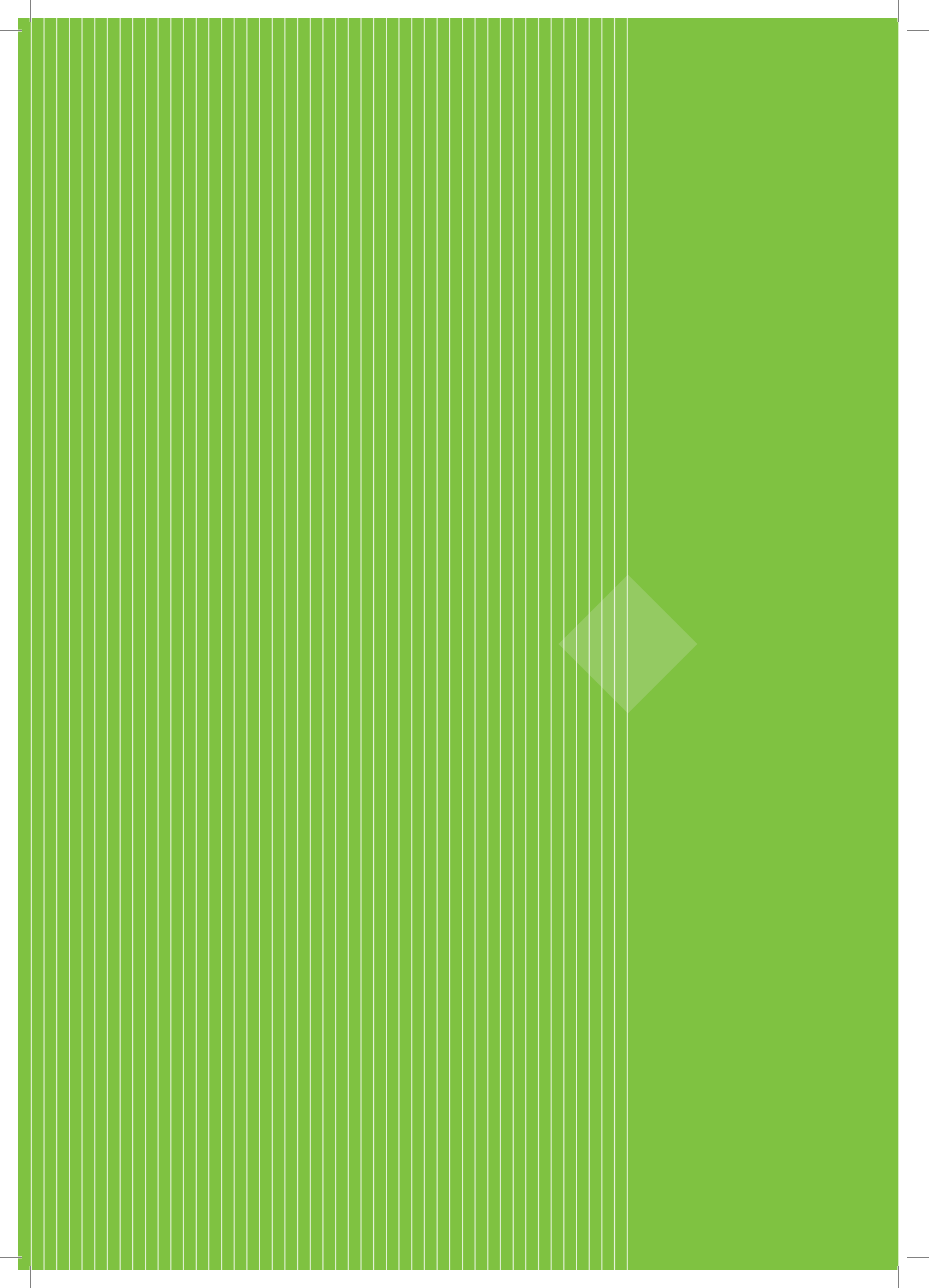


RELAZIONE SANITARIA

2018-2019







INDICE

5 **PREMESSA**

6 **1. Attività assistenziale**

7 **1.1 Attività di ricovero**

7 1.1.1 Volumi di attività e indicatori

14 1.1.2 Caratteristiche epidemiologiche e demografiche della casistica

19 **1.2 Pronto soccorso**

20 **1.3 Attività ambulatoriale**

22 **2. L'attività dell'AOU Meyer nel contesto del Sistema sanitario nazionale e regionale**

25 2.1 Il Sistema Regionale di Valutazione della Performance

28 **3. Risorse**

28 3.1 Posti letto

28 3.2 Personale

31 3.3 Apparecchiature tecnico-biomediche

33 **4. Qualità e sicurezza**

33 4.1 Gestione del Rischio Clinico

35 4.2 Accreditemento e certificazioni

36 4.3 Sorveglianza Infezioni correlate a pratiche assistenziali

39 **5. Formazione**

41 **6. Innovazione tecnologica**

41 6.1 Cartella clinica pediatrica elettronica

43 **7. Clima interno**

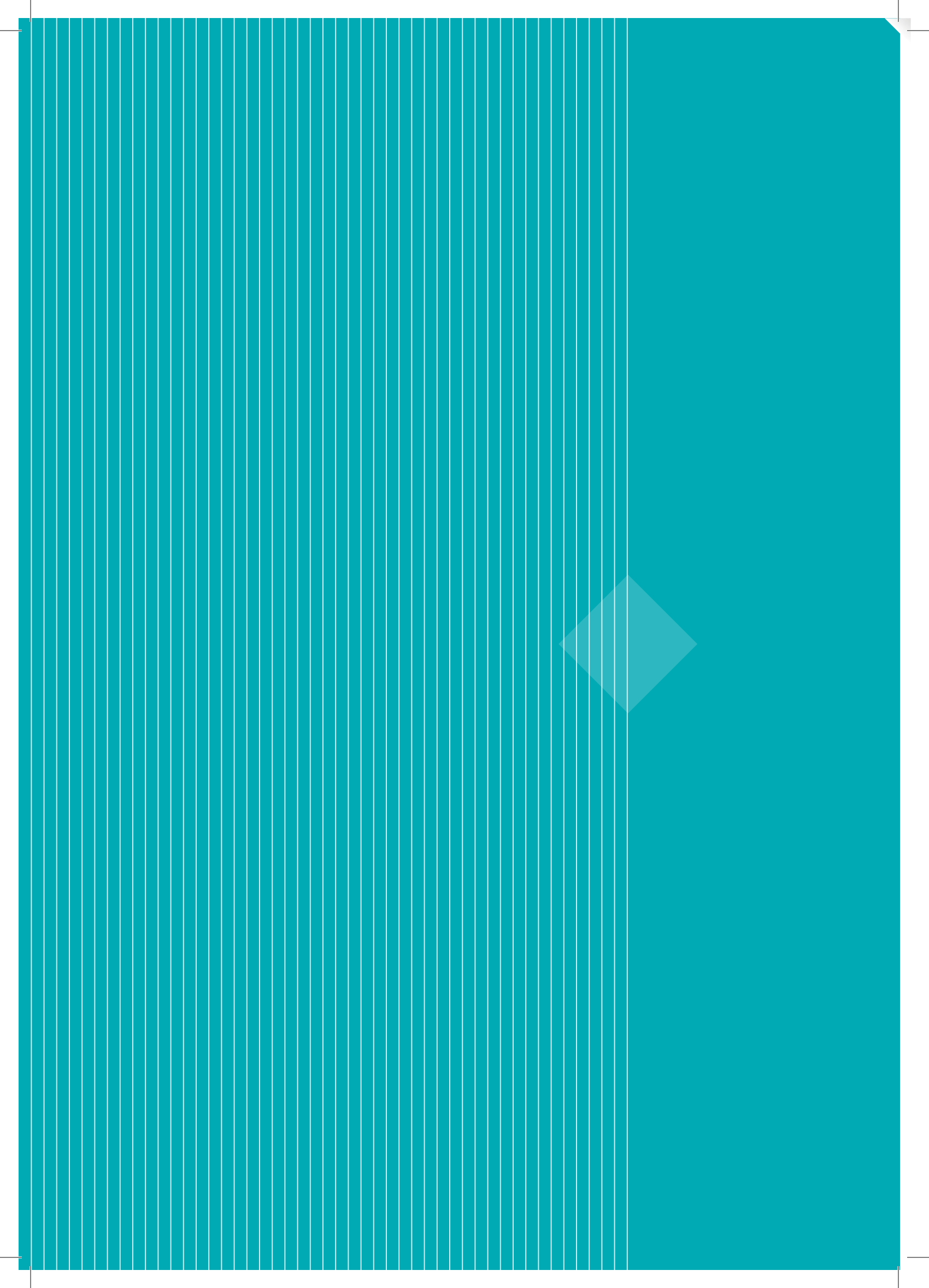
47 **NUMERI 2019**

FOCUS

54 **1. Attività scientifica e di ricerca**

57 **2. Rete pediatrica toscana**

59 **3. Area professioni sanitarie**





PREMESSA

Oltre a essere un obbligo di legge (art.24 della LR 40/2005), nella sua veste di documento di valutazione e monitoraggio dei risultati delle attività svolte, la relazione sanitaria dà conto di come l'azienda abbia interpretato e realizzato la propria missione istituzionale e di come abbia agito la propria responsabilità nei confronti della comunità di riferimento.

All'interno del mandato affidatole nella cornice del sistema sanitario regionale, l'AOU Meyer ha accompagnato e dato forma ai cambiamenti necessari che appaiono come condizioni costanti della vita organizzativa aziendale.

In Toscana, dal 2015, l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) raccoglie e pubblica dati e indicatori ricavati dai flussi informativi gestiti da diversi settori regionali, dal MeS e dal Centro Regionale Rischio Clinico.

In base alla disponibilità di tali informazioni e con le integrazioni legate alle specifiche caratteristiche della nostra azienda, abbiamo rappresentato in forma sintetica l'andamento dei servizi erogati nel biennio 2018-2019.

La relazione sanitaria 2018-2019 si pone in continuità con l'edizione del triennio precedente nei contenuti e nelle caratteristiche di documento agile e snello per favorire una consultazione accessibile a operatori e cittadini a sottolinearne la valenza comunicativa.

La relazione si compone di una parte descrittiva, corredata da dati e tabelle sui filoni essenziali di attività, di una sezione dedicata ai numeri del 2019

relativi non solo all'assistenza e cura ma anche agli interventi dedicati ai bambini che hanno frequentato la scuola in ospedale o che sono stati accolti in ludobiblio o a cui è stato offerto un intervento di sostegno alla cura. Interventi che esprimono la cifra dell'accoglienza del nostro ospedale nei confronti delle famiglie.

Inoltre abbiamo ritenuto utile completare la relazione con un focus specifico sulla rete pediatrica, sull'attività scientifica e di ricerca e sull'area delle professioni sanitarie.

La presente relazione dimostra il consolidamento del trend di incremento già rilevato nel triennio precedente, in termini di servizi e di prestazioni, ma anche di attrattività extraregionale, ed evidenzia le scelte gestionali indirizzate al costante miglioramento della qualità clinica e organizzativa.

In particolare, nell'apprezzare i risultati positivi del biennio 2018-2019, si sottolinea con gratitudine la dedizione e l'attenzione dei tanti professionisti che compongono la comunità del nostro ospedale e che quotidianamente affrontano un lavoro delicato e impegnativo, come pure la costante e costruttiva collaborazione con il mondo dell'associazionismo.

Alberto Zanobini
Direttore generale

Francesca Bellini
Direttore sanitario

ATTIVITÀ ASSISTENZIALE

Il cruscotto informativo, che riassume in termini numerici l'attività dell'ospedale svolta nel corso del triennio considerato, mostra come le variazioni più significative abbiano interessato i volumi delle prestazioni erogate (con incrementi riguardanti i ricoveri ordinari, i casi di day surgery, le prestazioni ambulatoriali e gli accessi in sala operatoria e con una riduzione dell'attività di day hospital medico); si associano una riduzione del peso medio e della degenza media dei ricoveri e una pressoché invariata capacità attrattiva, per quel che concerne i ricoveri ordinari, nei confronti dei pazienti provenienti da fuori regione.

Tab. 1 - Cruscotto Informativo

RICOVERI ORDINARI	ANNO 2019	ANNO 2018	ANNO 2017	Δ%Triennio
Numero dimessi	9.089	9.025	8.647	5,1
Degenza media	6,0	6,1	6,2	- 3,9
Peso medio*	1,12	1,16	1,18	- 5,1
% ricoveri totali con peso relativo >1.5	16,7	16,9	18,4	- 9,2
% ricoveri chirurgici sul totale	40,7	41,3	42,0	- 3,1
Degenza media dei ricoveri di tipo chirurgico	5,3	5,7	5,7	- 7,5
Peso medio dei ricoveri di tipo chirurgico*	1,52	1,54	1,59	- 4,4
% ricoveri di tipo chirurgico con peso relativo >1.5	32,2	31,8	34,4	- 6,4
% ricoveri medici sul totale	59,3	58,8	58,0	2,2
Degenza media dei ricoveri di tipo medico	6,4	6,4	6,6	- 2,6
Peso medio dei ricoveri di tipo medico*	0,85	0,89	0,89	- 4,5
% ricoveri di tipo medico con peso relativo >1.5	6,1	6,4	6,7	- 9,0
% attrazione extraregionale	26,7	27,3	26,7	-
Peso medio dei ricoveri dei pazienti di fuori Regione	1,28	1,28	1,29	- 0,8
RICOVERI DIURNI	ANNO 2019	ANNO 2018	ANNO 2017	Δ%Triennio
Casi Day Surgery	3.056	2.994	2.733	11,8
Casi Day Hospital medico	17.677	19.747	21.445	-17,6
Accessi Day Hospital medico	35.962	34.781	37.315	- 3,6
% Casi DH Diagnostico e Follow-up	31,0	31,9	37,6	-17,6
ALTRE ATTIVITA'	ANNO 2019	ANNO 2018	ANNO 2017	Δ%Triennio
Accessi di Pronto Soccorso	43.111	41.328	43.181	- 0,2
Osservazione Breve	7.577	8.356	8.552	-11,4
Prestazioni Ambulatoriali Effettive	768.249	730.070	701.891	9,5
Interventi di Sala Operatoria	8.448	8.359	7.722	9,4

(*) pesi ricalcolati sulla base del DM 18/12/2008

1.1 Attività di ricovero

1.1.1 Volumi di attività e indicatori

Relativamente all'incremento dei ricoveri ordinari realizzati nel triennio, è interessante osservare quanto riportato nella tabella seguente, che illustra i primi 15 DRG in termini di incremento dei volumi (incrementi superiori ai 30 casi).

Tab. 2 - Primi 15 DRG per incremento del numero di dimessi nel triennio.

DRG	DESCRIZIONE	TIPO	PR
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	M	1,49
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	0,82
167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	C	0,81
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	0,75
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	0,68
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	0,40
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	M	0,30
58	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	0,53
98	Bronchite e asma, età < 18 anni	M	0,38
220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	C	1,09
26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	M	0,49
91	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	M	0,47
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C	2,60
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	M	0,36
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	M	0,35

Come si può notare, ben 12 dei 15 DRG riportati in tabella appartengono a casistiche di medio-bassa e bassa complessità (cioè con Peso Relativo <1.0) e contano complessivamente 666 casi in più. Se si considerano tutti i DRG con peso <1.0 che hanno subito incrementi nel corso del triennio, l'aumento complessivo è pari a 1.187 casi (oltre il 70% di tutti gli incrementi relativi ai DRG).

Se andiamo a esaminare, invece, i primi 15 DRG che hanno subito i decrementi più consistenti nel corso del triennio considerato (decrementi superiori ai 20 casi), otteniamo la distribuzione illustrata nella tabella seguente.

Tab. 3 - Primi 15 DRG per decremento del numero di dimessi nel triennio

DRG	Descrizione	Tipo	PR
166	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	C	1,16
574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	M	1,13
341	Interventi sul pene	C	1,22
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	C	1,25
164	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	C	1,50
461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	C	1,52
431	Disturbi mentali dell'infanzia	M	0,49
304	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	C	1,80
100	Segni e sintomi respiratori senza CC	M	0,48
3	Craniotomia, età < 18 anni	C	2,32
156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	C	1,24
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	C	2,74
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	0,26
298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	M	0,27
235	Fratture del femore	M	0,59

Come si può notare, in questo caso, ben 10 DRG presenti nella tabella individuano casistiche di medio-alta complessità (peso relativo >1) e contano 516 casi in meno.

I dati contenuti nella tabella che segue, permettono un'analisi più dettagliata del fenomeno, attraverso la scomposizione della casistica, trattata nel 2019 e confrontata con quella del 2017, in sei differenti classi di complessità.

Tab. 4 - Scomposizione in classi di complessità della casistica di ricovero ordinario trattata nel 2019 e nel 2017

Tipologie di Casistica	Casi 2019	% sul totale dei dimessi 2019	Casi 2017	% sul totale dei dimessi 2017	Diff	Diff%
Altissima complessità (PR ≥2,5)	448	4,9	445	5,1	3	0,7
Alta complessità (PR ≥1,5 e <2,5)	1075	11,8	1194	13,8	-119	- 10,0
Medio-Alta complessità (PR ≥1,0 e <1,5)	2122	23,3	2333	27,0	-211	- 9,0
Medio-bassa complessità (PR ≥0,7 e <1,0)	1820	20,0	1531	17,7	289	18,9
Bassa complessità (PR ≥0,5 e <0,7)	1592	17,5	1339	15,5	253	18,9
Bassissima complessità PR (<0,5)	2032	22,4	1805	20,9	227	12,6

Dai dati si evince che la riduzione del peso medio nel 2019 è stata prodotta non tanto dalla riduzione della casistica a più elevata complessità (anzi quella ad altissima complessità si è mantenuta stabile) ma dal forte effetto di diluizione esercitato sul peso medio dalla crescita della casistica a complessità più bassa non adeguatamente compensato dall'attività afferente alla casistica con complessità intermedia.

La presenza di una consistente quota di casistica a bassa e bassissima complessità, che da sola rappresenta ben il 39.9% di tutta la casistica, è l'elemento di principale condizionamento del peso medio dell'ospedale nel 2019. Nella tabella seguente sono riportati i primi 10 DRG (che hanno un numero di dimessi superiore a 100) afferenti a tale particolare quota di casistica.

Tab. 5 - Primi 10 DRG afferenti alla casistica con peso relativo <0.7

DRG	Descrizione	Tipo	PR	Casi 2019
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	0,68	334
26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	M	0,49	325
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	C	0,60	240
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	M	0,36	168
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	M	0,30	162
98	Bronchite e asma, età < 18 anni	M	0,38	140
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	C	0,64	116
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	0,40	110
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	0,26	110
91	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	M	0,47	108

Relativamente a questi DRG, che da soli contano 1813 casi, escludendo le situazioni che possono in qualche modo condizionare la scelta del setting assistenziale (ricovero urgente; degenza superiore ai due giorni che può quindi celare situazioni assistenziali più complesse non adeguatamente rappresentate dal DRG di afferenza del ricovero; le tonsillectomie, relativamente alle quali le linee guida ministeriali consigliano almeno una notte di osservazione; diagnosi secondarie che richiedono il ricovero ordinario, etc.), rimane comunque una quota di casi che probabilmente potevano essere gestiti in un setting assistenziale diverso.

Un altro elemento che ha inciso sulla riduzione del peso medio dei ricoveri ordinari dell'ospedale è senza dubbio rappresentato dal decremento, nel triennio, dei DRG di tipo chirurgico (-3.1%) e del contestuale incremento dei DRG di tipo medico (+2.2%).

Quanto detto, tuttavia, non significa che l'ospedale non si sia prodigato negli anni per il miglioramento dell'appropriatezza dei suoi ricoveri. Anzi, anche nel 2019, nei riguardi della stragrande maggioranza dei DRG LEA a rischio di inappropriata vengono rispettate le percentuali di erogazione in regime diurno stabilite dalla Regione Toscana e, come illustreremo in seguito, è confermato un costante miglioramento dei principali indicatori di appropriatezza relativamente ai DRG medici, mentre per quel che riguarda l'appropriatezza dei DRG chirurgici (indicatore MeS relativo alla percentuale di DRG LEA erogati in Day Surgery) l'ospedale conferma la migliore performance a livello regionale.

Per quel che riguarda la composizione della casistica di ricovero ordinario, la tabella seguente descrive la distribuzione di frequenza dei primi 20 DRG erogati nel 2019.

