

RELAZIONE DI SINTESI SU RISULTATI CONSEGUITI DAI PRESIDI OSPEDALIERI
– ANNO 2019 –

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 e riportati nelle Tavole allegate.

In considerazione degli obiettivi di performance assegnati per l'anno 2019, nonché al range di valori individuati per la valutazione del raggiungimento degli stessi, dall'esame delle singole relazioni si evince l'impegno organizzativo posto in essere da ciascuna macrostruttura ospedaliera per ottenere margini di miglioramento. I risultati raggiunti sono in linea con gli obiettivi assegnati e le risorse disponibili.

Presidio Ospedaliero “Vito Fazzi” di Lecce**Struttura dell’offerta – Attività e risultati****a) Reparti di degenza**

Si evidenzia che nel corso dell’anno 2019, rispetto all’anno precedente, l’ospedale ha registrato i seguenti dati:

RICOVERI ORDINARI	2018	2019
numero dei ricoveri	21.975	21.895
tasso di occupazione dei posti letto	86,20	87,04
degenza media	8,02	8,13
peso medio DRG	1,03	1,27

Dalla tabella su esposta, si rileva come nell’anno 2019 si sia registrata una lieve riduzione nel numero dei ricoveri ordinari, cui corrisponde tuttavia un aumento del tasso di occupazione dei posti letto. Tale apparente incongruenza è dovuta all’aumento della degenza media dei ricoveri, la quale trova giustificazione in una maggiore complessità dei casi trattati, testimoniata da un aumento del peso medio dei DRG.

Si allega report pervenuto dall’U.O. “Programmazione e Controllo di Gestione” relativo ai ricoveri ordinari e indicatori di attività del P.O. “Vito Fazzi” (allegato 1).

Tempestività e completezza dei flussi informativi

SDO validate su sistema Edotto nei termini prestabiliti (DGR 231/2016)	Valore 2018		Valore 2019		Diff V-NV 2018	diff V-NV 2019
	SDO VALIDATE	TOT SDO	SDO VALIDATE	TOT SDO		
	25079	25091	25601	25779		

Nella tabella su esposta si rileva il dato delle SDO non validate, ottenuto dalla sottrazione fra le SDO registrate e le SDO validate. Il dato dell’anno 2019 si discosta di molto, e in maniera negativa, rispetto al dato del precedente anno 2018. Tale vistosa anomalia trova giustificazione col fatto che, nei primi mesi del corrente anno 2020, l’avvento del fenomeno COVID ha comportato il blocco delle validazioni da parte degli Uffici Regionali preposti e ciò non ha consentito ulteriori inserimenti; si è in attesa di una finestra temporale che permetta di recuperare il debito informativo.

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
Impegnative chiuse su gestionale SGP/EDOTTO nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) totale impegnative *100	Prestazioni inserite	Prestazioni inserite
	285.391	353.715

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

Prescrizioni Farmaceutiche in erogazione diretta registrate su EDOTTO	Si conferma che, anche per l'anno 2019, 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). Sono state potenziate le attività di monitoraggio e razionalizzazione nell'utilizzo di farmaci e dispositivi medici, anche mediante la verifica dell'appropriatezza delle richieste motivate informatizzate, con particolare riferimento all'uso appropriato degli antibiotici ed all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso, utilizzo e controllo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA e tempestive richieste di rimborso dei trattamenti chiusi. (allegato 2)
---	---

Registrazione su EDOTTO dati 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 2018 e 2019.
---	--

Efficienza

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
Degenza media pre-operatoria	2.46	2.37

In leggero miglioramento risulta il dato della degenza media pre-operatoria.

Appropriatezza

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	42,76	43,65
Attivazione/Potenziamento Day Service n° accessi in DayService negli anni indicati	22.129	31.973
% ricoveri in day surgery (Ind. MES C4.7) % procedure in day service chirurgici	12,67	9,87
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti	0.22	0.20

a ricoveri DRG non a rischio di inappropriatazza		
Riduzione n° ricoveri in Day Hospital con finalità diagnostiche su anno precedente	954	797
Riduzione n° dimessi da reparti chirurgici con DRG medici/n° dimessi da reparti chirurgici *100	2.988/8.177 36,54%	2.849/8.090 35,21%
Riduzione n° ricoveri ripetuti stessa MDC entro 30 gg. dalla dimissione	3,24	2,92
Dimesse con parto cesareo/totale dimesse per parto *100	34,83%	36,74%
% pazienti (età 64 +) con diagnosi principale frattura del femore operati entro 2 gg. in regime ordinario	83,78%	75,00%

Nella tabella si esposta sono evidenziati alcuni indicatori relativi all'appropriatezza delle prestazioni di ricovero. Si evidenzia che nel corso del 2019 tutti i parametri valutati risultano in leggero o sostanziale miglioramento.

