

## **DOCUMENTO DI VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

**ANNO 2018**

PREMESSA

Il Nucleo di Valutazione dà preliminarmente atto che la presente relazione si riferisce al Piano della Performance triennio 2018-2020.

Nell'ambito di tale Piano è prevista una rendicontazione annuale sul raggiungimento dei risultati raggiunti.

Il presente documento è connotato in particolare dalla prima fase attuativa della riforma regionale di cui alla L.R. n. 23/2015 con particolare riferimento alle azioni descritte nel prosieguo nel capitolo 'Contesto Aziendale'.

### **II CICLO DELLA PERFORMANCE**

Si evidenzia che, in conformità alle direttive più recenti, il Piano delle Performance e, conseguentemente, la relazione sulla performance sono qualificati documenti programmatici in cui vengono sintetizzati ed integrati in modo coerente, sistematico e trasversale i diversi documenti di pianificazione e programmazione aziendali quali: il Piano del rischio, gli obiettivi di budget, il Piano della Trasparenza e il Piano della Prevenzione della Corruzione.

Il Nucleo dà atto che la documentazione prodotta è congrua, appropriata e conforme a quanto constatato nel corso dei lavori del Nucleo stesso così come risulta dai verbali di seduta (cfr. atti) depositati presso la Struttura Valutazione risorse umane.

Il presente documento è stato redatto facendo in particolare riferimento alle direttive dell'OIV della Regione Lombardia emanate a suo tempo (anno 2012) non essendo state fornite ulteriori indicazioni successivamente, in particolare tenendo fede al ciclo della performance definito dalle predette direttive (cfr. direttiva e flow chart relativo a cui si fa espresso rinvio e riferimento).

Viene evidenziato altresì che il NVP si è favorevolmente espresso (cfr. verbali) sulla approvazione del Piano Performance di riferimento contribuendo al perfezionamento dello stesso anche attraverso proposte ed integrazioni soprattutto in tema di trasparenza e di prevenzione della corruzione.

Il costante monitoraggio infra annuale da parte NVP nonché l'interlocuzione con Direzione Generale e con i dirigenti di riferimento hanno permesso di monitorare puntualmente i temi oggetto di attenzione da parte del legislatore: in particolare la correlazione tra retribuzione di risultato e la percentuale di raggiungimento degli obiettivi individuali.

### **LA MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE**

Nell'ambito della misurazione della performance sono stati definite le dimensioni della performance ( cfr. direttive e documentazione agli atti) così articolata in termini di:

- Efficienza
- Qualità dei processi organizzativi
- Efficacia
- Appropriatezza e qualità dell'assistenza
- Accessibilità e soddisfazione dell'utenza.

### **CONTESTO AZIENDALE**

Si dà atto che l'Azienda, coinvolta nel processo di revisione ed evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo, ha implementato nel corso dell'anno 2018 i principali adempimenti ed azioni correlati ad ulteriori trasferimenti/rettifiche ai sensi della L.R.23/2015 e più in generale allo sviluppo operativo dell'attuazione della riforma e che possono essere così sintetizzati, come si evince dalla relazione:

- ✓ Sviluppo del modello della Presa in carico attraverso il perfezionamento e consolidamento del ruolo del centro Servizi e dei Clinical manager, Process owner e Case manager per le principali patologie
- ✓ Consolidamento del Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze (gestionale) in line alla Direzione Socio Sanitaria, ricomprendente tutte le attività del DSM del SERD e SERT e della NPI,
- ✓ Sviluppo e proseguimento dell'integrazione della SC Consulenti Familiari all'interno del Dipartimento Materno Infantile,
- ✓ Consolidamento dell'attività correlata alle Vaccinazioni,
- ✓ Prosecuzione e messa a regime della revisione dell'organizzazione dei punti di contatto aziendali e attribuzione del governo delle risorse e delle attività amministrative alla SC Gestione Amministrativa Servizi Socio Sanitari
- ✓ Implementazione e sviluppo della gestione diretta e presa in carico dell'ex Ospedale di Viadana in vista dello sviluppo del progetto di degenza di comunità,

- ✓ prosecuzione del progetto sperimentale per l'attuazione dell'area interaziendale territoriale socio sanitaria casalasco – viadanese,
- ✓ Ulteriore implementazione rete RICCA e RIMI.

Il NVP con l'occasione e come evidenziato nei verbali relativi ritiene essenziale l'uniformazione ed costante miglioramento del sistema di valutazione aziendale.

### **GRADO DI CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI**

Come si puo' constatare dalla tabella sinottica allegata ( tabella 4.1) il grado di conseguimento degli obbiettivi e' piu' che soddisfacente: infatti nella dimensione dell'efficienza ed in quella dell'appropriatezza e qualita' dell'assistenza gli obbiettivi sono stati pienamente raggiunti; nelle aree rimanenti ( qualita' dei processi organizzativi, efficacia ed accessibilita'/soddisfazione utenza) solo tre obbiettivi risultano parzialmente raggiunti ( obbiettivi connessi ai posti letto, parti cesarei e tempi di attesa) mentre l'unico non raggiunto concerne i donatori di cornee, obbiettivo questo tradizionalmente connesso a variabili indipendenti.

