



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

RELAZIONE VALUTAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE anno 2020

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 per il triennio 2020/2022 è stato approvato con deliberazione aziendale n.98 del 31 gennaio 2020 in coerenza con il Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 avente ad oggetto: "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" e nel rispetto della DGR n. XI/2672 del 16/12/2019 denominata "Regole di Sistema" di Regione Lombardia rispettivamente per l'esercizio 2020.

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 Dgls 25 maggio 2016 n.97, il Piano delle Performance 2020-2022 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. 62 del 31 gennaio 2020 ad oggetto "Adozione dell'aggiornamento al Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) per il triennio 2020-2022.

Emergenza Covid-19

All'atto dell'approvazione di tale documento, non era assolutamente prevedibile l'arrivo devastante di una pandemia e le conseguenze ad essa collegate per le quali l'Azienda ha dovuto rivedere scelte strategiche e progettazioni in corso e riorganizzarsi per poter fronteggiare la situazione che si è manifestata così drammaticamente.

Con Deliberazione n. 255 del 12 marzo 2020 e successiva integrazione Deliberazione n. 257 del 17 marzo 2020 la Direzione Strategica, al fine di rafforzare la catena di comando aziendale per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, ha costituito l'Unità di Crisi dell'ASST Lariana, deputata all'assunzione di decisioni sulla gestione straordinaria dell'emergenza e ad un continuo monitoraggio della corretta attuazione in Azienda delle direttive nazionali e regionali in materia.

Successivamente, visto l'evolversi della situazione epidemiologica, il carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia e l'incremento dei casi sul territorio nazionale, al fine di adottare ulteriori misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, l'ASST Lariana con Deliberazione n. 283 del 23 marzo 2020 ha provveduto ad istituire un gruppo operativo, denominato "Gestione del paziente affetto da COVID 19", per supportare l'Unità di Crisi in modo sinergico nelle sue attività.

Nel corso dell'anno 2020 si è reso necessario conformare tutte le attività dell'Azienda ai provvedimenti nazionali e regionali via via emessi in applicazione delle misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da Covid-19".

L'ASST Lariana ha provveduto inoltre alla pianificazione ed al riordino delle attività ordinarie, ospedaliere ed ambulatoriali, in ciascuna fase della pandemia tenendo conto dell'evoluzione della curva epidemica.

Per superare l'impatto della pandemia di COVID-19, l'ASST Lariana ha affrontato sfide molto impegnative nonostante l'incertezza del contesto. E' stata data priorità all'immediato, focalizzandosi sui bisogni dei pazienti e dei dipendenti e sulla gestione efficace delle discontinuità. In parallelo, si è impegnata nel dare nuova forma alla propria attività per allinearsi all'evoluzione della domanda e per individuare nuovi percorsi di crescita.

Uno degli aspetti che maggiormente ha impegnato l'Azienda nel corso del 2020 ha riguardato la riorganizzazione dei reparti, la contestuale riassegnazione del personale sanitario, medico e del comparto, la gestione degli approvvigionamenti e relative scorte di farmaci, presidi ed attrezzature sanitarie per le aree Covid-19, la mappatura e rimodulazione dei percorsi pulito/sporco all'interno dei presidi ospedalieri e di tutte le aree a rischio di contatto tra utenti/visitatori/personale.

In tempi brevissimi l'ASST Lariana si è dovuta dedicare pressoché interamente alla cura dei pazienti COVID.

Nella gestione della pandemia, l'ASST Lariana ha adottato

- mappatura costante delle risorse disponibili: professionali, tecnologiche, farmaci, dispositivi medici e dispositivi di protezione individuale
- predisposizione di piani di emergenza, sulla base di identificati livelli di rischio, rimodulabili con il verificarsi degli accadimenti connessi all'aggravamento del quadro epidemiologico
- creazione di modalità di accesso ad informazioni di tempestiva comunicazione ai dipendenti sulla gestione della pandemia.

Per monitorare lo stato di diffusione del virus e valutare conseguentemente le misure da attuare in corso di pandemia, è stato implementato un modello di elaborazione dati con individuazione di specifici indicatori di carattere epidemiologico e clinico-organizzativo dedicati alla descrizione di attività fondamentali per la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19.

L'analisi ha, inoltre, previsto la realizzazione, per ciascun indice individuato, di rappresentazioni grafiche che, analizzate quotidianamente dalla Direzione Strategica e dall'unità di crisi e da un gruppo selezionato di professionisti, ha costantemente, dall'inizio della pandemia, informato sull'andamento dei trend in analisi e ha supportato la variabilità delle scelte strategiche facilitando la fruizione dei risultati ottenuti. Ulteriori indicatori sono stati determinati al fine di individuare lo stato di saturazione dei posti letto in terapia intensiva e, rispetto al fabbisogno causato dal diffondersi della pandemia, le riconversioni dei nuovi setting assistenziali volti alla gestione della situazione attuale di crisi.

Per allentare la tensione di bisogno di letti presso il presidio San Fermo (Hub COVID) ed ottimizzare l'assistenza per i pazienti ancora positivi al Covid ma non necessitanti di cure intensive, ASST Lariana, ha attivato inoltre posti di degenza di transizione presso lo stabilimento Felice Villa di Mariano riconvertiti in degenza di cure subacute da novembre 2020 e, nello stesso tempo anche posti letto di degenza di comunità presso il Poliambulatorio Territoriale (ex-ospedale Sant'Anna) di via Napoleona a Como

La ripresa delle attività ordinarie, avvenuta nel periodo post-emergenza Covid19 seguito alla fase 1, e il successivo mantenimento e rimodulazione nella fase 3 si è svolta nel rispetto della sicurezza per operatori e pazienti come raccomandato dalle circolari di Regione Lombardia .

Ogni servizio già attivato è stato rivisto e riorganizzato nell'ottica di poter raggiungere uniformemente tutta l'utenza, garantendo a quest'ultima i supporti necessari per fronteggiare nel migliore dei modi i drastici cambiamenti avvenuti.

Per quanto riguarda le attività ambulatoriali in ospedale e nei Poliambulatori, in tutti i presidi di ASST Lariana - sono state garantite le prestazioni non differibili (ad esempio chemioterapia, radioterapia, dialisi pazienti in terapia anti-coagulante orale (AVK/DOAC), ecc.); le prestazioni urgenti con priorità U o B; le prestazioni dell'area Salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta e i servizi sulle Dipendenze; le prestazioni dell'area Materno-Infantile; i Punti Prelievo.

L'attività ambulatoriale quindi è stata sempre assicurata nel periodo emergenziale per le prestazioni urgenti, con classi di priorità U e B, tutti gli utenti che avevano visite/esami prenotati sono stati contattati direttamente per l'eventuale conferma o disdetta.

Per quanto riguarda l'approvvigionamento e disponibilità nel tempo di gel antisettico per mani e dpi e dei farmaci è stata effettuata costantemente la valutazione delle necessità dei fabbisogni delle protezioni di uso personale (DPI, DM) nonché dei farmaci e un monitoraggio costante delle scorte per attuare tempestivamente i necessari riordini.

