



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lariana

## RELAZIONE VALUTAZIONE PIANO PERFORMANCE anno 2019

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.gls 25 maggio 2016 n.97, il Piano delle Performance 2019-2021 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. 76 del 30 gennaio 2019 ad oggetto "Adozione dell' aggiornamento al Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) della ASST Lariana, per il triennio 2019-2021.

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;
- 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» 2019 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 2019 descrive nella tabella A) i risultati degli indicatori di performance derivati prevalentemente da indicazioni regionali contenuti nel testo delle regole 2019, Deliberazione n. XI/1046 del 17/12/2018.

La scelta strategica dell'ASST Lariana per l'anno 2019 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%

#### **Risultato: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 2019. 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.

#### **Obiettivo Raggiunto**

#### **Obiettivi n.2, n.3, n.4 e n.5 Ambito: Dematerializzazione del ciclo passivo**

Nel corso del 2015 alcuni rilevanti elementi di innovazione nei processi di gestione documentale (fatturazione attiva e passiva) e nelle operazioni di contabilità sono stati introdotti nel mondo della sanità pubblica e della Pubblica amministrazione in generale. 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. Questa evoluzione implica una standardizzazione delle metodologie e delle procedure di

trasmissione dei dati, l'utilizzo di tecnologie informatiche adeguate e un conseguente cambiamento organizzativo.

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.

Rispetto all'anno 2018, il processo di dematerializzazione del ciclo passivo dimostra una maggiore capacità di risposta e di controllo e i risultati ottenuti in termini quantitativi e qualitativi ne danno evidenza.

## **Obiettivo n. 2 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 60%

### **Risultato: 96%**

N° **39.218** bolle digitalizzate per farmaci, dispositivi medici / N° **40.577** bolle per farmaci, dispositivi medici\*100 = **96%**

L'obiettivo di miglioramento dello scorso anno 2018, ha trovato riscontro nell'anno 2019: il dato relativo alla digitalizzazione delle bolle è notevolmente migliorato passando **dal 64% al 96%**. Il raggiungimento di questo obiettivo ha permesso la digitalizzazione di un'altra fase del ciclo passivo, migliore efficienza operativa tra gli attori che a diverso titolo si occupano del processo di spesa nonché maggiore trasparenza dei dati.

## **Obiettivo Raggiunto**

## **Obiettivo n. 3 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 95%

### **Risultato: 100%**

Ordini, farmaci e DM 2019: 26.810 digitalizzati/26.810 totale\*100 = **100%**

fatture liquidate 2019: 32.418 digitalizzate /32.418totale\*100 = **100%**

Tutti gli ordini emessi dalla UOC Farmacia avvengono con modalità digitalizzata, così come la liquidazione delle fatture ai fini del pagamento.

## **Obiettivo Raggiunto**

## **Obiettivo n. 4 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 95%

### **Risultato: 100%**

L'ASST Lariana ha avviato negli anni scorsi 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; per tutto il 2019 è stato obbligatorio ricevere

fatture esclusivamente in formato elettronico : n. 5685 ordini emessi digitalmente/ n. 5685 ordini complessivamente emessi.

### **Obiettivo Raggiunto**

#### **Obiettivo n. 5 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 60%

#### **Risultato: 100%**

n. 4658 bolle digitalizzate/ n. 4658 bolle (documento di trasporto) complessivamente ricevute.

### **Obiettivo Raggiunto**

#### **Obiettivi n.6, n.7 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 ARIA S.p.a. (Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti). Nello specifico ARIA S.p.a. 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, ARIA S.p.a., 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. ARIA S.p.a. 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. 6 Ambito: Approvvigionamenti** par 2.6.1 (DGR XI/1046 del 17/12/2018)

Indicatore: Processo di spesa

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

**Risultato atteso:** almeno 95%

#### **Risultato: >95,5%**

Numero procedure di acquisto (> di 40.000,00 €) attivate su piattaforma SINTEL, CONSIP, ARCA, LISP, ICT = 279 attivate

Numero procedure di acquisto (> di 40.000,00 €) = 292 attivate

### **Obiettivo Raggiunto**

**Obiettivo n. 7 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/aggregati/servizi in concessione/valore totale speso \*100

