



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

RELAZIONE VALUTAZIONE PIANO PERFORMANCE anno 2017

L'ASST Lariana, in ossequio 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 recente D.lgs 25 maggio 2016 n.97, il Piano delle Performance 2017/2019 aggiornato con le variazioni organizzative derivanti dall'entrata in vigore del nuovo 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.196 del 23/03/2016.

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» 2017 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 del primo semestre 2017 descrive i risultati del set di nuovi indicatori definiti da Regione Lombardia ed estrapolati dal PIMO 2017 così come suggerito dall'OIV della Giunta Regionale e condivisi con l'OIV aziendale. Nello specifico riporta i dati riferiti agli indicatori con frequenza di rilevazione semestrale.

La relazione annuale 2017 descrive i risultati degli indicatori definiti da Regione Lombardia ed estrapolati dal PIMO 2017, con frequenza di rilevazione annuale.

La scelta strategica dell'ASST Lariana per l'anno 2017 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.

Nell'allegato 1 sono presentati i risultati per l'anno 2016, i risultati relativi al primo semestre 2017 per gli indicatori con frequenza di rilevazione semestrale e i risultati relativi al 2017 per gli tutti gli indicatori.

Qui di seguito sono presentate le valutazioni relativamente agli indicatori PIMO aggiornati da Regione Lombardia.

Obiettivo n. 1 fa riferimento all'ambito strutturale

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

Indicatore 2.3.1: Verifiche manutenzione impianti

Consiste nel N° verifiche eseguite nei tempi/N° verifiche pianificate *100

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

📈 MIGLIORATO

Obiettivo n.2 fa riferimento all'ambito strutturale

Verifica impianti idrici aziendali

Indicatore 2.4.1: Contaminazione da Legionella delle acque

Consiste nel Numero di campionamenti positivi nei punti di controllo controllati ($\Rightarrow 100 \text{ UFC/l}$)/Numero punti di controllo verificati nel periodo * 100

L'attenzione al monitoraggio delle infezioni è sempre molto alto. Il Comitato infezioni ospedaliere pianifica annualmente una serie di verifiche agli impianti idrici in collaborazione con le infermiere epidemiologiche e l'ufficio tecnico. Nel 2017 sono stati ottenuti **0 campionamenti positivi alla ricerca di Legionella su 192 campionamenti effettuati.**

👉 **MIGLIORATO**

Obiettivo n.3 riferito all'ambito strutturale

Documento di valutazione dei rischi

Indicatore 2.5.1: Correttivi apportati al DVR

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

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

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

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

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

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

Per quanto sopra si evidenzia che nell'anno 2017 sono stati apportati 5 correttivi rispetto ai 5 pianificati.

MANTENIMENTO

A cura di UOC Miglioramento Qualità e Risk Management

Obiettivo n.4 riferito all'ambito tecnologico

Governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)

Indicatore 3.6.1: Efficienza dell'alta tecnologia diagnostica

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

Al primo semestre il dato rilevato è pari a **463,12/ 13.432,8 =3,4%**

Nel 2017 il dato totale rilevato è pari a **960/25.940=3,7** e l'età media delle macchine è pari a **9,428**.

Pertanto si registra un lieve peggioramento rispetto allo scorso anno (dato 2016: 1,7)

PEGGIORATO

è il dato relativo alle ore di fermo macchina stante l'età media delle macchine. Il riscontro positivo dello scorso anno era determinato dall'inserimento nel novero delle macchine di una TAC presso il Presidio Ospedaliero di Cantù.

Il dato risulta peggiorato rispetto lo scorso anno perché statisticamente la sostituzione di una sola grande macchina non può compensare l'invecchiamento progressivo di tutte le altre e il conseguente aumento della probabilità di guasto e fermo macchina per tali guasti, correlato all'età e all'utilizzo. Come aspetto migliorativo si può registrare l'avvio dell'iter di sostituzione di un'altra grande macchina che dovrebbe concretizzarsi nel 2019.

Obiettivo n.5 riferito all'ambito sistemi informativi

Continuità operativa

Indicatore 4.13.1 :Continuità operativa informatica

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

Nel 2017 cambia la modalità (formula) di rendicontazione che viene riferita ad un tempo pari a 30 m e non più 15. Negli anni 2015 e 2016 il dato si conferma positivo.

Nel 2017 si è verificato un solo caso di applicativi non accessibili/funzionanti per un tempo superiore a 30 minuti.