Tab. 6 - Distribuzione di frequenza dei primi 20 DRG erogati in regime ordinario

DRG	Descrizione	Tipo	PR	dimessi	%	% Cumul
3	Craniotomia, età < 18 anni	C	2,32	397	4,4	4,4
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	0,75	351	3,9	8,2
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	0,68	334	3,7	11,9
26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	M	0,49	325	3,6	15,5
220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	C	1,09	263	2,9	18,4
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	C	0,60	240	2,6	21,0
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	M	1,49	218	2,4	23,4
341	Interventi sul pene	C	1,22	216	2,4	25,8
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	C	1,04	194	2,1	27,9
429	Disturbi organici e ritardo mentale	M	0,79	188	2,1	30,0
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	M	0,36	168	1,8	31,8
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	M	0,30	162	1,8	33,6
98	Bronchite e asma, età < 18 anni	M	0,38	140	1,5	35,2
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	1,22	123	1,4	36,5
167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	C	0,81	118	1,3	37,8
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	C	0,64	116	1,3	39,1
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	0,82	110	1,2	40,3
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	0,40	110	1,2	41,5
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	0,26	110	1,2	42,7
91	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	M	0,47	108	1,2	43,9

Il DRG 3 (Craniotomia, età <18 anni) si mantiene sempre in prima posizione, mentre risale dalla quarta posizione, occupata nel 2017, alla seconda posizione il DRG 410 (Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta). Un altro importante miglioramento di rango rispetto al 2017 riguarda il DRG 492 (Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici), passato dal 14° al 7° posto. Un consistente arretramento, indicativo sia di un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa dei casi trattati che della specificità di codifica delle SDO, è stato compiuto dal DRG 467 (Altri fattori che influenzano lo stato di salute) che dall'11° posto del 2017 è passato al 19° nel 2019.

La distribuzione di frequenza dei primi 20 DRG a complessità decrescente assume nel 2019 la configurazione illustrata nella tabella 7.

Tab. 7 - Distribuzione di frequenza dei primi 20 DRG erogati in regime ordinario elencati per il valore del Peso Relativo

DRG	Descrizione	Tipo	PR	dimessi
481	Trapianto di midollo osseo allogenico	C	15,51	30
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	C	12,43	9
504	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute	C	9,90	3
386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	M	8,69	32
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	C	8,54	5
484	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	C	5,10	2
546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	C	5,01	16
486	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	C	4,61	1
578	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	C	4,40	24
1	Craniotomia, età > 17 anni con CC	C	4,18	4
565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	M	4,04	42
531	Interventi sul midollo spinale con CC	C	3,94	6
193	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	3,61	1
387	Prematurità con affezioni maggiori	M	3,53	27
573	Interventi maggiori sulla vescica	C	3,50	1
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	C	3,39	2
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	C	3,39	27
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	C	3,24	1
2	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	C	3,17	26
146	Resezione rettale con CC	C	2,96	9

Rispetto agli anni precedenti la composizione della casistica relativa ai DRG ad altissima complessità risulta in gran parte sovrapponibile.

Importanti movimenti si sono realizzati relativamente all'attività di ricovero diurno e sono stati essenzialmente ispirati alla costante necessità di migliorare il livello di appropriatezza organizzativa dell'ospedale.

In particolare, i principali fenomeni che hanno caratterizzato tale attività nel 2019 sono rappresentati:

- ◆ da un forte incremento dell'attività di day surgery (+11.8% rispetto al 2017 e +2.1% rispetto al 2018) legato sia ad interventi di gestione operativa focalizzati alla riduzione delle liste di attesa che al trasferimento in tale setting di quote di casistica potenzialmente inappropriata dal regime ordinario. Tale incremento è il principale responsabile dell'aumento degli interventi chirurgici complessivi registrati negli anni 2018 e 2019 in confronto al 2017 (rispettivamente +7.6% e +9.4%).
- ◆ da una importante riduzione dei casi di day hospital medico (-10.5% rispetto al 2018 e -17.6% rispetto al 2017) con concomitante incremento dell'attività ambulatoriale (+9,5% nel triennio), che ha comportato una notevole riduzione dei day hospital a finalità diagnostica e di follow-up potenzialmente inappropriati (che sono passati dal 37.6% del 2017 al 31 % del 2019).

Le tabelle seguenti riassumono l'attività diurna dell'ospedale nel 2019, attraverso le distribuzioni di frequenza dei primi 20 DRG erogati rispettivamente in regime di day surgery e regime di day hospital medico.

Tab. 8 - Attività di Day Surgery - primi 20 DRG

DRG	Descrizione	casi	%	% cumul
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	604	19,8	19,8
41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	415	13,6	33,3
343	Circoncisione, età < 18 anni	392	12,8	46,2
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	306	10,0	56,2
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	257	8,4	64,6
461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	142	4,6	69,2
169	Interventi sulla bocca senza CC	132	4,3	73,6
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	94	3,1	76,6
341	Interventi sul pene	85	2,8	79,4
62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	84	2,7	82,2
58	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	78	2,6	84,7

segue

227	Interventi sui tessuti molli senza CC	56	1,8	86,6
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	50	1,6	88,2
75	Interventi maggiori sul torace	39	1,3	89,5
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	39	1,3	90,7
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	37	1,2	92,0
216	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	31	1,0	93,0
77	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	27	0,9	93,8
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	19	0,6	94,5
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	18	0,6	95,1

Tab. 9 - Attività di Day Hospital Medico - primi 20 DRG

DRG	Descrizione	casi	%	% cumul
48	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	2459	13,9	13,9
284	Malattie minori della pelle senza CC	1802	10,2	24,1
299	Difetti congeniti del metabolismo	1242	7,0	31,1
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1054	6,0	37,1
295	Diabete, età < 36 anni	1015	5,7	42,8
301	Malattie endocrine senza CC	676	3,8	46,7
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	656	3,7	50,4
429	Disturbi organici e ritardo mentale	525	3,0	53,3
423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	507	2,9	56,2
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	504	2,9	59,1
451	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	495	2,8	61,9

segue

298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	478	2,7	64,6
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	427	2,4	67,0
316	Insufficienza renale	389	2,2	69,2
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	356	2,0	71,2
26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	311	1,8	73,0
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	274	1,6	74,5
431	Disturbi mentali dell'infanzia	268	1,5	76,0
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	195	1,1	77,1
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	193	1,1	78,2

1.1.2 Caratteristiche epidemiologiche e demografiche della casistica

Le tabelle seguenti illustrano, per i ricoveri in regime ordinario e diurno rispettivamente, la distribuzione delle condizioni cliniche più frequentemente trattate utilizzando la classificazione delle stesse per Major Diagnostic Categories (MDC).

Tab. 10 - Ricoveri Ordinari - prime 20 MDC

MDC	Descrizione	Casi 2019	Rango 2019	Rango 2018	Rango 2017
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	1659	1	1	1
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	1337	2	2	2
06	Malattie e disturbi apparato digerente	886	3	3	3
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	782	4	4	4
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	636	5	5	6
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	598	6	7	9
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	573	7	6	5
19	Malattie e disturbi mentali	444	8	8	7
18	Malattie infettive e parassitarie	334	9	9	10

segue

11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	276	10	10	8
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	245	11	12	11
15	Malattie e disturbi periodo perinatale	202	12	14	14
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e sistema immunitario	193	13	11	12
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	191	14	13	13
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	169	15	15	15
02	Malattie e disturbi occhio	154	16	16	16
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	112	17	17	17
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	74	18	19	19
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	70	19	18	18
22	Ustioni	60	20	20	20

Per quel che riguarda i ricoveri diurni, le prime 4 posizioni sono rimaste immutate nei tre anni considerati, mentre, rispetto al 2017, nel 2019 sono da segnalare in modo particolare:

- ◆ gli avanzamenti di rango della MDC 03-Malattie e disturbi orecchio, naso e gola e della MDC 15-Malattie e disturbi periodo perinatale;
- ◆ gli arretramenti di rango della MDC 12-Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile, e della MDC 11-Malattie e disturbi rene e vie urinarie.

Tab. 11 - Ricoveri Diurni - prime 20 MDC

MDC	Descrizione	Casi 2019	Rango 2019	Rango 2018	Rango 2017
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	3422	1	1	1
02	Malattie e disturbi occhio	3096	2	2	2
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	1926	3	4	9
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	1504	4	3	3
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1328	5	6	5
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	1218	6	7	6
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	1203	7	8	10
19	Malattie e disturbi mentali	1140	8	5	4
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	1093	9	11	12
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	1052	10	10	8

segue

06	Malattie e disturbi apparato digerente	701	11	13	13
18	Malattie infettive e parassitarie	667	12	9	7
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e sistema immunitario	640	13	12	11
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	550	14	15	15
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	549	15	14	14
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	296	16	16	16
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	110	17	18	19
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	92	18	17	17
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	77	19	19	18
22	Ustioni	31	20	22	21

Relativamente ai ricoveri diurni è importante segnalare l'avanzamento delle MDC 09-Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, 12-Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile, 03-Malattie e disturbi orecchio, naso e gola, 06-Malattie e disturbi apparato digerente, 05-Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio.

Le principali caratteristiche demografiche della popolazione di pazienti trattati al Meyer nel 2019 (sesso ed età), sono illustrate nelle tabelle seguenti.

Tab. 12 - Distribuzione (%) dei pazienti per sesso nei regimi ordinario e diurno

Anni	Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni	
	F	M	F	M
2019	39,8	60,2	40,7	59,3
2018	40,1	59,9	41,1	58,9
2017	39,0	61,0	42,2	57,8

Tab. 13 - Distribuzione (%) dei pazienti per fasce di età nei regimi ordinario e diurno

Fasce di Età	Ricoveri Ordinari			Ricoveri Diurni		
	Anno 2019	Anno 2018	Anno 2017	Anno 2019	Anno 2018	Anno 2017
0-6 anni	52,7	51,7	54,4	38,2	37,0	37,5
7-14 anni	35,1	36,7	35,1	44,6	44,4	43,5
15-18 anni	9,9	9,3	8,2	11,3	11,9	11,5
>18 anni	2,3	2,3	2,3	5,8	6,7	7,4

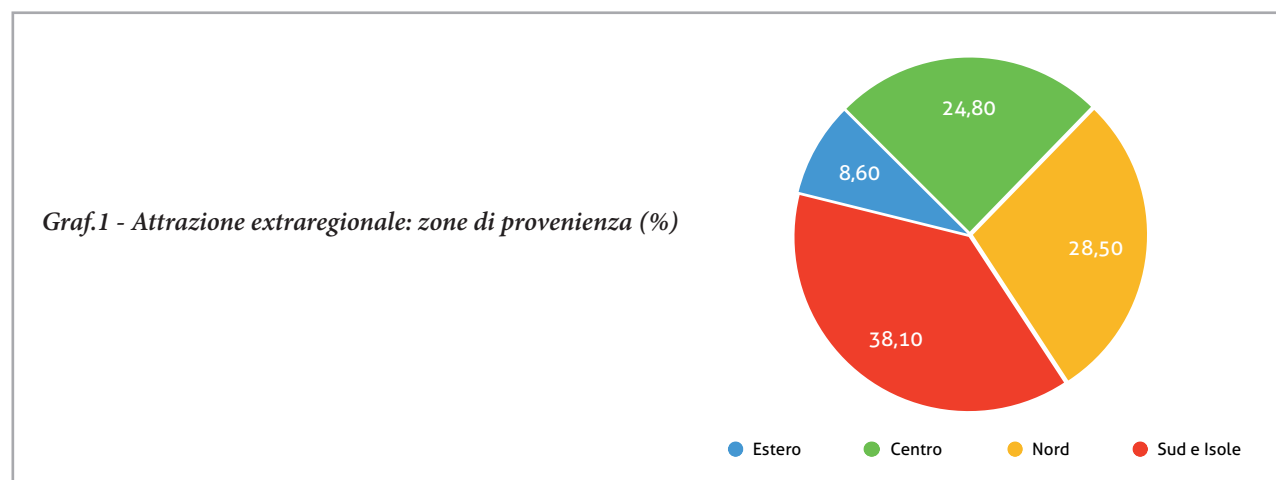
Per quel che riguarda la provenienza dei pazienti, la tabella seguente riporta le distribuzioni relative ai ricoveri ordinari e a quelli diurni.

Tab. 14 - Provenienza dei pazienti - anno 2019

Ricoveri Ordinari		Ricoveri Diurni	
Provenienza	%	Provenienza	%
090-TOSCANA	73,67	090-TOSCANA	74,22
190-SICILIA	3,23	080-EMILIA ROMAGNA	3,78
100-UMBRIA	2,85	100-UMBRIA	3,67
080-EMILIA ROMAGNA	2,38	150-CAMPANIA	2,46
999-REGIONE ESTERA	2,26	120-LAZIO	2,30
160-PUGLIA	2,17	190-SICILIA	1,83
150-CAMPANIA	1,93	030-LOMBARDIA	1,79
180-CALABRIA	1,87	180-CALABRIA	1,46
120-LAZIO	1,55	110-MARCHE	1,40
110-MARCHE	1,51	070-LIGURIA	1,36
030-LOMBARDIA	1,46	050-VENETO	1,14
070-LIGURIA	1,12	160-PUGLIA	1,14
050-VENETO	1,06	010-PIEMONTE	0,95
010-PIEMONTE	0,84	130-ABRUZZO	0,71
200-SARDEGNA	0,57	200-SARDEGNA	0,57
130-ABRUZZO	0,48	999-REGIONE ESTERA	0,49
060-FRIULI VENEZIA GIULIA	0,30	170-BASILICATA	0,32
170-BASILICATA	0,27	140-MOLISE	0,15
041-PROV. AUTON. BOLZANO	0,17	060-FRIULI VENEZIA GIULIA	0,15
042-PROV. AUTON. TRENTO	0,17	042-PROV. AUTON. TRENTO	0,07
140-MOLISE	0,13	041-PROV. AUTON. BOLZANO	0,02
020-VALLE DAOSTA	0,03	020-VALLE DAOSTA	0,01

La capacità di attrazione dell'ospedale si mantiene particolarmente elevata con un valore, nel 2019, pari al 26,7% relativamente ai ricoveri ordinari.

Il grafico seguente, relativamente ai ricoveri ordinari per pazienti provenienti da fuori Regione, illustra la distribuzione dei casi per zona di provenienza.



Anche la complessità dei ricoveri ordinari dei pazienti fuori regione si mantiene elevata, stabilizzandosi su un valore pari a 1.28, mentre per quel che riguarda l'attività che più frequentemente viene effettuata per i pazienti extraregionali, la tabella seguente illustra la distribuzione dei primi 20 DRG erogati nel 2019 per tali pazienti.

Tab. 15 - Primi 20 DRG relativi ai ricoveri ordinari extraregione (anno 2019)

DRG	Descrizione	tipo	PR	casi
3	Craniotomia, età < 18 anni	C	2,32	256
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	0,68	208
26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	M	0,49	186
429	Disturbi organici e ritardo mentale	M	0,79	121
75	Interventi maggiori sul torace	C	2,40	68
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	0,75	63
34	Altre malattie del sistema nervoso con CC	M	1,14	56
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	M	1,28	47
532	Interventi sul midollo spinale senza CC	C	2,20	47
11	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	M	1,03	41
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	M	0,91	41
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	0,26	41
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	1,22	40
225	Interventi sul piede	C	0,88	37
220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	C	1,09	34
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	0,82	32
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	C	0,60	30
77	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	C	1,50	29
299	Difetti congeniti del metabolismo	M	0,70	27
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C	2,60	26

1.2 Pronto Soccorso

Relativamente all'attività di Pronto Soccorso, che nel 2019 ha pressoché mantenuto i volumi di attività del 2017, di seguito sono riportati i principali indicatori. Si precisa che, a novembre 2019, è stato attivato il nuovo modello organizzativo del Pronto Soccorso per percorsi omogenei a diverso grado di complessità e la classificazione per codice colore è stata sostituita da codici numerici.

Tab. 16 - Distribuzione degli accessi in PS per codice triage e tempi medi di attesa (anno 2019)

Codice colore	Accessi	% su Tot	Tempo medio attesa (minuti)
Pre-accettazione	39	0,1%	31,59
BIANCO	9.559	22,2%	86,79
VERDE	21.344	49,5%	68,46
GIALLO	5.173	12,0%	9,81
ROSSO	215	0,5%	6,81
<hr/>			
5. Non urgenza	1.507	3,5%	75,84
4. Urgenza minore	2.705	6,3%	88,40
3. Urgenza differibile	1.702	3,9%	37,03
2. Urgenza indifferibile	826	1,9%	9,12
1. Emergenza	41	0,1%	7,87
TOTALE	43.111	100,0%	64,22

Altri indicatori riassuntivi della performance del Pronto Soccorso sono i seguenti:

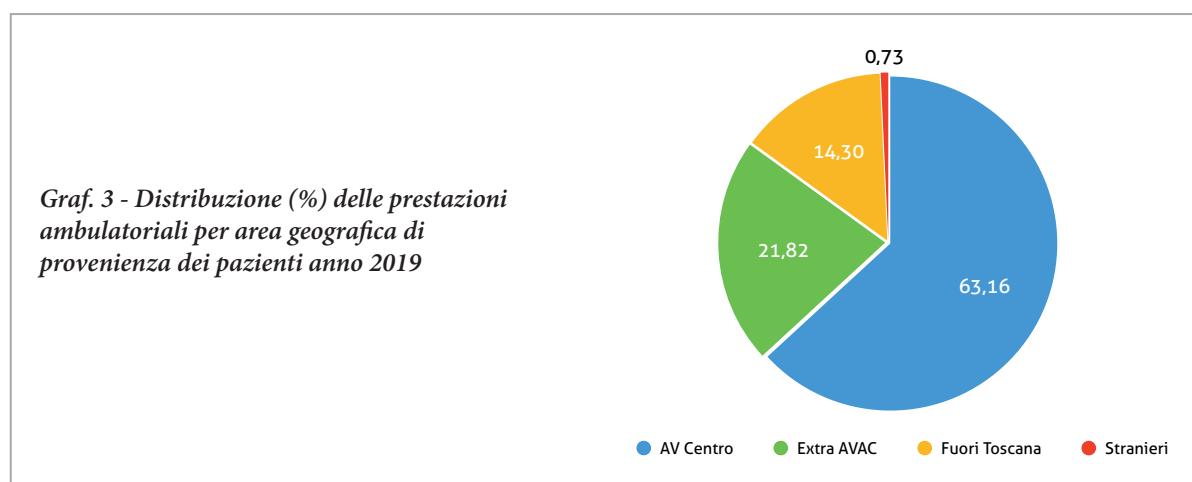
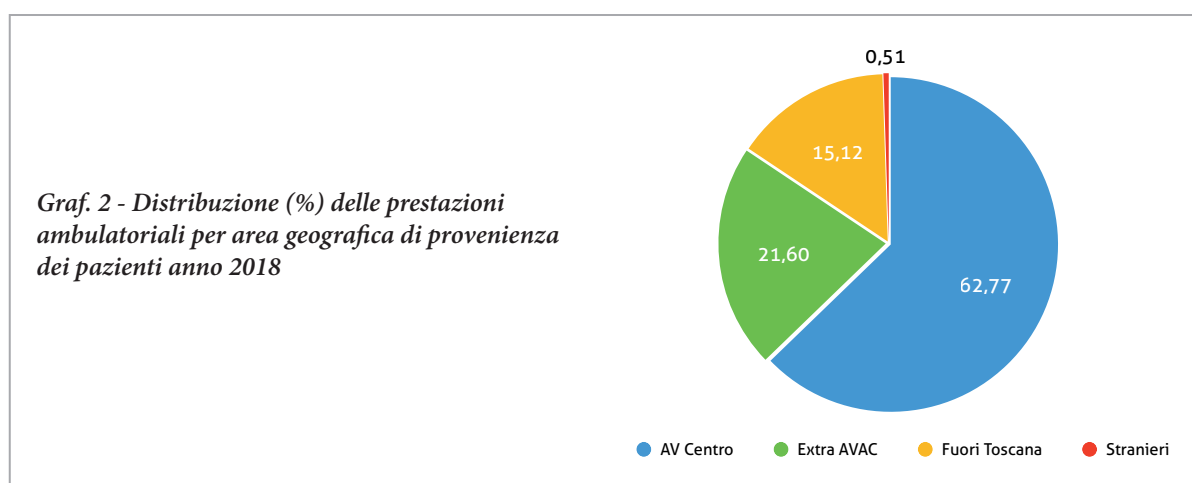
% accessi esitati in ricovero	6,58%
Pazienti cui è stato assegnato un codice GIALLO e visitati entro 30 min	96,77%
Pazienti cui è stato assegnato un codice VERDE e visitati entro 60 min	57,78%
OBI sul totale degli accessi	17,51%
OBI dimessi a domicilio su Totale OBI	76,48%
OBI ricoverati sul totale OBI	20,37%
Accessi che esitano in un abbandono da parte dei pazienti	4,41%
Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore	97,33%
Reingressi in PS entro 72 ore	4,95%

1.3 Attività ambulatoriale

L'attività ambulatoriale che viene trattata in questo paragrafo riguarda l'erogazione di prestazioni per pazienti esterni in regime istituzionale e vengono pertanto escluse dall'analisi l'erogazione dei farmaci a distribuzione diretta e l'attività libero professionale.

Tale attività è aumentata quantitativamente nell'anno 2018 di +28.177 prestazioni (+4,01%) rispetto all'anno 2017 e nell'anno 2019 si evidenzia un ulteriore incremento di + 38.185 prestazioni (+5,23%) rispetto all'anno 2018. Gli incrementi osservati sono in parte riconducibili a uno spostamento dei casi dal regime di Day Hospital per migliorare l'appropriatezza del setting di erogazione.

I grafici successivi illustrano la distribuzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali effettuate, nei due anni oggetto di analisi, in base all'area geografica di residenza dei pazienti.



