienti stranieri si registra la riduzione di quattro punti percentuali di pazienti provenienti dalle altre regioni italiane.

Secondo quanto evidenziato in figura 10 il calo progressivo dei pazienti da fuori regione ha comportato la perdita di 1.889 casi (-25,2 %).

Fig. 9 Casistica per provenienza



Fig. 10 Ricoveri liguri e da fuori regione



In figura 11 viene rappresentata la quota percentuale dei pazienti reclutati in ricovero ordinario nel 2015 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 nei cinque anni provenienti dalle stesse regioni.

Con riferimento alle regioni verso le quali il Gaslini esercita la maggiore mobilità si registrano: Sicilia -31,4%; Piemonte -27,7%; Puglia -32,5%; Campania -24,5%; Lombardia -20%, Toscana -18,94%.

Risulta incrementato il numero dei pazienti stranieri (+ 95 casi).

Tab. 4 Attrazione da fuori regione: annualità a confronto

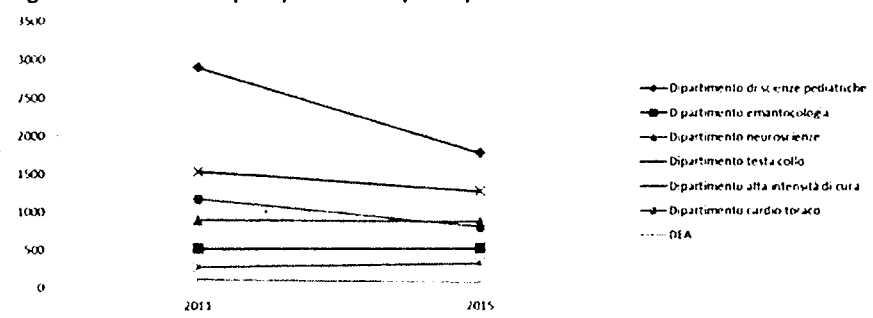
	2011	2012	2013	2014	2015
Sicilia	1.547	1.201	1.135	1.061	1.036
Piemonte	920	891	738	720	664
Puglia	837	747	634	565	531
Campania	692	603	570	522	518
Lombardia	718	660	538	574	501
Toscana	380	375	379	312	308
Calabria	449	421	351	355	310
Sardegna	389	377	377	343	359
Emilia Romagna	379	321	260	285	257
Marche	109	132	151	109	119
Stranieri	420	346	355	475	515

La figura 12 riporta l'andamento della capacità di attrazione di ciascun dipartimento nel quinquennio.

Tenendo conto delle diverse aggregazioni intercorse nel periodo si evidenzia, quale valutazione di sintesi, che il calo più significativo è ascrivibile all'area pediatrica (- 38,9%).

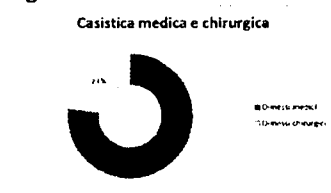


Fig. 12 Andamento quinquennio FR per dipartimento DO



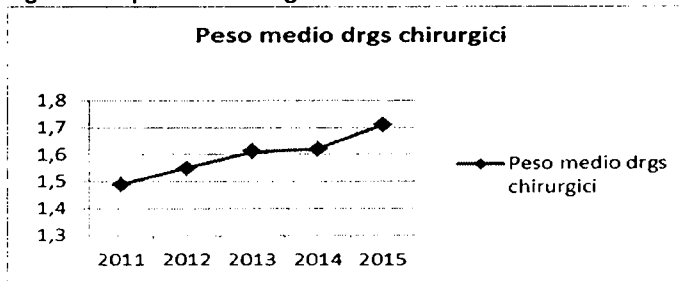
In figura 13 viene rappresentata la percentuale dei DRGs chirurgici sul totale della casistica nel 2015: si registra un incremento di 1,31 punti percentuali nel quinquennio.

Fig. 13 casistica medica e chirurgica 2015



La figura 14 evidenzia l'incremento progressivo della complessità dei casi chirurgici osservati nel quinquennio.

Fig. 14 Complessità chirurgica



In tabella 5 vengono presentati i dati relativi alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche eseguite in sedazione nell'ultimo triennio per ciascuno dei registri di sala operatoria attivati.

