

Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

Prot. n. 35406

Varese, 18 maggio 2021

L'anno 2021, addì diciassette del mese di maggio, in modalità telematica si riunisce il

NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Sono presenti per il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni:

- Dott. Emanuele PORAZZI Presidente
- Dott.ssa Simona MARIANI Componente
-

Sono presenti in rappresentanza dell'ASST dei Sette Laghi

- Dott. Paolo COVACICH Direttore ad interim S.C. Controllo di Gestione e Programmazione
- Dott. Giuseppe ROSSI Dirigente S.C. Risorse Umane

Ordine del giorno:

- Rendicontazione obiettivi anno 2020 personale Comparto Sanità non afferente alla SC DAPSS
- Presentazione obiettivi budget anno 2021 personale afferente alla S.C. DAPSS
- Relazione sulla Performance anno 2019

L'incontro si apre alle ore 10.00

- Rendicontazione obiettivi anno 2020 personale Comparto Sanità non afferente alla SC DAPSS

Il Dott. Covacich illustra i documenti di verifica del raggiungimento degli obiettivi legati alla performance organizzativa assegnati per l'anno 2020 alle Strutture di area amministrativa/tecnica e di staff. Su richiesta del NVP, l'Azienda rende noto che stante lo stato di grave pandemia che ha caratterizzato nell'anno 2020, gli obiettivi del 2020 per il personale di cui sopra, sono stati ritenuti dall'Azienda stessa raggiunti come da nota allegata del 18/05/2021 (inviata via email dal dott. Rossi). Il NVP ne prende atto.

- Presentazione obiettivi budget anno 2021 personale afferente alla S.C. DAPSS

Il Dott. Covacich illustra gli obiettivi di budget dell'anno 2021 predisposti per la S.C. DAPSS.

Il NVP ne prende atto e segnala che gli indicatori prescelti non prevedono raggiungimenti parziali, pertanto, stando a quanto presentato in data odierna, la valutazione positiva potrà essere acquisita solo con il superamento completo dell'obiettivo (tipologia obiettivo ON/OFF).

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario**Direzione e sede:** viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA)

Ospedale Filippo Del Ponte (VA)

Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Struttura Complessa Risorse Umane – Ufficio Relazioni Sindacali, v.le Borri 57, 21100 Varese

Tel. 0332.278062- e-mail: giuseppe.rossi@asst-settelaghi.it

- Relazione sulla Performance anno 2019

Il NVP ha ricevuto nel corso del mese di maggio 2021 la Relazione sulla Performance anno 2019 e, coinvolto anche il Dott. Vittorio Russo, componente NVP dimissionario al 31.12.2020, prende atto dei contenuti della stessa.

La riunione si conclude alle ore 11.45.

La redazione del verbale si conclude in data 18 Maggio 2021, con riunione supplementare a distanza del NVP per valutazione della nota richiesta all'Azienda pervenuta in data odierna.

Viene fissata la prossima riunione per il g. 8.6.2021 alle ore 10.

Letto e sottoscritto

Dott. Emanuele PORAZZI F.to

Dott.ssa Simona MARIANI F.to

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111- www.asst-settelaghi.it- P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Struttura Complessa Risorse Umane – Ufficio Relazioni Sindacali, v.le Borri 57, 21100 Varese

Tel. 0332.278062- e-mail: giuseppe.rossi2@asst-settelaghi.it

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2019

A cura di

Controllo di Gestione e Programmazione - 3/8/2020



1. Presentazione.....	3
2. Sintesi delle informazioni di interesse sulla Performance.....	3
Linee di indirizzo.....	3
L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale.....	4
Sintesi dei risultati raggiunti	10
3. Obiettivi di budget: risultati raggiunti e scostamenti.....	15

1. Presentazione

La Relazione sulla Performance 2019 riassume la valutazione annuale del “Ciclo di gestione della performance”.

In particolare la Relazione è lo strumento attraverso cui la nostra Azienda presenta ai cittadini e a tutti gli altri stakeholders una sintesi dei risultati organizzativi ed individuali ottenuti nel corso dell’anno precedente.

L’obiettivo primario della Relazione è la trasparenza e la comprensibilità dei dati, dei risultati e delle criticità incontrate nel corso dell’anno.

Il Piano e la Relazione della Performance, così come anche il Programma Triennale della Trasparenza, rientrano infatti in quell’insieme di azioni (previste dal Decreto Legislativo n.150 del 2009) che fanno della trasparenza, intesa come accessibilità alle informazioni concernenti gli aspetti organizzativi, gli indicatori gestionali, l’utilizzo delle risorse, l’aspetto che caratterizza l’agire delle pubbliche amministrazioni.

Questa Relazione quindi, in linea con le indicazioni della Civit, è il frutto di un lavoro congiunto della Direzione Strategica e degli Uffici di Staff che hanno analizzato gli obiettivi, misurato gli scostamenti, valutato le criticità e soprattutto resa visibile all’esterno la performance dell’Azienda.