Fa eccezione un lieve aumento percentuale dei parti cesarei, tale dato, però, è viziato dal fatto che, nel 2019, c'è stato un aumento percentuale dei pregressi cesarei (37,16 vs 43,36).

Altro discorso merita invece il dato della degenza media preoperatoria per frattura di femore in pazienti con più di 65 anni. In questo caso, infatti, al fisiologico andamento dei dati, va aggiunto l'aumento in valore assoluto dei casi trattati (148 vs 180), accompagnato dalla riduzione del personale medico di una unità; la combinazione di questi due fattori ha creato un imbuto alle possibilità di evadere la domanda, portando così all'abbassamento della percentuale.

b) Servizi Diagnostico-Terapeutici e di supporto

Tabella volumi attività ambulatoriale

Si trasmettono allegato n° 3 (Tabella RX 600, relativa all'attività di Radiodiagnostica) e allegato n°4 (Tabella RX 500, relativa all'attività di Patologia Clinica)

Accessibilità

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
Apertura agende per priorità	Attivazione: Terapia Antalgica Radiologia-oncologica (Ecografie/ Doppler)	Mantenimento della situazione precedente. Si segnala inoltre l'apertura dell'ambulatorio di Ecografia Oncologica

c) Rischio Clinico

Nel 2019 è continuata l'attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e del sito chirurgico. Tale attività ha portato alla raccolta di dati, presentati all'evento "Applicazione di modello efficace di miglioramento del monitoraggio e sorveglianza del sito chirurgico", organizzato da ANIPIO, che si è svolto a Roma il 18/10/2019.

d) Semplificazione amministrativa e trasparenza

Sono stati rispettati gli adempimenti.

RISULTATI RAGGIUNTI

Soddisfacente la struttura dell'offerta in termini di attività e risultati che registra in particolare un aumento della complessità di casi trattati con incremento conseguenziale del valore peso medio DRG. Gli adempimenti relativi ai flussi informativi richiedono un più attento monitoraggio del flusso informativo relativo alle SDO, possono ritenersi soddisfacenti i restanti flussi. Si conferma il miglioramento della registrazione delle consulenze interne. Soddisfacenti gli indicatori di appropriatezza.

Margini di miglioramento si intravedono relativamente all'appropriatezza organizzativa con il ricorso ad una maggiore implementazione verso setting assistenziali diversi dal ricovero ordinario. Stabile il rapporto operati/dimessi.

Si conferma l'eccellenza del dato relativo alle fratture di femore degli over 65 operate entro 2 gg.

Rimane 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****FLUSSI INFORMATIVI**

SDO validate su sistema Edotto nei termini prestabiliti (DGR 231/2016)/totale SDO*	2018		2019	
	VALIDATE	TOT SDO	VALIDATE	TOT SDO
	8.257 (99,99%)	8.258	7.254 (99,80%)	7.268

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)	2018	2019
	92.477	88.172

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
--	---

ATTIVITA'

Prestazioni ambulatoriali esterne e consulenze interne	Prestazioni ambulatoriali esterne	Consulenze interne
	76.742	4.040

Peso Medio DRG ricoveri ordinari	2018	2019
	0,96	0,98

Performance positiva sovrapponibile all'anno precedente

N° Pazienti assistiti in Day-Service	2018	2019
	2.916	2.940

Si conferma il buon utilizzo dei Day Service considerato anche il Day Service di Ostetricia effettuato c/o il P.O. di Casarano con dirigenti medici del P.O. di Gallipoli

Ricoveri ordinari medici brevi (<= 0-2 gg)	2018		2019	
	Ricoveri medici brevi 1.183 (24,79%)	Ricoveri medici 4.772	Ricoveri medici brevi 1.023 (22,85%)	Ricoveri medici 4.478

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	2018	2019
	29,32%	29,98%

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	2018	2019
	0,28	0,23

Nell'anno 2019 vi è stato un lieve miglioramento rispetto all'anno precedente.