Tab. 5 Attività chirurgica

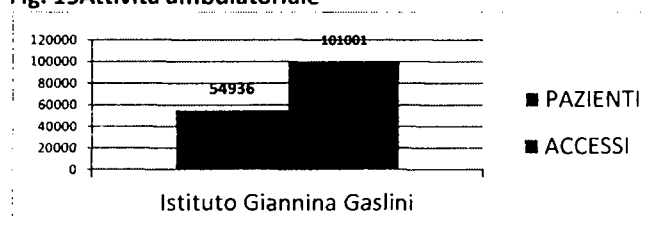
Registro	2013	2014	2015
Neurochirurgia	383	401	425
Anestesia e Rianimazione	90	97	123
Cardiochirurgia	392	394	239
Cardiologia Interventistica - Emodinamica	290	266	283
Chirurgia	2.149	2.115	2.300
Oculistica	290	249	237
Ostetricia e Ginecologia	1.207	1.250	1.171
Prestazioni eseguite a pazienti ematocologici	656	690	786
Interventistica Endovascolare	202	158	211
Otorinolaringoiatria	1.073	1.063	1.170
Gastroenterologia - Endoscopia	301	333	269



Registro	2013	2014	2015
Pneumologia - Broncoscopia	33	21	119
TAC e RM Neuroradiologia	1.515	1.477	1.448
Ortopedia e Traumatologia	1.373	1.374	1.383
Nefrologia	12	5	20
Maxillo-facciale	54	32	31
Parto Analgesia	380	348	354
TAC e RM Radiologia	488	481	469
Altro	7	0	32

Nel 2015 gli accessi alle strutture ambulatoriali dell'Istituto sono stati 101.001, riferiti a 54.936 pazienti per un totale di 539.199 prestazioni.

Fig. 15 Attività ambulatoriale



Nelle tabelle 6 e 7 vengono riportati i dati riguardanti, rispettivamente, l'attività ambulatoriale e di day hospital svolta presso l'ospedale di giorno.

Tab. 6 Attività ambulatoriale

SERVIZIO	2013	2014	2015
CARDIOLOGIA	12.505	9.966	10.638
ODONTOIATRIA E ORTODONZIA	11.315	11.189	12.611
LABORATORIO ANALISI	240.916	247.932	245.193
SERV. MEDICO PS E ACCETTAZIONE	543	608	616
PNEUMOLOGIA	12.373	12.206	13.380
REUMATOLOGIA	1.610	1.867	2.038
GASTROENTEROLOGIA	1.197	1.646	1.739
CHIRURGIA	4.100	3.765	3.431
CHIRURGIA VASCOLARE	1.233	1.145	1.260
ORTOPEDIA	26.087	27.901	23.459
OTORINOLARINGOIATRIA	7.336	7.864	7.034
DERMATOLOGIA	9.893	9.566	10.436
OCULISTICA	19.293	19.752	18.562
SERVIZIO DIETOLOGIA	601	650	665
NEURONCOLOGIA	-	105	93

Tab. 7 Accessi Day Hospital

SERVIZIO	2013	2014	2015
DERMATOLOGIA	593	697	802
NEURO ONCOLOGIA	1.873	1.833	1.768
PEDIATRIA 2 REUMATOLOGIA	1.743	1.952	1.603
PEDIATRIA 3 GASTROENTEROLOGIA	441	487	362
PEDIATRIA AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO E ALLERGOLOGICO	582	472	520
CARDIOCHIRURGIA	140	260	205



Nelle tabelle 8 e 9 vengono riportati, rispettivamente, l'elenco dei 10 DRGs a maggiore complessità e quello dei più frequenti dimessi nel 2015.

Tab. 8 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 MECCANICA - Chirurgico	14	12,4289
(386) NEONATI GRAVEMENTE IMMATURI O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO - Medico	204	8,6877
(542) TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELA - Chirurgico	8	8,536
(104) int. valvole cardiache con cateterismo cardiaco - Chirurgico	8	6,062
(496) artrodesi vertebrale combinata anteriore/posteriore - Chirurgico	4	5,1811
(546) ARTRODESI VERTEBRALE ECCEPTE CERVICALE CON DEVIATIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O - Chirurgico	8	5,0089
(105) int. valvole cardiache senza cateterismo cardiaco - Chirurgico	5	4,5572
(485) reimpianto arti, int. anca, femore per traum. rilev - Chirurgico	1	4,4919
(578) MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE CON INTERVENTO CHIRURGICO - Chirurgico	17	4,4004