2. Sintesi delle informazioni di interesse sulla Performance

Linee di indirizzo

Le linee di indirizzo aziendale del 2019 sono state orientate all’implementazione e allo sviluppo degli ambiti previsti dalle Regole di sistema per la gestione del Servizio SocioSanitario e dagli obiettivi assegnati alle ASST per la valutazione dei Direttori Generali per l’anno 2019:

- Definizione in fase di programmazione dei prossimi step e dei relativi costi per il completamento e al messa a regime del nuovo ospedale Del Ponte.
- Realizzazione degli interventi relativi alla presa in carico del paziente cronico e fragile, di cui alle DGR di riferimento regionale, al fine di assicurare al paziente la pianificazione all’accesso alle prestazioni specialistiche necessarie e previste nel piano di assistenza individuale (PAI), la gestione dell’agenda sanitaria (prenotazioni, contatti telefonici, appuntamenti, accertamenti), la gestione delle richieste di informazioni al paziente e a chi lo assiste.



- Sviluppo di progettualità del pronto soccorso secondo le indicazioni del gruppo di lavoro regionale finalizzate alla implementazione della gestione e efficientamento attività.
- Interventi per la gestione della degenza chirurgica programmata e l'organizzazione delle sale operatorie.
- Ridefinizione delle attività dei Presidi periferici, in condivisione con ATS, con riorganizzazione dell'attività finalizzata a minimizzare eventuali perdite.
- Verifica del percorso di certificazione della qualità completato nel 2018 per i laboratori, il ciclo passivo, la gestione dei documenti, il bilancio.

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale

L'attuale assetto organizzativo dell'Azienda deriva dalla riorganizzazione del Sistema Socio-Sanitario Lombardo conseguente all'approvazione della L.R. n. 23 del 11 agosto 2015 e l'Azienda si è costituita formalmente con D.G.R. del 10/12/2015, n. X/4481 con sede legale in Viale Borri n.57, 21100 Varese.

Con la Legge Regionale 28 novembre 2018 – n.15 si è disposto, a decorrere dal 2019, il trasferimento dell'Ospedale di Angera all'ASST Sette Laghi.

L'ASST dei Sette Laghi, in forza della D.G.R. della Lombardia n. 46798 del 3 dicembre 1999, ha natura di "Polo universitario".

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi è parte del Sistema Socio-Sanitario Regionale, nell'ambito del quale esercita le proprie funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e presa in carico, con la finalità primaria di contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

L'Azienda eroga i servizi sanitari e sociosanitari attraverso un'articolata rete di Presidi Ospedalieri, strutture ambulatoriali e distrettuali, destinati a rispondere in prima istanza ai fabbisogni del territorio afferente agli ambiti di Arcisate, Azzate, Cittiglio, Luino, Sesto Calende, Tradate, Varese.

L'attività di ricovero, è erogata in 7 Ospedali organizzati in tre Presidi:

- Presidio di Varese:
 - ✓ Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, ubicato a Varese
 - ✓ Ospedale Filippo Del Ponte, con sede a Varese



- ✓ Ospedale di Cuasso al Monte
- Presidio del Verbano:
 - ✓ Ospedale “Causa Pia Luvini” di Cittiglio
 - ✓ Ospedale “Luini Confalonieri” di Luino
 - ✓ Ospedale “Carlo Ondoli” di Angera
- Presidio di Tradate:
 - ✓ Ospedale Galmarini di Tradate

L'organizzazione ospedaliera garantisce modelli assistenziali a diversa intensità di cura, infatti oltre a ricoveri in regime ordinario vengono assicurati ricoveri a ciclo diurno (Day Hospital e DaySurgery), ricoveri riabilitativi, BIC, MAC e cure per pazienti subacuti; presso la sede di Varese sono attivi letti per le cure palliative (Hospice ospedaliero).

L'attività ambulatoriale territoriale viene esercitata presso le seguenti sedi:

- 7 Poliambulatori ubicati presso gli stabilimenti ospedalieri
- Poliambulatori nei comuni di Varese, Arcisate, Gavirate, Sesto Calende
- Ambulatori specialistici territoriali presso i comuni di Azzate, Comerio, Gazzada e Viggiù.
- Attività di Odontostomatologia erogate presso struttura di Velate (VA) oltre che in alcune sedi distrettuali; presso l'Ospedale Del Ponte è erogata l'attività chirurgica a supporto dell'Odontostomatologia.
- La Neuropsichiatria infantile ha sede presso l'Ospedale F. Del Ponte, con un reparto per il ricovero ordinario e day hospital, ed eroga la propria attività anche nelle sedi territoriali di Velate, Induno Olona, Besozzo e presso l'Ospedale di Luino.
- Le prestazioni di Dialisi sono erogate presso le sedi ospedaliere di Tradate e di Varese;
- Le sedi CAL sono ubicate presso le sedi ospedaliere di Cittiglio, di Luino e di Varese.

Le strutture della ex ASL afferite sono articolate in 7 Distretti sanitari:

Arcisate, Azzate, Cittiglio, Luino, Sesto Calende, Tradate e Varese.

Nei Distretti sono presenti 9 Consultori e 4 SERD.

