

RELAZIONE DI SINTESI SU RISULTATI CONSEGUITI DAI PRESIDI OSPEDALIERI
– ANNO 2018 –

Per la valutazione della performance dei Presidi Ospedalieri è stata predisposta, da parte della Struttura Tecnica Permanente per la Misurazione della Performance, una scheda di rilevazione delle attività coerente con gli obiettivi strategici e operativi assegnati alle singole unità operative. Tale scheda è stata compilata da ciascun Direttore Medico di Presidio sulla base dei dati estratti dai sistemi informativi in uso (Edotto, SGP) e degli indicatori elaborati dall'Unità Controllo di Gestione.

In considerazione degli obiettivi di performance assegnati per l'anno 2018, nonché al range di valori individuati per la valutazione del raggiungimento degli stessi, dall'esame delle singole relazioni prodotte da ciascuna macrostruttura ospedaliera, s'intravede il generale sforzo organizzativo posto in essere per ottenere margini di miglioramento il più possibile in linea con gli obiettivi assegnati, che, comunque, si possono ritenere, generalmente, raggiunti.

Presidio Ospedaliero “Vito Fazzi” di Lecce**Struttura dell’offerta – Attività e risultati****REPARTI DI DEGENZA****Tempestività e completezza dei flussi informativi**

Indicatori	Valore 2017		Valore 2018	
SDO validate su sistema Edotto nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) totale SDO *100	SDO VALIDATE	TOT SDO	SDO VALIDATE	TOT SDO
	24.874	24.916	25.638	25.653

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Impegnative chiuse su gestionale SGP/EDOTTO nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) totale impegnative *100	Prestazioni inserite	Prestazioni inserite
	266.193	285.391

Consulenze interne su sistema EDOTTO	<p>È migliorata la percentuale di utilizzo; sono ridotte le criticità che portano come conseguenza il blocco della procedura di dimissione sul sistema.</p> <p>N.B. non è possibile calcolare il valore percentuale delle consulenze inserite su EDOTTO</p>
--------------------------------------	---

Prescrizioni Farmaceutiche in erogazione diretta registrate su EDOTTO	<p>Si conferma che anche per l’anno 2018, tutti i reparti hanno raggiunto il 100% della prescrizione in EDOTTO per la spesa farmaceutica diretta (EX OSP2/NOTA 65) oltre che la prescrizione elettronica riguardante il primo ciclo di terapia (terapia in dimissione/visita specialistica). Si è registrato un incremento per entrambe le erogazioni, rispettivamente di 7593 erogazioni per la diretta e di 6791 erogazioni per il primo ciclo di terapia.</p>
---	--

Registrazione su EDOTTO dati Gravidanza e Nascita	<p>Le schede vengono inserite direttamente dal personale dell’U.O. di Ostetricia e Ginecologia con percentuale, attestata dal Direttore dell’U.O., pari al 100% per l’anno 2017 e 2018.</p>
---	---

Efficienza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Degenza media ricoveri ordinari	8.28	8.50
Degenza media pre-operatoria	2.54	2.46

Appropriatezza

Indicatori	Valore 2017		Valore 2018	
% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	41.68		42.76	
Attivazione/Potenziamento Day Service (n°assistiti DayService 2016/n°assistiti Day Service 2017) *100	22.690		22.129	
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a ricoveri DRG non a rischio di inappropriatazza	0.25		0.22	
Riduzione n° ricoveri in Day Hospital con finalità diagnostiche su anno precedente	1575		957	
Riduzione n° dimessi da reparti chirurgici con DRG medici/n° dimessi da reparti chirurgici *100	2.830	7.334	2.988	8.177
Riduzione n° ricoveri ripetuti stessa MDC entro 30 gg. dalla dimissione	3.03		3.24	
% pazienti (età 64 +) con diagnosi principale frattura del femore operati entro 2 gg. in regime ordinario	80.59%		83.78% Incremento patologia traumatologica	
Dimesse con parto cesareo/totale dimesse per parto *100	37.19%		34,83%	

SERVIZI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI E DI SUPPORTO

Tabella volumi attività ambulatoriale

Si trasmettono allegato n° 2 (Tabelle R) e allegato n°3 (Tabella Q)

Tempestività e completezza dei flussi informativi

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Impegnative chiuse su gestionale SGP/EDOTTO nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) totale impegnative *100	266.193	285.391

Efficienza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Massimizzare l'utilizzo delle grandi macchine TAC - RMN	Guardia attiva h 24 e Pronto Disponibilità integrativa per le grandi macchine	

Accessibilità

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Apertura agende per priorità	Nel 2017 n° 3 nuove attivazioni(U.O.Oculistica/Ch Pediatrica/Ch.Plastica)	Attivazione: Terapia Antalgica Radiologia-oncologica (Ecografie/ Doppler)

RISCHIO CLINICO

Nel 2018 è continuata l'attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e del sito chirurgico. E' stata attivata la Procedura per la "Riconciliazione della terapia farmacologica" Giusta Delibera del D.G. 2747 del 17.12.2018.

SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA

Sono stati rispettati gli adempimenti.

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Vi sono due operatori della D.M. che sono di supporto alla FORMAZIONE del personale del P.O. "V.Fazzi" e Plesso San Cesario che fungono da interfaccia con il Polo Formativo Aziendale.

RISULTATI RAGGIUNTI

Dall'analisi della scheda e degli indicatori di performance si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate, il P.O. "V. Fazzi" ha perseguito gli obiettivi fissati per l'anno 2018 con performance positive.

Soddisfatto il rispetto degli adempimenti relativi ai flussi informativi. Migliorata la registrazione delle consulenze interne.

Un miglioramento si registra sul versante dell'appropriatezza organizzativa con il ricorso a setting assistenziali diversi dal ricovero (Day Service e Day Surgery). Stabile il rapporto operati/dimessi.

Eccellente il dato relativo alle fratture di femore degli over 65 operate entro 2 gg.

Il trend relativo al valore % dei parti cesarei risulta in miglioramento, pur permanendo ancora elevata la percentuale dei parti cesarei sul totale dei parti.

Soddisfacente la gestione del rischio clinico e della formazione.

Nel complesso la valutazione della performance delle UU.OO. del Presidio Ospedaliero "V. Fazzi" si colloca nel range di conseguimento degli obiettivi $\geq 80\%$.

Presidio Ospedaliero di Gallipoli**Struttura dell'offerta – Attività e risultati****REPARTI DI DEGENZA****Tempestività e completezza dei flussi informativi**

SDO validate su sistema Edotto nei termini prestabiliti (DGR 231/2016)/totale SDO*	2017		2018	
	VALIDATE	TOT SDO	VALIDATE	TOT SDO
	7.231 (99,89%)	7.239	8.257 (99,99%)	8.258

Il dato corrisponde quasi al 100%, risultato raggiunto dalla Direzione Medica di Presidio effettuando un costante controllo sul settore validazione SDO ed interfacciandosi di volta in volta con le UU.OO. del Presidio.