Nelle tabelle seguenti vengono riportate, a completamento del dato relativo all'attività erogata in regime ambulatoriale, le distribuzioni delle prestazioni effettive per macrostruttura erogante (Dipartimento/Area/Centro di Eccellenza) nel biennio di riferimento.

Tab. 17 - Distribuzione prestazioni ambulatoriali istituzionale effettive- anno 2018

Struttura organizzativa	Quantità anno 2018	Distribuzione % 2018
CENTRO DI ECCELLENZA DI NEUROCHIRURGIA	21.493	2,94
CENTRO DI ECCELLENZA DI NEUROSCIENZE	83.098	11,38
CENTRO DI ECCELLENZA DI ENDOSCOPIA RESPIRATORIA	1.447	0,20
CENTRO DI ECCELLENZA DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA PEDIATRICA	9.937	1,36
DIPART. INTERDISCIPLINARE - AREA MEDICA	189.445	25,95
DIPART. INTERDISCIPLINARE - AREA CHIRURGICA	41.658	5,71
DIPART. INTERDISCIPLINARE - AREA INTENSIVA E DELL'EMERGENZA	56.900	7,79
AREA DEI SERVIZI DELL'OSPEDALE	323.113	44,26
AREA DEI DIRITTI BAMBINI E DELLE FAMIGLIE IN OSPEDALE	2.594	0,36
STRUTTURE TRASVERSALI	388	0,05
TOTALE COMPLESSIVO	730.073	100

Tab. 18 - Distribuzione prestazioni ambulatoriali istituzionale effettive- anno 2019

Struttura organizzativa	Quantità anno 2019	Distribuzione % 2019
CENTRO DI ECCELLENZA DI NEUROCHIRURGIA	20.721	2,70
CENTRO DI ECCELLENZA DI NEUROSCIENZE	90.576	11,79
CENTRO DI ECCELLENZA DI ENDOSCOPIA RESPIRATORIA	1.593	0,21
CENTRO DI ECCELLENZA DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA PEDIATRICA	10.504	1,37
DIPART. INTERDISCIPLINARE - AREA MEDICA	202.284	26,33
DIPART. INTERDISCIPLINARE - AREA CHIRURGICA	42.381	5,52
DIPART. INTERDISCIPLINARE - AREA INTENSIVA E DELL'EMERGENZA	61.349	7,99
AREA DEI SERVIZI DELL'OSPEDALE	336.222	43,76
AREA DEI DIRITTI BAMBINI E DELLE FAMIGLIE IN OSPEDALE	2.143	0,28
STRUTTURE TRASVERSALI	485	0,06
TOTALE COMPLESSIVO	768.258	100

2

L'ATTIVITÀ DEL MEYER NEL CONTESTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

Relativamente all'anno 2018 si dispone di dati nazionali e regionali ufficiali con i quali è possibile confrontare l'attività effettuata dal Meyer in tale anno.

Uno dei primi parametri più facilmente confrontabili è quello relativo alla complessità della casistica.

Tab. 1 - Complessità della casistica di ricovero ordinario 2018 - confronto tra pesi medi

Peso medio anno 2018	
Meyer (tutta la casistica)	1,16
Gaslini (tutta la Casistica) *	1,15
OPBG (tutta la casistica) **	1,04
Regione Toscana (casistica 0-14 anni) ***	0,99
Italia (casistica 0-14 anni) ***	0,83

Fonti:

*) Annual Report Gaslini 2018

**) Attività Sanitaria e Scientifica 2018 - Bambino Gesù

***) Rapporto SDO 2018 - Ministero della Salute

Relativamente al confronto con gli altri ospedali pediatrici, sia il parametro relativo al peso medio che gli altri parametri di attività riportati sulle relative relazioni, sono ovviamente solo indicativi, in quanto risentono delle modalità di misurazione degli stessi, della diversità delle strutture in termini di dimensioni e della specificità delle casistiche trattate nei diversi ospedali.

Ad esempio, la casistica del Gaslini presenta tra i DRG più frequenti, il 391 (neonato sano), riferibile all'attività del punto nascita, e i DRG 373 (parto vaginale senza diagnosi complicanti) e 371 (parto cesareo senza cc); la loro presenza condiziona, oltre che il peso medio, anche tutta una serie di parametri come, ad esempio, la degenza media.

Pertanto, un confronto parziale tra le casistiche di Gaslini e Meyer può essere fatto solo relativamente ai primi 7 DRG escludendo i DRG del Gaslini sopra ricordati.

Tab. 2 - Confronto Meyer-Gaslini primi 7 DRG ricoveri ordinari 2018

Primi 7 DRG Meyer Ricoveri ordinari 2018				
DRG	Descrizione	Tipo	PR	Casi
3	Craniotomia, età < 18 anni	C	2,32	400
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	0,75	361
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	0,68	291
26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	M	0,49	282
220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	C	1,09	247
341	Interventi sul pene	C	1,22	242
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	C	0,60	222

Primi 7 DRG Gaslini Ricoveri ordinari 2018				
DRG	Descrizione	Tipo	PR	Casi
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	0,40	689
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	0,68	391
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	1,22	346
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	M	0,61	319
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	0,75	264
17	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	M	0,85	252
98	Bronchite e asma, età < 18 anni	M	0,38	247

Relativamente a questo sottogruppo di DRG, probabilmente l'aspetto più evidente che emerge è la maggior frequenza di DRG chirurgici che fa registrare il Meyer rispetto al Gaslini.

Il confronto con il Bambino Gesù di Roma può essere effettuato invece sui primi 10 DRG in ordine di frequenza, come mostrato dalla tabella successiva.

Tab. 3 - Confronto Meyer- OPBG primi 10 DRG ricoveri ordinari 2018

Primi 10 DRG Meyer Ricoveri ordinari 2018				
DRG	Descrizione	Tipo	PR	Casi
3	Craniotomia, età < 18 anni	C	2,32	400
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	0,75	361
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	0,68	291
26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	M	0,49	282
220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	C	1,09	247
341	Interventi sul pene	C	1,22	242
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	C	0,60	222
429	Disturbi organici e ritardo mentale	M	0,79	217
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	M	0,36	167
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	C	1,04	159

Primi 10 DRG OPBG Ricoveri ordinari 2018				
DRG	Descrizione	Tipo	PR	Casi
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	M	0,35	1131
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	M	0,30	948
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	M	0,36	728
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	0,75	627
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	1,224	622
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	C	1,252	584
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	0,258	384
246	Artropatie non specifiche	M	0,62	329
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	M	0,663	302
322	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	M	0,43	293

Anche in questo caso, la casistica chirurgica è maggiormente rappresentata nei primi 10 DRG del Meyer.

2.1 Il Sistema Regionale di Valutazione della Performance

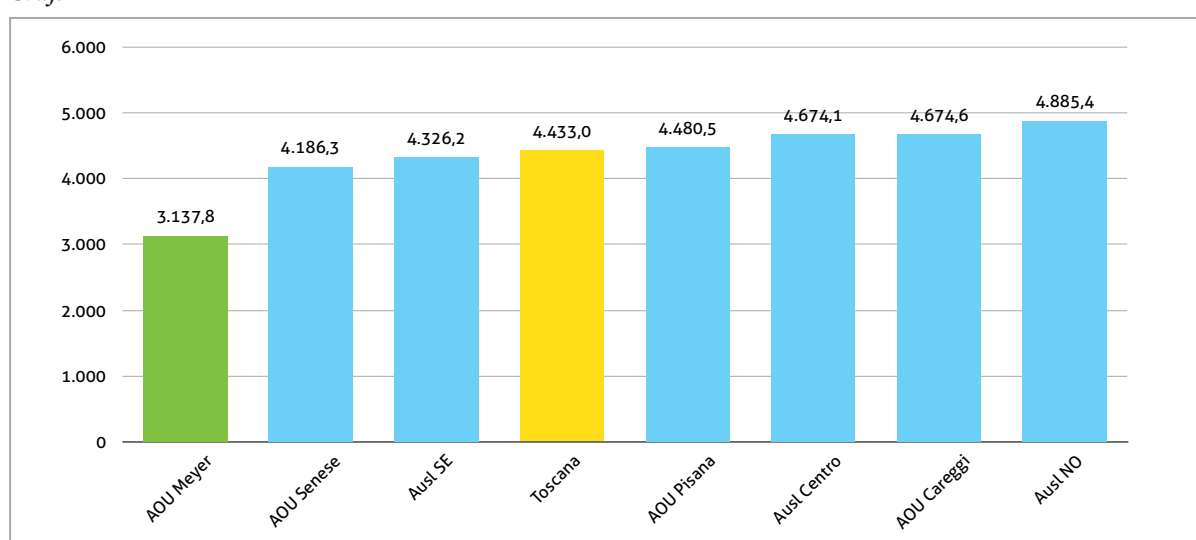
I dati presenti sul portale del MeS relativi al “Sistema di valutazione della performance della sanità toscana” per l’anno 2019 confermano i buoni risultati che il Meyer riesce a conseguire da alcuni anni a questa parte.

Di seguito sono riportati alcuni dei principali indicatori misurati dal MeS che alimentano il bersaglio 2019 e che riguardano, direttamente o indirettamente, l’attività di ricovero.

Costo medio per punto DRG.

È un indicatore che esprime la misura del costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa in punti DRG) ed è dato dal rapporto tra il costo dell’assistenza ospedaliera per acuti (sia in regime di ricovero ordinario che diurno) sostenuto dalle aziende e i punti DRG relativi alle prestazioni erogate. Quindi più basso è il valore più performante è l’azienda.

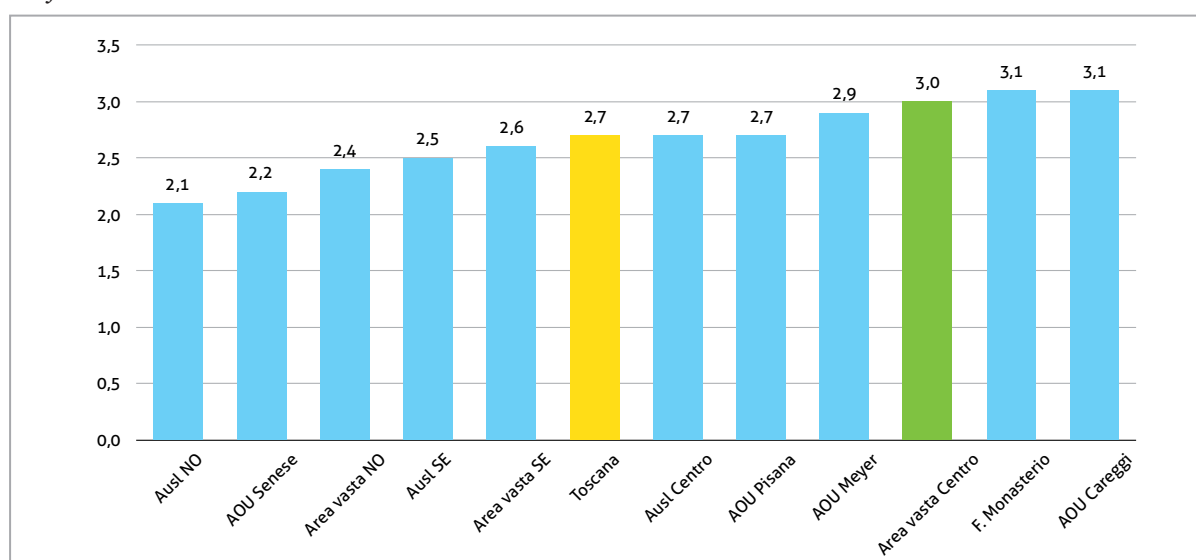
Graf. 1



Efficienza dell’attività di ricovero.

È la sintesi di un insieme di indicatori e misura l’efficienza dell’attività di ricovero valutata attraverso i seguenti sotto-indicatori (indice di performance di degenza media per ricoveri medici, chirurgici e programmati, e tasso di occupazione dei posti letto). Più alto è il valore e più efficiente è la struttura.

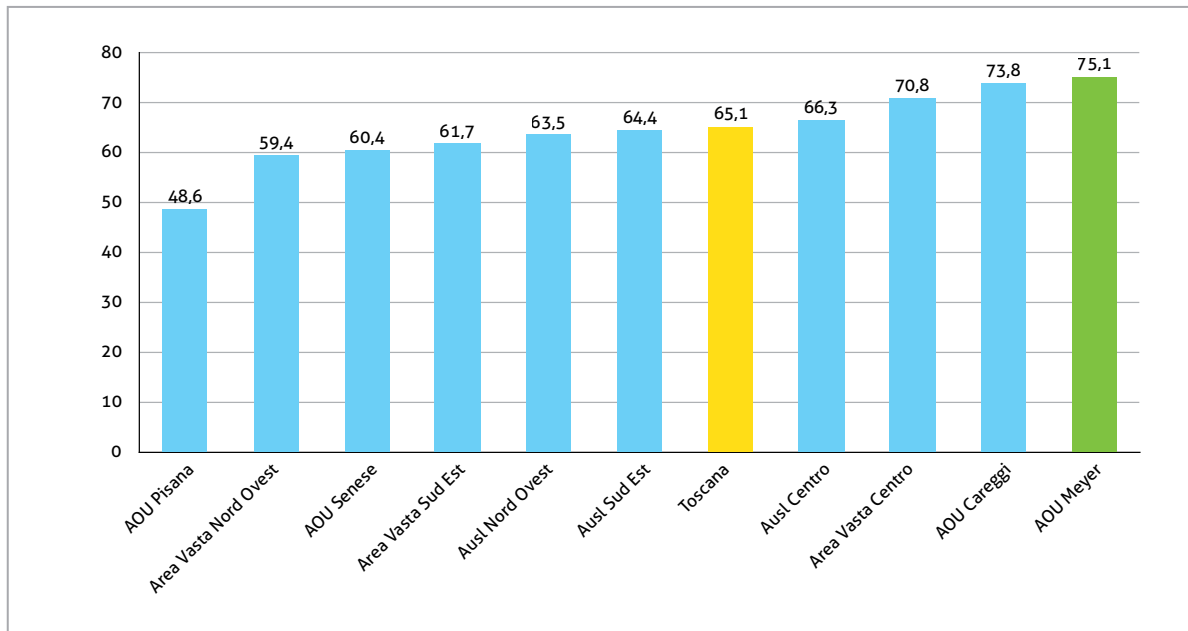
Graf. 2



Appropriatezza Chirurgica - Percentuale di ricoveri in day surgery.

Questo indicatore misura la percentuale di ricoveri a rischio di inappropriately dell'elenco LEA erogati in regime di day surgery (più elevato è il valore migliore è l'appropriatezza)

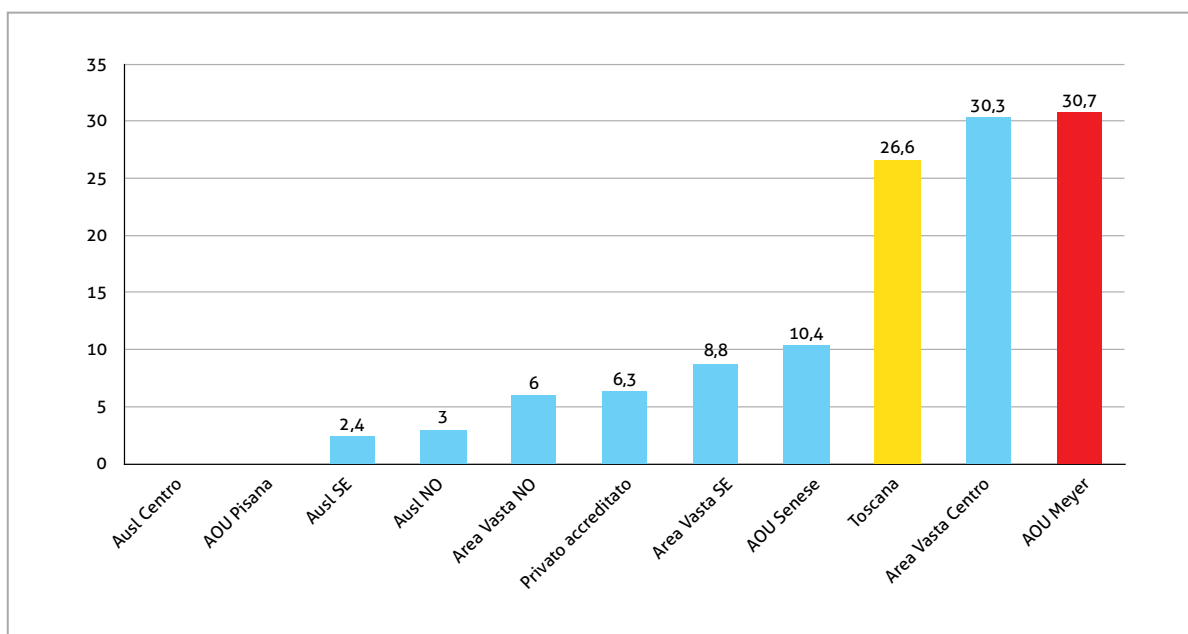
Graf. 3



Appropriatezza Medica - Percentuale di ricoveri pediatrici in day hospital con finalità diagnostica.

Per definizione, i day hospital medici che hanno una finalità diagnostica o di follow-up sono ritenuti potenzialmente inappropriati per cui l'orientamento regionale è quello di trasferire gran parte di queste attività nel setting ambulatoriale. Relativamente a questo indicatore, il Meyer sta riducendo nel corso degli anni il valore percentuale (da 37.6% nel 2017 a 30.7% nel 2019).

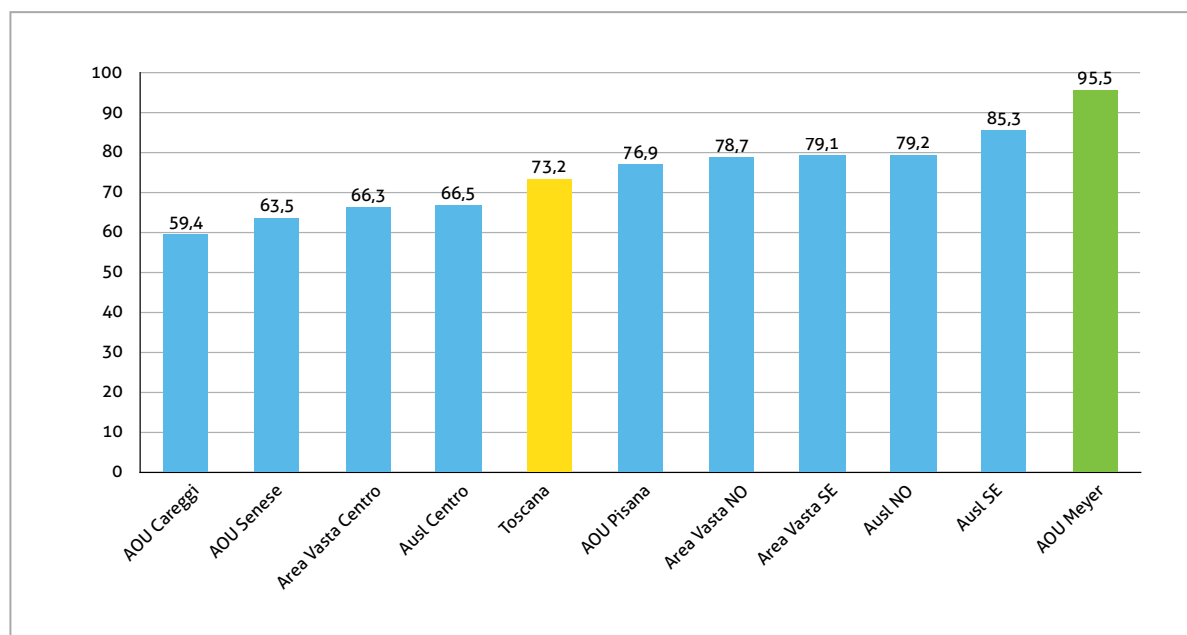
Graf. 4



Percentuale di accessi al pronto soccorso inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore.

Questo indicatore misura la tempestività con cui si è proceduto a immettere in reparto i pazienti una volta che sono stati valutati dal PS e che sono stati giudicati eleggibili per il ricovero. Pertanto non valuta solo l'efficienza del PS ma anche l'efficienza della presa in carico del paziente da parte dell'ospedale nel suo complesso.

