

RELAZIONE AL PIANO DELLE PERFORMANCE – ANNO 2023

Il Piano delle Performance è il documento programmatico 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.

Come previsto dal DPR nr. 81 del 24 giugno 2022, il Piano delle Performance è stato assorbito, dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Il Piano delle Performance 2023 è stato pertanto inserito nel PIAO 2023-2025 di ASST Lariana, approvato con deliberazione n. 117 del 31 gennaio 2023 e successivamente revisionato con deliberazione 1226 del 9 novembre 2023.

Di seguito si riporta la rendicontazione degli obiettivi regionali assegnati ad ASST-Lariana effettuata sulla base dei dati aziendali disponibili e dell'avvenuto rispetto degli adempimenti richiesti. Per quanto riguarda la valutazione del livello di raggiungimento degli stessi, la Direzione Generale Welfare, con propria nota avente ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) – anno 2023", ha fornito indicazioni operative e precisazioni in merito, riservando alle competenti UU.OO. regionali la verifica finale.

OBIETTIVI DI AREA STRATEGICA

Obiettivo: Attuazione PNRR con riferimento a tutti gli interventi rientranti nella Missione 6 - Salute

Risultato atteso: Raggiungimento target e milestone

Indicatore: Raggiungimento dei target e delle milestone delle proposte progettuali 2023

Esiti: Sono state poste in essere le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi previsti. Attraverso l'inserimento entro i termini indicati a livello regionale nella piattaforma ReGiS sono stati inseriti i dati relativi all'avanzamento fisico, procedurale e finanziario per tutti i progetti in carico all'ASST Lariana al fine di attestare il rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati.

Obiettivo: Piano per le liste di attesa 2023

Risultati attesi:

- Abbattimento delle liste di attesa: raggiungimento dei volumi richiesti per i singoli interventi chirurgici
- Abbattimento delle liste di attesa: raggiungimento **dell'85%** dei volumi richiesti per le singole prestazioni

Indicatore: Raggiungimento dei target specifici 2023 individuati dalle DGR e dalle ATS di riferimento

Esiti: Nelle tabelle che seguono sono riportati i volumi degli interventi chirurgici effettuati e, per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, i dati comunicati da Regione Lombardia sul raggiungimento del target per le singole prestazioni.

Interventi chirurgici

INTERVENTI (regime ordinario)	Target regionale	Risultato 2023	diff.za
Angioplastica coronarica (PTCA)	137	623	486
Colecistectomia laparoscopica	119	195	76
Coronarografia	239	524	285
Emorroidectomia	21	33	12
Interventi per tumore del retto	16	15	-1
Interventi per tumore della mammella	108	106	-2
Interventi per tumore maligno del colon	32	64	32
Riparazione ernia inguinale	66	44	-22
Riparazione per ernia, eccetto inguinale e femorale	66	70	4
Interventi protesi d'anca	92	177	85
Interventi sul ginocchio	24	2	-22
Interventi sul setto nasale-etmoide	138	234	96
Interventi tonsillectomia e/o adenoidectomia > 17 anni	168	68	-100
Intervento per tumore maligno della tiroide	13	22	9
Interventi per tumore maligno della prostata	70	84	14
Interventi per via transuretrale	213	433	220
Interventi su rene e uretere per neoplasia e patologie non neoplastiche s.c.	71	260	189
Endoarteriectomia carotidea	42	25	-17
Interventi per tumore del polmone	21	29	8
Interventi per tumore dell'utero	34	58	24

Per alcuni interventi, quali emorroidectomia, riparazione ernia inguinale, interventi per tumore della mammella e interventi sul ginocchio il mancato raggiungimento del target è dovuto al fatto che la maggioranza di essi viene erogata, anche per un aspetto di appropriatezza clinica e razionale utilizzo dei posti letto, in regime di day surgery. Tale criticità è stata segnalata a DG Welfare con nota prot. nr. 60890 del 04/10/2023 a firma del Direttore Generale.

Per quanto, invece, concerne gli interventi per tonsillectomia e/o adenoidectomia >17 anni, la domanda espressa dal territorio è inferiore ai volumi richiesti.

