Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Valtellina e Alto Lario

RELAZIONE sul

MONITORAGGIO ANNUALE 2019

PIANO della PERFORMANCE

INDICE

1. Premessa;
2. analisi degli indicatori di *"Attuazione delle Strategie";*
3. analisi degli indicatori di *"Attuazione della Programmazione";*
4. analisi degli indicatori di *"Attuazione della Gestione";*
5. analisi degli indicatori di *"Trasparenza".*

Allegati: tabelle indicatori

Piano della Performance – Relazione sul Monitoraggio Annuale 2019

Premessa

A partire dall'01 gennaio 2016 si è costituita l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario, a seguito dell'attuazione della Legge Regionale n. 23/2015 "*Evoluzione del Sistema Socio Sanitario lombardo: modifiche al titolo I e II della Legge Regionale 33/2009*", legge che ha apportato profondi cambiamenti giuridici, organizzativi e gestionali, con acquisizione di nuovi assetti e funzioni territoriali rispetto ai precedenti assetti che hanno interessato la sanità lombarda.

Il Decreto Legislativo n. 150/2009 prevede che le Aziende Sanitarie adottino un piano programmatico triennale (*Piano della Performance*), in cui dare evidenza degli obiettivi da perseguire e delle risorse impiegate per raggiungerli. Il presente documento si pone in piena continuità con il *Piano della Performance* e le correlate relazioni degli Esercizi precedenti, mantenendo sostanzialmente la stessa struttura.

La presente relazione ha lo scopo di descrivere lo stato di raggiungimento, per l'anno 2019, degli obiettivi definiti nel Piano della Performance relativo al triennio 2019-2021, adottato con provvedimento deliberativo n. 80 del 30 gennaio 2019 ed avviando, in tal modo, il processo di valutazione della performance, secondo quanto previsto dalla normativa vigente ovvero secondo le indicazioni fornite dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della Performance.

La presente relazione, con particolare riferimento all'analisi di dettaglio degli indicatori, rendiconta gli aspetti più rilevanti nonché i risultati ottenuti a fine 2019, come riportato nelle tabelle allegate, che costituiscono parte integrante del documento.

Rispetto alle precedenti relazioni, le variazioni organizzative avvenute ancora nel corso del 2019, a seguito della rivisitazione della Legge Regionale n. 23/2015 e delle modifiche intervenute con lo scorporo del Presidio Ospedaliero di Menaggio e di parte delle funzioni territoriali del territorio di competenza, il confronto con l'anno precedente non è perseguibile.

Analisi degli indicatori di "Attuazione delle Strategie"

Per quanto riguarda l'analisi degli indicatori di "*Attuazione delle Strategie*", anche per l'Esercizio 2019 due erano i progetti obiettivo definiti, in continuità con gli Esercizi precedenti. Il primo concernente l'economicità e la razionalizzazione delle risorse, il secondo rappresentato dall'attuazione delle indicazioni regionali per la "*seconda fase*" dell'implementazione del nuovo modello organizzativo di gestione della costituenda Azienda.

Per quanto interessa il primo macro-obiettivo, pur con lo scorporo del Presidio Ospedaliero di Menaggio a far data dall'01/01/2019, completato definitivamente solo con il 30 giugno 2019, gli indicatori di bilancio rispecchiano i valori rilevati nell'anno precedente. A Consuntivo 2019 l'indicatore è stato ricalcolato con la stessa metodologia di quelli dell'Esercizio 2018, ovviamente "sgravato" dai costi/ricavi inerenti il presidio ceduto all'ASST Lariana.

Al 31/12/2019 la situazione è quindi la seguente:

	Valore netto al 31/12/2018	Valore netto al 31/12/2019	**Valore netto al 31/12/2018**	**Valore netto al 31/12/2019**
Costi per beni e servizi	81.391.000	76.166.921	**41,14%**	**42,47%**
Ricavi della gestione caratteristica	197.823.000	179.336.750		

Indipendente dall'evoluzione dell'organizzazione ospedaliera è anche l'indicatore relativo all'incremento e/o mantenimento della spesa sui citata effettuata attraverso procedure aggregate (CONSIP, ARCA e Concessioni); rispetto al totale della spesa di "*Beni e Servizi*" degli Esercizi passati, la percentuale raggiunto nel 2019 è andata incrementandosi fino al 70% (69% al 30/06) con un graduale aumento anno su anno (nel 2018 si attestava al 65%, nel 2017 e nel 2016 era rispettivamente al 64% ed al 54%).

Nel complesso, fra i "*Beni e Servizi*" si rilevano costi per € 77.262.242. La diversa organizzazione aziendale giustifica la differenza che si rileva rispetto al 2018, pari ad oltre € 7.100.000.

Le riduzioni più rilevanti fra i "*Servizi sanitari*" rispetto al Consuntivo 2018 si registrano, oltre che sul personale medico SUMAI per € 211.509, sulle "Altre prestazioni per servizi sanitari da terzi" per € 642.438. In particolare, nel 2018, era ancora contabilizzato il contratto per il servizio infermieristico OSS e ausiliariato effettuato presso il presidio di Menaggio, esteso poi per una parte dell'anno sul presidio di Sondalo. Tale servizio è venuto meno nel 2019 ma la riduzione è stato parzialmente compensata con un incremento dovuto

alla stipula di una convenzione inerente all'area materno infantile, dovendo garantire la guardia attiva pediatrica h. 24 sul punto nascita di Sondalo. Il servizio, già attivato nell'ultima parte del 2018 per mancanza di medici pediatri, è continuato per tutto il 2019 con un conseguente incremento di costi. È inoltre stata attivata una convenzione per attività ortopedica far data dal 1° novembre. Inoltre, si segnala l'incremento di € 104.131 sui medici MET per l'aumento dell'attività di PS e l'incremento di € 44.927 sui Servizi di consulenza sanitaria in area a pagamento, stante la necessità di sopperire alla carenza di personale medico evidenziatasi nell'esercizio. A novembre, a seguito dell'urgente necessità di sostituire anche personale ostetrico cessato e/o assente per maternità, nelle more dell'assunzione di personale dipendente, l'Azienda ha dovuto ricorrere alla somministrazione di lavoro a tempo determinato di personale ostetrico nel numero di 4 unità, per il periodo dal 01/12/2019 e fino al 31/01/2020 con una spesa contabilizzata per il 2019 di € 17.915.

Fra i "*Servizi non sanitari*" si rileva una variazione in riduzione di oltre € 2.900.000, in particolare sul servizio di pulizia, anche per l'aggiudicazione a fine 2018 con gara ARCA del nuovo contratto che ha determinato una riduzione del costo del servizio per € 934.895, e per l'acquisto di servizi Intercompany per il venir meno dell'addebito da parte dell'ASST Lariana (aggiudicataria del contratto) delle spese di riscaldamento del presidio di Menaggio per € 1.000.000. Inoltre, per quanto concerne il contratto di gestione globale dell'energia, il quale prevede, oltre ad una quota fissa annua di € 6.408.000, una quota variabile per l'adeguamento prezzi calcolato l'anno successivo e legato all'andamento dei prezzi dell'energia, la riduzione rilevata rispetto al 2018 è quasi di € 400.000.

Sui costi di "*Beni*", invece, il valore rilevato a Bilancio d'Esercizio 2019, considerate le rimanenze, è pari a € 39.716.133, a fronte di un importo contabilizzato a Bilancio d'Esercizio 2018 di € 41.551.000, con un decremento complessivo di € 1.834.867. I farmaci File F, HCV, doppio canale e primo ciclo, tenuto conto delle rimanenze, sono in piena quadratura con i ricavi di produzione. Rispetto al consuntivo 2018 si rileva complessivamente un incremento di € 201.635.

Sui farmaci ospedalieri, considerate le scorte, la spesa rilevata è di € 3.142.000 a fronte di una spesa a Consuntivo 2018 di € 3.620.000. La riduzione di € 478.000 è da leggersi principalmente con la cessione del presidio di Menaggio.

