

percezione del cittadino rispetto al livello di qualità del servizio sanitario. Il formarsi di liste di attesa rappresenta, peraltro, un fenomeno con caratteristiche di elevata complessità e ad alta imprevedibilità, influenzato dall'interazione di molti diversi fattori relativi alla domanda e all'offerta.

Per la ricerca di un miglior equilibrio tra domanda ed offerta di prestazioni specialistiche, l'Azienda ha trovato una risposta aggredendo la problematica su tre fronti al

perseguimento di tale obiettivo:

- riequilibrio dell'offerta incrementandone la potenzialità produttiva in coerenza con le dinamiche che caratterizzano la domanda e con la individuazione degli ambiti di garanzia;
- miglioramento della produttività dell'offerta attuale attraverso un monitoraggio costante del rapporto tra ore di servizio erogato e prestazioni prodotte;
- governo dell'appropriatezza della domanda mediante l'attuazione dei PDTA per i pazienti cronici ( e non solo ), il costante monitoraggio del grado di applicazione degli stessi ed il maggior coinvolgimento dei MMG e PLS nel ruolo "case manager" clinico del paziente.

L'obiettivo è stato quello di trovare soluzioni per tutelare un pronto accesso alle prestazioni per i pazienti che ne hanno più bisogno e che possono più opportunamente trarne beneficio, attraverso l'implementazione di soluzioni che aumentino equità, correttezza, appropriatezza ed efficienza.

A questo proposito è stato elaborato un Piano Aziendale per il Governo delle liste d'attesa approvato con Del. n. 548 del 15/10/2018, sia delle prestazioni specialistiche ambulatoriali che delle prestazioni di ricovero programmato che si caratterizza come un "*Work in progress*", recependo le indicazioni regionali, e prevedendo lo sviluppo nel tempo di tutte le attività necessarie alla progressiva messa a regime del sistema.

Per poter raggiungere tali obiettivi si è intervenuti sia sul versante dell'offerta che della domanda.

Per quanto riguarda l'offerta, sono stati analizzati i fattori che influenzano le liste di attesa e precisamente quelli organizzativi aziendali, ma anche fattori legati alla particolare "attrattività" di una specifica struttura erogatrice.

In sintesi, i fattori esaminati si possono così semplificare:

- Determinanti legati alla prestazione:
  - ✓ grado di innovazione e di diffusione della prestazione e della tecnologia necessaria;
  - ✓ eseguibilità da parte di differenti operatori;
  - ✓ connessione o dipendenza con altre prestazioni.
- Determinanti legati agli erogatori:
  - ✓ capacità di erogazione;
  - ✓ efficienza interna;
  - ✓ attrazione della domanda;
  - ✓ metodi di gestione delle liste

Al netto di quanto premesso, si è proceduto su più direttrici:

- Per conoscere la reale potenzialità delle varie strutture erogatrici è stato monitorato l'utilizzo degli spazi ambulatoriali, delle varie apparecchiature e valutato il numero di prestazioni erogate;
- Progettazione di un piano di redistribuzione dei carichi di lavoro nelle strutture erogatrici delle prestazioni che presentano tempi di attesa elevati e che maggiormente sono richieste dalla popolazione;
- Progettazione di un piano di prenotazioni con il sistema dell'"overbooking";
- Controllo e monitoraggio del fenomeno del "drop out" con creazione di un servizio di chiamata dell'utente a casa per richiedere conferma della prenotazione;
- Istituzione di un NUMERO VERDE 800050302 - SERVIZIO DISDETTA;
- Separazione delle agende delle "prime visite" da quelle degli esami di controllo;
- Monitoraggio del tempo intercorrente tra esecuzione della prestazione e rilascio del referto: a tale riguardo si è già dato indicazione alle varie UUOO affinché tale tempo sia entro limiti che non pregiudichino la prognosi dell'assistito;
- Istituzione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) che hanno come obiettivo quello di garantire la presa in carico di pazienti con diagnosi "sospetta" o "accertata" di patologia nelle diverse fasi di conferma diagnostica e terapia, in coerenza con le linee guida disponibili basate sulle prove di efficacia e con le più attuali linee di ricerca scientifica.

## Relazione Piano della Performance 2019

Sono di seguito elencati i PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali che rappresentano uno strumento utilizzato in tutto il mondo che ha lo scopo di uniformare l'approccio clinico a determinare categorie di pazienti) volti alla presa in carico dei pazienti cronici attualmente eseguiti:

- TUMORI FEMMINILI
  - EPATOCARCINOMA
  - TIA
  - STROKE
  - TRAPIANTO RENALE
  - COPPIA INFERTILE
  - RETINOPATIA PRETERMINE
  - OSTEOCROSI DELLA MANDIBOLA
  - EVENTO ISCHEMICO MAGGIORE CON FORAME OVALE PERVIO
  - ANEMIA DEL PZ ADULTO-ANZIANO
  - PLEURITI INFETTIVE
  - SINCOPE
  - MALATTIA AORTICA ACUTA
  - REFLUSSO VESCICOURETERALE NEL BAMBINO
  - FIBROSI POLMONARE IDIOPATICA
  - MALARIA
  - ANTIBIOTICO TERAPIA
  - DOLORE ONCOLOGICO
  - CHIRURGIA BARIATRICA
  - COMPLICANZE OSTETRICHE
  - PDTA
  - DIALISI PERITONEALE
  - FRATTURA FEMORE
  - PDTA: PAZ AFFETTO DA MICROANGIOPATIA TROMBOTICA
- 
- Istituzione di un percorso di accettazione ospedaliera per pazienti disabili sindromici (DAIVIA), al quale si può accedere anche tramite Call-Center (nr. Verde 800033163) che provvede a semplificare l'accesso in Ospedale;
  - Implementazione di Accorpamenti Prestazioni Ambulatoriali Complessi (APA/PAC) per come individuati dal Decreto Regionale n.47 del 21/06/2011.

