

## RELAZIONE VALUTAZIONE PIANO PERFORMANCE anno 2018

L'ASST Lariana, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs 150/2009), ha aggiornato il proprio ciclo della performance al fine di migliorare la propria capacità di risposta alle esigenze del cittadino attraverso il soddisfacimento della MISSION (di seguito denominata missione aziendale) e della VISION (di seguito denominata visione strategica condivisa) aziendale.

Lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance è definito Piano della Performance.

Performance: la capacità dell'Azienda di trasformare gli obiettivi in risultati attraverso azioni concrete, ovvero misura la capacità di correlare gli obiettivi con i risultati ottenuti attraverso le azioni adottate dalle Strutture/Servizi interessati.

Il Piano delle Performance è il documento programmatico triennale nel quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si baserà la misurazione, la valutazione nonché la rendicontazione della performance stessa.

Lo scopo del Piano delle Performance è assicurare la qualità della rappresentazione della performance stessa, la comprensibilità della sua rappresentazione agli stakeholders individuati (clienti interni/esterni, ATS e Regione Lombardia), nonché l'attendibilità della stessa misurazione.

Il Piano delle Performance sviluppa dunque quali elementi fondamentali:

*i livelli decisionali* (pianificazione strategica, programmazione annuale e obiettivi di gestione) su cui si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance;

*le dimensioni* rilevanti da monitorare per ogni livello di pianificazione;

*gli indicatori* di misurazione relativi ad ogni dimensione.

Come previsto dalle "Disposizioni in materia di prevenzione della corruzione" contenute nella Deliberazione X/1185 del 20/12/2013 della Giunta Regionale Lombardia e nel D.lgs 25 maggio 2016 n.97, il Piano delle Performance 2018/2020 aggiornato con le variazioni organizzative derivanti dall'entrata in vigore del POAS è integrato da obiettivi specifici atti a sviluppare le attività svolte dall'Azienda per l'implementazione e attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (che di regola include anche il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, realizzato ai sensi del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33) adottato da questa Azienda con deliberazione n. 84 del 29 gennaio 2018 ad oggetto "Adozione dell' aggiornamento al Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) della ASST Lariana, per il triennio 2018-2020.

Vantaggi per l'organizzazione:

individuare ed incorporare le attese degli stakeholders individuati (clienti interni/esterni, ATS e Regione Lombardia);

favorire un'effettiva accountability e trasparenza;

Relazione Piano Performance anno 2018 – UOC Miglioramento Qualità e Risk Management

porre le premesse per l'avvio di un percorso virtuoso portando all'interno di un unico processo elementi di trasparenza, performance, controllo e verifica;  
porre in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance.

La «Relazione annuale sulla performance» 2018 dà evidenza di quanto l'ASST ha migliorato la capacità di risposta alle esigenze del cittadino e delinea nel contempo le linee di indirizzo per la programmazione di attività finalizzate a risolvere le criticità non ancora risolte.

Infatti tale documento descrive sinteticamente i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati nell'anno precedente ed alle risorse disponibili tenuto conto degli indicatori di struttura, efficienza, efficacia e sicurezza ad essi correlati.

La relazione annuale 2018 descrive nella tabella A) i risultati degli indicatori di performance derivati prevalentemente da indicazioni regionali contenuti nel testo delle regole 2018, DGR X / 7600 del 20/12/2017, e nella tabella B) come per l'anno 2017, i risultati degli indicatori definiti da Regione Lombardia ed estrapolati dal PIMO con frequenza di rilevazione annuale.

La scelta strategica dell'ASST Lariana per l'anno 2018 conferma l'intenzione di promuovere un sistema integrato di miglioramento della qualità e sicurezza del Paziente presso le strutture sanitarie attraverso l'integrazione dei sistemi di valutazione delle performance aziendali con la gestione della qualità e del rischio.

Qui di seguito sono presentate le valutazioni relativamente agli indicatori rappresentati nella **tabella A)**:

#### **Obiettivo n. 1 Ambito: Contabilità analitica**

Indicatore: Capacità produttiva

**Formula:** Estrazione e diffusione fattori produttivi da parte RL/produzione ASST

**Risultato atteso:** 100%

La Direzione Aziendale ha dedicato particolare attenzione allo sviluppo di un sistema aziendale di contabilità analitica e controllo di gestione nell'ottica di efficientamento della spesa e razionalizzazione nell'utilizzo dei fattori produttivi e di controllo dei fabbisogni.

Il dato sopra indicato esprime la capacità produttiva dell'ASST Lariana nell'anno 2018. Nello specifico sono stati raggiunti efficacemente gli obiettivi di produzione assegnati e finanziati nel bilancio aziendale. Risulta che i ricavi per le prestazioni erogate sono perfettamente in equilibrio con i costi di produzione. L'obiettivo è raggiunto.

Nelle tabelle qui di seguito riportate viene descritta la relazione sui costi LEA e relativi scostamenti e modello di rilevazione adottato.

### 5.3 La relazione sui costi per livelli essenziali di assistenza e relazione sugli scostamenti

Da una comparazione fra il Modello LA 2018 con l'analogo Modello del 2017, si registra un incremento in valore assoluto dei costi sostenuti dall'Azienda pari a 6.695.000. L'aumento si distribuisce fra le varie linee di attività secondo quanto rilevato nella sottostante tabella:

Macro voci economiche	Totale 2017	%	Totale 2018	%	Scostamento in valori assoluti	Scostamento fra i valori %
1-Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	10.847	3,1%	11.461	3,2%	614	+0,1
2 Assistenza distrettuale	192.181	54,6%	184.141	51,4%	-8.040	-3,2%
Guardia medica			95		95	
Medicina generale	2.769		2.561		-208	
Emergenza sanitaria territoriale	18.863		18.914		51	
Assistenza farmaceutica	31.724		35.869		4.154	
Assistenza integrativa	2.605		3.111		506	
Assistenza specialistica	94.915		81.036		-13.879	
Assistenza protesica	11.580		12.022		442	
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	18.612		18.900		288	
Assistenza territoriale semiresidenziale	841		800		-41	
Assistenza territoriale residenziale	10.272		10833		561	
Assistenza idrotermale						
3 – Assistenza ospedaliera	148.698	42,3%	162.819	45,4%	14.121	+3,1%
Attività di Pronto soccorso	4.098		21.459		17.361	
Assistenza ospedaliera per acuti	132.637		128.218		-4.419	
Interventi ospedalieri a domicilio						
Assistenza ospedaliera per lungodegenti	84		46		-38	
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	10.599		10.742		143	
Emocomponenti e servizi trasfusionali	1.280		2.354		1.074	
Trapianto organi e tessuti						
<b>TOTALE</b>	<b>351.726</b>	<b>100,00 %</b>	<b>358.421</b>	<b>100,00 %</b>	<b>6.695</b>	

L'incremento dei costi della linea di attività "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" è imputabile principalmente all'attività vaccinale e all'attività di medicina legale. Tale incremento è stato in parte compensato dalla riduzione dei costi relativi alla prevenzione rivolta alla persona: sono stati infatti rivisti, come da indicazione regionale, i costi corrispondenti a test genetici, ricerca dei marker tumorali, eco alle anche e lge inalanti alimentari, escludendoli dalla linea prevenzione.

Il delta positivo riscontrabile rispetto alla linea di attività "Attività farmaceutica" deve essere ricondotto all'aumento dei costi di erogazione dei farmaci di File F.

E' riscontrabile inoltre un aumento dei consumi sanitari erogati nell'ambito dell'assistenza integrativa e della protesica minore monouso.

Il decremento dei costi di attività specialistica non è reale, si riscontra infatti un aumento di 4.020.000 euro relativi all'erogazione di prestazioni ambulatoriali, in correlazione con una riduzione dei costi dell'attività di Day Hospital e Day Surgery. L'apparente riduzione è dovuta solo ad una differente allocazione dei costi delle prestazioni di laboratorio e radiologia erogate a favore di pazienti transitati dal Pronto Soccorso e non

## MODELLO DI RILEVAZIONE LIVELLI DI ASSISTENZA - SINTESI

STRUTTURA RILEVATA				OGGETTO DELLA RILEVAZIONE								
REGIONE	030	ATS/ASSIRCCS		712	CONSUNTIVO ANNO							2018
	Costumi e materiali per esercizio	Costi per acquisti di servizi	Personale del ruolo ambulatorio	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo toristico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopraelevazione / traslocazione	Altri costi	Totale	%	
1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambulatorio di vita e di lavoro	4.152	1.529	3.509	93	438	1.002	479	19	240	11.461	3,2%	
2 - Assistenza distrettuale	49.680	45.002	54.462	241	9.499	9.255	11.987	267	3.748	184.141	51,4%	
Guardia medica	9	84	-	-	-	-	2	-	-	95		
Medicina generale	83	482	429	4	138	1.128	158	6	83	2.961		
Emergenza sanitaria (ieri totale)	169	11.407	4.513	82	1.064	247	903	22	327	18.914		
Assistenza farmacia	34.260	312	575	3	233	250	139	4	53	35.869		
Assistenza integrativa	2.224	179	183	1	134	263	128	2	27	3.111		
Assistenza specialistica	9.981	15.981	31.597	100	3.686	4.949	6.367	154	2.221	61.036		
Assistenza Primaria	2.323	6.319	401	3	133	192	2.136	4	51	12.022		
Assistenza sanitaria ambulatoriale domiciliare	215	3.959	10.030	30	1.492	1.287	1.118	47	622	10.900		
Assistenza sanitaria semiresidenziale	37	91	316	1	242	31	53	2	27	800		
Assistenza sanitaria residenziale	399	2.185	4.403	17	2.309	368	703	26	335	10.833		
Assistenza id-termale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
3 - Assistenza ospedaliera	20.604	31.111	75.187	301	13.886	5.472	11.431	343	4.484	162.819	45,4%	
Attività di pronto soccorso	1.508	3.343	11.440	34	1.915	694	1.888	32	608	31.450		
Assistenza ospedaliera per acuti	17.294	23.565	58.335	251	11.136	4.134	9.178	267	3.490	128.218		
Interventi ospedalieri a domicilio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Assistenza ospedaliera per oncologici	2	18	17	-	4	2	2	-	1	46		
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	504	3.805	4.471	13	700	333	328	20	258	10.712		
Emocomponenti e servizi di trasfusione	736	380	923	3	49	304	105	4	50	2.154		
Trasferimento organi e tessuti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
TOTALE	74.436	77.642	133.153	635	23.813	15.729	23.897	629	8.472	358.421	100,0%	

SINTESI

1

18/06/2019

## Obiettivo n. 2 Ambito: Trasparenza e corruzione

Indicatore: Qualità

**Formula:**  $N^{\circ}$  richieste di partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati con espressione di parere esaminabili /  $N^{\circ}$  richieste di partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati pervenute \* 100

**Risultato atteso:**100%

La partecipazione dei dipendenti ad eventi/attività formative esterni all'ASST Lariana finanziate da ditte/società esterne private, rientra tra i processi di procurement in sanità ritenuti ad alto rischio corruttivo. Nello specifico sulla scorta delle indicazioni ANAC (Autorità Nazionale Anti Corruzione) che nel Piano Nazionale Anticorruzione ha individuato specifiche misure per la gestione del conflitto di interessi, l'ASST Lariana ha emanato uno specifico regolamento che prevede la valutazione di congruità delle domande pervenute.

A tal proposito sono pervenute **n. 160** richieste di partecipazione ad eventi formativi sostenute da sponsor. La commissione valutativa aziendale ha esaminato il 100% di tali richieste.

### **Obiettivo n. 3 Ambito Trattamento giuridico**

Indicatore: Qualità

**Formula:** N° richieste di autorizzazione ad incarichi extra istituzionali esaminabili con pareri espressi /N° totale richieste di autorizzazione ad incarichi extraistituzionali esaminabili \*100

**Risultato atteso:**>90<95%

Le domande esaminabili nel 2018 sono state complessivamente **701**, quelle esaminate 701 con una percentuale di risultato del 100%.

Il campione di 701 domande è così composto:

- dinieghi = 26
- autorizzazioni = 652
- domande fuori termini = 4
- prese d'atto di vario genere = 11
- procedimenti chiusi per mancato riscontro a richiesta di integrazione istruttoria = 8

### Obiettivi n.4, n.5, n.6, n.7 Ambito: Dematerializzazione del ciclo passivo

L'introduzione della fatturazione elettronica obbligatoria verso la Pubblica Amministrazione (PA) rappresenta un'importante spinta verso l'efficienza delle Pubbliche amministrazioni e la semplificazione dei processi amministrativi.

L'ASST Lariana ha aderito a questo progetto innovativo per migliorare le sue performance avviando al suo interno il processo di digitalizzazione di ordini, fatture e bolle per farmaci e dispositivi medici ottenendo complessivamente buoni risultati.