Sui dispositivi medici l'evoluzione della spesa, tenuto conto delle rimanenze, è la seguente:

- Consuntivo 2018 € 16.032.000

- Consuntivo 2019 € 14.837.428.

La riduzione complessiva di € 1.194.572, rilevata su quasi tutte le CND, è da leggersi, come per i farmaci, sempre per la cessione del presidio di Menaggio.

Sempre sul fronte dei costi, per quanto concerne il costo complessivo del personale dipendente, quello rilevato al 31/12/2019 è pari a € 153.651.416 (compreso AREU), comprensivo di oneri riflessi e IRAP, in riduzione di circa € 12.000.000 rispetto al 2018, ovviamente in virtù della cessione del presidio di Menaggio.

Gli incrementi rilevati invece rispetto al BPE 2019, con riferimento alla sola ASST, sono da imputarsi principalmente ai costi riferiti all'applicazione del CCNL 2016/2018-Area Sanità, di competenza dell'esercizio 2019, precedentemente inserite tra le voci di accantonamento. Per quanto riguarda il costo del personale AREU, pari a € 5.366.835, il dato è allineato con la assegnazione finale comunicata da AREU.

Come già evidenziato in sede di CET e di prechiusura si rileva una riduzione complessiva del costo del personale. Tale riduzione deriva da cessazioni non sostituite, nonostante i numerosi avvisi di incarichi e procedure concorsuali espletati nel corso del 2019, in particolare per l'area contrattuale della Dirigenza Medica, nonché da assunzioni realizzate soltanto nel corso del secondo semestre dell'anno. Tuttavia, si specifica che il risparmio non può essere inteso come una situazione storicizzabile e pertanto si ritiene che il minor costo debba essere accantonato e considerato non come un risparmio strutturale, ma necessario a completare le assunzioni previste per la realizzazione del PGRU 2019 nel corso dell'Esercizio 2020.

Si precisa che in attuazione della Legge Regionale 15/2018, le attività scorporate da ASST Valtellina e Alto Lario e trasferite all'ASST Lariana sono state sia ospedaliere che territoriali e le relative quote di costo trasferite sono state correttamente allocate nei rispettivi sezionali. Si precisa altresì che, nel rispetto della convenzione sottoscritta con ASST Lariana, il personale di ASST Valtellina ha continuato a garantire l'attività presso il presidio di Menaggio nel corso del primo semestre.

Anche il costo del personale a tempo determinato è in riduzione. La contrazione del costo è motivata dal numero consistente di passaggi in ruolo di personale a tempo determinato avvenuti nel corso dell'esercizio 2019. Si evidenzia che per l'area comparto, effettuate le necessarie analisi organizzative, l'Azienda ha assunto a tempo determinato 35 coadiutori amministrativi esperti, nel rispetto della percentuale, complessivamente pari al 3%, e delle modalità previste dall'art. 57 CCNL 2016-2018.

Sul fronte dei ricavi, invece, I macro-obiettivi economico – finanziari riconducibili all'attuazione delle Regole di Sistema per l'anno 2019, trasmessi con la DGR n. 1046 del 17/12/2018, successivamente integrata con la DGR n. 1986 del 23/07/2019, e con la DGR n. 1681 del 27/05/2019, sono stati assegnati al fine di migliorare ed efficientare la gestione finanziaria ed economica del Bilancio.

Si conferma comunque il pieno raggiungimento degli obiettivi concernenti l'invio dei flussi trimestrali, consuntivo, preventivo ed assestamento, la valutazione del rispetto delle percentuali di quadratura Co.Ge.-Co.An., come da linee guida, e della coerenza della rilevazione dei ricavi con i flussi di produzione, l'allineamento posizioni da Stato Patrimoniale per crediti e debiti dell'esercizio, la verifica della sussistenza delle posizioni creditorie e debitorie, il pieno allineamento costi-ricavi e debiti-crediti, l'azzeramento dell'utilizzo dell'anticipazione di Tesoreria ed il reale posizionamento aziendale rispetto dell'ITP inferiore a zero.

Si ritiene raggiunto anche l'obiettivo del raggiungimento della produzione a contratto per lombardi. In merito a quest'ultimo obiettivo, come già analizzato nelle certificazioni economiche trimestrali, in un confronto sul triennio 2016/2018, la produzione 2019 è in netto incremento soprattutto per quanto concerne l'attività ambulatoriale e l'area delle cure palliative ospedaliere e domiciliari, con un aumento dei valori anche di ricovero, alla luce anche della conclusione della collaborazione dei medici anestesisti e radiologici con il presidio ospedaliero di Menaggio, a far data dal 30/06/2019. Infine, si rileva un incremento anche dell'attività di cure sub acute (ACSA), in virtù dell'apertura nel corso dell'anno di 10 posto letto sul presidio ospedaliero di Chiavenna.

Per contro, l'attività di psichiatria (46/san), al 31/12, considerati anche alcuni problemi di natura logistica/strutturale dovuta all'eliminazione dell'amianto in alcuni CPS/CRA che hanno comportato nel corso dell'Esercizio ad una riduzione delle giornate di residenzialità/semiresidenzialità, rileva una produzione inferiore al valore contrattualizzato per l'anno 2019, assegnazione contrattuale da parte dell'ATS della Montagna non in linea con la realtà produttiva territoriale ovvero non rispecchiante i bisogni sanitari della popolazione incidente sul territorio dell'ASST.

Per quanto riguarda il secondo obiettivo, ossia l'attuazione della LR n. 23/2015 e la messa a regime dell'implementazione del nuovo modello gestionale di ASST, gli obiettivi previsti sono stati realizzati nei tempi e con le modalità previste da Regione Lombardia.

Con delibera aziendale n. 326 dell'08/05/2019 l'ASST Valtellina e Alto Lario ha adottato la proposta di modifica del POAS in attuazione alla LR n. 15/2018. Con DGR 2215 dell'01/10/2019 la Regione ha approvato la proposta di revisione del POAS di ASST Valtellina e Alto Lario.

Analisi degli indicatori di "Attuazione della Gestione"

Le valutazioni degli indicatori forniscono le indicazioni sull'efficacia di ogni struttura di ricovero e cura rispetto al riferimento regionale e consentono di ottenere elementi di dettaglio per il miglioramento complessivo della qualità del servizio erogato e dell'appropriatezza delle cure.

Il sistema di "*Valutazione delle Performance*" costituisce lo strumento di accesso a tali informazioni/indicatori, prodotte a partire dai dati contenuti nel Datawarehouse (DWH) Socio-Sanitario di Regione Lombardia.

In continuità appunto con gli anni precedenti, all'interno del "*Portale di Governo"*, sono stati estrapolati gli indicatori di esito qualitativi, di appropriatezza e del network regionale e nel corso del 2019 è proseguita l'attività di monitoraggio degli stessi, che ha consentito di rilevare e correggere alcune criticità; di fatto l'andamento degli indicatori può essere considerato positivo.

SI rimanda all'allegato alla presente il dettaglio della valutazione degli indicatori (attuazione della gestione) mentre di seguito si specificano le principali criticità e problematiche rilevate.

- **Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Ictus Ischemico**

La criticità, sia presso il Presidio di Sondrio che Sondalo, riguarda i trasferimenti dei pazienti con ictus nei reparti di riabilitazione entro 15 giorni dal ricovero. L'analisi delle cartelle evidenzia che i pazienti non vengono trasferiti tempestivamente nei reparti di riabilitazione in quanto iniziano precocemente la riabilitazione presso il reparto di Neurologia con valutazione fisiatrica, impostazione piano di cura (PRI) e trattamento da parte del personale di riabilitazione (pri) con conseguente dimissione entro i 15 gg. Tutte le schede Stroke sono state inserite nel sistema STEMI entro il 31/12/2019.