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

MANTENIMENTO

Obiettivo n.6 riferito all'ambito risorse umane

Valutazione e sviluppo delle competenze

Indicatore 5.20.1: Dipendenti con valutazione individuale annuale

Num. Dipendenti con valutazione individuale annuale/Totale personale dipendente* 100

L'attività di valutazione annuale interessa quasi il 100% dei dipendenti secondo una procedura oramai stabilizzata ($3308/3313 = 99,8\%$, dato rilevato al 31.12.2017).

La valutazione annuale interessa tutti i dipendenti (Comparto e Dirigenza) individuati secondo le vigenti norme contrattuali e aziendali; lo scarto minimo rispetto al 100% è motivato dal fatto che i neoassunti devono prestare un periodo di servizio minimo per poter essere soggetti a valutazione.

Si evidenzia, altresì, che il numero complessivo di valutazioni acquisite è maggiore a quello riportato come dato di riferimento al 31 dicembre, essendo interessati al processo di valutazione tutti coloro che hanno prestato servizio in Azienda durante l'anno per almeno 30 giorni.

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

MANTENIMENTO

Obiettivo n.7 riferito all'ambito organizzazione

Rilevazione della qualità percepita (customer)

Indicatore 6.24.1: Percentuale dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction

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

80.872/96.381 = 83.90%

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

Come nel primo semestre 2017, anche nel secondo semestre si conferma un tasso di soddisfazione dell'utenza che accede alle strutture dell'ASST Lariana nettamente positivo.

L'indicatore esprime la % dei giudizi positivi (6 e 7) nelle rilevazioni dei questionari di customer satisfaction (qualità percepita) somministrati ai pazienti/utenti che accedono alle strutture aziendali. Nell'ASST Lariana sono in uso per la rilevazione due tipologie di questionari a seconda

che si tratti di degenza o di prestazioni ambulatoriali. L'indicatore richiesto da Regione Lombardia si riferisce ad **item con punteggi 6 + N° item con punteggio 7/N° item**.

Il dato esprime un valore positivo (83,90) in aumento rispetto al dato del 2016 (80.67).

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

Obiettivo n.8 riferito all'ambito organizzazione

Qualità della documentazione sanitaria

Indicatore 6.30.1 :Esito dei controlli Nucleo Operativo di Controllo dell'Azienda Tutela Salute (ATS) sulla documentazione sanitaria

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

L'indicatore sopra riportato sta a significare la percentuale di cartelle cliniche che tra quelle selezionate da ATS per l'attività di controllo annuale, risultano non completamente compilate. Nel 2016 è stato svolto un intenso lavoro di informazione/formazione da parte del NICC (Nucleo interno controllo cartelle) nei confronti dei medici codificatori con interventi personalizzati, a piccoli gruppi omogenei e con l'organizzazione di una specifica formazione sul campo. L'obiettivo di tali interventi è stato migliorare la conoscenza per una codifica appropriata soprattutto a seguito dell'introduzione dei nuovi campi SDO e richiamo ad una maggiore attenzione nella compilazione corretta della documentazione clinica. Tale attività è proseguita nell'anno 2017.

Dato 2017: $10/845 = 1.18\%$

MANTENIMENTO

Obiettivo n.9 riferito all'ambito organizzazione

Distribuzione delle classi di reclami

Indicatore 6.23.1: Nr. Reclami registrati presso Presidio Ospedaliero di San Fermo, di Cantù e di Mariano Comense/totale ricoveri*10.000

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

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

MIGLIORAMENTO

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

Obiettivo n.10 riferito all'ambito organizzazione

Distribuzione delle classi di reclami

Indicatore 6.23.1: Nr. Reclami registrati presso tutti i poliambulatori, ambulatori e aree distrettuali ASST Lariana/ tot.prestaz.Amb*100.000

913/3436892= 26,56% (dato 2016)

1562/3566.565= 43,8 % (dato 2017)

PEGGIORAMENTO:

Si registra in ambito ambulatoriale un aumento del numero di reclami e segnalazioni. Tale dato si concentra sugli ambulatori sedi di servizio vaccinale in quanto, a seguito delle nuove normative sulle vaccinazioni, si sono verificati disguidi organizzativi a fronte di una aumentata richiesta.

Inoltre, in particolare per l'area distrettuale di Como, si è registrato un incremento di segnalazioni a seguito dell'implementazione di nuove modalità di consegna al domicilio del paziente di ausili per l'assorbenza.

Per entrambe le problematiche, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico si è costantemente confrontato con i responsabili degli uffici interessati dall'incremento di segnalazioni, al fine di risolvere nell'immediato e monitorare nel tempo l'andamento delle problematiche evidenziate.

San Fermo della Battaglia, 18 giugno 2018

A cura di Anna Sannino