Riduzione n° ricoveri in DH con finalità diagnostiche su anno precedente	2018	2019
	7,49%	6,45%

Parti	2018		2019	
	TOTALE	CESAREI	TOTALE	CESAREI
	525	275 (52,38%)	471	249 (52,87%)

% fratture femore operate entro 2 giorni per pazienti con età >65 anni	2018	2019
	63,02%	51,08%

Il dato dell'anno 2019 risente della carenza del personale medico di anestesia

EFFICIENZA

Degenza Media ricoveri ordinari	2018	2019
	6,47%	7,28%

Il dato è lievemente migliore rispetto alla media aziendale (degenza media aziendale 7,92) e lavorando sul potenziamento delle dimissioni protette si auspica che il dato possa ancora migliorare per l'anno 2020.

Degenza Media pre-operatoria	2018	2019
	1,88	2,24

Il dato dell'anno 2019 è in linea con quello aziendale

Volumi prestazioni di radiodiagnostica	2018		2019	
	ESTERNI	INTERNI	ESTERNI	INTERNI
	19.727	31.198	28.907	24.900

Il dato dell'anno 2019 in senso assoluto è aumentato nonostante le carenze legate al personale medico e tecnico

Volume prestazioni di laboratorio	2018		2019	
	ESTERNI	INTERNI	ESTERNI	INTERNI
	376.353	613.344	419.929	572.072

Il dato dell'anno 2019 in senso assoluto è sovrapponibile all'anno precedente

PRONTO SOCCORSO

Schede di Pronto soccorso registrate in Edotto*100	2018	2019
	100%	100%

Attività Pronto Soccorso	2018	2019
Numero accessi per codice colore attribuito	32.489	33.096
Pazienti codice giallo visitati entro 30 minuti	7.540	8.265
Pazienti codice verde visitati entro 1 ora	21.764	21.733

SALE OPERATORIE

	2018	2019
Numero sale	5	5
Numero interventi	6.947	5.841

Il dato dell'anno 2019 è influenzato dalle problematiche legate alla carenza del personale medico anestesista, oltre che alla carenza di chirurghi (si è giunti ad avere in servizio solo n.3 dirigenti medici)

Spesa farmaceutica	<p>La spesa farmaceutica ospedaliera globale per il 2019, comprendente farmaci, presidi, materiale sanitario, diagnostici, protesi impiantabili etc., registra rispetto al 2018 un decremento globale dell'1,67% e si attesta a 11.498.431,20 euro.</p> <p>Nel 2018 la spesa farmaceutica era pari a 11.694.162,87 euro.</p> <p>Per il capitolo farmaci, la spesa ha raggiunto 5.313.173,39 euro, in diminuzione (-6,86%) rispetto al 2018, il cui valore era di 5.704.296,23 euro.</p> <p>In linea di contenimento anche la spesa per gli antimicrobici pari a 290.679,92 (-8,74%) rispetto al 2018, la cui spesa registrava 318.525,78 euro. A tale diminuzione ha contribuito l'utilizzo mirato ed appropriato di nuovi antibiotici ad alto costo.</p> <p>In diminuzione anche la spesa di nuovi ed innovativi farmaci antineoplastici, che garantiscono un sempre più mirato risultato nelle cure oncologiche, con indici di sopravvivenza e qualità della vita, decisamente migliori.</p> <p>La spesa, infatti, per i farmaci antitumorali, in uso presso la nostra oncologia (Day Service Oncologia), per il 2019, è stata di 3.704.063,50 euro, con una diminuzione del 7,75% rispetto al 2018, la cui spesa si attestava a 4.015.291,31 euro.</p> <p>E' certo che l'attivazione dell'UFA di Gallipoli ha prodotto un più attento e razionale utilizzo dei farmaci antineoplastici, in un ambiente adeguato alla loro preparazione, garantendo la completa sicurezza nell'allestimento delle terapie per operatore e paziente.</p> <p>Per presidi e materiale sanitario, nel nostro Presidio il dato di spesa è in rialzo: 3.222.906,18 euro sono stati spesi per il 2019 (+6,66%), mentre nel 2018 la spesa per presidi e materiale sanitario nel nostro ospedale era di 3.021.751,80 euro.</p> <p>Rispetto agli altri obiettivi strategici individuati, per i registri AIFA la percentuale dei trattamenti chiusi e di richieste di rimborso effettuate è pari al 100%.</p> <p>Il numero di accessi in distribuzione diretta del primo ciclo di terapia non raggiunge ancora i livelli previsti per un insufficiente numero di prescrizioni. I farmacisti, tuttavia, hanno lavorato per tutto il 2019 per far comprendere ai medici l'importanza e l'utilizzo del servizio, invitando costantemente alla prescrizione in dimissione.</p> <p>Inoltre, per il 2019 l'utilizzo dei biosimilari è stato quasi totale nel nostro presidio e, in ultimo, più del 90% dei piani terapeutici è stato redatto in modo informatizzato, prescritto in Edotto o in AIFA.</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 i seguenti corsi di formazione per il personale medico e infermieristico dal titolo:

- "Strumenti in uso a cura dell'infermiere Cartella Infermieristica - Procedure – Protocolli e Linee Guida"
- "Etica e Deontologia"
- "Nuovi modelli organizzativi in ostetricia"
- "Prevenzione degli eventi avversi e gestione del rischio clinico nelle attività di radiodiagnostica"
- "Trattamento precoce dell'insufficienza respiratoria acuta del paziente critico – Metodiche di ventilazione"
- "Implementazione e sostegno allattamento al seno"
- "BLSD"
- "PBLSD"
- "Formazione e sicurezza dei lavoratori – Rischio alto (Ai sensi dell'art. 37 Lett.A e B Dlgs. 81/08)"
- "L'organizzazione della Rete Oncologica Pugliese nell'area vasta Salento"
- "Le infezioni delle vie urinarie"
- "Update nella profilassi antitrombotica"
- "Migliore pratica per un ambiente di lavoro salubre"
- "Corso di Imaging Radiologico"

RISULTATI RAGGIUNTI

Gli adempimenti relativi ai flussi informativi si possono ritenere soddisfacenti, relativamente a SDO e Schede di Registrazione su Area Registrazione Gravidanza e Nascita.

Si registra una riduzione del valore percentuale del peso medio DRG che permane al sotto dell'unità.

Si registra il miglioramento degli indicatori di appropriatezza, unitamente ad una deflessione del dato relativo alle fratture di femore da operare entro 2 giorni che sembrerebbe aver risentito del sottodimensionamento dell'organico medio anestesista.

Permane la criticità nel dato relativo alla percentuale di parti cesarei sul totale dei parti che pure nell'anno precedente aveva dimostrato un trend in miglioramento.

Elevata l'incidenza del valore del personale su produzione per le attività radiodiagnostiche
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

L'Ospedale di Galatina è classificato come Ospedale di base.

In tale prospettiva sono state nel tempo, fino ad oggi, disattivate molte UU.OO.

Ciò ha influito inoltre non solo sui ricoveri di elezione, per i quali evidentemente, da un lato i Direttori hanno, per tali motivi, preso in carico pazienti con complessità minore, e dall'altro la stessa utenza, che ormai si documenta bene, anche su internet, delle possibilità complessive di un ospedale, ha optato probabilmente per la cura di congiunti complessi in altri ospedali.

Era quindi atteso un crollo del DRG medio, della produzione assoluta espressa in DRG, un incremento delle giornate di degenza dovuto alla presa in carico di pazienti la cui gestione richiede consulenze multiple, ad esempio di endoscopia chirurgica (polipectomia etc), servizio non più presente a Galatina da qualche anno.

In realtà, l'indice di complessità ha subito solo una lieve flessione (da 0,84 del 2018 al 0,82 nel 2019).

Evidentemente il valore assoluto è nelle parti basse della classifica poiché tutti gli altri ospedali hanno attività chirurgica ed ortopedica in urgenza, e tutti, ad eccezione di Copertino (che però ha sia un UTIC che una Chirurgia sulla quale è stato investito molto), hanno una Rianimazione, che evidentemente oltre a consentire il ricovero di pazienti complessi, alza di molto la media con i suoi 4 punti.

Inoltre la nostra Chirurgia non esegue le urgenze e neppure interventi di maggiore complessità.

Tanto, essendo limitata a ricoveri di cinque giorni ai confini con il Day Surgery e cioè di complessità minima, limitata dall'Azienda con apposita Delibera.

