

n.	LIVELLI DECISIONALI	DIMENSIONE QUALITA' ANALISI	AMBITO	INDICATORE	FORMULA	RISULTATO ATTESO	TIPO CALCOLO	RISULTATO AL 31/12/2020	TREND RICHIESTO
1	Istituzionale STRATEGICO	Efficacia organizzativa interna ed accessibilità	Prevenzione, anticorruzione e trasparenza	Aggiornamento sez. “Amministrazione trasparente” secondo la normativa ed il PTPCT aziendale	n. dati-documenti da pubblicare per legge / n. dati-documenti effettivamente pubblicati nella sezione “Amministrazione trasparente”	Publicità, trasparenza, facilità di accesso del dato-documento da parte di tutti gli stakeholder	Documentale	n.7UU.OO./13 UUOO hanno pubblicato i documenti di competenza. = 53,84% . Le rimanenti n.6 UU.OO hanno parzialmente rispettato l'obiettivo.= 46,15%	Mantenimento
2	Istituzionale	Qualità dei processi	Prevenzione, anticorruzione e trasparenza	Pubblicazione, nella sezione dei controlli, delle relazioni concernenti i controlli eseguiti	n. relazioni prodotte da autorità di controllo competenti / n. relazioni pubblicate sull'apposita pagina della sezione “amministrazione trasparente”	Trasparenza	Documentale	Sono stati pubblicati nel sito aziendale i documenti prodotti dalle autorità di controllo e precisamente: OIV =5 / 5=100% Collegio sindacale=1/1=100%	Mantenimento
3	Programmazione annuale	Efficacia organizzativa interna	Prevenzione, anticorruzione e trasparenza	Redazione della mappatura dei processi e rilevazione dei rischi da parte della UOC competente	n. mappature inviate alle UU.OO.CC. / n. mappature compilate	Mappatura dei processi da parte dell'Unità competente	Documentale	E' stata eseguita la mappura dei rischi da tutte le UU.OO richieste; n.9 /9. =100%	Mantenimento
4	Programmazione annuale	Qualità dei processi	Prevenzione, anticorruzione e trasparenza	Compilazione della relazione annuale del RPCT	Compilazione tabella ANAC	Pubblicazione della Relazione redatta secondo la tabella ANAC	Documentale	La relazione annuale del RPCT è stata pubblicata sul sito aziendale	Mantenimento
5	Istituzionale strategico Programmazione annuale e obiettivi di gestione	Economicità Appropriatezza organizzativa Qualità dei processi organizzativi	Economico-finanziaria	Redazione del Bilancio di Previsione economica entro i termini stabiliti da Regione Lombardia	N° Contributi delle UOC coinvolte pervenuti entro i termini stabiliti dall'Azienda /N° contributi richiesti	80%	Percentuale	n° 24 Contributi pervenuti su n° 24 contributi richiesti =100%	Miglioramento
6	Istituzionale strategico Programmazione annuale e obiettivi di gestione	Economicità Appropriatezza organizzativa Qualità dei processi organizzativi	Economico-finanziaria	Redazione della Certificazione Economica trimestrale entro i termini stabiliti da Regione Lombardia	N° Contributi delle UOC coinvolte pervenuti entro i termini stabiliti dall'Azienda/N° contributi richiesti	80%	Percentuale	n°21 Contributi pervenuti su n° 24 Contributi richiesti =87,5%	Miglioramento
7	Istituzionale strategico Programmazione annuale e obiettivi di gestione	Economicità Appropriatezza organizzativa Qualità dei processi organizzativi	Economico-finanziaria	Redazione del Bilancio Consuntivo entro i termini stabiliti da Regione Lombardia	N° Contributi delle UOC coinvolte pervenuti entro i termini stabiliti dall'Azienda /N° contributi richiesti	80%	Percentuale	obiettivo da rideterminare	Miglioramento

