

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018

A cura di

Controllo di Gestione e Programmazione - 19/7/2019



1. Presentazione	3
2. Sintesi delle informazioni di interesse sulla Performance	3
Analisi del contesto	3
L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale	4
Sintesi dei risultati raggiunti	9
3. <i>Obiettivi di budget: risultati raggiunti e scostamenti</i>	14



1. Presentazione

La Relazione sulla Performance 2018 riassume la valutazione annuale del “Ciclo di gestione della performance”.

In particolare la Relazione è lo strumento attraverso la nostra Azienda mostra 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

Analisi del contesto

Dal 1 gennaio 2016, a seguito della riforma del Servizio Socio-Sanitario – approvata con L.R. 11 agosto 2015, n. 23 – l’Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese si è trasformata in un nuovo soggetto giuridico: ASST dei Sette Laghi a cui sono afferite tutte le strutture dell’ex l’Azienda Ospedaliera di Circolo di Varese, il presidio ospedaliero di Tradate e le strutture territoriali dei Distretti di Arcisate, Azzate, Cittiglio, Luino, Sesto Calende, Tradate, Varese.



Le linee di indirizzo aziendale del 2018 sono state orientate all'implementazione e allo sviluppo degli ambiti previsti per l'attuazione della Legge di evoluzione del Sistema Sanitario Regionale, si segnalano in particolare:

- Progressiva e graduale attivazione delle attività e dei servizi previsti nel Nuovo Ospedale Del Ponte secondo il crono programma definito con Regione Lombardia;
- Rivisitazione delle attività ospedaliere con una concezione della centralità del servizio al paziente, in ottica di continuità tra Ospedale e Territorio nel quale la sperimentazione organizzativa viene ad assumere un'importanza strategica;
- Definizione di un sistema di valutazione delle performance, sia organizzativa che individuale, per il personale della dirigenza e del comparto;
- 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;
- Integrazione fra i diversi Presidi dell'Azienda, da realizzare anche attraverso un'appropriata gestione della casistica coerente con la mission dei Presidi stessi;
- Completamento dell'applicazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) e attuazione del nuovo assetto organizzativo;
- Conclusione dei percorsi di miglioramento qualitativo riguardanti:
 - ✓ certificazione della qualità ISO per l'area dei laboratori;
 - ✓ ciclo passivo;
 - ✓ gestione della documentazione clinica.

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 .

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 6 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
- 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:

- 6 Poliambulatori ubicati presso gli stabilimenti ospedalieri
- Poliambulatori nei comuni di Varese, Arcisate, Gavirate, Sesto Calende e Varano Borghi
- Ambulatori specialistici territoriali presso i comuni di Azzate, Comerio, Gazzada, Lavena Ponte Tresa 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 ed eroga la propria attività anche nelle sedi territoriali di Velate, Induno Olona, Besozzo e presso l'Ospedale di Luino.

A partire dal mese di ottobre è stato attivato il reparto per il ricovero ordinario.