- **Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Infarto Miocardico Acuto**

Si riscontra un decremento dei pazienti sottoposti a angioplastica nei tempi obiettivo (mesi più critici maggio e giugno). Dall'analisi effettuata si è rilevato che nei mesi di maggio, giugno e luglio 2019 quasi il 60% di pazienti sottoposti ad angioplastica proveniva da altri presidi (door) e quindi il tempo door-to-balloon (DTB) comprendeva anche il trasporto. Si ritiene quindi necessario rivedere la procedura in essere sulla gestione del paziente affetto da Stemi per migliorare la gestione del trasporto e della centralizzazione dei pazienti provenienti da sedi periferiche. Tutte le schede Stemi sono comunque state inserite nel sistema entro il 31/12/2019.

- **Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Tumore della mammella**

Complessivamente gli indicatori sono stati raggiunti ed in particolare l'indicatore relativo al tempo di attesa tra mammografia ed intervento chirurgico è ben superiore allo standard richiesto del 70%.

La criticità relativa all'indicatore "percentuale di nuovi casi di tumore della mammella che effettuano una cito-istologia nei 40 giorni precedenti l'intervento chirurgico", collegata ad un ritardo nella registrazione delle prestazioni effettuate in 28/SAN, è stata poi recuperata successivamente, anche se ciò non ha determinato u raggiungimento parziale dell'obiettivo.

Al fine di mantenere un corretto flusso di registrazioni delle prestazioni erogate nella Brest Unit è stato riorganizzato il percorso, affidato ad un unico impiegato amministrativo. Si sottolinea comunque che l'indicatore relativo al tempo di attesa tra mammografia ed intervento chirurgico è ampiamente raggiunto.

- **Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Tumore del colon retto**

Gli indicatori sono stati raggiunti con una percentuale finale superiore al dato atteso.

- **Valutazione governo clinico - indicatori di processo in area Materno Infantile**

Si riscontrano valori lievemente più alti dello standard per i tagli cesari suddivisi per classi di Robson. La situazione è comunque monitorata, al fine di un allineamento degli indicatori al dato di riferimento.

- **Valutazione performance - indicatori di appropriatezza**

Si rileva un'alta percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici in tutti i presidi aziendali in quanto si tratta, nella maggior parte dei casi, di patologie gastroenteriche (coliche addominali, diverticoli, coliche biliari) o traumi cranici che non si risolvono in Pronto Soccorso e di conseguenza necessitano di un periodo di osservazione superiore alle 24 ore.

I presidi ospedalieri, al momento, non dispongono di aree di osservazione breve intensiva (OBI) che rappresentano il setting adeguato alla gestione di tali patologie, quindi i pazienti vengono ricoverati in reparti chirurgici e dimessi in seconda/terza giornata. Questa tipologia di ricoveri incide negativamente su un altro indicatore di appropriatezza quale la percentuale di ricoveri ordinari medici brevi sul totale dei ricoveri.

L'indicatore relativo alla degenza media preoperatoria è leggermente superiore allo standard previsto. Tale indicatore è influenzato dall'alto numero di ricoveri con degenza preoperatoria di un giorno.

Il ricovero programmato del paziente il giorno prima dell'intervento è dall'Azienda in considerazione della conformazione della nostra provincia, della sua rete stradale, dell'alta età media della popolazione l'Azienda. Si evidenzia che in questi casi il primo giorno di ricovero non viene messo a carico del SSN.

In considerazione della conformazione della nostra provincia, della sua rete stradale, dell'alta età media della popolazione l'Azienda non ostacola il ricovero programmato del paziente il giorno prima dell'intervento.

L'indicatore relativo alla percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 Giorni con stesso MDC, a livello aziendale, si colloca leggermente al di sopra dello standard. L'azienda ha quindi attivato un monitoraggio di valutazione dei dati, al fine di un allineamento dell'indicatore al dato di riferimento.

Infine, la percentuale di fratture di femore operate entro 48 ore dall'ammissione (età≥ 65 anni) ha raggiunto lo standard richiesto, superando i valori standard richiesti.

- **Obiettivi di budget 2019**

Il ciclo della performance rappresenta lo strumento fondamentale per l'attuazione del modello organizzativo aziendale e per il miglioramento delle prestazioni.

Il budget è lo strumento di programmazione annuale degli obiettivi e dell'allocazione delle risorse, ossia l'insieme delle previsioni riguardanti la qualità/quantità delle prestazioni e dei servizi da erogare per rispondere ai bisogni di salute, nel pieno rispetto dei vincoli di risorse assegnate.

ASST ha adottato anche nel 2019 tale strumento, con il quale sono stati declinati gli obiettivi strategici ed economici; è stata mantenuta l'assegnazione di budget per le UOC/UOS appartenenti al Dipartimento Amministrativo, i cui obiettivi economici erano relativi a specifici fattori produttivi ("*Beni e Servizi*") assegnati ai principali gestori di spesa, determinati anche in funzione delle esigenze proposte dai vari servizi, compatibilmente con i vincoli di Bilancio e le azioni di "*spending review*".

Le tipologie di obiettivi presentati nelle schede sono state di diversa natura e suddivisi in obiettivi strategici ed aziendali, legati al contratto con l'ATS della Montagna o alla gestione delle attività interne. Differentemente dagli anni precedenti, gli obiettivi di natura economica sono stati declinati solamente sul "*primo livello*" ovvero ai servizi (ex. provveditorato, gestione tecnica, SIA, etc.) ed alle strutture amm.ve/sanitarie (ex. farmacia, ingegneria clinica, direzioni mediche, etc.) mentre sul "*secondo livello*" (UOC e UOS sanitarie dipartimentali) si è avviata un'attività di formazione volta alla conoscenza dei costi aziendali,

articolati sui margini di livello. Stante la complessità del processo, pertanto, le schede economiche di reparto sono state “neutralizzate” ovvero non sono state oggetto di valutazione.

La valutazione finale degli obiettivi assegnati con tale processo è effettuata da parte dell’ufficio Controllo di Gestione nel corso dell’anno 2020 e presentata al NdV in data 17/07/2020.

Analisi degli indicatori di "Attuazione della Programmazione"

L'attuazione della programmazione si declina attraverso la realizzazione di una serie di progetti, "*misurabili*" attraverso appositi indicatori, stabiliti dalle Regole di Sistema Regionali, dagli obiettivi aziendali assegnati al Direttore Generale desumibili dalle stesse Regole e da quelli previsti in continuità con gli Esercizi precedenti nel contratto con l'ATS della Montagna.

SI rimanda all'allegato alla presente il dettaglio della valutazione degli indicatori (attuazione della programmazione) mentre di seguito si specifica lo stato dell'arte dei principali:

- **Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (Pr.I.M.O.)**

Al 31/12 sono state rispettate le scadenze; Regione Lombardia non ha indicato nuove implementazioni della Check list e relativi indicatori del Primo mentre ha attuato eventi di formazione a cui l'ASST Valtellina ha regolarmente partecipato.

- **Customer Satisfaction: invio dei dati Customer a ATS tramite SMAF**

Le indagini di "*Customer Satisfaction"* si prefiggono l'obiettivo di misurare il grado di soddisfazione degli utenti, rispetto alla qualità dei servizi offerti all'interno delle Aziende Sanitarie, con i giudizi espressi dagli utenti attraverso il monitoraggio strutturato di segnalazioni, reclami, osservazioni e suggerimenti provenienti dagli stessi. La rilevazione sistematica del gradimento permette sia di raccogliere informazioni utili sulle aspettative degli utenti rispetto ai servizi sanitari, sia di monitorare la percezione della qualità delle prestazioni ricevute, garantendo l'Esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione. Le schede sono state distribuite nel primo trimestre 2019 per area ambulatoriale, degenza e cure palliative domiciliari.

Come dà indicazioni pervenute da Regione Lombardia per il tramite di ATS, tutti i questionari sono stati caricati sul portale SMAF entro le tempistiche stabilite.