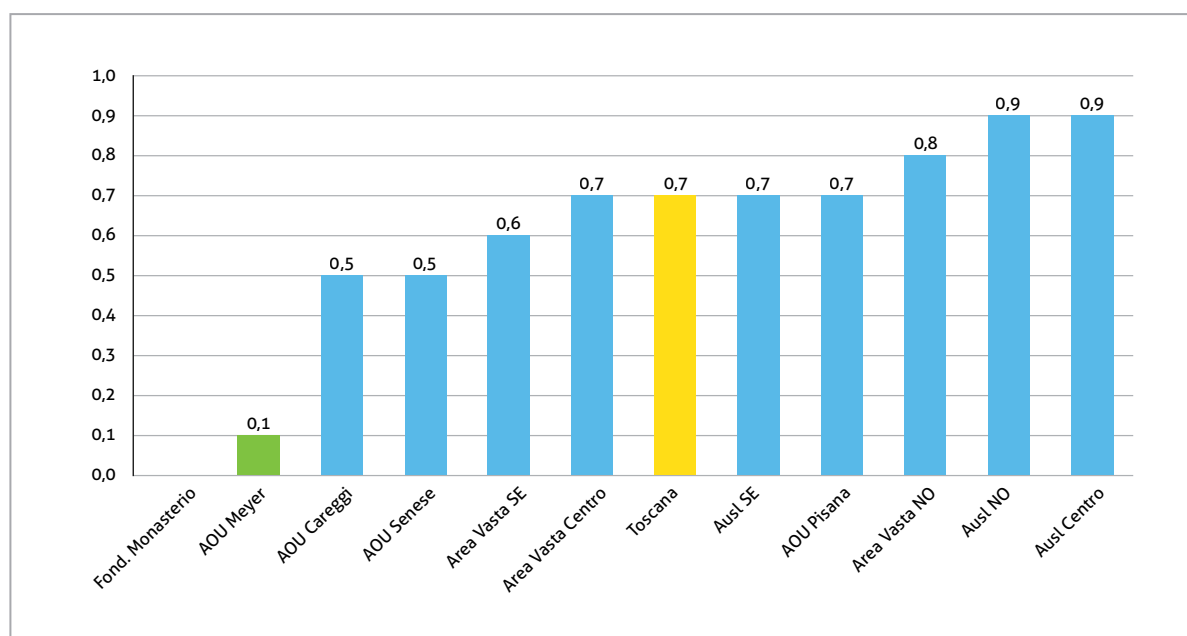
Graf. 5



Dimissioni volontarie.

Le dimissioni volontarie, cioè la percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente dal ricovero ospedaliero, contro il parere dei sanitari, rappresenta un indicatore di proxy della qualità percepita dell'assistenza.

Graf. 6



3

RISORSE

3.1 Posti letto

L'AOU Meyer ha mantenuto sostanzialmente invariata la dotazione dei posti letto nel biennio oggetto di analisi mantenendo stabile il valore già rilevato nell'anno 2017 pari a complessivi 250 posti letto.

Tab. 1 - Posti letto AOU Meyer

	anno 2018	anno 2019
PL ordinari	178	178
PL DH	72	72
Totale	250	250

3.2 Personale

Il personale dell'Azienda, come si evince dai dati della seguente tabella, presenta un trend di crescita (+4,15%) nel biennio 2018-2019, in linea con il processo di trasformazione e sviluppo che dal 2004 a oggi ha consentito all'AOU Meyer di assumere una posizione di rilievo nel panorama sanitario regionale, oltre che nazionale e internazionale, nell'ambito della cura e prevenzione delle patologie dei piccoli pazienti e della ricerca in ambito pediatrico.

Questo processo ha ricevuto ulteriore impulso dal riassetto aziendale avvenuto con l'approvazione del nuovo statuto a dicembre 2015, che ha comportato il consolidamento e il rafforzamento delle attività preesistenti e l'implementazione di nuove linee produttive, con la conseguente necessità di acquisire nuovi fattori di produzione, incluso nuovo personale.

Tab. 2 - Personale dipendente SSN (escluso personale universitario)
fonte dati: flusso regionale di rilevazione del personale

Profilo	Dipendenti a tempo indeterminato		Dipendenti a tempo determinato	
	in servizio al 31.12.2018	in servizio al 31.12.2019	in servizio al 31.12.2018	in servizio al 31.12.2019
Dirigenti medici	239	243	9	15
Dirigenti sanitari	30	34	2	1
Dirigenti professioni sanitarie	2	2	0	0
Dirigenti ruoli professionale e tecnico	1	1	0	0

segue

Dirigenti ruolo amministrativo	4	4	1	1
Infermieri	527	521	8	23
Altro personale comparto ruolo sanitario	76	99	0	0
Operatori socio sanitari	98	115	18	8
Altro pers. comparto ruoli professionale e tecnico	42	45	1	3
Personale comparto ruolo amministrativo	68	70	10	13
TOTALE	1.087	1.134	71	72

Analisi per sesso ed età, dati al 31/12/2019.

Il personale dell'Azienda è prevalentemente dipendente del SSN (98,05%), mentre gli universitari sono il 1,95% del totale.

I dipendenti sono per la stragrande maggioranza di sesso femminile (quasi il 76,3%) e concentrati nelle fasce d'età 35-49 anni (47,7%) e over 50 (33,4%).

Analoga è la distribuzione del personale universitario, tra il quale prevalgono i dipendenti di sesso femminile (54,2%) e con una maggiore anzianità (più del 62% di essi ha un'età superiore ai 50 anni).

Tab. 3 - Personale dipendente SSN: distribuzione per età e sesso

Personale dipendente SSN						
Fasce di età	F	%	M	%	Totale SSN	% (età)
25-34	175	76,8%	53	23,2%	228	18,9%
35-49	455	79,1%	120	20,9%	575	47,7%
>50	290	72,0%	113	28,0%	403	33,4%
Totale	920	76,3%	286	23,7%	1206	100%

Personale dipendente universitario						
Fasce di età	F	%	M	%	Totale Univers.	% (età)
25-34	1	100%	0	0%	1	4,2%
35-49	3	37,5%	5	62,5%	8	33,3%
>50	9	60,0%	6	40,0%	15	62,5%
Totale	13	54,2%	11	45,8%	24	100%

Totale complessivo						
Fasce di età	F	%	M	%	Totale complessivo	% (età)
25-34	176	76,9%	53	23,1%	229	18,6%
35-49	458	78,6%	125	21,4%	583	47,4%
>50	299	71,5%	119	28,5%	418	34,0%
Totale	933	75,9%	297	24,1%	1230	100%

Analisi per macrostrutture organizzative, dati espressi in unità FTE (Full time equivalent), al 31.12.2019.

Con riferimento alla distribuzione del personale per macrostruttura, espresso in unità equivalenti al 31/12/2019, si evidenzia che la più ampia parte (38,1%) afferisce al Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, il dipartimento ad attività integrata che comprende l'Area Medica, l'Area Chirurgica e quella dell'Attività intensiva e dell'emergenza. Nell'Area dei Servizi dell'Ospedale, che costituisce il macroambito organizzativo a cui afferiscono le strutture semplici o complesse, che garantiscono prestazioni ai pazienti in carico nei diversi setting assistenziali del Dipartimento e dei Centri di Eccellenza, si concentra il 7,8% degli operatori.

Il 18,84% del personale appartiene ai quattro Centri di Eccellenza: Neuroscienze (6,28%), Oncologia ed Ematologia Pediatrica (5,77%), Neurochirurgia (6,07%), Endoscopia Respiratoria (0,72%). Nell'Area Tecnico Amministrativa si concentra il 6,3%, mentre la restante parte afferisce alle Direzioni (Generale, Sanitaria e Amministrativa), alle Strutture trasversali (blocco operatorio, DH centralizzato etc.) e ad altri organismi aziendali.

Tab. 4

Unità organizzativa	2018	%	2019	%
1234 Centro Eccellenza di Neurochirurgia	69,23	5,99%	71,50	6,07%
5678 Centro Eccellenza di Neuroscienze	69,80	6,04%	74,04	6,28%
9012 Centro Eccellenza Oncologia ed Ematologia Pediatrica	68,26	5,91%	68,00	5,77%
3456 Centro Eccellenza Endoscopia Respiratoria	9,00	0,78%	8,48	0,72%
2927 Dipartimento Specialistico Interdisciplinare	449,75	38,94%	449,14	38,10%
2933 Area dei Servizi dell'ospedale	87,71	7,59%	92,13	7,81%
2934 Area dei Diritti dei bambini e delle famiglie in ospedale	10,55	0,91%	11,58	0,98%
2937 Area delle Professioni Sanitarie	52,70	4,56%	51,86	4,40%
2936 Area Tecnico Amministrativa	72,24	6,25%	74,35	6,31%
76 Strutture Trasversali	138,36	11,98%	145,54	12,35%
9001 Direzione Generale	15,15	1,31%	14,99	1,27%
9002 Direzione Sanitaria	32,03	2,77%	32,72	2,78%
9003 Direzione Amministrativa	10,76	0,93%	10,38	0,88%
2149 Altri Organismi Aziendali	0,50	0,04%	1,00	0,08%
170 Funzioni Generali	67,84	5,87%	72,21	6,13%
175 Funzioni Di Struttura	1,00	0,09%	0,97	0,08%
Totale	1.154,86	100%	1.178,89	100%

3.3 Apparecchiature tecnico-biomediche

Negli anni 2018-2019 l'Azienda Meyer ha proseguito il programma di investimenti nell'ambito delle tecnologie sanitarie, anche con il supporto delle donazioni coordinate dalla Fondazione Meyer. Sulla base della pianificazione pluriennale è stato possibile sia intervenire in maniera proattiva sulla base della sostituzione di alcune apparecchiature ormai non più dotate di assistenza tecnica da parte del produttore, sia introducendo nuove tecnologie nell'ambito assistenziale e della ricerca scientifica.

2018

Terapia intensiva neonatale

Il servizio di Trasporto protetto neonatale svolto dal personale della Terapia Intensiva Neonatale dell'AOU Meyer, in occasione del ventesimo anno di attività, è stato dotato di una nuova incubatrice da trasporto, tecnologicamente all'avanguardia, unica sul territorio nazionale. La progettazione di un pianale di nuova generazione, infatti, ha reso possibile corredare l'incubatrice di apparecchiature altamente innovative: un ventilatore polmonare fornito di tutte le modalità ventilatorie utilizzate in terapia intensiva, un sistema di erogazione per ossido nitrico, un aspiratore portatile, un monitor defibrillatore con possibilità di telecomunicazione a distanza dei parametri vitali rilevati sul paziente. Grazie al pianale innovativo, è stato possibile costituire un sistema, per la prima volta organico, per una funzione altamente critica come quella del trasferimento dei neonati che consente di utilizzare l'incubatrice da trasporto su ambulanze, aerei ed elicotteri.

Oncoematologia pediatrica

L'oncoematologia pediatrica ha potuto attivare un nuovo laboratorio di ricerca di base, una piccola struttura ma ricca di tecnologie sanitarie, per la ricerca di base e per lo studio sulle possibilità di rapida applicazione alla clinica delle novità introdotte dalla ricerca scientifica internazionale.

Diagnostica per Immagini

L'attività di Risonanza Magnetica in bambini con età inferiore a 10 anni, che spesso necessitano di eseguire tali esami in sedazione, è stata potenziata e migliorata in termini di sicurezza nell'erogazione della prestazione con l'acquisizione di nuove apparecchiature di anestesia e ventilazione polmonare e di monitoraggio dei parametri vitali con caratteristiche idonee al funzionamento nelle diagnostiche RM.

L'attività ecografica, grazie a sistemi realmente portatili sempre più di alta qualità, è divenuta un compendio importante dell'attività medica e chirurgica ma richiede un coordinamento per garantire l'appropriatezza della acquisizioni e mantenere un sistema unitario di dotazioni. A tale scopo è stato avviato un progetto di rinnovamento degli ecografi portatili, sotto il coordinamento della Diagnostica per Immagini, per uniformare l'acquisizione delle apparecchiature di ultima generazione nelle varie strutture e realizzare un sistema omogeneo di raccolta ed archiviazione centralizzata delle immagini realizzate con gli ecografi portatili.

Area ambulatoriale

In ambito dermatologico, l'acquisto di un apparecchio laser per la gestione clinico-terapeutica delle lesioni vascolari (angiomatosi, teleangectasici del volto, etc) e lesioni cicatriziali di varia natura, ha rappresentato una rilevante innovazione nel settore pediatrico a livello del sistema sanitario regionale. L'introduzione di tale tecnologia ha reso possibili importanti applicazioni terapeutiche e ha consentito di fornire risposte sempre più qualificate alle necessità assistenziali dei piccoli pazienti.

Blocco operatorio

Anche le Sale Operatorie sono state oggetto di incremento delle acquisizioni, con ulteriore estensione del sistema di videoregistrazione, videodidattica e videoconferenza e con l'acquisizione di nuovi apparecchi per anestesia con controllo raffinato nella somministrazione degli anestetici, per ridurre possibili effetti dannosi nel metabolismo dei bambini.

2019

Blocco operatorio

Nel Blocco Operatorio è stato acquistato per la neurochirurgia un nuovo microscopio operatorio che, combinando modalità di visualizzazione ottica e digitale e sistemi di assistenza chirurgica robotizzata controllati dal neurochirurgo consente di intervenire in maniera più accurata in aree fortemente critiche e utilizzando sistemi di microispezione permette la visualizzazione anche di zone meno accessibili.

In chirurgia oculistica per il trattamento della retinopatia nel neonato prematuro si è provveduto a sostituire l'apparecchio laser esistente con una nuova tecnologia dotata di sistemi software di controllo delle procedure di trattamento guidato che riducono i rischi di effetti collaterali negli interventi sui neonati.

Area ambulatoriale

Nell'area ambulatoriale nel corso del 2019 sono state introdotte alcune nuove tecnologie sanitarie, sia con l'obiettivo di innovare la strumentazione che di aumentare la sicurezza. In particolare, per l'ambulatorio di broncopneumologia, è stato acquisito un nuovo pletismografo che oltre a rendere più veloci gli esami nei pazienti pediatrici, dispone di filtri di sicurezza per prevenire possibili infezioni crociate da contaminazioni batteriche e virali.

Area Laboratori

E' stata potenziata la dotazione tecnologica di alcuni laboratori, in particolare per il Laboratorio di Screening neonatale, biochimica e farmacologia è stato acquisito uno spettrofotometro di massa IVD di ultima generazione, per rendere possibile la partecipazione a studi internazionali e sperimentazioni scientifiche per lo sviluppo terapeutico nelle malattie metaboliche.

4

QUALITÀ E SICUREZZA

4.1 Gestione del Rischio Clinico

Nel biennio 2018-2019 le attività di Gestione del Rischio Clinico (GRC), coerentemente con gli obiettivi programmatici aziendali e regionali, sono state rivolte a consolidare la cultura della sicurezza all'interno dell'organizzazione secondo un approccio integrato di sistema.

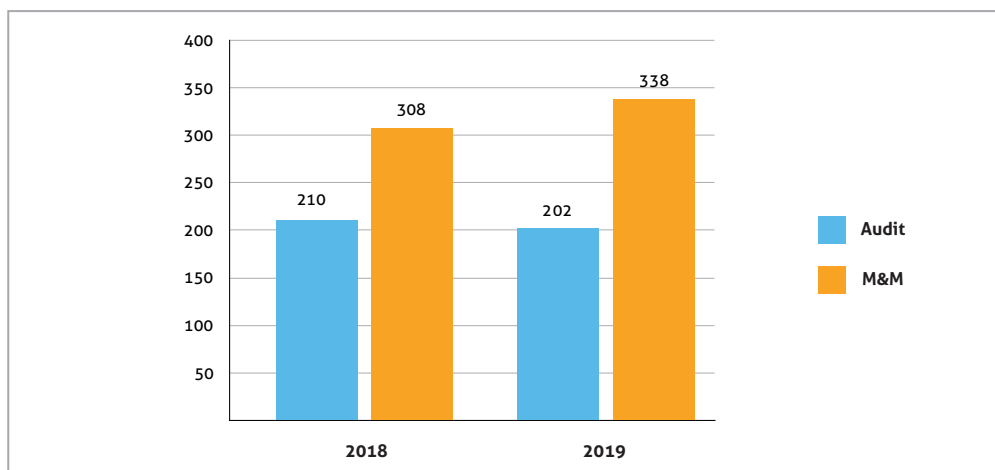
In particolare, a livello di specifici ambiti di intervento, sono stati perseguiti i seguenti obiettivi:

1. **sostenere** lo sviluppo del sistema di Risk Management attraverso l'applicazione di strumenti specifici quali il Reporting and Learning System, la pratica dell'audit clinico, le rassegne di Mortality & Morbidity (M&M), l'analisi degli eventi sentinella e la formazione continua;
2. **ottemperare** ai requisiti di accreditamento inerenti la gestione del rischio clinico con particolare riferimento alla diffusione delle raccomandazioni ministeriali e delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP);
3. **promuovere** l'implementazione di nuove pratiche per la sicurezza nell'ambito della rete pediatrica regionale;
4. **collaborare** con il comitato di valutazione e gestione sinistri per integrare le attività di prevenzione e trattamento dei rischi con quelle di gestione del contenzioso;
5. **promuovere** la prevenzione del rischio e la sicurezza del paziente e degli operatori attraverso l'applicazione dell'approccio ergonomico centrato sulle interazioni tra i fattori umani, tecnologici e organizzativi in una prospettiva sistemica, allo scopo di aumentare il benessere delle persone e delle *performance* complessive del sistema;
6. **promuovere** l'approccio proattivo al Risk Management attraverso l'utilizzo di strumenti e metodi della Gestione del Rischio Clinico, dell'Ergonomia e fattori umani e della Simulazione pediatrica.

Audit GRC e M&M.

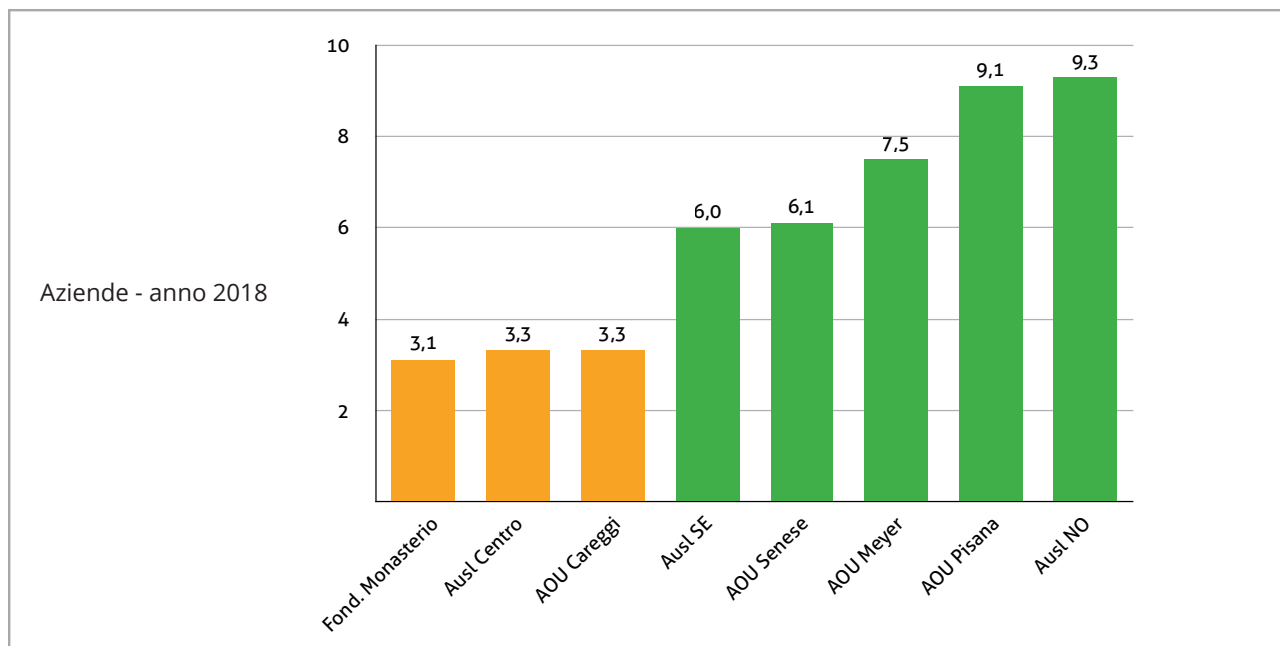
Nel biennio 2018-2019 è stato osservato un aumento del numero delle rassegne M&M ed un mantenimento del numero degli audit che sono stati effettuati

Graf. 1 - Audit e M&M



In particolare l'incremento delle rassegne M&M ha riguardato gran parte delle strutture organizzative aziendali e tale risultato si è tradotto nel conseguimento di un'ottima performance a livello regionale come documentano i dati del MeS 2018 (gli indicatori GRC del 2019 non sono attualmente disponibili).

Graf. 2 - Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture ospedaliere



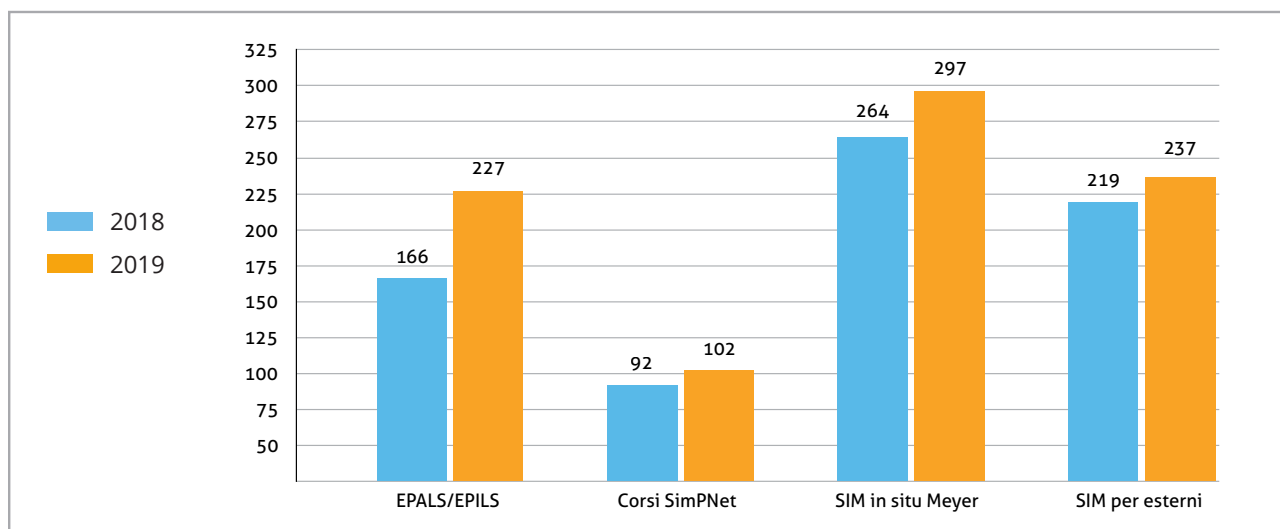
SIMMeyer - Simulazione Pediatrica.