Tutto ciò premesso, in conformita' a quanto assunto nella relativa seduta (cfr. verbale) il Nucleo di valutazione delle prestazioni dell'ASST di Mantova valida la relazione al Piano della Performance aziendale anno 2018.

f.to Presidente del Nucleo di Valutazione

Dr. Giovanni Lamberti

27 giugno 2019

#### 4.1 Tabella sintesi conseguimento obiettivi anno 2018

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2018	RISULTATO OTTENUTO 2018	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO
Efficienza	Produzione	volumi attività e/o valore produzione	Mantenimento	+0,16%	<b>RAGGIUNTO</b>
	Consumi	Rapporto consumo di materiale sanitario/produzione	Ottimizzazione	-0,4%	<b>RAGGIUNTO</b>
	Personale	Rapporto costo del personale/produzione	Ottimizzazione	-1,3%	<b>RAGGIUNTO</b>
Qualità Processi Organizzativi	Trasparenza e prevenzione della corruzione: chiusura delle azioni previste dal piano	n° di azioni previste dal piano chiuse / n° azioni previste dal piano	100%	100%	<b>RAGGIUNTO</b>
	Posti Letto	N° dimissioni e ricoveri da P.S. nelle fasce orarie della mattina e nei giorni festivi	Miglioramento	+1,77% dimissioni nei festivi; +0,67% ricoveri da PS	<b>RAGGIUNTO</b>
		Degenza media	Miglioramento	-0,1 gg casistica chirurgica; 0,81 gg deg pre-operatoria	<b>Parzialmente raggiunto</b>
	Sviluppo progetti interaziendali Cremona	numero ambiti/progetti di collaborazione e/o volumi di prestazioni	2018 > 2017	+14,1%	<b>RAGGIUNTO</b>
	Sale Operatorie	Progetto di riorganizzazione	Consolidare ≥ 90%	- Revisione dei percorsi igienico-sanitari Blocco MN; - Audit per la verifica del rispetto della check list; - Eventi formativi rivolti al personale sanitario dei blocchi; - Sviluppo del piano di miglioramento in base a esiti degli audit	<b>RAGGIUNTO</b>
miglioramento utilizzo piattaforma (% occupazione)		91,81%			
Efficacia	Percorso Nascita	N° partoanalgesie/N° parti totali	Consolidamento/ sviluppo	+1,8%	<b>RAGGIUNTO</b>
		numero parti cesarei / numero parti totale	2018 < 2017	+0,3%	<b>Parzialmente raggiunto</b>
	Donazioni & Trapianti	N° donatori segnalati	Mantenimento/miglioramento	Mantenimento numero donatori (multiorgano) come 2017 (pag. 18)	<b>RAGGIUNTO</b>
		N° donatori cornee/decessi	10%	+6,5%	<b>Non Raggiunto</b>
	Reti di Patologia	STROKE	Rispetto Obiettivi di Governo	Sostanziale rispetto degli obiettivi di Governo, vedi pag.	<b>Sostanzialmente RAGGIUNTO</b>
		STEMI			
		ROL-Mammella			
ROL-Colon Retto					
Area Salute Mentale	Piano di azioni en° pazienti aree di confine presi in carico	Evidenza e incremento n° pazienti	Vedi rendicontazione a pag. 34	<b>RAGGIUNTO</b>	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2018	RISULTATO OTTENUTO 2018	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO
Appropriatezza e Qualità dell'assistenza	Percorso miglioramento performance	Ricoveri ripetuti	Miglioramento	-1,04%	RAGGIUNTO
		Ritorni in sala operatoria		-0,2%	
	LEA	Incidenza DRG ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	Consolidamento/Miglioramento	-0,3%	RAGGIUNTO
	Fratture di Femore	% fratture di femore operate entro 48 ore	Consolidamento rispetto al Target % Regionale	72,37%	RAGGIUNTO
	Appropriatezza Farmaceutica	utilizzo farmaci equivalenti e biosimilari	incremento	+ 344.251 quantità utilizzate di farmaci con brevetto scaduto e +13.198 quantità utilizzate di farmaci biosimilari	RAGGIUNTO
Alte specialità	Peso medio e volumi	Consolidamento/Miglioramento	+992 casi; +0,15% peso medio	RAGGIUNTO	
Accessibilità e soddisfazione utenza	Tempi di Attesa	prestazioni di ricovero monitorate Regione/ASL entro i tempi previsti	Miglioramento: % rispetto 95%	87% su base annua e 95,96% IV trimestre 2018	Sostanzialmente RAGGIUNTO
		primi accessi prestazioni ambulatoriali monitorate Regione/ASL entro i tempi previsti	Miglioramento: % rispetto 95%	93%	Parzialmente raggiunto
	Presa in carico del paziente: sviluppo PreSST e POT	n° strutture attivate	Almeno un PreSST ed un POT con attivazione delle attività	Vedi rendicontazione a pag.27	RAGGIUNTO
	Sviluppo RETI per la continuità assistenziale: R.I.C.C.A	Implementazione Rete	Implementazione e sviluppo	Vedi rendicontazione a pag.28	RAGGIUNTO
	Sviluppo RETI per la continuità assistenziale: R.I.M.I.	Implementazione Rete	Implementazione e sviluppo	Vedi rendicontazione a pag.30	RAGGIUNTO
	Presa in carico del paziente: Centro Servizi	risposta a pazienti arruolati vs risposta attesa	100%	Vedi rendicontazione a pag.30	RAGGIUNTO
	Nuovi percorsi di presa in carico dei pazienti cronici	Attivazione percorsi programmati	messa a regime PDTA individuati	Vedi rendicontazione a pag.32	RAGGIUNTO
	Rete delle Cure Palliative	sviluppo e implementazione nuovo modello	Sviluppo e implementazione	Vedi rendicontazione a pag.33	RAGGIUNTO