121.698.000 /138.695.000 = 87,5%

**Risultato atteso:**  $\geq 65\%$ **Risultato: 87,5%**

Valore acquisto beni e servizi € /1.000						
Totale acquisti beni e servizi € / 1.000	138.695	6.451	44.446	46.130	24.671	16.997
	VALORE IV CET 2019	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%	32%	33%	18%	12%

**Obiettivo Raggiunto****Obiettivo n. 8 Ambito: Procreazione medicalmente assistita (PMA)**

Indicatore: Qualità e sicurezza

**Formula:** Implementazione modello organizzativo di presa in carico multidisciplinare per la diagnosi e cura delle coppie con problematiche di infertilità**Risultato atteso:** Aggiornamento pubblicazione sul sito web della carta di offerta delle prestazioni del PMA e formalizzazione del percorso di presa in carico da parte di un'équipe multidisciplinare multi professionale.**Risultato : Evidenza documento**

Il Centro PMA è classificato come "Istituto dei Tessuti" secondo la definizione che deriva dalla Direttiva Europea 2004/23/CE. Il Centro PMA ha il compito di prelevare, manipolare, conservare e distribuire gameti prelevati ai fini di applicazioni di tecniche di procreazione medicalmente assistita, o zigoti ed embrioni, certificandone la tracciabilità, l'idoneità e la sicurezza e che opera in conformità ai requisiti di legge.

Fin dalla nascita, avvenuta nel 1997 nel presidio ospedaliero di Mariano Comense, il Centro di Procreazione Medicalmente Assistita, ubicato ora presso il presidio di Cantù, si è prefisso lo scopo di creare, in una struttura ospedaliera pubblica, un servizio che garantisca alle coppie infertili di essere seguite nel complesso iter diagnostico e terapeutico con un adeguato standard assistenziale e soprattutto con una profonda umanizzazione nell'approccio della malattia.

Prerogativa e punto di forza del Centro è quella di offrire la possibilità di eseguire internamente alla UOSD la maggior parte degli esami diagnostici (valutazione dello stato ormonale e dell'anatomia dell'apparato riproduttore, consulenze polispecialistiche, esame del liquido seminale) e in particolare offrire un servizio di consulenza completo che comprenda la visita ginecologica, quella andrologica, il consulto psicologico, accertamenti genetici ed endocrinologici, consulenze specialistiche, consulto di un legale per affido/adozione per una presa in carico multidisciplinare.

La coppia infertile, già afflitta e minata nel suo rapporto dalla difficoltà di raggiungere un obiettivo così importante nella vita, non deve sentirsi ulteriormente umiliata e mortificata ma deve trovare professionisti che, con particolare attenzione alla persona, la guidi attraverso le difficoltà della diagnosi e le delusioni per i fallimenti e la conduca, se possibile, a conseguire la gioia che

scaturisce dalla genitorialità.

Nel 2019 è stata resa disponibile sul sito web aziendale una versione aggiornata della carta dei servizi in cui sono esplicitate in forma sintetica ma esaustiva le attività della UOSD PMA con particolare attenzione alla presa in carico multidisciplinare (vedasi allegato 2).

**Obiettivo raggiunto** (in allegato la carta dei servizi e il modello di presa in carico multidisciplinare)

#### **Obiettivo n. 9 Ambito: Qualità e sicurezza**

Indicatore: Qualità e sicurezza

**Formula:** Revisione/aggiornamento della documentazione in uso in conformità con gli standard della check list di autovalutazione regionale (par.5.4 DGR XI/1046 del 17/12/2018)

**Risultato atteso:** Revisione documentale cartella in conformità con gli standard della check list di autovalutazione regionale e procedure di sistema

#### **Risultato: Evidenza documento**

Nel 2019 si è provveduto a revisionare completamente la cartella clinica dell'UOC Ostetricia e Ginecologia (medica e ostetrica) in coerenza con gli standard di autovalutazione regionale. In particolare oltre che apportare delle migliorie sul frontespizio, foglio anamnesi, esame obiettivo in termini di completezza riguardo alle informazioni e di semplificazione nella compilazione, è stata introdotta la "scheda per la stratificazione del rischio ostetrico all'ingresso in sala parto", è stata rivista la scheda del partogramma, del percorso travaglio-parto e completamente revisionata la lettera di dimissione.