Le principali attività territoriali riguardano:



- la valutazione multidimensionale, tesa all'ottenimento di misure quali ADI (assistenza domiciliare integrata), RSA aperta, residenzialità leggera;
- l'assistenza farmaceutica, dietetica e protesica;
- le vaccinazioni;
- la profilassi delle malattie infettive;
- l'attività di certificazione a valenza medico-legale;
- le attività consultoriali;
- le attività per la prevenzione e cura delle dipendenze.



Regione
Lombardia

ASST Sette Laghi



Regione Lombardia
ASST dei Sette Laghi

ASST dei SETTE LAGHI

abit. n.445586

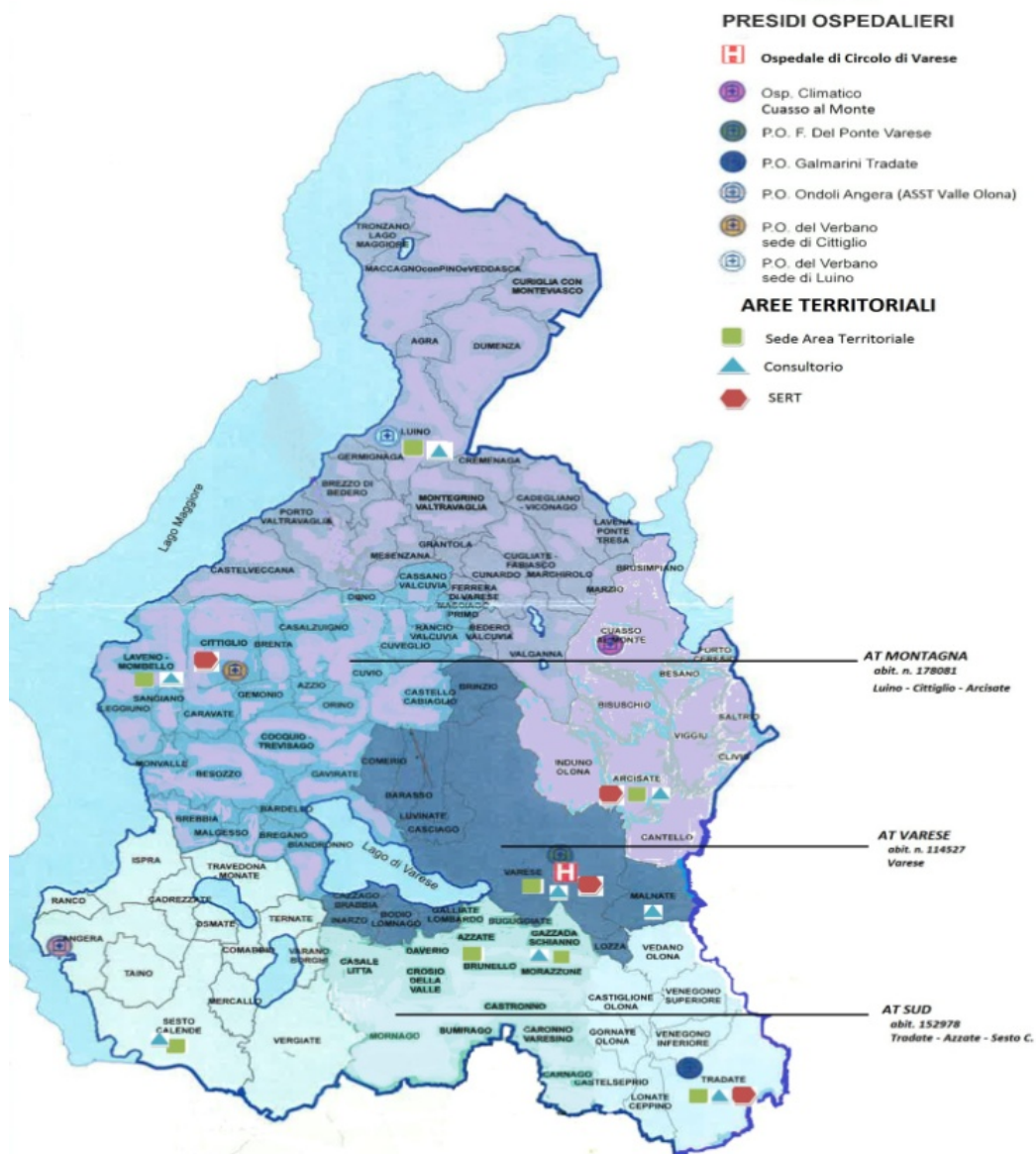
Legenda

PRESIDI OSPEDALIERI

- Ospedale di Circolo di Varese
- Osp. Climatico
Cuasso al Monte
- P.O. F. Del Ponte Varese
- P.O. Galmarini Tradate
- P.O. Ondoli Angera (ASST Valle Olona)
- P.O. del Verbano
sede di Cittiglio
- P.O. del Verbano
sede di Luino

AREE TERRITORIALI

- Sede Area Territoriale
- Consultorio
- SERT





Di seguito i principali dati di attività, articolati per presidio, del 2019:

Tabella 1: Dati attività 2019

Dati 2019	Azienda	Macchi	Ponte	Cuasso	Cittiglio	Luino	Tradate	Angera
PL Ordinari Medi	954	518,5	142,58		86,5	45,94	109,79	51
PL DH - DS	90	41	13	-	14	4	11	7
PL Riabilitazione	51	3,3	-	27	-	13,4	6,9	
PL Subacuti	53	31,5	-	8	-	9,1	-	4
PL Hospice	10	10						
Culle	70		40		10		20	
Posti tecnici Mac	77	50	9	4	4	3	5	2
Posti tecnici Chir. ambulatoriale	20	6	3	-	3	1	2	5
Posti Tecnici Dialisi	80	38	-	-	9	12	15	6
N. Ricoveri	42.862	19.794	10.364	324	4.357	2.469	4.624	930
Peso medio	1,14	1,523	0,638	1,090	0,784	1,141	1,011	1,033
DM	7,39	9,31	4,85		6,86	5,41	7,15	7,91
- Riabilitazione	25,55	24,6		26,4		25,3	23,7	
- Subacuti	18,2	17,9				19,4		
DM preoperatoria	1,2	1,96	0,24		0,36	0,34	0,45	0,39
% Tasso Occupazione	84,96%	94,1%	78,1%	69,5%	68,4%	90,6%	69,1%	84,70%
% Casi chirurgici	40,70%	46,30%	34,10%		28,40%	48,60%	38,70%	33,50%
% Casi urgenti	63,30%	60,3%	57,9%		72,02%	63,82%	75,60%	72,72%
N. Accessi Totali DH+DS+MAC+BIC	44.347	27.729	6.099	233	4.227	2.013	3.333	713
N. Casi chirurgici totali	29.946	15.240	5.498	0	1.447	2.578	3.690	1.493
n. accessi PS	187.216	62.692	25.354		26.980	18.399	39.481	14.310
Prestazioni Ambulatoriali	4.356.447	3.876.980	131.402	25.114	50.977	85.861	148.592	37.521
Prestazioni Ambulatoriali PS	1.258.834	477.107	113.102		178.936	151.672	258.596	79.421
Prestazioni Psichiatria Territorio	73.144	40.913			32.231			

Per un confronto con l'attività dell'anno precedente occorre considerare i dati con il precedente assetto, senza l'ospedale di Angera.



Tabella 2: Confronto attività 2019 vs 2018

Confronto 2019 vs 2018	Azienda	Macchi	Ponte	Cuasso	Cittiglio	Luino	Tradate
N. Ricoveri	-109	-405	368	21	35	9	-137
Peso medio	-0,01	0,01	0,00	0,04	-0,01	0,00	0,03
DM	0,02	-0,04	0,19		0,14	-0,15	0,47
- Riabilitazione	0,65	1,70		0,48		-0,10	2,00
- Subacuti	0,40	0,40				0,30	
DM preoperatoria	-0,05	-0,18	0,10		0,09	0,08	0,01
% Tasso Occupazione	0,6%	0,7%	2,7%	8,7%	-0,2%	1,3%	-3,3%
% Casi chirurgici	0,2%	1,1%	-0,6%		-1,2%	2,1%	-1,3%
% Casi urgenti	-0,3%	-1,5%	0,4%		1,4%	0,9%	3,2%
N. Accessi Totali DH+DS+MAC+BIC	2.338	819	700	-175	439	-105	660
N. Casi chirurgici totali	250	-206	287		-549	579	139
n. accessi PS	1.610	-1.382	1.636		1.031	339	-14
Prestazioni Ambulatoriali	-41.423	-40.995	3.526	-1.891	-145	1.669	-3.587
Prestazioni Ambulatoriali PS	28.658	7.222	10.080		19.195	3.532	-11.371
Prestazioni Psichiatria Territorio	4.824	932			3.892		

Il personale dipendente ha superato le 5 mila unità con l'affermamento dell'ospedale di Angera, nella tabella 3 si rappresenta il numero e il profilo del personale presente al 31/12.

Un confronto omogeneo con l'anno precedente evidenzia una leggera flessione del numero di medici e dirigenti SPTA, un incremento del personale sanitario del comparto e una riduzione delle unità del ruolo tecnico e amministrativo del comparto.

Tabella 3: Personale dipendente in servizio al 31/12

Profilo professionale	2018	2019	Delta	di cui Angera
DIRIGENZA MEDICA	746	768	22	28
di cui a tempo determinato	92	48	-44	1
UNIVERSITARI	64	67	3	1
DIRIGENZA SPTA	82	80	-2	0
- PERSONALE INFERMIERISTICO	2.024	2.162	138	83
- PERSONALE TECNICO SANITARIO	411	437	26	17
- PERSONALE OTA/OSS	532	559	27	28
- PERSONALE RUOLO TECNICO E AMM.VO	948	932	-16	33
TOTALE COMPARTO	3.915	4.090	175	161
TOTALE	4.807	5.005	198	190



Sintesi dei risultati raggiunti

Nel periodo di riferimento sono state monitorate le aree strategiche definite nel Piano della Performance (2019-2021):