Infine, per quanto attiene l'intervento di endoarteriectomia carotidea, la carenza di personale medico della SC Chirurgia generale ad indirizzo toraco-vascolare associata alla ridotta domanda del territorio, ha determinato il mancato raggiungimento dell'obiettivo.

La Direzione Aziendale, anche a seguito della nota prot. nr. 60890 del 04/10/2023, ha ritenuto opportuno evidenziare i volumi degli interventi erogati comprendono anche quelli effettuati in regime di Day Surgery: il tutto evidenziato nella seguente tabella:

INTERVENTI (regime ordinario e Day Surgery)	Target regionale	Risultato 2023	diff. za
Angioplastica coronarica (PTCA)	137	623	486
Colecistectomia laparoscopica	119	195	76
Coronarografia	239	524	285
Emorroidectomia	21	114	93
Interventi per tumore del retto	16	15	-1
Interventi per tumore della mammella	108	124	16
Interventi per tumore maligno del colon	32	64	32
Riparazione ernia inguinale	66	310	244
Riparazione per ernia, ecceto inguinale e femorale	66	146	80
Interventi protesi d'anca	92	177	85
Interventi sul ginocchio	24	42	18
Interventi sul setto nasale-etmoide	138	337	199
Interventi tonsillectomia e/o adenoidectomia > 17 anni	168	70	-98
Intervento per tumore maligno della tiroide	13	22	9
Interventi per tumore maligno della prostata	70	84	14
Interventi per via transuretrale	213	434	221
Interventi su rene e uretere per neoplasia e patologie non neoplastiche s.c.	71	269	198
Endoarteriectomia carotidea	42	25	-17
Interventi per tumore del polmone	21	29	8
Interventi per tumore dell'utero	34	58	24

Prestazioni ambulatoriali

Prestazioni	Target (ord+agg)	Erogato 2023	% saturazione
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA (897B9)	2010	1811	90%
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (897A6)	550	540	98%
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] (8913)	3972	3944	99%
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA (897A9)	827	974	118%
PRIMA VISITA GINECOLOGICA (89261)	2150	2373	110%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (897B2)	2750	2828	103%
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA (897A3)	3600	3577	99%
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA (897A7)	9330	7768	83%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA (897A8)	3650	3597	99%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA (897B6)	637	626	98%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA (897B7)	3150	3000	95%
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA (897C2)	3500	3880	111%
PRIMA VISITA OCULISTICA (9502)	7100	6497	92%
PRIMA VISITA ORL (897B8)	6964	7065	101%
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA MAMMELLA (88731, 88732)	1973	2133	108%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] (93081)	377	1112	295%
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. (4525)	1728	1819	105%
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO (88714)	1475	1076	73%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO (NON ASSOCIABILE A 88.72.1, 88.72.3 E 88.72.A) (88722)	4250	3818	90%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] (4516)	1627	1832	113%
POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO (4542)	189	200	106%
MAMMOGRAFIA (878371,87372)	2380	2293	96%
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (8950)	679	525	77%
ECOGRAFIA ADDOME (88761, 88751, 88741)	3641	3084	85%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	4300	3744	87%
ESAME AUDIOMETRICO TONALE (95411)	2379	2256	95%
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI (88735)	1978	1381	70%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA (88772)	654	558	85%
ECOGRAFIA OSTETRICO - GINECOLOGICA (8878, 88782)	2200	2130	97%

Prestazioni	Target (ord+agg)	Erogato 2023	% saturazione
ELETTROCARDIOGRAMMA (8952)	7300	7151	98%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	2750	2424	88%
SPIROMETRIA (89372,89371)	1350	1276	95%

Come specificato dalla nota regionale del 26 gennaio 2024, ai fini della valutazione di raggiungimento dell'obiettivo, verranno considerate le percentuali di saturazione per ogni singola prestazione considerando sia le prestazioni ordinarie che aggiuntive.