Il Programma di Simulazione Pediatrica dell'AOU Meyer è divenuto un punto di riferimento culturale a livello nazionale per quanto riguarda la formazione tramite simulazione. In particolare ha promosso la creazione del network nazionale SimPNet e ha continuato in questo biennio la collaborazione con Harvard University e il Boston Children's Hospital Simulator Program.

All'interno dell'Ospedale è proseguita la diffusione dei programmi di simulazione in situ. Quest'ultimo tipo di formazione è particolarmente apprezzato per i bassi costi di start-up e per l'impatto che ha sull'analisi proattiva del rischio clinico.

Oltre alla simulazione *in situ*, le attività di simulazione nel biennio 2018 - 2019 si sono svolte presso il nuovo Meyer Health Campus, centro di eccellenza per scambio di competenze e studio di tecnologie innovative.

Graf. 3 - Numero di partecipanti nel biennio 2018-2019 ai corsi organizzati da SIMMeyer



NOS ERGOMeyer - Ergonomia e fattori umani.

Costituito nel 2018 come programma ERGOMeyer e diventato Nucleo Operativo Strategico (NOS) nel 2019 si occupa della diffusione e applicazione degli strumenti e metodi dell'ergonomia e fattori umani per la sicurezza e il benessere degli operatori e dei pazienti.

Composto da un team interdisciplinare, ha preso parte a vari progetti di sicurezza del paziente attuati nel biennio: Programma Igiene mani, Progetto SAFE, Braccialetti TIN, Simulazioni, etc.

A livello formativo sono stati condotti training specifici per l'ERGOMeyer Team, avviati "workshop di ergonomia in ospedale" rivolti agli operatori e fornito supporto a facilitatori, operatori e studenti.

4.2 Accredитamento e certificazioni

L'accreditamento istituzionale e quello volontario delle strutture sanitarie sono gli strumenti più utilizzati per valutare la qualità delle prestazioni assistenziali; si basano infatti sulla verifica sistematica delle strutture rispetto a standard condivisi ed espliciti, svolta da parte del servizio sanitario regionale (accreditamento istituzionale) o da altri enti regolatori.

Nel 2018 l'ospedale ha sostenuto con esito positivo la verifica della Commissione Regionale per i requisiti aziendali e del percorso emergenza ottenendo il rinnovo dell'accreditamento istituzionale con decreto del 20 febbraio 2020 per l'intero presidio ospedaliero.

In connessione con l'attività di ricerca clinica, propria della mission dell'ospedale, nel 2018 è stato avviato il processo per l'accreditamento della struttura di Oncoematologia e del Laboratorio di Screening neonatale, biochimica e farmacologia secondo i requisiti previsti dalla Determina AIFA per gli studi sperimentali di fase I. Il percorso si è concluso positivamente nel settembre 2019 e sono già stati attivati due studi clinici come centro di reclutamento e trattamento e 2 studi come partecipazione con test di valutazione di efficacia.

Nel 2019 è stato raggiunto inoltre il secondo accreditamento AIFA della Cell Factory Meyer.

Nel 2018 è stato attivato il percorso di accreditamento JCI e sono state sostenute visite intermedie per valutare l'andamento del progetto.

Il progetto ha comportato la lettura dell'intera organizzazione su tutti i livelli avendo come focus la qualità e sicurezza delle cure erogate dall'ospedale. Comprende sia i processi di direzione e management, sia i processi clinico assistenziali, tecnico-amministrativi e pone particolare attenzione ai processi di monitoraggio, valutazione e miglioramento continuo. Nel dicembre 2019 è stata effettuata la mock survey da un team esterno di valutatori JCI. Sono stati sottoposti a verifica i processi clinico-assistenziali, organizzativi e di management con focus sugli obiettivi internazionali di sicurezza. La survey finale è stata programmata entro il 2020.

Tab. 5

2018		2019	
REGIONE TOSCANA	Accreditamento istituzionale Processo emergenza-urgenza	AIFA	Centro di Eccellenza di Oncoematologia Farmacia ospedaliera Laboratorio di Screening neonatale, biochimica e farmacologia
		AIFA	Cell Factory Meyer
		JOINT COMMISSION INTERNATIONAL	Mock survey di tutto il presidio ospedaliero

L'iscrizione al Network Joint Commission International, già in essere dal 2017, ha consentito il confronto con altri ospedali accreditati.

Aree tematiche più rilevanti in cui è stato attuato un processo di miglioramento della qualità e sicurezza:

- ◆ percorso chirurgico
- ◆ gestione delle risorse umane
- ◆ indicatori di qualità e sicurezza, monitoraggio e loro applicazione nella valutazione e miglioramento dei processi
- ◆ ricognizione su evidenze scientifiche di supporto all'attività clinica
- ◆ gestione della documentazione sanitaria con particolare sviluppo della cartella elettronica

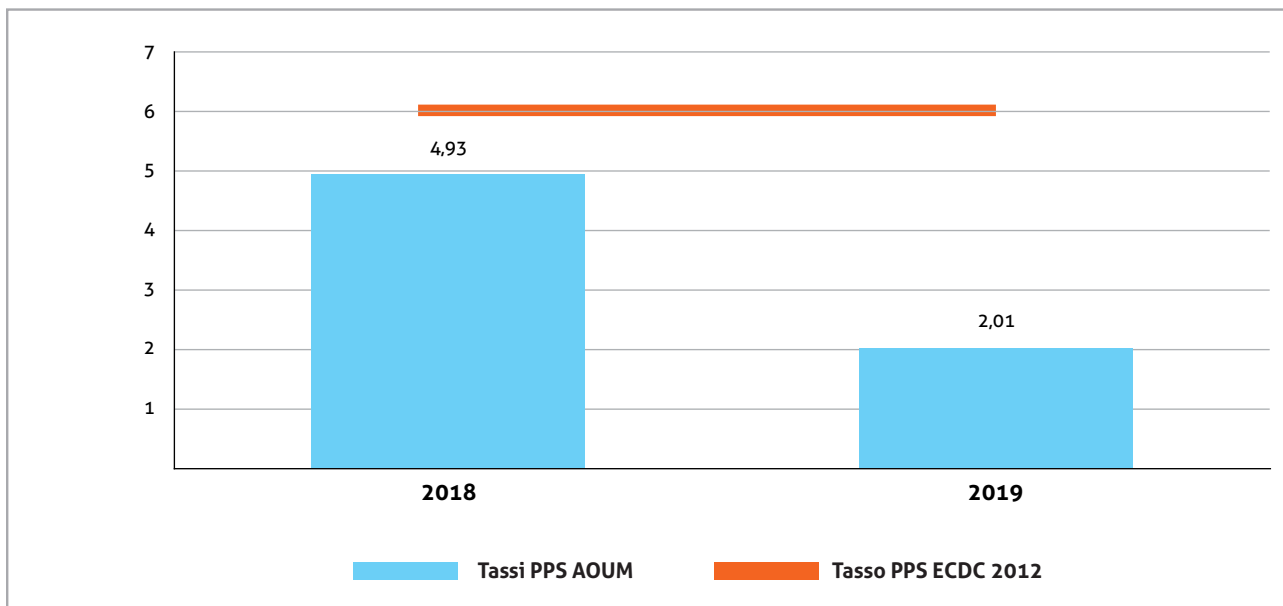
4.3 Sorveglianza infezioni correlate a pratiche assistenziali

L'azienda Meyer conduce dal 2015, nell'ambito delle attività di controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), annualmente fra aprile e maggio, uno studio di prevalenza puntuale sulle infezioni correlate all'assistenza (Point Prevalence Survey-PPS).

In queste indagini viene applicato il protocollo PPS dell'European Centre for Disease Prevention and Control nella versione 4.2 del 2011.

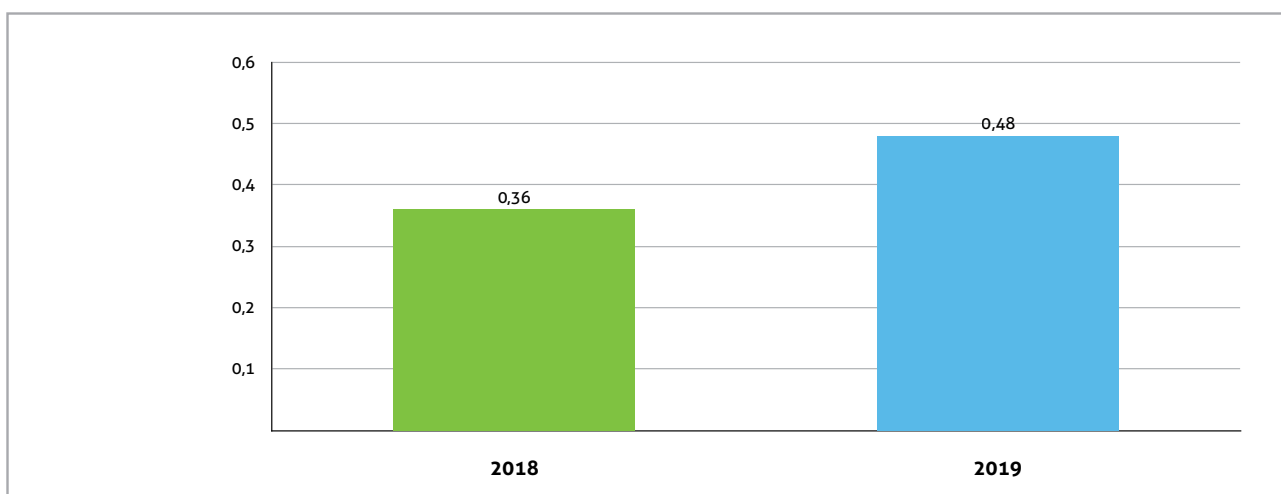
I valori di prevalenza globale delle ICA sono calati sensibilmente nel biennio, posizionandosi al di sotto del dato europeo (ECDC, 2012) e confermando il trend in progressivo decremento osservato nel triennio 2015-2017.

Graf. 1 - PPS_Prevalenza ICA (%)



Inoltre, viene condotta dal 2011 un'indagine di incidenza delle gastroenteriti nosocomiali da rotavirus (RVGE-ICA). I tassi di incidenza sono riportati per anno di riferimento. I valori relativi all'anno 2019 appaiono in leggero aumento rispetto a quelli dell'anno precedente ma risultano allineati o inferiori rispetto ai riferimenti internazionali riportati in letteratura. (Ogilvie, 2012; Buijning-Verhagen, 2012).

Graf. 2 - Tasso incidenza RVGE-ICA (numero casi per 1000 gg di degenza)

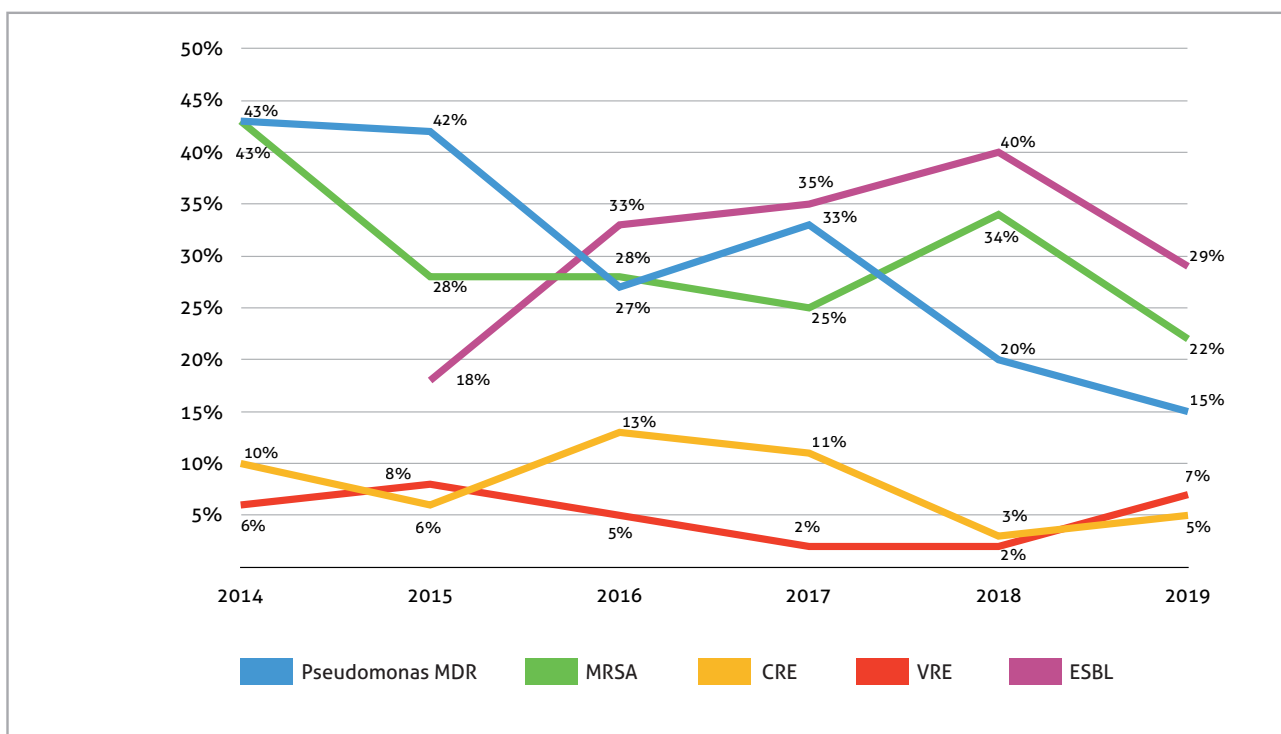


Microrganismi sentinella.

Per microrganismo sentinella o alert organism si intendono i microrganismi responsabili delle infezioni gravi, facilmente trasmissibili, resistenti a più antibiotici. Essi costituiscono una popolazione di microrganismi di rilievo epidemiologico che necessitano dell'attivazione tempestiva di misure di controllo sia a carattere generale sia specifico.

Il grafico successivo riporta l'andamento dei microrganismi sentinella dal 2014 al 2019. Nel 2019 è stata identificata una riduzione significativa delle Enterobacteriaceae produttrici di ESBL e degli Staphylococcus aureus meticillino-resistente (MRSA), mentre risulta in lieve incremento, anche se non significativo, il tasso di Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi (CRE). Inoltre, analizzando il trend di Pseudomonas MDR negli ultimi tre anni, è stata riscontrata una riduzione significativa. Questi dati possono essere interpretati come un effetto di utilizzo più appropriato di antibiotici ad ampio spettro, e di una maggiore attenzione all'applicazione delle misure di contenimento delle infezioni da germi multiresistenti con particolare riferimento alle precauzioni da contatto

Graf. 3 - Microrganismi sentinella

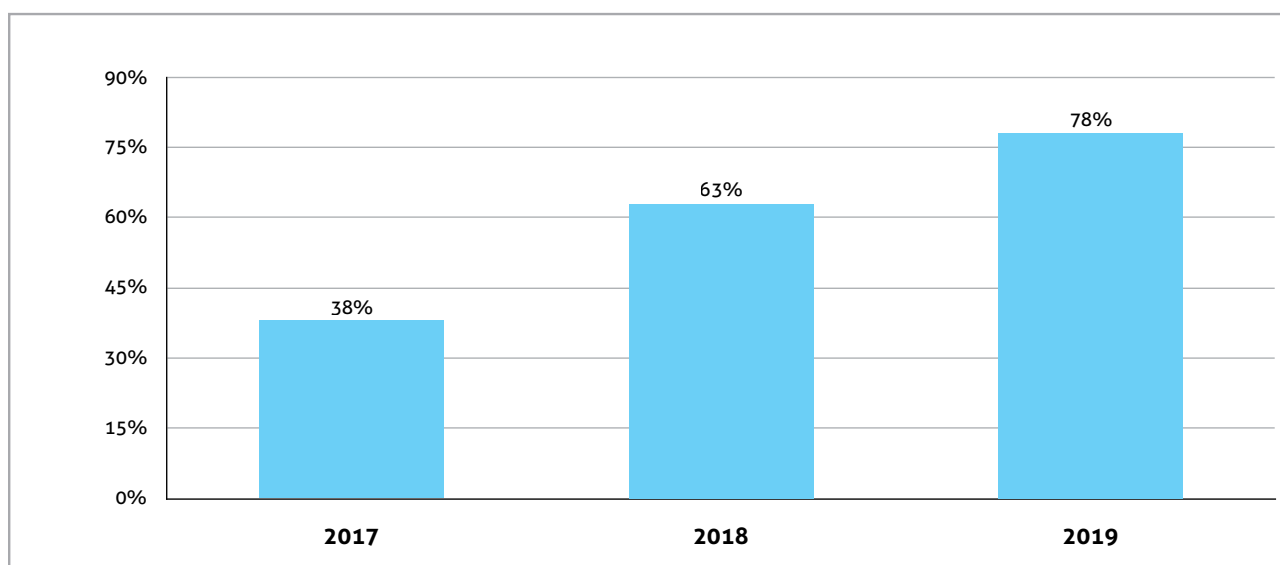


Progetto Igiene Mani.

Alla fine del 2017, l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer ha aderito al progetto "Hand Hygiene" del Network Joint Commission International che si proponeva di costruire uno strumento per valutare la compliance alla Pratica per la Sicurezza del Paziente (PSP) "Igiene e lavaggio delle mani" che rappresenta una importante misura comportamentale per la prevenzione delle ICA.

La raccolta dei dati è stata attuata utilizzando l'Observation Form redatto dal WHO nell'ambito del WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework che identifica i 5 momenti per il lavaggio delle mani. Il progetto del Network Joint Commission International prevedeva una rilevazione nel terzo quadrimestre (settembre 2017-dicembre 2017) e l'AOU Meyer, attraverso un programma appositamente dedicato all'implementazione di questa buona pratica, ha continuato a monitorare l'adesione da parte degli operatori sanitari anche negli anni seguenti attraverso rilevazioni mensili. I risultati riportati nel grafico successivo attestano un trend in incremento che nell'anno 2019 ha consentito di raggiungere valori percentuali prossimi allo standard internazionale.

Graf. 4 - Igiene delle mani: % di adesione alla PSP



Standard: 80%. WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, 2010.

2017: Osservazione JCI Survey (settembre - novembre)

2018: Osservazione annuale continua AOUM

2019: Osservazione annuale continua AOUM

5

FORMAZIONE

Nella gestione delle attività formative dell'AOU Meyer, il biennio 2018/2019 è stato orientato in massima parte alla ricerca di una sintesi felice fra gli obiettivi formativi di orientamento nazionale e regionale e le nuove strategie aziendali.

Ottenuto il riaccreditamento da parte della Regione quale Provider ECM, il Meyer in questo periodo ha promosso con impegno lo sviluppo di una formazione intesa come processo organico e trasversale, supportato da momenti e funzioni organizzative ben definite. Forte della nuova e moderna struttura del Meyer Health Campus, ha infatti privilegiato l'implementazione di percorsi formativi interprofessionali e interdisciplinari, calibrati sui bisogni formativi dei propri operatori ma aperti anche alle altre aziende del territorio, a studenti e soggetti del mondo della ricerca.

Il Meyer Health Campus (MHC), d'intesa con l'Università di Firenze, già dalla sua attivazione ha accolto le scuole di specializzazione dell'area pediatrica. Nel corso del 2019, ma in parte anche nell'anno precedente, ha ospitato iniziative, percorsi di studio ed eventi che lo stanno a poco a poco qualificando come punto di riferimento nazionale per la formazione in pediatria e che si svilupperanno ulteriormente al termine degli ultimi lavori di consolidamento della struttura.

Una delle idee portanti, nel biennio in esame, è stata quella di strutturare forme di collaborazione per la formazione continua dei pediatri di famiglia e sviluppare la community education, dedicata ai genitori e ai più piccoli.

Grande impulso è stato dato anche a tutte le attività formative proprie della simulazione in medicina, con l'obiettivo di fornire a operatori e specialisti esperienze di crescita professionale nuove, già testate con largo successo in alcuni prestigiosi ospedali d'Europa e del mondo.

Entrando nel dettaglio della progettazione dei percorsi formativi inclusi nei Piani Annuali 2018 e 2019, vale la pena sottolineare che è stata prestata grande attenzione all'utilizzo di metodologie innovative, così come ad attività di formazione on the job, secondo i principi dell'Evidence Based Medicine (EBM).