Di seguito, l'analisi dei questionari:

Questionari RICOVERI:

Sono stati distribuiti in totale 2.600 questionari per l'area degenza/DH e ne sono stati restituiti n. 1.506 (57%). È stata garantita, anche per il 2019 la numerosità campionaria prevista dalle linee guida

regionali, che, in base al totale dei ricoveri/DH registrati nell'anno precedente (2018), era pari a 1092 questionari.

In riferimento alla domanda del questionario di customer n. 12, relativa alla soddisfazione complessiva del servizio ambulatoriale offerto, gli utenti che hanno risposto in modo molto positivo sono l'82%.

Questionari AMBULATORIALI:

Sono stati distribuiti in totale 3.340 questionari ne sono stati restituiti 2.088 pari al 62%. È stata garantita, anche per il 2019, la numerosità campionaria prevista dalle linee guida regionali, che in base al totale delle prestazioni ambulatoriali erogate nell'anno precedente (2018) viene indicata in 1399 questionari.

In riferimento alla domanda del questionario di customer n. 11, relativa alla soddisfazione complessiva del servizio ambulatoriale offerto, gli utenti che hanno risposto in modo molto positivo sono il 74%.

Questionari CURE PALLIATIVE DOMICILIARI:

Sono stati distribuiti in totale 200 questionari, 100 per l'area di Sondalo e 100 per l'area di Morbegno e ne sono stati restituiti 72 pari al 32%.

In riferimento alla domanda del questionario di customer n. 14, relativa alla soddisfazione complessiva del servizio ambulatoriale offerto, gli utenti che hanno risposto in modo molto positivo sono l'89%.

- **Risk Management: implementazione dei progetti contenuti nel Piano Annuale Rischio**

Come per ogni Esercizio, è stata redatta la relazione finale del piano annuale di risk management 2019, comprensiva di schede progetto e di schede rendicontazione eventi formativi;

Per il 2019, ASST ha partecipato al Progetto Medicina Penitenziaria presidiando agli incontri del gruppo di lavoro regionale, compilazione della check list di risk assessment nel rispetto del cronoprogramma definito e invio in Regione della check list di risk assessment alla scadenza indicata dal gruppo regionale. Il progetto,

capofila ASST Spedali civili di Brescia e ASST Pavia, sviluppato nell'arco di tre anni, ha previsto per il 2019 attività di risk assessment per tutti gli istituti.

Di seguito si riportano le criticità emerse e le azioni che si è condiviso di intraprendere per il proseguo del progetto.

Area Documentazione sanitaria (quale documentazione deve seguire il detenuto in caso di trasferimento originale o copia conforme, chi ha diritto a vedere/richiedere la documentazione, modalità e responsabilità di archiviazione): il gruppo ha deciso di procedere con la predisposizione di un questionario specifico per valutare i diversi aspetti della gestione della documentazione, al fine di programmare un incontro con il gruppo regionale e definire i contenuti minimi che la documentazione per le carceri deve avere in considerazione anche di quanto previsto dall'ordinamento penitenziario e dal GDPR sulla protezione dati;

Formazione: viene proposta la pianificazione di un corso di formazione regionale che interessi sia gli operatori della parte sanitaria sia quelli del comparto giustizia, al fine di avvicinarli alle tematiche di prevenzione e gestione del rischio clinico;

Somministrazione farmaci: si rilevano criticità sulle responsabilità e sulla gestione dei farmaci e relative alla somministrazione, che spesso non viene eseguita secondo la prassi ospedaliera. A livello regionale è stato predisposto un documento sulla prevenzione del rischio suicidario che attualmente è in verifica dal Provveditore degli Istituti penitenziari.

- **Risk Management: monitoraggio semestrale eventi avversi/sinistri/cadute/infortuni**

Sono stati inseriti nel Database regionale, secondo le scadenze definite, i dati delle segnalazioni di cadute e infortuni.

- Totale cadute anno 2019: 278
- Totale infortuni anno 2019: 111, di cui:
    - rischio biologico: n.33;
    - rischio chimico: n. 1;
    - rischio movimentazione: n. 10;
    - altri rischi n.67

- **Contenimento tempi di attesa delle prestazioni monitorate da Regione Lombardia**

Regione Lombardia chiede alle Aziende Sanitarie il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni. ASST garantisce di norma i tempi di attesa di visite e prestazioni strumentali ambulatoriali nelle classi di priorità U-B-D, qualche prestazione in classe P ha tempi di attesa più critici.

ASST ha proseguito le azioni intraprese per migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni ambulatoriali, soprattutto quelle ad alta complessità tecnologica. L'obiettivo è stato quello di ridurre i tempi di attesa di queste prestazioni, non con un aumento dell'offerta, ma applicando i criteri di appropriatezza, ovvero le condizioni di erogabilità definite da Regione Lombardia, in condivisione con la comunità professionale. Un'azione di miglioramento in ambito di prestazioni ambulatoriali, intrapresa negli Esercizi passati e continuata nel 2019, è stata la promozione del corretto utilizzo delle classi di priorità sulla impegnativa SSR, l'introduzione della classe di priorità B nelle agende di prenotazione, il monitoraggio dell'utilizzo della classe U, il monitoraggio ex post della percentuale di prestazioni erogate entro i tempi obiettivo per le classi di priorità U, B e D.

Nel 2019 il Ministero della Salute e Regione Lombardia hanno emesso i Piani Nazionali e Regionali per il governo dei tempi di attesa 2019-2021 che definiscono strumenti e interventi da adottare da parte di tutte le Aziende Ospedaliere per governare i tempi di attesa. Questi documenti sono stati adottati dalla nostra Azienda attraverso il proprio Piano di Governo dei Tempi di Attesa 2020, inviato all'ATS della Montagna e a Regione Lombardia nel mese di febbraio 2020.

Nella tabella sotto riportata, sono elencate le prestazioni con % di raggiungimento tempo obiettivo < 95%, in base alle classi di priorità anno 2019.

Prestazioni con % di raggiungimento tempo obiettivo < 95%, in base alle classi di priorità anno 2019

Esame Strumentale	N°prestazioni entro soglia	%	N°prestazioni oltre soglia	T
Classe U da erogare entro 72 ore				
87031-TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	49	89,09%	6	55
87411-TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	144	88,89%	18	162
88012-TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRAS	16	84,21%	3	19
88014-TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	10	90,91%	1	11
88016-TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRAS	208	90,04%	23	231
88911-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	33	89,19%	4	37
88912-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZ	59	88,06%	8	67
8893-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	66	74,16%	23	89
88941-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA	53	79,10%	14	67
88942-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRAS	4	80,00%	1	5
88955-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SEN	7	58,33%	5	12
9512-ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA O ANGIOSCOPIA OCULARE	14	87,50%	2	16
88722-ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	18	94,74%	1	19
Classe B 10 giorni				
87411-TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	320	93,02%	24	344
8741-TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	67	93,06%	5	72
88014-TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	9	90,00%	1	10
88016-TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRAST	505	93,35%	36	541
88385-TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	16	94,12%	1	17
88911-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	130	94,89%	7	137
88912-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZ	218	91,60%	20	238
88931-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	101	91,82%	9	110
8893-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	607	93,96%	39	646
88941-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA	485	92,91%	37	522
88955-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SEN	50	84,75%	9	59
8943-TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	45	93,75%	3	48
93081-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	32	91,43%	3	35
87372-MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	3	75,00%	1	4
Classe D 60 giorni				
95091-ESAME DEL FUNDUS OCULI	109	82,58%	23	132

Classe P 180 giorni				
87371-MAMMOGRAFIA BILATERALE	1046	93,06%	78	1124
88735-ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	1570	74,62%	534	2104
88741-ECOGRAFIA DELL ADDOME SUPERIORE	567	92,50%	46	613
88912-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	222	86,05%	36	258
88931-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	90	94,74%	5	95
88954-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	9	90,00%	1	10
88955-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	17	89,47%	2	19
87372-MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	58	89,23%	7	65
95091-ESAME DEL FUNDUS OCULI	976	70,17%	415	1391
Prime visite	N°prestazioni entro soglia	%	N°prestazioni oltre soglia	T
Classe U da erogare entro 72 ore				
89261-PRIMA VISITA GINECOLOGICA	49	94,23%	3	52
897A6-PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	38	92,68%	3	41
897B2-PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	35	92,11%	3	38
Classe D 30 giorni				
897A2-PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	11	91,67%	1	12

Per quanto riguarda le prime visite, considerate in modo globale, il monitoraggio evidenzia l'erogazione entro i tempi stabiliti per tutte le classi di priorità (UBDP). Anche tenendo in considerazione le singole specialità, tutte le prestazioni sono erogate nei tempi obiettivo tranne la prima visita Ginecologica, la prima visita di Chirurgia Vascolare e la prima visita di medicina fisica e riabilitazione in classe U e la prima visita angiologia in classe D. Si tratta di 10 prestazioni in totale, nell'anno, erogate in 4/5 giorni per le classi U e in 36 gg per l'unica prestazione in classe D.