#### **Obiettivo raggiunto**

#### **Obiettivo n. 10 Ambito: Sicurezza in sala operatoria**

Indicatore: Qualità e sicurezza

**Formula:** Implementazione percorsi organizzativi del paziente chirurgico in conformità con gli standard della check list di autovalutazione

**Risultato atteso:** Redazione documento finale che descrive le azioni di miglioramento intraprese.

#### **Risultato: Evidenza documento**

Nel corso dell'anno 2019, ha aderito al Progetto di Regione Lombardia "Check List 2.0 per la sicurezza in Chirurgia" e si è proceduto alla compilazione della Check List Chirurgia Sicura 2.0.

Nello specifico è stata compilata la Check List di Sistema per ciascuno dei presidi ospedalieri attraverso l'analisi delle procedure, dei protocolli e delle istruzioni operative pubblicate in azienda. A tale attività hanno partecipato la Risk Manager, il Referente Qualità della Direzione delle Professioni Socio Sanitarie, un'Infermiera dell'Ufficio Epidemiologico, il Coordinatore Infermieristico della UOC Miglioramento Qualità e Risk Management.

Un team di audit rappresentativo delle diverse figure professionali coinvolte nel processo chirurgico ha proceduto successivamente alla compilazione della Check List Paziente su un campione identificato nei differenti setting (Blocco Operatorio, Blocco Parto, Quartiere Interventistico) e nei diversi regimi di ricovero ( Ricovero Ordinario, Day Hospital, Day Surgery, B.I.C. ) e Ambulatoriale, presenti nei tre Presidi Ospedalieri dell'Azienda.

Complessivamente sono state compilate

n. 53 schede PO Sant'Anna – San Fermo

n.20 schede PO Sant'Antonio Abate - Cantù

n.10 schede PO Menaggio.

La fase applicativa del progetto regionale per la chirurgia sicura si è svolta anche attraverso la collaborazione con il Risk Manager dell'ASST Lecco, attraverso la metodologia della visita tra pari organizzata tra le due aziende.

Il tema della Sicurezza in Sala Operatoria ha visto l'adesione dell'ASST Lariana anche al Progetto Regionale di valutazione esterna dell'implementazione delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti in ambito chirurgico attraverso la metodologia della "Peer Review" che prevede la valutazione esterna, condotta da Pari Professionisti, di altre Aziende che operano nello stesso campo e con il medesimo livello di competenza. La Peer Review si è focalizzata sull'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 2 "Ritenzione garze e strumenti nel sito chirurgico" e n. 3 "Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" oltre alla verifica degli indicatori contenuti nella Check List 2.0.

Sempre nell'ambito della Sicurezza in chirurgia, in collaborazione con un team multidisciplinare e multiprofessionale e con il Risk Manager SHAM assicurazione, è stata effettuata, con la formula della formazione sul campo, un'accurata analisi dei rischi delle varie fasi che compongono il percorso chirurgico del paziente nella fase preoperatoria, intraoperatoria e post operatoria al fine di individuare azioni di miglioramento per prevenire e/o contenere il rischio che è sempre presente in tutte le prestazioni sanitarie. L'analisi dei rischi insieme alla valutazione di impatto, fornito dagli strumenti di gestione che l'azienda ha posto in essere, ha permesso di porre l'attenzione sui rischi oggettivamente più rilevanti e quindi prioritari per i quali sarà necessario definire piani d'azione specifici per la loro riduzione.

Nell'ambito del percorso chirurgico del paziente sono stati analizzati n.85 rischi e individuati complessivamente n. 6 rischi prioritari, per i quali sono presentate e discusse le proposte di azioni di miglioramento.