Per favorire lo sviluppo di preziose interazioni interprofessionali, si è cercato inoltre di adottare modelli e contenuti formativi che fornissero al sistema organizzativo nel suo complesso competenze volte a promuovere autonomia, responsabilità, incisività e trasparenza. A questo scopo, i percorsi di formazione continua, soprattutto quelli rivolti a gruppi multi professionali, sono stati in gran parte caratterizzati da un'impostazione basata sul "problem solving" e sul "team learning". E proprio in quest'ottica si è ritenuta centrale, così come riportato nello Statuto aziendale, la massima condivisione delle soluzioni, al fine di migliorare la capacità di lavorare in gruppo ed accrescere la qualità del servizio erogato.

E' interessante scorrere rapidamente i dati relativi al coinvolgimento degli operatori AOU Meyer nell'ambito dell'offerta formativa erogata a livello aziendale nel biennio. Gli stessi dati, spunto per analisi di diverso tipo, sono stati riportati in due successive tabelle alla conclusione di questo paragrafo.

Per quanto riguarda, nello specifico, l'anno 2018, risulta che abbia partecipato, a vario titolo, a eventi formativi un numero di operatori pari a 893 unità su 1187 dipendenti (tempo determinato, indeterminato e universitari). Nella cifra sopra riportata dei formati, sono compresi sia gli operatori sanitari (n.765) che il personale amministrativo tecnico non sanitario (n.128).

In percentuale, l'insieme dei formati equivale a circa il 75% del totale degli operatori Meyer.

Una cifra che possiamo ritenere più che soddisfacente e che rappresenta una buona risposta alla riqualificazione dell'offerta formativa caldeggiata sia dalla Regione Toscana che dalle stesse Direzioni aziendali.

Al complesso degli operatori sanitari Meyer e di quelli afferenti dall'esterno alla formazione aziendale, è stato attribuito nel corso dell'anno dal Provider un cospicuo numero di crediti ECM, pari ad un totale di 26.658,4.

Interessante il risultato 2018 sul credito medio pro capite degli operatori interni, che ha toccato la cifra di 34,85, in crescita rispetto agli anni precedenti e leggermente ricontratta già nell'anno successivo.

Occorre osservare anche un ultimo dato: il personale non soggetto ad obblighi ECM che ha partecipato ad eventi formativi è risultato di 128 su 289 unità (44%).

Nel corso dell'anno 2019 il numero di coloro che in Azienda hanno partecipato almeno ad un evento formativo risulta in crescita: è infatti pari a 1.069 unità su 1230 dipendenti (tempo determinato, indeterminato e universitari). Nella cifra sopra riportata di questi partecipanti, sono compresi sia gli operatori sanitari che hanno conseguito i crediti (pari a n. 1.029), sia coloro (n. 40) che, per motivi diversi, non li hanno conseguiti (personale amministrativo, tecnico non sanitario, personale sanitario che non ha completato la partecipazione come da normativa).

In percentuale, l'insieme dei formati equivale all'87% del totale degli operatori Meyer (credito medio pro capite pari a circa 25).

Oltre ai diversi spunti di riflessione offerti dai dati sulle presenze agli eventi formativi, esiste un altro livello di analisi interessante, che si basa sulla movimentazione dei dati anagrafici collegati all'erogazione del credito ECM e alla tracciabilità dei flussi: per fare l'esempio più significativo citiamo il caso dell'anno 2018, nel quale si è calcolato che sono state ben 6430 le partecipazioni complessive di operatori e le relative estrazioni di flussi informativi. Di queste, 1887 si riferiscono ad utenti esterni che hanno avuto accesso ad eventi formativi aziendali.

La visita di audit della Regione per il rinnovo dell'accREDITAMENTO come Provider dell'AOU Meyer, effettuata poco dopo, ha fatto emergere l'ampio movimento di presenze e ha portato a sottolineare il relativo e scrupoloso controllo di qualità effettuato con l'invio dei flussi.

ANNO 2018: Eventi formativi accreditati ECM: n. 163

Descrizione	Totale dei partecipanti formati Meyer	Percentuale dei formati	Credito medio a partecipante Meyer	Partecipanti che per motivi diversi non hanno acquisito i crediti Ecm	Totale dei crediti ECM erogati dal Provider
Totale	893	75%	34,85	128	26.658,40

ANNO 2019: Eventi formativi accreditati ECM: n. 159

Descrizione	Totale dei partecipanti formati Meyer	Percentuale dei formati	Credito medio a partecipante Meyer	Partecipanti che per motivi diversi non hanno acquisito i crediti Ecm	Totale dei crediti ECM erogati dal Provider
Totale	1.069	87%	24,89	40	56.250,20

6

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

6.1 Cartella clinica pediatrica elettronica




La Cartella Pediatrica Elettronica (CPE) è lo strumento digitale che permette la gestione organica e strutturata delle informazioni riferite al percorso clinico-diagnostico-terapeutico e assistenziale di un paziente in regime di ricovero o ambulatoriale, favorendo la continuità di cura del paziente tra diversi setting ospedalieri ed episodi di cura afferenti alla stessa struttura ospedaliera mediante la conservazione e la condivisione dei dati clinici in essi registrati. La CPE rispetto a quella cartacea tradizionale, permette di semplificare la gestione del paziente, mettendo rapidamente a disposizione dei sanitari i dati del ricovero in corso e di quelli precedenti, gli esami diagnostici, la Scheda Terapeutica Unica, il diario clinico, le consulenze. L'integrazione rappresenta uno degli elementi più potenti della CPE, che è una cartella medico - infermieristica integrata, quindi una base di lavoro comune dove i ruoli di ciascuna figura sono chiari, tracciabili e complementari per la cura del paziente, favorendo il coordinamento e la comunicazione. L'uso della CPE consente inoltre di supportare le pratiche di sicurezza, gestione del rischio clinico e qualità e offre una formidabile opportunità per studi e ricerche, consentendo di raccogliere e correlare una grande quantità di informazioni.

Da oltre tre anni è iniziato presso il nostro Ospedale il percorso di progressiva digitalizzazione della documentazione sanitaria. Questo progetto ha raggiunto un obiettivo importante nel 2018: la CPE è entrata in uso in tutti i reparti di ricovero ordinario dell'AOU Meyer, con la sola eccezione dell'area intensiva. Non solo, nel corso degli ultimi due anni 2018- 2019 anche i servizi ambulatoriali hanno iniziato ad utilizzare la cartella clinica elettronica.

Nel corso del 2019 anche i reparti che gestiscono i ricoveri diurni sono stati tutti informatizzati e nella seconda parte del 2019 è stata avviata anche lo sviluppo della Cartella Elettronica dell'area intensiva. Questo lavoro di analisi, progettazione e sviluppo, permetterà a breve di avviare l'uso della CPE anche in Rianimazione e Terapia Intensiva Neonatale completando così il dispiegamento della cartella elettronica in tutti i reparti dell'Ospedale. Durante il biennio passato, è stato condotto anche un importante ed impegnativo lavoro di personalizzazione dello strumento. Grazie all'utilizzo quotidiano dei reparti e a un attento lavoro di raccolta delle segnalazioni e delle richieste pervenute dai medici e infermieri, la Cartella Pediatrica Elettronica, in questo periodo è diventata sempre più performante e rispondente alle esigenze cliniche e di usabilità dei professionisti sanitari dei diversi settori. Un altro importante ambito di sviluppo è quello che è in corso e che riguarderà l'informatizzazione del percorso chirurgico. Nel corso del 2019, la Cartella Pediatrica Elettronica ha inoltre subito un notevole processo di sviluppo finalizzato a recepire e rispondere in modo esaustivo agli standard previsti da Joint Commission International. Il processo di accreditamento JCI in corso presso il nostro Ospedale ha avuto, infatti, un notevole impatto sulla documentazione sanitaria e ha permesso di migliorarne notevolmente la qualità generale e la sicurezza nell'utilizzo. Analogo processo di sviluppo è stato necessario tra il 2018 e il 2019 per recepire le indicazioni emerse in ambito di normativa sulla sicurezza del trattamento dei dati personali. La cartella è stata infatti adeguata alle previsioni del Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR).

Infine, per garantire una sempre maggiore integrazione e circolarità delle informazioni sanitarie tra gli operatori che seguono il paziente nelle diverse fasi di cura, la Cartella è stata integrata con numerosi sistemi informativi e strumentali ospedalieri oltre che con il Fascicolo Sanitario Elettronico per il quale è stato infatti completato, nel corso di 2018, l'invio in formato digitale della lettera di dimissione. I prossimi sviluppi, riguarderanno quindi la completa dematerializzazione della documentazione sanitaria e la sua conservazione digitale a norma di legge.

Cartella Pediatrica Elettronica: le fasi del progetto.

ANALISI processi clinici ed assistenziali e SVILUPPO CARTELLA	Avvio del progetto pilota in PEDIATRIA	Entrata in uso CPE nei reparti di Degenza Ordinaria		   Cartella Pediatrica Elettronica
		Entrata in uso in Neuropsichiatria	Avvio strumenti di Visual Hospital	
		Cartella Clinica in DH	Integrazione con laboratorio e radiologia	
		Adeguamento normativo GDPR e Standard JCI		
		Cartella Pediatrica Elettronica Ambulatoriale		
2016	2017	2018	2019	Entrata in uso CPE nei reparti in Area Critica (TIN e RIA)
				Informatizzazione Percorso Chirurgico
				Dematerializzazione completa CPE
Attività in corso e prossimi sviluppi				

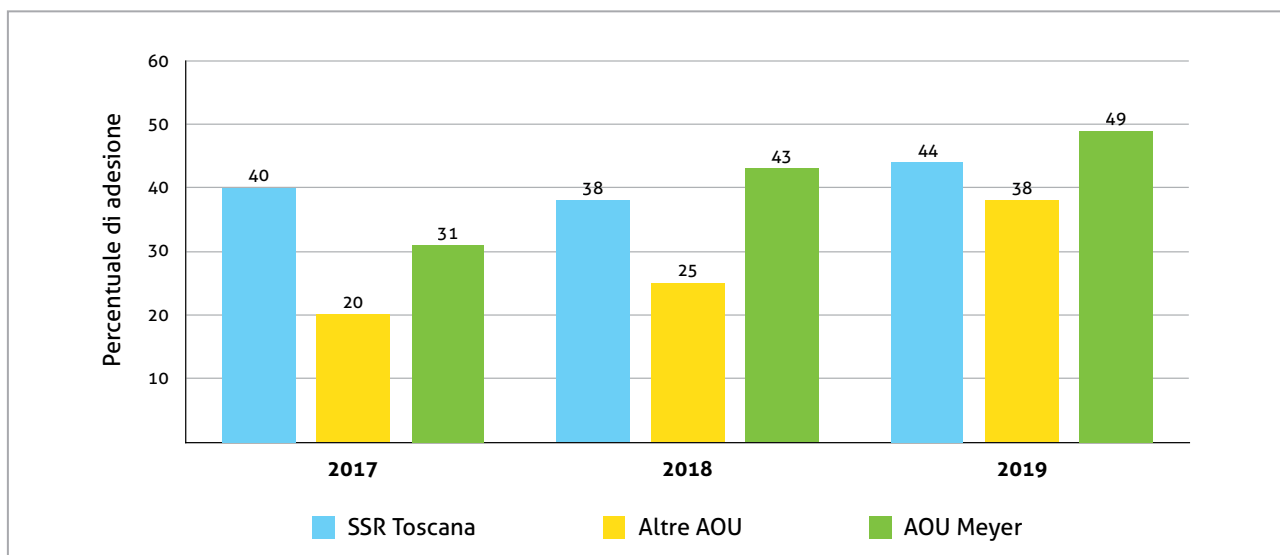
7

CLIMA INTERNO

Lo studio del clima organizzativo risponde all'esigenza di valutare l'impatto delle azioni organizzative sui processi di lavoro quotidiani ed è un modo per misurare lo stato di salute di un'organizzazione. Un importante fattore che influenza la performance aziendale, infatti, è rappresentato dalle risorse umane operanti nell'organizzazione che, tradizionalmente, costituiscono una delle principali categorie di stakeholder che si relazionano con l'azienda. Questo tipo di indagine consente al management di raccogliere informazioni utili a orientare interventi non solo in direzione della soddisfazione lavorativa e di esigenze formative specifiche, ma anche verso criticità strutturali, con l'obiettivo finale del miglioramento delle strategie gestionali: il clima organizzativo, se opportunamente gestito, può infatti determinare migliori performance degli individui e garantire un allineamento efficiente dei comportamenti delle persone rispetto alla cultura e alla strategia dell'organizzazione. L'indagine, volta a dare voce ai dipendenti sull'operato del management, sulla comunicazione, sulla formazione e su altri aspetti che concorrono a determinare il clima aziendale, è stata svolta dal 15 ottobre al 15 dicembre 2019, dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa in collaborazione con i referenti aziendali.

Come si evince dal grafico sottostante, l'adesione al Meyer è stata molto soddisfacente, facendo registrare un trend positivo, ancor migliore rispetto ai già buoni risultati raggiunti nell'indagine precedente svoltasi nel 2017. Questo risultato costituisce un indicatore significativo della volontà di prendere parte alla vita aziendale e dell'interesse a contribuire al miglioramento della gestione aziendale.

Graf. 1- Percentuale di adesione all'indagine di Clima Interno



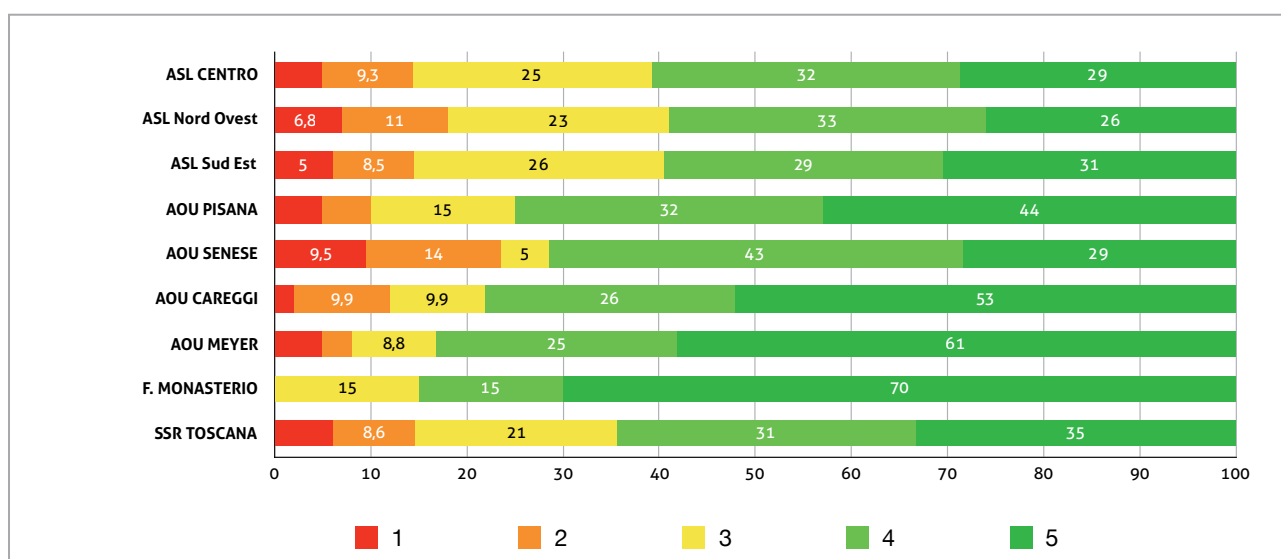
Tra i numerosi item presenti nell'indagine, riportiamo a titolo esemplificativo alcuni di essi che contribuiscono a restituire una percezione ampia del clima e altri utili al fine di perseguire logiche di miglioramento. Dai dati ottenuti, è emerso come tema significativo l'importanza per i dipendenti di conoscere gli obiettivi aziendali, ma anche i risultati raggiunti dal proprio servizio e avere riscontri sul contributo che ognuno apporta al servizio cui appartiene. Sappiamo che ciò influenza la motivazione, il senso di appartenenza, il senso di utilità sociale e la stessa identità professionale di chi lavora in un'azienda. Da quanto emerso dall'indagine desumiamo che l'attività di sensibilizzazione portata avanti dalla direzione aziendale (vedi ad esempio in occasione delle riunioni di budget) su questi punti e sull'importanza della condivisione di tali aspetti da parte dei responsa-

bili con i propri collaboratori deve proseguire in modo sistematico, sebbene sia già emerso un miglioramento rispetto all'indagine del 2017 che si evince dai dati riguardanti i dipendenti non aventi incarico di struttura.

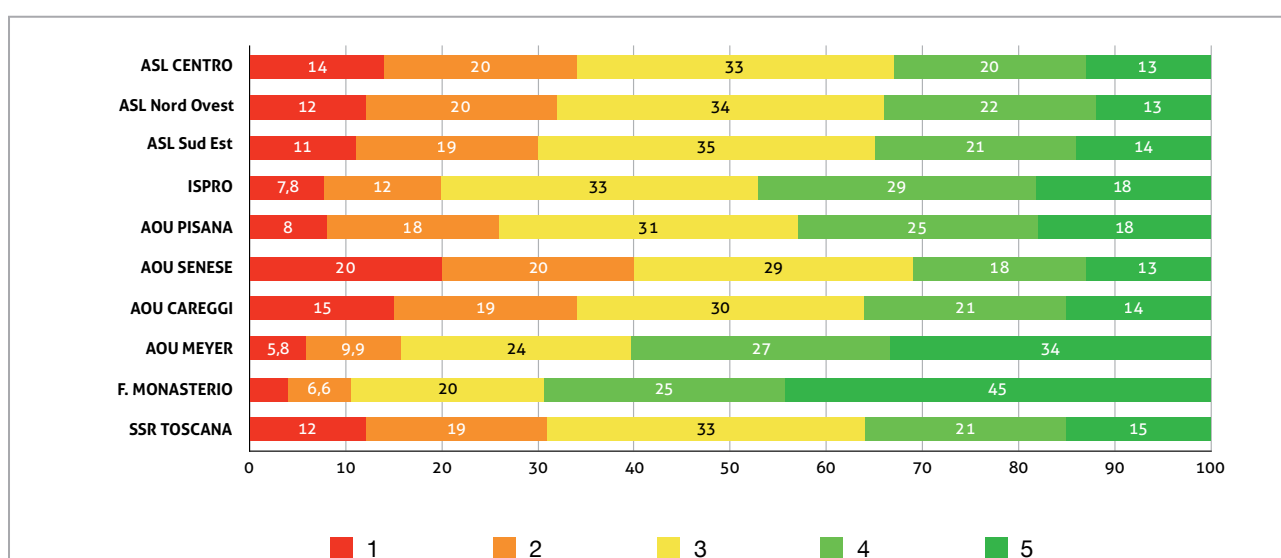
Per quanto riguarda il flusso di comunicazione tra responsabili e collaboratori, i dati di clima aziendale dell'indagine del 2017 ci indicavano che la comunicazione funzionava molto bene tra direzione aziendale e responsabili di servizi e strutture, mentre vi erano aree di miglioramento nei flussi di informazione tra responsabili e altri piani organizzativi. Nell'indagine del 2019, rimane confermata come efficiente la comunicazione tra direzione aziendale e responsabili e nel contempo, si evidenzia un miglioramento nel flusso di informazione tra responsabili e collaboratori. Infatti, la percentuale cumulata di risposte che indicano piena soddisfazione all'item "Il mio responsabile diretto favorisce la diffusione delle informazioni tra le componenti della mia struttura" sale dal 40,9% al 47%.