Prestazioni inserite nel sistema SGP (Per Interni e per Esterni)	2017	2018
	92.072	92.477

Consulenze interne registrate su Edotto

Registrazione su Edotto dei dati di gravidanza e nascita	Le schede vengono inserite nel reparto di Ostetricia e Ginecologia con valore percentuale pari al 100%
---	--

Prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta registrate su Edotto e Piani Terapeutici	Le prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta redatte dalle UU.OO. Ospedaliere avvengono tramite sistema Edotto nella misura pari al 100%. Piani Terapeutici 100% di registrazione
--	---

Attività

Prestazioni ambulatoriali esterne e consulenze interne	Prestazioni ambulatoriali esterne	Consulenze interne
	79.609	3.256

Peso Medio DRG ricoveri ordinari	2017	2018
	0,98	0,96

Performance positiva sovrapponibile all'anno precedente

N° Pazienti assistiti in Day-Service	2017	2018
	3.008	2.916

Ricoveri ordinari medici brevi (<= 0-2 gg)	2017		2018	
	Ricoveri medici brevi 961	Ricoveri medici 4.179	Ricoveri medici brevi 1.183	Ricoveri medici 4.772

Appropriatezza

Sono stati effettuati i controlli tramite UVAR Aziendale e tramite Direzione Medica di Presidio e con i Direttori delle varie UU.OO. interessate si è discusso dei risultati ottenuti.

% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	2017	2018
	30,54%	29,32%

La lieve riduzione della % registrata nel 2018 è giustificata dalla gravissima carenza di personale medico nella U.O.C. di Chirurgia Generale.

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	2017	2018
	0,24	0,28

Nell'anno 2018 il dato è simile all'anno precedente.

Riduzione n° ricoveri in DH con finalità diagnostiche su anno precedente	2017	2018
	3,16%	7,49%

Parti	2017		2018	
	TOTALE	CESAREI	TOTALE	CESAREI
	412	264 (64,07%)	525	275 (52,38%)

Si nota nell'anno 2018 l'aumento del numero dei parti e la riduzione della percentuale dei parti cesarei.

% fratture femore operate entro 2 giorni per pazienti con età >65 anni	2017	2018
	60,00%	63,02%

Nell'anno 2018 la % è aumentata.

Efficienza

Degenza Media ricoveri ordinari	2017	2018
	6,58	6,47%

Il dato è lievemente migliore rispetto alla media aziendale (degenza media aziendale 7,83) e lavorando sul potenziamento delle dimissioni protette si auspica che il dato possa ancora migliorare per l'anno 2019.

Degenza Media pre-operatoria	2017	2018
	1,60	1,88

Il dato è positivo rispetto alla media aziendale (degenza media preoperatoria aziendale 2,20).

Volumi prestazioni di radiodiagnostica	2017		2018	
	ESTERNI	INTERNI	ESTERNI	INTERNI
	11.930	23.216	19.727	31.198

Volume prestazioni di laboratorio	2017		2018	
	ESTERNI	INTERNI	ESTERNI	INTERNI
	374.422	690.034	376.353	613.344

PRONTO SOCCORSO

Schede di Pronto soccorso registrate in Edotto*100	2017	2018
	100%	100%

Attività Pronto Soccorso	2017	2018
Numero accessi per codice colore attribuito	28.300	32.489
Pazienti codice giallo visitati entro 30 minuti	6.043	7.540
Pazienti codice verde visitati entro 1 ora	19.766	21.764

SALE OPERATORIE

	2017	2018
Numero sale	5	5
Numero interventi	3.500	6.947

Spesa farmaceutica	<p>La spesa farmaceutica ospedaliera globale per il 2018, comprendente farmaci, presidi, materiale sanitario, diagnostici, protesi impiantabili ecc., si attesta a 11.694.162,87. euro (+25,5%).</p> <p>Per il 2017 la spesa globale era di 9.319.219,72 euro.</p> <p>In particolare per il capitolo farmaci, la spesa ha raggiunto 5.704.296,23 euro, in sensibile aumento (+35,75%) rispetto al 2017, il cui valore era di 4.202.005,62 euro.</p> <p>L'aumento della spesa farmaceutica, relativamente ai farmaci, è dovuta ad una serie di fattori:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ad un maggiore volume di lavoro di tutti i reparti e servizi di un ospedale di 1° livello; 2. ad un momento transitorio di carenza di alcuni farmaci sul territorio nazionale ed acquisto sui mercati esteri a prezzi decisamente più alti, pur di assicurare le necessarie terapie ospedaliere (antibiotici di prima scelta, anestetici, ecc.); 3. ad un incremento della spesa per gli antimicrobici (+8,8% rispetto al 2017), anche in considerazione dell'introduzione di nuovi antibiotici ad alto costo, che pur se di utilizzo mirato e appropriato, indicano un aumento delle resistenze e delle infezioni complicate con gli inevitabili costi correlati; 4. ad un incremento nell'uso di nuovi e innovativi farmaci antineoplastici, che garantiscono un sempre più mirato risultato nelle cure oncologiche, con indici di sopravvivenza e qualità nella vita decisamente migliori. <p>La spesa, infatti, per i farmaci antineoplastici in uso presso la nostra Oncologia (Day Service Oncologia) per il 2018 è stata di 4.015.291,31 euro, con un aumento del 48% rispetto al 2017, la cui spesa si attestava sui 2.712.497,58 euro.</p> <p>E' certo che l'attivazione dell'U.F.A. di Gallipoli ha prodotto un incremento di prestazioni, in un ambito dove la sicurezza nell'allestimento delle terapie è ormai requisito imprescindibile.</p> <p>Ancora da tenere in considerazione il dato in rialzo per il consumo di presidi e materiale sanitario nel nostro presidio, 3.021.751,80 euro per il 2018 (+36%), mentre nel 2017 la spesa per i presidi e materiale sanitario nel nostro ospedale era di 2.222.271,50 euro.</p> <p>Rispetto agli altri obiettivi strategici individuati per i registri AIFA non si riesce a dare un'oggettiva percentuale dei trattamenti chiusi e di richieste di rimborso effettuate, in quanto i dati sono in continuo aggiornamento e molte le richieste ancora in fase di valutazione.</p> <p>Il numero di accessi in distribuzione diretta del 1° ciclo di terapia non raggiunge ancora i livelli previsti per un insufficiente numero di prestazioni. Tuttavia nel 2019 è stato previsto il progetto di una postazione di farmacia dedicata alle dimissioni, che dovrebbe contribuire al raggiungimento del risultato. I farmacisti, inoltre, hanno lavorato per tutto il 2018 per far comprendere ai medici l'importanza e l'utilità del servizio, invitando costantemente alla prescrizione in dimissione.</p> <p>In ultimo, l'utilizzo dei biosimilari è sicuramente in crescita nel 2018 nel nostro presidio, anche perché con le nuove gare dei farmaci è possibile acquistarli.</p>
---------------------------	--

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Erano già state poste in essere e inoltre sono state promosse azioni finalizzate alla riduzione del rischio clinico:

- procedure per la corretta identificazione del paziente con i braccialetti identificativi
- procedura per il lavaggio delle mani
- procedura per la scheda unica di terapia
- procedura per i CVC e CVP
- procedura per il consenso informato

- Ceck list perioperatoria
 - ceck list attrezzature sale operatorie
 - progetto MAPO
 - procedure per la prevenzione delle infezioni ospedaliere
 - procedure di prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti
 - procedure di gestione delle aggressioni a danno del lavoratore
 - procedure per la gestione dei farmaci
- e inoltre si è provveduto ad effettuare un continuo audit interno con gli attori interessati

SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA

Sono stati rispettati gli adempimenti.