Tab. 9 DRG più frequenti

Elenco dei 10 DRG a maggiore frequenza	N. casi	peso medio
(391) NEONATO NORMALE - Medico	715	0,1598
(373) parto vaginale senza diagnosi complicanti - Medico	612	0,4439
(371) parto cesareo senza cc - Chirurgico	552	0,7334
(410) CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMI	432	0,7539
(087) edema polmonare e insuff. respiratoria - Medico	393	1,2243
(035) altre mal. sist. nervoso senza cc - Medico	372	0,6807
(423) altre dia. infettive e parassitarie - Medico	273	1,2815
(390) NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE - Medico	267	0,2085
(017) mal. cerebrovascolari aspecifiche senza cc - Medico	264	0,8471
(333) altre dia. rene e vie urinarie, eta <18 - Medico	254	0,6084

La percentuale dei pazienti deceduti sul totale dei ricoveri è sostanzialmente stabile nel quinquennio; incrementata la complessità relativa della casistica (fig. 17)

Fig. 16 Percentuale dei decessi sui ricoveri

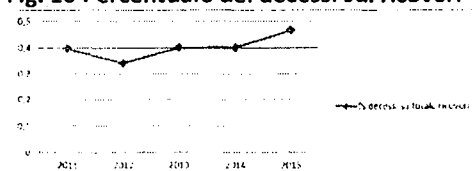
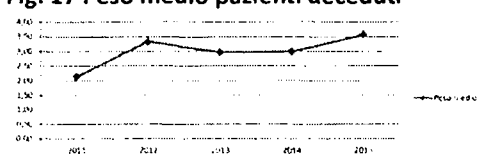


Fig. 17 Peso medio pazienti deceduti



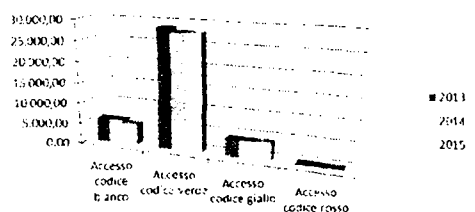
In tabella 10 sono riportati i dati più significativi di attività del pronto soccorso. Incrementato nel periodo il numero di OBI. Ridotto, nel rispetto degli obiettivi di budget, il numero dei ricoveri da PS. In figura 18 la numerosità dei pazienti per codice colore.

Tab. 10 Attività e accessi al pronto soccorso

	2013	2014	2015
n. accessi totali in PS	37.236,00	36.600,00	35.756,00
N. accessi ginecologici	1.828,00	1.833,00	2.012,00
n. accessi traumi ortopedici		523	3.491,00
Ricoveri da PS	3.597,00	3.363,00	2.889,00
n. OBI	2.227,00	2.499,00	2.384,00
n. allontanamenti da PS	588	747	709



Fig. 18 Accesso per codice colore



2. Indicatori di costo e ricavo

In tabella 11 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.