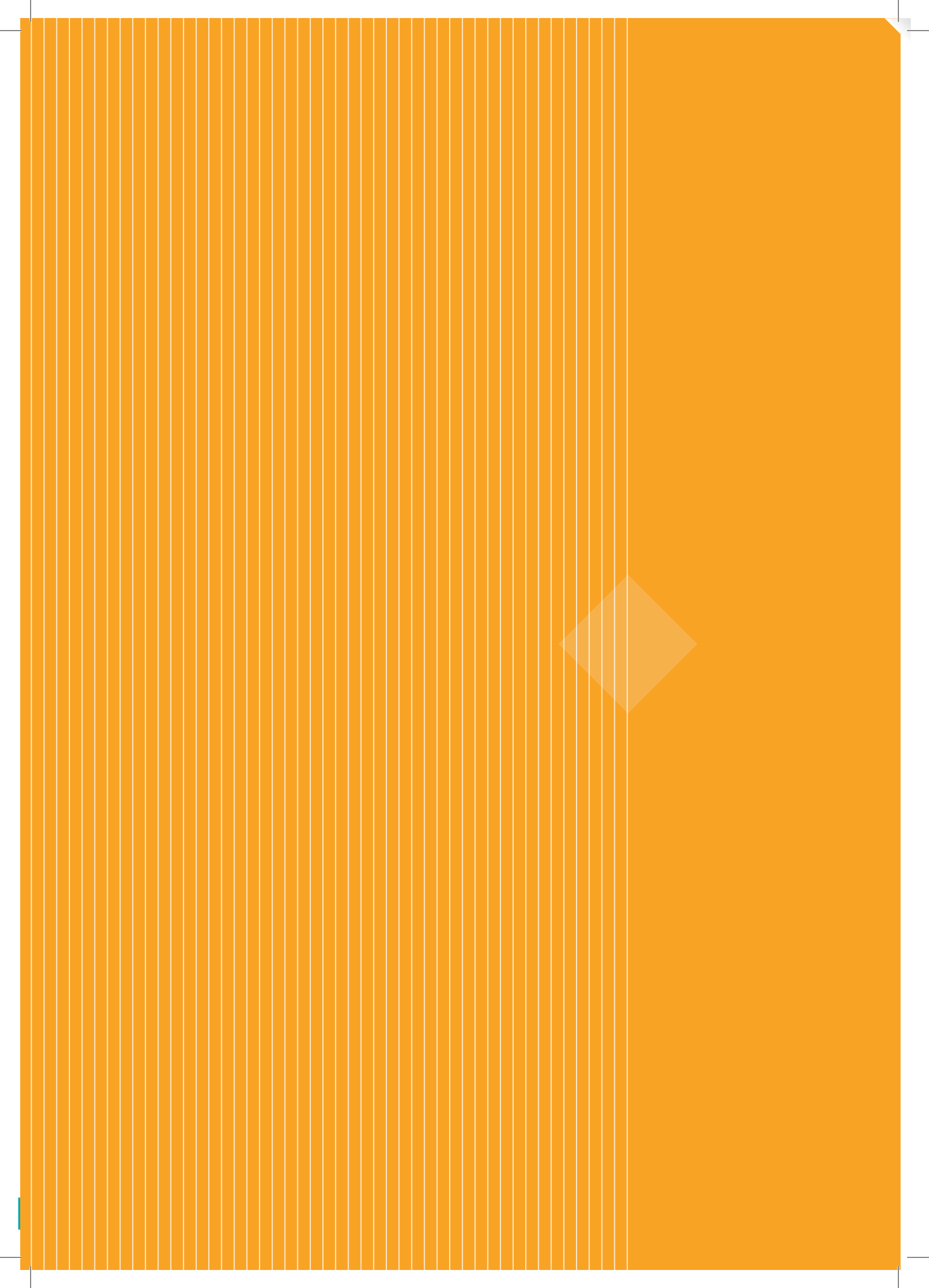
Come dato di sintesi possiamo ricordare come un'elevata percentuale di dipendenti si senta orgogliosa di lavorare presso questa Azienda e abbia un senso di appartenenza spiccato. I grafici successivi (che sintetizzano le risposte ottenute da responsabili e dipendenti alla domanda "sono orgoglioso di dire agli altri che lavoro in questa azienda") lo illustrano chiaramente, grazie anche al confronto con le altre popolazioni di riferimento.

Graf. 2 - Sono orgoglioso di dire agli altri che lavoro in questa azienda - risposte dei Responsabili



Graf. 3 - Sono orgoglioso di dire agli altri che lavoro in questa azienda - risposte dei Dipendenti







NUMERI 2019



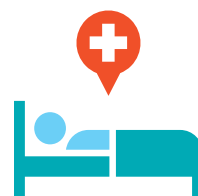
ASSISTENZA

anno 2019



250

Posti letto



9.089

Ricoveri ordinari

3.056

Day surgery

17.677

Day hospital



6,2gg

Degenza media

1,12

Peso medio



26,7%

Attrazione extra-regionale

Numeri
ASSISTENZA
anno 2019



European
Reference
Networks

8

Reti ERN di
cui l'ospedale
è partner



43.111

Accessi Pronto Soccorso

6,6%

Accessi con esito ricovero



208

Trasporti protetti
neonatali di cui



187

in emergenza
neonatale



768.249

Prestazioni
ambulatoriali

ACCOGLIENZA

anno 2019



731

Famiglie ospitate in
accoglienza alloggiativa

188

posti letto distribuiti in

4

strutture comunitarie e

22

appartamenti



286

Alunni della scuola
in ospedale con la
presenza di
insegnanti di ogni
ordine e grado

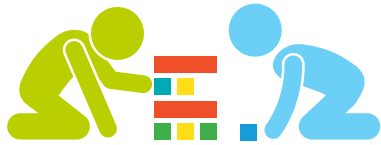


617

Richieste straordinarie
di sostegno alla cura.

Attività assistita
con animali, clown
e musicisti

Numeri
ACCOGLIENZA
anno 2019



12.000

**Bambini accolti
in ludobiblio**

541

**Interventi effettuati
nelle degenze**



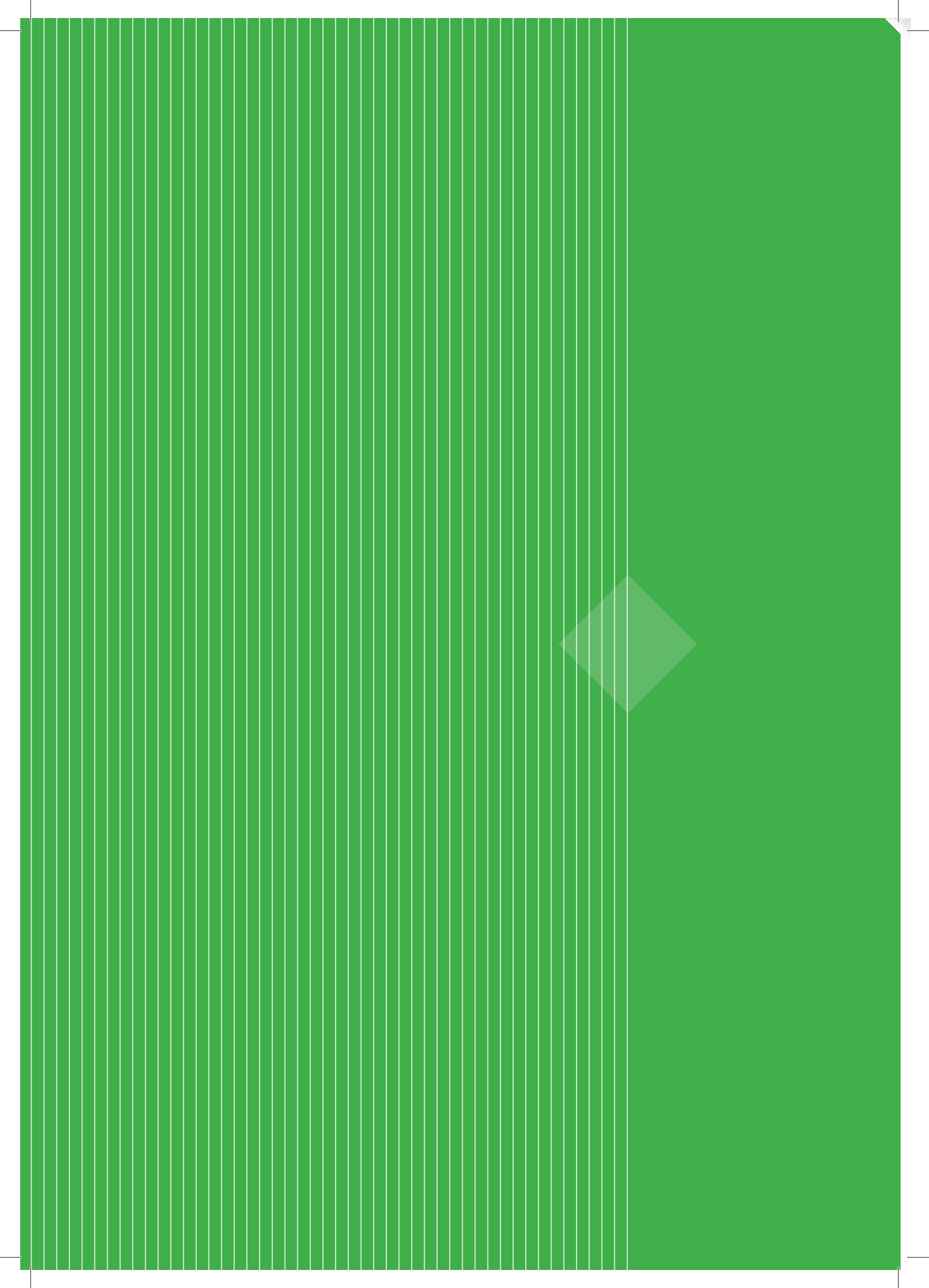
1.746

**Ore di servizio di
volontariato SOS**



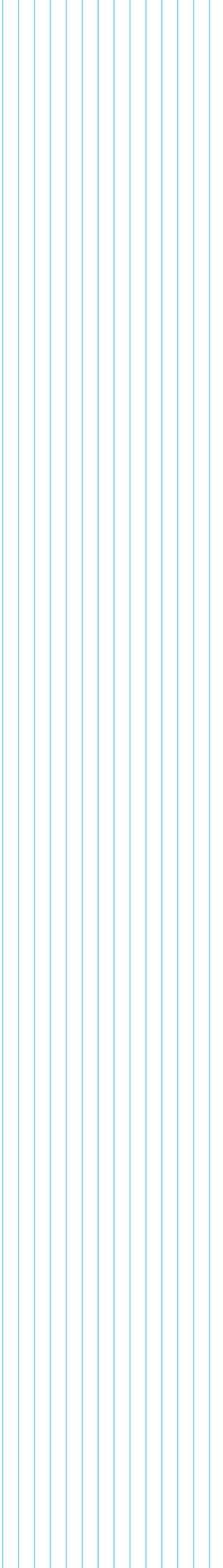
38

**Associazioni
accreditate
e Fondazioni**





FOCUS





ATTIVITÀ SCIENTIFICA E DI RICERCA

Tra le priorità aziendali c'è l'attività di ricerca, sia di base che traslazionale, che si pone come primario obiettivo il miglioramento delle cure offerte e la risposta a problemi di complessità sempre crescente mantenendo la sostenibilità per il SSN. Il costante aggiornamento del personale e l'uso di tecnologie all'avanguardia determina un'offerta sempre più specializzata come dimostrato dalla costante crescita del parametro di attrazione extraregionale (ad oggi superiore al 25%) per le patologie gravi e specialistiche.

Le pubblicazioni scientifiche.

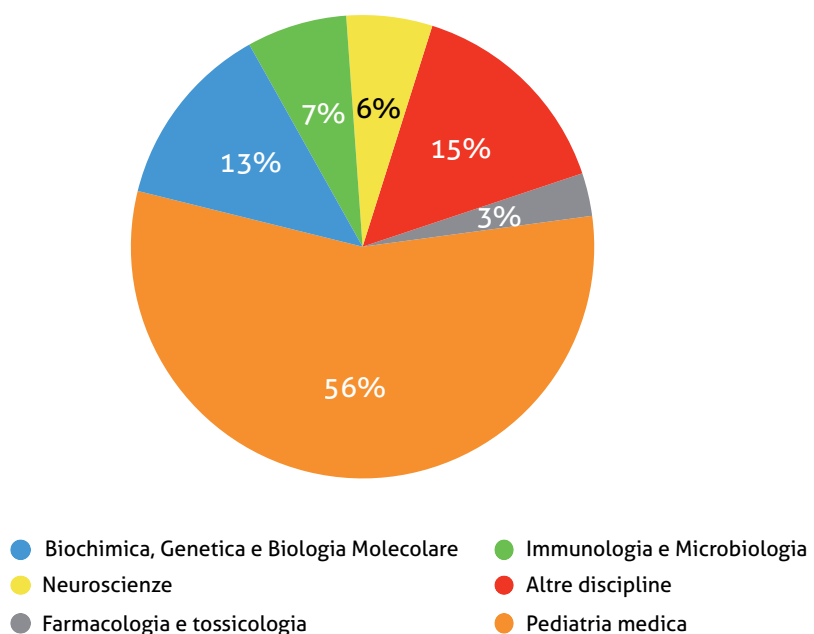
Un aspetto importante, a cui sono stimolati tutti gli operatori dell'azienda, è indubbiamente la pubblicazione dei risultati. Le conquiste tecnologiche e scientifiche infatti non sarebbero di utilità se non fossero diffuse a tutta la comunità scientifica.

Per questo motivo vengono costantemente valutati i parametri della produzione scientifica non solo in termini quantitativi ma anche in termini qualitativi con l'obiettivo di miglioramento continuo.

Sulla base dell'input del Coordinamento scientifico aziendale, il Meyer si è dotato di uno strumento informatico per l'accesso e la valutazione della produzione scientifica, grazie a un contratto stipulato, insieme all'Ateneo fiorentino, con la Società Elsevier. Lo strumento individuato, SciVal, consente il monitoraggio continuo della produzione e delle collaborazioni nazionali e internazionali nel campo della ricerca.

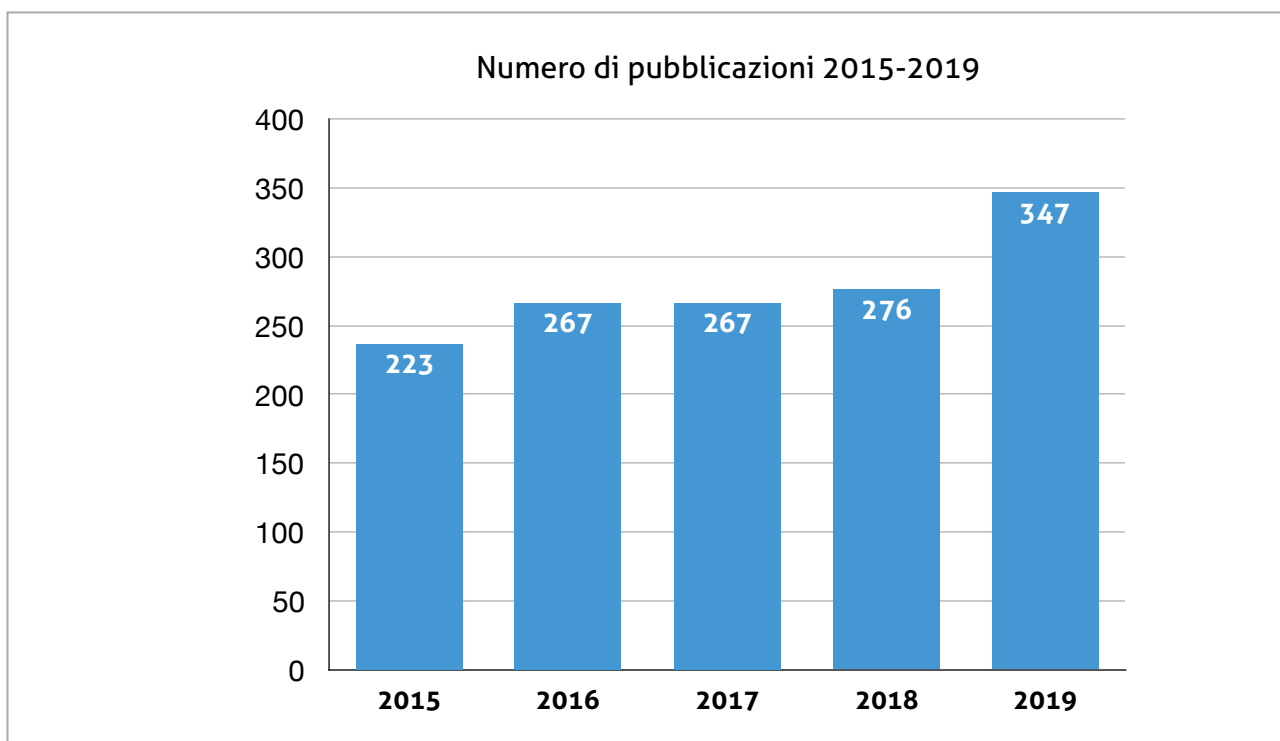
L'attività di ricerca, come mostra il grafico successivo (Graf. n.1), è presente in tutte le aree tematiche delle scienze mediche e chirurgiche con ovvia preponderanza nel settore di pediatria medica, che include al suo interno ambiti di ricerca generalistici e specialistici (epatologia, nefrologia, gastroenterologia, endocrinologia, malattie infettive, ecc.). E' inoltre opportuno sottolineare che aree come la genetica e la biologia molecolare sono trasversali a più discipline (es: neurologia, malattie metaboliche, immunologia) cosicché ciascuna disciplina concorre ad aumentare la produttività scientifica dell'area tematica nel suo complesso. Similmente molte pubblicazioni specialistiche vengono censite all'interno dell'area più vasta di pediatria medica.

Graf. 1 - Aree di ricerca nell'AOU Meyer
(Fonte dati: SCIVAL-Elsevier)



L'attività di pubblicazione mostra un trend in costante incremento quantitativo (+56% nel 2019 rispetto al 2015) e qualitativo. Nel grafico a corrispondente (Graf. n.2) viene riportato il numero delle pubblicazioni del quinquennio (2015-2019) apparse su riviste scientifiche internazionali peer-reviewed.

Graf. 2 - Pubblicazioni scientifiche dell'AOUM negli anni 2015- 2019 (Fonte dati: SCIVAL, Elsevier)



Insieme al dato quantitativo è importante sottolineare anche il dato qualitativo: a questo proposito il numero di pubblicazioni che si trova nel 10% delle pubblicazioni più citate al mondo (cosiddetto "Top Ten" delle pubblicazioni) mostra un incremento del 39% ponendo a confronto l'anno 2019 con l'anno 2015, passando da 49 a 68 pubblicazioni annue classificate nel gruppo Top Ten. Dal punto di vista di risultati complessivi nel quinquennio 2015-2019 sono state pubblicate 1380 pubblicazioni, di cui quasi il 20% si trova nel top 10% delle più citate al mondo (Fig. n. 1).

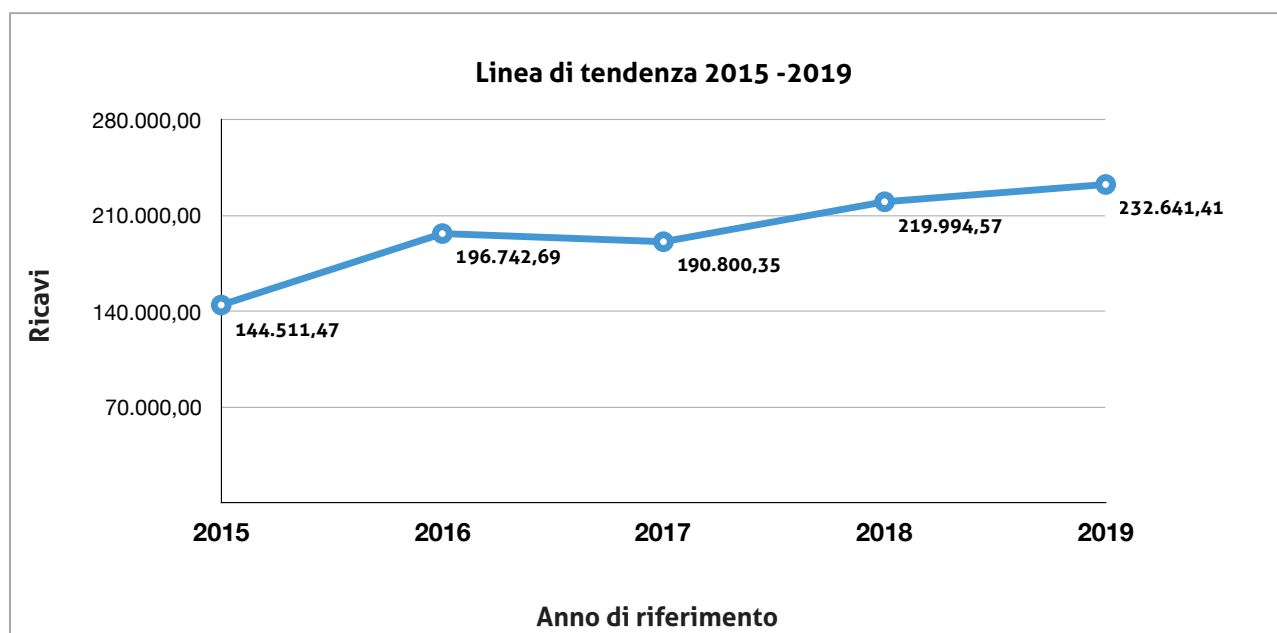
Fig. 1



Valorizzazione della ricerca, brevettazione e tutela della proprietà intellettuale.

Il Meyer si impegna da sempre a massimizzare i risultati delle attività di ricerca, assicurando che le innovazioni scientifiche abbiano un impatto concreto sul miglioramento della pratica clinica. L'Azienda è titolare o co-titolare di numerosi brevetti e cerca attivamente di attrarre investimenti e costruire collaborazioni con partner industriali. La gestione dei diritti di proprietà intellettuale dell'AOU Meyer avviene di concerto con l'Ufficio Valorizzazione della Ricerca farmaceutica e biomedica (UVaR) istituito presso la Regione Toscana. L'Azienda attualmente è titolare/co-titolare di 10 domande di brevetto/brevetti e di due marchi. Nella tabella sotto riportata si possono visualizzare i risultati della valorizzazione economica dei brevetti relativamente al quinquennio 2015-2019 (Graf. 3)

Graf. 3 - Trend 2015- 2019 valorizzazione economica brevetti



Partecipazione a bandi per la ricerca scientifica e risultati conseguiti.