Tabella 4a: Sintesi obiettivi Performance 2019 – Area Strategica 1: Efficienza

Area Strategica 1: Efficienza			
Area Strategica	Obiettivo	Risultato	
1.a Valore produzione effettiva/valore produzione finanziata	>100	La produzione validata, al netto dei controlli NOC, è stata pari al 101% del valore definito nei contratti con ATS e nel Bilancio preventivo. Il dato è migliore del 2018 (98,4%) e l'obiettivo era 100%	
1.b Valore farmaci/valore produzione effettiva	<17,3%	Il dato del Consuntivo è stato pari al 18,8% , l'obiettivo per il 2019 era 17,2%	
1.c Valore dispositivi/valore produzione effettiva	<9,3%	Il dato del Consuntivo è stato pari al 9 % , l'obiettivo era il mantenimento del valore 2018 (9,3%)	
1.d Valore protesi/valore produzione effettiva	<4,5%	Il dato del Consuntivo è stato pari al 4 % , in linea con il valore del consuntivo del 2018	
1.e Valore produzione effettiva/Personale dipendente equivalente a tempo pieno	>66.000 euro	Il valore della produzione per addetto equivalente al tempo pieno è stato di 64.999 euro , in flessione rispetto all'anno precedente (66.359 euro)	

Area Strategica 1: Efficienza

Obiettivi: Mantenimento dell'equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, riduzione dell'indebitamento, razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Risultati: Nel corso del 2019, nell'ambito degli obiettivi dell'area strategica efficienza, l'ASST ha fatto osservare una riduzione di attività nell'ambito dei ricoveri mentre ha confermato un incremento delle prestazioni ambulatoriali erogate. Complessivamente il valore della produzione si è attestato al di sopra della produzione finanziata secondo i contratti di attività e i valori assegnati da Regione.

Le azioni di contenimento dei costi dei beni sanitari hanno raggiunto gli obiettivi posti da Regione per i dispositivi, grazie anche all'adesione delle gare aggregate previste dalla Regione, mentre per i farmaci si è registrato un incremento dei costi per la crescita dell'attività di oncoematologia, sia per l'aumento della casistica trattata, sia per l'introduzione di nuove molecole per la terapia anti-tumorale. L'indicatore di produttività del personale ha fatto registrare una flessione rispetto al dato rilevato nel 2018.



Tabella 4b: Sintesi obiettivi Performance 2019 – Area Strategica 2: Processi organizzativi

Area Strategica 2: Processi organizzativi			
Area Strategica	Obiettivo	Risultato	
2.a Integrazione Ospedale di Angera	Nessuna interruzione dei servizi	L'integrazione è avvenuta senza interruzioni dei servizi sanitari e non sanitari	
2.b Percentuale lettere di dimissione firmate digitalmente	80%	Nel 2019: Completezza 99% - Tempestività 57% Raggiunto solo l'obiettivo SISS della completezza	
2.c Percentuale verbali Pronto Soccorso (PS) firmati digitalmente	80%	Nel 2019: Completezza 75% - Tempestività 91% Obiettivi SISS non raggiunti	
2.d Percentuale referti di laboratorio firmati digitalmente	80%	Nel 2019: Completezza 100% - Tempestività 91% Raggiunti gli obiettivi SISS	
2.e Percentuale referti di radiologia firmati digitalmente	80%	Nel 2019: Completezza 84% - Tempestività 78% Obiettivi SISS raggiunti	
2.f Percentuale referti ambulatoriali firmati digitalmente	80%	Nel 2019: Completezza 49% - Tempestività 76% Obiettivi SISS non raggiunti	
2.g Attuazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT)	100% Adempimenti realizzati	Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2019-2021: 100% degli adempimenti previsti dall'Amministrazione Trasparente	

Area Strategica 2: Processi organizzativi

Obiettivi: integrazione Ospedale di Angera, implementazione della documentazione sanitaria nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), adozione del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione 2019 - 2021.

Risultati: Nel 2019 sono state integrate, nell'arco del 1° semestre, tutte le attività e i servizi dell'ospedale di Angera nella ASST Sette Laghi che ora è costituita da 7 ospedali.

La percentuale di documenti sanitari prodotti per il fascicolo sanitario presenta delle criticità per i verbali di pronto soccorso e i referti ambulatoriali, in quest'ultimo caso occorre evidenziare un problema informatico nella trasmissione del referto al SISS causato dalla nuova cartella clinica elettronica che ha pregiudicato il risultato sulla completezza.



Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) è stato adottato secondo le scadenze previste dalla normativa.