Per quanto riguarda le prestazioni che non hanno raggiunto la % di saturazione prevista (85%), si segnala quanto segue:

PRIMA VISITA DERMATOLOGICA: la cronica carenza di personale medico non ha permesso, nonostante segnalazioni da parte della Direzione Strategica alla ATS Insubria di soddisfare il target assegnato

DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO: nel corso del 2023 si è registrata una riduzione di 3 unità di Medici Radiologi che ha inficiato l'erogazione dei volumi richiesti, considerando che la fattispecie di prestazione ha un rapporto medico/prestazione 1:1

ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO: nel 2023 la SC Cardiologia ha visto la riduzione di personale medico afferente alla specialistica ambulatoriale (SUMAI), figura professionale che è prioritariamente deputata all'erogazione di questa prestazione

ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI: il mancato raggiungimento del target (-598 prestazioni) è da attribuire alla quiescenza avvenuta in corso d'anno di un Medico interamente dedicato all'erogazione di questa prestazione, la cui sostituzione è avvenuta solo ad inizio 2024.

Obiettivo: Azioni per il miglioramento dei Pronto Soccorso

Risultato atteso: Adeguamento alle indicazioni regionali

Indicatori:

- Minor ricorso alle cooperative di servizi
- Miglioramento sistema di accoglienza
- Diminuzione indici di affollamento PS

Esiti: Con nota prot. nr. 56407 del 14/09/2023 e prot.n. 11818 del 15/02/2024 sono state inviate, alle scadenze previste, le relazioni richieste da Regione Lombardia circa le azioni intraprese nel corso del 2023.

Per quanto riguarda il ricorso alle cooperative di servizi, nel corso del 2023 ASST Lariana non ha attivato alcun rapporto di collaborazione con cooperative di servizi per la copertura dei turni di Pronto Soccorso, siano essi riferiti a personale medico che a personale del comparto sanitario.

Per quanto riguarda il miglioramento del sistema di accoglienza e la diminuzione degli indici di affollamento del PS, fra le azioni intraprese in merito si segnalano:

- la presenza giornaliera di un medico della Direzione Medica di Presidio a supporto del servizio di Bed Manager Aziendale
- la valutazione dello stato di sovraffollamento dei PS aziendali e attivazione di misure correttive (per es. agevolare dimissioni per incremento dei posti letto a disposizione dei PS, autorizzazione di appoggi in area medica o chirurgica, ecc.)

- il monitoraggio dei bed blockers (analisi dei casi, definizione del percorso socio-assistenziale con clinici e assistenti sociali)
- l'ampliamento degli spazi a disposizione del DEA a San Fermo per la riorganizzazione dell'OBI e il miglioramento degli standard assistenziali e di confort dei pazienti in attesa
- l'attivazione dei posti letto subacuti presso il PO di San Fermo
- l'implementazione del nuovo modello di triage e dei nuovi codici di ingresso
- l'adozione/implementazione di procedure interne (es. protocolli della presa in carico infermieristica dei pazienti di PS, efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso verso le UU.OO, percorsi per la gestione dei pazienti "covid" in PS)

Obiettivo: Attività di donazione di organi e tessuti

Risultato atteso: Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare

Indicatori:

- Tasso di CAM^(*)/decessi per neurolesione in ospedale > 15%
- Tasso di CAM^(*)/decessi per neurolesione in Terapia Intensiva > 40%
- Multitessuto Rapporto tra n. donazioni multitessuto con esito positivo/n. decessi candidabili alla donazione (considerando solo il criterio "età") >2%.
- Cornee Rapporto tra n. donazioni di cornee con esito positivo/n. totale decessi >10%.

Esiti:

- Tasso di CAM^(*)/decessi per neurolesione in ospedale > 15%: **RISULTATO 14,28%**
- Tasso di CAM^(*)/decessi per neurolesione in Terapia Intensiva > 40%: **RISULTATO 44,1%**
- Multitessuto Rapporto tra n. donazioni multitessuto con esito positivo/n. decessi candidabili alla donazione (considerando solo il criterio "età") >2%: **RISULTATO 5%**
- Cornee Rapporto tra n. donazioni di cornee con esito positivo/n. totale decessi >10%: **RISULTATO 12,4%**

(*) nr. di accertamenti con criterio neurologico

Obiettivo: Area prevenzione

Risultato atteso: Prevenzione patologie neoplastiche

Indicatori: Screening (HCV, mammella, colon retto, cervice uterina): % di copertura degli screening (residenti che hanno fatto screening) rispetto alla popolazione dei propri distretti

Esiti: L'attività di screening (mammella, colon-retto, cervice uterina) della ASST-Lariana è svolta per tutti i pazienti che sono segnalati da ATS.

