

AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DI MANTOVA

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2019

INDICE

Pre	emessa	3
1. I	ntroduzione: richiamo Piano delle Performance 2019-2021	4
2.	Valutazione performance anno 2019	7
F	Premessa: attuazione della L.R. n. 23/2015	7
[Dati di sintesi attività anno 2019	8
3.	Dimensione dell'Efficienza	11
4.	Dimensione della Qualità dei Processi Organizzativi	15
5.	Dimensione dell'Efficacia	19
6.	Dimensione dell'Appropriatezza e Qualità dell'assistenza	22
7.	Dimensione dell'Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	26
8.	Progetti interaziendali ASST di Mantova e di Cremona	28
9.	Progetti Aziendali	29
10.	Qualità delle cure – Appropriatezza - Risk Management	47
11.	Interventi Strutturali	52
12.	Sistema informativo socio sanitario	53
13.	Promozione e sicurezza sul lavoro	54
14.	Acquisti centralizzati – Gare aggregate	54
Cor	nclusioni	55
2	4.1 Tabella sintesi conseguimento obiettivi anno 2019	55

Premessa

La "Relazione sulla Performance" 2019 è il documento che a consuntivo rappresenta le attività poste in essere in tale anno nell'ottica del perseguimento degli obiettivi definiti nel Piano delle Performance 2019-2021.

Essa è redatta, a conclusione del ciclo di gestione della performance 2019, ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate nell'anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La Relazione rappresenta, dunque, un momento fondamentale del ciclo della Performance in quanto esplicita i risultati raggiunti a tutti gli stakeholders (ovvero "portatori di interessi"), analizzandoli rispetto ai risultati attesi e fissati in sede di predisposizione del Piano.

Nel 2019 è proseguita la fase più operativa di sviluppo della riforma con una serie di azioni poste in essere come da programmazione ed infatti è corposa la parte progettuale del PdP di declinazione degli elementi innovativi e caratterizzanti il processo di riforma del sistema.

1.Introduzione: richiamo Piano delle Performance 2019-2021

L'ASST di Mantova eroga prestazioni sanitarie specialistiche secondo criteri di appropriatezza e qualità. A tal fine essa si impegna a valorizzare e mettere in campo tutte le risorse di cui dispone, sfruttando in particolare la sua articolata offerta di servizi, attuando tale mission attraverso l'identificazione di aree strategiche all'interno delle quali vengono elaborati i piani di azione da perseguire.

Nel Piano delle Performance (PdP) 2019-2021 (al quale si rimanda per una descrizione più analitica), l'Azienda ha identificato, come da linee guida OIV regionale, le seguenti aree strategiche che attengono al livello gestionale:

- EFFICIENZA (massimizzazione del rapporto tra input e output)
- QUALITÀ DEI PROCESSI E DELL'ORGANIZZAZIONE (anche con riferimento agli standard JCI)
- EFFICACIA (in relazione agli outcome da produrre)
- APPROPRIATEZZA (uso appropriato delle risorse nell'erogazione di prestazioni e servizi e quindi appropriatezza organizzativa)
- ACCESSIBILITÀ E SODDISFAZIONE DELL'UTENZA (equità di accesso alle prestazioni e ai servizi da parte degli utenti, a parità di altre condizioni e qualità percepita dal paziente

Sono stati poi individuati e sviluppati i correlati progetti ed obiettivi, articolati sulle seguenti macro-tematiche:

- A. Progetti interaziendali ASST di Mantova e Cremona
- B. Progetti aziendali
- C. Qualità delle cure, Appropriatezza e Risk Managment
- D. Interventi strutturali
- E. Trasparenza, Integrità e prevenzione della corruzione
- F. Sistema informativo socio sanitario
- G. Promozione della salute e sicurezza sul lavoro
- H. Acquisti centralizzati Gare aggregate

Si riporta di seguito, riprendendola dal PdP 2019-2021, la tabella che schematizza gli obiettivi con i relativi indicatori e risultati attesi per le diverse aree a valere per l'anno 2019.