I consumi previsti nel periodo sono notevolmente variati in incremento, per diverse voci connesse all'emergenza (ossigeno, pulizie, rifiuti speciali, ecc.).

È stato messo in atto un processo per tracciare e segnalare le quantità disponibili di forniture mediche di consumo, incluso il monitoraggio delle forniture di maschere facciali, respiratori (se disponibili per l'assistenza ai pazienti Covid-19), abiti, guanti e protezione per gli occhi (ad es. maschera per il viso o occhiali).

Tutto ciò ha reso possibile che i DPI forniti ai lavoratori dell'ASST Lariana, fin dall'inizio dell'emergenza pandemica, siano stati coerenti per tipologia e caratteristiche tecniche con le indicazioni fornite dall'Istituto Superiore di Sanità, dal Ministero della Salute e dalla DG Welfare di Regione Lombardia.

Presso tutte le aree assistenziali anche non Covid -19 sono state sempre fornite maschere FFP2 per far fronte ad eventuali situazioni di rischio sulla base della tipologia di paziente e di intervento assistenziale.

L'ASST Lariana come da decreto del Governo ha sospeso le assenze a titolo di congedo ordinario e recupero ore a tutto il personale afferente all'area sanitaria e tecnica e contestualmente si è attivata nel provvedere all'assunzione a tempo indeterminato e determinato di nuovo personale.

In corso di pandemia quindi nessun settore ha mai cessato la propria operatività, anche in presenza, ivi compresi i reparti amministrativi, che hanno continuamente supportato le funzioni sanitarie, del reclutamento di personale straordinario, della continua trasformazione della logistica e dei percorsi, degli approvvigionamenti di beni specifici ed aggiuntivi e di DPI, della gestione delle risorse economiche straordinarie e delle donazioni, della garanzia di specifica copertura assicurativa, ecc..

Per quanto possibile, una parte delle risorse amministrative ed alcune fra quelle sanitarie hanno avuto accesso al lavoro agile, al fine di dare attuazione alle disposizioni contenute nell'art.87 del Decreto Legge del 17.03.2020, n.18 in materia.

Si è provveduto inoltre ad allestire un sistema di video conferenza, impiegando la soluzione open-source Jitsi meet, usato dai dipendenti per organizzare, nel rispetto dei DPCM relativi alla gestione dell'emergenza pandemica, riunioni anche con personale situato all'esterno dell'ASST Lariana (es. dipendenti in regime di lavoro agile, dipendenti di altri enti, etc).

Tenuto conto quindi della rilevante incidenza della gestione pandemica sulla intera organizzazione aziendale, gli obiettivi inseriti nel Piano della Performance 2020/2022, in fase di rendicontazione, devono essere oggetto di valutazione per le attività realizzate e gli effetti prodotti tenendo in considerazione che per alcuni di questi obiettivi l'attività si è svolta con regolarità per altri invece l'incidenza dell'emergenza Covid19 ha determinato importanti modifiche.

La relazione annuale 2020 descrive nella tabella A) i risultati degli indicatori di performance derivati prevalentemente da indicazioni regionali contenuti nel testo delle regole 2020, DGR n. XI/2672 del 16/12/2019.

La scelta strategica dell'ASST Lariana per l'anno 2020 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.

La relazione annuale 2020 descrive nell'Allegato 1 i risultati degli indicatori di performance concordati con i responsabili di UOC.

I tre obiettivi seguenti rientrano nelle responsabilità del **Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza** che svolge attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione assicurando completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate.

OBIETTIVO n. 1 Ambito: Prevenzione, anticorruzione e trasparenza

Indicatore: Aggiornamento sez. "Amministrazione trasparente" secondo la normativa e il PTPCT

Formula: n. dati-documenti effettivamente pubblicati nella sezione "amministrazione Trasparente" /n. dati-documenti da pubblicare per legge

Risultato atteso: Pubblicità, trasparenza, facilità di accesso del dato-documento da parte di tutti gli stakeholder

Risultato: Causa le difficoltà generate dalla pandemia, alcune UOC hanno effettuato con ritardo la pubblicazione dei documenti di competenza, ma l'obiettivo finale è stato raggiunto.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 2 Ambito: Prevenzione, anticorruzione e trasparenza

Indicatore: Pubblicazione, nella sezione dei controlli, delle relazioni concernenti i controlli eseguiti

Formula: n. relazioni prodotte da autorità di controllo competenti/n. relazioni pubblicate sull'apposita pagina della sezione "amministrazione trasparente "

Risultato atteso: Trasparenza

Risultato: N° 6/ 6 = **100%**

Le autorità di controllo competenti sono: OIV (Organismo indipendente di valutazione), Collegio sindacale organismo di revisione amministrativa e contabile), Corte dei Conti. Nello specifico OIV ha prodotto n.5 documenti, il Collegio sindacale ha prodotto n. 1 documento, la Corte dei conti non ha prodotto documenti per l'anno 2020.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 3 Ambito: Prevenzione, anticorruzione e trasparenza

Indicatore: Redazione della mappatura dei processi e rilevazione dei rischi da parte della UOC competente

Formula: n. mappature inviate alle UOC / n . mappature compilate

Risultato atteso: Mappatura dei processi da parte dell'Unità operative.

Risultato: 9/9 = **100%**

L'UOC Competente ha provveduto ad inviare alle UU.OO. la richiesta via mail di compilazione della Scheda di Rilevazione del Rischio Corruttivo finalizzata alla mappatura dei processi. A tale richiesta hanno adempiuto n.9 UO./9 UO

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 4 Ambito: Prevenzione, anticorruzione e trasparenza

Indicatore: Compilazione della relazione annuale del RPCT

Formula: Compilazione tabella ANAC

Risultato atteso: Pubblicazione della Relazione redatta secondo la tabella ANAC

Risultato: L'UOC Coordinamento Controlli ha provveduto alla pubblicazione sul sito aziendale della Relazione annuale del RPCT entro il termine previsto da ANAC (autorità nazionale anticorruzione).

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 5 Ambito: Economico - finanziaria

Indicatore: Redazione del Bilancio di previsione economica entro i termini stabiliti da Regione Lombardia

Formula: N° contributi delle UOC coinvolte pervenuti entro i termini stabiliti dall'azienda / N° contributi richiesti

Risultato atteso: almeno 80%

Risultato: **100%**

N° 24 Contributi delle UOC coinvolte pervenuti entro i termini stabiliti dall'azienda / N° 24 contributi richiesti

A fine anno 2019, fra novembre e dicembre, al fine della predisposizione del bilancio preventivo 2020, sono stati svolti gli incontri con i servizi ordinatori di spesa a cui hanno partecipato tutte le

UO convocate . Successivamente all'adozione ed approvazione del preventivo 2020, rispettivamente con deliberazione n. 129 del 12/02/2020 e DGR XI/2980 del 23/03/2020, è stato comunicato ai servizi ordinatori il budget di spesa assegnato con deliberazione n. 342 del 10/04/2020.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 6 Ambito: Economico - finanziaria

Indicatore: Redazione della certificazione economica trimestrale entro i termini stabiliti da Regione Lombardia

Formula: N° contributi delle UOC coinvolte pervenuti entro i termini stabiliti dall'azienda / N° contributi richiesti

Risultato atteso: 80%

Risultato: 87,5%

N° 21 contributi delle UOC coinvolte pervenuti entro i termini stabiliti dall'azienda / n° 24 contributi richiesti.