Per la percentuale di ricoveri medici ordinari dimessi da reparti chirurgici sul totale dei ricoveri, il nostro Ospedale ha una percentuale da prima in classifica: 6,44% quando la media Aziendale oscilla tra il 32% di Copertino e il 57% di Casarano.

La percentuale di ricoveri ordinari medici brevi è del 16,9%, la migliore rispetto al resto dell'ASL.

Il rapporto tra i ricoveri ad alto rischio di inappropriately e quelli non ad alto rischio vede ugualmente l'Ospedale di Galatina come il migliore in classifica rispetto agli altri.

La percentuale di ricoveri in Day Hospital con finalità diagnostiche è stata abbattuta, con i nostri sforzi, dal 52% al 26%, ma rimane ancora alta pur essendo superata dal P.O. Vito Fazzi.

L'incidenza dei parti cesarei è del 37,48% con un ulteriore diminuzione rispetto al 2018 e 2017, secondi solo al P.O. Vito Fazzi, pur non disponendo delle attività di supporto su menzionate.

Per quanto riguarda i ricoveri ripetuti, l'incidenza è intorno al 3%, secondi solo al P.O. Vito Fazzi per pochi centesimi di punto.

La degenza media risulta la più bassa dell'ASL con 6,92 giorni con un ulteriore miglioramento rispetto agli anni scorsi.

Ugualmente la degenza media preoperatoria: 0,44 giorni rispetto a una media Aziendale di oltre 2 giorni.

Nel 2019 sono stati condotti importanti lavori che daranno i loro risultati nel 2020:

Installazione nuova TAC al 1° piano con ottimizzazione dell'uso di Tecnici e Medici;
Predisposizione locali per Riabilitazione;
Predisposizione dei locali per Lungodegenza;
Predisposizione e trasferimento locali Farmacia con liberazione, prevista quest'anno, dei locali LAVIT onde realizzare degli spogliatoi centralizzati per il Padiglione De Maria;
Posa in opera prefabbricato ex art. 20 2° fase previsto per ampliamento Sala Operatoria, percorsi separati pulito sporco, ampliamento Radiologia etc.

Rischio Clinico:

Nel ottobre 2019 sono stati installati, nell'ambito di un programma autorizzato dalla Direzione Generale, dispenser di gel idroalcolico a muro in ogni stanza di degenza e in tutti i corridoi, insieme a specifici cartelli inamovibili in corrispondenza di ogni dispenser molto in anticipo sull'emergenza COVID.

Sono attivi i braccialetti identificativi da tre anni.

La Direzione medica revisiona le cartelle cliniche dei pazienti deceduti nell'ambito di un programma di miglioramento volto alla identificazione di punti critici organizzativi.

E' proseguita l'attività di controllo della contaminazione particellare aerea in vari ambienti, in primis le sale operatorie.

Umanizzazione

Sono stati affissi cartelli in ogni reparto riguardanti le modalità di accesso alla cessione diretta di farmaci alla dimissione, onde rendere trasparente tale aspetto. analogamente è stata programmata analoga iniziativa per le dimissioni ospedaliere protette, che hanno subito un forte incremento.

RISULTATI RAGGIUNTI

L'ospedale è classificato come Ospedale di base ed i dati possono considerarsi in linea con il ruolo attualmente svolto dal Presidio ospedaliero. Numerosi gli indicatori che evidenziano un trend in miglioramento.

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****a) Reparti di degenza****Tempestività e completezza dei flussi informativi**

Indicatori	Valore 2019		Valore 2018		Valore 2017	
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
	8327	8327 100%	8052	8057 (99,9%)	8327	8327 (100%)

Indicatori	Valore 2019	Valore 2018	Valore 2017
Impegnative chiuse su gestionale SGP/EDOTTO nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) totale impegnative * 100	Prestazioni inserite	Prestazioni inserite	Prestazioni inserite
	(100%)	(100%)	(100%)

	2019	2018	2017
Consulenze interne su sistema EDOTTO	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 2017 – 2018 e 2019
--	--

Efficienza

Indicatori	Valore 2019	Valore 2018	Valore 2017
Degenza media ricoveri ordinari	5,48	6,82	7,14
Degenza media pre-operatoria	1,70	1,54	1,55