Anche per quanto riguarda le prestazioni strumentali:

- le prestazioni in classe D sono tutte erogate nei tempi obiettivo, permane critico solo l'esame del fundus oculi;
- le prestazioni in classe U e B vedono come criticità alcune TC e RM. I tempi di attesa delle TC nella classe U sono in miglioramento, nella classe B sono stabilmente sopra il 90%;
- le prestazioni in classe P vedono ancora come principale criticità l'esame doppler TSA e l'esame del fundus oculi. La verosimile presenza di prestazioni di controllo e Follow Up e l'assegnazione preferenziale dei posti in agenda alle classi D, possono essere considerate la causa del ridotto raggiungimento dell'obiettivo in tale classe di priorità.

- **Accompagnamento nel passaggio della psicopatologia dall'età evolutiva all'età adulta**

L'indicatore si riferisce ai diciottenni che passano dalla NPIA al CPS.

Le misure in genere rientrano nella normale attività di transizione dall'età evolutiva all'età adulta, con appositi incontri, relazioni e comunicazioni telefoniche e di per sé fanno parte della quotidianità tra Psichiatria (CPS) e NPIA.

Pur in mancanza di un sistema informativo interno, che ha comportato un pesante lavoro ricostruttivo da parte dell'assistente sociale, tutti i 15 casi segnalati sono stati seguiti e accompagnati nel processo di assistenza previsto.

- **Presa in carico delle situazioni di fragilità in area materno infantile**

Nel maggio 2019 è stata aggiornata l'Istruzione Operativa "*Percorso di presa in carico delle situazioni di fragilità in Area materno infantile*"

La modalità di presa in carico individuata consente di:

- assicurare la presa in carico precoce di tutte le situazioni in cui è stata rilevata una condizione di fragilità;
- garantire la continuità assistenziale ospedale/territorio;
- standardizzare i percorsi assistenziali in funzione degli indicatori di fragilità individuati;
- attivare tutti i Servizi della Rete Rimi al fine di porre in essere una presa in carico integrata delle donne e/o dei nuclei familiari, con precisi modelli di intervento per ognuno degli attori;
- individuare un case manager in ognuno dei due ambiti dell'intervento, ospedale e territorio, che faciliti il passaggio delle informazioni fra gli operatori, consenta la tracciabilità del percorso di presa in carico, monitori l'evoluzione della situazione fino alla conclusione del progetto di intervento concordato.

Nel corso del 2019 tutti i casi presi in carico sono stati seguiti fino alla conclusione del progetto di intervento.

Integrazione Ospedale Territorio: segnalazione utente fragile in dimissione

La dimissione protetta è la dimissione da un reparto di degenza di un paziente che ha problemi sanitari o sociosanitari per i quali è necessario definire una serie di interventi terapeutico - assistenziali (progetto assistenziale personalizzato) al fine di garantire la continuità assistenziale.

Si realizza con l'intervento integrato dei professionisti dell'Ospedale, del Territorio, del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, dei servizi sociali comunali e con la partecipazione attiva della famiglia. Durante la degenza ospedaliera il personale del reparto segnala all'infermiere territoriale l'eventuale condizione di fragilità del paziente. L'infermiere territoriale, insieme all'Assistente Sociale, effettua una valutazione approfondita del bisogno assistenziale del paziente e pianifica gli eventuali interventi sanitari necessari per il rientro a domicilio. Per poter garantire continuità assistenziale, è indispensabile che la dimissione venga concordata tra gli operatori dell'ospedale e del territorio, il medico di medicina generale e la famiglia. Criteri di ammissione al percorso della Dimissione Protetta per il rientro a casa propria del paziente.

Il supporto dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), successivamente alla dimissione del paziente, può essere attivato soltanto nei casi in cui o il paziente abbia raggiunto una condizione di stabilizzazione della patologia - venga coinvolto il medico di medicina generale o sia disponibile almeno un convivente in grado di farsi carico della persona al proprio domicilio o abbia una condizione di non autosufficienza.

Le Dimissioni Protette sul territorio ASST Valtellina Alto Lario sono state 649 e sono state tutte gestite dal servizio Fragilità territoriale.

- **Saturazione posti Subacuti e Hospice**

Per le Cure Palliative l'obiettivo principale per l'anno 2019 è stato quello di informare, istruire e verificare il lavoro dei gestori di Cure Palliative riguardo alle importanti modifiche venute ad essere con le delibere regionali dello scorso dicembre.

A tal proposito si è proceduto all'informazione degli operatori di Cure Palliative e i MMG circa le nuove modalità di attivazione di Cure Palliative, ed informare tutti gli operatori sulle nuove modalità di rendicontazione e sull'utilizzo degli strumenti di riconoscimento del bisogno e di appropriatezza del setting di cura.

Il lavoro informativo è stato rafforzato con un convegno "ad hoc" che si è tenuto a novembre 2019 presso l'aula magna del Presidio di Sondrio dal titolo "*La presa in carico del paziente nella rete delle cure palliative, conoscere e trattare il dolore update 2019*"

Saturazione totale:

- Morbegno = 83%,
- Sondalo = 84%.

Relativamente ai non oncologici:

- Morbegno = 19%;
- Sondalo = 28%

Obbiettivo non raggiunto per maggiore velocità del decorso oncologico che non permette di mettere in atto azioni correttive per gestire in altro setting il paziente; necessità di migliorare la formazione delle UUOO proponenti relativamente all'offerta di ricovero in CP per i soggetti terminali non neoplastici.

- **Gestione Intraospedaliera Post acuzie**

ASST ha raggiunto in ogni presidio ospedaliero la percentuale minima di occupazione dei posti letto prefissata pari al >85%.

Ad aprile presso l'Ospedale di Chiavenna sono stati attivati 4 posti letto subacuti ulteriormente aumentati nel corso dell'estate a 10.

- **Percorso riabilitazione reumatologica**

Dal giugno 2019 è stata attivata una convenzione con l'ASST Niguarda per far convergere i loro pazienti reumatologici che necessitano di trattamenti riabilitativi intensivi presso la nostra ASST. Tutti i pazienti, valutati sia in ingresso che dimissione, sono stati seguiti dai medici della Riabilitazione Ortopedica presso il Presidio Ospedaliero di Sondalo ed i trattamenti farmacologici sono stati concordati con i medici della stessa ASST di Milano.

- **Internal Auditing**

Il sistema dei controlli interni delle pubbliche amministrazioni è disciplinato dal D. Lgs. 286 del 1999; esso prevede quattro tipi di controllo:

  - controllo di regolarità amministrativa e contabile, diretto a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa;
  - controllo di gestione, diretto alla verifica dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati, anche attraverso interventi di

correzione; valutazione della dirigenza diretta alla valutazione delle prestazioni del personale con qualifica dirigenziale tenendo in considerazione i risultati dell'attività amministrativa e della gestione;

- controllo strategico, diretto a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico attraverso la congruenza tra i risultati conseguiti e gli obiettivi predefiniti.