In occasione della stesura dei CET, sono stati richiesti tramite mail, i contributi alle UO interessate e sono state verificate le consegne nei termini stabiliti. Si segnala che a decorrere dal III CET i dati sono pervenuti con maggiore puntualità. Si rileva comunque margine di miglioramento per la qualità dei dati del IV CET e la tempistica di completamento delle operazioni contabili di fine anno da parte dei servizi ordinatori.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 7 Ambito: Economico - finanziaria

Indicatore: Redazione del bilancio consuntivo entro i termini stabiliti da Regione Lombardia

Formula: N° contributi delle UOC coinvolte pervenuti entro i termini stabiliti dall'azienda / N° contributi richiesti

Risultato atteso: 80%

Risultato: RILEVAZIONE ATTIVITA' IN CORSO

PRE-CONSUNTIVO 2020. Per quanto riguarda il Pre-consuntivo 2020 la UOC competente ha inviato richiesta dei dati definitivi di ricavi e costi a diretta gestione aziendale, come da specifiche comunicazioni mail. Tali dati saranno da recepire nel consuntivo 2020.

CONSUNTIVO 2020: Scadenza prorogata al 30/06/21. Sono state avviate tutte le attività propedeutiche per la fornitura dei dati a carico delle UO coinvolte.

OBIETTIVO da rideterminare alla scadenza prevista.

OBIETTIVO n. 8 Ambito: Certificabilità del bilancio

Indicatore: monitoraggio applicazione delle procedure PAC redatte

Formula: Verbali di audit che attestano l'applicazione corretta delle procedure PAC

Risultato atteso: 80%

Risultato: 6/6 = **100%**

Sono stati realizzati n.6 audit per verificare il monitoraggio dell'applicazione delle procedure PAC. I verbali di audit attestano che in due casi (verbale n.6 e n.7) è stata rilevata una non conformità rispetto alla codifica del bene, ma la procedura PAC risulta correttamente applicata.

Nel 2020 gli audit relativi alla Certificabilità del Bilancio sono stati effettuati nelle seguenti date:

9/7/2020 presso UOC Gestione Approvvigionamenti e Logistica; (è necessario implementare l'attività di controllo a campione come richiesto dalla procedura PO.000.120 "rilevazioni inventariali presso i magazzini centrali")

9/7/2020 presso UOC Farmacia Ospedaliera (Procedura PO.000.120 "Donazioni di beni mobili" è applicata in modo corretto).

17/7/2020 presso UOC Affari Generali e Legali (Il monitoraggio dell'applicazione della PO.000.120 Donazioni di beni mobili e PO.000.112 Lasciti e donazioni da Privati vincolati a Investimenti non ha rilevato criticità

n. 5/IA il 20/7/2020 presso il SIA; Il monitoraggio riguardante l'applicazione della PO.000.104 "Gestione immobilizzazioni materiali e immateriali ICT: gestione asset hardware e software" e PO.000.96 "Gestione manutenzione ICT hardware e software" non ha rilevato criticità;

n. 6/IA il 24/7/2020 presso UOC Gestione Economica Finanziaria e Bilancio; Il monitoraggio riguardante l'applicazione delle PO.000.60 "Procedura operativa per l'inoltro delle richieste e per la consegna dei prodotti farmaceutici/dispositivi medici /economici", la PO.000.102 "Donazioni di beni mobili" e la PO.000.112 "Lasciti e donazioni da Privati vincolati a Investimenti" ha rilevato la diversa codificazione dello stesso bene dalle due UOC.

n. 7/IA il 4/8/2020 presso UOC Gestione Approvvigionamenti e Logistica; Il monitoraggio riguardante l'applicazione delle PO.000.60 "Procedura operativa per l'inoltro delle richieste e per la consegna dei prodotti farmaceutici/dispositivi medici /economici", la PO.000.102 "Donazioni di beni mobili" e la PO.000.112 "Lasciti e donazioni da Privati vincolati a Investimenti" ha rilevato la diversa codificazione dello stesso bene dalle due UOC.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 9 Ambito: Accoglienza

Indicatore: attivazione workstation per la self accettazione dell'utenza presso i presidi ospedalieri ASST

Formula: N° work station installate e attivate / N° work station previste

Risultato atteso: n. 10 work station

Risultato: **>100% n.11 work station installate/n.10 work station previste**

Nel 2020 si è potenziata l'attività di messa a punto di apposite macchine riscuotitrici presso le sedi aziendali di ASST Lariana per far sì che, in piena autonomia, i cittadini potessero effettuare i pagamenti di prestazioni sia in regime di servizio sanitario che in libera professione.

Per poter effettuare un corretto pagamento è necessario che ci sia, a monte, una prenotazione collegata ad una determinata tariffa e l'emissione corretta di documento fiscale.

Il cittadino, con la propria tessera sanitaria, seguendo le indicazioni poste sul totem può quindi procedere al pagamento in autonomia, senza dover passare dagli sportelli cassa cup aziendali.

Le modalità di pagamento possibili su tutte le macchine riscuotitrici è tramite bancomat o carta di credito. Nelle macchine poste presso i pronti soccorsi si è ritenuto di lasciare la possibilità di pagare anche in contanti.

Le macchine riscuotitrici sono state poste nelle seguenti sedi:

Ospedale Sant'Anna:

- 1 macchina al - 1 presso il pronto soccorso n. ro 1
- 3 macchine al piano O presso la hall

Ospedale di Cantù:

- 1 macchina a piano terra presso il pronto soccorso
- 1 macchina una a piano terra vicino al cup

Poliambulatorio di Via Napoleona:

- 1 macchina posta presso la cassa cup Poliambulatorio B
- 2 macchine poste all'entrata del monoblocco

Poliambulatorio di Olgiate Comasco:

- 1 macchina posta all'entrata principale

Nell'anno 2020 sono state effettuate 177 operazioni per un totale di euro 14.829,15.

Si stanno predisponendo ulteriori attività di incentivazione per favorire tali modalità di pagamento.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 10 Ambito: Accoglienza

Indicatore: Attivazione tramite sistemi informativi non aziendali di prenotazione on-line per le classi di priorità su strutture esterne all'ASST nell'ambito di sistemi di rete dell'offerta sanitaria

Formula: N° postazioni di lavoro attivate / N° totale di postazioni di lavoro disponibili

Risultato atteso: 100%

Risultato: 76,3 % n. 29 postazioni attivate su 38 postazioni di lavoro

Tenendo conto della normativa vigente che, tra l'altro prevede "l'impegno ad erogare la prestazione nei tempi indicati dalla priorità a decorrere dal momento della presentazione della richiesta da parte del cittadino ovvero, in caso di impossibilità, ad attivare il proprio Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa, per individuare un'altra struttura, presente comunque sul territorio di ATS, in grado di erogare la prestazione nei termini stabiliti, sono state individuate delle attività per potenziare, migliorare le attività inerenti alle prenotazioni di prestazioni con classi di priorità:

E' stato riservato un numero telefonico 031.5854747 che, in orario d'ufficio, fornisce informazioni in ordine ai tempi di attesa delle strutture, pubbliche e private, afferenti ad ATS Insubria e, se richiesto dal cittadino, è possibile visualizzare le strutture di tutta la Regione. Viene individuata, tramite il MOSA, la struttura che offre la prestazione nel tempo di attesa più favorevole all'utente.