Appropriatezza

Indicatori	Valore 2019		Valore 2018		Valore 2017	
% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	10,83%		20,07%		41,56%	
Attivazione/Potenziamento Day Service (n° assistiti in Day Service 2018/n° assistiti in Day Service 2017) * 100	1053		925			
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a ricoveri DRG non a rischio di inappropriatezza	0,14		0,16		0,17	
Riduzione n° ricoveri in Day Hospital con finalità diagnostiche su anno precedente	56(-50%)		116		293	
Riduzione n° dimessi da reparti chirurgici con DRG medici/n° dimessi da reparti chirurgici * 100	554 (-7%)		665		732	
Riduzione n° ricoveri ripetuti stessa MDC entro 30 gg. dalla dimissione	3,30%		3,95%		3,99%	
% 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	54,46%		51,56%		51,45%	
Peso medio DRG	0,96		0,98		0,98	
Peso medio drg chirurgici	1,34					

Tempestività e completezza dei flussi informativi

Indicatori	Valore 2019	Valore 2018	Valore 2017
Impegnative chiuse su gestionale SGP/EDOTTO nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) totale impegnative * 100	100%	100%	100%

Accessibilità

Indicatori	Valore 2019	Valore 2018	Valore 2017
Apertura agende ambulatoriali per priorità	100%	100%	100%

Pronto Soccorso

Indicatori	2019	2018	2017
Schede Pronto Soccorso registrate in Edotto * 100	100%	100%	100%

Tempestività e completezza dei flussi informativi

Attività P.S.	2019	2018	2017
Pazienti codice rosso	167	178	146
Pazienti codice giallo	8562	8081	6821
\Pazienti codice verde	15552	14953	12282
Pazienti codice bianco	876	783	673
TOTALE PAZIENTI	24281	23995	22451
Pazienti codice giallo visitati entro 30 minuti	8562	8081	6821
Pazienti codice verde visitati entro un'ora	15552	14953	12282

Sale Operatorie

	2019	2018	20167
Numero sale	3	3	3
Numero pazienti operati	3.287	3.242	3.002

Laboratorio e Radiodiagnostica: le prestazioni dei servizi, evidenziate dalle tabelle del CdG, dimostrano trend positivi sia in termini di prestazioni che di economia di gestione

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

Sorveglianza Carbapenemasi

b) Semplificazione amministrativa e trasparenza

Sono stati rispettati gli adempimenti

c) 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

Gli adempimenti relativi ai flussi informativi si possono ritenere soddisfacenti. Permane al di sotto dell'unità il valore del peso medio DRG nel suo complesso.

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

Si registra un margine di miglioramento sulla percentuale di pazienti (over 65) operati di fratture di femore entro 2 gg.

Migliorato il 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 **a seguito delle modifiche** ex DGR n. 1141/18 e DDG ASL Lecce 1621/18.

Unità Operative	Posti Letto Anno Ordinari 2019
CARDIOLOGIA	12
GERIATRIA	30
MEDICINA GENERALE	23
LUNGODEGENZA	4
CHIRURGIA GENERALE	26
ORTOPEDIA	22
RECUPERO E RIABILITAZIONE	istit.24 attivi 0
Totali P.L. ordinari	attivi 117

Nel corso del 2019 sono stati effettuati 4580 ricoveri ordinari con i seguenti indici funzionali

- **Indice di occupazione pl = 91.92 %**
- **Intervallo di turnover = -0,75**
- **Indice di rotazione = 38.73**
- **Totale operati = 1624**

L'Ospedale di Copertino inoltre ha confermato per l'anno 2019 il peso medio dei ricoveri ordinari già registrato nel 2018 pari a **1,11**

Unità Operative	Posti Letto Anno DH 2019
MEDICINA GENERALE	1
CHIRURGIA GENERALE	2
ORTOPEDIA	2
Totali P.L. DH	attivi 5

Tempestività e completezza flussi informativi

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
Incidenza % SDO non validate su totale SDO prodotte	0,05%	0,1%
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 2018	Valore 2019
Degenza media ricoveri ordinari	8.91	8.57
Degenza media preoperatoria	2,90	2,57
Costo esami radiodiagnostica richiesti / n° ricoveri (ordinari + DH)	88.12	76.48
Costo esami patologia clinica richiesti / n° ricoveri (ordinari + accessi in DH)	249.94	264.01