Tabella 4c: Sintesi obiettivi Performance 2019 – Area Strategica 3: Efficacia

Area Strategica 3: Efficacia			
Area Strategica	Obiettivo	Risultato	
3.a Gestione della casistica individuata nel Piano di Gestione del Sovraffollamento	90%	Nel 2019 l'indicatore sul rispetto dei tempi di ricovero è stato pari a 66% , in incremento rispetto all'anno precedente. L'obiettivo del Piano è 90%	
3.b Soggetti arruolati nei percorsi cronicità	Creazione slot per pazienti cronici	Nel 2019 sono stati messi a disposizione nuovi slot per i pazienti cronici e oltre 8 mila pazienti hanno prenotato prestazioni ambulatoriali.	
3.c Copertura vaccinale	Esavalente: 95% MPR: 95% Pneumococco: 95% Meningococco C: 95% DTR: 90% Antivaricella: 95% Meningococco B: 95%	1) Esavalente (polio – difto – tetano – pertosse – epatite B – HIB): 95,7% 2) Morbillo Parotite – Rosolia: 1° dose: 95,4% - 3) Pneumococco: 94 % 4) Meningococco C: 93,2% 5) Difterite Tetano Pertosse: 80,9 % 6) Antivaricella: 94,2% 7) Antimeningococco B: 86,2% 8) Antimeningococco ACWY 83,1%	
3.d Ritorni in sala operatoria	<1%	Nel 2019 l'indicatore è stato pari a 1,9% dei casi chirurgici, nel 2018 era 2,2%. L'obiettivo è <1%	
3.e Ricoveri ripetuti per acuti entro 30 gg in regime ordinario stessa MDC	<3,5%	Nel 2019 l'indicatore è stato pari a 3,5% dei ricoveri, come nel 2018. La collocazione a livello regionale è nel 75° percentile	

Area Strategica 3: Efficacia

Obiettivi: Miglioramento della capacità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento con qualità e sicurezza delle cure.

Risultati:

Permane la criticità a rispettare l'indicatore sui tempi di ricovero per le patologie indicate nel documento di gestione del sovraffollamento che nel 2019 è stato ottenuto nel 66% dei casi, in incremento rispetto all'anno precedente.

L'azienda ha predisposto il percorso della presa in carico del paziente cronico e fragile con l'attivazione del contact center e della piattaforma per la presa in carico, inoltre ha messo a disposizione agende dedicate per le prestazioni a favore dei pazienti cronici a cui hanno accesso i



principali gestori di PAI del territorio con un significativo numero di prenotazioni dei pazienti arruolati.

La copertura vaccinale è complessivamente aumentata grazie anche alla messa in campo delle risorse e delle azioni previste per aumentare l'adesione: ripetute chiamate di sollecito, coinvolgimento dei pediatri di famiglia, disponibilità per i colloqui per i genitori indecisi, attivazione di ambulatori dedicati al di fuori dell'orario di servizio.

ATS Insubria ha confermato il raggiungimento complessivo degli obiettivi posti dal Piano Regionale Vaccini.

L'indicatore sui ritorni in sala operatoria è migliorato ma non ha raggiunto l'obiettivo, mentre i ricoveri ripetuti hanno confermato il dato del 2018.

Tabella 4d: Sintesi obiettivi Performance 2019 – Area Strategica 4: Appropriatezza e qualità dell'assistenza

Area Strategica 4: Appropriatezza e qualità dell'assistenza			
Area Strategica	Obiettivo	Risultato	
4.a Rapporto DRG inappropriati/totale DRG	<15%	Nel 2019 il rapporto è stato pari al 16,2% inferiore al valore del 2018 (16,9%) ma superiore al valore medio di Regione Lombardia (15,2%)	
4.b Degenza Media Preoperatoria	≤1,5	ASST Sette Laghi si colloca, a livello regionale, nel 75° percentile, il dato 2019 è in miglioramento (1,87) rispetto al 2018 (1,96)	
4.c Frattura del collo del femore intervento chirurgico entro 48ore (indicatore PNE)> 70%	>80%	Nel 2019 l'indicatore è stato pari all' 83% (Fascia di eccellenza in Regione Lombardia)	
4.d Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	>50%	Nel 2019 l'indicatore è stato pari al 66% , l'obiettivo (50%) è stato pienamente raggiunto	
4.e Proporzione di parti con taglio cesareo primario	<15%	Nel 2019 l'indicatore è stato pari al 14,5% , l'obiettivo di una casistica inferiore al 15% è stato pienamente raggiunto	
4.f Colectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	≥70%	Nel 2019 l'indicatore è stato pari al 77% , l'obiettivo (70%) è stato pienamente raggiunto	

Area Strategica 4: Appropriatezza e qualità dell'assistenza

Obiettivi: Questa area considera alcuni degli indicatori sull'appropriatezza della degenza e sugli esiti clinici degli interventi monitorati da AGENAS nell'ambito del PNE (Piano Nazionale Esiti).



Risultati: i risultati raggiunti confermano dati in miglioramento, per appropriatezza e degenza preoperatoria, e obiettivi pienamente raggiunti per gli esiti che collocano ASST Sette Laghi nella fascia alta dello standard di qualità definito a livello regionale.