ACCESSIBILITA'

Tutte le agende per le varie UU.OO. sono attive e ordinate per priorità (UBD).
L'U.R.P.-Punto Informativo è aperto agli utenti con orario H12.

FORMAZIONE

E' istituito presso la Direzione Sanitaria del P.O. un ufficio con un referente periferico della Formazione che si interfaccia con l'Ufficio Formativo Aziendale e segue sia il personale di comparto che quello medico. Inoltre sono stati promossi n. 2 corsi di formazione per il personale medico e infermieristico dal titolo:
"Etica e Deontologia in Ospedale"
"Strumenti in uso a cura dell'infermiere - cartella infermieristica - procedure, protocolli e linee guida".

RISULTATI RAGGIUNTI

Dall'analisi della scheda e degli indicatori di performance si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate, il P.O. di Gallipoli ha perseguito gli obiettivi fissati per l'anno 2018 con performance nel complesso positive.

Soddisfatto il rispetto delle tempistiche d'invio dei flussi informativi, relativi a SDO e registrazione Schede Gravidanza e Nascita, consulenze interne ed esterne, prescrizioni su Edotto.

Buona la performance relativa alla degenza media e alla degenza media preoperatoria, sia pure in presenza di una lieve riduzione del peso medio DRG che permane al sotto dell'unità.

Da monitorare gli indici relativi a DRG medici dimessi da reparti chirurgici ed a ricoveri medici brevi, oltre agli indici di appropriatezza.

In linea con gli obiettivi aziendali il dato relativo alle fratture di femore degli over 65 operate entro 2 gg.,

Permane la criticità nel dato relativo alla percentuale di parti cesarei sul totale dei parti, anche se il trend si registra in miglioramento.

Soddisfacente la gestione del rischio clinico e della formazione.

Nel complesso la valutazione della performance delle UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Gallipoli si colloca nel range di conseguimento degli obiettivi $\geq 80\%$.

Presidio Ospedaliero di Galatina

Struttura dell'offerta – Attività e risultati

REPARTI DI DEGENZA**Tempestività e completezza flussi informativi**

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
SDO validate su sistema Edotto nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) / totale SDO * 100	100%	99,96%
Impegnative chiuse su gestionale SGP/EDOTTO nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) / totale impegnative * 100	100% come riferito dai Direttori UU.OO. che fino ad oggi hanno riscontrato	Circa 90%
Consulenze interne registrate su gestionali e/o su Edotto nei termini prestabiliti per le prestazioni ambulatoriali esterne / totale consulenze * 100	100,00% come riferito dai Direttori UU.OO. che fino ad oggi hanno riscontrato	100% se edotto disponibile
Prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta registrate su Edotto / totale prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta * 100	Dato non disponibile al momento. Sarebbe necessaria una ricerca cartacea che richiederebbe mesi	Problemi di orario di dispensazione della farmacia impediscono l'adeguato impiego della dispensazione diretta
Piani terapeutici registrati in edotto / totale piani*100	Sarebbe necessaria una ricerca cartacea che richiederebbe mesi	100%
Schede “Gravidanza e nascita” inserite su Edotto / totale schede prodotte *100	100%	100%

Efficienza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Degenza media ricoveri ordinari	8,67	8,25%
Degenza media preoperatoria	2,06	1,85%
Consulenze interne effettuate e refertate entro 24 h dalla richiesta / totale consulenze interne richieste *100	80,00% come riferito dai Direttori UU.OO. che fino ad oggi hanno riscontrato	90%
Costo esami radiodiagnostica richiesti / n° ricoveri (ordinari + DH)	47,04	173,98% (possibile errore nel calcolo anni precedenti o nei dati di rif)
Costo esami patologia clinica richiesti / n° ricoveri (ordinari + accessi in DH)	175,45	147,76%
Schede monitoraggio AIFA compilate e chiuse / totale schede monitoraggio AIFA *100	Sarebbe necessaria una ricerca cartacea che richiederebbe mesi	Circa 90%

Circa il costo di esami di laboratorio e radiologia va considerato l'incremento del DRG medio e la circostanza che i costi di tali servizi, in particolare per radiologia, andrebbero depurati della notevole quantità di mobilità verso il P.O. di Copertino dove hanno impedito la chiusura dell'attività rimanendo però a Galatina tutti i costi fissi di tale personale movimentato alla bisogna, mentre per il laboratorio del P.O. di Galatina sopporta i costi della sezione RIA e biologia molecolare che ovviamente non pesano sui presidi vicini.

Appropriatezza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	22,03%	20,37%
Attivazione / potenziamento day service (n° assistiti in day service 2018 / n° assistiti in day service 2017) * 100	10,10%	368,12%
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all.B patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (≥ 2 gg) - Form.:(N. dimessi con DRG LEA/ N.dimessi con DRG non LEA)	0,20	0,17%
Riduzione n° ricoveri in DH con finalità diagnostiche su anno precedente	48,34	51,12
Riduzione n° dimessi da reparti chirurgici con DRG medici / n° dimessi da reparti chirurgici *100.	45,72	48,38%
Riduzione n° ricoveri ripetuti stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione	3,89	4,30%
% pazienti (età 65 +) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti) -Form.: (Casi con diagnosi principale di frattura del femore con degenza preoperatoria fra 0 e2 giorni, inclusi gli estremi/ Num. dimissioni con diagnosi principale di frattura del femore)	16,79 cons. card insoddisfatte pochi anestesisti	Ortopedia chiusa
Riduzione del ricorso al parto cesareo (dimesse con parto cesareo / totale dimesse per parto)*100	43,40	42,13

Va considerato che il numero di anestesisti sufficiente, in un ospedale da 250 pl solo alla guardia h24 è un caso rarissimo e quindi impedisce il raggiungimento di un numero ottimale di sedute operatorie, condizionando gravemente tale attività.

Nonostante ciò vi è stato un miglioramento su tutti i parametri di questo paragrafo, che costituivano quelli, valutati l'anno scorso come obiettivi e quindi sui quali ci si è concentrati.

Per i parti cesarei si rientra comunque nella media aziendale con un buon posizionamento.

