

AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

Relazione sulla Performance

Anno 2017

Direzione Generale

***U.O.C. Programmazione e
Controllo di Gestione***

ADB

Relazione sulla performance - anno 2017

1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE

La Relazione sulla performance, prevista dal decreto legislativo n.150/2009 e s.m.i., art. 10, comma 1, lettera b), costituisce lo strumento mediante il quale l'amministrazione illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

La funzione di comunicazione verso l'esterno è riaffermata dal suddetto decreto che prevede la pubblicazione della stessa sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione e trasparenza".

La Relazione deve essere predisposta entro il 30 giugno e deve essere trasmessa entro settembre, unitamente al documento di validazione predisposto dall'Organismo indipendente di valutazione, alla CiVIT (oggi ANAC) e al Ministero dell'economia e delle finanze.

I principi generali:

La Relazione si configura in documento snello e comprensibile accompagnato, ove necessario, da una serie di allegati che raccolgano le informazioni di maggior dettaglio. La declinazione dei contenuti della Relazione dovrà, inoltre, tenere in considerazione le caratteristiche specifiche dell'amministrazione, ad esempio, in termini di complessità organizzativa, articolazione logistica, tipologia di servizi resi al cittadino.

Sotto un profilo generale, la stesura del documento deve essere ispirata ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna.

Al pari del Piano della Performance "Piano", ai sensi dell'art. 15, comma 2, lettera b), del decreto, la Relazione è approvata dall'Organo di indirizzo politico amministrativo, dopo essere stata definita in collaborazione con i vertici dell'amministrazione.

La Relazione deve essere validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

ADB

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

L'AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

La presente sezione è finalizzata a rappresentare in modo semplice e chiaro l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, sia in merito all'assetto organizzativo, all'assetto economico e tecnologico nonché alle consistenze del personale (CONTESTO INTERNO), sia all'ambito specialistico di competenza, con attenzione agli stakeholder di riferimento e ai soggetti con cui l'Azienda interagisce (AMBIENTE ESTERNO); tutto ciò al fine di evidenziare al meglio l'esistenza del "legame" sussistente tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'Azienda.

Chi siamo

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza è stata istituita con Atto Aziendale.

Ne fanno parte attualmente il P.O. Annunziata, il P.O. Mariano Santo ed il P.O. Santa Barbara.

Si tratta di Presidi multispecialistici che ospitano strutture assistenziali di eccellenza.

L'A.O., struttura di alta specialità, ha come scopo il perseguimento del più alto livello di assistenza attraverso l'attività di cura avanzata a fronte dei bisogni della popolazione.

L'A.O. eroga e sviluppa, assistenza sanitaria polispecialistica, attraverso il miglioramento continuo delle competenze di tutti gli operatori e dei soggetti; Promuove l'innovazione, persegue la centralità del Cittadino e favorisce la valorizzazione dei Professionisti anche mediante la condivisione degli obiettivi e la responsabilizzazione sui risultati.

L'Azienda svolge in modo organico ed inscindibile le funzioni di assistenza, e formazione, rappresentando al tempo stesso elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario Regionale, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento degli obiettivi di tutela globale della salute, per il raggiungimento delle sue finalità di assistenza.

L'A.O. nello svolgimento delle proprie attività utilizza le risorse assegnate dal Servizio Sanitario con un modello organizzativo nel quale ciascun professionista opera, a prescindere dallo stato giuridico di provenienza, in maniera integrata e paritaria per il perseguimento degli obiettivi fissati.

ADB

L'A.O. svolge la propria attività nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale, e concorre al raggiungimento degli obiettivi ed alla realizzazione dei compiti istituzionali, nell'ambito delle risorse disponibili, che verranno utilizzate secondo criteri di efficacia ed economicità.

L'Azienda, quale componente di un sistema integrato, sviluppa la cooperazione con l'Azienda Sanitaria per garantire l'uniformità e l'unitarietà delle funzioni del S.S.R.

Valori Fondanti

L'A.O., quale parte integrante del S.S.R., impronta l'attività istituzionale, all'osservanza dei seguenti valori:

- a) **centralità della persona:** pone al centro dell'attività la persona al fine di:
 - soddisfarne in maniera trasparente le aspettative in relazione;
 - alla disponibilità e accessibilità di tutte le informazioni per l'accesso alle prestazioni attraverso una scelta consapevole;
 - alla capacità dell'organizzazione di garantirne, con elevata professionalità, i bisogni e le richieste;
 - alla possibilità di rendere noto l'utilizzo delle risorse in modo appropriato ed efficiente al fine di accrescere la condivisione dei valori e degli obiettivi;
- b) **equità:** garantire ad ogni persona il diritto alle prestazioni più appropriate, senza alcuna discriminazione;
- c) **appropriatezza:** fornire prestazioni appropriate, valutati in termini di valutazioni tecnico scientifiche, ottimizzazione degli interventi nell'ambito del processo/percorso assistenziale, orientato al miglioramento continuo ed alla limitazione dei tempi d'attesa per la loro fruizione entro i limiti previsti;
- d) **assenza dolore:** garantire nelle fasi di cura l'assenza del dolore a tutela della dignità della persona;
- e) **percorsi assistenziali preferenziali:** assicurare percorsi assistenziali preferenziali per soggetti deboli o affetti da patologie di particolare gravità;
- f) **formazione:** investire nella formazione continua del personale per lo sviluppo della conoscenza professionale, in grado di incidere sull'appropriatezza e la qualificazione degli interventi;
- g) **valorizzazione risorse umane:** il raggiungimento dell'alta qualità e dell'eccellenza è strettamente connesso alla professionalità e conoscenza degli operatori. Queste capacità vengono opportunamente valorizzate attraverso un sistema di valutazione, l'attivazione di premi e miglioramento di carriera e di partecipazione alle trasformazioni operative ed organizzative;
- h) **sinergia:** ricerca di forme di collaborazione con le altre strutture sanitarie regionali

ADB

contribuendo a garantire un sistema di assistenza in rete;

- i) **ascolto:** favorire il dialogo con gli Enti Locali, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni di tutela dei cittadini e dei volontari per garantire una migliore offerta.

L'innovazione è uno degli obiettivi dell'attuale Amministrazione e, pur nel contesto di uno strettissimo piano di rientro che ne condiziona inevitabilmente l'azione, è massimo lo sforzo per ambire a risultati di eccellenza, migliorando gli strumenti tecnologici sanitari, a tutto vantaggio della popolazione.

L'Azienda entro il 2018 doterà l'U.O.C. di Neuroradiologia di una nuova Risonanza Magnetica, ad altissima tecnologia, con potenza doppia rispetto a quella attuale, ulteriore salto di qualità dell'intera Azienda Ospedaliera, che di recente si è anche dotata di una TAC/PET e di un nuovo Acceleratore Lineare, ponendola ai livelli dei centri più avanzati, in una regione dove, purtroppo, le infrastrutture sono spesso obsolete e la migrazione sanitaria tra le più alte. Questa nuova macchina consentirà di ridurre i tempi di acquisizione dell'esame, a tutto vantaggio del confort del paziente, migliorerà la qualità delle immagini, fornendo maggiori informazioni al Neuroradiologo grazie al ricorso di sequenze molto sofisticate, quali la spettroscopia, la trattografia, la perfusione e la diffusione, permettendo, ad esempio, al neurochirurgo, di ottenere mappe anatomiche estremamente dettagliate per una asportazione delle lesioni sempre più precisa e rispettosa del tessuto cerebrale normale e, al neurologo, dati volumetrici di particolari strutture cerebrali, utili per una diagnosi precoce di molte malattie degenerative. Da tempo l'Unità Operativa di Neuroradiologia, già individuata quale centro di riferimento regionale per le patologie cerebrovascolari, effettua, quale unica struttura pubblica in Calabria, questo tipo di indagini tecnologicamente avanzate.

Da ricordare, oltre le già citate strutture di eccellenza nel piano delle performance 2018, l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Chirurgia Epatobiliopancreatica e Trapianti che è parte integrante del Dipartimento di Chirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza. Ha dichiarato come propria *Mission* la diagnosi e la cura delle patologie benigne e maligne del distretto epatobiliopancreatico. Dal 1996 partecipa attivamente al programma di procurement-trapianto di Rene della Regione Calabria e vanta una *Vision* perfettamente in linea con i nuovi orientamenti ed i nuovi protocolli di trattamento delle complesse patologie di proprio interesse.

La struttura organizzativa dell'Azienda

Ai sensi dell'art. 4, comma I, del decreto legislativo 517/1999 sono organi dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza:

- a) il Direttore Generale;
b) il Collegio Sindacale;
c) l'Organo di Indirizzo;

ADD

IL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale è nominato dalla Regione.

Al Direttore Generale spetta la responsabilità complessiva della gestione e la rappresentanza legale dell'Azienda. E' coadiuvato, nell'esercizio delle Sue funzioni da:

- Direttore Amministrativo (dirige ed organizza, utilizzando le competenti strutture di riferimento, i servizi tecnici ed amministrativi dell'Azienda, in coerenza con gli indirizzi generali, nel rispetto delle competenze attribuite o delegate alle disposizioni del Direttore Generale, partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale).
- Direttore Sanitario (coadiuva il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche, delle politiche aziendali e dei processi di programmazione e controllo, dirige i servizi sanitari anche ai fini organizzativi ed igienico sanitari; dirige e coordina, garantendone l'integrazione organizzativa, i servizi sanitari nelle materie ed ambiti previsti dalle leggi regionali, dal D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed in conformità alle disposizioni del Direttore Generale, svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, e dai regolamenti aziendali, ovvero delegatagli del Direttore Generale).
Adotta, l'Atto Aziendale e l'organizzazione e la gestione dell'Azienda conformemente ai principi indirizzo e obiettivi dei diversi livelli di governo del sistema, al rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza nonché di efficienza, efficacia ed economicità nella gestione e nell'organizzazione .

IL COLLEGIO SINDACALE

il collegio sindacale esercita le funzioni indicate all'art. 3 del D.lgs. 502/92 e successive integrazioni, dall'art.4 del D.lgs n.517/99 .