Appropriatezza

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
Rapporto tra ricoveri (≥ 2 gg) con DRG ad alto rischio di inappropriately su ricoveri (≥ 2 gg) con DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	0.29	0.26
% ricoveri in DH con finalità diagnostiche su totale ricoveri in DH	11,24%	6,37%
% ricoveri medici ordinari dimessi da reparti chirurgici sul totale dei ricoveri	31,36%	31,95%
Incidenza % ricoveri ripetuti stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione	3.25%	3.27%
% di fratture del collo del femore operate entro 2 gg pazienti di età ≥ 65 anni	17.32%	47.84%
% ricoveri ordinari medici brevi (0-1-2 gg) su totale dei ricoveri medici	19.27%	19.25%

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%

Accessibilità

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
Accessibilità (n. Agende UBD aperte)	90%	90%

Volumi attività specialistica x utenti esterni

Unità Operative/ Ambulatori	N. Prestazioni 2018	N. Prestazioni 2019
Branche a visita	21.740	19.695
Laboratorio Patologia Clinica	192.361	223.897
Radiodiagnostica	18.264	33.526

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 e s.m.i.

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 2019 con performance nel complesso positive, considerato che l'ospedale è stato oggetto di una profonda rimodulazione con la disattivazione di alcuni reparti.

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

Buona la complessità dei casi trattati rilevabile dal peso medio dei DRG.

In miglioramento gli indici di appropriatezza compresa la percentuale di pazienti (over 65) operati di fratture di femore entro 2 gg.

Buona l'accessibilità alle prestazioni ambulatoriali per utenti esterni con volumi in incremento nelle discipline di radiodiagnostica e patologia clinica.

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

Con riferimento al report relativo ai ricoveri ordinari e indicatori di attività del P.O. di Casarano, si evidenzia che l'indice di occupazione delle UU.OO. di Chirurgia al 49,52% risente del perdurante periodo di sottodimensionamento della dotazione organica medica idonea.

◇ **Tempestività e completezza flussi informativi**

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
SDO validate su sistema Edotto nei termini prestabiliti (DGR 231/2016) / totale SDO	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%
Piani terapeutici registrati in edotto / totale piani	100%	100%

◇ **Efficienza**

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
Degenza media ricoveri ordinari	7,10	7,60
Degenza media preoperatoria	2,04	2,41
Consulenze interne effettuate e refertate entro 24 h dalla richiesta / totale consulenze interne richieste *100	98%	100%
VOLUMI esami radiodiagnostica esterni /interni	39.667 esterni 38.899 interni	57.702 esterni 34.079 interni
Volumi esami patologia clinica interni / esterni	679.718 esterni 845.677 interni	731.685 esterni 792.473 interni
Schede monitoraggio AIFA compilate e chiuse / totale schede monitoraggio AIFA *100	100%	100%

◇ **Appropriatezza**

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
% ricoveri medici ordinari dimessi reparti chirurgici	57,42%	56,97 %
Rapporto ricoveri > =2gg DRG ad alto rischio di inappropriatezza su ricoveri >2gg con DRG non a rischio di inappropriatezza	0,28	0,26
Riduzione n° dimessi da reparti chirurgici con DRG medici / n° dimessi da reparti chirurgici	6.206	5.081
Riduzione n° ricoveri ripetuti stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione	3,53%	3,72
% pazienti (età 65 +) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 gg in regime ord.	51,52%	51,92%

b) SERVIZI DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO E DI SUPPORTO

Si rimanda alla relativa reportistica, che evidenzia ottime performances dei Servizi Diagnostici di supporto alle attività di degenza.

◇ Tempestività e completezza flussi informativi

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
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 2018	Valore 2019
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)	Rad. n.p. Radiol. 3.989,84 Lab. Analisi n.p.	Radiol. € 5.799.631 Lab. Analisi € 5.113.460
Sale Operatorie (aumento numero medio interventi per seduta operatoria)	n. 4.420	n. 3.861 *
Qualità percorso chirurgico (numero interventi programmati e rinviati)	2%	1%

* Il dato risente della carenza nella dotazione organica della Chirurgia protrattasi fino al 2020, che ha conseguentemente contratto l'attività di elezione potendo assicurare solo le urgenze.