SERVIZI DIAGNOSTICO – TERAPEUTICI E DI SUPPORTO**Tempestività e completezza flussi informativi**

Indicatori LAB E RX	Valore 2017	Valore 2018
Impegnative chiuse su gestionale SGP/EDOTTO nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) / totale impegnative * 100	100,00% come riferito dai Direttori UU.OO. che fino ad oggi hanno riscontrato	100 % circa
Consulenze interne registrate su gestionali e/o su Edotto nei termini prestabiliti per le prestazioni ambulatoriali esterne / totale consulenze * 100	100,00% come riferito dai Direttori UU.OO. che fino ad oggi hanno riscontrato	100 % circa

Efficienza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Ottimale organizzazione del servizio in rapporto al personale in dotazione (prestazioni equivalenti / personale equivalente) (salvo personale impegnato in turni di guardia attiva notturna e festiva)	55960	Dato al momento non disp
Consulenze interne effettuate e refertate entro 24 h dalla richiesta / totale consulenze interne richieste *100	80,00% come riferito dai Direttori UU.OO. che fino ad oggi hanno riscontrato	90% come riferito dai Direttori UU.OO.
Massimizzare l'utilizzo delle grandi macchine (TAC, RMN): n. TAC e n. RMN erogate in orario istituzionale / n. grandi macchine	GUARDIA ATTIVA E PD	GUARDIA ATTIVA E PD
Ottimizzazione consumo materiale diagnostico e beni sanitari	Dato non disponibile al momento	Dato non disponibile al momento
Utilizzo Sale Operatorie (aumento numero medio interventi per seduta operatoria)	8 per sala circa	8 per sala circa
Qualità percorso chirurgico (numero interventi programmati e rinviati)	Max 2/ sett circa	Max 2-3 al mese

Accessibilità

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Apertura agende per priorità (nr. agende per priorità/totale agende*100)	Dal 80% in alcune UU.OO. al 0% in altre	Agende attive totali 2019 : 99 e ubd 10

Appropriatezza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Estensione di CQI e VEQ a prestazioni erogate (num. prestazioni soggette a CQI e VEQ)	100%	100% presso il lab. analisi
Accessibilità (n. Agende UBD aperte)	Dato non disponibile al momento per assenza addetto	Agende attive totali 2019 : 99 e ubd 10

EMERGENZA URGENZA**Tempestività e completezza flussi informativi**

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Numero schede di Pronto soccorso registrate/ numero accessi *100	100%	100%
Numero accessi per codice colore attribuito		
ROSSO	212	150
GIALLO	6684	6126
VERDE	16782	15221
BIANCO	713	696
NON RILEVATO	136	97
NERO (DECEDUTO)	1	

La casistica è determinata dalle decisioni della centrale operativa e non è influenzata da fattori gestionali

Appropriatezza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	100%	100%
Pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	100%	100%

RISCHIO CLINICO

Azioni finalizzate alla riduzione del rischio in ordine:

- ◇ Leggibilità e completezza dell'informazione; disposizioni e richiami scritti, pieghevole distribuito a tutti i degenti in italiano e inglese, con istruzioni su degenza, disposizione dei reparti nel presidio, diritti e doveri del paziente, consenso informato specifico per ogni procedura (delle più importanti) in italiano e inglese;
- ◇ Umanizzazione: stanza del silenzio
- ◇ Ottimizzazione rapporto costi/produzione: ottimizzazione massima impiego personale ogni qualifica,
- ◇ Corretta identificazione del paziente: unico ospedale ad avere attivato l'identificazione mediante braccialetti da dicembre 2016
- ◇ Prevenzione infezioni correlate all'assistenza. iniziative varie, acquisto e utilizzo contatore particelle, etc.
- ◇ Integrazione percorsi materni infantili con territorio: ambulatorio psicologia prenatale
- ◇ Attivazione sala operatoria adiacente sala parto (perfezionato acquisto scialitica)
- ◇ Potenziamento ambulatorio endoscopia chirurgica

SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA

- ◇ Rispetto misure previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, come da atti aziendali.
- ◇ Rispetto adempimenti previsti nel Programma Triennale per la Trasparenza e Integrità, come da atti aziendali.

FORMAZIONE DEL PERSONALE

- ◇ Come da piano di formazione

EFFICIENZA ECONOMICA

Occorre evidenziare che l'ospedale, come più volte rappresentato, ha una scala di produzione ottimale, vista la superficie coperta e il numero di addetti, seconda solo al V. Fazzi, di 350 pl. scale inferiori lo mandano in passivo.

Al contrario, la programmazione regionale, anziché portarlo da 250 a 350 lo ha portato da 250 a circa 100 pl. In tal modo, peraltro conservando il personale di comparto, ha deciso di fatto la disattivazione per grave passivo.

Inoltre la indisponibilità di molti reparti preesistenti (una completa cardiologia con impianto di pace maker, ortopedia, chirurgia etc.) ha provocato la disaffezione (per scarsa fiducia nella capacità dell'ospedale in caso di complicanze - che effettivamente devono esitare in trasferimenti macchinosi e potenzialmente intempestivi) dell'utenza anche nei riguardi del cosiddetto polo materno infantile che doveva costituire un carattere specifico. Tale polo è stato di fatto annullato con l'esodo del personale ostetrico, di comparto, dei medici prima ivi dislocati e poi nell'autunno mobilitati verso altri presidi e, non ultimo, con una certa carenza di anestesisti.

L'esperienza della week surgery è invece molto positiva e dovrebbe essere ampliata ed estesa all'ortopedia, come da delibera.

I parametri di funzionalità di tale settore sono ovviamente molto buoni.

RISULTATI RAGGIUNTI

Dall'analisi della scheda e degli indicatori di performance si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate, il P.O. di Galatina ha perseguito gli obiettivi fissati per l'anno 2018 con performance nel complesso positive.

Occorre, tuttavia, considerare che nel corso del 2018 il P.O. di Galatina è stato oggetto di una profonda rimodulazione in ordine alla struttura dell'offerta in regime di ricovero con la soppressione dei reparti di cardiologia, geriatria e ortopedia e con la rimodulazione dei posti letto di chirurgia. Ciò, come evidenziato nella relazione dal Direttore Medico di Presidio, si ripercuote negativamente sull'efficienza economica della struttura.

Soddisfatto il rispetto delle tempistiche d'invio dei flussi informativi.

In miglioramento il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (≥ 2 gg), anche in conseguenza dell'incremento dell'attività in day service.

In riduzione l'incidenza dei parti cesarei sul totale dei parti.

Soddisfacente la gestione del rischio clinico, della semplificazione amministrativa e trasparenza e della formazione.

Nel complesso la valutazione della performance delle UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Galatina si colloca nel range di conseguimento degli obiettivi $\geq 80\%$.

Presidio Ospedaliero di Scorrano**Struttura dell'offerta – Attività e risultati****REPARTI DI DEGENZA****Tempestività e completezza dei flussi informativi**

Indicatori	Valore 2018		Valore 2017		Valore 2016	
SDO validate su sistema Edotto nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) totale SDO * 100	SDO VALIDE	TOT SDO	SDO VALIDE	TOT SDO	SDO VALIDE	TOT SDO
	8052	8057 (99,9%)	8327	8327 (100%)	8412	8431 (99,8%)

Indicatori	Valore 2018	Valore 2017	Valore 2016
Impegnative chiuse su gestionale SGP/EDOTTO nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) totale impegnative * 100	Prestazioni inserite	Prestazioni inserite	Prestazioni inserite
	(100%)	(100%)	(100%)

Consulenze interne su sistema EDOTTO	2018	2017	2016
	100%	100%	100%

Prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta registrate su EDOTTO e Piani terapeutici	Tutti i reparti hanno raggiunto il 100% della prescrizione in EDOTTO per la spesa farmaceutica diretta EX OSP2/NOTA 65 per i farmaci, la cui dispensazione è riservata alla farmacia P.O. Si è raggiunto il 100% della prescrizione elettronica anche del primo ciclo di terapia (terapia in dimissione/visita specialistica). Piani terapeutici 100% di registrazione
---	--