n.	LIVELLI DECISIONALI	DIMENSIONE QUALITA' ANALISI	AMBITO	INDICATORE	FORMULA	RISULTATO ATTESO	TIPO CALCOLO	RISULTATO AL 31/12/2020	TREND RICHIESTO
8	Istituzione strategico	Qualità dei processi organizzativi	Certificabilità del bilancio	Monitoraggio applicazione delle procedure PAC redatte	Verbali di audit che attestano l'applicazione corretta delle procedure PAC	80%	Percentuale	Realizzati n. 6 audit per il monitoraggio dell'applicazione delle procedure PAC. N. 6/6 audit = 100% hanno rilevato la corretta applicazione delle procedure PAC	Mantenimento
9	Programmazione annuale e obiettivi di gestione	Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Accoglienza	Attivazione work station per la self accettazione dell'utenza presso i presidi ospedalieri ASST	N° work station installate e attivate/ N° work station previste	Almeno n.10	Percentuale	N. 11 work station INSTALLATE e n. 11 work station previste= 100%	Miglioramento
10	Programmazione annuale e obiettivi di gestione	Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Accoglienza	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	N° postazioni di lavoro attivate/N° totale di postazioni di lavoro disponibili	100%	Percentuale	n. 29 postazioni di lavoro aattivate su n.38 postazioni di lavoro = 76,3%	Miglioramento
11	Programmazione annuale e obiettivi di gestione	Accessibilità	Integrazione dei servizi SERT, Consultorio Familiare e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza sul territorio di Menaggio	n. adolescenti di età <= 18 anni multiproblematici presi in carico con modalità integrata tra i servizi territoriali competenti	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	Documentale	Annuale	n.3 minori sono stati presi in carico dal SERT; n. 2 nuclei familiari sono stati presi in carico dal Consultorio familiare.	UOC Dipendenze
12	Programmazione annuale e obiettivi di gestione	Qualità dell'assistenza	Qualità e Sicurezza	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 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.	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 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	≤ al 5%	Percentuale	N.26 kit utilizzati . Solamente n.1 bambino è arrivato in PS con temperatura < 36° 3,85%	Miglioramento
13		Qualità dei processi e dell'organizzazione edell'assistenza	Sicurezza in sala operatoria E nell'ambito delle attività di emergenza/urgenza	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 Verifica dell'applicazione dei requisiti previsti dalla check list 2.0 per almeno 5 casi per disciplina chirurgica /presidio ospedaliero dell'ASST Lariana Redazione/revisione/aggiornamento di almeno 3 procedure in ambito chirurgico e in ambito dell'emergenza/urgenza.	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	≥ 10% del 2019 Verifica requisiti soddisfatti sul campione di check list per almeno il 10% Redazione/revisione n. 3 procedure ambito chirurgico	Percentuale Documentale	L'obiettivo causa pandemia è stato rimodulato. Sono state revisionate: 1. check list BO; 2.check list QI. Allegate alla PO.000.38 Il monitoraggio ha evidenziato per n. 24/27 items con valore > 50% e n. 21 dei 24/27 > 80% Nel 2020 sono state revisionate/redatte n. 12 Procedure/istruzioni/PDT	Miglioramento

n.	LIVELLI DECISIONALI	DIMENSIONE QUALITA' ANALISI	AMBITO	INDICATORE	FORMULA	RISULTATO ATTESO	TIPO CALCOLO	RISULTATO AL 31/12/2020	TREND RICHIESTO
14	Istituzionale strategico	Qualità dell'assistenza	Qualità e sicurezza	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	N° partecipanti/n° iscritti N° questionari di gradimento compilati con esito positivo/ N° totale questionari di gradimento compilati	Relazione finale di realizzazione del corso con risultato questionari con indice di gradimento ≥75%	documentale	N. 9 corsisti su 14 iscritti =64,28% n. 9/9 questionari compilati = 100%	
15	Programmazione annuale	Qualità dell'assistenza	Bambini fragili	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	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	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 (>50%)	Documentale	n. 72 schede predisposte; Per il 72% degli interventi che hanno coinvolto bambini è utilizzato la scheda; Il 90% degli utilizzatori della scheda ha espresso giudizio positivo sullo strumento.	
16		Qualità dei processi e dell'organizzazione	Qualità	Valutazione della fattibilità di avvio di un ambulatorio dedicato allo studio dell'endometriosi e della menopausa	N° risorse specialistiche dedicate/n° risorse assegnate all'UOC	Relazione di analisi della fattibilità ed eventuale pianificazione di avvio dei due ambulatori	documentale	N. 6 medici assegnati su n. 22 medici dell'UOC (n. 11 in ambito ginecologico). E' stat valutata la fattibilità in termini di tempi e spazi degli ambulatori	miglioramento
17		Efficacia organizzativa	Qualità	Implementazione e monitoraggio del buon funzionamento dell'ambulatorio del Basso Rischio Ostetrico presso il polo ospedaliero dell'ASST Lariana	N° pazienti con basso rischio ostetrico gestiti in autonomia da personale ostetrico/ n° pazienti con basso rischio ostetrico che accedono all'ambulatorio ospedaliero dedicato	≥ 80%	percentuale	n. 137 / 220= 60% Durante la 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	miglioramento
18		Qualità dei processi e dell'organizzazione e dell'assistenza	Qualità e sicurezza	Analisi dei dati relativi ai parti presso ASST Lariana per definire strategie di riduzione della percentuale di tagli cesarei primari	N° parti con tagli cesarei primari/n° totale di parti a donne non precesarizzate	Report casistica analizzata Relazione contenente le strategie individuate per ridurre i tagli cesarei primari	Percentuale Documentale	N. 240/1892= 12% La raccomandazione dell'OMSè di non superare il 20% dei parti . E' stata redatta relazione corredata da tabelle con i relativi dati statistici.	miglioramento