- 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

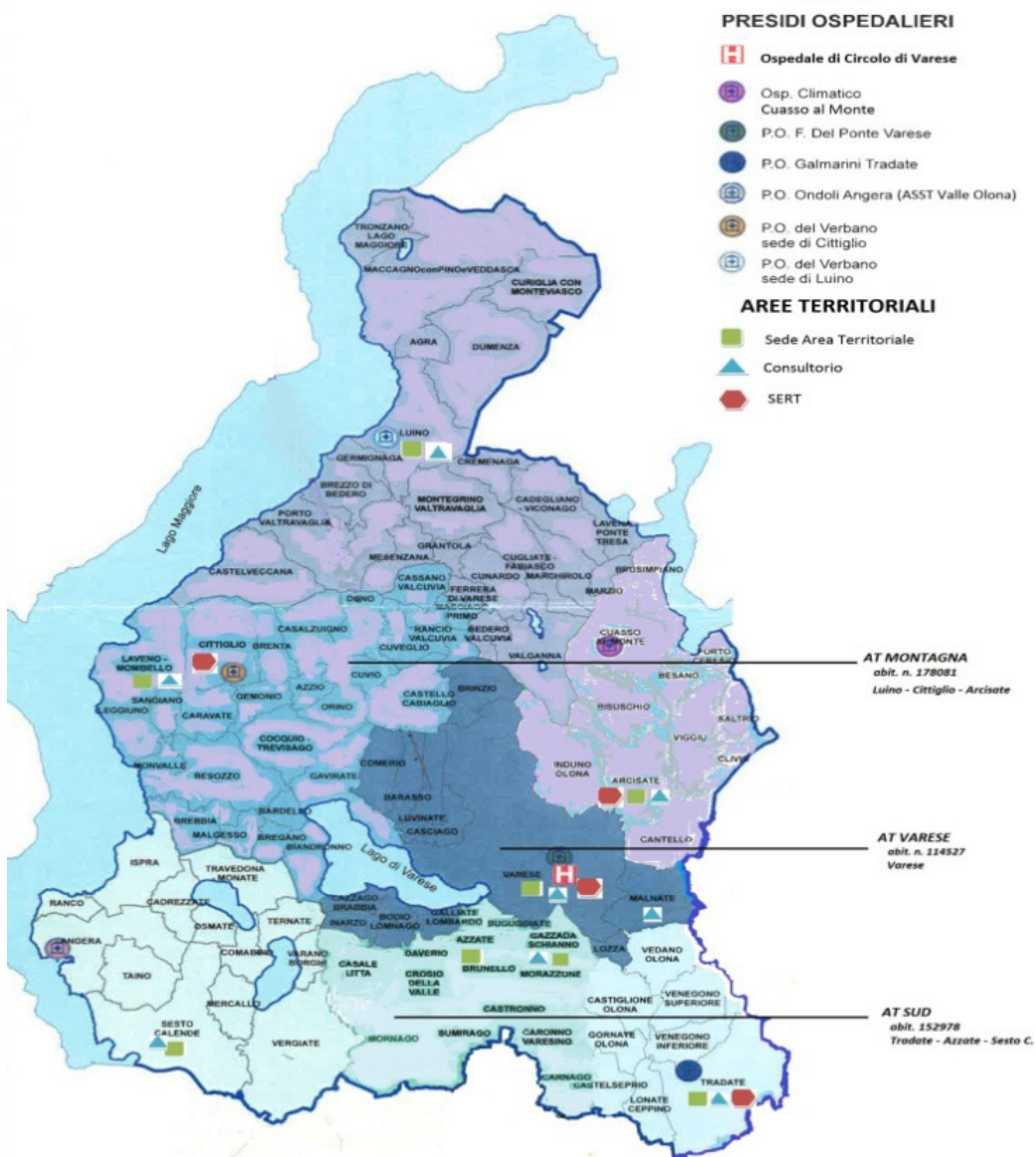
Legenda

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 2018:

Tabella 1: Dati attività 2018

Dati 2018	Azienda	Macchi	Ponte	Cuasso	Cittiglio	Luino	Tradate
PL Ordinari Medi	1.109	584,12	183,83	37	97,62	69,13	137,78
PL DH - DS	91	43	20	-	13	4	11
PL Riabilitazione	53,2	3,3	-	29	-	14,4	6,5
PL Subacuti	48,8	31,5	-	8	-	9,3	-
Posti tecnici Mac	75	50	9	4	4	3	5
Posti tecnici Chir. ambulatoriale	15	6	3	-	3	1	2
Posti Tecnici Dialisi	74	38	-	-	9	12	15
N. Ricoveri ordinari	42.971	20.757	10.123	320	4.386	2.529	4.856
Peso medio	1,150	1,517	0,641	1,052	0,792	1,145	0,984
DM	7,88	9,45	4,45	26,42	9,47	5,77	6,69
- Riabilitazione		22,50		25,92		25,40	21,70
- Subacuti		18,27				18,54	
DM preoperatoria	1,400	2,134	0,139		0,258	0,304	0,84
% Tasso Occupazione	84,4%	93,4%	75,4%	60,8%	68,6%	89,3%	72,4%
% Casi chirurgici	40,9%	45,2%	34,7%		29,6%	46,5%	40,0%
% Casi urgenti	63,1%	61,8%	57,5%		70,6%	62,9%	72,4%
N. Accessi Totali DH+DS+MAC+BIC	41.296	26.910	5.399	408	3.788	2.118	2.673
N. interventi chirurgici totali	28.203	15.446	5.211		1.996	1.999	3.551
n. accessi PS	171.296	64.074	23.718		25.949	18.060	39.495
Prestazioni Ambulatoriali	4.359.981	3.804.822	99.189	37.522	168.563	87.134	162.751
Prestazioni Ambulatoriali PS	1.128.857	394.059	166.855		156.496	144.789	266.658
Prestazioni Psichiatria Territorio	68.320	39.981			28.339		

La progressiva apertura del nuovo Ospedale del Ponte ha comportato un incremento del personale dipendente di 64 unità rispetto all'anno 2017.