Registrazione su EDOTTO dati di Gravidanza e Nascita	Le schede vengono inserite direttamente dal personale dell'U.O. Di Ostetricia e Ginecologia con percentuale, attestata dal Direttore dell'U.O., pari al 100% per l'anno 2016 – 2017 e 2018
--	--

Efficienza

Indicatori	Valore 2018	Valore 2017	Valore 2016
Degenza media ricoveri ordinari	7,19	7,25	7,14
Degenza media pre-operatoria	1,54	1,54	1,55

Appropriatezza

Indicatori	Valore 2018		Valore 2017		Valore 2016	
% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	44,69%		48,41%		44,53%	
Attivazione/Potenziamento Day Service (n° assistiti in Day Service 2018/n° assistiti in Day Service 2017) * 100	1967		2064		646	
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a ricoveri DRG non a rischio di inappropriatezza	0,17		0,17		0,21	
Riduzione n° ricoveri in Day Hospital con finalità diagnostiche su anno precedente	116(-21%)		293 (-35%)		448(-7,49%)	
Riduzione n° dimessi da reparti chirurgici con DRG medici/n° dimessi da reparti chirurgici * 100	665 (43,69%)	1522	732 (48,41%)	1512	769 (44,53%)	1727
Riduzione n° ricoveri ripetuti stessa MDC entro 30 gg. dalla dimissione	3,95%		3,99		5,28%	
% pazienti (età 64 +) con diagnosi principale frattura del femore operati entro 2 gg in regime ordinario(a causa dell' aumento delle fratture trattate (249 rispetto alle 193 del 2017) e delle limitazioni da patologia in trattamento anticoagulante e delle possibilità di utilizzo delle sale operatorie	48,95%		65,28%		76,70%	
- Dimesse con parto cesareo/totale dimesse per parto * 100	57,48%		51,42,55%		54,55%	
Peso medio DRG	0,96		0,98		0,98	

SERVIZI DIAGNOSTICO – TERAPEUTICI E DI SUPPORTO**Tempestività e completezza dei flussi informativi**

Indicatori	Valore 2018	Valore 2017	Valore 2016
Impegnative chiuse su gestionale SGP/EDOTTO nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) totale impegnative * 100	100%	100%	100%

Accessibilità

Indicatori	Valore 2018	Valore 2017	Valore 2016
Apertura agende ambulatoriali per priorità	100%	100%	100%

Laboratorio e Radiodiagnostica: le prestazioni dei servizi, evidenziate dalle tabelle del CdG, dimostrano trend positivi

PRONTO SOCCORSO**Tempestività e completezza dei flussi informativi**

Indicatori	2018	2017	2016
Schede Pronto Soccorso registrate in Edotto * 100	100%	100%	100%

Attività P.S.	2018	2017	2016
Pazienti codice rosso	178	146	156
Pazienti codice giallo	8081	6821	5625
\Pazienti codice verde	14953	12282	14883
Pazienti codice bianco	783	673	787
TOTALE PAZIENTI	23995	22650	22451
Pazienti codice giallo visitati entro 30 minuti	8081	6821	5556
Pazienti codice verde visitati entro un'ora	14953	12.282	14.453

SALE OPERATORIE

	2018	2017	2016
Numero sale	3	3	3
Numero pazienti operati	3.248	3.751	3.348

RISCHIO CLINICO

Sono attive le procedure per la corretta identificazione del paziente con i braccialetti identificativi.

Sono attivate alcune procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza

Procedura gestione farmaci

Procedura per il lavaggio delle mani.

Procedura per la Scheda Unica di terapia.

Procedura per il CVC e CVP.

Procedura per il consenso informato.

Ceck list Perioperatoria.

Procedura prevenzione Cadute Pazienti.

Progetto Mapo

SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA

Sono stati rispettati gli adempimenti

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Vi è un ufficio del Referente della FORMAZIONE e personale di supporto relativo a questo P.O. che funge da interfaccia con il Polo Formativo Aziendale

RISULTATI RAGGIUNTI

Dall'analisi della scheda e degli indicatori di performance si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate, il P.O. di Scorrano ha perseguito gli obiettivi fissati per l'anno 2018 con performance positive.

Soddisfatto il rispetto delle tempistiche d'invio dei flussi informativi, relativi a SDO e registrazione Schede Gravidanza e Nascita, consulenze interne ed esterne, prescrizioni su Edotto, accesso alle agende per priorità.

Su versante dell'efficienza permangono buone performance in ordine alla degenza media e degenza media preoperatoria, sia pure in presenza di una lieve riduzione del peso medio DRG che permane al sotto dell'unità.

Soddisfacente il dato relativo all'appropriatezza organizzativa in relazione al potenziamento di setting assistenziali diversi dal ricovero ordinario (Day Service), con miglioramento degli indici relativi a DRG medici dimessi da reparti chirurgici ed a ricoveri medici brevi.

Da monitorare la flessione della percentuale di pazienti (over 65) operati di fratture di femore entro 2 gg., che negli anni precedenti si attestava su valori percentuali nettamente migliori.

Permane la criticità nel dato relativo alla percentuale di parti cesarei sul totale dei parti.

Soddisfacente la gestione del rischio clinico, della semplificazione amministrativa e trasparenza e della formazione.

Nel complesso la valutazione della performance delle UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Scorrano si colloca nel range di conseguimento degli obiettivi $\geq 80\%$.

Presidio Ospedaliero di Copertino**Struttura dell'offerta – attività e risultati****REPARTI DI DEGENZA**

Il P.O. di Copertino è stato interessato nel luglio 2018 dalla rimodulazione/disattivazione di Unità Operative a seguito dell'applicazione del Piano di riordino ospedaliero ex DGR n. 1141/18 e DDG ASL Lecce 1621/18, passando in data 23 luglio 2018 da n. 8 UU.OO., con un totale di n. 151 PL attivi, a n. 7 UU.OO. con PL attivi 114.

Tabella P.L. attivi **prima delle disattivazioni** avvenute il 23 luglio 2018 ex DGR n. 1141/18 e DDG ASL Lecce 1621/18.

Unità Operative	Posti Letto Anno 2018
CARDIOLOGIA	12
GERIATRIA	20
MEDICINA GENERALE	22
LUNGODEGENZA	12
CHIRURGIA GENERALE	26
ORTOPEDIA	22
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	24
PEDIATRIA	13
Totali P.O. ordinari	attivi 151

Tabella P.L. attivi **a seguito delle modifiche** ex DGR n. 1141/18 e DDG ASL Lecce 1621/18.

Unità Operative	Posti Letto Anno 2018
CARDIOLOGIA	12
GERIATRIA	30
MEDICINA GENERALE	20
LUNGODEGENZA	4
CHIRURGIA GENERALE	24
ORTOPEDIA	24
RECUPERO E RIABILITAZIONE	istit.24 attivi 0
Totali P.O. ordinari	attivi 114

Pertanto la comparazione degli indicatori di attività dei ricoveri calcolati complessivamente per l'intero Presidio ospedaliero riferiti all'anno 2018 con gli stessi indicatori dell'anno 2017 risente di tale effetto.