In tal modo, il ricovero ospedaliero per le prestazioni incluse negli APA o nei PAC, è riservato ai soli casi in cui, per le particolari condizioni del paziente, il trattamento ambulatoriale non può offrire sufficienti garanzie di sicurezza.

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;
- ✓ ricerca metastasi nel carcinoma della tiroide con TSH ricombinante;
- ✓ valutazione diagnostica e clinica delle rino-cito-allergie;
- ✓ valutazione diagnostica e clinica delle patologie vescicali in età pediatrica;

Con DCA n°5 del 18/01/2017 sono stati 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.

Per quanto, invece, riguarda il **GOVERNO SULLA DOMANDA**, l'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha recepito le indicazioni regionali e nazionali. Ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali sono state prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/ terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono state escluse le prestazioni di controllo e sono state recepite le classi di priorità ed i relativi tempi massimi di attesa entro cui devono essere erogate le prestazioni.

L'analisi dei semestri ha consentito un confronto indicativo dei relativi tempi di attesa delle prestazioni svolte in regime istituzionale.

La riduzione dei tempi di attesa registrato per alcune prestazioni erogate nei *primi accessi* è da imputare alla riorganizzazione in azienda delle agende ambulatoriali per *classe di priorità* e soprattutto al maggior utilizzo dei *codici di priorità* da parte dei medici prescrittori. Il dato è migliorato nel tempo, tenendo conto che i medici di Medicina Generale e anche i medici ospedalieri hanno iniziato a prescrivere con la ricetta dematerializzata che obbliga gli stessi ad

## Relazione Piano della Performance 2019

indicare sia il *determinante clinico* che il *codice di priorità*. La corretta formulazione di prescrizione delle prestazioni ambulatoriali rappresenta uno strumento fondamentale di governo delle liste d'attesa; la figura dei prescrittori assume un ruolo fondamentale in quanto costituisca il primo approccio per il paziente, colui che provvede alla sua accoglienza ed orientamento nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale ed al successivo accompagnamento nel percorso diagnostico-terapeutico che scaturirà nella prescrizione. Per questo motivo sono state prese iniziative formative ed informative al fine di riportare sul ricettario SSN: la classe di priorità, il quesito diagnostico che motiva la richiesta della prestazione, distinguendo la prima visita da quella di controllo. Inoltre, con Delibera n° 339 del 17/12/2019 è stato adottato dalla Azienda Ospedaliera il "Recepimento del Piano Regionale di Governo per le liste d'attesa 2019-2021".

Per quanto riguarda l'elaborazione dei dati sono state svolte le seguenti attività:

### Monitoraggio sui tempi e liste di attesa:

- ✓ Controllo e compilazione dei file excel sul software del nuovo Disciplinare Tecnico, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalla nostra Azienda nei giorni indice, secondo quanto previsto dal Piano Nazionale per il Governo delle liste di attesa.
- ✓ Trasmissione del file alla Regione Calabria e alla Direzione Generale.
- ✓ Controllo, compilazione ed invio dei tempi di attesa della libera professione sul portale Agenas.

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.

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,

## Relazione Piano della Performance 2019

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 (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

## Relazione Piano della Performance 2019

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.

L'Azienda, come già scritto, pur essendo un centro HUB, ed in quanto tale in grado di garantire in primo luogo le emergenze e le urgenze che giungono da tutta la Provincia e dalla Regione, oltre a soddisfare le richieste interne dei ricoverati, per contenere la degenza media degli stessi, l'Azienda effettua prestazioni di specialistica ambulatoriale. Nel 2018 sono state erogate prestazioni con un incremento di oltre il 20% rispetto all'anno precedente. Tra queste, alcune sono altamente specialistiche e, pertanto, sono state predisposte agende CUP e relative procedure amministrative di accesso e di verifica di adeguata compilazione delle impegnative.

### 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 :

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

Ricoveri 2015 /Ricoveri 2016 / Ricov. 2017/ Ricov. 2018/ ricov.2019

SSD CHIR. SENOLOGICA	199	200	182	98	129
----------------------	-----	-----	-----	----	-----

#### B. Colecistectomia laparoscopia:

n°100 interventi annui per struttura complessa

STRUTTURA COMPLESSA Ricoveri 2015 /Ricoveri 2016 / Ricov. 2017/ Ricov. 2018/ ricov.2019

CHIRURGIA FALCONE	138	117	64	56	62
SSD CHIR. EPATOBILIARE	98	105	91	101	117
SSD CHIRUR. D'URGENZA			29	19	20
totale	236	222	184	176	199

## Relazione Piano della Performance 2019

Con la riorganizzazione delle attività operatorie si prevede un'assegnazione esclusiva di tale attività alla SSD Chirurgia epato-bilio-pancreatica al fine di incrementare i volumi.

