



DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO INFANTILE

Direttore dott. Pasquale Pirillo

U.O. S.S.D. SENOLOGIA CHIRURGICA INTEGRATA

Responsabile :dott Sergio Abonante

via F.Migliori 87100 Cosenza 0984681292

Abonante@libero.it

Cosenza 20.1.2013

Oggetto: relazione attività e raggiungimento budget assegnati

La struttura Semplice Dipartimentale di Senologia Chirurgica è stata assegnata al Dott Sergio Abonante in data 30.7.2008 a seguito di atto deliberativo n 735 del 5 giugno 2008.

Gli obiettivi e le risorse sono stati assegnati con atto formale e condivisi in seduta dipartimentale del ottobre 2008 e riconfermati negli anni 2009 , 2010 , 2011 e 2012

Organizzazione strutturale

La struttura ha avuto assegnato fino al 31.12 n 3 posti letto ubicati presso la divisione "Migliori" ed utilizza il personale della UOC "Migliori" per l'assistenza infermieristica mentre per il coordinatore infermieristico (capo sala) il riferimento è la sigra Elena Iaquina ,coordinatrice infermieristica della chirurgia "Migliori". Al direttore responsabile della U.O.S.S.D. è stato affiancato un dirigente medico a tempo pieno dott.ssa Miglietta Anna Maria e dal giugno 2011 la Dott.ssa Cirone Marcella in organico presso la divisione di chirurgia di Rogliano . L'attività operatoria è garantita da una (1) seduta settimanale in regime ORDINARIO ed di una (1) seduta settimanale pomeridiana in regime di Day Surgery presso la sala Operatoria di Ginecologia dell'Annunziata.

Tale organizzazione ha consentito tuttavia di mantenere i risultati lusinghieri e soddisfacenti che si sono avuti negli anni passati: vedi relazione di attività 2010 della Struttuta Semplice a cui si fa riferimento.

Nel 2012 sono stati eseguiti 390 interventi di Chirurgia Senologica di cui 170 sono i nuovi casi di tumori riscontrati nell'anno cui si fa riferimento. Di questi 170 sono stati

trattati con terapia conservativa ben 113 casi (58%) : quadrantectomia e linfedenectomia ascellare(SNB 26 casi) .

Dei restanti, 57 casi sono stati trattati con terapia demolitiva e solo 13 (40% dei casi) sono stati ricostruiti con la tecnica da noi sperimentata(e brevettata) che consiste in una "ALL IN ONE Mastectomy", ovvero con un solo intervento tutto in uno si demolisce la mammella si impianta una protesi definitiva e si ricostruisce il capezzolo.

La tabella sottostante riepiloga l'attività fino ad oggi effettuata:

Negli anni passati i dati erano così documentati

patologia	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
benigna	78	72	84	135	149	185	118
maligna	62	64	88	73	106	83	111
Percentuale b/m	9.5/7.5	8.7/10.9	10.2/14.9	16.4/12.4	18.1/18.0	22.5/14.1	14.3/18.9
Risultato +/-	-2%	+2.2%	+4.7%	-4%	-0.1	-8.4%	+4.6

N.B. Il risultato + è da riferire a patologia tumorale operata e trattata il cui incremento in termini di interventi chirurgici significa correttezza diagnostica ed appropriatezza terapeutica.

patologia	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
benigna	136	131	163	204	204	149	193	200
maligna	120	124	149	142	148	135	142	174
Percentuale b/m	15%18	14%16%	17%18%	20%10%	20%10%	1,2%1%	1,8%1%	1,4%1%
Risultato +/-	+3%	+4%	+4,8%	+ 5%	+5 %	+0,2	+0,4%	+0,3 %

patologia	2010	2011	2012					
benigna	230	181	220					
maligna	173	187	170					
Percentuale b/m	1,5%1,2	1%/1%	2%/1%					
Risultato +/-	-0,3%							

In regime di ricovero l'anno in riferimento ha fatto registrare N 390 casi di patologia senologica con una degenza media di 3.07 gg ,un peso medio ordinario di 24886.5842 ed un peso medio relativo aziendale ord di 1.1373 .la produzione è stata di 862.957 euro.

Si allegano le tabelle riepilogative.

Si fa presente che il tutto è bilanciato da un organico ridotto a tre unità con una spesa approssimativa di 300.000 per il personale ,ed una spesa farmaceutica di un totale di 155.733.