Tabella 2: Personale dipendente in servizio al 31/12/2018

Profilo professionale	2017	2018	Delta
DIRIGENZA MEDICA	752	784	32
di cui a tempo determinato	76	92	16
UNIVERSITARI	69	66	-3
DIRIGENZA SPTA	80	81	1
- PERSONALE INFERMIERISTICO	2.153	2.143	-10



- ALTRO PERSONALE SANITARIO	442	441	-1
- PERSONALE OTA/OSS	501	571	70
- PERSONALE RUOLO TECNICO E AMM.VO	1.016	991	-25
TOTALE COMPARTO	4.112	4.146	34
TOTALE	5.013	5.077	64

Sintesi dei risultati raggiunti

Nel periodo di riferimento sono state monitorate le aree strategiche definite nel Piano della Performance (2017-2019):

Tabella 3: Sintesi obiettivi Performance 2018

Area Strategica	Risultato	
Area Strategica 1: Efficienza		
1.a Valore produzione effettiva/valore produzione finanziata	La produzione validata, al netto dei controlli NOC, è stata pari al 98,4% del valore definito nei contratti con ATS e nel Bilancio preventivo.	☹️
1.b Valore farmaci/valore produzione effettiva	Il dato del Consuntivo è stato pari al 15,18 %, ed è risultato migliore del valore previsto nel bilancio preventivo: 15,3%	😊
1.c Valore dispositivi/valore produzione effettiva	Il dato del Consuntivo è stato pari al 9,47 %, ed è risultato migliore del valore previsto nel bilancio preventivo: 9,81%	😊
1.d Valore protesi/valore produzione effettiva	Il dato del Consuntivo è stato pari al 3,18 %, ed è risultato migliore del valore previsto nel bilancio preventivo: 3,4%	😊
1.e Valore produzione effettiva/Personale dipendente equivalente a tempo pieno	Il valore della produzione per addetto equivalente al tempo pieno è stato di 66.359 euro, in flessione rispetto all'anno precedente (66.839 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 2018, 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 sotto della previsione di bilancio.



Le azioni di contenimento dei costi dei beni sanitari hanno raggiunto gli obiettivi posti da Regione, sia per i dispositivi, grazie anche all'adesione delle gare aggregate previste dalla Regione, sia per i farmaci, dove si è implementato l'utilizzo dei farmaci biosimilari e a brevetto scaduto consentendo di contenere, nell'ambito dei vincoli posti da Regione, l'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. Anche l'utilizzo dei farmaci per la cura dell'HCV ha rispettato l'obiettivo posto dalla Regione.

L'indicatore di produttività del personale ha fatto registrare una leggera flessione rispetto al dato rilevato nel 2017.

Area Strategica 2: Processi organizzativi		
2.a Attivazione Ospedale Del Ponte	Sono proseguiti gli step di attivazione previsto nel 2018 (potenziamento delle specialità esistenti e apertura del reparto di Neuropsichiatria infantile)	😊
2.b Percentuale lettere di dimissione firmate digitalmente	La percentuale di lettere di dimissione firmate digitalmente nel 2018: 93,2%; l'obiettivo SISS era il 95%	😊
2.c Percentuale verbali Pronto Soccorso (PS) firmati digitalmente	La percentuale di verbali di PS firmati digitalmente nel 2018 91,9%; l'obiettivo SISS era il 95%	😊
2.d Percentuale referti di laboratorio firmati digitalmente	La percentuale di referti di laboratorio firmati digitalmente nel 2018: 100%; l'obiettivo SISS era il 100%	😊
2.e Percentuale referti di radiologia firmati digitalmente	La percentuale di referti di radiologia firmati digitalmente nel 2018: 96,9%; l'obiettivo SISS era il 95%	😊
2.f Percentuale referti ambulatoriali firmati digitalmente	La percentuale di referti ambulatoriali firmati digitalmente nel 2018 è stata pari al 79,4%; l'obiettivo SISS era l'80%	😞
2.g Attuazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT)	Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2018-2020 (Delibera n. 69/2018), 100% degli adempimenti previsti dall'Amministrazione Trasparente	😊



Area Strategica 2: Processi organizzativi

Obiettivi: Attivazione Nuovo Ospedale Del Ponte, implementazione della documentazione sanitaria nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), adozione del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione 2018-2020.