Il Collegio esercita le funzioni previste dalla normativa vigente ed in particolare:

- verifica dell'attività dell'Azienda sotto il profilo economico, finanziario, patrimoniale;
- vigila sull'osservanza delle leggi e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- redige la relazione preventiva sul progetto di bilancio e quella definitiva sul bilancio entro il termine di 15 giorni dalla sua approvazione;
- effettua periodicamente verifiche di cassa, controlli a campione e altre funzioni demandate da leggi e regolamenti;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione sui risultati della propria attività e denuncia immediatamente alla stessa le situazioni di disavanzo e i casi di gravi irregolarità nella gestione;

ADB

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza è articolata, per il perseguimento della proprie finalità, in strutture organizzative nell'ambito delle quali sono individuati gli ambiti di specializzazione ed i livelli di responsabilità dei professionisti e degli operatori. Tale modello è individuato al fine di consentire il migliore utilizzo possibile delle risorse, delle conoscenze e delle competenze a disposizione.

La tipologia del modello organizzativo è la seguente:

- **Dipartimenti:** aggregazione di Unità Operative Complesse e di strutture semplici a valenza dipartimentale, con autonomia tecnico-professionale nonché gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.
- **Strutture complesse:** rappresentano, dopo il Dipartimento, le aggregazioni più ampie di risorse umane e tecniche e possono ricomprendere al loro interno altre strutture organizzative.

Cosa facciamo

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza ospita strutture assistenziali di eccellenza.

Nell'ambito della programmazione sanitaria della Regione Calabria, l'Azienda: prevede i seguenti Dipartimenti (in parentesi vengono indicate le diverse Unità Operative facenti capo al Dipartimento):

1. **Dipartimento di Chirurgia** (U.O.C. Chirurgia Generale "Falcone", U.O.C. Chirurgia Toracica, U.O.C. Urologia, U.O.C. Odontoiatria e Stomatologia, U.O.C. Otorinolaringoiatria, U.O.S.D. Chirurgia Epatobiliopancreatica e trapianti, U.O.S.D. Chirurgia D'Urgenza, U.O.S.D. Chirurgia Oncologica e laparoscopia avanzata, U.O.S.D. Chirurgia Bariatrica);
2. **Dipartimento di Medicina** (U.O.C. Medicina Valentini; U.O.C. Gastroenterologia, U.O.C. Malattie Infettive; U.O.C. Geriatria; U.O.S.D. Ablazione percutanea ecoguidata)
3. **Dipartimento Oncoematologico** (U.O.C. Dermatologia, U.O.C. Ematologia, U.O.C. Medicina Nucleare, U.O.C. Oncologia, U.O.C. Radiologia Oncologica);
4. **Dipartimento Materno Infantile** (U.O.C. Ch. Pediatrica; U.O.C. Neonatologia e Tin; U.O.C. Ostetricia e Ginecologia; U.O.C. Pediatria; U.O.S.D. Fisiopatologia della riproduzione);
5. **Dipartimento Emergenza** (U.O.C. Terapia Intensiva, U.O.C. Medicina e chirurgia accettazione e emergenza; U.O.C. Chirurgia Vascolare; U.O.C. Ortopedia; U.O.C. Terapia del dolore; U.O.S.D. Ecografia d'urgenza; U.O.S.D. Medicina d'urgenza);
6. **Dipartimento dei Servizi** (U.O.C Anatomia patologica; U.O.C. Laboratorio analisi; U.O.C. Microbiologia e Virologia ; U.O.C. Centro trasfusionale; U.O.C. Farmacia; U.O.C. Radiologia);

ABB

7. **Dipartimento Discipline specialistiche** (U.O.C. Cardiologia, U.O.C. Cardiologia con emodinamica; U.O.C. Nefrologia; U.O.C. Pneumologia; U.O.S.D. Broncologia Interventistica);
8. **Dipartimento di Neuroscienze** (U.O.C. Neuroradiologia; U.O.S.D. Fisiatria; U.O.C. Radiologia Interventistica; U.O.C. Neurologia; U.O.C. Oculistica);

L'Azienda si avvale in maggioranza di personale dipendente suddiviso nelle quattro diverse "aree": sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa.

Al 31.12.2017 le risorse umane dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza sono pari a N°1699 unità, distribuite per ruolo e per tipologia di contratto (tempo determinato e indeterminato), con una percentuale del 8.4% di personale a tempo determinato.

PERSONALE IN SERVIZIO DIVISO PER RUOLO

APP

Ruolo	presenti al 31/12/2014	presenti al 31/12/2015	presenti al 31/12/2016	Cessati	Assunti	presenti al 31/12/2017
DIRIGENZA MEDICA	351	340	411	39	21	392
DIRIGENZA MEDICA T.D.	56	56	18	13	25	30
DIRIGENZA MEDICA	407	396	429	50	21	422
DIRIGENZA NON MEDICA SANITARIA	19	19	21	0	3	24
DIRIGENZA NON MEDICA SANITARIA T.D.	4	4	3	3	0	0
DIRIGENZA NON MEDICA PROFESSIONALE	3	3	3	0	0	3
DIRIGENZA NON MEDICA AMMINISTRATIVA	8	7	6	2	0	4
DIRIGENZA NON MEDICA	34	33	33	5	3	31
PERSONALE SANITARIO	755	763	783	75*	82	788
PERSONALE SANITARIO T.D.	101	94	97	58	72	85
PERSONALE TECNICO	148	143	171	14	37	194
PERSONALE TECNICO T.D.	42	42	40	22	0	18
PERSONALE AMMINISTRATIVO	141	134	137	6	5**	136
PERSONALE COMPARTO	1187	1176	1228	175	194	1219
TOTALE	1628	1605	1690	232	240	1670

*uscito (n°1 unità di coll. Prof san.- pers tec. categoria D)

**entrato (n° unità di assistente amministrativo categoria C)

AOB

I RISULTATI RAGGIUNTI

L'Azienda Ospedaliera espleta la sua attività istituzionale attraverso i suoi 3 presidi; si riportano di seguito i dati maggiormente significati relativi all'anno 2017 rispetto agli anni precedenti.

ATTIVITÀ ANNO 2015	
NUMERO CASI TRATTATI DALLE UNITÀ OPERATIVE	
Casi trattati in regime ordinario	20.892
Casi trattati in regime day hospital	3.354
Casi trattati in regime day surgery	1.681
Prestazioni APA e PAC	7.185

NUMERO CASI INTERVENTI CHIRURGICI ANNO 2015	
Interventi chirurgici	9.353

PRESTAZIONI AMBULATORIALI ANNO 2015	
Prestazioni ambulatoriali per esterni	852.969

ATTIVITÀ ANNO 2016	
NUMERO CASI TRATTATI DALLE UNITÀ OPERATIVE	
Casi trattati in regime ordinario	21.108
Casi trattati in regime day hospital	2.891
Casi trattati in regime day surgery	1.725
Prestazioni APA e PAC	13.652

NUMERO CASI INTERVENTI CHIRURGICI ANNO 2016	
Interventi chirurgici	7.478

PRESTAZIONI AMBULATORIALI ANNO 2016	
Prestazioni ambulatoriali per esterni	739.716

ATTIVITÀ ANNO 2017**NUMERO CASI TRATTATI DALLE UNITÀ OPERATIVE**

Casi trattati in regime ordinario	22.006
Casi trattati in regime day hospital	2.679
Casi trattati in regime day surgery	1.339
Prestazioni APA e PAC	16.721

NUMERO CASI INTERVENTI CHIRURGICI ANNO 2017

Interventi chirurgici	7.403
-----------------------	-------

PRESTAZIONI AMBULATORIALI ANNO 2017

Prestazioni ambulatoriali per esterni	742.656
---------------------------------------	---------

ADD

ATTIVITÀ PRONTO SOCCORSO

DAY HOSPITAL, NIDO, PRONTO SOCCORSO, OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE					ANNO 2015
PRONTO SOCCORSO					HSP.24
	RICOVERATI	NON RICOVERATI	DI CUI INVIATI AD ALTRA AMMINISTRAZIONE	DECEDUTI	NUMERO PRESTAZIONI
gen-15	1.121	6.438	111	19	30.000
feb-15	1.034	5.290	97	11	28.000
mar-15	1.081	6.139	96	20	29.200
apr-15	1.099	5.928	74	9	29.500
mag-15	1.164	6.444	84	14	30.400
giu-15	988	6.522	92	12	30.700
lug-15	1.193	6.420	92	8	29.500
ago-15	1.076	6.679	89	14	30.100
set-15	1.056	5.926	98	9	28.200
ott-15	1.068	6.279	91	17	29.300
nov-15	1.016	6.038	101	15	29.100
dic-15	1.153	5.774	82	12	29.150
TOTALE	13.049	73.877	1.107	160	353.150

ADB

DAY HOSPITAL, NIDO, PRONTO SOCCORSO, OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE	ANNO 2016
PRONTO SOCCORSO	HSP.24

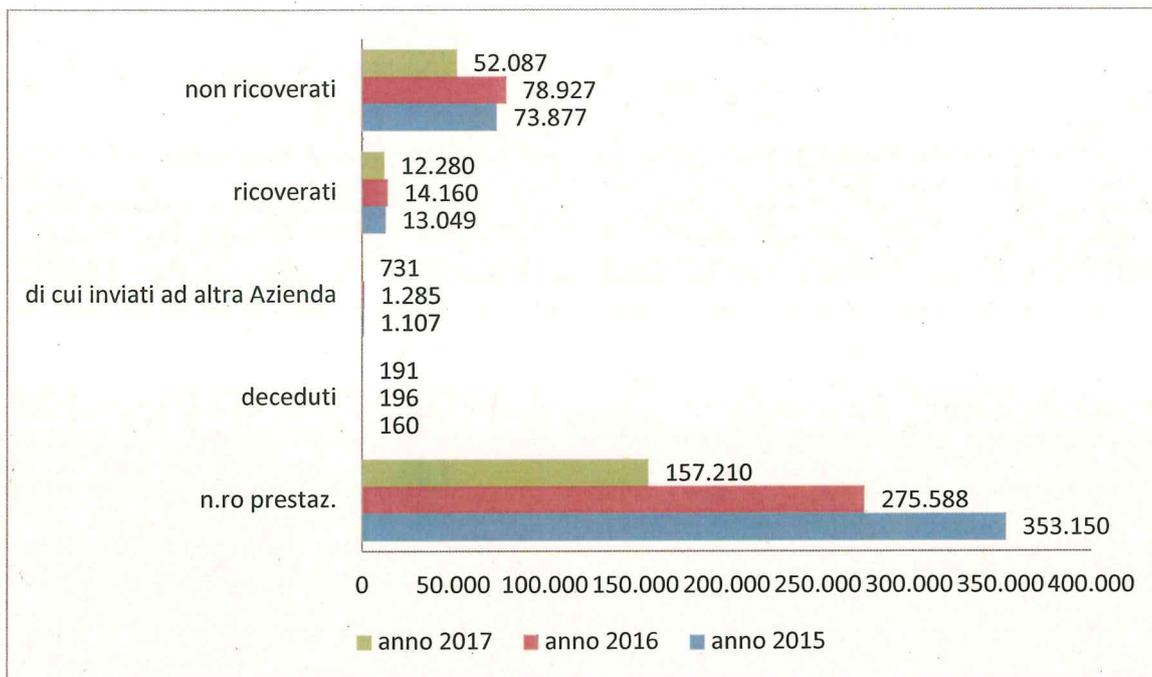
	RICOVERATI	NON RICOVERATI	DI CUI INVIATI AD ALTRA AMMINISTRAZIONE	DECEDUTI	NUMERO PRESTAZIONI
gen-16	1.160	6.980	104	15	29.303
feb-16	1.150	6.680	119	16	29.542
mar-16	1.170	7.160	147	11	29.470
apr-16	1.152	7.312	140	17	25.020
mag-16	1.129	7.357	117	18	23.686
giu-16	1.041	5.863	121	18	21.600
lug-16	1.161	6.725	117	18	19.398
ago-16	1.253	6.718	105	11	20.678
set-16	1.361	5.467	45	14	19.693
ott-16	1.227	6.464	95	17	18.178
nov-16	1.128	6.084	85	15	19.200
dic-16	1.228	6.117	90	26	19.820
TOTALE	14.160	78.927	1.285	196	275.588