L' attività ambulatoriale ha registrato le seguenti prestazioni:

ANNO 2000..... 567
ANNO 2001..... 502
ANNO 2002..... 645
ANNO 2003..... 677
ANNO 2004..... 864
ANNO 2005..... 960
ANNO 2006..... 1056
ANNO 2007..... 911
ANNO 2008..... 1047
ANNO 2009..... 1045
ANNO 2010..... 1292

ANNO 2011.....1167

ANNO 2012.....1073 per un fatturato di 23.050 euro

Risposta agli obiettivi :

Macrostruttura Aziendale:	DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO INFANTILE
Centro di Responsabilità:	U. O. S. D. SENOLOGIA CHIRURGICA
Dirigente Responsabile:	dott. SERGIO ABONANTE

PIANO DI FATTIBILITÀ

INDICATORI

EFFICIENZA ORGANIZZATIVA DI AREA OSPEDALIERA

Obiettivi di Budget assegnati:

1° Ricontrare le richieste avanzate dal dirigente medico responsabile rischio clinico e/o direttore U.O.C. Affari Generali, riguardanti richieste di risarcimento danni per presunte errate o insoddisfacenti prestazioni sanitarie, ovvero per incidenti. TEMPI DI RISCONTRO

DAI DATI FORNITI DALLA DOTTSSA VANTAGGIATO (IN VOSTRO POSSESSO) NON RISULTANO ESSERE STATE AVANZATE RICHIESTE IN MERITO ED OLTRE I TEMPI DI 10GG DI RISCONTRO.

PUNTI 5

2° Riduzione della Degenza Media : RIDUZIONE

IN BASE AI DATI STATISTICI RILEVATI SI PUÒ AFFERMARE CHE RISPETTO AL 2011 CHE RIPORTAVA IL VALORE STORICO DI 4,79 GIORNI NEL CORSO DEL 2012 I TEMPI SI SONO RIDOTTI A 3,89 GG (OLTRE IL VALORE ATTESO DI 4,78) PERTANTO L'OBIETTIVO È STATO OMPIAMENTE RAGGIUNTO

PUNTI 10

3° Incremento peso medio relativo : MIGLIORAMENTO

L'INDICATORE DEL MIGLIORAMENTO DEL PESO MEDIO RELATIVO RAPPRESENTA LA CONSISTENZA DELLA PATOLOGIA TRATTATA E SE LA RAFFRONTIAMO ALLA STORICA DEL 2011 CHE ERA DI 1,0239 NEL CORSO DELL'ANNO 2012 SI È REGISTRATO UN MIGLIORAMENTO FINO AD ARRIVARE AL 1,0662 (VALORE ATTESO 1,02499) E QUINDI ANCHE QUESTO OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO

PUNTI 10

4° Correntezza nell'invio delle scheda di dimissione ospedaliera (SDO) a scadenza mensile: TEMPI DI CONSEGNA SDO

QUESTO INDICATORE È STATO INTRODOTTO SOLO QUESTO ANNO PER CUI NON AVENDO UNO STORICO SI FA RIFERIMENTO AD UN VALORE TRA I 20 E I 30 GIORNI. L'UFFICIO PREPOSTO PUÒ NOTIFICARE CHE LA CHIUSURA DEGLI SDO NELLA NOSTRA UOSD AVVIENE ENTRO I 30 GIORNI ED È CONDIZIONATA DALL'ARRIVO DEGLI ESAMI ISTOLOGICI PER LA FORMULAZIONE DELLA DIAGNOSI DEFINITIVA. INOLTRE VENGONO SCARICATE ON LINE SIA GLI INGRESSI CHE LE DIMISSIONI.

PUNTI 5

5° Rispetto delle indicazioni nella somministrazione di profilassi antibiotica secondo il protocollo Infezioni del Sito Chirurgico dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza valutati dal CIO : PERCENTUALE DI ADERENZA AL PROTOCOLLO

IL DATO IN NOSTRO POSSESSO FA RILEVARE LA RISPONDEZZA AI PROTOCOLLI CIO ASSEGNATI AL 100% DEI PAZIENTI CHE VENGONO SOTTOPOSTI A SHORT PROFILASSI CON TEMPI BREVI DI DEGENZA POSTOPERATORIA. L'OBIETTIVO PERTANTO È STATO RAGGIUNTO.