### **Obiettivo n. 4 Ambito: Dematerializzazione del ciclo passivo**

Indicatore: Processo di spesa

**Formula:** N° ordini, fatture digitalizzati per farmaci, dispositivi medici / N° ordini, fatture per farmaci, dispositivi medici\*100

**Risultato atteso:** almeno 90%

N° **22.715** ordini digitalizzati per farmaci, dispositivi medici / N° **22.890** ordini per farmaci, dispositivi medici\*100 = **99%**

N° **32276** fatture digitalizzate per farmaci, dispositivi medici / N° **32276** fatture per farmaci, dispositivi medici\*100 = **100%**

In entrambi i casi l'obiettivo è stato raggiunto.

### **Obiettivo n. 5 Ambito: Dematerializzazione del ciclo passivo**

Indicatore: Processo di spesa

**Formula:** N° bolle digitalizzate per farmaci, dispositivi medici / N° bolle per farmaci, dispositivi medici\*100

**Risultato atteso:** almeno 50%

Analogamente all'obiettivo n.4 è stato avviato anche il processo di digitalizzazione di bolle per farmaci, dispositivi medici. Nell'ambito del percorso iniziato nel mese di marzo 2018, numerose

bolle/Ddt sono state digitalizzate ma collegate alla cartella contabile anziché al carico. Si prevede miglioramento nell'anno 2019.

N° **23.911** bolle digitalizzate per farmaci, dispositivi medici / N° **36.881** bolle per farmaci, dispositivi medici\*100 = **64%**

#### **Obiettivo n. 6 Ambito: Dematerializzazione del ciclo passivo**

Indicatore: Processo di spesa

**Formula:** N° ordini, fatture digitalizzati per beni e servizi (escluso materiale di competenza del UOC Farmacia H)/ N° totale ordini, fatture per beni e servizi(escluso materiale di competenza del UOC Farmacia H) \*100

**Risultato atteso:** almeno 90%

L'ASST Lariana ha avviato altresì il processo di digitalizzazione di ordini e fatture anche riguardo a beni e servizi ottenendo buoni risultati (**100%**)

Trattasi ovviamente di un percorso in divenire che prevede annualmente una rivisitazione delle azioni messe in campo per migliorare le performance.

**Dato 2018: 100%**

n. 3.036 ordini emessi digitalmente/ n.3.036 ordini complessivamente emessi.

Per tutto il 2018 è stato obbligatorio ricevere fatture esclusivamente in formato elettronico, pur non disponendo del dato numerico, si conferma che la percentuale oggetto di indagine si attesta quindi al 100%.

#### **Obiettivo n. 7 Ambito: Dematerializzazione del ciclo passivo**

Indicatore: Processo di spesa

**Formula:** N° bolle digitalizzate per beni e servizi (escluso materiale di competenza del UOC Farmacia H)/ N° totale bolle per beni e servizi(escluso materiale di competenza del UOC Farmacia H) \*100

**Risultato atteso:** almeno 50%

**Dato 2018: 100%**

n.4.445 bolle cioè documento di trasporto complessivamente ricevute/n.4.445 bolle digitalizzate.

#### Obiettivo n.8, n.9 Ambito: Approvvigionamenti

Il sistema degli acquisti pubblici è stato fortemente ridisegnato con l'introduzione del nuovo "Codice dei contratti pubblici", approvato con d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, che ha introdotto il concetto di "qualificazione delle stazioni appaltanti" ed ha previsto l'istituzione di un elenco di "soggetti aggregatori", incaricati di svolgere procedure di acquisto su specifiche categorie merceologiche, per le quali, oltre soglie specificatamente definite, hanno competenza esclusiva.

In Regione Lombardia, la Centrale di Committenza, con ruolo di soggetto aggregatore, punto di riferimento per gli acquisti pubblici, è ARCA (Azienda Regionale Centrale Acquisti). Nello specifico ARCA si occupa di ottimizzare e razionalizzare le procedure di acquisto in stretto raccordo e coordinamento con la Regione Lombardia e il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Come Centrale Acquisti e soggetto aggregatore per la Lombardia, ARCA, infatti, realizza gare d'appalto in forma aggregata per la fornitura di beni e servizi a beneficio degli Enti del Sistema Regionale della Regione Lombardia. ARCA ha anche il compito di diffondere l'utilizzo degli strumenti di e-procurement ed al tal fine ha sviluppato e gestisce la piattaforma Sintel.

L'iniziativa di centralizzazione delle procedure di acquisto nella nostra Azienda, unitamente all'utilizzo di strumenti evoluti di e-procurement, definisce l'obiettivo di portare benefici in termini di risparmi ma anche di aumento della qualità delle forniture, della trasparenza, di semplificazione e di incremento dell'efficacia delle stesse.

#### **Obiettivo n. 8 Ambito: Approvvigionamenti** par 2.6.1 (DGR XI/1046 del 17/12/2018)

Indicatore: Processo di spesa

Relazione Piano Performance anno 2018 – UOC Miglioramento Qualità e Risk Management

**Formula:** N° procedure di acquisto relative a beni e/o servizi >40mila euro su piattaforma SINTEL, CONSIP, ARCA, LISPA, ICT attivate/N° totale procedure di acquisto >40mila euro \*100

**Risultato atteso:** almeno 90%

Numero procedure di acquisto (> di 40.000,00 €) attivate su piattaforma SINTEL, CONSIP, ARCA, LISPA, ICT = 217

Numero procedure di acquisto (> di 40.000,00 €) attivate = 217

**Dato 2018: 100%**

**Obiettivo n. 9 Ambito: Approvvigionamenti** par 2.6.1 DGR XI/1046 del 17/12/2018

Indicatore: Processo di spesa

**Formula:** Valore acquisto beni e/o servizi centralizzati/aggiunti/servizi in concessione/valore totale speso \*100

**Risultato atteso:** ≥ 60%

Valore acquisto beni e servizi € / 1.000						
Totale acquisti beni e servizi € / 1.000	129.775	6.235	38.523	40.957	26.693	17.367
	VALORE IV CET 2018	Acquisti attraverso CONSIP	Acquisti attraverso A.R.C.A.	Acquisti gare aggregate cons./un.	Servizi in Concessione	Acquisti autonomi
%Acquisti di beni e servizi per tipologia di acquisizione	100%	5%	30%	32%	21%	13%

**Dato 2018: >90%**

**Obiettivo n. 10 Ambito: Costo personale** par. 4.3.3 DGR X/7600 del 20.12.2017

Indicatore: Processo di spesa

**Formula:** Costo Personale gravante su beni e servizi (es. consulenze sanitarie da terzi, prestazioni occasionali, consulenze amministrative e tecniche)

**Risultato atteso:** Pari ad almeno 5% del minor costo sostenuto fra l'anno 2016 e 2017

Dato 2018: Aumento del costo del personale in formula del + 0,982 % rispetto al 2017 (anno con costi del personale inferiori rispetto al 2016)

Nel 2018, per un blocco dei "fondi" dedicati ai conti economici che fanno riferimento alla voce beni e servizi del bilancio aziendale, NON è stato possibile ridurre il costo storico dei precedenti esercizi finanziari 2016 e 2017 per quanto attiene ai contratti d'opera specialistici libero professionali, concernenti, nella quasi totalità dei casi a personale medico richiesto dai Responsabili di UOC e dai Direttori di Dipartimento per sopperire alle persistenti carenze d' organico.

Si evidenzia, tuttavia, che l'attività svolta da parte di tali libero professionisti, pur incidendo sulla voce costi, ha consentito di mantenere invariati i tempi d' attesa per le diverse prestazioni, in particolare in campo ambulatoriale.

**Obiettivo n. 11 Ambito: Costo personale** par. 4.3.3 DGR X/7600 del 20.12.2017

Indicatore: Processo di spesa

**Formula:** Assunzioni personale a tempo determinato e indeterminato ritenuto indispensabile e urgente nel rispetto del budget 2018/totale assunzioni

**Risultato atteso:** relazione sintetica

Qui di seguito sinteticamente si rappresentano i risultati della formula sopra indicata riferiti al punto 4.3.3 del documento determinato da Regione Lombardia in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018 in merito al Piano di Gestione delle Risorse umane anno 2018.

**Assunzioni di cui al punto 1 del 4.3.3.:** (le ASST, gli IRCCS di diritto pubblico ed AREU sono autorizzati ad effettuare, fin dall'1/1/2018 e nell'ambito del turn over del 90% (da calcolarsi sulle cessazioni intervenute dall'1/1/18 al 31/12/18) suddiviso per Aree Contrattuali (Dirigenza e Comparto) le assunzioni di personale a tempo indeterminato e determinato ritenute indifferibili e urgenti nel rispetto del budget che sarà assegnato per l'anno 2018; il turn over deve calcolarsi sulle singole Aree Contrattuali Dirigenze e Comparto ed il turn over non agito su un'area non può essere recuperato sull'altra)

Personale area comparto pari al 84,2%:

a tempo determinato n. 37

a tempo indeterminato n. 123

Personale area dirigenza pari al 76%:

a tempo determinato n. 27

a tempo indeterminato n. 30

**Assunzioni di cui al punto 3 del 4.3.3.:** (una volta esaurito il turn over sopra descritto per l'anno 2018, gli enti potranno procedere ad ulteriori assunzioni a tempo indeterminato in deroga rispetto a quanto previsto ai precedenti punti 1) e 2) secondo quanto sarà specificato da apposita circolare della Direzione Generale Welfare nel rispetto del budget che sarà assegnato per l'anno 2018)

Personale area comparto

a tempo determinato supplente n. 4

Personale area dirigenza

a tempo determinato supplente n. 14

Personale area comparto

a tempo indeterminato n. 15

Personale area dirigenza

a tempo indeterminato n. 13

## **Obiettivo n. 12 Ambito: Flussi informativi sanitari**

Indicatore: Qualità

**Formula:** N° flussi informativi sanitari e sociosanitari completi di anagrafiche corrette/N° totale flussi sanitari e sociosanitari inviati

**Risultato atteso:** piena copertura

I sistemi informativi sanitari e sociosanitari riguardano le prestazioni e i servizi erogati dalle strutture coinvolte nell'assistenza sanitaria ai diversi livelli.

Essi sono gli strumenti fondamentali per la gestione economico-finanziaria dell'assistenza. L'ASST Lariana è impegnata da anni nel garantire il miglioramento della qualità dei dati raccolti e anche per l'anno 2018 il risultato è stato ottimale.

In dettaglio i flussi sanitari e sociosanitari considerati sono i seguenti: Flusso Psichiatria, Flusso AIFA (farmacia), Flusso Libera Professione, File Farmaci, File R(farmaci ai ricoverati), Flusso Ricoveri, Flusso Prestazioni Ambulatoriali, Flusso Protesica Maggiore, Flusso Protesica Minore, Flusso Dietetica, Flusso Diabetica, Flusso Pronto Soccorso, Flusso Dispositivi Medici, Flusso Aborti, Flusso Certificati di Assistenza al Parto, Flusso Consultori, Flusso 730, Flusso Neuropsichiatria Infantile, Flusso MOSA (tempi di attesa), MTA (monitoraggio tempi di attesa), Flussi Ministeriali (posti letti, accreditamento, ore ambulatori).

**Dato 2018:  $21/21 \times 100 = 100\%$**



## **Obiettivo n. 13 Ambito: Reti di patologia**

Indicatore: Qualità Attività produttiva

**Formula:** Adeguamento al modello di reti clinico assistenziali

**Risultato atteso:** Relazione degli esiti degli audit effettuati e azioni di miglioramento definite

La Rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini. Una componente fondamentale del funzionamento della Rete è basata su specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) relativi alle principali patologie della cui realizzazione si fa carico la stessa rete clinico-assistenziale.

Per valutare l'adeguamento delle reti presenti in Azienda al modello regionale, sono stati effettuati presso le principali reti clinico assistenziali audit strutturati nell'ambito dei quali sono stati presentati e discussi i dati relativi agli indicatori specifici pubblicati sul Portale Regionale in particolare sono stati confrontati (benchmark) con i dati ATS e di Regione Lombardia. Sono state quindi rilevate le criticità e condivise le azioni di miglioramento. Qui di seguito sinteticamente sono riportati i risultati :

### Rete Infarto

**1. Presentazione e discussione dati** relativi agli indicatori specifici pubblicati Portale regionale:

**Criticità:** discontinuo inserimento dei dati nella piattaforma regionale causa un malfunzionamento del sistema, eccessivo numero di informazioni richieste a fronte di assenza di reportistica di ritorno da parte di Regione Lombardia. Tale criticità è condivisa da altre ASST dell'ambito regionali.

**2. Verifica formalizzazione RETE STEMI :**

coinvolgimento UU.OO., modalità organizzative (es. periodicità incontri, condivisione casi, documenti correlati alla rete **STEMI**).