◇ Accessibilità

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
Apertura agende per priorità (nr. agende per priorità/totale agende*100)	100%	100%

◇ Appropriatelyzza

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
Accessibilità (n. Agende UBD aperte)	100%	100%

c) EMERGENZA URGENZA

◇ Tempestività e completezza flussi informativi

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
Numero schede di Pronto soccorso registrate/ numero accessi	25.367	26.599
Numero accessi per codice colore attribuito		
Codici Rossi	234	259
Codici Gialli	6.613	7.327
Codici Verdi	16.995	16.752
Codici Bianchi	1.491	1.221
Codici Neri	8	21
Fuori Codice	34	10

◇ **Appropriatezza**

Indicatori	Valore 2018	Valore 2019
Pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	6.583 tempi medi d'attesa dal triage alla presa in carico 17,27 m.	7.327 tempi medi d'attesa dal triage alla presa in carico 21,37 m.
Pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	16.686 tempi medi d'attesa dal triage alla presa in carico 28,18 m.	16.752 tempi medi d'attesa dal triage alla presa in carico 35,11 m.
Pazienti con codice rosso visitati entro 10 minuti	233 tempi medi d'attesa dal triage alla presa in carico 8,27 m.	259 tempi medi d'attesa dal triage alla presa in carico 7,53 m.
Pazienti con codice bianco	1.389 tempi medi d'attesa dal triage alla presa in carico 40,46m.	1.221 tempi medi d'attesa dal triage alla presa in carico 50,25m

a) Completata la rilevazione relativa al progetto pilota “customers satisfaction” effettuato su indicazione dell’OIV che ha appositamente selezionato questa Struttura Sanitaria di Casarano per l’avvio svolgimento di detta iniziativa. I dati risultano in fase di elaborazione.

b) Ottimale l’incremento del valore di produzione di Radiologia e del Laboratorio Analisi che registrano conseguentemente ottime performance relative all’incidenza del valore del personale e dei consumi sulla produzione.

c) Considerevole l’incremento delle prestazioni ambulatoriali, pari a 76.556, ottenuto grazie all’ottimizzazione del modello organizzativo interno alle diverse UUOO., che ha consentito di superare il progressivo depauperamento delle risorse umane e strumentali disponibili.

d) 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. Programmazione di riduzione del rischio clinico, attraverso la realizzazione di appositi corsi formativi da parte della Direzione Medica di Presidio su incident reporting

e) SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E TRASPARENZA

Puntuale applicazione degli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di accesso agli atti, con riferimento al rispetto della tempistica

f) FORMAZIONE DEL PERSONALE

1. La Direzione Medica, attraverso gli Uffici preposti, monitora la regolare partecipazione del personale ai corsi formativi aziendali
2. La Direzione Medica individua e seleziona il personale tenuto a partecipare alla formazione organizzata dalla medesima Direzione su specifici progetti formativi, con riconoscimento crediti ECM, sulle seguenti tematiche:
 - “*Rifiuti sanitari – Gestione e Responsabilità*”, finalizzato alla corretta gestione dei rifiuti ospedalieri
 - “*Ruolo dell’incident reporting della prevenzione degli eventi avversi in sanità*”, finalizzato all’implementazione presso tutte le UU.OO. delle corrette procedure di incident reporting, diriduzione del rischio clinico e dei flussi informativi
3. Gran parte delle UUOO provvedono regolarmente alla realizzazione annuale di eventi formativi inerenti le specifiche branche specialistiche, finalizzati all’aggiornamento del personale assegnato

g) REALIZZAZIONE, DIVULGAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE SEGUENTI PROCEDURE:

- Procedura inerente il processo di sterilizzazione nel Presidio Ospedaliero di Casarano e nella Struttura Sanitaria di Gagliano
- Procedura per la corretta identificazione del Paziente nel Presidio Ospedaliero di Casarano - 26.06.2017
- Procedura per garantire la sicurezza della trasfusione -
- Istruzioni operative processo di richiesta G.R.C. in modalità URGENTISSIMA -
- Istruzioni operative processo di richiesta emocomponenti ed emoderivati in urgenza -
- Istruzioni operative processo di richiesta emocomponenti ed emoderivati non urgenti -

RISULTATI RAGGIUNTI

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.

Registrano ulteriori margini di miglioramento tutti gli indicatori contenuti nella relazione di Struttura, relativi a efficienza e accessibilità, analogamente agli indicatori di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri.

Ottimale l’incremento del valore di produzione di Radiologia che registra conseguentemente ottime performance relative a incidenza del valore del personale e dei consumi sulla produzione

Rimane 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 $\geq 80\%$.