Risultati: Nel 2018, come da cronoprogramma condiviso con Regione, è proseguita l'attivazione della nuova struttura ospedaliera Ospedale Del Ponte, in particolare è andato a regime il potenziamento delle specialità già presenti (ginecologia, neonatologia, pediatria) con aumento di posti letto e dal mese di ottobre 2018 è stato aperto il nuovo reparto di Neuropsichiatria infantile con 10 posti letto ordinari.

La percentuale di documenti sanitari prodotti per il fascicolo sanitario presenta delle criticità per le lettere di dimissione, i verbali di pronto soccorso e i referti ambulatoriali, in quest'ultimo caso si è registrato un significativo incremento, rispetto all'anno precedente, che ha fatto sfiorare l'obiettivo SISS.

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

Area Strategica 3: Efficacia		
3.a Gestione della casistica individuata nel Piano di Gestione del Sovraffollamento	Nel 2018 l'indicatore è stato pari a 51%, l'obiettivo del Piano è 90%	☹️
3.b Frattura del collo del femore intervento chirurgico entro 48ore (indicatore PNE)> 70%	Nel 2018 l'indicatore è stato pari all'80% (Fascia 1 in Regione Lombardia)	😊
3.c Degenza Media Preoperatoria (indicatore Portale di Governo Regione)	ASST Sette Laghi si colloca, a livello regionale, nel 75° percentile, il dato 2018 è in leggero miglioramento (1,96) rispetto al 2017 (1,99)	😐
3.d Soggetti arruolati nei percorsi cronicità / Soggetti ricoverati per patologia specifica	Nel 2018 954 pazienti hanno sottoscritto il Patto di cura, 361 i PAI pubblicati.	😐
3.e Copertura vaccinale	1)Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse – epatite B – HIB): 95% Obiettivo raggiunto. 2) MorbilloParotite – Rosolia: 1° dose ≥95% - Obiettivo parzialmente conseguito (91,4 % contro 95%.) 3)Pneumococco: Obiettivo parzialmente conseguito (93,1 % contro 95%.) 4) Meningococco C: 90,7% Obiettivo parzialmente conseguito 5) Difterite Tetano Pertosse: Obiettivo parzialmente conseguito (87,2 % contro 95%.)	😊



	6) HPV femmine dodicenni: Obiettivo parzialmente conseguito (72,5% contro 75%) 7) Antivaricella: 79,4% Obiettivo conseguito 8) Antimeningococco B: Obiettivo conseguito (copertura del 76,2% - obiettivo 75%) 9) Antimeningococco ACWY 77,8% Obiettivo conseguito Nei casi di raggiungimento parziale dell'obiettivo sono state se in campo tutte le risorse e le azioni previste: ripetute chiamate di sollecito, coinvolgimento dei pediatri di famiglia, disponibilità per i colloqui per i genitori indecisi. Attivazione ambulatori dedicati al di fuori dell'orario di servizio.	
--	--	--

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:

L'applicazione del Piano di Gestione del sovraffollamento per il PS di Varese è di carattere quotidiano, solo 9 giorni nell'arco dell'anno non hanno richiesto il ricorso alle misure previste dal Piano. Risulta quindi difficile riuscire a rispettare l'indicatore sui tempi di ricovero per le patologie indicate nel documento di gestione del sovraffollamento che nel 2018 è stato ottenuto solo nel 51% dei casi.

L'indicatore di intervento per frattura del femore entro 48 ore ha confermato un dato di eccellenza a livello regionale.

La degenza media preoperatoria ha evidenziato un peggioramento, sia per la pressione determinata dall'incremento dei casi provenienti dal pronto soccorso, che causa una difficoltà a rispettare i tempi di intervento previsti per i casi programmati, sia per il mancato potenziamento del prericovero per il presidio Macchi.

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, seppur registrando la difficoltà di arrivare alla sottoscrizione del Piano Assistenziale Individuale con il paziente arruolato, e ha iniziato a definire gli slot riservati alle cooperative centri di servizio per la presa in carico.