Sulla base dei volumi contrattualizzati con ATS Insubria per l'erogazione delle prestazioni di screening, si riportano i seguenti risultati:

Screening	Prestazioni	Volumi a contratto	Volumi erogati	Risultato
Mammografico	Mammografie	12.200	11.785	-415
Colon retto	Colonscopie	1.160	706	-454
Cervice uterina	Prelievi	11.130	11.449	+119

Si fa presente che i volumi erogati negli screening non dipendono tanto dall'offerta erogativa di ASST Lariana, quanto dal tasso di adesione della popolazione di riferimento.

Per quanto riguarda lo screening HCV, l'attività svolta viene rendicontata attraverso il software messo a disposizione di Regione Lombardia la quale provvederà direttamente alla valutazione dell'obiettivo.

OBIETTIVI DELL'AREA OPERATIVA

Obiettivo: Garanzia L.E.A.

Risultato atteso: Raggiungimento dei target per la garanzia dei L.E.A.

Area Ospedaliera

Indicatori:

- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (All.B - Patto per la Salute 2010 - 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario (< 15%).
- Proporzioni di colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 gg. >=90% oppure > anno 2022
- Percentuale di pazienti (età65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario: >=80% oppure > anno 2022

Esiti:

- La percentuale fra DRG ad alto rischio di inappropriately e DRG non a rischio di inappropriately, risulta pari al **13%** (fonte: Portale Regionale)
- La percentuale di colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 gg rilevata dal Portale Regionale è pari all'**81%**, confermando l'andamento del 2022
- La percentuale dei pazienti con età >65 anni operati entro 48 ore rilevata dal Portale Regionale è pari al **67%**, a fronte del **56%** rilevato nel 2022.

Area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Indicatori:

-Coorte 2021:

Esavalente dose 3: >=95%
Men C dose 1: >=95%
MPR dose 1: >=95%
PC dose 3: >=95%

-Coorte 2011:

HPV dose 2: >=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente
MenACWY dose 1: >= 95%

-Coorte 2006:

Pol dose 5: >=95%
MenACWY dose 1: >=95%

-Coorte >=1958

Influenza: >=75% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente

Esiti:

-Coorte 2021:

Esavalente dose 3 - RISULTATO: 96,29%
Men C dose 1 – (ricompresa nell'esavalente dose 3)
MPR dose 1 - RISULTATO: 96,07%
PC dose 3 - RISULTATO: 94,25%

-Coorte 2011:

HPV dose 2 - RISULTATO: 60,55% (2022: 55,04%)
MenACWY dose 1 - RISULTATO: 83,83%

-Coorte 2006:

Pol dose 5 - RISULTATO: 88,08%
MenACWY dose 1 - RISULTATO: 83,73%

-Coorte >=1958

Influenza - RISULTATO: nr. 126 (anno 2022: nr. 213)

In relazione al mancato raggiungimento degli obiettivi riferiti alle coorti 2006 e 2011, si segnala che, relativamente ai soggetti adolescenti, sono stati tutti regolarmente convocati ed è stata effettuata una verifica continua dei soggetti non presentatisi con immediata trasmissione di nuove convocazioni sia telefoniche che per via mail. Si è provveduto anche a contattare i PLS dei soggetti non presentatisi per una ulteriore sensibilizzazione nei confronti delle vaccinazioni.

Obiettivo: Tempi di pagamento

Risultato atteso/Indicatore: Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente.

Esiti: L'indicatore di tempestività dei pagamenti calcolato a norma dell'art. 9, comma 1, D.P.C.M. 22/09/2014 (60 gg. per gli Enti sanitari), rilevato dalla ASST-lariana - anno 2023 è pari a -24,75

Obiettivo: Trasparenza

Risultato atteso/Indicatore: Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza.

Esiti: Allegata nota del RCPT sul rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza – Allegato 1