Non esiste una formalizzazione della rete. Esistono rapporti informali tra PS, Emodinamica, UOC Cardiologia UC, Radiologia ecc. Sono stati predisposti documenti con la finalità di regolamentare i rapporti tra UOC Cardiologia ed Emodinamica (PO.000.93 Accesso al quartiere interventistico per interventi di diagnostica e interventistica Cardiovascolare). Esiste un documento non formalizzato ma utilizzato sul fast track per facilitare il transito veloce dal PS al Quartiere angiografico del PO S. Anna di pazienti in arrivo con STEMI.

E' in uso un PDTA.000.13 " Gestione paziente dolore toracico in PS" del 17.8.2017. E' attiva e funzionante una collaborazione tra SOREU e UC per lettura immediata dell'ECG registrata dai soccorritori sul territorio da parte del medico cardiologo di guardia in UC del PO S. Anna.

### Az. Miglioramento:

Redigere un documento di organizzazione che formalizzi la composizione della rete e le modalità organizzative con incontri periodici per la discussione dei dati, definizione di piani di attività e monitoraggio indicatori previsti nei PDTA.

Sensibilizzazione dell'utenza e delle diverse componenti professionali che accedono alla rete.

### Rete Ictus

**1. Presentazione e discussione dati** relativi agli indicatori specifici pubblicati sul Portale Regionale. Confronto (benchmark) con dati ATS e di Regione Lombardia

**Criticità:** discontinuo inserimento dati nella piattaforma regionale esistente da vari anni causa malfunzionamento del sistema ,eccessivo numero di informazioni richieste a fronte di assenza di

Relazione Piano Performance anno 2018 – UOC Miglioramento Qualità e Risk Management

reportistica di ritorno da parte di Regione Lombardia. Tale criticità è condivisa da altre ASST dell'ambito regionali.

## 2.Verifica formalizzazione RETE ICTUS :

coinvolgimento UU.OO., modalità organizzative (es. periodicità incontri, condivisione casi, documenti correlati alla rete STROKE.

Non esiste una formalizzazione della rete. Esistono rapporti informali tra le UU.OO. indicate nel PDTA.000.04 del 13.06.2017 che esplicita il percorso diagnostico terapeutico assistenziale dell'ictus cerebrale ischemico. . E' in corso il monitoraggio degli indicatori qui previsti.

### Az. Miglioramento:

Redigere un documento di organizzazione che formalizzi la composizione della rete e le modalità organizzative con incontri periodici per la discussione dei dati, definizione di piani di attività e monitoraggio indicatori previsti nei PDTA.

Condivisione dati di monitoraggio. Sensibilizzazione dell'utenza e delle diverse componenti professionali che accedono alla rete. In particolare con PS e UOC di Riabilitazione per una tempestiva pianificazione assistenziale.

### Rete Oncologica

**Verifica formalizzazione RETE oncologica ca mammella e ca colon retto:** coinvolgimento UU.OO., modalità organizzative (es. periodicità incontri, condivisione casi, documenti correlati alla rete con analisi degli indicatori di processo e di outcome presenti sul portale regionale per un confronto con i dati discussi in occasione dell'audit PNE anno 2017.

La rete ospedaliera non è formalizzata ma vi è evidenza di coinvolgimento delle UU.OO. interessate, della periodicità di incontri con discussione casi e confronto su dati di attività e analisi risultati degli indicatori presenti sul portale regionale. Esiste un piano di attività e di formazione sul campo

Verifica stato di avanzamento azioni di miglioramento emersi nell'audit PNE 2017:

- Revisione / aggiornamento del PDTA Aziendale entro dicembre 2018: **in fase di attuazione;**
- Monitoraggio semestrale degli indicatori (effettuato e visionato): evidente miglioramento dati di attività;
- Audit sugli eventuali scostamenti con particolare attenzione agli indicatori critici :fatto in data 5 ottobre e in data 17.12 per la verifica complessiva dei dati di attività
- Pianificazione Progetto di consulenza dietetico-nutrizionale Ospedale – Territorio:previsto nell'ambito del Progetto donna
- Pianificazione integrazione almeno gestionale con programma di screening :Necessita un accordo con ATS per un report relativo ai dati screening ca mammella al fine di pianificare azioni di miglioramento. E' in fase di stesura un documento relativo al percorso del paziente che si sottopone a screening sia del ca mammella sia del ca colon retto. Si riscontra la criticità relativa al non fluido passaggio tra endoscopisti (diagnostica) e chirurghi

### Rete trapiantologica

**Verifica formalizzazione RETE trapiantologica :** coinvolgimento UU.OO., modalità organizzative (es. periodicità incontri, condivisione casi, documenti correlati alla rete . Nello specifico presso il PO S.Anna si effettua attività di prelievo cornee, tessuti, organi, ecc ma non attività di trapianto.

Esistono procedure specifiche non tutte aggiornate.

### Az. Miglioramento:

Redigere un documento di organizzazione che formalizzi la composizione della rete e le modalità organizzative con incontri periodici per la discussione dei dati, definizione di piani di attività e monitoraggio indicatori previsti nei PDTA.

Condivisione dati di monitoraggio. Sensibilizzazione dell'utenza e delle diverse componenti professionali che accedono alla rete. Corso di formazione per due medici del Presidio di Mariano Comense. Proposta di LP per medici a Mariano Comense per prelievi cornee. Incontro di formazione ai chirurghi per prelievo cornee. FAD da rendere obbligatoria avente come tematica il Prelievo di cornee. Attività continua di monitoraggio n.cornee/n. deceduti (verifica di mancato consenso o mancata idoneità clinica). Predisposizione di una Procedura per prelievo multi tessuto e donatore a cuore fermo e polmone

**Obiettivo n. 14 Ambito: Sperimentazione cure palliative**

Indicatore: Qualità

**Formula:** Attivazione della sperimentazione della valutazione bisogno identificato nel NECPAL  
E valutazione globale dei percorsi di cura (Inter RAI-Palliative Care)

**Risultato atteso:** relazione consuntiva

Regione Lombardia non ha attivato la sperimentazione NECPAL a livello centrale rinviando il tutto al 2019 salvo diverse disposizioni; ha nel contempo introdotto uno Strumento di valutazione del bisogno clinico assistenziale e sociale (sub allegato F) e uno Strumento di identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative (sub allegato E), derivato dal Necpal, che verrà utilizzato dal 1° gennaio 2019, come da indicazione di cui alla Deliberazione N° XI / 1046 Seduta del 17/12/2018 per tutti pazienti segnalati ad un nodo di rete.

## SUB ALLEGATO F

AREE DA INVESTIGARE		ELEMENTI VALUTATIVI	
BISOGNO SOCIALE			
Fatica nella capacità di prendere decisioni quotidiane relative all'assistenza	VARIABILE	ELEVATA	MOLTO ELEVATA
Relazioni familiari complesse	VARIABILE	ELEVATA	MOLTO ELEVATA
Fragilità del caregiver (fisica, psichica, emotiva)	VARIABILE	ELEVATA	MOLTO ELEVATA
BISOGNO CLINICO - ASSISTENZIALE			
INTENSITA'	ASSENTE/LIEVE	MODERATA	FORTE
CONFUSIONE/DELIRIO 4-AT	< oppure = 3	> oppure = 4	
DOLORE ESAS/PAINAD	0-3	4-7	8-10
DISPNEA ESAS	0-3	4-7	8-10
INSONNIA ESAS	0-4	5-7	8-10
ASTENIA ESAS	0-4	5-7	8-10
SONNOLENZA ESAS	0-4	5-7	8-10
DISFAGIA	NO	sì	sì
NAUSEA e/o VOMITO ESAS	0-4	5-7	8-10
INAPPETENZA ESAS	0-4	5-7	8-10
DISTRESS PSICOESISTENZIALE EMOTION THERMOMETERS	< oppure =13	14-19	> oppure = 20
LIMITAZIONE AUTONOMIA BARTHEL	> oppure =26	= oppure <25	
RISCHIO LESIONI CUTANEE NORTON	> oppure =18	11-17	< oppure = 10
PROTESI E/O DEVICE PER SUPPORTO VITALE	1	2	> 2
QUADRI CLINICI COMPLESSI AD ELEVATO RISCHIO DI SVILUPPARE COMPLICANZE	NO	sì	sì
DECORSO CLINICO (ES. NECESSITÀ DI VARIAZIONI FREQUENTI DELLA TERAPIA)	NO	sì	sì
PAI			
	CURE PALLIATIVE DI BASE 0,2<CIA < 0,5	CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE CIA ≥ 0,5	
INTENSITÀ ASSISTENZIALE	VARIABILE	ELEVATA	MOLTO ELEVATA
STANDARD MINIMO PER LA FIGURA DEL MEDICO SPECIALISTA CP PER 10 GG DI PIC	1 ACCESSO MEDICO	2 ACCESSI MEDICO	ALMENO 2 ACCESSI MEDICO

## SUB ALLEGATO E

## STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO ONCOLOGICO		
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>		
SAREI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
INTENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI NEOPLASIA (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)</b>		
o Diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi: neoplasie polmone, pancreas ed esofago) che presenti scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione durante il trattamento o metastasi in organi vitali (SNC, fegato, grave disassimilazione polmonare)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA OSTRUTTIVA		
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>		
SAREI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
INTENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di due o più dei seguenti criteri)</b>		
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le ricadute di malattia	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Nel caso si disponga dei test respiratori, criteri di ostruzione severa: FEV1 <30% o criteri di deficit restrittivo severo: CV forata <60%, DLCO <60%	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa: presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Insufficienza cardiaca sintomatica	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per ricadute di bronchite)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CARDIOLOGICO		
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>		
SAREI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
INTENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE CARDIACHE (presenza di due o più dei seguenti criteri)</b>		
o Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o In caso si disponga di Elettrocardiografia: frazione di eiezione gravemente ridotta (<30%) o ipertensione polmonare severa (Pressione polmonare > 60 mmHg)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Insufficienza renale (FG <30%)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco/cardiopatia ischemica (>3 nell'ultimo anno)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO COLPITO DA STROKE		
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>		
SAREI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
INTENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE STROKE (presenza di UNO o più dei seguenti criteri)</b>		
o Durante la fase acuta o subacuta (< 3 mesi post-stroke): stato vegetativo persistente o di minima coscienza > 3 giorni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Durante la fase cronica (> 3 mesi post-stroke): complicanze mediche ripetute (polmonite ab ingestis, nonostante misure antidiaplogia, pielonefriti (> 1), febbre ricorrente nonostante terapia antibiotica/antifungina persistente dopo 7 giorni di terapia)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Antibioticoresistenza per più di 7 giorni, lesioni da decubito persistenti in stadio II-IV o demenza severa post-stroke	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEUROLOGICO CRONICO		
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>		
SAREI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
INTENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: SNG/PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE NON INVASIVA	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE INVASIVA/TRACHEO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE: SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza di due o più dei seguenti criteri)</b>		
o Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Sintomi complessi e di difficile controllo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Disfagia progressiva	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEFROPATICO CRONICO GRAVE		
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>		
SAREI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
VOLONTÀ ESPRESSA DAL PAZIENTE E DAL CARE-GIVER/FAMIGLIARE: PROSECUZIONE DIALISI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
INTENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di un solo criterio)</b>		
o Insufficienza renale grave (FG < 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO EPATOPATICO CRONICO GRAVE		
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>		
SAREI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
INTENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (richiede la presenza di UNO o più criteri)</b>		
o Cirrosi avanzata Child C (determinato in assenza di complicanze o dopo trattamento ottimale), MELD-Na score > 30 o con uno o più delle seguenti complicanze: ascite refrattaria, sindrome epatorenale o emorragia digestiva alta da ipertensione portale con fallimento del trattamento farmacologico ed endoscopico e assenza di indicazioni per trapianto o TIPS	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Carcinoma epatocellulare: presente in stadio C o D (Barcellona Clinic Liver Cancer)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON DEMENZA		
<b>1. DOMANDA SORPRENDENTE</b>		
SAREI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
<b>2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE</b>		
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
INTENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DEMENZA (presenza di due o più dei seguenti criteri)</b>		
o Criteri di gravità: incapacità a vestirsi, lavarsi, o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6), incoerenza doppia (GDS/FAST del-e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata, 6 o meno parole intelligibili (GDS/FAST 7) (Global Deterioration Scale/Function Assessment Staging Test)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Criteri di progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL negli ultimi 6 mesi nonostante un intervento terapeutico adeguato (non imputabile ad una situazione acuta per processo intercorrente) o presenza di difficoltà alla deglutizione, o rifiuto del cibo, in pazienti che non riceveranno nutrizione enterale o parenterale.	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Utilizzo di risorse: ricoveri ripetuti (> 3 in 12 mesi, per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite,	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
o Setticemia, etc (che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>4. PROGNOSI STIMATA</b>	<input type="checkbox"/> <30 giorni	<input type="checkbox"/> <3 mesi <input type="checkbox"/> >3 mesi

QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITÀ, STABILITÀ E INSTABILITÀ		
<b>MALNUTRIZIONE E/O DENUTRIZIONE</b> Marcatori Nutrizionali, almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>Severità: albumina serica &lt; 2,5g/dl non correlato a eventi acuti</li> <li>Progressione: perdita di peso &gt; 10%</li> <li>Percezione clinica di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>MARCATORI FUNZIONALI</b> , almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>Severità: dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel &lt;25, ECOG &gt;2 o Karnofsky &lt;50%)</li> <li>Progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento Terapeutico</li> <li>Percezione clinica di un deterioramento funzionale (persistente intenso/grave, progressivo, irreversibile) non legato a condizioni intercorrenti</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>ALTRI MARCATORI DI SEVERITÀ E FRAGILITÀ ESTREMA</b> , almeno 2 dei seguenti negli ultimi 6 mesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ulcere da decubito croniche (III-IV grado)</li> <li>Infezioni ricorrenti (&gt;1)</li> <li>Stato confusionale acuto (delirium)</li> <li>Disfagia persistente</li> <li>Cadute (&gt;2)</li> <li>Disturbi del sonno</li> <li>Dispnea</li> <li>Dolore</li> <li>Disturbi gastroenterici</li> <li>Astenia</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>STRESS EMOTIVO</b> con sintomi psicologici (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>ULTERIORI FATTORI DI UTILIZZO DI RISORSE</b> . Una qualsiasi delle seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche, nell'ultimo anno</li> <li>Necessità di cure complesse/intense continue, sia in un istituto di cure che al domicilio</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTESTO SOCIALE DIFFICILE</b>	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<b>COMORBIDITÀ</b> ≥ 2 patologie concomitanti	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

LEGENDA INTENSITÀ ASSISTENZIALE				
Livello gravità	Intensità assistenziale richiesta	CIA	MIX PROFESSIONALE	Livello CP SUGGERITO
1 – 2	MEDIO-BASSA	0,2 < CIA < 0,5	Almeno 1 accesso medico ogni 10 giorni	BASE
2 – 3	MEDIO-ALTA	CIA ≥ 0,5	Almeno 2 accessi medico ogni 10 giorni	SPECIALISTICO

5

Nel 2018 si è provveduto alla completa applicazione della DELIBERAZIONE N° X / 5918 Seduta del 28/11/2016, entrata in vigore il 01/10/2017 e a regime dal 01/01/2018. Il numero di pazienti presi in carico coerentemente al mandato sono stati: Unità cure palliative domiciliari n.418 pazienti ; Hospice n. 242 pazienti

E' stato redatto il nuovo documento di organizzazione della U.O. Cure Palliative-Hospice coerente con l'atto deliberativo e la sua applicazione.

Risultato raggiunto :100% di compilazione nei pazienti intercettati/arruolati

## Obiettivo n. 15 Ambito: Gestione del paziente cronico

Indicatore: Qualità

**Formula:** Aderenza N°prestazioni erogate ai pazienti cronici/N°prestazioni definite dal PAI redatto dai clinical manager ASST Lariana fatto salvo possibili revisioni dello stesso

**Risultato atteso:** 100%

E' stato avviato a inizio anno il nuovo modello regionale di presa in carico previsto dalla recente evoluzione del Sistema Sanitario Lombardo (L. R. n. 23 dell'11 agosto 2015). Presso ASST Lariana sono stati individuati 134 clinical manager per 62 patologie croniche, di cui 11 Pediatri, 13

Relazione Piano Performance anno 2018 – UOC Miglioramento Qualità e Risk Management

Specialisti Ambulatoriali distribuiti su tutti i punti di erogazione. Il grande numero di clinical manager garantisce una presa in carico il più aderente possibile ai bisogni dei pazienti. Inoltre, gli stessi specialisti hanno identificato e condiviso i profili di prestazioni (concetto evolutivo del PDTA), a partire dai set individuati da Regione Lombardia, utilizzati per la stesura dei PAI.

E' stato inoltre avviato, con risorse interne (1 medico, 2 infermieri, 2 amministrativi), un Centro Servizi finalizzato a facilitare il percorso del paziente cronico che abbia scelto ASST Lariana come Gestore e a garantire il raccordo fra tutti i nodi della rete intra ed extra aziendali: Ospedale, rete Emergenza-Urgenza, specialisti ambulatoriali, Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Servizio Assistenza Protesica, Farmacia Ospedaliera, Farmacia Territoriale, MMG, strutture residenziali e semiresidenziali. Nell'ottica di uno stretto raccordo con l'ambito ospedaliero, si è provveduto a integrare le informazioni relative ai pazienti in carico presso ASST Lariana con la rete dell'Emergenza-Urgenza, affinché, nel caso in cui il paziente acceda al P.S., gli operatori dello stesso possano, in tempi brevi, acquisire tutte le informazioni di tipo sanitario e sociale già raccolte presso il Centro Servizi.

Il Centro Servizi interno consente un forte raccordo con l'attività ospedaliera e pertanto rende attendibili i seguenti risultati:

semplificazione del percorso del paziente

riduzione degli accessi inappropriati in P.S.

riduzione del n.° di ricoveri

riduzione dell'utilizzo, da parte dei prescrittori, dell'urgenza differibile

incremento della compliance del paziente alle cure

garanzia di integrazione sociosanitaria, laddove necessaria

I soggetti cronici sono presi in carico dopo la firma del **"Patto di Cura"** e dopo la stesura del **Piano di Assistenza Individuale (PAI)**, personalizzato sui loro particolari bisogni e da rinnovare annualmente. E' un progetto in divenire sottoposto a costante supervisione.

Per quanto attiene al monitoraggio della percentuale di aderenza, è necessario precisare che nel corso del 2018 (lo stesso problema si presenterà per la prima metà del 2019), il dato non è valutabile con precisione in quanto Regione Lombardia non ha ancora perfezionato una modalità di rendicontazione delle prestazioni che consenta di identificare puntualmente quelle dedicate ai pazienti cronici presi in carico con il nuovo modello.

#### **Dato 2018: 84.49%**

Aderenza calcolata da ritorno regionale 28 San incrociata con Priamo cronicità		
Prestazioni erogate	Prestazioni da PAI	% aderenza
15296	18104	84,49%

#### **Obiettivo n. 16 Ambito: Vaccinazioni**

Indicatore: Attività

**Formula:** N° anziani ultra 65 sottoposti a vaccinazione antinfluenzale/N° totale anziani ultra65

**Risultato atteso:** dato ASST 2017

La campagna antinfluenzale, disciplinata dalle disposizioni che annualmente pervengono dal Ministero della Salute, sono state declinate per il 2018 a livello Regionale con circolare della Direzione Generale Welfare del 7.9.18 e sancite, per quanto attiene il nostro Territorio dalla circolare della Direzione Sanitaria di ATS Insubria del 17.10.18.

Relazione Piano Performance anno 2018 – UOC Miglioramento Qualità e Risk Management

L'assegnazione dei vaccini antinfluenzali da parte di ATS ha seguito un criterio di proporzionalità relativamente alla popolazione di assistiti con età pari o superiore ai 65 anni e tenuto conto del dato storico di somministrazione di vaccini di ciascun medico. Prioritariamente ai Medici di Assistenza Primaria è stato affidato di vaccinare gli assistiti di età uguale o superiore ai 65 anni, i pazienti allettati, quelli in Assistenza Domiciliare Integrata e in Assistenza Domiciliare Programmata e in subordine anche le persone con meno di 65 anni affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza".

Ai centri vaccinali ASST è stato affidato di somministrare gratuitamente il vaccino antinfluenzale esclusivamente ai soggetti, al di sotto dei 65 anni, a rischio per patologia o per condizioni legate alla loro attività lavorativa (per es. forze di polizia, operatori sanitari, insegnanti, etc.).

Pertanto il riscontro di 1139 cittadini ultrasessantacinquenni, vaccinati nella campagna 2018 presso gli ambulatori dedicati di ASST Lariana, è riferibile ad utenti di quella fascia di età, che si sono spontaneamente presentati presso i nostri centri e a cui è stata ugualmente praticata la vaccinazione, per ovvie finalità legate alla prevenzione della patologia e al contestuale incremento della copertura, pur non essendo inclusi nelle popolazioni target cui i nostri ambulatori vaccinali sono precipuamente deputati in questa tipologia di campagna.

Annualmente Regione Lombardia emana disposizioni sulla conduzione della campagna di vaccinazione antinfluenzale. Tali disposizioni regionali prevedono che

Per i soggetti ultra 65 enni della provincia di Como, Regione Lombardia prevede il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale ai quali la ATS Insubria fornisce un numero di vaccini in proporzione al numero di utenti assistiti a loro carico.

Pertanto i 1193 soggetti ultra 65 enni vaccinati nel 2018, sono utenti che spontaneamente, si sono presentati presso i centri vaccinali dell'ASST Lariana.

**Dato 2018 :  $1139/121.842 \times 100 = 0,93\%$**

#### **Obiettivo n. 17 Ambito: Cure domiciliari**

Indicatore: Attività

**Formula:** N° Pazienti anziani con cure domiciliari con valutazione/N° totale pazienti anziani con cure domiciliari fatto salvo modifiche intercorse in ambito regionale

**Risultato atteso:** almeno 80%

In Regione Lombardia le Cure Domiciliari sono normate da precise indicazioni legislative che anche con l'applicazione della L 23/2015 hanno riconfermato quanto già prestabilito negli anni passati: le prestazioni di Cure Domiciliari sono erogate da Enti Erogatori ADI Accreditati mentre le Valutazioni Multidimensionali per la attivazione dei percorsi ADI sono in carico ai servizi delle ASST.

Ogniqualvolta il Medico di Medicina Generale (Medico di Assistenza Primaria o Pediatra di Famiglia) ravvisa la necessità di assistenza domiciliare, prescrive su ricettario regionale una richiesta di attivazione ADI. Anche nel caso di Dimissioni Protette dagli Ospedali la presa in carico domiciliare viene ricondotta al MMG in quanto unico responsabile clinico di un paziente a casa. Il familiare consegna ad uno degli Sportelli Unici Welfare (SUW) presenti sul territorio la Ricetta del Sistema Sanitario Regionale con la prescrizione di attivazione ADI redatta dal medico di famiglia. Qui avviene un Triage socio-sanitario (Valutazione di Primo livello) che, in caso di esito positivo, porterà ad una Valutazione Multidimensionale di Secondo livello da eseguirsi a domicilio da parte delle Unità Valutative Multidimensionali ASST.

Presso il SUW inoltre vengono acquisiti tutti i dati dell'utente e della famiglia (per esempio individuazione del care-giver) e le liberatorie per la privacy, si consegnano gli elenchi degli Enti Erogatori ADI Accreditati presenti sul territorio di residenza dell'utente.

Relazione Piano Performance anno 2018 – UOC Miglioramento Qualità e Risk Management



I criteri di eleggibilità dell'ADI da sempre prevedono: non autosufficienza parziale o totale di carattere temporaneo o definitivo; non deambulabilità e non trasportabilità con i comuni mezzi presso i servizi territoriali ambulatoriali territoriali; presenza di rete familiare formale e/o informale di supporto; condizioni abitative che garantiscano la praticabilità dell'intervento.

Una volta ricevuta la richiesta di attivazione di un percorso ADI da parte del MMG, la Unità Valutativa Multidimensionale della ASST Lariana, verifica se trattasi di prestazioni domiciliari estemporanee o se debba essere eseguita una Valutazione Multidimensionale dei bisogni socio-sanitari dell'utenza di secondo livello che prevede una valutazione domiciliare.

In ogni caso a seguito della Valutazione Multidimensionale viene stilato un Progetto Individualizzato (PI) che sarà trasmesso in via informatica all'Ente Gestore ADI liberamente scelto dalla famiglia.

Nel 2018 in ADI sono stati presi in carico 3791 utenti di cui 3425 anziani.

Di questi sono stati valutati con una valutazione di primo o di secondo livello 2808 persone di età maggiore uguale a 65 anni. Dai dati riportati si evince che la maggior parte degli utenti presi in carico in ADI hanno un'età superiore ai 65 anni.