E' stata inoltre revisionata la procedura aziendale e relativi allegati sull'utilizzo della check list di sala operatoria PO.000.38 Check list in sala operatoria: istruzioni per l'uso (rev. 3 del 14/8/2019)

Sulla base delle raccomandazioni "Guidelines for Surgery", l'OMS ha costruito una check list per la sicurezza in sala operatoria quale strumento guida per l'esecuzione dei controlli, a supporto delle équipe operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza agli standard di sicurezza raccomandati per prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie. L'ASST Lariana ha adottato check list diversificate in base all'ambito chirurgico di utilizzo, quindi oltre alla check list dell'ambito chirurgico tradizionale è stata predisposta la check list per le procedure del Quartiere interventistico, del Servizio di Endoscopia e per le procedure eseguite nell'ambito della Procreazione Medicalmente Assistita. Lo scopo della procedura è fornire a tutti i componenti delle équipe di sala operatoria (chirurghi, anestesisti e infermieri) indicazioni univoche per il corretto utilizzo della check list al fine di migliorare la sicurezza e prevenire gli eventi avversi evitabili in tutte le sale operatorie e nel corso di tutte le procedure chirurgiche effettuate nei diversi presidi ospedalieri dell'ASST Lariana.

Parallelamente a quanto fatto per l'ambito chirurgico, nel corso dell'anno è proseguito anche il progetto per l'analisi e mappatura dei rischi nell'ambito dell'emergenza-urgenza attraverso la strutturazione di un corso di formazione sul campo a cui hanno partecipato diversi professionisti.

Nell'ambito del percorso del paziente che accede al Pronto Soccorso sono stati analizzati n. 59 rischi e individuati complessivamente n. 9 rischi prioritari, per i quali sono state presentate e discusse le proposte di azioni di miglioramento.

## **Obiettivo raggiunto**



**Obiettivo n. 11 Ambito: Reti di patologia** (par.5.2.8 DGR XI/1046 del 17/12/2018)

Indicatore: Qualità attività produttiva

**Formula:** Revisione e innovazione dei modelli organizzativi attraverso cui viene articolata la rete di offerta**Risultato atteso:** documentale**Risultato: Evidenza documento**

Sono stati emessi/revisionati i seguenti Documenti di organizzazione:

DO.DSERV.02 rev. 7 del 1/04/2019 Documento di organizzazione UOC Anatomia Patologica

DO.DRCIC.01 rev. 0 del 26/11/2019 Documento di organizzazione UOC Cure Palliative –Hospice

Entrambe le strutture svolgono funzioni di rete: nello specifico l'UOC Anatomia Patologica fa capo alla rete oncologica e l'UOC Cure Palliative anche alla rete delle cure palliative.

Il percorso del paziente oncologico, dalla diagnosi ai trattamenti, alle cure palliative, è condotto secondo un modello multidisciplinare, con una costante integrazione di tutte le professionalità e il coinvolgimento di tutte le Unità Operative (Radioterapia, Diagnostica Radiologica e di Laboratorio, Anatomia Patologica e genetica, Chirurgia, Pneumologia, Gastroenterologia, Urologia, Ginecologia, Neurochirurgia, Riabilitazione, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Maxillo-Facciale, Servizio Immuno-trasfusionale, cure palliative ).

L'Unità Operativa Complessa (UOC) Anatomia Patologica, afferente al Dipartimento dei Servizi, effettua prestazioni diagnostiche di Anatomia, Istologia e Citologia Patologica e alcune prestazioni di Biologia Molecolare. All'UOC Anatomia Patologica afferisce l'Unità Operativa Semplice di Genetica.

La UOC-CP è inserita nel modello organizzativo dipartimentale gestionale (Dipartimento di Riabilitazione, Cure Intermedie e Cronicità) e responsabile in quanto ente capofila del Dipartimento funzionale Interaziendale Cure Palliative (di seguito DCP) della ATS Insubria. La UOC **Cure Palliative- Hospice** (UOC-CP) garantisce le Cure Palliative a tutti i pazienti e familiari che si trovano ad affrontare un percorso di malattia inguaribile che volge al fine della vita in coerenza con quanto definito a livello internazionale, nazionale e regionale.

L'obiettivo è di garantire accessibilità e continuità terapeutica tra assistenza ospedaliera residenziale (Hospice) e territoriale (UCP- Dom) e di consentire l'integrazione sanitaria e sociale.