ADB

DAY HOSPITAL, NIDO, PRONTO SOCCORSO, OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE	ANNO 2017
PRONTO SOCCORSO	HSP.24

	RICOVERATI	NON RICOVERATI	DI CUI INVIATI AD ALTRA AMMINISTRAZIONE	DECEDUTI	NUMERO PRESTAZIONI
gen-17	1106	5396	84	22	17540
feb-17	1098	4715	47	16	13645
mar-17	1104	5200	79	11	15964
apr-17	953	3963	58	10	12350
mag-17	1026	4173	62	17	15600
giu-17	955	4010	69	11	12852
lug-17	1017	4013	41	6	12025
ago-17	1079	5491	54	18	12379
set-17	961	3793	53	15	10813
ott-17	1039	3999	54	22	11609
nov-17	962	3750	63	23	11234
dic-17	980	3584	67	20	11199
TOTALE	12280	52087	731	191	157210

ADB



RENDICONTAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE ANNO 2017

Il Piano della Performance Annuale 2017 è perfettamente coincidente con il Processo Aziendale di Budget 2017, in quanto in quest'ultimo gli obiettivi strategici sono stati resi operativi declinandoli in obiettivi di struttura.

A decorrere dai primi dell'anno, si sono svolti gli incontri di budget 2017 con la partecipazione della Direzione Aziendale, dei Direttori dei Dipartimenti, delle SS.CC./SS.SS.DD.

Gli obiettivi, concordati e condivisi in sede di discussione di budget, sono stati formalizzati per singola struttura organizzativa nelle schede di budget 2017 che, firmate e sottoscritte, sono state allegate al Piano della Performance 2017 e pubblicate sul sito aziendale.

ANALISI INDICATORI DI ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE

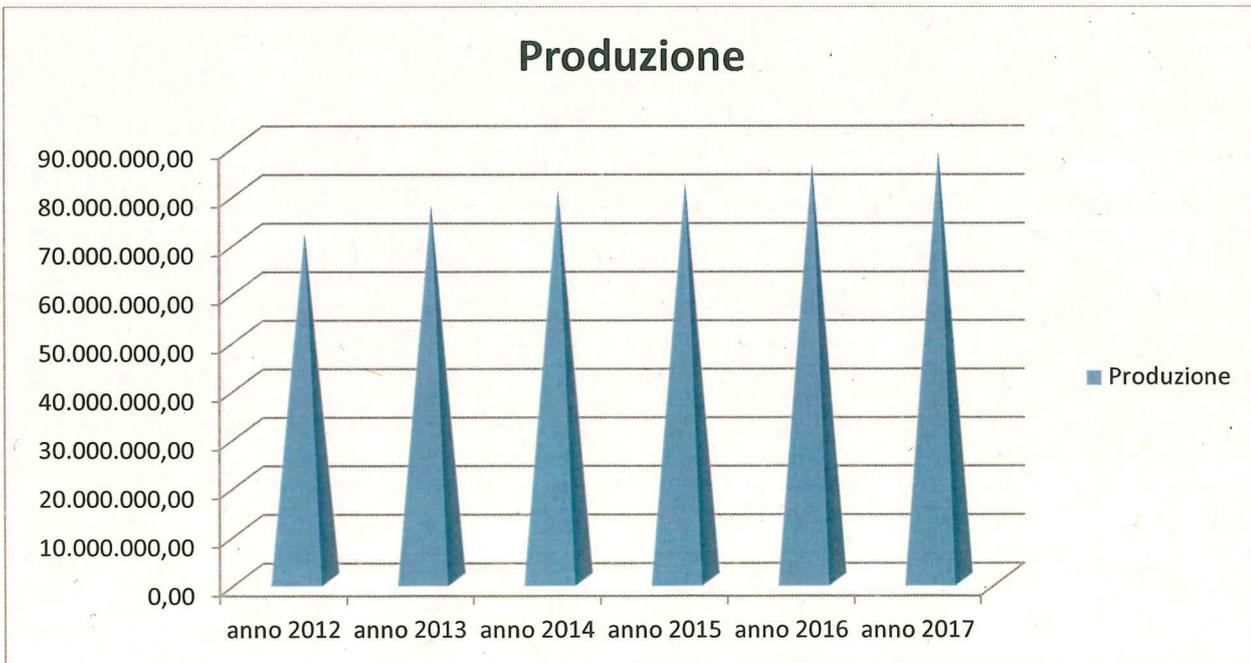
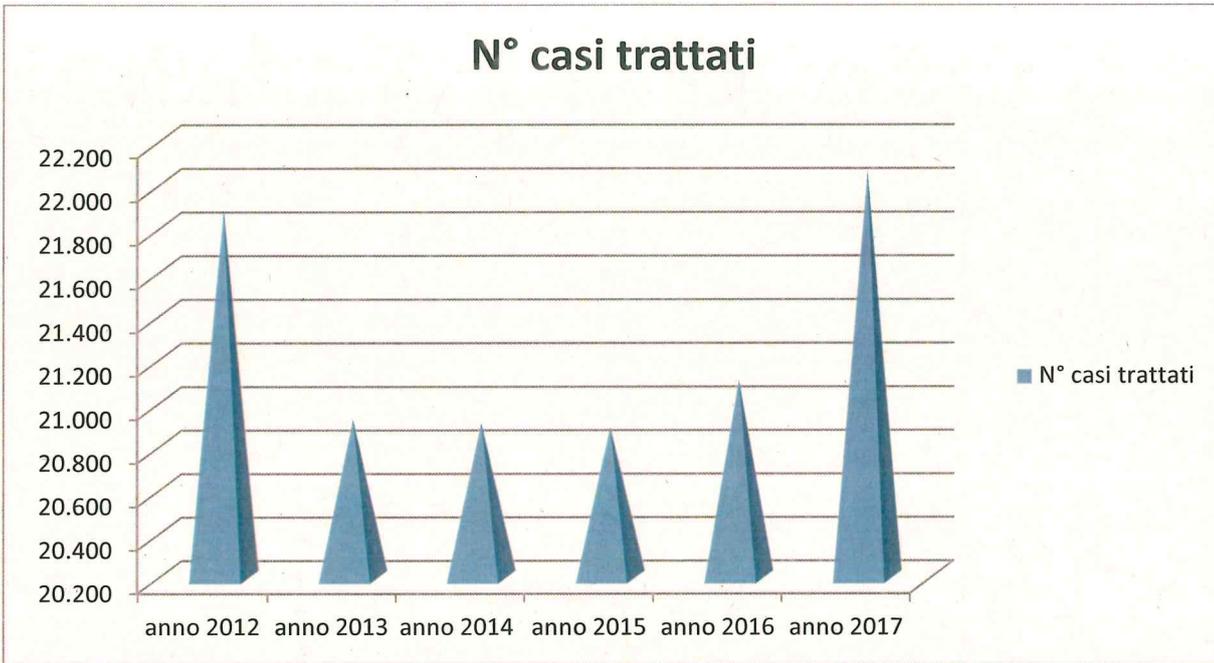
Attività di ricovero ordinario

Con riferimento al posizionamento strategico aziendale, in particolare per quanto riguarda la produzione, l'Azienda ha riportato un trend di aumento dei ricoveri di pazienti.

Il numero totale dei casi trattati in regime ordinario, nell'ultimo anno, ha registrato un andamento crescente sia per ciò che riguarda i casi trattati con un miglioramento della produzione totale

ADB

Anno 2012: numero casi trattati 21.886	produzione € 71.528.061,71
Anno 2013: numero casi trattati 20.929	produzione € 77.323.059,77
Anno 2014: numero casi trattati 20.912	produzione € 80.413.810,00
Anno 2015: numero casi trattati 20.892	produzione € 81.855.143,00
Anno 2016: numero casi trattati 21.108	produzione € 85.847.852,00
Anno 2017: numero casi trattati 22.067	produzione € 88.316.831,00



ADB

Tale trend di miglioramento, nonostante la carenza di personale e la non attivazione di tutti i posti letto assegnati all'Azienda Ospedaliera, e dato da una più coerente scelta del setting assistenziale, ha registrato per il 2017 un incremento positivo sia dei casi trattati e di conseguenza da una maggiore produzione.