### C. Intervento chirurgico per frattura di femore:

n°75 interventi annui per struttura complessa

STRUTTURA COMPLESSA	Ricov.2015/	Ricov.2016/	Ricov.2017/	Ricov. 2018/	Ricov. 2019
ORTOPEDIA	312	346	364	446	463

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

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

STRUTTURA COMPLESSA	Ricov. 2015/	Ricov.2016/	Ricov.2017/	Ricov. 2018/	Ricov.2019
CARDIOLOGIA	349	388	366	329	259
CARDIOLOGIA INTERV.	276	268	184	222	254
ALTRE UU.OO.	23	26	23	26	21
Totale	648	682	648	682	534

### E. Angioplastica coronarica percutanea

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

Struttura complessa	Ricov. 2015 /	Ricov. 2016/	Ricov. 2017/	Ricov. 2018/	Ricov.2019
CARDIOLOGIA INTERV.	531	561	504	556	559
	48% (IMA-	37,5% (IMA	35,6% (IMA	35,9%(IMA	
	STEMI)	STEMI)	STEMI)	STEMI)	

### F. Maternità

N. Parti per anno					
STRUTTURA COMPLESSA	Ricov. 2015/	Ricov.2016 /	Ricov.2017/	Ricov.2018/	Ricov. 2019
Ostetricia e ginecologia	2042	2018	2059	2024	1985

La SSD Monitoraggio e Controllo ha posto in essere una serie di azioni per migliorare l'appropriatezza, attraverso il coinvolgimento dell'unità operativa per attuare misure volte al contenimento del ricorso inappropriato al taglio cesareo, fornendo un feedback trimestrale alla U.O.C. sull'andamento dell'indicatore con la classificazione delle indicazioni del ricorso al taglio cesareo, indicate sulla sdo, per avviare eventuali audit clinici.

## 6. ATTIVITÀ IN ALPI

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha approvato il Regolamento sull'Attività Libero Professionale Intramuraria, in ottemperanza alle disposizioni e normative regionali in merito.

Per la gestione dell'Alpi, si è provveduto ad ottemperare, pertanto, a quanto previsto nel Regolamento Aziendale, e precisamente alla verifica e congruità delle domande che di volta in volta sono state presentate, all'accertamento della effettuabilità delle prestazioni richieste, dell'impegno orario, della disponibilità dei locali e alla verifica delle prestazioni erogate nell'ambito dell'U.O.C. di appartenenza.

Successivamente, dopo l'autorizzazione delle istanze prodotte, a seguito della convalida del Direttore Sanitario P.U., si è provveduto ad inserire i dati utili nel software in dotazione, predisponendo le agende e trasmettendone comunicazione al professionista, nel rispetto di quanto previsto nell'Atto Aziendale stesso.

Sono stati, pertanto, verificati i volumi di attività in Alpi ed i relativi tempi di attesa al fine di procedere all'allineamento.

Per i Dirigenti Medici che sono autorizzati allo svolgimento dell'Alpi allargata, è prevista una presentazione del software in uso con relativa formazione, per garantire l'esecuzione della prenotazione e della fatturazione della prestazione resa in LAP.

E' stata prevista per quest'ultimi l'infrastruttura di rete per il collegamento con l'Azienda che consente:

- l'espletamento del servizio di prenotazione delle prestazioni;
- la rilevazione dell'impegno orario del dirigente medico;
- la rilevazione del numero di pazienti visitati;
- la rilevazione degli estremi dei pagamenti;

Il pagamento delle prestazioni rese in Alpi è stato effettuato direttamente all'Azienda, tramite mezzi di pagamento che assicurano la tracciabilità delle corrisposizioni di qualsiasi importo (Pos). Sono stati, inoltre, definiti gli importi da corrispondere a cura dell'assistito, idonei, per ogni prestazione, a remunerare i compensi del professionista, dell'equipe, del personale di supporto, articolati secondo criteri di riconoscimento della professionalità, i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature, nonché ad assicurarsi la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dall'Azienda, ivi, compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari e quelli relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete. Per questi ultimi si sta procedendo a una attenta revisione.

## Relazione Piano della Performance 2019

E' stato attivato un sistema di contabilità separata ed adottare misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto d'interesse o di forme di concorrenza sleale. E' stato costituito apposito Organismo Paritetico di verifica del corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale Alpi ed è stata prevista la timbratura del cod. 77 per monitorare l'accesso all'intramoenia svolta all'interno della struttura ospedaliera.

Nel 2017, i dirigenti medici con rapporto non esclusivo erano n°41; i dirigenti medici con rapporto esclusivo erano 348 di cui:

- o 270 n. dirigenti medici che esercitano l'Alpi di cui:
  - 235 n. dirigenti medici che esercitano l'Alpi all'interno degli spazi aziendali
  - 35 n. dirigenti medici che esercitano l'Alpi al di fuori degli spazi aziendali;

I volumi ottenuti sono stati:

- n. prestazioni 14883;
- importo totale 1.452.582,50

Nel 2018 i dirigenti medici con rapporto non esclusivo erano n°41 e con rapporto esclusivo erano 370 di cui:

- o 246 n. dirigenti medici che esercitano l'Alpi di cui:
  - 227 n. dirigenti medici che esercitano l' Alpi all' interno degli spazi aziendali
  - 19 n. dirigenti medici che esercitano l' Alpi al di fuori degli spazi aziendali;

I volumi ottenuti sono stati:

- n. prestazioni 14196;
- importo totale 1.466.711,00

Nel 2019 i dirigenti medici con rapporto non esclusivo erano n°54; i dirigenti medici con rapporto esclusivo erano 377 di cui:

- o 244 n. dirigenti medici che esercitano l'Alpi di cui:
  - 228 n. dirigenti medici che esercitano l'Alpi all'interno degli spazi aziendali;
  - 16 n. dirigenti medici che esercitano l'Alpi al di fuori degli spazi aziendali;