Nello specifico se si stabilisce che l'utente abbia bisogno dei servizi ADI, sia a seguito di Valutazione di Primo Livello che di Secondo Livello, viene attivata una procedura di presa in carico via web con l'Ente Erogatore (EE) ADI liberamente scelto dalla famiglia. Il paziente rimane in carico con interfaccia web continuativa ASST/Ente Erogatore fino alla sua dimissione. L'Ente Erogatore ADI una volta ricevuta la segnalazione di presa in carico da parte UVM ASST ed il Progetto Individualizzato predispone a sua volta un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che condivide con la famiglia e con la UVM. Le due strutture rimangono in collegamento via web fino a dimissione del paziente. I pacchetti di prestazioni erogabili prevedono per i Profili Prestazionali accessi infermieristici o fisioterapici di basso profilo assistenziale max 7 accessi mese; i Voucher SocioSanitari ADI prevedono accessi domiciliari mix (infermiere, terapeuta riabilitazione, asa/oss a supporto infermieristico) diversificati in quattro profili a seconda del grado assistenziale (Profilo ADI 1 - 12/30 giornate di assistenza mese; Profilo ADI 2 - 20/30 giornate di assistenza mese; Profilo ADI 3 - 24/30 giornate di assistenza mese; Profilo ADI 4 30/30 giornate di assenza mese. I Titoli Voucher o Prestazionali hanno durata di 30 giorni ciascuno.

#### **Dato 2018: $2.808^*/3.425^{**}100 = 82\%$**

Si riscontra pertanto una buona performance erogativa svolta dalle Unità Valutative Multidimensionali dell'ASST Lariana costituite da medico, infermiere, assistente sociale, amministrativo. Gli utenti che non hanno avuto una valutazione sono quelli per i quali era stato richiesto dal MMG erogazione domiciliare di semplice prelievo domiciliare.

#### Obiettivi n.18 e n.19 Ambito: PNE UOC Ortopedia e traumatologia

La frattura del collo del femore nell'anziano è tra le 10 maggiori cause di disabilità. L'intervento tempestivo riduce la mortalità e l'insorgenza di complicanze post-operatorie, determina una minore durata del dolore e migliora il recupero degli outcome funzionali oltre che consentirne il controllo delle ricadute economiche e sociali. L'ASST Lariana ha avviato un percorso di miglioramento in tale ambito ponendo grande attenzione al rispetto dello standard regionale e nazionale. Per entrambi gli obiettivi i migliori risultati sono registrati a San Fermo.

#### **Obiettivo n. 18 Ambito: PNE UOC Ortopedia e traumatologia**

Indicatore: Appropriatezza -

**Formula:**  $N^{\circ}$  interventi per frattura del femore con durata degenza tra l'ammissione e l'intervento  $\leq 48$  h/ $N^{\circ}$  ricoveri per frattura del femore  $*100$

**Risultato Atteso:** non  $<70\%$

Si registrano i seguenti risultati :

OSA  $146/217*100= 67,28\%$

Relazione Piano Performance anno 2018 – UOC Miglioramento Qualità e Risk Management

OCA  $33/144 \times 100 = 22,92\%$

### **Obiettivo n. 19 Ambito: PNE UOC Ortopedia e traumatologia**

Indicatore: Appropriatezza -

**Formula:** Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48h dall'ammissione/frattura del collo del femore dall'ammissione

**Risultato Atteso:** 80% pazienti

Si registrano i seguenti risultati :

OSA  $186/249 \times 100 = 74,69\%$

OCA  $40/146 \times 100 = 27,39$

### **Obiettivo n. 20 Ambito: Risk management – Infezioni ospedaliere**

Indicatore: Qualità e sicurezza

**Formula:** Aderenza al Progetto OMS Igiene delle mani da parte del personale sanitario ospedaliero/ N° osservazioni effettuate sul personale sanitario ospedaliero

**Risultato Atteso:** 90%

Il personale infermieristico del Comitato infezioni ospedaliere (CIO) per valutare l'aderenza al programma OMS da parte del personale sanitario dell'ASST Lariana e quindi attuarne i principi di prevenzione delle infezioni ospedaliere, si reca nei vari reparti dell'ASST ed effettua l'osservazione dei comportamenti adottati seguendo i criteri predefiniti contenuti in un'apposita scheda detta Scheda di Osservazione per standardizzare la modalità di osservazione e valutazione.

L'attività di assistenza sanitaria svolta dal personale sanitario può essere descritta come una successione di compiti durante i quali le mani degli operatori sanitari toccano diversi tipi di superfici (pazienti, oggetti, corpi, liquidi organici ecc.). Le mani del personale sanitario sono il veicolo più frequentemente implicato nella trasmissione dei patogeni nosocomiali. Ogni contatto costituisce una potenziale fonte di contaminazione per le mani degli operatori sanitari quindi in base all'ordine di questi contatti per interrompere la trasmissione dei germi da una superficie all'altra è nell'intervallo tra due contatti che si deve individuare l'indicazione o le indicazioni per l'igiene delle mani.

contatto 1 -> [indicazione(i)] -> contatto 2 -> [indicazione(i)] -> contatto 3 -> [indicazione(i)] -> indicazione:

L'indicazione per l'igiene delle mani diventa **necessaria in un dato momento e viene** giustificata dal rischio di trasmissione di germi da una superficie all'altra. È formulata in relazione ad un punto di riferimento temporale: "prima" o "dopo" il contatto. Le indicazioni "prima" e "dopo" non corrispondono necessariamente all'inizio e alla fine della sequenza di trattamento o dell'attività. Si verificano durante gli spostamenti tra due luoghi, durante la transizione tra compiti successivi in prossimità dei pazienti, tra pazienti o a una certa distanza da essi.

Per tutto ciò, l'OMS identifica 5 momenti fondamentali per eseguire l'igiene delle mani e prevenire la trasmissione dei patogeni nosocomiali dall'ambiente ospedaliero o da un paziente all'altro tramite le mani del personale sanitario:

- prima del contatto con il paziente

- prima di una manovra asettica

- dopo rischio/esposizione a un liquido biologico

- dopo il contatto con il paziente

- dopo il contatto con l'ambiente che sta attorno al paziente.

**L'opportunità** di igiene delle mani è l'oggetto di attenzione per l'osservatore. Dal punto di vista dell'osservatore, l'opportunità sussiste ogni volta che si presenta ed è osservata una delle indicazioni per l'igiene delle mani. Ciascuna opportunità deve corrispondere a un'azione. Un'opportunità può essere determinata da diverse indicazioni. Ciò significa che ci possono essere numerose ragioni contemporanee per l'azione di igiene delle mani. L'opportunità è un'unità da conteggiare per verificare l'azione conseguente; determina la necessità di effettuare l'igiene delle mani, sia nel caso in cui la ragione (indicazione che determina l'azione) sia

singola, che multipla. Costituisce il denominatore per misurare il tasso di adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari.

Nel 2018 sono state effettuate 15 sessioni di osservazione all'interno delle quali sono stati "osservati" 35 operatori con una media di 5 opportunità per operatore per un totale quindi di circa 180 opportunità.

Solo in due sessioni sono state rilevate criticità di NON corretta adesione/esecuzione dell'igiene mani, pertanto l'aderenza al progetto è stata del **96%**

#### **Obiettivo n. 21 Ambito: Accoglienza utente – Prenotazioni e presa in carico paziente**

par. 4.6.1.1 (DGR X/7600 del 20.12.2017)

Indicatore: Revisione delle agende in relazione al progetto gestione pazienti cronici

**Formula** n°agende specialisti dedicate/n°totale agende

**Risultato atteso:** almeno 80%

Per agevolare la presa in carico del paziente che aderisce al nuovo modello di presa in carico, l'Azienda ha previsto la creazione di agende dedicate, ulteriormente caratterizzate dal gestore del paziente. Per i pazienti presi in carico dalla nostra ASST sono state create delle agende accessibili in visualizzazione e prenotazione al nostro Centro Servizi per le richieste di prestazioni che raggiungono un numero tale da giustificare la creazione di un'agenda apposita, mentre per le prestazioni con un numero di richieste non rilevante il Centro servizi contatta direttamente il CUP del presidio interessato, tramite e-mail, il quale provvede a prenotare la prestazione e a darne evidenza.

Per i pazienti presi in carico dai MMG in cooperativa sono state create agende dedicate con possibilità di prenotazione diretta in base alla committenza richiesta, qualora le prestazioni richieste non raggiungono un numero rilevante da giustificare la creazione di un'agenda dedicata è stato organizzato un servizio di prenotazione in back office , tramite e-mail dedicata, presidiato da un operatore che provvede a prenotare la prestazione e darne evidenza al centro servizi della cooperativa richiedente.

Nell'anno 2018 sono state create n° 212 agende specialisti dedicate/n° 501 totale agende

$212/501 \times 100 = 42,31\%$

#### **Obiettivo n. 22 Ambito: Accoglienza utente** par. 4.6.1.1 (DGR X/7600 del 20.12.2017)

Indicatore: Miglioramento percorsi

**Formula:** Riorganizzazione logistica dei servizi di accoglienza area territoriale lariana ovest sede Como

**Risultato atteso :** Relazione attestante l'avvenuta riorganizzazione

Presso gli sportelli della cassa CUP e punto prelievi del Poliambulatorio di Via Napoleona è stato installato un totem di accoglienza per i pazienti che accedono in tale sede per attività ambulatoriali e di laboratorio.

I processi sono due: attività verso la cassa CUP e centro prelievi:

Sono stati inseriti i seguenti tasti di accoglienza per i due percorsi gestiti presso il Poliambulatorio dove sono presenti gli sportelli cassa CUP ed il punto prelievi:

Si visualizzano i seguenti due tasti: SERVIZI CASSA CUP e CENTRO PRELIEVI:



Digitando il tasto SERVIZI CASSA CUP, si evidenziano i seguenti ulteriori tasti:



Il primo processo, inerente alla cassa cup, è il seguente:

Il cittadino digita il tasto che interessa per il suo percorso

Rimane in attesa di essere chiamato da uno degli sportelli visualizzando la situazione da apposito monitor visibile nella sala attesa

Alla visualizzazione del suo numero sul display, il cittadino si presenta allo sportello di chiamata e svolge le attività inerenti alla sua richiesta (prenotazione, incasso, informazioni, ecc)

Finita la pratica allo sportello, se giorno di appuntamento visita o strumentale, l'operatore accoda il cittadino verso l'ambulatorio interessato

Arrivato in sala attesa collegato all'ambulatorio interessato, il cittadino rimane in attesa del suo turno visualizzando il numero di chiamata da apposito monitor.

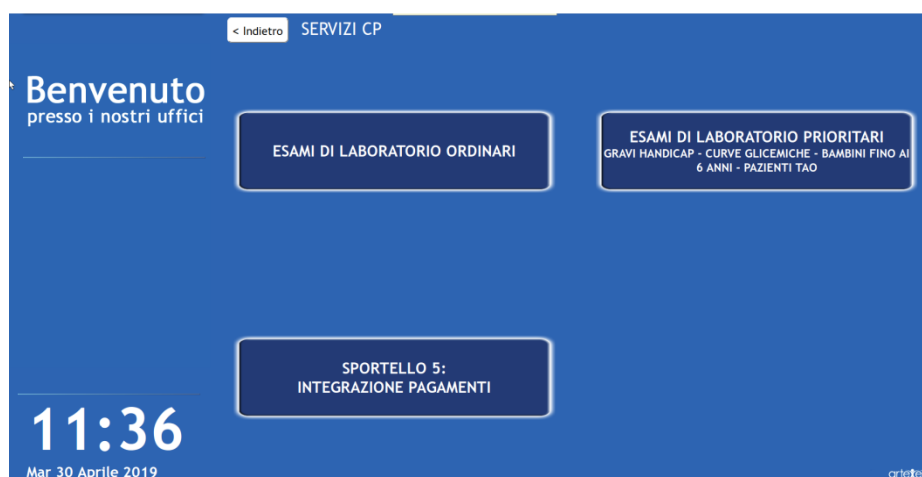
Viene chiamato direttamente dall'ambulatorio (medico, infermiere)

Gli ambulatori collegati all'archivio del numeratore per un corretto accodamento dalla cassa sono posti al 4°, 5 e 7° piano del monoblocco.

Per gli ambulatori posti al 4° piano c'è la possibilità per il cittadino di accodarsi in autonomia, utilizzando apposito totem per il "Self Accodamento"; seguendo le istruzioni operative, a fronte di prenotazione ed accettazione risultanti sullo stesso modulo di cassa, utilizzando la propria tessera sanitaria dalla parte del codice a barre, automaticamente esce stampato il numero di attesa per poter essere chiamati dal personale dell'ambulatorio coinvolto.

Stiamo verificando un miglioramento della modalità di "Self Accodamento" da parte del cittadino per poter diminuire la pressione agli sportelli della cassa cup con apposite indicazioni, sia per gli operatori di tutti i cup aziendali, sia per i cittadini che accedono al Poliambulatorio di Via Napoleona.

Digitando il tasto CENTRO PRELIEVI, si evidenziano i seguenti ulteriori tasti:



Il secondo processo, inerente al centro prelievi, è il seguente:

Il cittadino digita il tasto che interessa per il suo percorso

Rimane in attesa di essere chiamato da uno degli sportelli collegati all'attività di laboratorio visualizzando la situazione da apposito monitor posto in sala attesa

Alla visualizzazione del suo numero sul display, il cittadino si presenta allo sportello di chiamata e svolge le attività inerenti alla sua richiesta per le prestazioni di laboratorio

Finita la pratica allo sportello, l'operatore riaccoda il paziente verso le sale prelievi.