Ogni anno viene predisposta la pianificazione annuale e anche per il 2019 sono state svolte tutte le attività di audit programmate e sono state inviate le relazioni di monitoraggio sull'attività alla struttura Regionale. In particolare, le attività svolte hanno messo in evidenza che le strutture sottoposte a verifica affrontano in modo migliore l'intervento di audit, e stanno cominciando a considerare l'intervento di audit un'attività di supporto metodologico per mitigare i rischi della propria struttura.

Analisi degli indicatori di "Trasparenza"

Come previsto dalla normativa sull'anticorruzione e la trasparenza nelle Pubbliche Amministrazioni (D. Lgs. n. 33/2013 e n. 39/2013), in continuità rispetto agli Esercizi precedenti, il Piano della Performance è stato integrato con l'inserimento di obiettivi legati a questo ambito. Nell'anno 2019 sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati.

È stato garantito un costante approfondimento degli aspetti organizzativi che potevano essere oggetto di rischio. Un'attenzione particolare è stata come sempre rivolta al coinvolgimento dei Referenti del RPCT, come individuati nel PTPCT 2019-2021, nel monitoraggio delle misure di prevenzione, al fine di rendere gli stessi consapevoli del loro ruolo nella prevenzione della illegalità. La conseguente analisi sistematica dei rischi è stata lo strumento utile all'individuazione delle aree e dei processi nonché alla determinazione di misure specifiche, atte al contrasto dei fenomeni corruttivi.

il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT 2019/2021) è stato adottato con provvedimento deliberativo aziendale n. 90 del 30 gennaio 2019.

Inoltre, durante l'anno 2019, in continuità con gli Esercizi precedenti con le attività volte alla prevenzione, sono continuate e sono stare riprese le procedure di controllo, monitoraggio, aggiornamento e formazione delle specifiche di settore. Si rimanda all'allegato specifico allegato, l'indicazione delle date di attestazioni dei servizi interessati alle date dei monitoraggi previsti.

Non si segnalano pertanto né criticità nel raggiungimento di tali obiettivi né episodi di gravi irregolarità in tema di trasparenza ed anticorruzione da parte della U.O. Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy officer di Regione Lombardia, come anche rendicontato negli obiettivi dei Direttori Generali (fase 3).

A completamento di quanto sopra espresso, il 31/01/2019 è stata pubblicata sul sito aziendale la relazione annuale sull'attuazione del PTPCT, cui è seguita l'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione ai sensi della delibera ANAC n. 241/2018, attestata con nota prot. 14743 dell'01/04/2019.

.

INDICATORI di ATTUAZIONE delle STRATEGIE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
ATTUAZIONE delle STRATEGIE	Economicità e Razionalizzazione delle risorse	Riduzione spesa beni e servizi definita nelle Regole di Sistema 2018	UOC Economico Finanziario	Direzione Amministrativa	monitoraggio al 31/12	Obiettivo raggiunto.
		Rispetto limiti di costo per i principali fattori produttivi			monitoraggio al 31/12	
		Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti			monitoraggio al 31/12	
		Nessuna anticipazione di Tesoreria			monitoraggio al 31/12	Obiettivo raggiunto. Anticipazione non utilizzata
		Rispetto dell'indicatore di TP inferiore a zero			monitoraggio al 31/12	Obiettivo raggiunto. Indicatore PCC: -16,39
		Incremento/Mantenimento spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure aggregate rispetto anno 2018	UOC Approvigionamenti		69%	Obiettivo raggiunto. Percentuale: 70%
	Atuazione LR 23/2015 e LR 15/2018 Attuazione delle indicazioni regionali e passaggi procedurali per lo sviluppo del modello di gestione dell'ASST Valtellina e Alto Lario previsto dalla L.R. 23/2015	Definizione ed attuazione del Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) della ASST della Valtellina e Alto Lario	UOC Risorse Umane		monitoraggio al 31/12	Obiettivo raggiunto.

INDICATORI di ATTUAZIONE della PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)	Contenimento tempi di attesa delle prestazioni monitorate da Regione Lombardia	Garantire i tempi di attesa previsti dalle classi di priorità per il 95% delle prestazioni monitorate Fonte dati: circolare 28 SAN (rilevazione ex post)	UOC Direzione Medica	Direzione Sanitaria	monitoraggio al 31/12	L'Azienda garantisce i tempi di attesa di visite e prestazioni strumentali ambulatoriali nelle classi di priorità UB e D, qualche criticità nella classe P
	Realizzazione progetti previsti nei contratti per erogazione prestazioni sanitarie e socio sanitarie	Fasi e standard previsti dai contratti	UOS CdG	Direzione Amministrativa	rispetto dei termini	Rispetto dei termini: Rispettata la sottoscrizione e i termini per rimodulazione
	Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (Pr.I.M.O.)	Sviluppo del programma di miglioramento secondo le indicazioni regionali e nel rispetto delle scadenze.	UOC Qualità	Direzione Sanitaria	Rispettate le scadenze , la RL non ha indicato nuove implementazioni della Check list e relativi indicatori del Primo, ha attuato eventi di formazione cui la ASST Valtellina ha partecipato.	Rispettate le scadenze , RL non ha indicato nuove implementazioni della Check list e relativi indicatori del Primo, ha attuato eventi di formazione cui la ASST Valtellina ha partecipato.
	Customer Satisfaction: invio dei dati Customer a ATS tramite SMAF	Rispetto delle scdenze definite da RL per il caricamento dei questionari customer			In riferimento al caricamento trimestrale delle schede compilate tramite piattaforma SMAF, si resta in attesa di indicazioni regionali in quanto ad oggi non è ancora pervenuta alcuna comunicazione - nemmento per il tramite dell'ATS della Montagna più volte sollecitata - e nonostante i diversi tentativi il sistema SMAF non permette tale caricamento. Al 30 giugno 2019 sono stati compilati e restituiti all'URP n. 1474 questionari relativi all'attività ambulatoriale, n. 979 questionari relativi alla degenza e n. 30 questionari relativi al servizio di cure palliativi domiciliari.	A seguito di indicazioni pervenute da ATS della Montagna (ns. ptot. n. 50486 del 10/12/2019) si conferma il caricamento dei questionari su portale SMAF entro le tempisitche stabilite da RL. (I°, II°, III° trim. 2019 caricati in data 16/12, IV° trim. 2019 caricati in data 6/02). Sono stati raccolti e caricati in SMAF n. 2.088 questionari relativi all'area ambulatoriale, n. 1.506 questionari relativi all'area degenza e n. 72 questionari relativi all'area delle cure palliative domiciliari.
	Risk Management: implementazione dei progetti contenuti nel Piano Annuale Rischio	Completa attuazione di almeno un progetto definito nel Piano Annuale Risk Management, in rif.to al cronoprogramma.			Progetto medicina penitenziaria: partecipazione agli incontri del gruppo di lavoro regionale, compilazione della check list di risk assesment nel rispetto del cronoprogramma definito. Invio in regione della check list di risk assesment il 19/9 entro la scadenza indicata dal gruppo regionale	Completato come da crono programma: Il progetto, capofila ASST Spedali civili di Brescia e ASST Pavia, sviluppato nell'arco di tre anni, ha previsto per il 2019 attività di risk assessment per tutti gli istituti. È stata predisposta un check list di risk assessment e sono stati rielaborati i risultati.