La copertura vaccinale è complessivamente migliorata 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.

Area Strategica 4: Appropriatelyzza e qualità dell'assistenza		
4.a Ritorni in sala operatoria (indicatore Portale di Governo Regione)	Nel 2018 l'indicatore è stato pari a 2,2% dei casi chirurgici, nel 2017 era 1.93%	☹️
4.b Ricoveri ripetuti per acuti entro 30 gg in regime ordinario stessa MDC/ Totale ricoveri in regime ordinario per acuti (indicatore Portale di Governo Regione)	Nel 2018 l'indicatore è stato pari a 3,5% dei ricoveri, come nel 2017. La collocazione a livello regionale è nel 80° percentile	☹️
4.c Dimissioni volontarie in regime ordinario per acuti / Totale ricoveri in regime ordinario per acuti (indicatore Portale di Governo Regione)	Nel 2018 l'indicatore è stato pari a 0,54% dei ricoveri, nel 2017 era 0,54%	😊
4.d Trasferimenti in regime ordinario per acuti /Totale ricoveri in regime ordinario per acuti (indicatore Portale di Governo Regione)	Nel 2018 l'indicatore è stato pari a 0,25% dei ricoveri, nel 2017 era 0,28%,	😊
4.e Rapporto DRG inappropriati/totale DRG (indicatore DG Salute)	Nel 2018 il rapporto è stato pari al 16,9% inferiore al valore mediano di Regione Lombardia (17,7%)	😊
4.f % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri (indicatore Portale di Governo Regione)	ASST Sette Laghi si colloca, a livello regionale, poco al di sopra del valore mediano, il dato 2018 conferma quello rilevato nel 2017 (14,7%)	😊

Area Strategica 4: Appropriatelyzza e qualità dell'assistenza

Obiettivi: Monitoraggio degli indicatori utilizzati da Regione Lombardia, nell'ambito del "Sistema di valutazione periodica della performance delle strutture di ricovero e cura", che approssimano la qualità delle cure più specificatamente misurate sugli esiti clinici.

Risultati: Nel 2018 gli indicatori regionali hanno complessivamente confermato i dati dell'anno precedente, si registra un peggioramento dell'indicatore regionale sui rientri in sala operatoria, in particolare nelle discipline di chirurgia generale e di ortopedia.

Area Strategica 5: Accessibilità e soddisfazione utenza		
5.a Prime visite specialistiche entro 30 gg	Nel 2018 le prime visite erogate entro 30 giorni sono state il 55% sul totale, nel 2017 il dato era del 56%	☹️
5.b N. giudizi customersatisfaction pari a 6 + n. giudizi pari a 7/Totale giudizi	Gli indici complessivi di soddisfazione, raccomandabilità e riutilizzo si attestano rispettivamente a 6.34, 6.37 e 6.42 in una scala compresa tra 1 e 7, confermando sostanzialmente i risultati dell'anno precedente	😊



5.c Reclami ricevuti	Nel 2018 i reclami ricevuti sono stati 526, nel 2017 570	
----------------------	--	--

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 è leggermente peggiorato rispetto al 2017.

Si conferma la valutazione positiva negli indicatori della customer satisfaction e si confermano tutte le azioni per il contenimento del numero di reclami che risultano comunque essere contenuti in numero assoluto rispetto alla quantità di prestazioni erogate dall'Azienda.

Area Strategica 6: Risk management		
6.a Cadute di persone trattate / Giornate di degenza * 1.000	Nel 2018 le cadute sono state 591 pari a 1,79 su 1000 giornate di degenza, nel 2017 l'indicatore era 1,64	
6.b Richieste risarcimento area clinica (escluso PS)/ Giornate di degenza * 1.000	Nel 2018 le richieste di risarcimento sono state 87, su 1000 giornate di degenza sono pari a 0,27, nel 2017 sono state 108, 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 3 macroaree:



A) Obiettivi propedeutici: riguardano obiettivi la cui realizzazione dovrebbe rappresentare 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, indicatori di rischio clinico (cadute, infezioni, eventi avversi..).

In particolare si evidenziano: l'attuazione del percorso per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili, la progressiva attivazione del Nuovo Ospedale Del Ponte, il conseguimento della certificazione di qualità per i laboratori, il ciclo passivo e la documentazione clinica.

C) Obiettivi di governo delle risorse: riguardano obiettivi sul valore della produzione e il contenimento dei costi.