I volumi ottenuti sono stati:

- n. prestazioni 13.151;
- importo totale 1.362.212,00

Nonostante la diminuzione del numero totale dei Dirigenti Medici che hanno erogato prestazioni in regime di libera professione, sia intramuraria che allargata, dovuta a quiescenza o passaggio in extramoenia, le prestazioni sono rimaste leggermente invariate con un incasso in aumento, grazie all'adeguamento delle tariffe che hanno tenuto conto delle spese aziendali. Si fa, quindi, presente che i risultati raggiunti confermano che l'ALPI presso l'Azienda Ospedaliera non è in contrasto con le finalità e le attività istituzionali comunque in aumento nel 2019 ma rappresenta un'attività in favore e su libera scelta dell'assistito pagante in proprio ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta.

#### CONTENIMENTO SPESA FARMACEUTICA:

L'A.O. sta ponendo in essere l'azione di monitoraggio sulla farmaceutica e dei dispositivi, attraverso l'utilizzo dei sistemi informativi regionali, non ancora a pieno regime, che consentirà di realizzare un osservatorio costante di tale spesa

Le attività, comunque, svolte nell'anno 2019, come pure per gli anni precedenti, sono 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 2019 per avviare un processo di razionalizzazione della spesa sono stati attivati a più livelli, attraverso l'implementazione delle attività specifiche della farmacia ospedaliera.

#### RISK MANAGEMENT:

Il Risk Management in sanità sta conquistando uno spazio sempre maggiore sia nella pratica di chi ha responsabilità di gestione, sia nelle riflessioni degli studiosi. La struttura ospedaliera, infatti, è un particolare ambiente di lavoro nel quale il personale sanitario e tecnico-amministrativo svolge la propria attività nell'affannosa preoccupazione di soccorrere sollecitamente e professionalmente il malato, utilizzando strutture, impianti, sostanze chimiche, supporti tecnologici e procedure diagnostiche e terapeutiche potenzialmente rischiose per l'operatore ed il paziente. Pertanto, parlare di "qualità delle cure" oggi significa parlare non solo di **efficienza ed efficacia delle prestazioni**, ma anche e soprattutto di **sicurezza del servizio offerto** e di tutti gli operatori. La recente introduzione in ambito ospedaliero di tecnologie ad alta sofisticazione (RMN, TC, etc.), mira a migliorare l'assistenza e, quindi, la qualità delle prestazioni erogate all'utente/paziente della struttura sanitaria, sia essa pubblica o privata.

Il crescente sviluppo tecnologico degli ultimi decenni ha, infatti, portato alla creazione di sistemi e

dispositivi di diagnosi e terapia di comprovata efficacia, di sempre più ridotta invasività e di maggiore accettazione da parte del paziente. Tuttavia a questo importante traguardo tecnologico assistenziale si sono accompagnate una serie di problematiche nuove in termini di **gestione ed utilizzo delle apparecchiature**, in particolare per quanto concerne la sicurezza e la gestione del rischio.

Con la legge sulla Sicurezza lo Stato italiano si è dotato di uno strumento legislativo in materia di sicurezza dei lavoratori in ogni ambiente di lavoro che ha recepito alcune direttive europee volte a promuovere un miglioramento delle condizioni di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro.

Gli ospedali sono doppiamente interessati dal Decreto legge in quanto nei locali ad uso medico, oltre alla tutela dei lavoratori si aggiunge la necessità di garantire la sicurezza dei pazienti.

E' opinione condivisa che ogni struttura sanitaria debba adottare un **Sistema di Gestione della Sicurezza** che, partendo da una valutazione iniziale della situazione, adotti una politica finalizzata alla promozione dell'uso sistematico dell'analisi del rischio e del ridisegno dell'organizzazione e, allo stesso tempo, il ricorso alla ricerca, al confronto, alla raccolta e allo studio dei dati allo scopo di progettare, avviare e mantenere processi che aumentino l'efficienza e la qualità delle prestazioni dell'ente, riducendo i costi complessivi legati alla salute e alla sicurezza sul lavoro, compresi i costi derivanti dalla mancanza di sicurezza come, ad esempio, quelli dovuti a cause iatrogene.

Questo **approccio integrato al rischio** (rischio dell'operatore, del paziente ed aziendale), sviluppato nei paesi anglosassoni, si chiama appunto Risk Management si basa sull'assunto che l'analisi dei rischi di aree critiche deve comprendere gli aspetti legati alla sicurezza, sia dei lavoratori che dei pazienti, e che gli interventi di adeguamento possono produrre utili sinergie in un'ottica integrata di ottimizzazione delle risorse e di efficacia di intervento.

### ***LO SVILUPPO DELLA FUNZIONE RISK MANAGEMENT NELLE AZIENDE SANITARIE***

Nel nostro paese e nel contesto internazionale si assiste oggi ad un rinnovato interesse per il tema della sicurezza e della qualità delle prestazioni sanitarie.

Si tratta di un fenomeno che merita di essere attentamente valutato attraverso un'analisi che affronti la questione a partire dal modo con cui si sono evolute le priorità strategiche dei sistemi sanitari in questo ultimo decennio.

Le prospettive di aumento della produttività e di recupero dell'efficienza, che avevano guidato l'attenzione dei decisori istituzionali e delle aziende dalla fine degli anni Ottanta (in Italia, in particolare, con il processo di aziendalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, SSN), stanno lasciando il posto ai temi legati alla "qualità", alla ricerca di un equilibrio possibile tra la domanda di cittadini-consumatori sempre più esigenti e dinamiche economico-finanziarie non più affrontabili con misure miopi di mero contenimento o di razionalizzazione della spesa pubblica.