PESO MEDIO RELATIVO

anno 2012: 1,1373

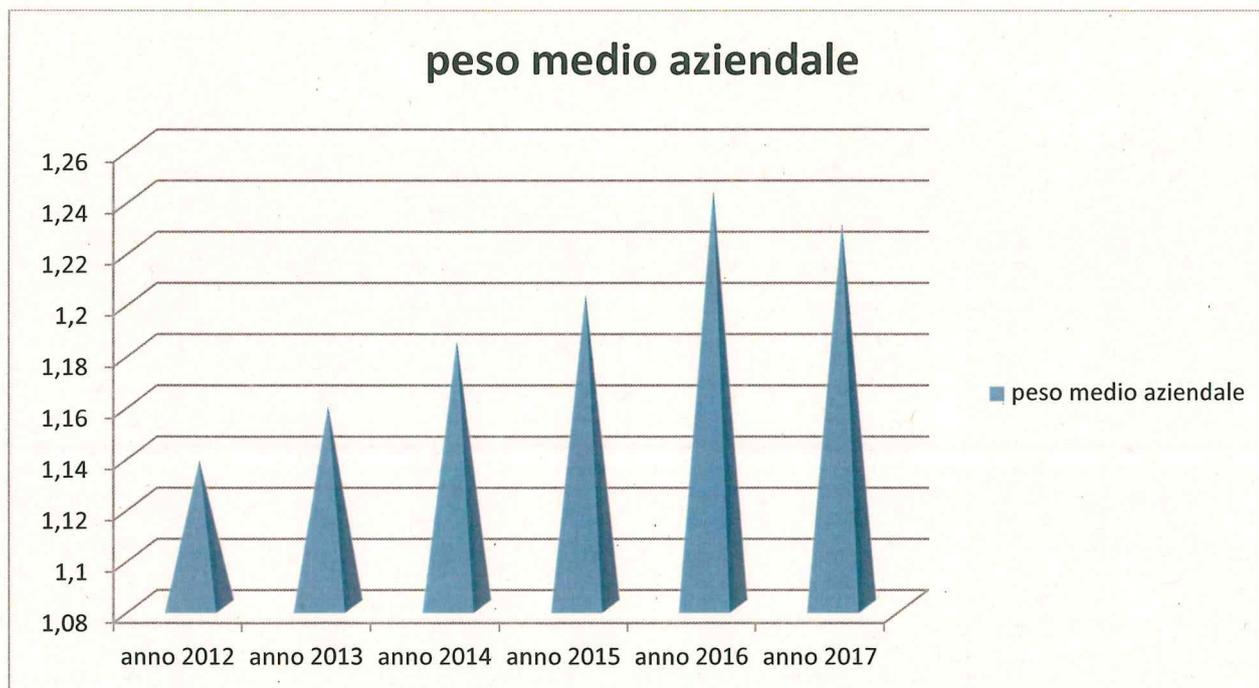
anno 2013: 1,1584

anno 2014: 1,1839

anno 2015: 1,2021

anno 2016: 1,2431

anno 2017: 1,23



AOB

Degenza media

anno 2012: 7,24

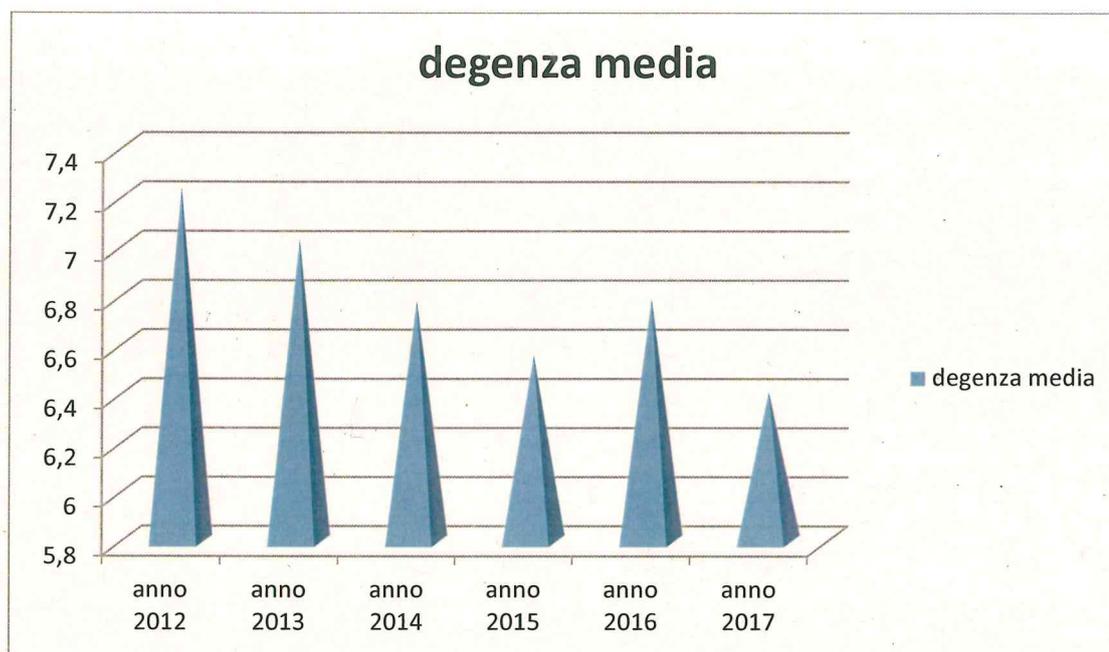
anno 2013: 7,03

anno 2014: 6,78

anno 2015: 6,56

anno 2016: 6,79

anno 2017: 6,41,



ATTIVITA' DI RICOVERO IN DH e DS

L'attività di ricovero in DH e DS ha registrato un andamento decrescente negli ultimi anni. Ciò deriva dal fatto che la Regione Calabria a seguito del DPGR n.47 del 21/06/2011 e del DPGR n.59 10/06/2015, per ridurre il tasso di ospedalizzazione e migliorare l'efficienza e la qualità del servizio reso, ridurre l'emigrazione sanitaria, contenere i costi e l'appropriatezza delle prestazioni, sono state trasferite delle attività svolte in regime di ricovero ordinario o diurno verso il regime che consente una maggiore efficienza nell'uso delle risorse quindi verso il regime ambulatoriale. Pertanto, alcune prestazioni sono state trasformate in accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA) e in prestazioni ambulatoriali complesse (PAC). In tal modo, il ricovero ospedaliero per le prestazioni incluse negli APA o nei PAC, è stato riservato ai soli casi in cui, per le particolari condizioni del paziente, il trattamento ambulatoriale non può offrire sufficienti garanzie di sicurezza.

ADB

E' stata predisposta, in via straordinaria, in attesa di un' autorizzazione regionale, la possibilità di erogare alcune prestazioni ambulatoriali non più in regime di ricovero ordinario e/o diurno ma in un setting assistenziale più appropriato. Sono stati, pertanto, creati dei percorsi diagnostici terapeutici in considerazione delle condizioni cliniche e problematiche sociali del paziente:

- trattamenti di radioterapia metabolica per ipertiroidismo
- trattamenti con tsh ricombinante dopo tiroidectomia per carcinoma della tiroide
- valutazione diagnostica e clinica delle rino-cito-allergie
- valutazione diagnostica e clinica delle patologie vescicali in età pediatrica

Per questi PAC sopra menzionati è stata richiesta già dal 2016 alla Regione Calabria la necessaria autorizzazione al fine di non inserirle in un DH diagnostico e/o terapeutico. Per essi è stata predisposta una procedura, al fine di semplificare l'accesso dei pazienti, e le valutazioni diagnostiche e cliniche sono gestite come prestazioni ambulatoriali singole garantite dal SSN, tramite prescrizioni su impegnativa rossa e relativo ticket, se dovuto. Con DCA n5 del 18/01/2017 sono stati già autorizzati altri tre PAC relativamente agli interventi sulla retina, sull'orbita e interventi primari sull'iride e, pertanto, sono state predisposte anche per essi le procedure amministrative necessarie per la loro applicazione. Gli APA e i PAC seguono il flusso informativo dell' assistenza specialistica ambulatoriale (TS/FLUSSO, MEF/FLUSSO, ASA) e la loro programmazione, prenotazione e pagamento ticket, se dovuto, vengono gestite tramite CUP.

L'Azienda, negli anni, ha ottemperato a tali direttive con ottimi risultati.

ANNI	Attività di ricovero DH e DS	APA	PAC
2011	9.174	0	0
2012	7.452	1.325	326
2013	6.606	1.631	1.180
2014	5.983	2.949	1.180
2015	5.035	3.176	4.009
2016	4.616	3.491	10.161
2017	4.048	3700	13021

Nel 2017 l'attività di ricovero in DH e in DS ha registrato n° 4.048 ricoveri totali, che rispetto ai 4.616 del 2016 con una diminuzione di n°568 ricoveri con una valorizzazione economica pari a 4.941.737,00 euro ed un introito minore di 1.687.701,00 euro rispetto all'attività di DH e DS del 2016, tale diminuzione è stata compensata dall'attività ambulatoriale del 2017, relativa ad APA-PAC pari a circa n° 13.721 prestazioni con una valorizzazione economica pari ad euro 4.414.922.64, rispetto all'importo del 2016 di euro 3.786.072,05.

ADD

Riguardo l'obiettivo sugli adempimenti LEA, relativo al ricorso ai parti cesarei primari, esclusi i casi ripetuti V271 E 65640, rimangono, invece, ancora molte criticità che pur diminuendo, presenta ancora livelli molto alti.

Il parto cesareo rispetto a quello vaginale comporta maggiori rischi per la donna e per il bambino e dovrebbe essere effettuato solo in caso di indicazioni specifiche. Fin dal 1985, l'OMS afferma che una porzione di cesarei superiore al 15% non è giustificata. Lo stesso Regolamento per la definizione degli standard (Decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015) fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1000 parti e 15% per le maternità con meno di 1000 parti. Purtroppo nell'Azienda la percentuale conseguita è stata del 30%, secondo il calcolo regionale del 26% su un totale di 2.059.

Altro obiettivo di questa Azienda è la percentuale di interventi per fratture di femore operati entro 2 giorni. La tempestività nel trattamento della **frattura del collo del femore**, tramite intervento chirurgico, risulta cruciale nel paziente anziano poiché riduce il rischio di mortalità e di disabilità. In particolare PNE analizza la capacità delle strutture sanitarie di **intervenire chirurgicamente entro 2 giorni** per i pazienti di età superiore ai 65 anni. In questi anni i dati per la nostra azienda non sono stati sempre più incoraggianti, l'U.O. interessata non è riuscita a centrare l'obiettivo. Lo standard 40%/60%, mentre l'indicatore aziendale è 21% operati entro 2 gg. Ciò è dipeso da molteplici fattori:

- Essendo l'Azienda Ospedaliera, una struttura HUB, inevitabilmente, vi afferiscono quei pazienti con casistica più complessa, che nei centri periferici e nelle strutture private del circondario non vengono accettati per carenze tecniche e professionali, le fratture di femore non si discostano da tale comportamento, pertanto i pazienti che afferiscono alla nostra azienda, presentano numerose comorbidità, spesse volte cardiopatici, pazienti in trattamento con T.A.O. che necessitano un tempo sufficiente per il ripristino nei limiti della norma dei fattori della coagulazione, ecc. Inoltre va specificato che solo la nostra Azienda è abilitata al trattamento dei politraumatizzati per la Calabria settentrionale, pertanto tale attività, inevitabilmente, toglie tempo al trattamento delle altre patologie. Succede spesso che una seduta operatoria viene assorbita da un solo paziente che presenta magari fratture bilaterali degli arti superiori ed inferiori.
- Per quanto attiene i ricoveri programmati con drg chirurgici l'indice nazionale per la degenza preoperatoria è < 1 giorno, l'Azienda per il 2017 ha registrato l'indice di 1,18, pertanto si è avuta un leggero aumento della degenza preoperatoria rispetto al 2016 con lo 0,86.