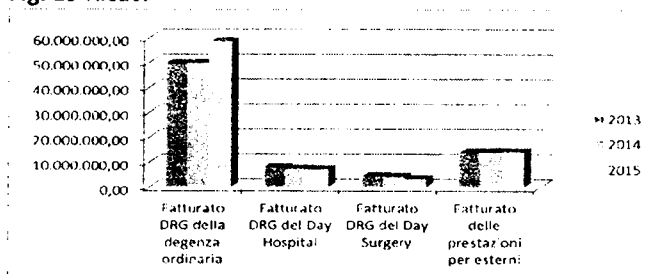
Tab.11 Dati di costo e ricavo

	2013	2014	2015
Fatturato DRG della degenza ordinaria	49.742.631	49.931.785	58.491.622
Fatturato DRG del Day Hospital	8.115.148	7.428.603	7.226.930
Fatturato DRG del Day Surgery	4.514.428	4.306.628	3.375.135
Fatturato delle prestazioni per esterni	13.994.075	14.189.125	14.157.408
di cui accessi da PS	710.315	739.832	749.899
di cui OBI	496.500	530.400	518.400
TOTALE DEI RICAVI	76.366.284	75.856.143	83.251.097
costo dei farmaci	13.052.358	11.974.132	13.804.293
di cui farmaci a dispensazione diretta	6.480.161	6.564.625	7.141.972
costo diagnostici	6.795.009	7.555.895	7.848.062
costo dei materiali sanitari	6.770.517	7.828.730	8.158.906
costo dei materiali tecnico-economici	2.334.468	2.177.822	1.633.974
Costo del personale	103.715.397	104.199.803	103.073.708
Altri costi generali di gestione (senza quadratura bilancio)	17.624.502	17.877.156	17.043.345
di cui lavanderia	3.035.758	3.100.995	3.220.281
di cui pulizie	4.215.263	4.232.783	4.358.500
di cui utenze (acqua gas luce)	4.333.136	6.078.758	4.898.186



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

Fig. 19 Ricavi



In tabella 12 sono riportati i costi per punto DRG: l'indicatore esprime una valutazione di sintesi circa la correlazione fra costi sostenuti e tipologia di attività.

Tab 12 Costo per punto DRG

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

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 2015 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 nei mesi di maggio ed ottobre.

Il Direttore del Centro Controllo Direzionale e Servizio Qualità ha trasmesso le relazioni analitiche circa lo stato di avanzamento al Consiglio di Amministrazione con cadenza trimestrale.

Obiettivi di budget

Gli obiettivi per ciascuna prospettiva sono stati così circostanziati:

A. Prospettiva processi dell'attività

- rispetto dei criteri di appropriatezza circa il regime di ricovero;
- contenimento del numero dei ricoveri riferiti ai casi di bassa complessità provenienti da fuori regione (indicativamente con peso DRG <= 0,69);



- riduzione del numero dei ricoveri per i DRG a rischio di in appropriatezza riferito ai pazienti provenienti da fuori regione;
- ottimizzazione del tasso di occupazione non inferiore al 90%; durata media della degenza ridotta nella misura di almeno il 10% rispetto all'anno precedente;
- recupero della capacità di attrazione con incremento di almeno 800 casi di pazienti provenienti da fuori regione;
- incremento della complessità della casistica (peso medio atteso, + 0,04);
- corretta e tempestiva chiusura delle Schede di Dimissione Ospedaliera(SDO entro e non oltre il 7° giorno successivo alla dimissione del paziente.

B. Prospettiva economico-finanziaria

- riduzione del delta negativo, ove presente, fra ricavi e costi per ciascuna unità operativa sanitaria;
- rispetto dei tetti di costo per farmaci € 5.100.000 ospedaliera e € 6.800.000 per dispensazione diretta, diagnostici e reagenti € 6.700.000, dispositivi sanitari € 5.800.000, altri prodotti sanitari € 780.000.

C. Obiettivi strategici di collaborazione internazionale e di miglioramento organizzativo

- progetti strategici e di miglioramento organizzativo;
- progetti di collaborazioni internazionale;

D. Obiettivi di qualità e sicurezza dei pazienti

- rispetto degli standard JCI secondo quanto previsto dalla V versione del manuale di accreditamento;
- corretta tenuta della cartella clinica secondo il percorso di informatizzazione;
- realizzazione delle sessioni Morbidity&Mortality nell'ambito del PFA annuale
- rispetto delle politiche e procedure per la prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali ed azioni di miglioramento secondo l'esito del monitoraggio.

E. Ricerca e formazione

- valutazione della produttività scientifica attraverso l'Impact Factor (IF)H index e numero di pubblicazioni a SCI; della formazione mediante i punti ECM conseguiti.

A.B. Prospettive di attività ed economico finanziaria

In tabella 13 sono riportati gli obiettivi di budget fissati per intero Istituto, i risultati a consuntivo, lo scostamento assoluto e percentuale.