Viene fornito all'utente richiedente il recapito telefonico della struttura così individuata, al fine di permettere all'utente di procedere successivamente con la prenotazione.

Nell'ultimo trimestre 2019, tramite il servizio di "Prenota Salute RL", è stata avviata l'attività di prenotazione verso altre strutture per prestazioni con classi di priorità che la ASST Lariana non riusciva ad evadere; presso la Hall dell'Ospedale Sant'Anna è stato attivato uno specifico sportello dedicato a questa attività.

Dopo il primo periodo di start up, si è valutata la possibilità di estendere tale servizio presso le casse CUP aziendali iniziando un periodo di formazione di tutto il personale di front office in servizio presso il presidio di San Fermo. Sui pc in uso è stato attivato l'accesso, via web, al sito regionale che offre il servizio del Prenota Salute di Regione Lombardia, mediante il quale l'operatore può prenotare nella struttura disponibile nel tempo richiesto dalla classe di priorità indicata sulla ricetta medica.

Nel 2020, si è predisposto un servizio di formazione on-site presso i punti erogativi di Via Napoleona, Olgiate Comasco, Lomazzo e Cantù predisponendo per tutti i centri di prenotazione un documento con istruzioni grafiche delle procedure da seguire. Nelle altre sedi aziendali non si è potuta effettuare una formazione on-site causa restrizioni covid.

Sul sito aziendale, nella sessione "prenotare una visita" è stata inserita anche l'informativa su come utilizzare il Prenota Salute di Regione Lombardia.

A novembre 2020 è stata creata una email dedicata alla gestione delle richieste urgenti: urgenze@asst-lariana .it. e, la stessa, come informativa, è stata resa visibile verso l'esterno. Viene gestita dal personale cup. Media giornaliera di 5 email.

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 11 Ambito: Integrazione dei servizi SERT, Consultorio Familiare e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza sul territorio di Menaggio

Indicatore: n. adolescenti di età ≤ 18 anni multiproblematici presi in carico con modalità integrata tra i servizi territoriali competenti

Formula: Migliorare l'aggancio precoce di adolescenti di età ≤ 18 anni con problematiche relazionali, psicopatologiche e di dipendenza sul territorio di Menaggio attraverso l'integrazione tra i servizi competenti

Risultato atteso: documentale

Risultato: Il Progetto di integrazione tra i Servizi per la diagnosi precoce dei disturbi dei minori prevede l'integrazione dell'UOC Dipendenze, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze con l'UOC Famiglia e Assistenza Consultoriale del Dipartimento Materno Infantile. Nell'ambito del territorio del Medio Lario si rilevava l'opportunità di creare un ambito polifunzionale favorente l'accesso e l'integrazione fra i tre Servizi con riferimento ad interventi rivolti al contesto familiare e all'intervento precoce su problematiche adolescenziali di carattere neuropsichiatrico e/o dipendenza in particolare per la fascia di età target ≤ 18 anni (target NPJA).

Emergeva in particolare l'esigenza di leggere precocemente problemi di uso/abuso di sostanze passibili di intervento da parte del Sert. Spesso problematiche neuropsichiatriche e di abuso di sostanze sottendono infatti cause comuni di disagio alla base. Peraltro l'intervento precoce su

situazioni premorbidità di carattere neuropsichiatrico costituisce elemento importante per prevenire il ricorso all'uso di sostanze con possibile sviluppo di dipendenza. Il contesto consultoriale, centrale per tutto il contesto familiare dal momento della nascita di un figlio, può a sua volta leggere precocemente bisogni nelle diverse fasi della crescita che richiedono l'intervento precoce del Sert o della NPia.

Il progetto di ristrutturazione della palazzina di via Diaz a Menaggio per rendere meglio fruibili gli spazi, rimuovendo alcune barriere architettoniche, permetteva di favorire ulteriormente i processi di integrazione. I lavori di ristrutturazione sono poi stati attivati ad aprile 2021.

Il target comune ai tre Servizi oggetto del Progetto di integrazione è quello dei giovani di età \leq a 18 anni. Nel 2020 nonostante la pandemia in corso i Servizi hanno garantito l'attività e la presa in cura dei pazienti integrando le attività in presenza con quelle da remoto, prevalenti in particolare per il Consultorio Familiare. La presa in carico dei soggetti nella fascia d'età target è stata effettuata sul principio di indagare non solo sul primo bisogno portato al singolo Servizio ma anche sulle altre due aree oggetto dell'integrazione. La casistica già normalmente limitata è stata particolarmente esigua a causa dell'emergenza in atto.

Il Sert nel corso dell'anno ha preso in carico n. 3 minori. Per un caso specifico sono state rilevate problematiche in ambito Neuropsichiatrico. Il caso è stato quindi seguito sia da Sert che dalla NPia coinvolgendo il contesto familiare arrivando al risultato di un percorso in struttura residenziale tuttora in corso. La collaborazione ha quindi avuto un esito positivo in merito al concretizzarsi degli interventi necessari.

La NPia ha indirizzato per due nuclei familiari con problematiche sul ruolo genitoriale al Consultorio familiare.

Per quanto riguarda il Consultorio Familiare nel 2020 non sono giunti alla loro osservazione minori con problematiche inerenti l'area dipendenze o di neuropsichiatria da segnalare e indirizzare ai servizi competenti.

Nonostante la limitazione della casistica il Progetto nel 2020 ha avuto uno sviluppo sul territorio nell'ambito del Progetto Sperimentale "Si può fare - Famiglie in rete" definito sul territorio di Menaggio che vede ASST partner con Azienda Sociale Centro Lario e Valli. Il Progetto finanziato a livello regionale attraverso ATS Insubria è volto a promuovere azioni di Comunità sul contesto familiare e sui giovani attraverso un intervento psicopedagogico nelle scuole, l'attivazione di uno Spazio Famiglia e uno Spazio Giovani, interventi informativi rivolti alla popolazione su tematiche inerenti il disagio giovanile, la promozione della lettura per l'infanzia, azioni di protagonismo giovanile sul cyberbullismo. L'accordo di partenariato è stato siglato in agosto 2020. Anche in questo caso le azioni sono state rinviate al 2021 a causa dell'emergenza Covid che, date le misure necessarie, ha impedito la realizzazione degli interventi. Il Progetto rimodulato ad aprile 2021 deve prevedere la realizzazione anche in residuale problematica Covid attraverso interventi da remoto per un biennio. In tale contesto progettuale proseguirà anche l'azione integrata tra le tre UO coinvolte sui giovani \leq a 18 anni.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 12 Ambito: Qualità e sicurezza

Indicatore 1: Valore percentuale di neonati con ipotermia nati presso i poli ospedalieri e ambiti territoriali di afferenza a SOREU Laghi sprovvisti di punti nascita /n. totale neonati nati

Indicatore 2: Per valutare l'indice di performance ottenuto saranno raccolti i dati della temperatura dei piccoli neonati nati sul territorio assistiti e scaldati tramite il kit all'arrivo in ospedale confrontandoli con le medie rilevate per i neonati partoriti in ambito ospedaliero."