Tabella 4e: Sintesi obiettivi Performance 2019 – Area Strategica 5: Accessibilità e soddisfazione utenza

Area Strategica 5: Accessibilità e soddisfazione utenza			
Area Strategica	Obiettivo	Risultato	
5.a Prime visite specialistiche entro 30 gg	≥90%	Nel 2019 le prime visite erogate entro 30 giorni sono state il 56,3% sul totale, nel 2018 il dato era pari al 55,3%	
5.b Tempi di attesa ricoveri	≤90%	I tempi di attesa per i ricoveri chirurgici per tumore alla mammella , al colon e al retto sono inferiori ai 30 giorni . Resta critico il dato per i ricoveri chirurgici per tumore alla prostata (48 giorni) , ma in netta riduzione rispetto al dato del 2018 (71 giorni).	
5.c N. giudizi customer satisfaction positivi/Totale giudizi	>80%	La percentuale di giudizi positivi raccolti, con i questionari distribuiti all'utenza, è stata pari al 85,5% per l'attività ambulatoriale e 86,4% per i ricoveri	
5.d Reclami ricevuti /Totale segnalazioni	<1000	Nel 2019 i reclami ricevuti sono stati 601 , nel 2018 erano 526, il numero rimane complessivamente basso rispetto alla totalità di prestazioni erogate	

Area Strategica 5: Accessibilità e soddisfazione utenza

Obiettivi: Migliorare l'erogazione del servizio in riferimento ai bisogni di salute della popolazione e alla qualità percepita dall'utenza

Risultati: L'indicatore sul tempo di attesa per le prime visite entro 30 giorni resta critico ma in miglioramento. Positivo il dato per i ricoveri chirurgici per le patologie tumorali alla mammella, colon, retto e prostata.

Si conferma la valutazione positiva negli indicatori della customer satisfaction, mentre il numero di reclami risulta comunque contenuto rispetto al volume di prestazioni erogate dall'Azienda.

Tabella 4f: Sintesi obiettivi Performance 2019 – Area Strategica 6: Risk management

Area Strategica 6: Risk management			
Area Strategica	Obiettivo	Risultato	
6.a Cadute di persone trattate /1.000 gg degenza	<1,6	Nel 2019 le cadute sono state 660 pari a 1,91 su 1000 giornate di degenza, nel 2018 l'indicatore era 1,79	
6.b Richieste risarcimento area clinica (escluso PS)/1.000 gg degenza	<0,3	Nel 2019 le richieste di risarcimento sono state 85, su 1000 giornate di degenza sono pari a 0,24 , nel 2018 sono state 87, l'indicatore era pari a 0,31	



Area Strategica 6: Risk management

Obiettivi: Il rischio clinico come indicatore per il miglioramento del sistema di gestione della qualità delle prestazioni e delle implicazioni economiche e finanziarie che ne derivano.

Risultati: Si registra un trend negativo sul contenimento delle cadute dei pazienti, in parte questo dato può essere letto come una più accurata segnalazione da parte dei reparti, mentre si rileva una riduzione delle richieste di risarcimento rispetto all'anno precedente.

3. Obiettivi di budget: risultati raggiunti e scostamenti

Come previsto nel Piano della Performance, gli obiettivi strategici trovano la loro declinazione in obiettivi operativi, di durata annuale, che vengono attribuiti alle Unità Operative nell'ambito del processo di budget. Il documento che sintetizza tutti gli obiettivi individuati durante la negoziazione è la scheda Budget.

Nel mese di giugno si è concluso il processo di valutazione degli obiettivi che erano articolati in 2 macroaree:

A) Obiettivi preliminari: riguardano obiettivi la cui realizzazione rappresenta un'attività ordinaria e consolidata: tempestività dei flussi informativi, completezza della documentazione clinica, digitalizzazione della documentazione sanitaria (SISS), rispetto degli adempimenti e della tempistica prevista dal Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).

B) Obiettivi strategici: riguardano obiettivi di carattere regionale, revisione di processi organizzativi, efficientamento delle attività, qualità della documentazione clinica, rispetto dei tempi di attesa, governo delle risorse.

In particolare si segnala: i percorsi assistenziali per i pazienti cronici, la completezza della documentazione clinica, la certificazione di alcuni servizi sanitari e non, il miglioramento degli standard previsti per gli indicatori di esito e di qualità, l'integrazione dell'ospedale di Angera, il conseguimento di livelli di attività e di costo negoziati con ogni struttura in termini di ricoveri (degenza ordinaria, day hospital/daysurgery), prestazioni ambulatoriali (per pazienti esterni e interni), beni sanitari (farmaci e dispositivi medici), economali (cancelleria).

La valutazione degli obiettivi, raggruppati nei 2 macroobiettivi definiti nella scheda, ha dato questo esito:

Tabella 5: Valutazione Macroobiettivi budget 2019

N. Obiettivi	Raggiunto	Parzialmente Raggiunto	Non Raggiunto
Obiettivi Preliminari	89%	4%	7%
Obiettivi Strategici	82%	9%	9%
Totale	85%	7%	8%