ADB

VOLUMI ED ESITI:

Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure. Il Ministero della Salute ha definito valide le seguenti soglie minime di volume di attività D.M.70/15 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera).

A. Interventi chirurgici per Ca mammella :

150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per struttura complessa.

Ricoveri 2015 / Ricoveri 2016 / Ricoveri 2017

SSD CHIR. SENOLOGICA	199	200	171
----------------------	-----	-----	-----

B. Colectomia laparoscopia:

100 interventi annui per struttura complessa

STRUTTURA COMPLESSA	Ricoveri 2015 / Ricoveri 2016 / Ricoveri 2017		
CHIRURGIA FALCONE	138	117	64
SSD CHIRURGIA EPATOBILIARE	98	105	91
SSD CHIRURGIA D'URGENZA			28
totale	236	222	183

C. Intervento chirurgico per frattura di femore:

75 interventi annui per struttura complessa

STRUTTURA COMPLESSA	Ricoveri2015/ Ricoveri2016/Ricoveri2017		
ORTOPEDIA	312	346	364

Il dato comprende anche i ricoveri di pz con frattura di femore operati dall' Ortopedia ma dimessi da altre UU.OO. dell'Azienda

D. Infarto miocardico acuto

100 casi annui di infarti miocardici in fase di primo ricovero per ospedale

STRUTTURA COMPLESSA	Ricoveri 2015/ Ricoveri2016/ Ricoveri2017		
CARDIOLOGIA	349	388	366
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	276	268	184
ALTRE UU.OO.	23	26	34
Totale	648	682	584

E. Angioplastica coronarica percutanea

250 interventi/anno di cui almeno il 30%angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST(IMA-STEMI).

Struttura complessa	Ricoveri 2015 /Ricoveri 2016/ Ricoveri 2017		
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	531	561	504
	48% (IMA-STEMI)	47% (IMA-STEMI)	36% (IMA-STEMI)

F. Maternità

N. Parti per anno	STRUTTURA COMPLESSA		
	Ricoveri 2015/Ricoveri2016 /Ricoveri2017		
Ostetricia e ginecologia	2042	2018	2059

TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

Al fine di contenere il tempo di attesa delle prestazioni erogate sono state applicate le seguenti azioni:

- inserimento delle classi di priorità;
- gestione separata delle agende informatizzata dei primi accessi rispetto agli accessi successivi;
- gestione separata delle agende per prestazioni incluse nei Percorsi Diagnostico Terapeutici;
- Attivazione numero dedicato per effettuare chiamate di conferma.

Inoltre sono stati attivati progetti per prenotazioni Overbooking, monitoraggio utilizzo spazi ambulatoriali e delle apparecchiature strumentali.

I monitoraggi effettuati hanno evidenziato: tempi di attesa < 30 giorni per le visite specialistiche e > 60 giorni per le prestazioni strumentali.

L'attività Libero professionale è stata verificata sia per l'impegno orario che per la disponibilità delle attrezzature e degli spazi.

Nel 2017 il totale dei ricavo per l' ALPI è di euro 1.452.722,10 rispetto al 2016 che registrava un totale di euro 1.758.070,85, si è avuto un decremento di 305.348,75 euro.

ABB

L'Azienda ha aderito, già da tempo, al Piano Regionale di riduzione delle liste d'attesa, riorganizzando il sistema di erogazione delle prestazioni e i servizi di prenotazione e accesso alle prestazioni sanitarie. Tale riorganizzazione ha consentito un significativo miglioramento dei tempi e della qualità delle prestazioni rese con l'entrata in funzione a pieno regime del CUP provinciale, una rete capillare di accesso alle prestazioni sanitarie e ai servizi ambulatoriali e diagnostici presente sul territorio.

Il servizio, attivo dal 4 marzo 2013, è gestito da Engineering S.P.A. ed è un progetto finalizzato a migliorare l'accesso e la fruibilità delle prestazioni sanitarie da parte dell'urgenza rimuovendo i disagi connessi all'orario di apertura degli uffici, al congestionamento delle richieste e delle attese agli sportelli. Il servizio offerto dal CUP garantisce l'accesso alle prenotazioni presso tutte le strutture sanitarie della Provincia di Cosenza: ASP Cosenza e Azienda Ospedaliera di Cosenza.

L'Azienda ancora una volta ha dimostrato una particolare attenzione al governo dei tempi di attesa non solo nel rispetto degli obiettivi posti dalla Regione ma anche rispetto alla trasparenza dell'informazione.

Il tempo di attesa delle prestazioni ambulatoriali rappresenta una delle maggiori criticità percepite dal cittadino nei suoi rapporti col SSN e, allo stesso tempo, rappresenta la prima risposta che egli riceve dal sistema al momento della richiesta.

Per soddisfare, al meglio, le esigenze del cittadino l'azienda ha previsto:
degli obiettivi prefissati:

- Attivazione del CUP provinciale con la disponibilità di un call-center unico e di 16 sportelli di front-office presso l'Azienda Ospedaliera a cui si aggiungono altri 53 sportelli sul territorio provinciale;
- Monitoraggio dell'utilizzo degli spazi ambulatoriali;
- Abolizione di tutte le agende cartacee di prenotazione per prestazioni specialistiche con predisposizione di agende inserite nel sistema informatico accessibile da tutti i punti CUP territoriali;
- Diversificazione delle agende da prime visite da quelle di controllo, follow - up e PDTA. Queste ultime, autogestite dallo specialista vengono programmate e quantificate sulla base delle necessità riscontrate (epidemiologia ed evidenze scientifiche);
- Monitoraggio continuo delle prestazioni con tempi di attesa critici con conseguente intervento correttivo temporaneo in modo da fronteggiare il problema controllando il conseguente eventuale aumento della domanda (prestazioni aggiuntive);
- Controllo e monitoraggio del fenomeno del drop - out con creazione di un servizio di chiamata dell'utente a casa per richiedere conferma della prenotazione per le agende con liste di attesa lunghe;
- Progettazione di un piano di prenotazione col sistema dell'overbooking;
- Progettazione di un piano di redistribuzione dei carichi di lavoro nelle strutture erogatrici delle prestazioni che presentano tempi di attesa elevati e maggiormente richieste

ABB

(ecocolordoppler tsa ed arti, tac, rmn, ecocardiogramma, egds e rscs); a questo proposito sono state create delle liste di attesa per patologia che ha visto coinvolte UU.OO. come la neonatologia, la gastroenterologia, la radiologia, la cardiologia, la neuroradiologia. Questa iniziativa ha permesso il raggiungimento degli obiettivi aziendali confermando la mission aziendale Ospedaliera di Cosenza che è quella di garantire le prestazioni in urgenza ed emergenza essendo un centro HUB e garantendo prestazioni specialistiche ambulatoriali di secondo livello demandando così alle aziende territoriali della Provincia l'erogazione di tutte le altre prestazioni ambulatoriali.

- Monitoraggio dell'utilizzo delle apparecchiature strumentali;
- Monitoraggio dell'utilizzo degli spazi ambulatoriali;
- E' in corso un processo di riorganizzazione che prevede l'orario continuato dalle 08:00 alle 18:00 dal lunedì al venerdì con modalità del personale da altre postazioni, in modo da aumentare il numero di operatori da dedicare all'attività di front office.

Viene, inoltre, effettuato il monitoraggio costante dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali esterne ed un'analisi attenta dei volumi resi, in rapporto ai carichi di lavoro, tenuto conto che i Dirigenti Medici dell'AO oltre a svolgere un'attività ambulatoriale esterna devono garantire soprattutto lo svolgimento delle prestazioni richieste in emergenza, in urgenza e in routine per i ricoverati e per i pazienti che giungono in Pronto Soccorso.

CONTENIMENTO SPESA FARMACEUTICA:

Le attività svolte nell'anno 2017 son state finalizzate al miglioramento dell'erogazione dei servizi rispondenti ai bisogni e alle necessità delle UU.OO., nell'ottica di una razionalizzazione delle risorse economiche, in ottemperanza a quanto stabilito nel piano di rientro, interagendo con gli operatori sanitari al fine di operare scelte più economiche a parità di efficacia e appropriatezza.

Gli interventi messi a punto nel corso dell'anno 2017 per avviare un processo di razionalizzazione della spesa sono stati attivati a più livelli, attraverso l'implementazione delle attività specifiche della farmacia ospedaliera.

In linea con i dati di consumo nazionale, gli antibiotici rappresentano la seconda voce di spesa nell'ambito della farmaceutica ospedaliera. Ai fine di ottimizzare la gestione e l'utilizzo appropriato di tali farmaci, è stato acquistato il software gestionale "TERA80" ed effettuata idonea formazione ai dirigenti medici ed infermieri delle UU.OO. e dirigenti farmacisti.

Tale programma consente la prescrizione informatizzata degli antibiotici, sulla base di protocolli di terapia validati e presenti sul sistema e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva da parte del farmacista.

Conseguenza di tale processo è la distribuzione alle UU.OO. degli antibiotici in maniera personalizzata, oculata e mirata, azzeramento delle scorte e scaduti nei Reparti.

In futuro ci si organizzerà per utilizzare tale sistema anche per altre classi di farmaci, opportunamente individuate.

ADB

Dispositivi medici

Semestralmente vengono elaborati report di consumo e di ordinativi dei dispositivi medici individuando quelli che hanno maggiormente inciso sulla spesa aziendale. Considerato che storicamente quelli che incidono in maniera significativa sono i O.M. specialistici, gestiti per la maggior parte in transito, individuate le UU.OO. utilizzatrici, si verifica la necessità "analisi e valutazione delle richieste pervenute tenendo conto di eventuali sovrapposibilità terapeutiche con dispositivi già disponibili in Azienda, della letteratura scientifica e dei costi. Analisi sulla appropriatezza di alcuni dispositivi medici già in uso ad alto costo".