INDICATORI di ATTUAZIONE della PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
ATTUAZIONE della P	Risk Management: monitoraggio semestrale eventi avversi/sinistri/cadute/infortuni	Rispetto monitoraggio secondo le indicazioni e scadenze della Regione	UOC Qualità, Avvocatura, SPP	Direzione Sanitaria	inseriti nel DB regionale secondo le scadenze definite i dati delle segnalazioni di cadute e infortuni primo semestre 2019: cadute visitatori n.5 e pazienti n. 133 infortuni: rischio biologico n. 18; rischio chimico n. 1; rischio movimentazione n. 5; altri rischi n. 36	Inseriti nel DB regionale secondo le scadenze definite i dati delle segnalazioni di cadute e infortuni. Totale cadute anno 2019: n.278 Totale infortuni anno 2019: n. 111 (rischio biologico: n.33; rischio chimico:n. 1 rischio movimentazione: n.10 altri rischi n.67)
	Internal auditing	Predisposizione della pianficazione annuale e attuazione degli audit previsti	UOS Trasparenza e Internal Auditing	Direzione Amministrativa	delibera n. 110 del 27/2/2019	Obiettivi raggiunto. Pianificazione: delibera n. 110 del 27/2/2019; attuati gli audit previsti.
	Accompagnamento nel passaggio della psicopatologia dall'età evolutiva all'età adulta	n° pazienti della NPIA che a 18 anni hanno una diagnosi psicopatologica che vengono presentati al CPS (almeno una prestazione NPIA con un operatore del CPS) L'assistente sociale annualmente individua tra chi ha compiuto 18 anni i casi di cui sopra e su questo viene costruito l'indicatore, numero casi segnalati/casi individuati=50%	UOC NPIA	Dipartimento Salute Mentale	8/8 (100 %)	Obiettivo raggiunto: 15/15 quindi 100% sull'anno
	Integrazione Ospedale Territorio: segnalazione utente fragile in dimissione	n° dimissioni protette gestite dal Servizio Fragilità/n° dimissioni protette richieste >90%	UOS Cronicità	DSS	le Dimissioni protette sull'intero territorio ASST Val e Al al 30/06 sono state 342 , tutte gestite dal Servizio Fragilità.	Le Dimissioni Protette sul territorio ASST Valtellina Alto Lario sono state 649 e sono state tutte gestite dal servizio Fragilità territoriale. E' in fase di attivazione la nuova procedura Dimissioni Protette.
	Presa in carico delle situazioni di fragilità in area materno infantile	n° progetti attivati/ n° schede richieste di intervento > 90%	UOS Famiglia		Segnalazioni pervenute con scheda richiesta intervento: Bormio 1, Morbegno 3, Sondrio 1 Prese in carico in CF: Bormio 1, Morbegno 3, Sondrio 1 n° progetti attivati /schede richeste intervento ricevute =100%	Segnalazioni pervenute con scheda richiesta intervento: Bormio 2, Morbegno 6, Sondrio 3 (le segnalazioni sono state tutte effettuate da CF a Reparto do Ostetricia e Ginecologia di Sondrio). Prese in carico in CF: Bormio 2, Morbegno 6, Sondrio: n. 3 (casi segnalati dal CF al reparto ospedaliero) n° progetti attivati /schede richeste intervento ricevute =100%
	Saturazione posti hospice	n. ricoveri non oncologici/numero ricoveri>40%	UOS Cure Palliative	Dipartimento Cronicità (De Filippi)	monitoraggio al 31/12	Saturazione totale: morbegno= 83%,sondalo= 84%. Relativamente ai non oncologici: morbegno = 19%; sondalo =28%
	PDTA Ortogeriatria	Trasferimenti dall'ortopedia entro la 4° gior>80%	UOS Ortogeriatria		media trasferimenti 3.36 giornata(20% sopra 4°)	Media trasferimenti 3.44 giornata (20% sopra 4°)
	Valutazione cognitiva anziano fragile	Esecuzione valutazione cognitiva entro 72 H >85%			> 85%	> 85%
	Gestione Intraospedaliera Post acuzie	n. ricoveri sub acuti/posti letto disponibili>=85%	UOC Geriatria		morbegno 83%, sondrio 100%	85,3% (morbegno 86.9% , sondrio 95.6%, chiavenna 73.3%)
	Percorso riabilitazione reumatologica	Esecuzione valutazione ingresso/dimissione > 85%	UOC Riabilitazione Ortopedica		monitoraggio al 31/12	100%
	Trasmissione entro il 28 febbraio 2019 della pianficazione annuale della attività di audit	Predisposizione della pianficazione annuale e attuazione degli audit previsti	UOS Trasparenza e Internal Auditing	Direttore Dipartimento Amministrativo	Nota protocollo D.G. n. 9433 del 28 febbraio 2019	Nota protocollo D.G. n. 9433 del 28 febbraio 2019
	Trasmissione entro il 28 marzo 2019 relazione di monitoraggiosullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate nel 2018				Nota protocollo D.G. n. 14232 del 28 marzo 2019	Nota protocollo D.G. n. 14232 del 28 marzo 2019
	Trasmissione entro il 31 luglio 2019 relazione semestrale di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuateal 30 giugno				Nota protocollo D.G. n. 31317 del 30 luglio 2019	Nota protocollo D.G. n. 31317 del 30 luglio 2019

INDICATORI di ATTUAZIONE della GESTIONE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
TTUAZIONE della GESTIONE	Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Ictus Ischemico	Percentuale di ricoveri per Ictus gestiti presso la Stroke Unit aziendale o trasferiti in altra Stroke Unit regionale (standard >80%)	81,19% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	82,81%
		Percentuale di Schede di Rete Stroke compilate per i casi di Ictus dimessi dalla azienda(standard 100%)	**57% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)**	**62,00%**
		Percentuale di casi di ictus ischemico trattati con fibrinolisi(standard >5%)	8,64% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	9,55%
		Percentuale di casi di ictus che effettuano un ricovero in riabilitazione entro 15 giorni dalla data accettazione(standard >25%)	**16,96% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)**	**9,40%**
	Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Infarto Miocardico Acuto	Percentuale di Schede di Rete STEMI compilate per casi di Infarto Miocardico Acuto tratto ST dimessi dalla azienda (standard 100%)	**14,75% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)**	**76%**
		Percentuale di casi di IMA trattati con PTCA entro 48 ore dal ricovero (standard >30%)	83,58% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	88,86%
		Percentuale di casi di IMA con tempo Door to Balloon entro i 90 minuti (standard >70%)	86,67% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	**62,79**
	Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Tumore della mammella	Percentuale di soggetti operati entro 60 giorni dalla data della mammografia (con dato mammografia presente) (standard >70%)	88,31% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	92,22%
		Percentuale di nuovi casi di tumore della mammella che effettuano una cito-istologia nei 40 giorni precedenti l'intervento chirurgico (standard >80%)	**71,43% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)**	87,76
		Percentuale di nuovi casi di tumore alla mammella sottoposti ad intervento utilizzando la tecnica del linfonodo sentinella (standard >80%)	79,01% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	79,52%
		Percentuale di casi sottoposti a tecnica chirurgica radicale che effettuano la ricostruzione della mammella (standard >80%)	86,67% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	83,33%
		Percentuale di nuovi casi che avviano un trattamento medico entro 2 mesi dall'intervento chirurgico (standard >85%)	69,74% (ultimo dato disponibile 30/09/2018)	65,96%
		Percentuale di nuovi casi che avviano un trattamento radioterapico adiuvante entro 2 mesi dall'intervento chirurgico (standard >85%)	67,44% (ultimo dato disponibile 30/09/2018)	79,63%
	Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA	Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia diagnostica (con dato endoscopia disponibile) (standard >80%)	91,30% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	86,84%