Tab. 13 risultati di budget

Attività	Budget negoziato 2015	Consuntivo 2015	Scostamento Assoluto	Scostamento %
Numero medio posti letto di degenza ordinaria nel periodo	325,67	320,58		
Peso Medio	1,10	1,11	0,01	0,91 ●
D.M. (con passaggi)	5,50	5,94	0,44	8,00 ●
Tasso di Occupazione DO	95,00	94,10	-0,90	-0,95 ●
Numero dimessi	14.940	13.705	-1.235	-8,27 ●
di cui fuori regione	6.459	5.606	-853	-13,21 ●
Numero accessi dei cicli aperti e chiusi (DH + DS)	25.234	25.865	631,00	2,50 ●
n. cicli chiusi di Day Surgery	3.100	3.038	-62,00	-2,00 ●
n. OBI	2.469,00	2.384,00	-85,00	-3,44 ●
prestazioni ambulatoriali	554.634	540.176	-14.458,00	-2,61 ●
Consulenze e prestazioni specialistiche pazienti interni	1.411.281	1.452.773	41.492,00	2,94 ●
COSTI DIRETTI				
Costo farmaci assistenza	12.000.000,00	13.804.090,66	1.804.090,66	15,03 ●
Costi materiali sanitari assistenza	7.070.178,16	7.924.003,13	853.824,97	12,08 ●
Costo diagnostici assistenza	6.200.000,00	6.840.347,65	640.347,65	10,33 ●



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.

D. Obiettivi di qualità e sicurezza dei pazienti

Il piano qualità 2015 ha rappresentato il documento di riferimento nell'ambito di questa prospettiva, le cui azioni sono riconducibili a quattro linee prioritarie:

- audit interni
- 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 riscontrate nel 2015 che dovranno trovare soluzione nel 2016 attraverso percorsi di miglioramento riguardano:

- inosservanza delle procedure di identificazione del paziente in alcune UU.OO in alcune fasi del percorso di cura; si dovrà provvedere ad una revisione procedurale prevedendo fra l'altro il posizionamento del braccialetto identificativo in pronto soccorso;
- necessità di migliorare gli strumenti a supporto della comunicazione fra i diversi professionisti durante il passaggio di consegne;
- maggiore osservanza delle 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. Dovrà essere garantita la fornitura alle unità operative della dotazione adeguata di divise da lavoro secondo le diverse specificità a tutto il personale a vario titolo a contatto con i degenti;
- implementazione delle procedure riguardanti le preparazione magistrali - farmaci iniettabili; da prevedere in tempi stretti la centralizzazione;
- implementazione dei percorsi assistenziali – PDTA secondo metodologia consolidata;
- mantenere libere le vie di fuga ed attivare percorsi formativi secondo normativa anti-incendio.

Segnalazione eventi avversi/quasi evento: rappresentano un elemento essenziale per poter individuare criticità che hanno costituito o avrebbero potuto costituire pericolo per la sicurezza dei pazienti e per poter porre in essere le azioni di miglioramento necessarie.

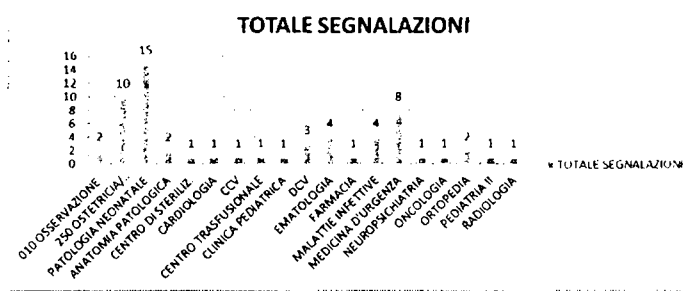
A questo riguardo è essenziale instaurare un clima di fiducia con tutti gli operatori perché segnalino spontaneamente ogni evento indesiderato garantendo di non attivare alcun provvedimento punitivo.

In figura 20 viene riportato il numero di segnalazioni spontanee registrate nell'anno 2015 per unità operativa.

L'esiguità dei numeri evidenzia che il processo di segnalazione spontanea non è ancora patrimonio culturale consolidato in Istituto.