Formula1: N. neonati con ipotermia nati negli ospedali afferenti a SOREU Laghi sede di punti nascita / n. totale dei neonati nati negli ospedali afferenti a SOREU Laghi sede di punti nascita

Formula 2: n. neonati con ipotermia nati negli ambiti territoriali sprovvisti di punti nascita afferenti a SOREU Laghi / n. totale neonati nati negli ambiti territoriali sprovvisti di punti nascita afferenti a SOREU Laghi

Risultati attesi: \leq al 5%

Risultato: gli indicatori del progetto sono stati modificati in quanto causa covid i kit sono stati rimossi dalle ambulanze per garantire una corretta sanificazione dei mezzi di soccorso.

Pertanto sono stati calcolati quanti neonati in ipotermia sono giunti in PS e quanti kit sono stati utilizzati.

N.26 kit utilizzati . Solamente n.1 bambino è arrivato in PS con temperatura $< 36^{\circ}$ **3,85%**

N°25 neonati/n°28 parti = 89% sono giunti in PS con temperatura non $< 36,6^{\circ}\text{C}$. Complessivamente sono stati utilizzati n° 26 kit per scaldare i neonati quindi nel 93%.

Il progetto che ha coinvolto la UOC Neonatologia-TIN dell'ASST Lariana. Si è provveduto a sensibilizzare gli operatori del soccorso, soccorritori e personale sanitario, sui rischi connessi alla riduzione della temperatura corporea dei neonati alla nascita e sulle sue conseguenze; si è provveduto inoltre a dotare i mezzi di soccorso che operano nell'ambito territoriale della Soreu dei Laghi (Como, Lecco e Varese) di kit, tutti di lana, composti da un cappellino, una coperta e un paio di calzine realizzati da volontarie dell'associazione Cuore di maglia.

I dati raccolti della temperatura dei piccoli neonati nati sul territorio assistiti e scaldati tramite il nostro kit all'arrivo in ospedale sono stati confrontati con le medie rilevate per i neonati partoriti in ambito ospedaliero.

La pandemia ha parzialmente influenzato il progetto in quanto l'utilizzo dei mezzi di soccorso è stato prevalentemente adibito al soccorso di pazienti Covid e per tale motivo i kit sono stati talvolta rimossi dalle ambulanze per garantire una corretta sanificazione dei mezzi. Le stesse ambulanze sono state prestate alle SOREU limitrofe per i motivi ben noti a tutti (Bergamo, Brescia, epicentri della pandemia).

Il progetto "calda accoglienza", ha raccolto dati per tutto il 2020 registrando in totale 28 parti sul territorio della Soreu dei Laghi. Nonostante l'emergenza epidemiologica dovuta al Sars Covid 19, vi è stata un'alta partecipazione da parte delle associazioni (sensibilizzate durante la giornata di presentazione del progetto) nel tentativo di ridurre sensibilmente l'impatto che l'ipotermia può avere sul neonato nato sul territorio. Sui 28 parti gestiti, sono stati utilizzati ben 26 kit quindi nel 93% dei casi. Di questi casi trattati ben 25 registravano temperature di accettazione presso i ps ostetrici, superiori ai 36.6 gradi centigradi. Un solo caso dei 26 bambini accompagnati con kit riportava una tc di 35.9 (inferiore ai valori richiesti). I rimanenti 2 casi (bambini non accompagnati con kit una calda accoglienza) registravano temperature inferiori a 36 gradi, ma non inferiori ai 35,6.

Outcome: i dati raccolti nonostante l'emergenza epidemiologica dimostrano una sensibilizzazione nei confronti dell'importanza di riscaldare ed asciugare il neonato partorito al di fuori delle strutture ospedaliere ed accudito dal servizio di soccorso extraterritoriale. La facilità di utilizzo del kit ne ha garantito un'ottima compliance da parte dei soccorritori e degli utenti che gradivano il presidio. Lo

stesso non ha mostrato discomfort, ne' problematiche cutanee a nessun neonato, anzi in un'occasione ha dato spunto di riflessione sulla possibilità di utilizzare le calze come guanti e quindi la possibilità di aggiungere al kit oltre al cappello coperto e calze anche un paio di piccoli guanti. 28 parti; 26 Kit; 25 casi con temperature di accettazione in PS ostetrici >36.6; in 1 caso dei 26 è stata registrata temperatura pari a 35.9. Nei 2 casi in cui non si è utilizzato il Kit la temperatura non è stata inferiore a 35.6

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 13 Ambito: Sicurezza in sala operatoria E nell'ambito delle attività di emergenza/urgenza

Indicatore1: "Verifica corretta applicazione della check list ministeriale in base ai risultati ottenuti dalla verifica effettuata nell'anno 2019 e confronto con gli eventi avversi segnalati;

Indicatore 2: Verifica dell'applicazione dei requisiti previsti dalla check list 2.0 per almeno 5 casi per disciplina chirurgica /presidio ospedaliero dell'ASST Lariana;

Indicatore 3: Redazione/revisione/aggiornamento di almeno 3 procedure in ambito chirurgico e in ambito dell'emergenza/urgenza."

Formula: "N check list ministeriali con requisiti soddisfatti del campione definito/n° check list ministeriali con requisiti controllati del campione definito; n. check list 2.0 con requisiti soddisfatti/n. check list 2.0 con requisiti verificati"

Risultati attesi : "≥ 10% del 2019; Verifica requisiti soddisfatti sul campione di check list per almeno il 10%; Redazione/revisione n. 3 procedure ambito chirurgico"

Risultati: Indicatore 1 e 2

Causa pandemia si è dovuto procedere alla rimodulazione degli obiettivi che comportavano presenza di operatori presso le aree di degenza medica e chirurgica dell'Azienda.

Sono state revisionate le Check list del Blocco Operatorio e del Quartiere Interventistico allegate alla procedura PO.000.38 "Check list in sala operatoria: istruzioni per l'uso", per meglio tracciare il possesso di tutti i requisiti documentali/sanitari e di sicurezza del paziente che entra in sala operatoria o nel quartiere interventistico, nonché garantire la sicurezza degli operatori che possono verificare l'avvenuta esecuzione del tampone e il relativo risultato riportato sul fascicolo.

La check list di accesso in sala operatoria è stata introdotta sperimentalmente nella 2a metà di ottobre e i controlli effettuati hanno risentito del ridimensionamento degli interventi chirurgici causa pandemia. Nello specifico sono state effettuate verifiche documentali su n.53 cartelle chirurgiche chiuse delle specialità chirurgiche relative a pazienti operati e dimessi nel periodo novembre - dicembre 2020.