E' in questo mutato contesto che si inserisce il tema del risk management nelle aziende sanitarie. Parlare di **"qualità delle cure"** oggi significa parlare non solo di efficienza ed efficacia delle prestazioni ma anche e soprattutto di **sicurezza del servizio offerto**.

Il termine "sicurezza" in tutto il mondo imprenditoriale, e non diversamente nelle aziende sanitarie, evoca immediatamente il rispetto di norme, regolamenti e disposizioni legislative come il decreto sulla sicurezza,, spostando l'attenzione del problema sugli **aspetti prettamente strutturali e tecnologici** o sulla **sorveglianza sanitaria degli operatori** coinvolti piuttosto che sulla sicurezza del paziente.

Se il paziente che si rivolge alla struttura sanitaria con una domanda di assistenza che migliori la sua condizione di salute, riceve al contrario un danno dall'atto sanitario, si assiste al fallimento non solo della singola prestazione, ma dell'intero sistema che viene meno allo scopo per il quale è stato concepito.

In effetti è ormai tempo di pensare alla sicurezza come ad un requisito del sistema e all'evento avverso come al frutto di un'interazione tra fattori tecnici, organizzativi e di processo piuttosto che alla conseguenza di un singolo errore umano.

Si tratta quindi di promuovere quel **cambiamento culturale** già iniziato nel mondo anglosassone e che comincia a muovere i primi passi anche in Italia, che consente di superare l'approccio punitivo dell'errore.

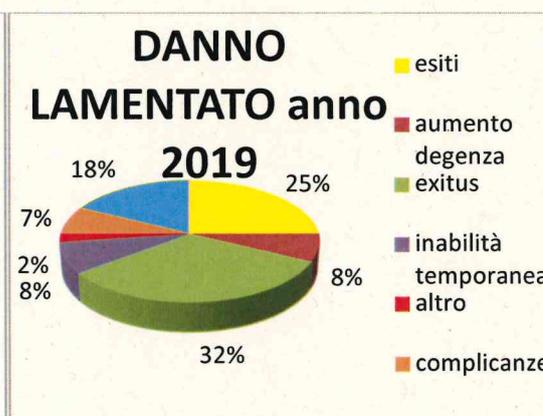
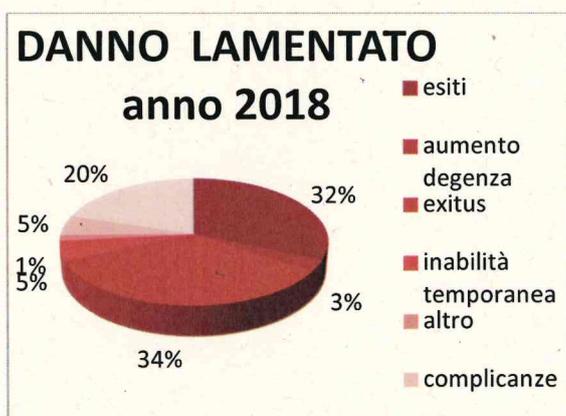
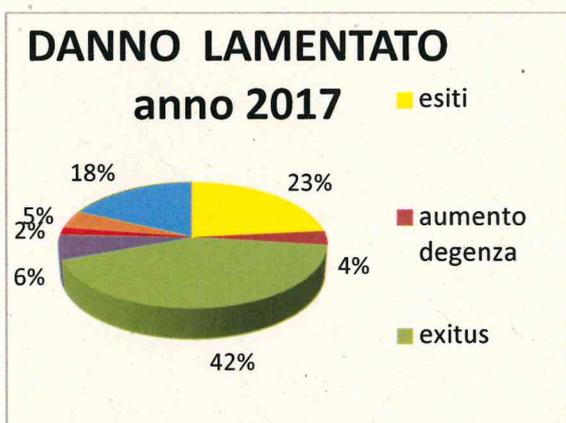
E' molto facile, di fronte a qualcosa che non ha funzionato, limitarsi alla **colpevolizzazione dell'operatore** direttamente coinvolto, che in realtà è solamente l'ultimo e più debole anello della catena degli eventi che hanno innescato l'errore e conseguentemente il danno. Al contrario ciò che serve è un **sistema che renda possibile la rilevazione di tutti gli errori**, anche quelli che non hanno generato un evento avverso, consentendone l'analisi approfondita e la ricerca delle cause, al fine di prevenire il ripetersi delle stesse condizioni di rischio o di limitare il danno quando questo si è ormai verificato.

Progettare sistemi di cura finalizzati alla prevenzione degli errori non è facile. La **scarsa visibilità degli errori** che nella maggior parte dei casi non vengono segnalati dal professionista frenato dal timore di essere giudicato negativamente dai colleghi e dal timore delle ripercussioni medico - legali è solo uno degli ostacoli al cambiamento.

Per promuovere il cambiamento culturale utile all'avvio di un o sviluppo della funzione Risk Management nelle Aziende Sanitarie sistema di gestione del rischio, è fondamentale una **leadership forte** che individui come prioritario l'obiettivo di garantire la sicurezza delle prestazioni sanitarie per il paziente, attraverso sistemi di risk management che prevedano, se necessario, anche la profonda revisione e modifica dei processi.