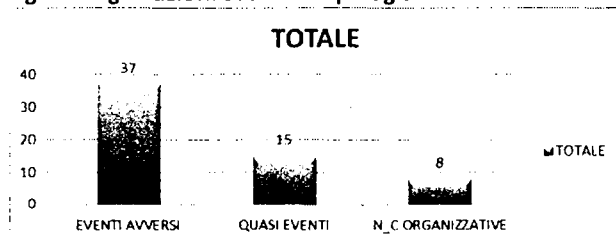


Fig. 20 Segnalazioni spontanee



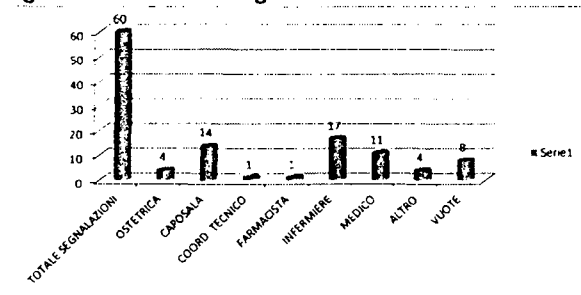
In figura 21 è riportato il numero degli eventi avversi (ogni evento che ha messo a rischio la sicurezza del paziente affidato alle cure dell'ospedale), quello dei "quasi evento" (ogni evento che avrebbe potuto minare la sicurezza del paziente ma che è stato evitato per caso fortuito o per intervento di un operatore all'ultimo momento), e quello delle non conformità organizzative (che non hanno riguardato la componente assistenziale).

Fig. 21 Segnalazioni secondo tipologia



Il maggior numero di segnalazioni è effettuato dalla componente infermieristica (figura 22).

Fig. 22 Effettuazione segnalazioni



Nel 46% dei casi le segnalazioni effettuate hanno riguardato il processo di gestione del farmaco (prescrizione, preparazione, somministrazione); nel 20% le altre procedure assistenziali. Le problematiche correlate alla non corretta identificazione del paziente sono ricorse nel 11% dei casi.

Verifica periodica documentazione sanitaria: la cartella raccoglie tutta la documentazione sanitaria e traccia il percorso del paziente durante il ricovero; è elemento fondamentale per il passaggio di consegne fra gli operatori. I dati di sintesi 2015 (figure 23 e 24) evidenziano che in una quota significativa di cartelle è omessa l'indicazione del medico di riferimento. Altre non conformità riguardano la non completa rilevazione dei parametri vitali all'ingresso, la rilevazione di quelli giornalieri, la mancata esaustività della valutazione medica.



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

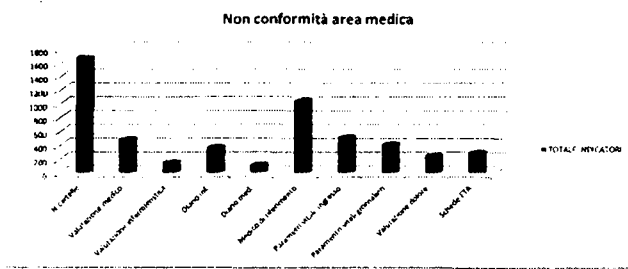
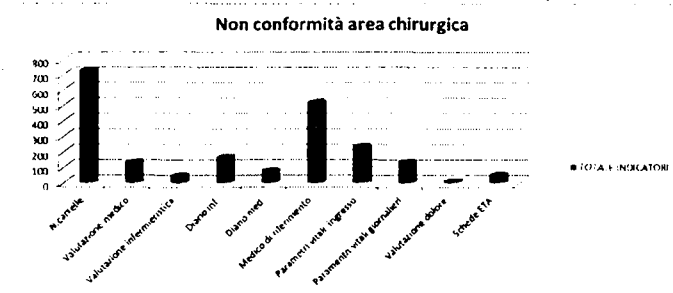


Fig. 24 Cartella clinica elettronica: non conformità per area chirurgica



Prevenzione e controllo infezioni correlate alle pratiche assistenziali: nel corso del 2015 si è osservato (tabella 14) un incremento dei tassi di isolamento di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, con l'unica eccezione degli enterococchi resistenti ai glicopeptidi.

Tab. 14 Andamento tassi di isolamento

	2013	2014	2015
Stafilococco aureo meticillina-resistente	1,44	1,78	1,88
Enterococchi resistenti ai glicopeptidi	0,02	0,05	0,02
Clostridium difficile	0,81	0,46	0,81
Gram-negativi ESBL produttori	0,85	0,76	1,28
Gram-negativi ceftazidime-resistenti	3,64	4,63	5,22

Vi è stato un aumento dei ceppi resistenti ai carbapenemi (CPE), soprattutto per quanto riguarda le colonizzazioni, con la presenza di 2 casi secondari di trasmissione da un caso indice (valutazione mediante NGS) in un singolo reparto. Si sono osservate anche 2 batteriemie da CPE in 1 singolo paziente: nel secondo episodio il ceppo è risultato resistente a tutti gli antibiotici. Grazie al rispetto stretto delle procedure il personale in assistenza è riuscito ad evitare la diffusione del patogeno.