PUNTI 10

6° Adeguato coinvolgimento del personale dirigente e del comparto al raggiungimento degli obiettivi assegnati e relativa negoziazione : N° VERBALI E RELATIVI REPORT FIRMATI DA CIASCUN DIPENDENTE

NEL CORSO DEL 2012 UNITAMENTE AI BRIEFING CLINICI CHE VENONO EFFETTUATI SETTIMANALMENTE SI SONO TENUTE N 6 RIUNIONI CHE HANNO PARTECIPATO TUTTI E SOTTOSCRITTO I RELATIVI VERBALI. PERTANTO L'OBIETTIVO RISPETTO AL VALORE ATTESO DA 1 A 2 REPORT ANNUALI È STATO RAGGIUNTO.

PUNTI 5

7° Partecipazione al piano formativo aziendale del personale Dirigente e del comparto ad almeno un evento nel corso del anno : PERCENTUALE DEL PERSONALE PARTECIPANTE

QUESTO OBIETTIVO ASSEGNATO PUR NON POTENDO FARE RIFERIMENTO AD UNO STORICO REGISTRA UNA POSITIVITA' IN QUANTO TUTTI I DIRIGENTI LO SCRIVENTE COMPRESO HANNO PARTECIPATO AL 1 MASTER DI SENOLOGIA ORGANIZZATO INSIEME ALLA UNIVERSITA' MAGNA GRECIA DI CATANZARO. LA PARTECIPAZIONE PERTANTO È STATA AL 100% , UGUALE AL VALORE MASSIMO ATTESO

PUNTI 5

8° Riduzione della degenza preoperatoria media : VALORE ATTESO RIDUZIONE

L'INDICATORE FA RIFERIMENTO AD UN DATO DI 2,35 GIORNI RELATIVI AL 2011 ED E' CONDIZIONATO AL NUMERO DEI POSTI LETTO ASSEGNATI ED ALLE SEDUTE OPERATORIE PREVISTE. NEL CORSO DEL 2012 LA DEGENZA MEDIA HA RAGGIUNTO IL VALORE DI 1,67 ENTRO I TERMINI PREVISTI ED ATTESI CHE SI POSIZIONAVANO TRA 2GG E 1 G. OBIETTIVO RAGGIUNTO

PUNTI 20

9°Attivazione ed applicazione o continuazione di percorsi diagnostico terapeutici-assistenziali condivisi con le altre uu.oo. validati dal Organismo Tecnico Scientifico Aziendale: ALMENO UN PROPOSTO ED APPLICATO NELL'ANNO

IL PERCORSO DELLA UOSD SI DEFINISCE **PDTA AZIENDALETUMORI FEMMINILI** E' STATO APPLICATO NELLA SUA INTEREZZA COME RISULTANO DAI DATI IN POSSESSO DEGLI UFFICI COMPETENTI. AVENDO PARTECIPATO ATTIVAMENTE ALLA STESURA DEL PERCORSO TUTTA L'ATTIVITA' DELLA UOSD VIENE PRATICATA NEL RISPETTO DEL PERCORSO DETERMINATO.OBIETTIVO RAGGIUNTO

PUNTI 15

10°Rispetto delle soglie di ricovero in ordinario dei DRG ad elevato rischio di inappropriatezza previsto dal decreto n° 18 del 2010* : ADERENZA ALLE LINEE GUIDA DAL 90% AL 100%

QUESTO OBIETTIVO E' STATO RAGGIUNTO CON ESTREMA FACILITA' IN QUANTO SI SONO REGISTRATE ADERENZA AI DRG AL 100% TUTTI I PAZIENTI RICOVERATI SONO STATI OPERATI .

PUNTI 5

11°Appropriatezza chirurgica lesioni benigne / lesioni maligne (drg262/ drg 257+258+259+260) mantenimento percentuale anno precedente tra maligne e benigne :MANTENIMENTO FATTO BENIGNE/MALIGNE

L'INDICATORE DI RIFERIMENTO IN QUESTO OBIETTIVO E' IL NUMERO DI INTERVENTI PER PATOLOGIA MALIGNA IN CONFRONTO CON IL NUMERO DI PATOLOGIA BENIGNACHE NELLO STORICO RAPPORTA A 3/1 OSSIA OGNI 3 CASI BENIGNI 1 CASO DI NEOPLASIA (CARCINOMA).NEL CORSO DEL 2012 SONO STATI ESEGUITI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO NUMERO 144 NEOPLASIE E 63 LESIONI BENIGNE SUPERANDO IL VALORE ATTESO DI 1/1 .OBIETTIVO SUPERATO

PUNTI 10

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE:

L'analisi conclusiva degli indicatori introdotti per la valutazione degli obiettivi di budget assegnati ha determinato il punteggio definitivo di punti 100.