Il monitoraggio ha coinvolto solo il presidio Sant'Anna in quanto le attività di sala operatoria, nei presidi ospedalieri di Cantù e Menaggio, sono state sospese. Le UO oggetto di controllo sono state: chirurgia toracica, chirurgia vascolare, urologia, chirurgia plastica, neurochirurgia, otorinolaringoiatria, chirurgia maxillo facciale, ortopedia e traumatologia, chirurgia generale. I risultati sono stati positivi: per 24/27 items il valore è risultato superiore al 50% e 21 dei 24/27 risulta superiore al 80%. È importante precisare che il maggior numero di controlli eseguiti ha interessato prevalentemente ma non esclusivamente le unità chirurgiche Ortopedia, Chirurgia generale e Urologia.

Indicatore 3 : sono state predisposte le seguenti procedure in ambito chirurgico e di emergenza/urgenza.:

PO.000.72 Gestione dell'emergenza nelle strutture territoriali
PO.000.156 Gestione degli accessi vascolari
PO.000.157 Sanificazione Ambientale
PO.000.159 Zona Risveglio e Recovery Room
PO.000.160 Accoglienza del Paziente nel Blocco Operatorio
PO.CIO.13 Gestione Profilassi Antibiotica in Chirurgia(PAC)
PR.000.11 Presa in carico anticipata Traumi Minori e Fast track traumatologico
DO.DME.01 UOC Cardiologia e Unità Coronarica
DO.DME.02 UOC Neurologia
DO.BO.01 Blocchi Operatori ASST Lariana
DO.000.135 UOC Terapia intensiva neonatale
DO.OSA.30 UOS Terapia del dolore e partoanalgesia

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 14 Ambito: Qualità e sicurezza

Indicatore: Elaborazione e realizzazione di progetto formativo in tema di qualità e rischio clinico che preveda l'utilizzo di simulatore avanzato per migliorare il comportamento del personale medico e infermieristico nella gestione dei pazienti

Formula: "N° partecipanti/n° iscritti; N° questionari di gradimento compilati con esito positivo/ N° totale questionari di gradimento compilati "

Risultato atteso: Relazione finale di realizzazione del corso con risultato questionari con indice di gradimento $\geq 75\%$

Risultato: $N^{\circ}9/N^{\circ}14 = 64,28\%$; N° 9 questionari /N° 9 questionari di gradimento compilati =**100%**

Hanno aderito al progetto n. 9 corsisti; pediatri, anestesisti, chirurghi dell'area infantile, infermieri provenienti dal settore del blocco operatorio e 118 e due psicologi. II corso ha adottato una didattica formativa di addestramento, in quanto lo scopo e la finalità è quella di costituire all'interno dell'azienda un team di "facilitatori" per preparare gli operatori ad affrontare delle situazioni di emergenza pediatrica all'interno del contesto ospedaliero.

Nella prima data del corso (7 di ottobre), l'incontro si è svolto in presenza presso la sala " Training Room" dell'area della formazione.

La scelta della Training room come sede del corso è finalizzata a far rendere i partecipanti consapevoli delle attrezzature rese disponibili dall'azienda per le esercitazioni e l'addestramento del personale sanitario.

Durante il corso sono state illustrate le potenzialità e le modalità di utilizzo del simulatore Simbaby, appena acquistato dall'azienda e reso disponibile per il corso.

Durante l'incontro sono stati esplicitati i principi del CRM e il ruolo dei vari partecipanti nella costruzione degli scenari di emergenza pediatrica.

Il corso ha rilevato anche l'importanza dei contenuti di tipo psicologico –emotivo. Per tale motivo hanno presenziato al corso due psicologi-psicoterapeuti con la finalità di aiutare il gruppo nella gestione delle emozioni e della comunicazione nel team.

Il gruppo ha lavorato singolarmente o a coppie di operatori per preparare l'esercitazione finale prevista in cui si sarebbe sperimentato uno scenario di emergenza pediatrica e tutti i momenti tipici di una simulazione. L'incontro si è svolto in modalità di videoconferenza a causa della restrizione per la pandemia.

Pertanto i partecipanti hanno portato i contributi di tipo teorico con presentazioni powerpoint e un video sulla tecnica di accesso venoso intraosseo in un bambino.

Gradimento espresso dai partecipanti

A livello globale, il livello di gradimento dell'iniziativa formativa	77,78% BUONO 22,22% OTTIMO	Giudizio BUONO Rispetto alla media regionale
Giudizio complessivo dell'iniziativa formativa	66,67%BUONO 22,22% BUONO	Giudizio BUONO Rispetto alla media regionale

Valutazione docenza

in termini di competenza, chiarezza espositiva interazione con l'aula	66,67%BUONO 22,22% BUONO	Giudizio BUONO Rispetto alla media regionale
---	-----------------------------	---

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 15 Ambito: Bambini fragili

Indicatore: Progettare uno strumento informativo semplice e rapido da consegnare ai genitori di bambini portatori di malattie complesse, rare, ad alta instabilità residenti in provincia di Como per facilitare l'assistenza appropriata agli stessi in caso di emergenza/urgenza

Formula: evidenza di predisposizione della scheda informativa sulla malattia rara dei bambini selezionati attivazione rete integrata con gli attori coinvolti e n. di interventi in emergenza eseguiti: evidenza di un percorso condiviso % soddisfazione misurata tramite questionario di gradimento somministrato a tutte le figure coinvolte

Risultato atteso: Relazione finale di realizzazione del progetto che attesti il n. dei casi gestiti e la % di soddisfazione genitori dei bambini fragili, operatori 118 e pediatri di famiglia ($\geq 60\%$)

Risultato:

1. Sono state predisposte 72 schede;
2. Nel caso di intervento che ha coinvolto bambini il 72% ha segnalato di avere utilizzato la scheda di emergenza.
3. Quasi il 90 % degli intervistati ha dichiarato di ritenere la scheda un supporto molto utile alla gestione dell'intervento in emergenza e più del 90% degli stessi operatori riferisce che la procedura permette di migliorare la relazione con i genitori nel contesto dell'intervento

Il progetto ha portato alla realizzazione di una scheda specifica frutto del lavoro condiviso tra i pediatri del DH della UOC Pediatria del presidio Ospedaliero di S Fermo ed alcuni operatori della Centrale operativa di AREU

E' stato predisposto un consenso informato ad hoc che regolasse sul piano autorizzativo la condivisione dei dati tra il presidio ospedaliero e la centrale operativa.

Il progetto è stato pubblicizzato attraverso diversi canali a livello territoriale dando alle famiglie ed ai pediatri di famiglia le indicazioni su come poter gratuitamente accedere al progetto.

La compilazione della scheda è stata effettuata dai Pediatri della UOC di Pediatria mentre il lavoro di contatto e coordinamento della condivisione delle stesse schede è stato coordinato dall'infermiera dedicata.

Ad oggi sono state condivise con la centrale operativa ben 72 schede di pazienti del comasco; alcune delle quali sono state già oggetto di aggiornamento in base all'evoluzione clinica della patologia del bambino in termini clinici o terapeutici

Non sono ad oggi disponibili numeri specifici da parte di AREU di quanti interventi hanno riguardato i pazienti inseriti nel progetto.