L'attrazione di fondi da bandi competitivi nazionali e internazionali è un importante obiettivo dell'azienda Meyer che svolge un'attività costante di informazione e aggiornamento rivolta ai propri professionisti, relativamente ai principali bandi e opportunità presenti nell'ambito della ricerca scientifica.

Sono stati inoltre messi a disposizione dei ricercatori servizi di supporto (interni ed esterni, grazie a specifiche convenzioni e accordi) sia per la presentazione dei progetti che per la loro rendicontazione. Per quanto riguarda i progetti nazionali, nell'ambito del Bando Ricerca Salute 2018 della Regione Toscana, l'AOU Meyer ha partecipato con un totale di 30 progetti, di cui 11 progetti in qualità di capofila e 19 progetti in qualità di partner; di questi, 8 sono risultati vincitori (4 come capofila e 4 come partner). Inoltre si riportano una serie di progetti europei attivi negli ultimi anni: 3TR (Identification of the Molecular Mechanisms of non-response to Treatments, Relapses and Remission in Autoimmune, Inflammatory, and Allergic Conditions); CARE (Common Approach for REFugees and other migrants' health); En_Pathy (Alternative care systems for unaccompanied migrant minors); IC-Health (Improving digital health literacy in Europe); NET-CARE (Networking and Care for Refugee and Migrant Women); REACH: (Research on HIV, tuberculosis (TB) and/or hepatitis C (HCV) in patients with mono-, co-infections and/or comorbidities in the context of fostering collaboration with the Russian Federation).

Infine si segnala che nell'edizione 2019 del Bando EJP RD (European Joint Programme Rare Diseases) è stato finanziato il progetto "FAIRVASC- Building registry interoperability to inform clinical care" con capofila il Meyer.

RETE PEDIATRICA TOSCANA

Delineata dalla DGRT n.707/2016, la Rete Pediatrica Regionale nel biennio in oggetto ha rafforzato la propria identità, sviluppando le attività delle reti cliniche specialistiche e dei gruppi di lavoro già in essere e attivandone ulteriori.

In particolare, alle tre originarie Reti Cliniche Specialistiche (Emergenza, Neonatologia e Oncoematologia) e ai gruppi di lavoro attivati nel 2017 (Cure palliative, Attività chirurgica in età pediatrica e Pazienti con condizioni cronico-complesse), si sono aggiunti i gruppi di lavoro per:

- ◆ Diabete, in coordinamento col gruppo per i pazienti cronico-complessi, nel maggio 2018;
- ◆ Fibrosi cistica, in coordinamento col gruppo per i pazienti cronico-complessi, nel giugno 2018.

Nel corso del 2018, l'attività della **Rete Clinica dell'Emergenza**, coerentemente con quanto previsto dalla DGRT 669/2018 "*Modello organizzativo dell'Emergenza Pediatrica Ospedaliera. Linee di indirizzo*", si è concentrata sull'individuazione delle competenze pediatriche e degli standard assistenziali nel sistema dell'emergenza pediatrica ospedaliera, producendo il documento "Competenze pediatriche/standard assistenziali nel sistema dell'emergenza pediatrica ospedaliera", approvato dal Comitato Strategico della Rete in data 13.09.2018 e recepito dalla Regione attraverso la "*Preso d'atto documenti tecnici rete pediatrica regionale*" del 29.03.2019 (documento n.4603 Allegato A). Rispetto a questo, sono stati sviluppati e saranno ulteriormente definiti i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per patologia, per definire i flussi dei pazienti in emergenza attraverso i nodi della Rete, per garantirne una presa in carico efficace, tempestiva, in sicurezza e di qualità su tutto il territorio regionale.

La **Rete Neonatologica** ha sviluppato una proposta di ridefinizione dei livelli assistenziali dei Punti nascita e di riorganizzazione, in una prospettiva di respiro regionale, del Servizio di Trasporto Protetto Neonatale (TPN) e il Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM), che è stata ratificata dalla DGRT n.804 del 17.06.2019 "*Aggiornamento della rete dei punti nascita della Regione Toscana e dell'organizzazione dei servizi di trasporto protetto neonatale (TPN) e trasporto assistito materno (STAM)*".

La **Rete Clinica dell'Oncoematologia** ha definito il proprio modello organizzativo, descrivendo i nodi coi relativi requisiti, funzioni, attività e modalità di interrelazione. Tale documento, approvato da tutti gli organi di governance della Rete Pediatrica, è stato sottoposto all'attenzione della Regione che lo ha recepito in toto nella "*Preso d'atto documenti tecnici rete pediatrica regionale*" del 29.03.2019 (PA n.4603 Allegato B: "*Modello organizzativo della Rete Oncoematologica Pediatrica Toscana*").



Il **gruppo di lavoro sulle cure palliative pediatriche** ha lavorato all'organizzazione della relativa rete regionale, arrivando a condividere un modello con le specifiche modalità di funzionamento, che è stato approvato dal Comitato Strategico della Rete e pubblicato (Quaderno "*Il modello organizzativo delle Cure Palliative Pediatriche in Toscana*"). L'Organismo Toscano per il Governo Clinico con la decisione numero 6 del 20.07.2018 ha approvato il documento "Indirizzi attuativi della legge 22 dicembre 2017 n. 219: le disposizioni anticipate di trattamento e la pianificazione condivisa delle cure", che include in toto il Quaderno. La Regione, tramite la DGRT n.980 del 03.09.2018, ha preso atto di tale documento, recependo il modello organizzativo definito per la rete delle cure palliative pediatriche.

Attualmente il gruppo sulle cure palliative si sta occupando della stesura di protocolli e procedure per la gestione e presa in cura palliativa dei minori, da condividere a livello regionale.

L'ambito assistenziale dell'**attività chirurgica in età pediatrica** è in corso di riorganizzazione ai sensi della normativa vigente nazionale e delle linee di indirizzo internazionali, attraverso il lavoro congiunto di chirurghi, anestesisti e pediatri per individuare nodi e livelli assistenziali della Rete e definire standard di cura e percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali capaci di garantire la qualità e la sicurezza delle cure in tutto il territorio regionale.

Il **gruppo per i pazienti cronico-complessi** ha prodotto un pool di documenti volti ad essere adottati in tutta la regione come procedure e modelli per l'handover dei relativi pazienti, per le unità valutative multidimensionali e per la stesura dei piani assistenziali integrati. È stata inoltre compiuta attività formativa specifica che ha coinvolto professionisti di molteplici profili (medici ospedalieri, medici delle ACOT, personale medico e infermieristico delle cure domiciliari, dietiste, fisioterapisti) rappresentativi di tutte le Aree Vaste.

Coordinati al gruppo per i pazienti cronico-complessi, i professionisti esperti in **fibrosi cistica** hanno individuato nodi, ruoli e ambiti da sviluppare prioritariamente della rete diagnostico-terapeutico-assistenziale per le persone affette da tale patologia complessa, sviluppando il "*Modello organizzativo della Rete regionale per la fibrosi cistica*". Tale documento è stato pubblicato come omonimo Quaderno e approvato dalla Regione nella "*Presca d'atto documenti tecnici rete pediatrica regionale*" del 29.03.2019 (PA n.4603 Allegato C).



Il **gruppo di lavoro sul diabete** in età pediatrica ha condotto una dettagliata analisi delle strutture, funzioni e attività presenti in Toscana volte all'assistenza dei giovani pazienti diabetici, come studio preliminare per l'avvio delle attività del tavolo.

La Rete ha inoltre contribuito alla valutazione e condivisione di diversi PDTA per **malattia rara**, attraverso il coinvolgimento di volta in volta delle Reti Cliniche pertinenti con l'oggetto e il parere del Comitato Tecnico Organizzativo.

AREA PROFESSIONI SANITARIE

L'area delle professioni sanitarie, con il 50% delle risorse umane distribuite trasversalmente in azienda, ha contribuito al raggiungimento degli obiettivi aziendali insieme alla dirigenza medica e non medica nel biennio di riferimento 2018-19.

Con un particolare impegno riservato alla formazione sui temi della qualità e del rischio clinico, sono stati rivisti rilevanti processi come la gestione del farmaco, la prevenzione degli errori, la qualità dell'handover, il percorso chirurgico e il consolidamento del modello assistenziale con l'infermiere di riferimento e di processo.

Nel 2018 sono stati implementati "cantieri" di lavoro con il metodo delle 5 S per la riorganizzazione delle scorte e delle postazioni di lavoro nelle aree di degenza e nei servizi.

Grande impegno ha richiesto l'implementazione del nuovo modello di Pronto Soccorso secondo gli indirizzi della Regione Toscana e l'inserimento della figura infermieristica di "gestore del flusso".

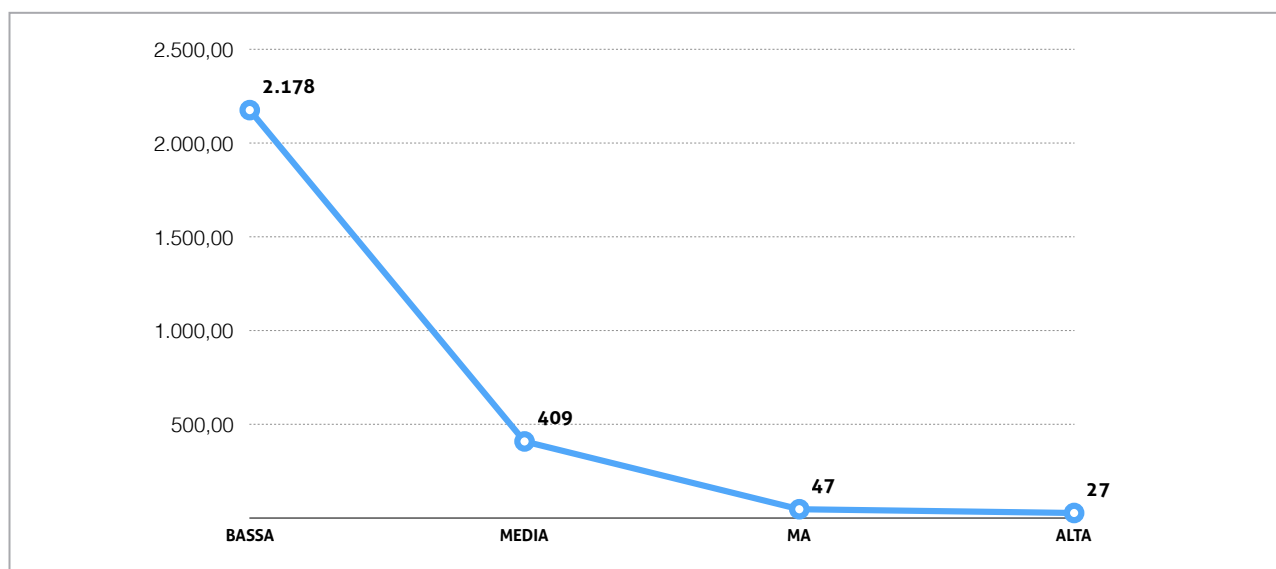
Particolare attenzione è stata posta alla **complessità assistenziale in ambito pediatrico** con l'obiettivo di individuare una modalità di valutazione uniforme per permettere di definire il livello di assistenza necessaria e il rispettivo assorbimento di risorse.

A Partire dai tavoli di coordinamento, strumento ordinario di lavoro, è stato costituito un laboratorio di "sviluppo ed implementazione della scheda di valutazione della complessità assistenziale", composto da infermieri rappresentativi dei diversi setting assistenziali. Il modello individuato trova il suo riferimento nel concetto di bisogno come "una necessità di assistenza che si manifesta nella persona in particolari condizioni psicologiche o fisiche". Oltre la variabile "bisogni" sono stati considerati: contesto familiare e sociale, stabilità e instabilità clinica, isolamento, autonomia / addestramento caregiver.

La fase pilota del progetto ha visto una prima convalida della scheda elaborata dal gruppo, nei vari setting assistenziali alla fine del 2018.

Durante il periodo della sperimentazione, 1 febbraio - 10 giugno 2019, sono state compilate in totale **5228 schede**, di cui **1578** sono le schede prese in esame ad oggi con 2661 rilevazioni (Graf. n.1)

Graf. 1 - Distribuzione rilevazioni per livello di complessità assistenziale



Si è inoltre messa a confronto la percezione degli operatori con la rilevazione tramite la scheda elaborata, che ha evidenziato uno scostamento significativo fra la complessità rilevata e percepita soprattutto nell'area media e medio alta, privilegiando la tendenza a considerare una maggiore complessità (Tab. n.1).

La sperimentazione, pur individuando alcuni elementi di criticità nella rilevazione, ha convinto sulla necessità di inserire uno strumento obiettivo e uniforme nella quotidianità, inserendolo nella cartella infermieristica informatizzata come strumento per la distribuzione delle risorse secondo la necessità di maggiore assorbimento.

Tab. n.1

	Reale	Percepito	Scostamento
BASSA	2178	1795	21%
MEDIA	409	748	-45%
MEDIO-ALTA	47	168	-72%
ALTA	27	29	-7%

L'altro settore in cui si è continuato a migliorare la presa in carico dei bambini complessi è il servizio di continuità assistenziale afferente alla SOC Assistenza infermieristica.

L'integrazione con le aziende territoriali della Regione Toscana, attraverso le ACOT - Agenzia di Continuità Ospedale Territorio - della zona-distretto di riferimento (DGRT n.679 del 12-07-2016), ha permesso di gestire e condividere anticipatamente con il territorio stesso il processo di dimissione con al centro il bambino cronico complesso e la sua famiglia, con la valutazione congiunta organizzata con i diversi professionisti, ospedalieri e territoriali, coinvolti nel Piano assistenziale e di dimissione. (Tab.n. 2)

La visione inoltre di un "Ospedale Senza Muri" (British Medical Journal 2013) ha permesso di estendere le competenze pediatriche ospedaliere verso il territorio (accessi congiunti infermieri Meyer e infermieri territoriali presso il domicilio del bambino) e le competenze di quest'ultimo a disposizione dei professionisti ospedalieri (Tab. n. 3).

Tab. n. 2 - % Valutazioni congiunte ospedale/territorio, organizzate in sede ospedaliera almeno 7 gg prima della dimissione (residenti in Regione Toscana)

	Media intensità assistenziale % pz con valutazione congiunte del piano di dimissione	Alta intensità assistenziale % pz con valutazione congiunte del piano di dimissione
Anno 2018	25%	84%
Anno 2019	44%	86%

Tab. n. 3 - %Accessi congiunte infermieri Meyer e infermieri Territorio presso il domicilio del bambino il giorno stesso della dimissione (area metropolitana Firenze)

	Media intensità assistenziale % pz con accesso congiunto a domicilio il giorno della dimissione	Alta intensità assistenziale % pz con accesso congiunto a domicilio il giorno della dimissione
Anno 2018	Non previsto	100%
Anno 2019	Non previsto	100%

Un altro progetto attivato è stato quello di facilitare l'inclusione scolastica dei bambini con bisogni speciali attraverso la formazione specifica dei docenti e/o caregiver attraverso interventi formativi e esercitazioni pratiche. Sono stati formati ad oggi 112 docenti di 20 bambini con bisogni speciali inseriti in ambito scolastico di ogni ordine e grado.

La formazione è stata attuata anche per i professionisti coinvolti nell'ambito della rete pediatrica sul modello organizzativo e gli strumenti per la continuità assistenziale dei bambini con condizioni cronico-complesse con l'obiettivo di allineare il know-how dei professionisti coinvolti nella gestione dei casi complessi.

Dopo i primi anni di coinvolgimento degli infermieri territoriali, gli incontri sono stati allargati ad altre professionalità della rete (medici, personale ACOT, fisioterapisti, dietisti) delle tre Aziende sanitarie.

Nel settore dell'assistenza tecnico sanitaria, costituita dalle Unità professionali dell'area radiologia, laboratorio, dietetica e della riabilitazione, si è posta particolare attenzione al perseguimento dei seguenti macro-obiettivi:

- ◆ accessibilità ai servizi ambulatoriali: nel rispetto del Piano Regionale del Governo sulle Liste di Attesa, ogni servizio ha dimensionato la tipologia di prestazioni e l'offerta delle stesse in relazione al fabbisogno per rispondere in tempi corretti alla domanda
- ◆ incremento dell'efficienza di processo nell'emergenza/urgenza: è stato migliorato il tempo di risposta delle prestazioni strumentali di radiologia e laboratorio per ridurre il fenomeno del *overcrowding* e del *boarding* in Pronto Soccorso
- ◆ attivazione di modalità di *Customer Satisfaction*: al fine di migliorare la qualità dei servizi, è stato inserito un processo di rilevazione e monitoraggio del grado di soddisfazione dei pazienti e operatori. Il sistema costituito è divenuto permanente e ha la funzione di proporre ed implementare azioni di miglioramento atte a correggere eventuali criticità percepite dall'utenza
- ◆ attivazione del progetto *Open service*: presso l'AOU Meyer sono impiegate considerevoli risorse professionali per garantire delle attività di fondamentale importanza in ambito clinico/assistenziale che tendono alla presa in carico dei pazienti e del caregiver attraverso l'implementazione di servizi specifici.

Il progetto *Open service* ha l'obiettivo di formalizzare tali attività che influiscono particolarmente sull'aspetto qualitativo delle prestazioni erogate e che rappresentano un valore caratterizzante della AOU Meyer; in particolare:

Nell'ambito della Unità professionale **Laboratori** il progetto *Open service* si è posto l'obiettivo di ridurre le non conformità legate alla fase pre-analitica migliorando sia l'efficienza operativa che organizzativa.

Per l'Unità professionale dei tecnici dell'area della **Radiologia** nel programma *Open service* dell'ATS, si inserisce il progetto "Simulatore Rm": grazie all'utilizzo del simulatore di RM/TC i professionisti (TSRM ed infermiere) instaurano un rapporto di fiducia con il paziente e familiari che, oltre a garantire un migliore aspetto comunicativo con il paziente ed i familiari, ha ricadute positive importanti in ambito clinico-organizzativo tra le quali la riduzione delle anestesi per esami diagnostici (in particolare RM) e la riduzione del numero di esami non effettuati a causa della mancata o non corretta preparazione del paziente.

L'Unità professionale della **Riabilitazione** si è orientata sulla gestione e programmazione delle visite, con analisi e individuazione dell'appropriatezza, orientamento della richiesta al team con contatti diretti o telefonici con le famiglie dei pazienti (interni ed esterni). Il progetto *Open service* ha trovato la sua articolazione anche nella collaborazione con la rete dei servizi di riabilitazione territoriale e della pediatria di base, il servizio supporta la continuità assistenziale fisioterapica e logopedica post-dimissione sul territorio e a domicilio. Nello specifico, i professionisti della Unità professionale della Riabilitazione, oltre alle attività svolte in collegialità interdisciplinare svolgono attività in autonomia, in particolare i fisioterapisti e logopedisti della riabilitazione hanno sviluppato una stretta collaborazione con la rete dei servizi di riabilitazione territoriale e della pediatria

di base e nel biennio 2018-2019 sono state inoltre avviate/ottimizzate nuove attività dedicate alla valutazione funzionale e gestione di bambini con particolari problematiche. Sono stati svolti interventi formativi diretti ai genitori e ai nonni per la promozione ed il sostegno dello sviluppo psicomotorio 0-2 anni.

I dati di attività evidenziano un incremento rilevante delle prestazioni erogate a pazienti ricoverati in particolare per casi ad alta complessità assistenziale (Tab. n.4).

Tab. n. 4

	2018	2019	Delta v.a. 2019/2018
Tipo accesso	N°	N°	
Prestazioni per interni	18.042	20.576	2.534
Prestazioni per esterni	2.750	2.814	64
Totale	20.792	23.390	2.598

Nella Unità professionale **Dietetica** gli utenti più numerosi sono soggetti con patologia cronica nei quali l'alimentazione rappresenta un importante presidio terapeutico. Attraverso il progetto *Open service* i professionisti si rendono disponibili nei momenti di cambiamento (diagnosi divorzamento, inserimento in ambito scolastico, in corso di malattie intercorrenti) al contatto con le famiglie e con gli altri operatori (anche extra - aziendali) per garantire la migliore continuità delle cure. Nel biennio di riferimento sono cresciute le prestazioni per i degenti in regime di ricovero ordinario e day hospital afferenti ai centri specialistici regionali di riferimento, e dei pazienti ambulatoriali.

I dati riportati nella tabella n.5 indicano un incremento nell'anno 2019 nei volumi di prestazioni, in particolare nei reparti ad alta intensità di cura o complessità assistenziale (Oncoematologia e TMO, Fibrosi Cistica Cure del bambino clinicamente complesso). Da sottolineare l'aumento di attività di Nutrizione.

Tab. n. 5

		2018	2019	Delta v.a. 2019/2018
Tipologia prestazioni	Tipo di accesso	N°	N°	
Dietetica	Prestazioni per esterni	9.415	10.241	826
	Prestazioni per esterni	1.109	1.600	491
Domiciliare	Prestazioni per esterni	36.126	40.188	4.062
	Totale	46.650	52.029	5.379

Con l'attività del **Lactarium** e con **La Banca del latte umano** anche in questo biennio è stato notevole il contributo fornito a livello regionale nella promozione dell'allattamento al seno e della donazione di latte umano.

Giugno 2020