Inoltre nei report RA220 ed RA230 (trattandosi di report annuali) è inserita l'attività di ricovero ordinario e DH erogata dalle UU.OO. che sono state attive nell'intero anno 2018, mentre non compare l'attività delle UU.OO. di Ostetricia e ginecol. e di Pediatria, attive solo per i primi sette mesi del 2018. Per questo motivo vari indicatori (Numero di ricoveri, Totale Operati, Giornate di degenza, Valore di DRG, Totale Peso DRG) nei report RA220 e 230 risultano sottodimensionati rispetto alla attività effettivamente erogata nell'anno 2018 dall'intero presidio, non essendo sommati i corrispondenti volumi di attività erogati dalle UU.OO. disattivate a luglio 2018.

Ciò premesso, l'analisi degli indicatori per ricoveri ordinari (report RA 220) relativa alle UU.OO. rimaste attive nell'intero anno 2018, dimostra comunque un'ottima performance del Presidio Ospedaliero

- **Indice di occupazione pl = 102,14%**
- **Intervallo di turnover = -0,19**
- **Indice di rotazione = 42,05**
- **Totale operati* = 1638**

* Il dato è in diminuzione per la disattivazione dell'UO di Ostetricia e ginecologia, mentre per singola UU.OO. è in netto aumento: Chirurgia generale da 683 nel 2017 a 745 nel 2018; Ortopedia da 571 nel a 710 nel 2018.

L'Ospedale di Copertino inoltre ha registrato per l'anno 2018 un incremento del peso medio dei ricoveri ordinari: **Peso Medio DRG anno 2017 = 0,93 anno 2018 = 1,11**

I volumi complessivi di attività comprendenti la produzione globale di tutte le UU.OO. attive nel 2018 nel PO di Copertino, comprese le UU.OO. dismesse a luglio 2018, rilevati dagli allegati C. K ed RA710, sono riportati nella tabella seguente

	anno 2017	anno 2018
Numero di ricoveri ordinari	6785	5889 * (All. K)
Giorn. di degenza Ric.Ord.	50103	46517 * (All. K)
Valore di DRG Ord+ DH	19.338.187,45	17.514.786,84 * (All. RA 710)
somma Pesi DRG Ord	6314	5158 *(All. C)

* Il dato globale è in diminuzione per la disattivazione a metà anno delle UU.OO. di Ostetricia e ginecologia e di Pediatria.

Invece gli indicatori calcolati per singola UO. e presenti nei report RA220 e RA230 mostrano un trend soddisfacente. Infatti si fa notare come l'Indice di occupazione dei posti letto (IOPL) per ricoveri ordinari sia ampiamente superiore al 100% nei reparti medici (Medicina e Geriatria); il dato è reale ed è espressione del ricorso obbligato da parte del Pronto Soccorso a ricoveri urgenti in extralocazione per mancanza di PL di area medica anche nei PP.OO. vicini.

Gli IOPL per ricoveri ordinari delle altre UU.OO. si attestano ai livelli alti dei valori aziendali: Chirurgia generale 88,28 %, Cardiologia 85,21%, Ortopedia 80,80%, ecc.

Tempestività e completezza flussi informativi

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Incidenza % SDO non validate su totale SDO prodotte	0,06%	0,08%
Impegnative chiuse su gestionale SGP/EDOTTO nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) / totale impegnative * 100	100%	100%
Consulenze interne registrate su gestionali e/o su Edotto nei termini prestabilite per le prestazioni ambulatoriali esterne / totale consulenze * 100	100%	100%
Prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta registrate su Edotto / totale prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta * 100	100%	100%
Piani terapeutici registrati in edotto / totale piani*100	100%	100%
Schede "Gravidanza e nascita" inserite su Edotto / totale schede prodotte *100	100%	100%

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Degenza media ricoveri ordinari	6,84	7,46
<i>Il valore è stato rideterminato non considerando la degenza della Lungodegenza che non rientra tra i ricoveri per acuti</i>		
Degenza media preoperatoria	2,38	2,46
Consulenze interne effettuate e refertate entro 24 h dalla richiesta / totale consulenze interne richieste *100	n.r.	n.r.
Costo esami radiodiagnostica richiesti / n° ricoveri (ordinari + DH)	157,76	250,35
Costo esami patologia clinica richiesti / n° ricoveri (ordinari + accessi in DH)	43,79	77,41
Schede monitoraggio AIFA compilate e chiuse / totale schede monitoraggio AIFA *100	100%	100%

Appropriatezza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Attivazione / potenziamento day service	107,00	9781,00
Rapporto tra ricoveri (≥ 2 gg) con DRG ad alto rischio di inappropriatezza su ricoveri (≥ 2 gg) con DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	0,24	0,27
% ricoveri in DH con finalità diagnostiche su totale ricoveri in DH	26,22%	11,24%
% ricoveri medici ordinari dimessi da reparti chirurgici sul totale dei ricoveri	34,86%	31,36%
<i>Si rileva una costante riduzione dei ricoveri medici dimessi da reparti chirurgici. Il dato risulta abbondantemente al di sotto della media aziendale (39,78%).</i>		
Incidenza % ricoveri ripetuti stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione	3,82%	3,26%
% di fratture del collo del femore operate entro 2 gg pazienti di età ≥ 65 anni	17,14%	17,32%
Incidenza % parti cesarei sul totale parti	48,54%	40,65%
<i>Il dato risente dei tagli cesarei ripetuti</i>		
% ricoveri ordinari medici brevi (0-1-2 gg) su totale dei ricoveri medici	20,45%	20,07%

SERVIZI DIAGNOSTICO – TERAPEUTICI E DI SUPPORTO

Tempestività e completezza flussi informativi

Indicatori	Valore 2016	Valore 2017
Impegnative chiuse su gestionale SGP/EDOTTO nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) / totale impegnative * 100	100%	100%
% Consulenze interne registrate su gestionali e/o su Edotto nei termini prestabiliti per le prestazioni ambulatoriali esterne / totale consulenze	100%	100%

Efficienza

	Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
1	Ottimale organizzazione del servizio in rapporto al personale in dotazione (prestazioni equivalenti / personale equivalente) (salvo personale impegnato in turni di guardia attiva notturna e festiva)	Rx 1485.30 LA34433.93	Rx 4 369,16 LA26 243,93
2	Consulenze interne effettuate e refertate entro 24 h dalla richiesta / totale consulenze interne richieste *100	n.r.	n.r.
3	Massimizzare l'utilizzo delle grandi macchine (TAC, RMN): n. TAC e n. RMN erogate in orario istituzionale / n. grandi macchine	4.692	n.r.
4	Ottimizzazione consumo materiale diagnostico e beni sanitari (i dati riportati sono i costi di macrostruttura con un incremento di 4,09%)	8.022.778	7 585 396
5	GG medi di attesa tra richiesta e refertazione esami di Anatomia Patologica	<i>Servizio non presente</i>	<i>Servizio non presente</i>
6	Utilizzo Sale Operatorie (numero interventi)	2025	1880

Accessibilità

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Apertura agende per priorità (nr. agende per priorità/totale agende*100)	12%	12%

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Accessibilità (n. Agende UBD aperte)	90%	90%

Volumi attività specialistica

Unità Operative/ Ambulatori	Totale prestazioni
Cardiologia	20817
Geriatrica	1290
Medicina int	2170
Neurologia	4221
Chirurgia Oculistica	1540
Chirurgia Endoscopia	1791
Chirurgia Flebologia	1165
Chirurgia generale	5651
Ortopedia	3050
Urologia	737
Ostetricia e ginecologia	2431
Pediatria	435
Anestesia-Terapia del dolore	1136
SIT	6533
Laboratorio Patologia Clinica	847911
Radiodiagnostica	55988