Azioni correttive: dal 2016 in poi sono state effettuate alcune azioni correttive volte al contenimento della spesa. A titolo esemplificativo e non esaustivo si è intervenuti su:

- PIC (cateteri venosi centrali ad inserimento periferico). Analisi delle tipologie di tali dispositivi ed eliminazione di quelli a più alto costo. Tale intervento eseguito in collaborazione multidisciplinare ha tenuto conto delle evidenze scientifiche, della sovrapposibilità terapeutica e dei costi.
- Fili di sutura. Attraverso incontri con alcuni responsabili delle UU.OO. e coordinatori delle stesse, sono state effettuate scelte economicamente più vantaggiose tra i fili di sutura disponibili.
- Sistema di sterilizzazione. Acquisto di dispositivo di sterilizzazione a minor costo e parità di efficacia rispetto a quello in uso.
- Valutazione iniettori e dispositivi accessori per esecuzione TC con mezzi di contrasto. Avvio di procedura di gara che consente la riduzione del consumo del mezzo di contrasto. (circa 5%)
- Analisi delle tipologie protesi vascolari, in team multidisciplinare, presenti nelle delibere aziendali, per la valutazione di appropriatezza e necessità e l'appropriatezza di utilizzi.

ADB

RISK MANAGEMENT:

Rendere il sistema sanitario più affidabile e sicuro è una sfida con la quale è oramai necessario confrontarsi, considerando la sicurezza del paziente un bene di primaria importanza.

Ciò è possibile, analizzando le criticità che emergono nell'assistenza ai pazienti, discutendo e migliorando le pratiche cliniche attraverso la comprensione degli errori latenti ed attivi che si celano dietro un evento avverso.

Tutto questo implica un profondo cambiamento culturale, che passa dal coinvolgimento degli operatori in prima linea, ma che vede chiamati in causa tutti gli attori del sistema: i politici, il management delle aziende ed i cittadini stessi.

Definizione di rischio clinico:

- è la probabilità per un paziente di rimanere vittima di un evento avverso.

Definizione di evento avverso:

- danno o disagio imputabile (almeno in parte) alle cure mediche che causa un prolungamento del ricovero ospedaliero / oppure un peggioramento delle condizioni di salute / oppure la morte.

Definizione di near miss event:

- incidente evitato per l'intervento tempestivo di correzione da parte dell'uomo.

Definizione di risk management:

- è l'attività clinica finalizzata alla riduzione del rischio clinico.

Tale attività è costituita dall'identificazione e valutazione dei rischi. Già da diversi anni la Regione Calabria ha avviato una serie di iniziative dirette alla riduzione dei rischi correlati all'assistenza nelle strutture sanitarie e al miglioramento continuo della sicurezza e del rischio clinico.

La legge di stabilità 2015, il DM 70/2015 e la Legge sulla responsabilità professionale 24/2017 hanno obbligato le Aziende ad istituire strutture dedicate, con compiti specifici e personale dedicato, con l'obiettivo di garantire cure sicure, di ridurre il contenzioso e l'annoso fenomeno della medicina difensiva. La Legge Gelli all'art. 1 comma 3 prevede che alle attività di prevenzione del rischio è tenuto a concorrere tutto il personale.

Nell'Azienda, già da qualche anno, è stata individuata la S.S.D. Gestione di Rischio clinico.

La struttura, attenendosi scrupolosamente alle direttive fornite dalla Regione Calabria, si adopera per contenere il rischio clinico, promuovendo all'interno dell'azienda stessa, un insieme di progetti e buone pratiche, finalizzati ad elevare la qualità delle prestazioni professionali in ambito sanitario. Unico ed ultimo fine, la riduzione del rischio clinico. L'U.O. di cui sopra ha avviato un processo di analisi critica dei dati (contenzioso, giudiziari, eventi avversi, eventi sentinella) è quindi utilissimo strumento di miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, soprattutto se questi dati, opportunamente elaborate vengono analizzati con i clinici interessati per condividere le strategie di miglioramento da adottare.

Per le aree a maggiore criticità si sono tenuti incontri formativi per avviare un percorso di sicurezza mirato. L'analisi dei casi complessi ha permesso di rivalutare il percorso assistenziale del paziente in un confronto interdisciplinare.

ADB

CGVS: Le riunioni del comitato sono state nel 2017 N°9 con l'analisi di oltre 58 casi. Il comitato ha in maniera collegiale dato parere su tutti i casi esaminati redigendo verbali.

In particolare i pareri sono stati:

Transati n° 16 casi

Respinti n° 5 casi

n° 1 senza copertura assicurativa.

Ha esaminato 11 sentenze ed espresso parere su apposite richieste dell'Ufficio Affari Generali in merito alla possibilità di costituirsi in giudizio in casi non coperti da Assicurazione. Ha contribuito, per come previsto dal Decreto regionale istitutivo del CVGS a promuovere la cultura della sicurezza convocando, in alcuni casi, i sanitari interessati per consigliare azioni correttive e preventive di contenimento del rischio. Particolarmente delicata è diventata la partecipazione al CVGS poiché l'attuale polizza assicurativa prevede una franchigia per sinistro di 100.000,00 per cui nelle transazioni è necessario il parere del Comitato. Dopo la pubblicazione della legge 24/2017 le attività del comitato si sono rallentate per la mancanza, in comitato, di un medico legale necessario ad attuare quanto previsto nella succitata normativa.

In n°7 casi complessi sono state convocate riunioni con le Unità Operative interessate per concordare come elaborare la relazione difensiva ed approfondire il caso. Per tutte le criticità merse in questi casi si è dato mandato ai Direttori di Unità Operativa di attuare gli interventi correttivi ritenuti idonei a prevenire il riaccadimento dell'evento.

Per come richiesto dal flusso SIMES sono state registrate, nel sistema ministeriale sul monitoraggio del contenzioso, tutte le richieste pervenute nel 2017 si è inoltre provveduto ad aggiornare i dati relativi contenziosi già inseriti negli anni precedenti.

EVENTI SENTINELLA: Nel 2017 sono stati segnalati n°3 eventi n°2 in più rispetto all'anno precedente (2016 n°1), l'evento segnalato è stato registrato sul sistema Ministeriale mediante il flusso dati previsto dal SIMES ed è stata effettuata l'analisi RCA individuando i fattori che possono aver contribuito al determinarsi dell'evento, al fine di implementare le necessarie azioni di miglioramento.

INCIDENT REPORTING: L'incident reporting (IR) è la segnalazione spontanea e volontaria (anche dove obbligatoria: nel caso ad esempio degli eventi sentinella) degli eventi avversi (EA) e dei problemi organizzativi.

L'IR è una modalità di raccolta strutturata di segnalazioni, di eventi che possono avere un impatto clinico, che ha lo scopo di fornire all'organizzazione stessa, una base di analisi per poter predisporre strategie e azioni di correzione e miglioramento onde prevenirne la ricorrenza, rappresentando uno strumento fondamentale per definire il profilo di rischio di un contesto e tradurre nel concreto il concetto di "apprendere dall'errore".

Questo sistema, nato in contesti differenti, aeronautico, militare e industriale, è stato introdotto da alcuni anni nei sistemi sanitari adattandolo alle specificità delle organizzazioni sanitarie, con l'obiettivo di migliorare la sicurezza del paziente.

I professionisti che si trovano coinvolti in un incidente possono porre il caso all'attenzione dell'organizzazione in cui prestano opera tramite un'apposita scheda di segnalazione, collocata all'interno del sistema informativo aziendale.

Le segnalazioni archiviate costituiscono la base dati che rappresenta una delle fonti per mappare e analizzare i rischi all'interno della struttura sanitaria.

Le segnalazioni degli eventi avversi per il 2017 sono state in numero di 31. L'esiguo numero di segnalazioni evidenzia una mancata percezione dell'importanza dello strumento, per cui è necessario indurre il personale a dei cambiamenti culturali e comportamentali senza i quali un sistema di segnalazione degli incidenti non funziona. Nonostante l'esiguo numero la segnalazione spontanea di eventi riesce a dare un'idea dei punti di maggiore criticità dell'Azienda che sono da riferire soprattutto a carenze organizzative, strutturali e di comunicazione.

Sono continuati i controlli, come negli anni precedenti, sulle attività inerenti il rischio clinico: Procedure, check list, scheda unica di terapia ecc. Si sono eseguiti controlli annuali per valutare la qualità di compilazione della cartella clinica per come previsto dal decreto 53/2011 della Regione Calabria. Un controllo specifico sui consensi informati è stato avviato in tutte le unità operative in particolare quelle chirurgiche. Dopo le verifiche gli esiti sono stati comunicati ai Direttori di Unità Operativa con le eventuali criticità riscontrate.

CONTABILITÀ ANALITICA:

La normativa di riordino del SSN, a partire dal Decreto L. vo 502/92 e successive modifiche e integrazioni, nell'attribuire "personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica" alle aziende sanitarie ha introdotto l'obbligo di istituire la contabilità analitica per centri di costo al fine di consentire "analisi comparative di costi, rendimenti e risultati".

Il sistema di contabilità analitica ha pertanto come finalità specifica la produzione di informazioni sui costi e ricavi dell'organizzazione, che rappresentano strumento di supporto alle decisioni direzionali sia con finalità di controllo che come base per scelte di programmazione. La CO.AN. è pertanto funzionale al processo di budget aziendale (definizione degli obiettivi economici e funzionali di attività, loro verifica e valutazione) e al sistema di reporting, intesi come strumenti gestionali per la valutazione dell'andamento dell'Azienda. Gli elementi che determinano la struttura del sistema di contabilità analitica sono essenzialmente rappresentati dai centri di costo e dai fattori produttivi, che devono essere pertanto strutturati in modo tale da consentire il collegamento con il sistema di responsabilizzazione sull'uso delle risorse.

Nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, l'istituzione di un'unica contabilità analitica è stata realizzata ponendo in atto azioni mirate a risolvere le disomogeneità presenti nelle varie realtà e procedendo ad integrazioni di procedure tecnico-informatiche, processi e regole di comportamento.

ADB

I centri di costo sono di fatto i primi oggetti di attribuzione dei costi dei vari fattori produttivi,

rappresentando l'unità minima di rilevazione cui si fa riferimento per la raccolta e l'aggregazione delle informazioni di costo. La loro individuazione nell'ambito della struttura organizzativa dell'AO consente l'eventuale aggregazione delle informazioni contabili rilevate a livello di centro di responsabilità, intesa come unità organizzativa che, sotto la guida di un responsabile governa risorse definite per ottenere risultati in termini di livelli di attività e di efficienza.

In questo contesto, il sistema di contabilità per centri di costo è strettamente connesso e funzionale al sistema di budget.

Il Piano dei cdc viene monitorato e aggiornato a seguito di modifiche organizzative autonome dell'azienda o su indicazione di disposizioni regionali.