E' stata però effettuata una indagine di gradimento e di efficacia del progetto attraverso un questionario somministrato a genitori ed operatori (medici ed infermieri della centrale operativa e di pronto Soccorso pediatrico).

Per quanto riguarda i genitori è emerso una pressoché unanime approvazione al progetto segnalando che questo strumento offre maggiore serenità ai genitori nella gestione di situazioni di emergenza.

Per quanto riguarda gli operatori il 78% ha dichiarato di avere preso parte ad un intervento in emergenza che ha coinvolto bambini inseriti nel progetto ed il 72% ha segnalato di avere avuto quindi modo di utilizzare la scheda di emergenza. Quasi il 90 % degli intervistati ha dichiarato di ritenere la scheda un supporto molto utile alla gestione dell'intervento in emergenza e più del 90% degli stessi operatori riferisce che la procedura permette di migliorare la relazione con i genitori nel contesto dell'intervento.

La criticità segnalata è rappresentata dalla necessità di poter contare su schede puntualmente aggiornate di bambino.

Nell'insieme quindi, la prima fase del lavoro svolto ha permesso di verificare la fattibilità del progetto sul piano pratico organizzativo, di confermare la sua importanza nel migliorare l'intervento in emergenza su bambini fragili e/o complessi, e di necessitare di un costante monitoraggio della attualità delle stesse schede al fine di poter disporre sempre di informazioni aggiornate e precise.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 16 Ambito: Qualità

Indicatore: Valutazione della fattibilità di avvio di un ambulatorio dedicato allo studio dell'endometriosi e della menopausa

Formula: N° risorse specialistiche dedicate/n° risorse assegnate all'UOC

Risultato atteso: Relazione di analisi della fattibilità ed eventuale pianificazione di avvio dei due ambulatori

Risultato: N°6 risorse specialistiche dedicate/N°22 risorse assegnate all'UOC

AVVIO AMBULATORIO DEDICATO ALL'ENDOMETRIOSI E ALLA MENOPAUSA

E' stata valutata la disponibilità di risorse specialistiche da dedicare in maniera continuativa a due ambulatori rivolti uno alla diagnosi e cura della patologia endometriosica e l'altro ai disturbi della menopausa.

Su un totale di 22 medici assegnati all'UOC sono stati individuati 6 medici tra gli 11 dedicati all'area ginecologica in grado di avviare, organizzare e garantire un'assistenza qualificata, appropriata ed omogenea per due delle problematiche più frequenti nella donna.

E' stata poi valutata la fattibilità degli ambulatori in termini di spazi e tempi da dedicare ed è stato preparato un progetto per l'apertura nel 2021 di :

- AMBULATORIO MENOPAUSA il mercoledì mattina a settimane alterne presso il Presidio di San Fermo
- AMBULATORIO ENDOMETRIOSI il giovedì mattina a settimane alterne presso il Presidio di Cantù.

Per entrambi gli ambulatori è stato inoltre preparato un percorso diagnostico-assistenziale condiviso tra i 6 medici dedicati.

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 17 Ambito: Qualità

Indicatore: Implementazione e monitoraggio del buon funzionamento dell'ambulatorio del Basso Rischio Ostetrico presso il polo ospedaliero dell'ASST Lariana

Formula: N° pazienti con basso rischio ostetrico gestiti in autonomia da personale ostetrico/ n° pazienti con basso rischio ostetrico che accedono all'ambulatorio ospedaliero dedicato

Risultato atteso: $\geq 80\%$

Risultato: $32 \text{ (CANTU')} + 105 \text{ (SAN FERMO)} / 80 \text{ (CANTU')} + 140 \text{ (SAN FERMO)} = 137/220 = 60\%$

AMBULATORIO BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)

Le evidenze scientifiche affermano l'importanza di definire il rischio ostetrico per stabilire il percorso assistenziale più appropriato alla gravidanza. In un contesto di basso rischio (BRO) il supporto da parte dell'ostetrica alla fisiologia dell'evento nascita, in una visione continuativa e personalizzata, migliora la qualità delle cure, la sicurezza e la soddisfazione delle persone assistite. Nel Polo ospedaliero dell'ASST Lariana sono presenti 5 ostetriche adeguatamente formate, in grado di assistere le donne con gravidanze a basso rischio in modo appropriato, promuovendo anche spazi di ascolto e supporto dell'adattamento dei cambiamenti psicologici, emotivi e fisici dei tre trimestri della gravidanza.

Obiettivo del 2020 è stato quello di avviare un monitoraggio dell'attività di questo ambulatorio al fine di trovare eventuali azioni di miglioramento per la sua implementazione.

L'offerta ambulatoriale BRO è stata garantita anche durante l'emergenza COVID su entrambi i presidi di Cantù e San Fermo, ma durante i mesi di pandemia la richiesta ai servizi ospedalieri si è ridotta di un terzo nel presidio di San Fermo e della metà nel presidio di Cantù rispetto al 2019.

Inoltre durante il periodo di emergenza Covid l'attività di raccolta, monitoraggio e analisi dei dati è stata temporaneamente interrotta.

ANALISI ATTIVITA' AMBULATORIALE BRO PRESIDIO di SAN FERMO anno 2020

Il 20% di tutte le pazienti che accedono agli ambulatori dedicati alla gravidanza è seguita in autonomia dalle ostetriche nel percorso BRO.

Alla prima visita ostetrica viene definito un profilo di rischio compilando la check list come da indicazioni del percorso nascita ministeriale.

Il 42% delle pazienti rientra nella categoria basso rischio.

Di queste il 52% accede all'ambulatorio dedicato già dopo la prima visita e il 22% dopo la seconda visita di controllo. **Complessivamente il 74% delle pazienti con basso rischio è seguita nell'ambulatorio dedicato.**

Poiché la gravidanza è un evento evolutivo, ad ogni visita di controllo, viene rivalutato il rischio e ridefinito il percorso assistenziale. Nel 2020 il 5% delle pazienti seguite nell'ambulatorio BRO è stato riclassificato in alto rischio e per la comparsa di complicanze della gravidanza ha terminato i controlli nell'ambulatorio dedicato alla patologia.

ANALISI ATTIVITA' AMBULATORIALE BRO PRESIDIO di CANTU' anno 2020

Il 6% di tutte le pazienti che accedono agli ambulatori dedicati alla gravidanza è seguita in autonomia dalle ostetriche nel percorso BRO.

Alla prima visita ostetrica circa il 50% delle pazienti rientra nella categoria basso rischio.

Di queste solo il 29% accede all'ambulatorio dedicato già dopo la prima visita e l' 11% dopo la seconda visita di controllo. **Complessivamente solo il 40% delle pazienti con basso rischio è seguita nell'ambulatorio dedicato.**

Nel 2020 il 25% delle pazienti seguite nell'ambulatorio BRO è stato riclassificato in alto rischio e per la comparsa di complicanze della gravidanza ha terminato i controlli nell'ambulatorio dedicato alla patologia.