In particolare si segnala: 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) e, per le strutture che richiedono grandi quantità di esami di laboratorio, la maggiore appropriatezza delle prestazioni per pazienti ricoverati.

La valutazione degli obiettivi, raggruppati nei 3 macroobiettivi definiti nella scheda, ha dato questo esito:

Tabella 4: Valutazione Macroobiettivi budget 2018

N. Obiettivi	Raggiunto	Parzialmente Raggiunto	Non Raggiunto
Obiettivi Propedeutici	67%	13%	20%
Obiettivi Strategici	89%	4%	6%
Obiettivi Governo delle Risorse	89%	4%	7%
Totale	84%	6%	10%

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

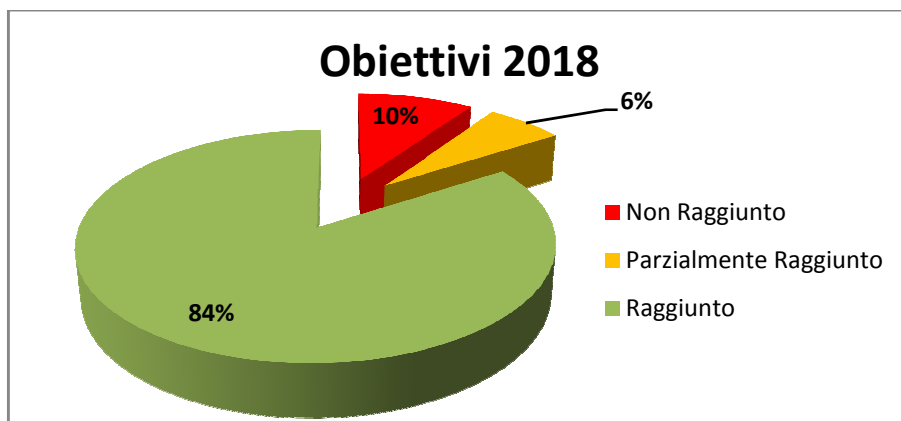
Obiettivo raggiunto: quando sono state realizzate le azioni e conseguiti gli indicatori previsti nella scheda di budget, oppure si sono verificati eventi documentati che non hanno oggettivamente permesso di realizzarli pienamente (es. carenza di personale, riduzione posti letto, tipologia della casistica...);

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



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 2018



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 5: Valutazione dettaglio obiettivi 2018

Macro obiettivi	Descrizione obiettivi	Raggiunto	Parzialmente Raggiunto	Non raggiunto
Ricavi	Prestazioni sanitarie	95%	1%	4%
Costi	Beni sanitari	92%	2%	6%
Indicatori	Appropriatezza esami laboratorio	53%	21%	26%
Propedeutici	Documentazione clinica	39%	27%	35%
	Obiettivi Regionali	100%	0%	0%
	Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT)	100%	0%	0%
	SISS	68%	12%	20%
Propedeutici Totale		67%	13%	20%
Strategici	Presenza in carico	100%	0%	0%
	Appropriatezza	97%	0%	3%
	Certificazione della qualità	95%	5%	0%
	Indicatori P.N.E. e portale regionale	93%	3%	4%
	Qualità documentazione clinica	77%	5%	18%
	Rischio clinico	89%	2%	9%
Strategici Totale		89%	4%	6%
Totale		84%	6%	10%



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

Tabella 6: Valutazione obiettivi 2018 riclassificati

Area	Descrizione obiettivi	Raggiunto	Parzialmente Raggiunto	Non raggiunto	Totale
Efficienza	Ricavi	197	3	8	208
	Costi	102	2	7	111
	Indicatori	23	9	11	43
Processi organizzativi	Amministrativi	181	5	0	186
	Integrazione servizi sanitari	6	0	0	6
	Sanitari	221	37	47	305
	SISS	118	21	35	174
Efficacia	Obiettivi Regionali	35	0	0	35
	Indicatori sanitari	13	0	7	20
	Percorsi sanitari	67	5	5	77
Appropriatezza	Prestazioni	42	0	2	44
	Esiti	67	2	3	72
Accessibilità	Servizi per i pazienti	16	3	0	19
Risk management	Rischio clinico	90	2	9	101
Totale		1178	89	134	1401

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



Grafico 2: % raggiungimento obiettivi 2018 riclassificati