I dati riportati sono sostanzialmente in linea rispetto alle segnalazioni della letteratura internazionale; l'Istituto dimostra buone performance circa la capacità di contenere eventuali casi secondari.

Il risultato è riconducibile alle misure di prevenzione adottate quali igiene delle mani e isolamento da contatto. L'adesione alle procedure non risulta ancora compiutamente ed omogeneamente condivisa fra tutte le aree assistenziali: la tabella 15 evidenzia il diverso consumo di prodotti per l'igiene delle mani in due unità operative con tasso di isolamento di CPE. L'unità operativa 1 che ne ha fatto minor uso ha avuto presenza di casi secondari; l'unità operativa 2, con uso maggiore, non ha presentato casi secondari malgrado la lunga permanenza di un soggetto infetto che richiedeva notevoli prestazioni assistenziali.



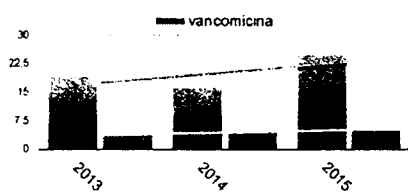
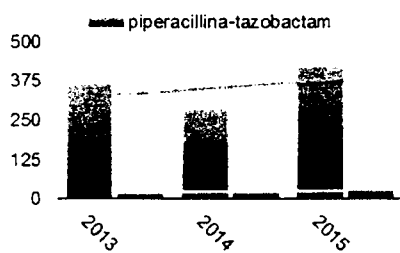
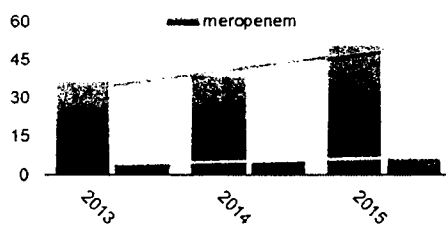
Tab 15 Correlazione isolamenti CPE misure di prevenzione

trimestre	2° 2015	3° 2015	4° 2015	Note
Unità operativa 1				giugno-settembre: presenza di paziente infetta da CPE
litri/1000 giornate	70	64	73	
procedure igiene delle mani stimate per paziente al giorno	24	21	24	
Unità operativa 2				giugno: presenza di paziente colonizzato da CPE con 2 casi secondari
litri/1000 giornate	36	72	39	
procedure igiene delle mani stimate per paziente al giorno	11	24	12	

L'affinamento della diagnostica e, quindi, il maggior numero di isolamenti di ceppi batterici resistenti, comporta un maggiore utilizzo degli antibiotici.

Ne consegue un incremento significativo dei costi; il sistema di monitoraggio al riguardo è ancora in fase di studio.

A titolo esemplificativo si forniscono i dati riguardanti tasso di uso di alcuni antibiotici nel 2015 su tutto l'Istituto (grammi/1000 giornate) in rapporto al tasso di isolamento dei patogeni "target" (isolamenti/1000 giornate). Alcune variazioni di utilizzo, per altro, possono essere dovute a modifiche di protocolli interni di terapia.



Formazione continua del personale: anche nel 2015 ha avuto luogo il corso di formazione aziendale per fornire metodi e strumenti per la gestione del rischio clinico.

Gli obiettivi principali sono:

- sperimentare ed applicare strumenti operativi per la gestione del rischio clinico;
- promuovere e sostenere progetti dipartimentali di miglioramento;
- fornire supporto metodologico per la strutturazione, lo sviluppo e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA);
- verificare l'adesione a politiche e procedure relative alla corretta tenuta della documentazione sanitaria;
- promuovere incontri di confronto con altri ospedali.

Si sono tenute 10 edizioni del corso che hanno visto la presenza complessiva di 828 partecipanti.

E. Ricerca

In tabella 16 sono riportati i risultati della ricerca, misurati secondo i principali indicatori bibliometrici.

Tab. 16 Risultati della ricerca

N. Pubblicazioni	IF Grezzo	IF Ministeriale
339	1499,834	1330,25

Ubaldo Rosati
Direttore Dipartimento Staff