Per quanto riguarda il laboratorio è stato inserito, tramite il sistema, un programma per la prenotazione di giorno ed orario per accedere a tale servizio e "saltare" la fila.

Il servizio denominato "Zerocoda" è attivo per il prelievo di sangue + consegna campioni di materiale biologico.

Per la sola consegna dei campioni biologici non occorre prenotare: basta premere l'apposito tasto sul totem

Con apposita modalità è possibile scegliere giorno ed orario disponibili, registrando i propri dati anagrafici, indirizzo e-mail e numero di cellulare.

Il cittadino riceverà un messaggio di avvenuta registrazione e un secondo messaggio contenente le credenziali di accesso che potranno essere utilizzate per le future prenotazioni.

Il cittadino deve recarsi al punto prelievi qualche minuto prima dell'orario prescelto per poter visualizzare il proprio numero di chiamata sul tabellone e recarsi allo sportello indicato.

L'operatore, finita la pratica amministrativa, accederà in sala prelievi con un nuovo numero.

### **Obiettivo n. 23 Ambito: Gestione del paziente cronico** par. 4.6.1.4 (DGR X/7600 del 20.12.2017)

Indicatore: Qualità

**Formula** N° questionari di gradimento ASST Lariana somministrati con esito positivo/N° totale questionari di gradimento compilati fatto salvo acquisizione di specifiche indicazioni regionali

**Risultato atteso:** Almeno 80% risposte positive

**Dato 2018: 83%**

Si riporta il questionario utilizzato. Si tratta di uno strumento elaborato autonomamente da ASST Lariana, in assenza di specifiche indicazioni da parte di Regione Lombardia.

Al 15 dicembre 2018 sono state effettuate 138 interviste su un totale di 671 pazienti arruolati nel corso dell'anno. E' necessario considerare che il questionario, per essere significativo della percezione del paziente in merito al nuovo modello, deve essere somministrato dopo alcuni mesi dalla presa in carico e questo spiega la mancata somministrazione al 100% dei pazienti.

Si precisa inoltre che, essendo l'indicatore di non facile interpretazione, in quanto numeratore e denominatore fanno riferimento al n° di questionari ma il risultato richiede la percentuale delle risposte, si è scelto di calcolare la percentuale di risposte positive sul totale delle risposte, considerando positive le opzioni "molto" e "abbastanza".

	Molto	Abbastanza	Poco	Nulla	Non saprei	Non risponde
1 -Accessibilità – Tempi Attesa a Centro Servizi	46%	42%	25	2%	7%	1%
2 - Qualità informazioni 1° incontro	52%	33%	6%	1%	7%	1%
3 - Competenza operatori Centro Servizi	71%	19%	3%	0%	5%	1%
4 - Competenza Clinical Manager	64%	19%	5%	3%	8%	1%
5 - Utilità del PAI	54%	30%	4%	1%	10%	1%
6 - Semplificazione prenotazioni e accesso ai servizi	47%	29%	8%	4%	12%	2%
7 - Percezione miglioramento cura	30%	44%	7%	4%	14%	1%

CUSTOMER SATISFACTION CENTRO SERVIZI – Dati al 15/12/2018  
138 interviste

#### INDICATORI TABELLA B

##### **Obiettivo n. 24 Ambito: struttura**

Report Manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori

Indicatore: 2.3.1: Verifiche manutenzione impianti

**Formula** N° verifiche eseguite nei tempi/N° verifiche pianificate \*100

**Dato 2018:  $199/199*100= 100\%$**

Nel 2018 sono aumentate le verifiche sugli impianti da 192 a 199, non è cambiato il risultato. Si attesta un incremento del n° di verifiche attuate. Il dato riferito al 2017 attesta un numero di verifiche pianificate sugli impianti **(192/192)** maggiore rispetto all'anno 2016 (50/50) con **il 100%** di verifiche realizzate, di cui il 52% sono state realizzate nel primo semestre. Quindi come negli anni 2015 e 2016, anche nel 2017 si conferma che è stato raggiunto il 100% delle verifiche pianificate. In conformità con la Legge 23 del 11 agosto 2015 "Evoluzione del Sistema Regionale Lombardo", il dato fa riferimento a verifiche che hanno ricompreso anche impianti di strutture dei servizi territoriali della ex ASL di Como.

Gli impianti che sono mantenuti come da norma vigente sono :

Impianti antincendio (centraline, rilevatori di fumo, estintori ecc.)

Caldaie e contenitori in pressione (sterilizzatrici)

Impianti di distribuzione gas (ossigeno, aria compressa, aria compressa medica ecc.)

Gruppi elettrogeni

Nodi equipotenziali

Sbarre, porte e cancelli

UPS (macchine per la continuità elettrica)

Verifiche di messa a terra e protezione differenziale.

#### **♣MIGLIORATO**

##### **Obiettivo n.25 Ambito: struttura**

Report Verifica impianti idrici aziendali

Indicatore: 2.4.1: Contaminazione da Legionella delle acque

**Formula** Numero di campionamenti positivi nei punti di controllo controllati ( $=> 100$  UFC/l)/Numero punti di controllo verificati nel periodo \* 100

**Dato 2018:  $0/199*100= 0\%$**

L'attenzione al monitoraggio delle infezioni è sempre molto alta. Il Comitato infezioni ospedaliere pianifica annualmente una serie di verifiche agli impianti idrici in collaborazione con le infermiere

epidemiologiche e l'ufficio tecnico. Nel 2017 sono stati ottenuti **0 campionamenti positivi alla ricerca di Legionella su 192 campionamenti effettuati.**

Nel 2018 si registra un trend in aumento del numero di campionamenti effettuati con mantenimento dei risultati (0 campionamenti positivi)

♣ **MIGLIORATO**

#### **Obiettivo n.26 Ambito: struttura**

Report Documento di valutazione dei rischi

Indicatore: 2.5.1: Correttivi apportati al DVR

**Formula:** Numero di correttivi apportati per problemi ad alto rischio/Numero di correttivi pianificati per problemi ad alto rischio\* 100

**Dato 2018:**  $5/5 \times 100 = 100\%$  (SI ALLEGA RELAZIONE)

I documenti di riferimento considerati sono il Documento di valutazione dei rischi, l'attività CUG Stress lavoro correlato e la Sicurezza sul posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria. L'attenzione alle problematiche relative alla sicurezza nel posto di lavoro permane elevata e l'indicatore che attesta un valore positivo ne dà evidenza. ( $5/5 \times 100 = 100\%$ )

Il D. Lgs 81/08 e s.m.i., testo unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro prescrive all'art 35 che nelle aziende e nelle unità produttive che occupano più di 15 lavoratori, il datore di lavoro, direttamente o tramite il servizio di prevenzione e protezione dai rischi, indice almeno una volta all'anno una riunione cui partecipano:

- a) il datore di lavoro o un suo rappresentante;
- b) il responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi;
- c) il medico competente, ove nominato;
- d) il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.

Nel merito della tematica qui trattata si evidenzia che nel corso della riunione il datore di lavoro sottopone all'esame dei partecipanti il documento di valutazione dei rischi, l'andamento degli infortuni e delle malattie professionali e della sorveglianza sanitaria. Vengono quindi identificati obiettivi di miglioramento della sicurezza complessiva e le relative strategie per eliminare e, dove non possibile, ridurre i livelli di rischi riscontrati.

Il raggiungimento dell'obiettivo di dare attuazione alla pianificazione dei correttivi per le problematiche riscontrate è frutto dell'attività sinergica delle varie articolazioni aziendali che in base alle specifiche competenze rendono possibile il mantenimento di un'efficace risposta alle problematiche riferite alla salute e sicurezza sul lavoro.

Per quanto sopra si conferma il dato anno 2017.

MANTENIMENTO

#### **Obiettivo n.27 Ambito: tecnologie**

Report Governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)

Indicatore: Efficienza dell'alta tecnologia diagnostica

**Formula** Numero di ore di fermo macchina per guasto Tomografia computerizzata e Risonanza magnetica nucleare nell'anno/Numero ore di servizio atteso Tomografia computerizzata e Risonanza magnetica nucleare \* 100

**Dato 2018:**  $5222/53635 \times 100 = 9,73\%$

Nel 2017 il dato totale rilevato pari a  $960/25.940 = 3,7\%$  con un'età media delle macchine pari a 9,428 risultava lievemente peggiorato rispetto al dato 2016 (1,7).

Nel 2018 sono state registrate forti criticità riguardo alla TC del Presidio di Cantù nonostante sia un recente acquisto e con la RNM per l'acqua di raffreddamento.

**PEGGIORATO**

Relazione Piano Performance anno 2018 – UOC Miglioramento Qualità e Risk Management

Il peggioramento del dato è dovuto al fatto che nel corso del 2018 ci sono stati per la TC della Radiologia di Cantù diversi fermi macchina prolungati dovuti alla necessità di cambiare diversi pezzi di ricambio. Sono inoltre aumentati i fermi per le RM del nuovo ospedale durante il periodo estivo in quanto il sistema di raffreddamento presente non riusciva a mantenere i livelli di temperatura necessari per il corretto funzionamento della macchina che quindi va in autoprotezione bloccandosi e impedendo di fare esami.

Per quello che riguarda la TC di Cantù sono state effettuati gli interventi di manutenzione correttiva necessari e ci aspettiamo che non vi siano altre criticità analoghe, anche grazie al fatto che è stato implementato un sistema di diagnosi in remoto con il produttore.

Per quello che riguarda le RM è stato predisposto un progetto che è in fase di realizzazione questi mese per la creazione di una linea di refrigerazione dedicata.

### **Obiettivo n.28 Ambito: Sistemi informativi**

Report Continuità operativa

Indicatore: Continuità operativa informatica

**Formula** Somma degli eventi in cui gli applicativi informatici clinici (cce, cup, ps, lis, ris, adt...) non sono stati accessibili/funzionanti per un tempo superiore a 30 minuti/365

**Dato 2018  $1/100 \times 100 = 0,01\%$**

Si conferma la non sussistenza di problematiche causa di grave interruzione della continuità operativa al Call center.

## **MANTENIMENTO**

### **Obiettivo n. 29 Ambito: Risorse umane**

Report Valutazione e sviluppo delle competenze

Indicatore: Dipendenti con valutazione individuale annuale

**Formula** Numero Dipendenti con valutazione individuale annuale/Totale personale dipendente\* 100

**Dato 2018: 100%**

La valutazione annuale interessa tutti i dipendenti (Comparto e Dirigenza) individuati secondo le vigenti norme contrattuali e aziendali

L'Azienda ha investito molto su un progetto di implementazione di un nuovo modello di valutazione con formazione dei soggetti valutatori al fine di migliorare la capacità di valutazione delle figure apicali.

Il sistema di valutazione è stato applicato correttamente da parte di tutti i valutatori: la gestione informatizzata del processo di assegnazione di un punteggio sulle schede individuali ha permesso di verificare e monitorare costantemente che tutti i dipendenti che avevano diritto ad essere valutati sono stati effettivamente valutati (100% dei dipendenti da valutare effettivamente valutati). Il software permette, infatti, in modo automatico di segnalare al valutatore l'elenco di dipendenti collaboratori da valutare, anche quelli cessati durante il corso dell'anno. I risultati dell'esito dell'applicazione delle nuove regole previste dal regolamento aziendale saranno elaborati e presentati ufficialmente all'interno di uno specifico incontro con tutti i valutatori (separati per area dirigenza e area comparto) per uno scambio di esperienze e di verifica sull'esito dell'applicazione del sistema di valutazione con una presentazione dei dati anche in termini di benchmarking tra i diversi valutatori.

## **MANTENIMENTO**

### **Obiettivo n. 30 Ambito: organizzazione**

Rilevazione della qualità percepita (customer)

Indicatore: Percentuale dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction



**Formula** Num. risposte pari a 6 e 7 per la domanda relativa alla SODDISFAZIONE COMPLESSIVA/Num. totale risposte\* 100

**Dato 2018:**  $6370/7253*100= 87,82\%$

Per l'ASST Lariana, la rilevazione del grado di soddisfazione dei cittadini è un'attività consolidata da anni, riferita al mantenimento ed allo sviluppo della qualità delle prestazioni, che dà rilievo ulteriormente alle aree prioritarie nel perseguimento della qualità delle attività sanitarie, privilegiando il punto di vista ed i bisogni dei cittadini. L'indagine di customer satisfaction consiste nella somministrazione ai cittadini, che accedono alle strutture dell'ASST sia ambulatoriali che ricovero, di specifici questionari redatti da Regione Lombardia che vengono raccolti e analizzati.