Si resta in attesa e si allegano quanta documentazione richiesta.

MIGLIORAMENTO GESTIONE ATTIVITA' CLINICO-ASSISTENZIALI

1)garantire il mantenimento dei casi rispetto all'anno precedente (170 casi 2012/ 187 casi 2011/173 casi 2010)

Il mantenimento dello standard tra forme benigne e maligna :il rapporto tra questi due indicatori (forme benigne e maligna) questo anno è stato pienamente raggiunto ,anzi superato,poiché negli anni passati tale rapporto era sbilanciato a favore delle forme benigne (+/- % nelle caselle) mentre questo anno il rapporto si è addirittura sovvertito essendosi presentate più le forme maligne che le benigne. Questo risultato si è potuto ottenere per il miglioramento della diagnostica preoperatoria che ha permesso di selezionare la patologia.

Punti 10

2) raggiungimento della degenza media standardizzata

Il miglioramento della degenza media si è ottenuto nel rispetto delle linee guida FONCAM che prevedono degenza media postoperatoria di 5 (cinque)giorni .Nella nostra UOSSD la degenza media è stata di 3 (TRE) giorni.

Punti 5

3) riduzione della percentuale di ricoveri inappropriati identificati sulla base delle Circolari Regionali e Nazionali.

La misurazione prevista era < al 10 % .Nella nostra esperienza non vi sono stati ricoveri inappropriati. La patologia è sempre stata adeguata alle necessità.

Punti 5

4)garantire riduzione ricoveri medici in UUOO CHIRURGICHE .

La misurazione prevede che i DRG medici siano < al 40% dei DRG totali. Nella nostra UOSSD tutti i ricoveri hanno effettuato una procedura chirurgica.

Punti 5

5)garantire riduzione spesa farmaceutica e dispositivi

La misurazione prevede la riduzione del 10% del II semestre rispetto al I. Ebbene nel I semestre la cifra è stata di 46.447,78 euro
Nel II semestre la cifra è stata di 34.114,00 euro
L'obiettivo è stato raggiunto.

Punti 15

MIGLIORAMENTO DEL GOVERNO DEL CAPITALE UMANO

6) Implementare le capacità nel motivare ,guidare e valutare il personale assegnato.

La misurazione viene affidata al raggiungimento degli obiettivi assegnati al personale dirigente.

L'assegnazione di due unità alla UOSSD (dottssa Miglietta e dottssa Cirone dal giugno 2011) è stata fortemente voluta dal responsabile che nel corso dell'anno ha fortemente motivato ottenendo ottimi risultati. Si è cercato di differenziare gli obiettivi da assegnare affidando ad una la diagnostica preoperatoria mininvasiva con lo scopo di selezionare la patologia (cfr sopra) e la possibilità di operare più tumori che forme benigne è stato il risultato più eclatante. All'altra unità invece l'assegnazione di tutto il post operatorio, il follow-up, e tutte le pazienti operate sono state valutate interdisciplinariamente per il prosieguo della terapia medica. Entrambe le unità sono state motivate alla multidisciplinarietà al confronto con i radiologi ,gli anatomopatologi, medici nucleari, oncologi, radioterapisti, fisiatri, psiconcologi, assistenti sociali.

Gli obiettivi pertanto sono ampiamente raggiunti.

Punti 5

7) Implementare le capacità di generare un clima favorevole.

A tale obiettivo si è giunti attraverso incontri settimanali che si svolgono il venerdì dopo le 12. Si discutono collegialmente i casi clinici, si programmano le entrate dei pazienti nella settimana successiva, si predispongono attività formative con ECM e i turni di lavoro incluse le ferie e i riposi compensatori.

Punti 5

MIGLIORAMENTO COMPETENZE RELAZIONALI (INTERNE/ESTERNE)

8) Implementare la relazione con i pazienti, con i colleghi, altre UO, DS e Direzione strategica.

La misurazione di tale parametro è nella valutazione se ci siano stati nel corso dell'anno interventi da parte del direttore di Dipartimento, della Direzione Sanitaria e della Direzione Generale per problematiche relazionali, assistenziali e medico-legali rilevate.