Visto il processo in atto di riorganizzazione aziendale, è in programma l'adeguamento del piano dei cdc con il nuovo modello organizzativo, a seguito dell'approvazione definitiva del nuovo atto aziendale.

In linea generale, la struttura del piano del cdc si basa prevalentemente su logiche organizzative e strutturali e in alcuni casi anche di processo/prodotto, laddove si intersecano linee di attività.

I centri di costo sono affinati con il sistema di contabilità generale, di questa Azienda che, partendo dall'impianto organizzativo aziendale, individua le unità organizzative, a loro volta suddivise in unità produttive (funzionali all'invio dei flussi informativi aziendali).

Il Piano dei centri di costo dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, è stato predisposto e definito sulla base del Piano di Organizzazione con deliberazione n° 70 del 06/03/2017 approvando, secondo le linee guida, la mappa dei centri di costo e dei centri di responsabilità;

Con deliberazione n°306 del 12.07.2017 "AZIONI CONSEGUENTI IL PIANO DI RIENTRO - ATTIVITA' CONTABILITA' ANALITICA: RIORDINO UFFICIO E INDIVIDUAZIONE REFERENTE" ha adottato il processo di organizzazione degli uffici definendo i dati e le scadenze che gli stessi devono trasmettere all'UOC Programmazione e Controllo di Gestione ai fini dell'elaborazione dei Report di Contabilità Analitica.

Successivamente è stata adottata la deliberazione n° 522 del 17.11.2017 l'Azienda nella quale viene redatto il regolamento di contabilità analitica.

Tale regolamento è stato divulgato a tutti gli Uffici interessati al processo per gli adempimenti conseguenti.

COERENZA PIANO DEI FATTORI PRODUTTIVI – PIANO DEI CONTI

Situazione attuale

Il piano dei fattori produttivi nell'ambito della CO.AN. dell'AO di Cosenza è allineato all'attuale sistema informatico utilizzato per la gestione della COAN consente di effettuare controlli all'atto dell'importazione dei dati in contabilità analitica. Di conseguenza è possibile provvedere all'inserimento di fattori produttivi qualora venissero istituiti nuovi conti di bilancio.

Il Piano dei fattori produttivi, essendo coerente con Il piano dei conti regionale, è allineato alla struttura delle informazioni contabili richieste dalla procedura regionale "Piani di Attività", funzionale al monitoraggio dei livelli assistenziali in corso d'anno e alle rilevazioni annuali ministeriali (modello LA).

Per quanto riguarda il personale dipendente, i fattori produttivi coincidono con i corrispondenti conti di bilancio, suddiviso in ruolo sanitario comparto, ruolo tecnico, ruolo amministrativo e tutti i ruoli Dirigenziali.

IL SISTEMA DI CONTABILITA' ANALITICA

Costo del personale

Il costo del personale è allocato nei centri di costo.

Con le attuali procedure informatiche integrate (WHR – ERP) il personale può essere ripartito in percentuale su più centri di costo della stessa struttura o di diverse strutture in base all'effettivo impiego lavorativo; si procede quindi alla determinazione delle % di ripartizione del tempo lavorato tra i vari centri di costo.

Tutte queste % sono ottenute mediante il monitoraggio da parte degli uffici preposti, e dietro apposite comunicazioni da parte della Direzione Strategica, una valutazione del responsabile del centro al quale viene richiesto la stima delle % di tempo che vengono svolte in ogni centro in relazione alle risorse gestite.

Per consentire una puntuale e corretta imputazione dei costi..

- I trasferimenti fra centri di costo sono prontamente comunicati dalla struttura interessata;
- Le assunzioni e le cessazioni del rapporto di lavoro sono comunicate dal Servizio personale al Controllo Gestione, così come i trasferimenti interni.

La modalità di quantificazione del costo di competenza del periodo avviene

1. tenendo conto delle risultanze stipendiali a lordo delle ritenute ed oneri sociali,
2. non si considerano le somme erogate nell'anno precedente a quello di competenza;

La contabilità di magazzino

A ciascun centro di costo viene imputata una quota parte dei costi che sono stati sostenuti nel complesso dall'Azienda Ospedaliera al fine dell'acquisto di beni in rapporto al loro effettivo consumo.

La contabilità di magazzino è implementata tramite le seguenti fasi:

- registrazione dei movimenti di carico e di scarico allo scopo di un controllo sui beni e sul patrimonio dell'azienda sanitaria,
- disponibilità dei dati necessari ai fini della determinazione e per la valorizzazione dei consumi di beni riferibili a tutti i centri di costo.

Ovviamente l'Azienda ha provveduto in primis attraverso atti formali a riorganizzare i magazzini. Come citato in premessa, la contabilità analitica è costituita dall'insieme delle

ABB

determinazioni economico — quantitative che consentono di individuare il costo delle variabili aziendali di tipo interno e, per quanto riguarda espressamente l'Azienda Ospedaliera, si concentra sull'analisi dei costi imputati ai diversi centri di responsabilità.

La contabilità analitica consente pertanto di sviluppare un sistema informativo di controllo interno in grado di consentire una pluralità di analisi e control) da parte della Direzione aziendale per finalità diverse, come ad esempio:

- 1) la scelta di convenienza economica in merito alle diverse modalità con cui le prestazioni sanitarie possono essere erogate
- 2) l'impatto che tali scelte comportano sulle condizioni di efficienza aziendale
- 3) la conoscenza sulla quantità di risorse assorbite dalle attività realizzate nell'azienda, in modo da poter anche realizzare delle comparazioni basate sul confronto del dato di costo riferito a diversi periodi di tempo o un dato di costo medio dell'azienda, ecc...

Rispetto agli esercizi precedenti, questa Azienda ha provveduto a affinare la struttura dei centri di costo con atto deliberativo n° 235 del 01.09.2014.

Tra i diversi sistemi di rilevazione adottati da questa Azienda Ospedaliera, ci sono:

- BENI SANITARI E NON
- SERVIZI SANITARI E NON
- FARMACEUTICA
- COSTI DEL PERSONALE
- RIMANENZE SANITARIE E NON
- RICAVI DELLA PRODUZIONE

In quest'ottica i sistemi di contabilità analitica diventano funzionali ad un ruolo del controllo di gestione non solo limitato all'analisi dei costi del settori aziendali, ma più orientato a supportare i processi di programmazione e controllo strategico; ciò presuppone:

- maggiore attenzione per un concetto complessivo di "quanta" e di gestione strategica
- attenzione per i processi e le attività nella determinazione dei costi e nella pianificazione
- attenzione per parametri ulteriori rispetto a quelli economico-finanziari
- più intensa relazione con il mercato

UTILIZZO CO.AN. A SUPPORTO PROCESSI GESTIONALI

II sistema di contabilità analitica è basato sull'imputazione dei costi per centri di costo ed ha come obiettivi:

- supportare i processi decisionali dei diversi livelli di responsabilità aziendale
- la redazione di conti economici per centri di costo per centri di responsabilità, per presidi ospedalieri;
- la predisposizione ed il monitoraggio di indicatori gestionali
- la determinazione dei costi per funzione, prestazione o attività
- rispondere in modo tempestivo e coerente al debito informativo verso la Regione

ADB

Sul sistema di contabilità analitica, al fine di garantirne la sua coerenza e correttezza viene operato:

CONTROLLO FORMALE: per verificare la corretta e coerente struttura del flusso dati rispetto ai piani dei conti e centri di costo aziendali;

CONTROLLO DI QUALITÀ: per garantire la congruità del dato di contabilità analitica con quanto consuntivato nella contabilità generale.

SISTEMI DI RIBALTAMENTO COSTI

L'operazione di attribuzione dei costi diretti propri di ciascun centro di costo fornisce spesso risultati insufficienti a rappresentare i costi complessivi delle attività rivolte all'utenza esterna.

Per poter ottenere queste informazioni, è necessario operare il ribaltamento, ossia il riversamento dei costi dei centri che svolgono sia attività di supporto che ausiliarie sui centri di costo che realizzano le attività finali.

Questo tipo di operazione varia a seconda del tipo di centro e non sempre si possono fissare criteri univoci e definitivi.

Per i Centri di Costo, in questo frangente, è adottata la seguente classificazione:

- 1- Centri di costo di supporto,
- 2- Centri di costo Intermedi di supporto
- 3- Centri di costi intermedi servizi
- 4- Centri di costo finali (produzione)

Da questo discende la quadratura finale con il Bilancio di verifica.

CRITERI DI RIBALTAMENTO

Generalmente l'imputazione è attuabile attraverso due modalità, ossia misurando direttamente i servizi resi dai centri ausiliari agli altri centri, oppure in modo indiretto, in proporzione alle attività svolte dal centro utente o in base a parametri relativi a qualche caratteristica del centro utente.

I criteri di ribaltamento di alcuni fattori produttivi (es. servizi appaltati) e dei centri di costo di supporto e intermedi sono rappresentati nel documento allegato alla presente relazione che riassume le regole che l'Azienda utilizza per la corretta imputazione degli oneri ai relativi centri di costo.

Gli scambi interni di prestazioni vengono quantificati quasi esclusivamente con i valori tariffari convenzionali (es. le prestazioni di diagnostica e laboratorio in favore di pazienti ricoverati vengono valorizzate come da tariffario regionale in vigore; il costo dei trasferimenti interni di degenti da un reparto ad un altro si basa sul valore ceduto/acquisito dal reparto calcolato rispetto al peso della giornata del reparto).

Per quanto riguarda il ribaltamento di costi di natura comune, vengono utilizzati alcuni driver definiti a livello aziendale in base a criteri consolidati o in base a regole regionali (costi comuni aziendali o costi generali per il trasferimento dei costi ai cdc intermedi o finali.

SISTEMA DI REPORTING

La valutazione dei risultati e l'eventuale riposizionamento degli obiettivi si fondano su un complesso di valori che vengono racchiusi nel reporting, inteso come sistema che, aggregando in maniera adeguata le informazioni che scaturiscono dall'attività di gestione evidenzia i risultati conseguiti ponendoli a confronto con quelli previsti, suddividendo le responsabilità sui costi e sull'utilizzazione delle risorse.

Nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, i report sono stati formulati secondo le esigenze dei destinatari, in base alle quali assumono un grado di analiticità più o meno elevato e una diversa periodicità (mensile, trimestrale, ecc...). tenendo conto anche delle particolari complessità delle unità operative interessate dove a volte l'invio del dato è subordinato alla gestione delle emergenze.

Attualmente la diffusione della reportistica connessa agli obiettivi di budget avviene via mail ai responsabili di macro area / dipartimento, che riscontrano i dati.

Successivamente viene convocata un incontro congiunto nel corso del quale viene redatto un verbale di chiusura delle operazioni di verifica.