L'indicatore esprime la % dei giudizi positivi (6 e 7) nelle rilevazioni dei questionari di customer satisfaction (qualità percepita) somministrati ai pazienti/utenti che accedono alle strutture aziendali. Nell'ASST Lariana sono in uso per la rilevazione due tipologie di questionari a seconda che si tratti di degenza o di prestazioni ambulatoriali. L'indicatore richiesto da Regione Lombardia si riferisce ad **item con punteggi 6 + N° item con punteggio 7/N° item**.

Il dato di soddisfazione anno 2018 registrato rileva un trend in crescita rispetto al 2017 (83,90) e 2016 (80,67) del grado di soddisfazione dell'utenza che accede alle strutture dell'ASST Lariana nettamente positivo.

**MIGLIORAMENTO** anche se il n. di questionari compilati risulta diminuito.

### **Obiettivo n. 31 Ambito: Organizzazione**

Report Qualità della documentazione sanitaria

Indicatore: Esito dei controlli Nucleo Operativo di Controllo dell'Azienda Tutela Salute (ATS) sulla documentazione sanitaria

**Formula:** N.ro delle cartelle con esito diverso da 1 al controllo di qualità documentale/ N.ro delle cartelle verificate\* 100

Dato 2017:  $10/845*100= 1,18\%$

**Dato 2018/:**  $13/854*100= 1,52\%$

L'indicatore sopra riportato sta a significare la percentuale di cartelle cliniche che tra quelle selezionate da ATS per l'attività di controllo annuale, risultano non completamente compilate. Nel 2018 è proseguito intensamente l'attività di informazione/formazione da parte del NICC (Nucleo interno controllo cartelle) nei confronti dei medici codificatori con interventi personalizzati, a piccoli gruppi omogenei e con l'organizzazione di una specifica formazione sul campo. L'obiettivo di tali interventi è stato di migliorare la conoscenza per una codifica appropriata soprattutto a seguito dell'introduzione dei nuovi campi SDO e richiamo ad una maggiore attenzione nella compilazione corretta della documentazione clinica.

### **MANTENIMENTO**

### **Obiettivo n.32 Ambito: Organizzazione**

Indicatore: Distribuzione delle classi di reclami

Report: segnalazione dei cittadini

**Formula:** Nr. Reclami registrati presso Presidio Ospedaliero di San Fermo, di Cantù e di Mariano Comense/totale ricoveri\*10.000

$554/28046*10.000= 197,53$  (dato 2016)

$476/28398*10.000 = 167,62$  (dato 2017)

**$289/28699*10.000 = 100,70$  (dato 2018)**

Si registra nell'ambito dei ricoveri una diminuzione dei reclami presentati dai cittadini all'Ufficio Relazioni con il Pubblico con modalità diretta, telefonica o postale (mano /email/fax).

### **Obiettivo n.33 Ambito: Organizzazione**

Relazione Piano Performance anno 2018 – UOC Miglioramento Qualità e Risk Management

Indicatore: Distribuzione delle classi di reclami

Report: Segnalazione dei cittadini

**Formula** Nr. Reclami registrati presso tutti i poliambulatori, ambulatori e aree distrettuali ASST Lariana/ tot.prestaz.Amb\*100.000

$913/3436892 * 100.000 = 26,56$  (dato 2016)

$1562/3566.565 * 100.000 = 43,8$  (dato 2017)

$1582/3703495 * 100.000 = 34,91$  (dato 2018)

N.B. il nr. assoluto di reclami 2018 è aumentato rispetto al 2017 **ma la percentuale sulle prestazioni è migliorata**

**MIGLIORAMENTO** : Si è registrato un lieve incremento delle segnalazioni pervenute ma nel contempo deve essere considerato il contestuale incremento di prestazioni, pertanto risulta una significativa riduzione della percentuale.

Per la risoluzione delle problematiche segnalate, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico si è costantemente confrontato con i responsabili degli uffici/Unità Operative interessati dalle segnalazioni, al fine di risolvere nell'immediato e monitorare nel tempo l'andamento delle problematiche evidenziate.

L'efficace gestione dei reclami richiede, quale fondamentale pre – requisito, che sussistano meccanismi di interazione fra l'URP e le funzioni aziendali che hanno avuto, o potrebbero aver avuto, un ruolo nel determinare il malcontento dei cittadini o che possono fornire un contributo utile per risolvere il problema in cui la persona è incorsa. Tale interazione, per essere efficace, deve fondarsi sulla fiducia reciproca fra URP e operatori, consentendo così di rispondere al reclamante in modo chiaro, esaustivo e rapido.

Per maggiore chiarezza, di seguito viene riportata la classificazione delle segnalazioni, con relativa codifica, utilizzata da Regione Lombardia indicata dalla nota della Giunta Regionale Direzione Generale Sanità, Protocollo n. H1.2007.0053415 del 21 dicembre 2007

Classificazione Segnalazioni		
CAMPO	Cod .	Dimensione
INFORMAZIONE/ORIENTAMENTO	1 a	LOGISTICA (spazi, segnaletica, percorsi)
	1 b	COERENZA TRA BISOGNI ESPRESSI E RISPOSTA OTTENUTA (presa in carico)
	1 c	AMMINISTRATIVA (modulistica, ticket, orari ecc.)
CONDIZIONI DELL'ACCESSO	2 a	ACCESSO TELEFONICO, WEB, MAIL, FARMACIE, MMG, PLS
	2 b	ACCESSO CON MEZZI PUBBLICI
	2 c	ACCESSO CON MEZZI PRIVATI (segnaletica, parcheggi etc.)
COMUNICAZIONE RELAZIONE	3 a	RAPPORTO CON L'OPERATORE (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)
	3 b	RAPPORTO CON L'AZIENDA
	3 c	CONSENSO INFORMATO
ASPETTI STRUTTURALI, AMBIENTALI E SICUREZZA	4 a	BARRIERE ARCHITETTONICHE
	4 b	SICUREZZA
	4 c	COMFORT (Vitto, pulizie, arredi e attrezzature ecc)
RISPETTO DEI DIRITTI	5 a	DATI SENSIBILI (codice privacy 196)
	5 b	RISPETTO ALTRI DIRITTI
PRESTAZIONI	6 a	TEMPO D'ATTESA

	6 b	MANCATA PRESTAZIONE
	6 c	INADEGUATEZZA ORGANIZZATIVA
	6 d	PERCEZIONE DELLA QUALITA' TECNICO PROFESSIONALE
ASPETTI ECONOMICI	7 a	TICKET ERRATI E IMPRORI
	7 b	RIMBORSI
RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA (Referti, cartella clinica, lettera di dimissione, materiale iconografico)	8 a	MODALITA'
	8 b	TEMPI
	8 c	QUALITA' (vedi requisiti cartella clinica)
ASSISTENZA PROTESICA	9 a	Rapporti con i prescrittori
	9 b	Fornitura ausili
ASSISTENZA FARMACEUTICA	10 a	Distribuzione diretta
	10 b	Distribuzione convenzionata
INTEGRAZIONE SERVIZI SOCIO SANITARI	11 a	Rapporti con MMG e PDF
	11 b	Continuità del rapporto ospedale territorio
	11 c	Dimissioni protette
	11 d	ADI
	11 e	RSA - RSH
	11 f	Area della riabilitazione e della medicina sportiva
VARIE	12	Varie
ENCOMI	13 a	Encomi all'ente
	13 b	Encomi al personale medico
	13 c	Encomi ai professionisti sanitari

Le classi di reclami maggiormente rappresentate sono:

Accesso telefonico, web, mail, Farmacie, MMG, PLS: 540 (difficoltà a contattare telefonicamente in particolare il servizio vaccinazioni, l'ufficio per la prenotazione in libera professione, il CUP)

Inadeguatezza organizzativa: 320 (impossibilità a prenotare prestazioni per mancanza di date riferiti a diverse specialità, spostamenti non comunicati di date per le vaccinazioni, criticità agli sportelli di Scelta e Revoca)

Rapporto con l'operatore: 76 (in particolare, modalità della relazione)

Tempi di attesa: 248 (sia per la prenotazione di prestazioni ambulatoriali che di interventi chirurgici, attesa del proprio turno in Pronto Soccorso)

**San Fermo della Battaglia, 26 giugno 2019**

**A cura di Anna Sannino**



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Lariana

Direzione Generale  
**UOC Prevenzione e Protezione**  
Responsabile gestionale: ing. Flavio Marzorati

**Servizio Prevenzione e Protezione**  
Responsabile: dott.ssa Angela Scibilia

Segreteria 031.585.4232 - Fax 031.585.4590  
angela.scibilia@asst-lariana.it  
[prevenzione.protezione@asst-lariana.it](mailto:prevenzione.protezione@asst-lariana.it)

San Fermo, 26 giugno 2019

Prot.: 305/2019

Oggetto : RELAZIONE VALUTAZIONE PIANO PERFORMANCE anno 2018 - Precisazioni

**Obiettivo n.26** Ambito struttura

Report Documento di valutazione dei rischi

Indicatore 2.5.1: Correttivi apportati al DVR

Formula: Numero di correttivi apportati per problemi ad alto rischio/Numero di correttivi pianificati per problemi ad alto rischio\* 100

**Dato 2018:  $5/5 \times 100 = 100\%$**

I documenti di riferimento considerati sono il Documento di valutazione dei rischi, l'attività CUG Stress lavoro correlato e la Sicurezza sul posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria. L'attenzione alle problematiche relative alla sicurezza nel posto di lavoro permane elevata e l'indicatore che attesta un valore positivo ne dà evidenza. ( $5/5 \times 100 = 100\%$ )

Il D. Lgs 81/08 e s.m.i., testo unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro prescrive all'art 35 che nelle aziende e nelle unità produttive che occupano più di 15 lavoratori, il datore di lavoro, direttamente o tramite il servizio di prevenzione e protezione dai rischi, indice almeno una volta all'anno una riunione cui partecipano:

- a) il datore di lavoro o un suo rappresentante;
- b) il responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi;
- c) il medico competente, ove nominato;
- d) il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.

Nel merito della tematica qui trattata si evidenzia che nel corso della riunione il datore di lavoro sottopone all'esame dei partecipanti il documento di valutazione dei rischi, l'andamento degli infortuni e delle malattie professionali e della sorveglianza sanitaria. Vengono quindi identificati obiettivi di miglioramento della sicurezza complessiva e le relative strategie per eliminare e, dove non possibile, ridurre i livelli di rischi riscontrati.

Il raggiungimento dell'obiettivo di dare attuazione alla pianificazione dei correttivi per le problematiche riscontrate è frutto dell'attività sinergica delle varie articolazioni aziendali che in base alle specifiche competenze rendono possibile il mantenimento di un'efficace risposta alle problematiche riferite alla salute e sicurezza sul lavoro."

Si trasmette la seguente relazione.

## Precisazioni

Vengono qui in specifico presi in esame i seguenti rischi:

- Rischio biologico
- Rischio esposizione professionale ad agenti cancerogeni
- Rischio aggressioni
- Rischio esposizione professionale a gas anestetici in Sala Operatoria ed esposizione professionale a vapori di formaldeide in UOC Anatomia Patologica
- Rischio incendio

### **Rischio biologico: ACQUISTO NUOVE TIPOLOGIE DI AGHI DI SICUREZZA**

Ex art. 272, c.1, D.Lgs.81/08: il datore di lavoro attua misure tecniche, organizzative e procedurali, per evitare ogni esposizione dei lavoratori ad agenti biologici.

In particolare, il datore di lavoro (c.2, lettera c): "progetta adeguatamente i processi lavorativi, anche attraverso l'uso di dispositivi di sicurezza atti a proteggere dall'esposizione accidentale ad agenti biologici".

Gli eventi correlati al rischio biologico sono inquadrati come infortunio da INAIL: l'assimilazione, infatti, della causa "virulenta" di natura biologica con la causa "violenta" è contemplata a pieno titolo nell'ambito delle cause determinanti un evento infortunistico; gli eventi più tipici sono le punture d'ago.

Gli accertamenti ematochimici effettuati a *tempo zero* e i successivi accertamenti di *follow-up* non sono a carico dell'INAIL, come non lo è l'eventuale chemiopprofilassi; il costo degli esami della sorveglianza sanitaria è a carico del datore di lavoro.

Qualora a seguito di contatto con materiale biologico infetto si manifesti una siero-conversione e il lavoratore infortunato contragga una patologia correlata (epatite B, C, AIDS), quest'ultima potrà essere oggetto di tutela da parte dell'INAIL sia con erogazione di indennità per inabilità temporanea assoluta, in caso di transitoria condizione di inabilità temporanea assoluta, sia mediante una successiva valutazione in danno biologico di eventuali postumi permanenti

Con il recepimento della Direttiva 2010/32/UE è stata data attuazione ad un complesso di misure utili alla prevenzione delle ferite, provocate da tutti i tipi di dispositivi medici taglienti, punture da di aghi incluse, e l'adozione di aghi e taglienti a scomparsa o protetti è la migliore soluzione tecnica mediante cui prevenire le ferite da taglio o le punture.