Nell'ottica di integrazione nella Rete Locale di Cure Palliative identificata nel territorio della ATS Insubria, sono individuati percorsi che promuovono la presa in carico precoce di pazienti con bisogni di Cure Palliative garantendo la continuità nel percorso del malato e della sua famiglia soprattutto nel passaggio dalla fase della cronicità a quello della terminalità.

**Obiettivo raggiunto****Obiettivo n. 12 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%**Risultato = 94%**

Aderenza calcolata da ritorno regionale 28 San incrociata con Priamo cronicità		
Prestazioni erogate	Prestazioni da PAI	% aderenza
59078	62589	94

Fonte Dati: priamo cronicità e ritorno regionale PIC

Le prestazioni erogate a pazienti cronici nel 2019 a confronto con quanto previsto nel PAI si discostano lievemente dalla previsione, ma rimangono in un range decisamente positivo.



Il nuovo modello di presa in carico è stato avviato nel 2018 con 134 clinical manager per 62 patologie croniche ed è stato istituito con risorse interne un Centro Servizi per facilitare il percorso del paziente cronico e garantire il raccordo fra tutti i nodi della rete intra ed extra aziendali. Come già enunciato nella relazione anno 2018, il dato di monitoraggio della percentuale di aderenza ha risentito inizialmente delle difficoltà di identificazione da parte di Regione Lombardia di una modalità di rendicontazione delle prestazioni che consentisse di identificare puntualmente quelle dedicate ai pazienti cronici con il nuovo modello. Ciò nonostante nel 2019 il dato pari al 94% si discosta dal dato 2018 pari a 84,49% dando evidenza dell'impegno profuso dall'Azienda nello sviluppo e implementazione di questa attività.

## **Obiettivo non raggiunto**

### **Obiettivo n. 13 Ambito: Ricoveri ordinari per acuti**

Indicatore: Appropriatezza

**Formula:** Riduzione n. ricoveri ordinari per acuti riferibili ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza. Attività normata dall'Accordo Stato-Regioni e delibera n. IX/1046 del 17/12/2018

**Risultato atteso:**  $\leq 18\%$

#### **Risultato : $\leq 18\%$**

Nel 2019 i ricoveri ordinari per acuti riferibili ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza sono stati:

Presidio di Como:  $1915/14.449 \times 100 = 13,25\%$

Presidio di Cantù:  $490/2.888 \times 100 = 16,97\%$

Presidio di Menaggio:  $198/1.103 \times 100 = 17,95\%$

## **Obiettivo raggiunto**

### **Obiettivo n. 14 Ambito: Appropriatezza**

Indicatore: Appropriatezza

**Formula:** % di pazienti ( $\geq 65$  aa) con diagnosi di frattura del collo del femore operati **entro 48 h** dall'ammissione in regime ordinario PO Sant'Anna (par.5.3.8 DGR XI/1046 del 17/12/2018)

**Risultato atteso:**  $> 74\%$

#### **Risultato $< 74\%$**

si registrano i seguenti risultati

Presidio di Como:  $150/220 \times 100 = 68,20\%$

Presidio di Cantù:  $57/149 \times 100 = 38,30\%$

Presidio di Menaggio:  $21/29 \times 100 = 72,4\%$

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. I migliori risultati sono stati registrati a San Fermo.

Nel 2019 l'UOC Ortopedia ha registrato nei primi mesi dell'anno un calo di produzione e nella seconda metà dell'anno sono intervenute modifiche interne di carattere organizzativo che probabilmente hanno ulteriormente contribuito al non raggiungimento dell'obiettivo.

Presso il presidio ospedaliero di Cantù nonostante si registri un dato al di sotto dello standard previsto, si dà evidenza del trend di miglioramento: dal 27,9% al 38,3%.

Presso il presidio ospedaliero di Menaggio la casistica presenta numeri molto piccoli ma ciò nonostante l'obiettivo del 74% non è stato raggiunto. La motivazione va ricercata nel periodo di criticità determinato dalle problematiche organizzative correlate al passaggio dall'ASST della Valtellina all'ASST Lariana: dal mese di giugno in avanti le sale operatorie non erano attive causa la mancanza degli anestesisti per cui i pazienti con frattura di femore venivano portati dal 118 in altri presidi ospedalieri.