## DENUNCE SINISTRI

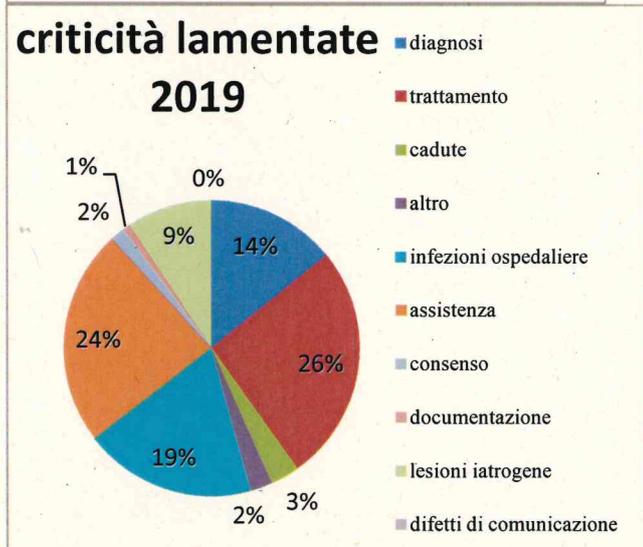
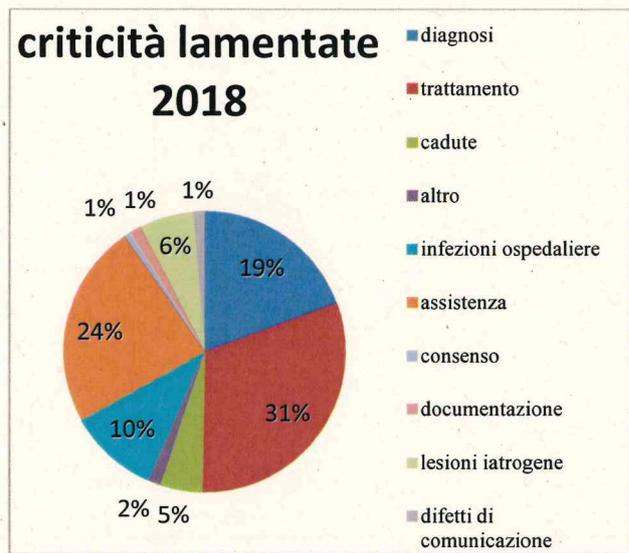
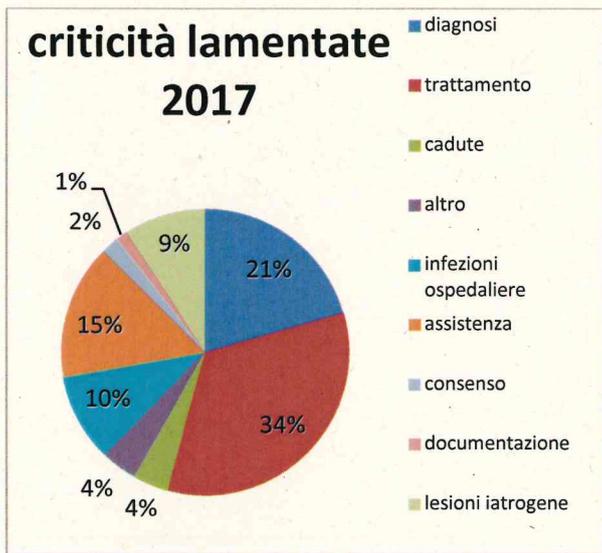
Le denunce di sinistri pervenute nel 2019, come da obbligo Ministeriale, sono state tutte inserite nel sistema NSIS SIMES con il contestuale aggiornamento dei dati già inseriti negli anni precedenti. Si è poi avviata una analisi quali-quantitativa dei dati, anche, con l'obiettivo di avviare dei processi di miglioramento ed elaborare una mappatura del rischio la più fedele possibile e che possa costituire uno stimolo per far intraprendere alle Unità Operative Azioni di miglioramento. Il numero delle richieste di risarcimento risulta diminuito nell'anno 2019 rispetto il 2018, mentre aumentano le richieste legate ad inabilità temporanea e ad aumento della degenza. La diminuzione delle richieste per decesso determina sicuramente una diminuzione dell'entità del risarcimento. Il risarcimento in caso di decesso è legato ad una serie di variabili ( numero e grado di parentela dei familiari, età del paziente deceduto, attività lavorativa, altre patologie associate, ecc.) che incidono sul quantum da erogare in caso di responsabilità. L'aumento della degenza o l'inabilità temporanea condizionano l'entità del risarcimento per le giornate di inabilità totale o parziale.



*M*

**CRITICITA' EVIDENZIATE**

Le criticità evidenziate nelle richieste di risarcimento permettono di evidenziare i principali problemi ma anche e soprattutto a porre in atto azioni di miglioramento. I dati di contenzioso infatti essendo più numerosi di quelli ricavabili dall'incident reporting sono utilissimi per predisporre una mappatura del rischio.



*Handwritten signature*

L'aumento delle richieste per infezioni è un dato che si registra anche a livello nazionale essendo strettamente legato alle multiresistenze che vedono l'Italia come uno dei paesi a più alta incidenza. Per contenere questi sinistri si è avviata una stretta collaborazione con il CIO; si è istituito un

## Relazione Piano della Performance 2019

tavolo tecnico con gli assicuratori e messe in atto una serie di contenimento insieme a strategie difensive per evitare la soccombenza.