EMERGENZA URGENZA**Tempestività e completezza flussi informativi**

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Numero schede di Pronto soccorso registrate	33.158	32.129
Numero accessi per codice colore attribuito		
Codici Rossi	118	252
Codici Gialli	8865	4464
Codici Verdi	23023	24869
Codici Bianchi	1050	448
Codici Neri	nr	13
Codici non Rilevati	nr	nr

Appropriatezza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2017
Pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	(83%)	(74%)
Pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	(77%)	(78%)

RISCHIO CLINICO

Azioni finalizzate alla riduzione del rischio in ordine:

- ◇ Leggibilità e completezza dell'informazione;
- ◇ Corretta identificazione del paziente;
- ◇ Prevenzione infezioni correlate all'assistenza;
- ◇ Monitoraggio dei comportamenti del personale nella gestione dei pazienti con patologia infettiva ai fini della riduzione del rischio;
- ◇ Monitoraggio quali-quantitativo quotidiano del fenomeno delle extralocazioni;
- ◇ Monitoraggio (con rilevazione almeno settimanale) dei livelli nursing erogati ai pazienti nella fase di extralocazione;
- ◇ Gestione e selezione degli ambienti chirurgici destinati al ricovero temporaneo dei pazienti di area internistica (ai fini del controllo del rischio infettivo);
- ◇ Monitoraggio della gestione in Pronto Soccorso dei pazienti che vengono extra locati;
- ◇ Bed management per extralocazioni ;
- ◇ Stratificazione pre-operatoria rischio chirurgico;
- ◇ Procedura segnalazione eventi sentinella/near miss;
- ◇ Segnalazione quotidiana degli extra locati.

SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA

Attraverso il continuo monitoraggio delle azioni poste in essere la Direzione è continuamente impegnata a garantire, per il proprio ambito di competenza, la corretta applicazione delle norme contenute del D. Lgs 33/2013 e della Legge 190/2012 nonché successive modifiche ed integrazioni apportate dal D.Lgs 97/2016.

Nello specifico, la Direzione provvede ad adempiere agli obblighi di:

- pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione e governo e i titolari di incarichi dirigenziali
- ◇ pubblicazione dei titolari di cariche di governo e di incarichi di collaborazione e consulenza

ed ogni altro adempimento previsto dalla Legge e dal Regolamento aziendale in tema di Prevenzione ed Anticorruzione e del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI)

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Presso la Direzione Sanitaria è costituito l'ufficio formazione che provvede d'intesa e in esecuzione agli indirizzi aziendali a:

- individuare e selezionare il personale tenuto a partecipare ad eventi formativi e di aggiornamento
- finalizzare la formazione del personale ai fattori di rischio operanti nell'ambiente sanitario
- proporre e coordinare progetti formativi presso la sede del Presidio
- collaborare con l'Ufficio Formazione Aziendale alla gestione degli eventi formativi in cui molti docenti accreditati sono in servizio presso la Struttura Ospedaliera di Copertino

RISULTATI RAGGIUNTI

Dall'analisi della scheda e degli indicatori di performance si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate, il P.O. di Copertino ha perseguito gli obiettivi fissati per l'anno 2018 con performance nel complesso positive, considerato che nel corso del 2018 l'ospedale è stato oggetto di una profonda rimodulazione con la disattivazione dei reparti di ostetricia / ginecologia e pediatria.

Tale rimodulazione, nelle more dell'apertura dei nuovi reparti previsti dal riordino, si ripercuote negativamente sull'efficienza dell'intera struttura che, come si rileva dai dati di costo dei servizi diagnostici di Radiologia e Laboratorio Analisi, subisce il ribaltamento sull'attività di ricovero di maggiori costi unitari.

L'obiettivo di tempestività e completezza dei flussi informativi risulta soddisfatto.

Permane la criticità nel dato relativo alla percentuale di parti cesarei sul totale dei parti, sebbene, con la dismissione della U.O. il dato possa considerarsi, ormai, influente.

Si conferma estremamente critico il dato sulla percentuale di pazienti (over 65) operati di fratture di femore entro 2 gg.

Si registra un'invarianza sull'apertura delle agende prioritarie, ancorché il dato sull'accessibilità si possa ritenere positivo.

Soddisfacente la gestione del rischio clinico, della semplificazione amministrativa e trasparenza e della formazione.

Nel complesso la valutazione della performance delle UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Copertino si colloca nel range di conseguimento degli obiettivi $\geq 80\%$.

Presidio Ospedaliero di Casarano

Struttura dell'offerta – Attività e risultati

REPARTI DI DEGENZA

Tempestività e completezza flussi informativi

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
SDO validate su sistema Edotto nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) / totale SDO * 100	100 %	100 %
Impegnative chiuse su gestionale SGP/EDOTTO nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) / totale impegnative * 100	100 %	100 %
Consulenze interne registrate su gestionali e/o su Edotto nei termini prestabiliti per le prestazioni ambulatoriali esterne / totale consulenze * 100	100 %	100 %
Prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta registrate su Edotto / totale prescrizioni farmaceutiche in erogazione diretta * 100	100 %	100 %
Piani terapeutici registrati in edotto / totale piani*100	100 %	100 %
Schede “Gravidanza e nascita” inserite su Edotto / totale schede prodotte *100	100 %	100 %

Efficienza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Degenza media ricoveri ordinari	6,32	7,10
Degenza media preoperatoria	1,96	2,04
Consulenze interne effettuate e refertate entro 24 h dalla richiesta / totale consulenze interne richieste *100	95 %	98 %
VOLUMI esami radiodiagnostica interni /esterni	24.213 esterni 31.848 interni	39.667 esterni 38.899 interni
VOLUMI esami patologia clinica interni / esterni	591.786 esterni 1.105.995 interni	679.718 esterni 845.677 interni
Schede monitoraggio AIFA compilate e chiuse / totale schede monitoraggio AIFA *100	100 %	100 %

Appropriatezza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario	28,4 %	28,4 %
Attivazione / potenziamento day service (n° assistiti in day service 2018 / n° assistiti in day service 2017) * 100	11.029	13.594 + 23,36 % *
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all.B patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (>= 2gg)	0,29	0,28
Riduzione n° ricoveri in DH con finalità diagnostiche su anno precedente	510	227
Riduzione n° dimessi da reparti chirurgici con DRG medici / n° dimessi da reparti chirurgici *100.	57,93 %	57,42 %
Riduzione n° ricoveri ripetuti stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione	3,86 %	3,53 %
% pazienti (età 65 +) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 gg in regime ordinario (esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti)	57,66 %	51,52 % **

* La riduzione dei ricoveri ordinari ha coinciso con l'incremento di altri setting assistenziali (Day Service)

**Il dato relativo alle fratture di femore risente del maggior numero di ricoveri di pazienti in trattamento con anticoagulanti, per i quali è necessario attendere i 10 gg di sospensione della tp.