L'ASST nel 2020 con la nomina del nuovo Direttore dell'UOC Ortopedia e traumatologia varerà un programma di riorganizzazione delle attività.

## **Obiettivo non raggiunto**

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

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

#### **Risultato: 86,4%**

Il rapporto percentuale si è attestato nel 2019 al 86,4% dei questionari con esito positivo (rispetto al 83,1% del 2018). Nel corso del 2019 sono stati somministrati 3.479 questionari ai pazienti. Di questi, 3.007 (86,4%) hanno registrato risposte pari o superiori a 6 (su 7) come gradimento dei vari item.

## **Obiettivo raggiunto**

### **Considerazioni conclusive**

L'ASST Lariana nel corso del 2019 si è impegnata nella realizzazione di molteplici obiettivi di carattere amministrativo - gestionale e sanitario. L'attuazione della programmazione si è declinata attraverso la realizzazione di una serie di progetti stabiliti dalle Regole di Sistema Regionali e dagli obiettivi aziendali assegnati al Direttore Generale. Si ravvisa l'opportunità di sottolineare l'impegno profuso da parte di tutti gli operatori dell'Azienda affinché la quasi totalità degli obiettivi prefissati potessero essere pienamente raggiunti e comunque il non pieno raggiungimento di qualche obiettivo deriva da fattori non sempre dipendenti da fattori intrinseci all'organizzazione.

Per quanto riguarda l'area amministrativa ad esempio sono stati fatti notevoli passi avanti nell'implementazione del progetto di dematerializzazione del ciclo passivo con un progressivo incremento della gestione documentale informatizzata in tale ambito, recupero di maggiore efficienza, migliore gestione, governabilità e affidabilità dell'informazione. La fattura elettronica rappresenta infatti di per sé un facilitatore dei processi di controllo e di razionalizzazione della spesa aziendale, assicurando la completa e integrata automazione dell'intero ciclo dell'ordine, attivo e passivo, compresa la fase dei pagamenti. L'utilizzo della fattura elettronica permette di riscontrare le tempistiche di emissione dei documenti e riconciliarli, passando per consegna, trasporto e ricezione dei beni o per l'indicazione degli ordini di acquisto, con i pagamenti.

Per quanto attiene l'ambito sanitario, l'ASST Lariana vanta un Centro di Procreazione Medicalmente Assistita all'avanguardia e comunque non patrimonio organizzativo di molte Aziende del territorio lombardo. Il PMA è iscritto nell'elenco del compendio europeo degli istituti dei tessuti dal settembre 2018 e progressivamente ha implementato le attività plurispecialistiche di supporto all'utenza per offrire un percorso assistenziale il più completo possibile anche in termini logistici attraverso la reingegnerizzazione degli spazi, l'acquisizione di risorse umane e l'ampliamento dell'apparato tecnologico e strumentale.

Particolare attenzione nel 2019 è stata rivolta alla programmazione e attuazione di interventi volti a migliorare la qualità e sicurezza del percorso del paziente chirurgico presso tutti setting ospedalieri, che ha visto l'ampia partecipazione di professionisti del settore tecnico-infermieristico e medico nella conduzione dell'analisi dei rischi potenziali, impliciti in tutti gli ambiti sanitari, nella valutazione delle barriere di contenimento già disponibili in termini procedurali e logistici, nella identificazione, secondo una prioritarizzazione di intervento, di un piano di azioni di miglioramento da mettere in atto nel 2020.

Considerate le stringenti regole nazionali e i vincoli regionali previsti per l'anno 2019, i risultati conseguiti complessivamente devono essere valutati positivamente in quanto gli obiettivi e i rispettivi indicatori hanno richiesto rilevanti interventi. I punti di debolezza riscontrati saranno oggetto di considerazione e di attenzione nello sviluppo delle performance dell'anno 2020.

San Fermo della battaglia, 10 giugno 2020

Anna Sannino  
Direttore UOC  
Miglioramento Qualità e Risk Management