Altro dato da valutare è l'aumento considerevole delle richieste per danno iatrogeno, questo dato analizzato per singola Unità Operativa permette di programmare eventuali azioni formative atte a migliorare le performance degli operatori. A tal fine i dati, per U.O., appositamente elaborati, vengono trasmessi ai Direttori di Dipartimenti e ai Direttori di struttura complessa, per un'analisi qualitativa e per l'individuazione degli eventuali interventi correttivi.

### EVENTI SENTINELLA

La segnalazione degli eventi sentinella è entrata a far parte dal 2009 del debito informativo a cui sono sottoposte tutte le Aziende del SSN. Sono state individuate dal Ministero 16 situazioni che vengono catalogate come eventi sentinella e cioè:

1. Procedura in paziente sbagliato;
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte);
3. Errata procedura su paziente corretto;
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure;
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO;
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto;
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita;
9. Morte o grave danno per caduta di paziente;
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale;
11. Violenza su paziente;
12. Atti di violenza a danno di operatore;
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero);
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso;
15. Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico;
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

Nel 2019 si sono verificati in Azienda n° 9 eventi sentinella che sono stati regolarmente segnalati al Ministero della Salute per ognuno di questi si è effettuata l'analisi RCA con il personale coinvolto nel percorso assistenziale, con l'individuazione delle azioni correttive da intraprendere.

### RENDICONTAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE ANNO 2019

Il Piano della Performance Annuale 2019 è perfettamente coincidente con il Processo Aziendale di Budget 2019, in quanto in quest'ultimo gli obiettivi strategici verranno resi i operativi declinandoli

in obiettivi di struttura.

A decorrere dai primi dell'anno, si sono svolti gli incontri di budget 2019 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 2019 che, firmate e sottoscritte, sono state allegate alla Determina n°818 del 18.6. "Integrazione Piano delle performance 2019" e pubblicate sul sito aziendale.

#### **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.

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 unite produttive (funzionali all'invio dei flussi informativi aziendali).

Il Piano dei centri di costo dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, è stato approvato con deliberazione N° 70 del 6.3.2017 ed integrato con deliberazione n° 385 del 17 7 2018 sulla base del Piano di Organizzazione, 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.



## Relazione Piano della Performance 2019

Con le attuali procedure informatiche integrate (WHR – GPS, SEC-SIRS) 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 né 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 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 controlli 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, quest' Azienda ha provveduto a affinare la struttura dei centri

## Relazione Piano della Performance 2019

di costo con atto deliberativo n°385 /2018.

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

Il 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

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 QUALITA':** per garantire la congruità del dato di contabilità analitica con quanto consuntivato nella contabilità generale.

L'Azienda mediante l'U.O.C. Controllo di Gestione ha attivato modelli di Monitoraggio e verifiche dei costi sempre più analitiche attraverso report, analisi e confronto con i Direttori/ Responsabile delle U.O. .

Tale processo è utile per far sì che la Direzione Strategica abbia gli strumenti per il controllo dell'Azienda.

### 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.

## Relazione Piano della Performance 2019

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

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.

## Relazione Piano della Performance 2019

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 convocato 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 l'OIV ai fini di determinare le valutazioni annuali per l'assegnazione dell'indennità di risultato.

### **FLUSSI INFORMATIVI:**

In ottemperanza a quanto disposto dal DPGR n°101/2011 per il 2019 si trasmettono i flussi informativi rispettando la tempistica per la trasmissione dei dati.

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.

La gestione dei flussi avviene 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.

Oggi l'Azienda ha perfezionato l'organizzazione interna riducendo le anomalie che si presentavano precedentemente.

A seguito dell'attivazione di tale processo si sono verificati elementi di criticità dovute essenzialmente all'allineamento dei dati contenuti nei flussi informativi. Le anomalie riscontrate sono determinate proprio alla migrazione dei dati dai pregressi sistemi applicativi, in particolar modo, la farmacia, i dati riferiti alla produttività, sottostimati dalla loro parziale validazione, la contabilità.

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 rilevati e trasmessi nel rispetto dei termini fissati.

## 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.

## GESTIONE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO

Il rischio nell'ambito della gestione entrate viene determinato dalla possibilità di errata o indebita fatturazione (c.d. sovrapproduzione).

Le misure attuate consistono in:

- verifica dell'oggetto della fatturazione;
- acquisizione della documentazione giustificativa fornita dai servizi che hanno erogato la prestazione: reports e prospetti attestanti quantità, tipologia della prestazione e/o del servizio da fatturare;
- nel caso di fatturazione di versamenti o conferimenti di denaro per sperimentazioni o donazioni da parte di soggetti esterni, acquisizione della documentazione giustificativa e verifica della regolarità della prestazione anche mediante apposite attestazioni formali (da porre a corredo della predetta documentazione giustificativa della fattura) da parte dei soggetti interni responsabili del procedimento;
- archiviazione della copia interna della fattura unitamente alla documentazione di supporto ai fini di una pronta controllabilità e ripercorribilità del procedimento di fatturazione. È da precisare che il "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei dati e dei Bilanci delle Aziende e degli Enti del SSN" in corso di realizzazione costituisce un ulteriore e fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di corruzione e di frode amministrativo-contabile (l'attività svolta nel corso del 2019 è approfondita nel paragrafo dedicato). L'implementazione di tale percorso, infatti, ha come presupposto fondamentale un miglioramento della strutturazione dell'organizzazione interna e dei procedimenti aziendali anche con particolare riferimento ai sistemi amministrativo-contabili facilitando i processi interni di controllo finalizzati alla prevenzione dei fenomeni corruttivi e fraudolenti.