SERVIZI DIAGNOSTICO – TERAPEUTICI E DI SUPPORTO

Tabella volumi attività ambulatoriale

Si trasmettono allegato 2 (tabelle R) e allegato 2/b (tabelle Q)

Tempestività e completezza flussi informativi

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Impegnative chiuse su gestionale SGP/EDOTTO nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) / totale impegnative * 100	100 %	100 %
Consulenze interne registrate su gestionali e/o su Edotto nei termini prestabilite per le prestazioni ambulatoriali esterne / totale consulenze * 100	100 %	100 %

Efficienza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Ottimale organizzazione del servizio in rapporto al personale in dotazione (prestazioni equivalenti / personale equivalente) (salvo personale impegnato in turni di guardia attiva notturna e festiva)	<u>Rad. n.p.</u> L.A. n.p.	Radiol. 3.989,84 <u>Lab.An.</u> <u>38.151,74</u>
Consulenze interne effettuate e refertate entro 24 h dalla richiesta / totale consulenze interne richieste *100	95 %	98 %
Massimizzare l'utilizzo delle grandi macchine (TAC, RMN): n. TAC e n. RMN erogate in orario istituzionale / n. grandi macchine	Attività svolta sulle 12 ore e P.D.notturna	Attività svolta sulle 12 ore e P.D.notturna
GG medi di attesa tra richiesta e refertazione esami di Anatomia Patologica	5 gg.	5 gg.
Utilizzo Sale Operatorie (aumento numero medio interventi per seduta operatoria)	n. 4.420	n. _____***
Qualità percorso chirurgico (numero interventi programmati e rinviati)	2 %	2 % ***

*** Il dato risente della carenza del personale medico anestesista che non consente l'ottimale utilizzo delle sale operatorie

Accessibilità

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Apertura agende per priorità (nr. agende per priorità/totale agende*100)	100 %	100 %

Appropriatezza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Accessibilità (n. Agende UBD aperte)	100 %	100 %

EMERGENZA URGENZA

Tempestività e completezza flussi informativi

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Numero schede di Pronto soccorso registrate/ numero accessi *100	29.614	25.367
Numero accessi per codice colore attribuito		
Codici Rossi	213	234
Codici Gialli	6.916	6.613
Codici Verdi	20.546	16.995
Codici Bianchi	1.615	1.491
Codici Neri	8	
Fuori Codice	25	34

Appropriatezza

Indicatori	Valore 2017	Valore 2018
Pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	6.868	6.583 tempi medi d'attesa dal triage alla presa in carico 17,27 m.
Pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	20.172	16.686 tempi medi d'attesa dal triage alla presa in carico 28,18 m.
Pazienti con codice rosso visitati entro 10 minuti		233 tempi medi d'attesa dal triage alla presa in carico 8,27 m.
Pazienti con codice bianco		1.389 tempi medi d'attesa dal triage alla presa in carico 40,46m.

a) significativo risulta l'incremento dei Day Service che nel corso del 2018 ha raggiunto la quota di 13.594 con un incremento del 23,26% sul 2017, che ha consentito di ridurre i ricoveri ordinari

b) avvio del progetto pilota "customer satisfaction" su indicazione dell'OIV che ha appositamente selezionato questa Struttura Sanitaria di Casarano per lo svolgimento di detta iniziativa che, successivamente sarà estesa su tutta la ASL.

c) nonostante il progressivo depauperamento delle risorse umane e strumentali disponibili, l'ottimizzazione del modello organizzativo interno alle diverse UUOO ha consentito di realizzare, nel corso del 2018, un incremento delle prestazioni ambulatoriali pari a 20.364

d) significativa la riduzione dei costi che, se anche accompagnata ad una lieve riduzione dell'attività, denota il netto miglioramento della gestione delle risorse umane disponibili, tenuto conto dell'aumento dell'età media del personale e delle limitazioni riconosciute dal Medico Competente.

RISCHIO CLINICO

1. Applicazione delle procedure mirate alla corretta identificazione del Paziente attraverso:
 - implementazione della check list operatoria nel 100% delle UU.OO.
 - utilizzo di appositi braccialetti identificativi
2. Implementazione del protocollo di prevenzione ICA nel 100% delle UU.OO. con svolgimento di appositi eventi formativi, specifici per le diverse branche specialistiche (almeno due o tre per U.O.)
3. Svolgimento da parte della Direzione Medica di Presidio di appositi progetti formativi destinati al personale di tutte le UU.OO. sulla corretta procedura del “Lavaggio delle Mani” e Incident reporting
4. Attivazione audit interni conseguenti alla ricezione delle segnalazioni di NEAR MISS clinici proattivi
5. Posizionamento di appositi dispenser di gel disinfettante nei vari ambienti del Presidio: ambulatori, corridoi, stanze di degenza ecc.
6. Posizionamento nei pressi dei dispenser di cartellonistica contenente le istruzioni per la corretta procedura di disinfezione delle mani
7. Partecipazione degli Operatori di questo P.O. al Progetto Regionale MAPO
8. Rilevazione cadute in ospedale nel 100% delle UU.OO.
9. Programmazione di riduzione del rischio clinico, attraverso la realizzazione di appositi corsi formativi da parte della Direzione Medica di Presidio su:
 - Incident reporting
 - Consenso informato

SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA

Rispettati degli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia e dai regolamenti aziendali.

FORMAZIONE DEL PERSONALE

a)

1. La Direzione Medica, attraverso gli Uffici preposti, monitora la regolare partecipazione del personale ai corsi formativi aziendali
2. Realizzazione da parte della Direzione Medica di specifici progetti formativi finalizzati:
 - all’implementazione nel 100% delle UUOO delle corrette procedure di Incident Reporting, di riduzione del Rischio Clinico e dei Flussi Informativi
 - alla conoscenza delle previsioni del D.M. 70 e del Riordino Ospedaliero
 - alla corretta gestione dei rifiuti ospedalieri
3. La Direzione Medica individua e seleziona il personale tenuto a partecipare alla formazione organizzata dalla medesima Direzione.
4. Tutte le UUOO provvedono regolarmente alla realizzazione annuale di 2 o 3 eventi formativi inerenti le specifiche branche specialistiche, finalizzati all’aggiornamento del personale assegnato

RISULTATI RAGGIUNTI

Dall'analisi della scheda e degli indicatori di performance si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate, il P.O. di Casarano ha perseguito gli obiettivi fissati per l'anno 2018 con performance positive.

L'obiettivo di tempestività e completezza dei flussi informativi risulta completamente soddisfatto, sia perciò che attiene le SDO e sia per le consulenze interne su Edotto e prestazioni esterne su Gestionale SGP.

Soddisfacenti tutti gli indicatori contenuti nella relazione di Struttura, relativi a efficienza e accessibilità.

Soddisfacenti anche gli indicatori di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri, anche relativamente al dato sulla percentuale di Pazienti over 65 operati di frattura di femore entro 2 gg., seppur risente di un maggior numero di ricoveri di paz. in trattamento con anticoagulanti, per i quali è necessario attendere i 10 gg. di sospensione della tp.

La contrazione della produzione risulta coerente con la contrazione dei corrispondenti costi complessivi di gestione.

Soddisfacente la gestione del rischio clinico, della semplificazione amministrativa e trasparenza e della formazione.

Nel complesso la valutazione della performance delle UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Casarano si colloca nel range di conseguimento degli obiettivi $\geq 80\%$.