Un'attenta valutazione del rischio specifico consente di definire un piano di intervento in applicazione dei principi gerarchici di:

- eliminazione (del rischio);
- sostituzione (di ciò che è pericoloso con ciò che lo è meno);
- riduzione al minimo (del rischio);
- controllo e gestione (del rischio residuo).

Le Linee guida anno 2011 SIMLII, e il documento di indirizzo tecnico ISPESL-INAIL, indicano che per i dispositivi muniti di ago, indipendentemente dalle soluzioni tecnologiche utilizzate, l'efficacia del dispositivo di sicurezza è direttamente proporzionale alla capacità del dispositivo stesso di soddisfare, in massimo numero e grado, le seguenti caratteristiche:

- attivazione automatica (protezione passiva) o possibilità di attivazione con una sola mano;
- posizione delle mani dell'Operatore sempre arretrata rispetto alla parte acuminata/tagliente del dispositivo;
- modalità di attivazione il più precoce possibile (es. all'uscita dell'ago dalla cute, in vena);
- attivazione agevole ed intuitiva;
- barriera protettiva efficace, permanente ed irreversibile tra la parte acuminata/tagliente del dispositivo stesso e le mani dell'Operatore, creata dal meccanismo di sicurezza;
- barriera protettiva con effetto permanente anche durante le manovre di eliminazione e smaltimento del dispositivo;

- dispositivo dotato di un segnale (udibile e/o visibile) che consente di verificare l'avvenuta attivazione del meccanismo di sicurezza;
- meccanismo di sicurezza parte integrante e non accessoria del dispositivo (in particolare è importante che il meccanismo di sicurezza sia integrato in modo permanente nel dispositivo stesso e che non siano, conseguentemente, necessarie manovre di assemblaggio di parti separate);
- tecnica di utilizzo del dispositivo il più possibile simile a quella di un corrispondente dispositivo convenzionale (in particolare non deve comportare significative variazioni della tecnica operativa abituale e non deve richiedere un addestramento all'uso lungo e complesso);
- dispositivo disponibile in una gamma di versioni tale da favorirne l'uso nel maggior numero possibile di situazioni operative;
- dispositivo non utilizzabile in modo scorretto e/o parziale;
- dispositivo il cui uso non comprometta la qualità, l'efficacia e la sicurezza dell'intervento diagnostico terapeutico.

Il grado di rispondenza ai criteri elencati è strumento/riferimento imprescindibile per una corretta valutazione/selezione dei dispositivi di sicurezza per la prevenzione della puntura accidentale.

**Criticità:** tra i criteri di scelta dei singoli dispositivi occorre considerare, a fronte dell'efficacia clinica, l'accettabilità da parte dei lavoratori, nonché verificare che lo stesso non costituisca ostacolo alla cura del paziente (Linee di indirizzo per l'attuazione del D. Lgs 19 febbraio 2014, n. 19 recepimento della Direttiva Europea 2010/32/UE in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario – Regione Lombardia).

### **Rischio esposizione professionale ad agenti cancerogeni: ACQUISIZIONE SISTEMI CHIUSI E SOTTOVUOTO**

Il Regolamento UE 605/14 modifica la classificazione della formaldeide da "sospetta cancerogena" a "cancerogena, 1/B", a partire dal 1 aprile 2015. Ciò ha reso necessario un approfondimento/aggiornamento della Valutazione dei Rischi, dovendo valutarne innanzitutto la possibilità di sostituzione con altro preparato che risulti meno nocivo (come previsto dall'articolo 235 del D.Lgs 81/2008), e nel caso ciò non fosse possibile, applicare gli interventi che la normativa prevede (prioritariamente lavorare in un sistema chiuso, in seconda battuta predisporre interventi tecnici, organizzativi o procedurali che riducano il livello di esposizione il più possibile).

In ambito sanitario la formaldeide in soluzione acquosa, ovvero formalina, trova i seguenti utilizzi:

- Raccolta e trasporto di tessuti derivati da interventi chirurgici e biopsie nelle sale operatorie e negli ambulatori di prelievo biotico (endoscopico, etc);
- fissazione di tessuti in anatomia patologica. La formalina è il fissativo per eccellenza dei tessuti prelevati per diagnosi anatomopatologica, poiché mantiene inalterata la morfologia cellulare e l'architettura del tessuto. Ad oggi non è ancora disponibile una valida alternativa alla formaldeide come fissativo dei tessuti nei servizi di anatomia patologica, risultandone indispensabile l'utilizzo ferma restando l'applicabilità obbligatoria delle procedure preventive a tutela della salute dei soggetti esposti.
- Conservazione del materiale tissutale residuo alle fasi di campionamento (riduzione dei tessuti per preparazioni istologiche) da eliminare conclusa la diagnosi.

Se la **criticità** è rappresentata dalla insostituibilità della formalina nelle sale riduzione (manipolazione e taglio dei campioni biotici e chirurgici), è però possibile ridurre le possibilità di esposizione intervenendo sui contenitori e sui processi a monte, in base alle misure generali di tutela (art.15, c.1), che prevedono (lettera c) l'eliminazione dei rischi e, ove ciò non sia possibile, la loro riduzione al minimo in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico; e (lettera g) la limitazione al minimo del numero dei lavoratori che sono, o che possono essere, esposti al rischio.

Sono stati quindi introdotti dispositivi di sicurezza a circuito chiuso che impediscano il contatto tra formaldeide ed utilizzatore in ottemperanza al Regolamento Europeo 605/2014:

- contenitori per la conservazione dei campioni biotici destinati ad analisi istopatologia preimpiti - ciò era già in uso) - ma in cui la formalina è incapsulata nel tappo, e il rilascio avviene in sicurezza, premendo l'apposito tasto solo una volta chiuso il contenitore.
- dispositivi composti da due contenitori in polipropilene. Uno preimpito con una soluzione tampone nella quale viene rilasciata la biopsia; uno preimpito con formalina concentrata, da avvitare sul contenitore nel quale è stata inserita la biopsia. I contenitori sono messi in comunicazione tramite due fori presenti nel doppio tappo che vengono allineati in seguito a rotazione delle due ghiera dello stesso.

La **criticità** rappresentata dalla difficoltà di utilizzo di tale metodica per prelievi di ampie dimensioni è stata affrontata ricorrendo all'utilizzo di apparecchiature per la conservazione sottovuoto di campioni chirurgici, e residuando le procedure che richiedono utilizzo di formaldeide alla stretta attività sotto cappa/con banco aspirato.

**Rischio aggressioni: azioni positive per il contenimento del rischio aggressioni attraverso la collaborazione attiva con associazioni di volontariato per l'accoglienza degli utenti presso i PS di ASST Lariana**

La base dati per la valutazione di questo rischio è costituita da:

- **Report del Servizio di Vigilanza**
- Segnalazioni incident reporting
- Modulo segnalazione infortuni/incidenti
- Registro infortuni

Dai report del Servizio di Vigilanza, che costituisce la fonte principale dei dati, emerge che gli episodi si svolgono principalmente nelle seguenti UU.OO:

<b>Pronto Soccorso</b>	<b>52%</b>
Psichiatria	32%
Tutti gli altri reparti e servizi	16%

La tipologia di aggressore è la seguente:

Psichiatrico / tossicodipendente / in stato di alterazione da sostanze psicotrope	58%
etilista	12%
Violento (delinquente)	4%
<b>Comune cittadino</b>	<b>26%</b>

Ci si è perciò proposti di intervenire sull'U.O. di maggiore criticità, il Pronto Soccorso, e sull'utenza del comune cittadino, nell'ipotesi che interventi di accoglienza, informazione e supporto alberghiero forniti dalle associazioni di volontariato, possano contribuire a ridurre il fenomeno dell'aggressività, anche in assenza di più risolutivi interventi sull'organizzazione sanitaria (es. riduzione dei tempi di attesa), e che rappresentano la **criticità** generale del sistema sanitario nazionale.

**Rischio esposizione professionale a gas anestetici in Sala Operatoria ed esposizione professionale a vapori di formaldeide in UOC Anatomia Patologica.**

Premesso che il DLgs 81/08 all'articolo 242 prevede che i lavoratori per i quali la valutazione di cui all'articolo 236 dello stesso Decreto abbia evidenziato un rischio per la salute siano sottoposti a sorveglianza sanitaria (art. 242 del DLgs 81/08) e che in questo caso si attuino conseguentemente tutte le attività preventive di cui ai commi 2-3-4-5 del medesimo articolo.

Il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure preventive e protettive per i singoli lavoratori sulla base delle risultanze degli esami clinici e biologici effettuati. Tali misure possono comprendere anche l'allontanamento del lavoratore.

Il datore di lavoro effettua, ove sia tecnicamente possibile, una misurazione della concentrazione dell'agente in aria per verificare l'efficacia delle misure adottate. Nel caso in cui l'agente

cancerogeno non possa essere sostituito, come nel caso (vedi sopra) della formaldeide e dei gas anestetici, è necessario contenerne i valori di esposizione al più basso valore tecnicamente possibile, attuando interventi preventivi, di natura tecnica e organizzativa, e a tale scopo il monitoraggio ambientale è strumento di conoscenza irrinunciabile.

In caso di impossibilità di sostituzione di agenti pericolosi con agenti meno pericolosi (art. 235 del D.Lgs. 81/08), al fine del contenimento del rischio cancerogeno, trova applicazione quanto previsto dal Capo II del Titolo IX del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. e in particolare l'adozione di buone pratiche di Igiene Industriale ed in prima istanza del monitoraggio ambientale, quale metodo per disporre degli elementi di conoscenza utili a contenere/ridurre l'esposizione ad agenti cancerogeni.

Le misurazioni devono essere eseguite in normali condizioni di esercizio e secondo indicazioni di buona prassi e pratica metodologica appropriata allo scopo.

Anche al fine di tracciare l'esposizione ambientale e/o personale, le risultanze dei monitoraggi sono parte integrante della valutazione del rischio chimico, e del documento generale di valutazione del rischio (art. 236 D.Lgs 81/08).

Si precisa che dal 2014 con autorizzazione dell'ex ASL la mappatura dei monitoraggi ambientali dei gas anestetici per le Sale Operatorie viene effettuata con cadenza biennale, e quindi a periodicità ridotta, stante i valori di riscontro nel tempo ampiamente al di sotto di quanto considerato dalla norma.

Per quanto attiene il monitoraggio ambientale della formaldeide nella sala riduzione pezzi del laboratorio di anatomia patologica la concentrazione media misurata risulta inferiore al valore limite proposto, in particolare appena sotto la metà del valore limite.

**Rischio incendio: adozione check list antincendio UU.OO P.O. Cantù, P.O. Mariano C.se e Poliambulatori Via Napoleona oltre che l'istituzione di una squadra di emergenza nei Presidi sopra specificati**

Scopo della procedura è l'implementazione di tutte le azioni del Sistema di Gestione della Sicurezza finalizzato all'adeguamento Antincendio necessarie per garantire il rispetto dei criteri di gestione della sicurezza antincendio previsti dal Titolo V del D.M. 18/02/2002 (così come modificato dal DM 19/03/2015) e dal D.M. 10/03/1998, con l'obiettivo del raggiungimento e mantenimento della conformità per ciascuna sede.

La check list, che si allega, è strumento di controllo visivo atto a verificare che le attrezzature e gli impianti antincendio siano nelle normali condizioni operative, siano facilmente accessibili e non presentino danni materiali accertabili tramite esame visivo.

La check List viene compilata per ciascuna UU.OO. del P.O. di Cantù-Mariano e trasmessa dal Coordinatore/Preposto al Servizio Prevenzione e Protezione.

Nel caso in cui si riscontrino non conformità durante i controlli periodici, il Coordinatore/Preposto trasmette le richieste di intervento all'ufficio o servizio competente per l'esecuzione dell'intervento, e annotata sulla lista di controllo.

Una copia viene trasmessa al RTSA/RSPP, presso il Servizio Prevenzione e Protezione.

Il RTSA (Responsabile Tecnico Sicurezza Antincendio) verifica periodicamente lo stato di attuazione degli interventi richiesti e procede agli eventuali solleciti.

**Criticità: monitorare le non conformità e intervenire a supporto è necessario, oltre che per garantire lo scopo della check list, anche per rafforzare l'utilità della compilazione nei confronti dei compilatori, ma ciò richiede un costante impegno temporale e di risorse.**

A disposizione per fornire ogni ulteriore elemento utile, cordiali saluti.

f.to Il Responsabile  
Servizio Prevenzione e Protezione  
Dott.ssa Angela Scibilia