Il rischio relativo alla gestione dei pagamenti si potrebbe configurare in diverse fattispecie tra le quali le più significative sono:

- ritardo nell'erogazione dei compensi entro i termini previsti contrattualmente;

## Relazione Piano della Performance 2019

- liquidazione delle fatture senza adeguata verifica della prestazione con correlato rischio di eventuale attribuzione di benefici indebiti;
- fatturazione di prestazioni non svolte;
- pagamenti effettuati senza rispettare la cronologia nell'approvazione delle delibere di liquidazione, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'Ente.

Al fine di limitare il verificarsi del rischio, sono state messe in atto misure che hanno come scopo precipuo quello di garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari, volte anche ad agevolare la verifica ed il controllo della correttezza dei pagamenti effettuati e della gestione finanziaria e contabile, ed in particolare:

- tracciabilità del procedimento di liquidazione prevedendo strumenti che consentano la controllabilità delle fasi;
- istruttoria dell'atto di liquidazione che preveda la verifica della regolarità della fornitura attraverso il riscontro tra ordinato, consegnato (D.D.T.) e fatturato, al fine di evitare rischi di indebite o non corrette fatturazioni da parte dei fornitori. In tale fase rientra anche, per ciò che concerne la fornitura dei servizi e dei lavori, la verifica, da parte dei Settori ordinanti preposti alla liquidazione dei corrispettivi dovuti, della corretta esecuzione del servizio o del lavoro fatturato;
- effettuazione dei pagamenti seguendo in maniera tassativa il formale ordine cronologico delle date di approvazione delle deliberazioni autorizzative dei pagamenti, al fine di scongiurare ogni tipo di favoritismo tra i beneficiari degli stessi, alterando la tempistica nel legittimo soddisfacimento delle pretese creditorie. Tale criterio offre, peraltro, il duplice vantaggio dell'assoluta oggettività nella dinamica di effettuazione dei pagamenti e della facile controllabilità della sequenza dei pagamenti.

### PATRIMONIO

Le misure attuate si distinguono a seconda che riguardino la gestione dei beni mobili o immobili.

Per ciò che concerne la gestione patrimoniale dei beni mobili:

- completa formalizzazione del procedimento di inventariazione (acquisizione ordine d'acquisto, D.D.T., fattura, collaudo, altra documentazione a supporto).
- verifica della corrispondenza del bene consegnato a quello ordinato e fatturato attestata dall'organo tecnico interno;
- verifica delle regolarità del collaudo;
- inserimento del bene e dei dati correlati nel libro cespiti;
- archiviazione della documentazione a supporto ai fini di una puntuale e pronta controllabilità e ripercorribilità del procedimento di inventariazione.

Per ciò che concerne la gestione patrimoniale dei beni immobili:

- per gli immobili destinati all'utilizzo di terzi (locazione): attuazione di adeguate procedure di selezione del contraente, che garantiscano la parità di trattamento tra gli aspiranti ed un'equa remunerazione dell'utilizzo del bene, tenendo conto caso per caso dell'interesse pubblico perseguito;
- per la generalità degli immobili: predisposizione degli appositi prospetti di

## Relazione Piano della Performance 2019

inventariatione, contenenti tutti i dati afferenti agli stessi (dati catastali, ubicazione, caratteristiche etc.).

Infine, si rileva che l'Azienda è dotata di un "Regolamento per la gestione dei beni mobili e immobili", pubblicato fra le "Disposizioni Generali" della sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale.

### 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 2019 della nostra AO con le Unità Operative Sanitarie è stata effettuata tra giugno/luglio.

Gli obiettivi di budget 2019 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:

- Incremento attività di produzione;
- Riduzione spesa farmaci e dispositivi medici;
- Azioni di miglioramento relative all'efficientamento delle sale operatorie tramite indicatori di monitoraggio, al fine di aumentare l'attività senza ulteriori sprechi di risorse dividendo gli obiettivi in 3 punti:

- 1) Percentuale delle sedute Operatorie iniziate dopo le 08:30;
- 2) Incremento % di utilizzo delle sale operatorie, ottimizzando tempo chirurgico- cambio paziente -ripristino sala operatoria;
- 3) riduzione di pazienti presenti in nota operatoria ma rinviati per motivi clinici;
- 4) Riduzione Degenza Media;
- 5) Incremento Tasso di occupazione posti letto;
- 6) Riduzione % ricoveri medici in U.O. chirurgiche;
- 7) Riduzione Degenza media programmata preoperatoria;
- 8) Realizzazione e/o partecipazione del personale Dirigente e del comparto al corso sulle infezioni ospedaliere;
- 9) Attivazione e/o implementazione PDTA.

Il Piano Esiti, ossia associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (DM70/15), che comprende:

- 1) Intervento chirurgico per frattura di femore;
- 2) Intervento Chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni;
- 3) infarto miocardio acuto % trattati con PTCA entro due giorni;
- 4) Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni;
- 5) BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni;

## Relazione Piano della Performance 2019

- 6) Intervento chirurgico per T cerebrale mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia;
- 7) ictus ischemico : mortalità a 30 giorni;
- 8) Interventi chirurgici per Ca mammella;
- 9) Riparazione da aneurisma non rotta mortalità 30 giorni;
- 10) Percentuali di parti cesarei sul totale dei parti.

### **COLLEGAMENTO TRA PIANO PERFORMANCE E P.T.P.C. PIANO TRASPARENZA E PREVENZIONE CORRUZIONE ANNO 2019**

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 2019, 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.