In conclusione, il livello di implementazione di Contabilità Analitica ha subito un notevole miglioramento con l'estensione a livello organizzativo del sistema di contabilità.

Allo stato, oltre a contribuire a supportare le decisioni Aziendali per le opportune valutazioni è divenuto strumento indispensabile per il NAVS/ o OIV ai fini di determinare le valutazioni annuali per l'assegnazione dell'indennità di risultato.

LA CUSTOMER SATISFACTION:

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico in collaborazione con l'UO Qualità e Accreditamento dell'Azienda Ospedaliera, al fine di rilevare il grado di soddisfazione degli utenti che utilizzano i suoi servizi, ha proposto l'adozione del "questionario gradimento utenza" da somministrare nei reparti dell'area degenza/day hospital e di quella ambulatoriale, approvato con deliberazione n°63 del 22 marzo 2016.

Il predetto questionario è stato predisposto a supporto della "Procedura Operativa URP - Gestione reclami e segnalazioni", adottata con deliberazione n°349 del 30 novembre 2015, per realizzare un data base completo ed analitico in grado di produrre una classificazione della tipologia dei reclami, una catalogazione delle segnalazioni e del livello di gradimento. La sua somministrazione è avvenuta in via sperimentale presso talune Unità Operative, in attesa che venga attivata sul portale aziendale la predisponendo sezione interattiva, attraverso la quale ogni utente potrà comodamente e in qualunque momento esprimere il proprio livello di soddisfazione. I risultati ottenuti (dati statistici e le relative indicazioni) saranno pubblicate sul sito aziendale al fine di darne comunicazione agli stakeholder.

Aut

FLUSSI INFORMATIVI:

In ottemperanza a quanto disposto dal DPGR n°101/2011 per il 2017 si stanno trasmettendo flussi informativi.

Tutti gli adempimenti espletati sono oggetto di monitoraggio da parte della Regione Calabria e del Ministero, effettuando le integrazioni e/o modifiche e rettifiche richieste.

Da qualche mese è stata avviata la piattaforma informatica centralizzata a livello regionale denominata SEC SIRS attraverso la quale avviene la gestione dei flussi.

Il predetto sistema partito a fine 2017, consente di mettere in relazione tutti i dati trasmessi verso l'esterno, espletando i cosiddetti controlli di qualità. Tale controlli permettono infatti di verificare la coerenza del dato rispetto ad esempio: DRG, CEDAP, HSP e così via.

Nel corso dell'anno a seguito dell'attivazione di tale processo si sono verificati elementi di criticità dovute proprio alla migrazione dei dati dai pregressi sistemi applicativi in particolar modo, la farmacia, quella inerente all'acquisizione beni e servizi, contabilità.

Ad oggi le criticità sembrano superate anche se quest'Azienda sta procedendo alle opportune verifiche e bonifica delle informazioni anomale.

Permangono le attività in cui l'Azienda è impegnata per assicurare correttamente l'assolvimento del proprio debito informativo nei confronti della Regione Calabria e normalmente lo assolve nei tempi prescritti.

Nel corso dell'anno, sono stati rispettati i termini previsti per la trasmissione dei flussi informativi sanitari, in specie riferiti alle schede di dimissioni ospedaliera e consumi farmaceutici, quelli relativi alle prestazioni specialistiche e personale. Si è proceduto, regolarmente, ad effettuare tutte le trasmissioni riguardanti i flussi trimestrali e le pubblicazioni dei documenti contabili di riferimento.

In particolare:

I flussi informativi economici di interesse nazionale e regionale (CE-CP-LA) sono stati puntualmente rilavati e trasmessi nel rispetto dei termini fissati.

E' ormai a regime la procedura Informatica per la gestione della Contabilità Ambulatoriale che mira sostanzialmente a potenziare le rilevazioni analitiche, valorizzando i collegamenti tra i software relativi ai sottosistemi gestionali integrati con la contabilità analitica. Il sistema permette di aumentare il grado di autonomia ed il livello di copertura delle rilevazioni analitiche, potenziando quindi la precisione e tempestività degli strumenti rispetto alle esigenze direzionali. ECC.

ADB

FLUSSI INFORMATICI

L'Azienda ha garantito il rispetto della tempistica prevista dal T.U. nazionale della mobilità sanitaria, garantendo la trasmissione delle informazioni necessarie per la determinazione del flusso sulla mobilità sanitaria.

È attivo dal 2013, in collaborazione con l'ASP di Cosenza, un sistema di prenotazione e pagamento della quota di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, a livello provinciale.

Il sistema ADT (accettazione-dimissioni-trasferimento), integrato con il sistema Web Hospital per le richieste con il sistema RIS-PACS (software e hardware) per la gestione e l'archiviazione dell'imaging radiologico (Radiological Information System-Picture Archiving and Communication system) e dal laboratorio di analisi in rete, ha ottenuto risultati soddisfacenti, ha permesso una più efficiente gestione delle liste dei pazienti che devono essere esaminati durante la giornata. I dirigenti medici possono visualizzare direttamente dal monitor del loro computer, in tempo reale, tutte le analisi di laboratorio richieste e le immagini diagnostiche integrate.

ALTRE ATTIVITÀ

L'U.O. Qualità, accreditamento e formazione ha implementato il processo di appropriatezza delle cure, partito nel 2014, facendo propria la politica dello scegliere saggiamente piuttosto che tagliare indiscriminatamente, condividendo che il continuo ed indiscriminato utilizzo di prestazioni sanitarie favorisce il rialzo della spesa e determina sprechi di risorse con scarsi risultati di appropriatezza.

Per ciò che riguarda la tematica affrontata dell'appropriatezza prescrittiva, in collaborazione con l'UOC Farmacia si è proceduto:

- Allo studio e all'analisi delle seguenti reti:
 1. Biologiche,
 2. Reti in PTFE
 3. Reti PTFE plus polipropilene con / senza plug
 4. Reti in polipropilene.
- Ad una valutazione qualitativa ,costi-benefici delle reti biologiche ad una valutazione della tracciabilità dei sopradetti dispositivi.

Nell'anno 2017, inoltre, sono state perfezionate le procedure per l'accreditamento dell'UOC Medica Nucleare, Dermatologia, Oculistica e sale operatorie dello S. O. Mariano Santo "Dermatologia Oncologica", e sono state poste in essere attività propedeutiche all' Audit di accreditamento della Banca Occhi.

Sono state predisposte diverse giornate formative sui PDTA approvati e sono stati organizzati specifici corsi su PDTA base e PDTA avanzato

Attraverso l'applicazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici è stata stabilizzata e ben definita una fase di implementazione ed analisi dei percorsi che ad oggi sono consolidati nella gran parte delle UU.OO. aziendali, ciò rende adottato un modello terapeutico multidisciplinare e

AOB

multiprofessionale nel quale il paziente è al centro ed i professionisti delle varie discipline sono impegnati nella risoluzione del problema di salute in modo collegiale. Nel corso dell'anno sono stati analizzati, approvati e trasmessi 3 PDTA (PDTA microangiopatie trombotica, Auricola e Tumore del Polmone) .

Inoltre, sono stati organizzati e tenuti incontri di Counselling/Revisione/Audit gruppi di miglioramento sui seguenti PDTA:

- Complicanze Ostetriche
- Revisione Stroke
- PDTA Auricola
- PDTA Melanoma
- PDTA Tumore prostata con chiusura PDTA
- AUDIT PDTA Cardioncologia e Insufficienza respiratoria nel paziente anziano
- Audit PDTA Cardioncologia e Insufficienza respiratoria nel paziente anziano con chiusura del PDTA Cardioncologica
- Audit Osteonecrosi mandibola
- PDTA "Chirurgia Bariatrica " in età pediatrica
- Gruppo di miglioramento PDTA MAA ed Emergenze in chirurgia Vascolare
- AUDIT PDTA Dolore oncologico e Discussione nuova scheda valutazione PDTA Dolore oncologico e Discussione nuova scheda valutazione PDTA.

Il supporto metodologico si è inoltre concretizzato attraverso una intensa attività volta alla individuazione, per gran parte dei PDTA di indicatori e standard o alla loro revisione.

LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA: RISULTATI

La contrattazione di budget è l'atto formale con il quale la Direzione Aziendale chiede alle Unità Strutturali di realizzare gli obiettivi strategici che l'AO si è posta partendo dalle richieste regionali.

La contrattazione di budget 2017 della nostra AO con le Unità Operative Sanitarie è stata effettuata tra giugno/luglio.

Gli obiettivi di budget 2017 sono stati suddivisi in obiettivi di tipo *economico-gestionale* ed obiettivi di *"qualità e attività"*.

I principali obiettivi di *"qualità e organizzazione"* assegnati alle UO di seguito elencati:

- corretta tempistica di chiusura delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO e trasmesse, all'UO responsabile, on-line) in modo da rispettare le scadenze regionali di invio dei flussi;
- Attivazione della ricetta dematerializzata;
- Diminuzione di contenzioso e invio relazione nei tempi stabiliti;
- Diminuzione a 30 giorni dei tempi di attesa per prestazioni non eseguite da altri istituti;
- il monitoraggio dei tempi di inizio e attraverso idonea programmazione settimanale dell'attività di sala operatoria, e un miglioramento della sicurezza delle sale operatorie con l'utilizzo della check-list preoperatoria;

- monitoraggio appropriatezza sull'uso dei farmaci e diminuzione della spesa farmaceutica;
- rilevazione dei dati economici costi e ricavi per singola U.O.;

Da sottolineare le politiche di sviluppo delle risorse umane:

- sviluppare il senso di appartenenza aziendale ed il coinvolgimento attivo delle persone nei processi decisionale;
- valorizzare e far crescere la professionalità delle persone;

COLLEGAMENTO TRA PIANO PERFORMANCE E P.T.P.C. PIANO TRASPARENZA E PREVENZIONE CORRUZIONE ANNO 2017

Il collegamento si è realizzato attraverso la valorizzazione della trasparenza e l'inserimento nel ciclo della Performance di obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione.

In occasione della stesura del documento di budget 2017, l'Azienda ha ritenuto di inserire quale obiettivo comune a tutti i centri di responsabilità amministrativi in merito alla partecipazione degli operatori ad iniziative formative inerenti le prescrizioni normative anticorruzione e trasparenza.

L'Azienda ha ritenuto di sensibilizzare i direttori di strutture agli obblighi previsti dalla normativa in termini di monitoraggio e rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti, nonché la realizzazione ed aggiornamento degli obblighi di trasparenza.

ADB