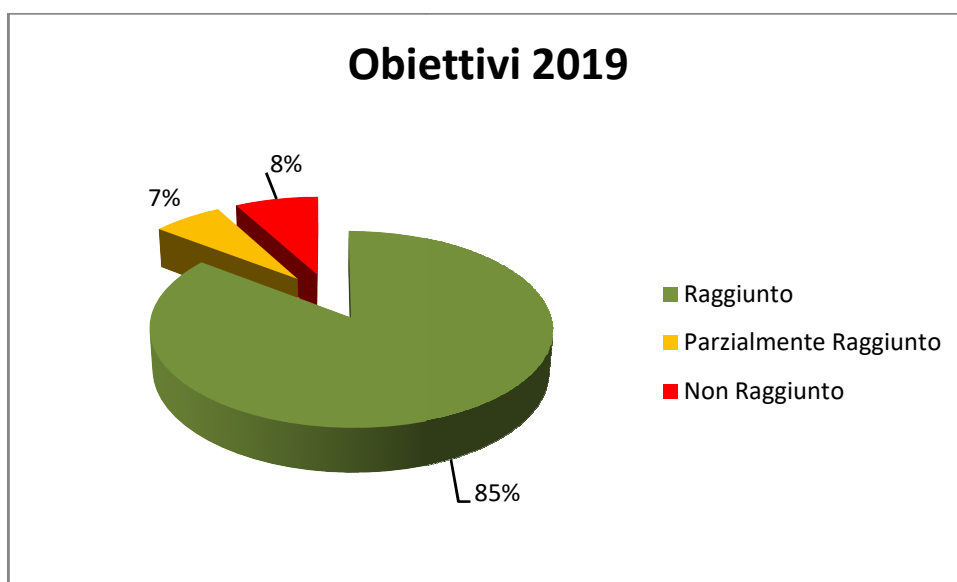
Nella valutazione, che è stata effettuata dalla struttura capofila dell'obiettivo, sono state utilizzate 3 tipologie di giudizio:

Obiettivo raggiunto: quando sono state realizzate le azioni e conseguiti gli indicatori previsti nella scheda di budget, alla luce anche di eventi documentati che hanno condizionato il risultato (es. carenza di personale, riduzione posti letto, tipologia della casistica...);

Obiettivo parzialmente raggiunto: quando non è stato pienamente conseguito l'indicatore previsto nella scheda di budget ma si è comunque raggiunto un risultato positivo;

Obiettivo non raggiunto: quando non sono state realizzate le azioni previste e il risultato conseguito non rispecchia il dato atteso, senza che vi siano motivazioni oggettive che giustificano il mancato raggiungimento.

Grafico 1: % raggiungimento obiettivi budget 2019



Se si analizzano nel dettaglio gli obiettivi si possono evidenziare i risultati ottenuti, sempre con le 3 categorie di valutazione utilizzate (Raggiunto, Parzialmente raggiunto e Non raggiunto).

Tabella 6: Valutazione dettaglio obiettivi 2019



Macro obiettivi	Raggiunto	Parzialmente Raggiunto	Non Raggiunto
Obiettivi preliminari	89%	4%	7%
Normativa anticorruzione	100%	0%	0%
Qualità della documentazione clinica	86%	5%	9%
Certificazione della qualità	100%	0%	0%
Flussi informativi	100%	0%	0%
Obiettivi Regionali	100%	0%	0%
Processi aziendali	98%	0%	2%
Rischio clinico	100%	0%	0%
Obiettivi strategici	81%	9%	9%
Controlli Noc	100%	0%	0%
Qualità della documentazione clinica	77%	3%	20%
Appropriatezza	100%	0%	0%
Area Rischio clinico e Qualità	100%	0%	0%
Governo delle risorse	94%	5%	2%
Indicatori di esito e qualità	83%	14%	3%
Integrazione Presidio di Angera	100%	0%	0%
Obiettivi Regionali	73%	10%	17%
Presa in carico	65%	6%	29%
Processi aziendali	76%	15%	9%
Tempi attesa	9%	57%	34%
Totale complessivo	85%	7%	8%

Nello specifico i principali obiettivi, riclassificati nelle aree strategiche previste nel Piano della Performance, hanno conseguito i seguenti risultati:

Tabella 7: Valutazione obiettivi 2019 riclassificati



Descrizione obiettivi	Raggiunto	Parzialmente Raggiunto	Non raggiunto	Totale
Efficienza	296	14	5	315
<i>Attività</i>	23			23
<i>Costi</i>	103	7	1	111
<i>Ricavi</i>	170	7	4	181
Processi organizzativi	619	29	62	710
<i>Amministrativi</i>	79	1	1	81
<i>Documentazione clinica</i>	213	12	45	270
<i>Sanitari</i>	73	1		74
<i>SISS</i>	221	15	16	252
<i>Trasparenza e Anticorruzione</i>	33			33
Efficacia	42	6	7	55
<i>Miglioramento dei servizi</i>	1			1
<i>Miglioramento delle prestazioni</i>	35	6	7	48
<i>Percorsi per i pazienti</i>	6			6
Appropriatezza	34	12	7	53
<i>Esiti</i>	25	2	1	28
<i>Prestazioni</i>	9	10	6	25
Accessibilità	58	30	27	115
<i>Servizi per i pazienti</i>	52	7	15	74
<i>Tempi attesa</i>	6	23	12	41
Risk Management	42			42
<i>Rischio clinico</i>	42			42
Totale complessivo	1091	91	108	1290

La rappresentazione grafica permette di visualizzare la percentuale di raggiungimento degli obiettivi riclassificati secondo le aree strategiche del Piano delle Performance.