Nonostante la raccolta dei dati sia limitata a causa delle difficoltà organizzative correlate all'emergenza Covid, la valutazione preliminare dei dati suggerisce la necessità di mantenere un attento monitoraggio e di implementare l'offerta assistenziale ostetrica in modo da garantire ad un numero sempre maggiore di donne con gravidanza a basso rischio il percorso nascita più adeguato.

OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

OBIETTIVO n. 18 Ambito: Qualità e sicurezza

Indicatore: Analisi dei dati relativi ai parti presso ASST Lariana per definire strategie di riduzione della percentuale di tagli cesarei primari

Formula: N° parti con tagli cesarei primari/n° totale di parti a donne non pre-cesarizzate

Risultato atteso: "Report casistica analizzata ; Relazione contenente le strategie individuate per ridurre i tagli cesarei primari"

Risultato N° 240/N°1892=0,12

Il ricorso al taglio cesareo, nel corso degli ultimi decenni, ha subito un rapido incremento. Questo aumento, in alcuni casi, ha sicuramente portato benefici in termini di miglioramento dell'assistenza perinatale, ma spesso ha evidenziato un abuso della pratica senza una reale efficacia per la tutela della salute materno-neonatale.

Si ritiene che la frequenza del taglio cesareo sia un indicatore della qualità assistenziale in sala parto e, secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, non dovrebbe superare il 20%. Il contenimento del tasso di taglio cesareo ha come obiettivo quello di permettere alla donna di vivere l'esperienza del parto in maniera personalizzata, con cure utili a garantire sicurezza, ma evitando interventi non appropriati ed eventuali complicanze ad essi associate, immediate e future. Per questo motivo particolare attenzione va riservata alla prevenzione del Taglio Cesareo Primario.

Dall'analisi dei dati emerge un progressivo miglioramento del tasso di taglio cesareo, in particolare nel 2020 l'incidenza del taglio cesareo nella nostra UOC è stata del 17,5% e del 12,6% quella del taglio cesareo primario.

	2020	2019	2018
TC PRIMARIO	12,6%	13,7%	?
TOTALE	333 (17,5%)	344 (19,5%)	403 (22,8%)
TC ELETTIVI	152	192	183
Podice preTC	28% 35%	22% 34%	27% 38%
TC URGENTI	181 (54%)	107 (31%)	176 (44%)

Utilizzando la classificazione di Robson, è stata valutata l'appropriatezza del ricorso al taglio cesareo.

Il tasso di taglio cesareo per ogni singolo gruppo è risultato conforme ai limiti di riferimento suggeriti in letteratura (vedi tabella); il maggior contributo è stato dato dalle classi:

- 5 (precesarizzate) con un contributo al tasso complessivo di Tc del 22,4%
- 2A (nullipare in travaglio indotto) con un contributo al tasso complessivo di Tc del 15,5%
- 6 (nullipare con feto in presentazione podalica) con un contributo al tasso complessivo di Tc del 13,3%.

CLASSE	N° TC	N° donne	Dimensioni del gruppo (%)	% TC nel gruppo	Contributo al tasso complessivo di TC
1	24	551	28,9%	4,3%	7,1%
2 A	52	306	16%	16,9%	15,5%
2 B	27	27	1,42%	100%	8%
3	4	514	27%	0,7%	1,19%
4 A	3	148	7,77%	2%	0,89%
4 B	5	5	0,2%	100%	1,49%
5.1 PRETC	75	152	7,98%	49%	22,4%
5.2	19	19	1%	100%	5,6%
6	44	44	2,3%	100%	13,1%
7	10	10	0,52%	100%	2,9%
8 GEM	30	32	1,6%	94%	8,9%
9	3	3	0,15%	100%	0,89%
10 <37w	39	93	4,9%	41,9%	11,6%
TOTALE	335	1904	100%	17,5%	

Analizzando le caratteristiche ostetriche della popolazione, sono state valutate le categorie di pazienti più a rischio e calcolato il relativo tasso di taglio cesareo primario.

Le nullipare hanno un rischio di taglio cesareo primario circa 3 volte maggiore rispetto alle pluripare (19.3% vs 5.7%).

Questa differenza si mantiene per ogni variabile analizzata ed è significativamente correlata ad una maggiore incidenza di taglio cesareo (TC):

- Età > 40 aa (43.5% vs 9.4%)
- Check list "rischio alto" all'ingresso in sala parto (23.8% vs 8.5%)
- TC urgente (12.1% vs 2.6%)
- TC elettivo (7.2% vs 3.2%)
- TC dopo induzione (21.4% vs 3.5%).

L'aumento dell'età media alla prima gravidanza è un fenomeno sempre più evidente e spesso associato a tecniche di procreazione medicalmente assistita. E' noto come l'età materna possa rappresentare un importante fattore di rischio per molte patologie ostetriche, tuttavia, da sola, non rappresenta un'indicazione assoluta all'espletamento del parto mediante TC.

Le alterazioni cardiografiche e la distocia dinamica sono le indicazioni principali che motivano il taglio cesareo nelle nullipare in travaglio spontaneo a basso rischio.

La difficoltà e la variabilità nella interpretazione della cardiocografia può portare ad un eccesso di medicalizzazione del travaglio e ad un aumentato ricorso al taglio cesareo, soprattutto nelle nullipare, senza che ci sia una reale riduzione della mortalità-morbilità feto-neonatale.

Molti dei TC eseguiti per "alterazioni CTG" potrebbero essere evitati con l'attivazione di manovre correttive e inserendo tra le procedure operative una flow chart condivisa, che preveda la necessità di un secondo parere prima di effettuare il taglio cesareo.

L'indicazione al taglio cesareo per distocia dinamica risente molto spesso di un'errata diagnosi di travaglio di parto. Per migliorare tale diagnosi l'equipe ostetrica deve condividere criteri oggettivi per la definizione e la gestione della fase latente, della fase latente prolungata e della fase attiva del travaglio. Accanto a questo è importante favorire la conduzione autonoma da parte dell'ostetrica non solo nel monitoraggio della gravidanza, ma anche del travaglio.

La classe 6 di Robson contribuisce in maniera significativa al tasso globale di TC; nel 50% delle pazienti con feto in presentazione podalica, viene accettata ed eseguita la manovra di rivolgimento (in miglioramento rispetto al 2019 dove il 30% delle pazienti con feto in presentazione podalica eseguiva la manovra di rivolgimento). Pertanto tra le strategie da promuovere per il contenimento dei TC primari è anche l'aumento del numero di rivolgimenti attraverso una scelta più informata da parte della donna che preveda il coinvolgimento dei medici curanti e la formalizzazione di un secondo parere prima della programmazione del taglio cesareo.

Per limitare ingiustificati aumenti del tasso di taglio cesareo e migliorare la qualità dell'assistenza in sala parto, i dati non solo sono continuamente monitorati e controllati, ma è anche condivisa con tutto lo staff l'importanza della loro interpretazione e del loro utilizzo per proporre cambiamenti della pratica clinica che garantiscano una maggiore sicurezza assistenziale per madre e neonato.

OBIETTIVO RAGGIUNTO