INDICATORI di ATTUAZIONE della GESTIONE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
A'	Tumore del colon retto	Percentuale di nuovi casi di tumore al retto sottoposti a intervento che effettuano un trattamento CHT/RT o chirurgico 60 gg dall'endoscopia diagnostica (standard >80%)	100% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	100%
	Valutazione performance - indicatori di appropriatezza	degenza media pre-operatoria (standard <1,25)	1,37 (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	Sondrio 1,4 - Sondalo 1,6 - Chiavenna 1
		% drg medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari (standard <20%)	33,50% (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	Sondrio 32,0 - Sondalo 31,4 - Chiavenna 56,3
		% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con lo stesso MDC (standard <2%)	2,78% (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	Sondrio 2,7 - Sondalo 3,3 - Chiavenna 1,9
		% ricoveri ordinari medici brevi sul totale dei ricoveri (standard <15%)	21,90% (ultimo dat disponibile 30/06/2019)	Sondrio 23,3 - Sondalo 20,9 - Chiavenna 8,1
		% fratture di femore operate entro 48 ore dall'ammissione (età≥ 65 anni) (standard >75%)	72,82% (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	Sondrio 67,9 - Sondalo 82,4
	Valutazione governo clinico - indicatori di processo in area Materno Infantile	% tagli cesarei su parti in classe di Robson I e III (standard <5%)	6,2% (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	6,06%
		% tagli cesarei su parti in classe di Robson IIa e Iva (standard >16%)	12,16% (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	13,3% (ultimo dato disponibile 31/12/2019)
		% tagli cesarei su parti in classe di Robson IIB e IvB (standard <3%)	3,9% (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	3,40%
	Attuazione del processo di BUDGET 2019, tenendo conto dei seguenti obiettivi:	° obiettivi legati ancora alla messa a regime della L.R. 23/2015		Obiettivi valutati e presentati al NdV, via call, in data 17/07/2020.
		° obiettivi DG		
		° obiettivi contratto ATS (tetti di produzione, indicatori relativi alla parte variabile dell'attività ambulatoriale)		
		° obiettivi di costo		
		° obiettivi risorse umane		
		° altri obiettivi aziendali specifici		

INDICATORI di ATTUAZIONE dei PROGRAMMI TRIENNALI per la TRASPARENZA e INTEGRITA' e per il PIANO per la PREVENZIONE della CORRUZIONE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ, TRASPARENZA, DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI (D.LGS 33/2013) - DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	Adozione/aggiornamento PTPCT	n. e data deliberazione	RPCT	Responsabile Area "Sistema dei controlli interni"	Con provvedimento deliberativo aziendale n. 90 del 30 gennaio 2019 è stato adottato il PTPCT - anni 2019-2021	Con provvedimento deliberativo aziendale n. 90 del 30 gennaio 2019 è stato adottato il PTPCT - anni 2019-2021
	Adozione relazione annuale del RPCT	n.protocollo e data comunicazione			Nota protocollo RPCT n. 4780 del 31 gennaio 2019	Nota protocollo RPCT n. 4780 del 31 gennaio 2019
	Monitoraggio pubblicazione	Attestazione NVP(OIV)			Attestazione NVP del 10 aprile 2019	Attestazione NVP del 10 aprile 2019
	Trasparenza: pubblicare i dati e le informazioni di competenza nella sezione Amministrazione trasparente del sito intranet aziendale	n.protocollo e data comunicazione del monitoraggio trimestrale al RPCT	Strutture coinvolte nella pubblicazione nella sezione Amministrazione trasparente	RPCT	**Attestazioni al 20.03.2019** -Direzione Sanitaria: nota protocollo n. 12658 del 20.03.2019 -Direzione Socio sanitaria:nota protocollo n. 13540 del 25.03.2019 -UOC Legale, Giuridico e Affari Generali:nota protocollo n. 12849 del 21.03.2019 -Avvocatura:nota protocollo n. 12813 del 20.03.2019 -UOC Risorse Umane:nota protocollo n. 12650 del 20.03.2019 -UOC Qualità e Risk Management: nota protocollo n. 12599 del 20.03.2019 -UOC Sia:nota protocollo n. 12253 del 18.03.2019 -UOC Economico Finanziario- UOS Controllo di Gestione:nota protocollo n. 10716 del 08.03.2019 -UOC Approvvigionamenti:nulla -UOC Gestione Patrimonio Immobiliare:nulla. **Attestazioni al 20.06.2019** -Direzione Sanitaria: nota protocollo n. 30609 del 23.07.2019 -Direzione Socio sanitaria: nulla -UOC Legale, Giuridico e Affari Generali:nota protocollo n. 27545 del 01.07.2019 -Avvocatura:nota protocollo n. 27196 del 27.06.2019 -UOC Risorse Umane:nota protocollo n. 26308 del 20.06.2019 -UOC Qualità e Risk Management: nota protocollo n. 25043 del 12.06.2019 -UOC Sia:nota protocollo n. 26393 del 21.06.2019 -UOC Economico Finanziario- UOS Controllo di Gestione:nota protocollo n. 27681 del 02.07.2019 -UOC Approvvigionamenti:nulla -UOC Gestione Patrimonio Immobiliare:nulla.	**Attestazioni al 20.09.2019** -Direzione Sanitaria: nota protocollo n. 39218 del 26.09.2019 -Direzione Socio sanitaria:nota protocollo n. 35190 del 30.08.2019 -UOC Legale, Giuridico e Affari Generali:nota protocollo n. 38583 del 23.09.2019 -Avvocatura:nota protocollo n. 40638 del 03.10.2019 -UOC Risorse Umane:nota protocollo n. 38337 del 20.09.2019 -UOC Qualità e Risk Management: nota protocollo n. 37580 del 17.09.2019 -UOC Sia: nulla -UOC Economico Finanziario- UOS Controllo di Gestione:nota protocollo n. 45951 del 07.11.2019 -UOC Approvvigionamenti:nulla -UOC Gestione Patrimonio Immobiliare: nota protocollo n. 44084 del 25.10.2019. **Attestazioni al 20.12.2019** -Direzione Sanitaria: nota protocollo n. 52155 del 20.12.2019 -Direzione Socio sanitaria: nota protocollo n. 50539 del 10.12.2019 -UOC Legale, Giuridico e Affari Generali:nota protocollo n. 52212 del 23.12.2019 -Avvocatura:nota protocollo n. 239 del 03.01.2020 -UOC Risorse Umane:nota protocollo n. 52064 del 20.12.2019 -UOC Qualità e Risk Management: nota protocollo n. 50569 del 10.12.2019 -UOC Sia:nota protocollo n. 51917 del 19.12.2019 -UOC Economico Finanziario- UOS Controllo di Gestione:nota protocollo n. 50048 del 05.12.2019 -UOC Approvvigionamenti:nulla -UOC Gestione Patrimonio Immobiliare:nulla.
	Prevenzione corruzione: monitoraggio sull'adeguatezza PTPCT	n.protocollo e data comunicazione del monitoraggio semestrale al RPCT	Referenti RPCT	RPCT	In fase di implementazione	**Nota protocollo RPCT n. 45662 del 5.11.2019** -UOC Risorse Umane: nota protocollo n. 3773 del 28.01.2020 -UOC Approvvigionamenti: nota protocollo n. 4015 del 30.01.2020 -UOC Gestione Patrimonio Immobiliare: nota protocollo n. 50577 del 10.12.2019 -UOC Eonomico Finanziario- UOS Controllo di Gestione: nota protocollo n. 2214 del 20.01.2020 -UOC Legale, Giuridico e Affari Generali: nota protocollo n. 1762 del 16.01.2020 -UOC Organizzazione dei Presidi Aziendali: nota protocollo n. 4014 del 30.01.2020 -UOC SIA: nota del 20.01.2019 -UOS Prevenzione e Protezione: nota protocollo n. 2232 del 20.01.2020 -UOC Direzione Medica dei Presidi: nota protocollo n. 1017 del 10.01.2020 -UOC SITRA: nota protocollo n. 2053 del 17.01.2020 -UOC Medicia Legale: nota del 20.01.2020 -UOC Farmacia: nota protocollo n. 2030 del 17.01.2020 -UOC Qualità e Risk Management: nota protocollo n. 52696 del 30.12.2019 -UOS Tecnologie Innovative: nota del 20.01.2020 -Dipartimento Attività Territoriali: nota protocollo n. 905 del 09.01.2020 -UOC Area Terr. Medio Alto Lario: nota protocollo n. 1072 del 10.01.2020 -UOC Area Terr. Valchiavenna e Bassa Valtellina: nota protocollo n. 1805 del 16.01.2020 -UOC Area Terr. Media Valtellina: nota protocollo n. 2067 del 17.01.2020 UOC Area Terr. Alta Valtellina: nota protocollo n. 2067del 17.01.2020