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2019
	Produzione	volumi attività e/o valore produzione	Mantenimento
Efficienza	Consumi	Rapporto consumo di materiale sanitario/produzione	Ottimizzazione
	Personale	Rapporto costo del personale/produzione	Ottimizzazione
	Trasparenza e prevenzione della corruzione: chiusura delle azioni previste dal piano	n° di azioni previste dal piano chiuse / n° azioni previste dal piano	100%
	Posti Letto	Degenza media vs target regionale	Miglioramento
		Tasso di occupazione	Ottimizzazione
Qualità Processi Organizzativi		miglioramento utilizzo piattaforma (% occupazione)	Consolidare ≥ 90%
	Sale Operatorie	week surgery	attivazione
		Recovery Room	attivazione
	Sviluppo progetti interaziendali Cremona	numero ambiti/progetti di collaborazione e/o volumi di prestazioni	CONSOLIDAMENTO
		N° partoanalgesie/N° parti totali	Consolidamento/
	Percorso Nascita		sviluppo
		numero parti cesarei /numero parti totale	2019 < 2018
		Man N° donatori segnalati	Mantenimento/
Efficacia	Donazioni & Trapianti	<u> </u>	miglioramento
		N° donatori cornee/decessi	10%
		STROKE	
	Reti di Patologia	STEMI	consolidamento/miglioramento rispetto ad anno precedente
		ROL-Mammella	

		R OL-Colon Retto	
	PNE e Network	Indicatori da cruscotto regionale	consolidamento/miglioramento rispetto ad anno precedente
	Percorso miglioramento	Ricoveri ripetuti	
	performance	Ritorni in sala operatoria	Miglioramento
	LEA	Incidenza DRG ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	Consolidamento
Appropriatezza e Qualità dell'assistenza	Fratture di Femore	% fratture di femore operate entro 48 ore	Consolidamento rispetto al Target % Regionale
	Appropriatezza Farmaceutica	utilizzo farmaci equivalenti e biosimilari	incremento
	Alte specialità	Volumi casistica	Consolidamento/
	The speciality	Votanni casistica	Miglioramento
		prestazioni di ricovero monitorate Regione/ASL entro i tempi previsti	Miglioramento: % rispetto 95%
	Tempi di Attesa	primi accessi prestazioni ambulatoriali monitorate	Miglioramento: % rispetto 95% Miglioramento: % rispetto 95%
		Regione/ASL entro i tempi previsti	
	Presa in carico del paziente: sviluppo PreSST e POT	implementazione	attivazione di almeno due percorsi
Accessibilità e soddisfazione utenza	Sviluppo RETI per la continuità assistenziale: R.I.C.C.A	Implementazione Rete (vedi obiettivi specifici progetto pag. 29)	Implementazione e sviluppo
	Sviluppo RETI per la continuità assistenziale: R.I.M.I.	Implementazione Rete (vedi obiettivi specifici progetto pag. 30)	Implementazione e sviluppo
	Presa in carico del	n. dei patti di cura vs manifestazioni di interesse	rispetto target regionale
	paziente: Centro Servizi	n. di PAI pubblicati vs n. di patti di cura sottoscritti	, 3
	Nuovi percorsi di presa in carico dei pazienti cronici	Perfezionamento e integrazione percorsi (vedi obiettivi specifici pag. 32)	implementazione
		,	

Rete delle Cure Palliative	sviluppo e implementazione nuovo modello (vedi obiettivi specifici pag. 33)	consolidamento/implementazione
----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

2. Valutazione performance anno 2019

Premessa: attuazione della L.R. n. 23/2015

Nel corso dell'anno 2019 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 possono essere così sintetizzati:

- ✓ 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 Consultori 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.

Dati di sintesi attività anno 2019

Si riporta, in forma tabellare, una breve sintesi delle dinamiche produttive per le principali aree, caratterizzanti il pool di risposte erogate dall'ASST di Mantova nel corso del 2019 in attuazione della sua mission istituzionale:

INDICATORI ATTIVITA' DI RICOVERO	ANNO	P.O. MANTOVA	P.O. ASOLA/ BOZZOLO	P.O. PIEVE	AZIENDA
N° RICOVERI ORDINARI	2018	19.225	3.254	5.768	28.247
N RICOVERI ORDINARI	2019	17.765	3.382	5.452	26.599
GG DEGENZA TOTALI	2018	160.753	31.674	40.691	233.118
OO DEGENEA TOTALI	2019	148.933	37.948	41.433	228.314
DEGENZA MEDIA	2018	8,4	9,7	7,1	8,3
DEGENZA MEDIA	2019	8,4	11,2	7,6	8,6
PESO MEDIO DRG	2018	1,39	0,8	1,1	1,3
TESO MEDIO DINO	2019	1,5	0,8	1,1	1,3
N° RICOVERI DAY HOSPITAL	2018	4.037	884	733	5.654
N KIGOVEKI DAT HOSTITAL	2019	4.417	1.077	921	6.415
N° ACCESSI TOTALI	2018	4.653	884	737	6.274
N ACCESSITOTALI	2019	5.430	1.091	932	7.453
PESO MEDIO DRG	2018	1,08	0,8	0,9	1,0
TESO MILBIO DIVO	2019	1,05	0,8	0,9	1,0
N° RICOVERI SUBACUTI	2018		304		304
N MCCVEM 305ACON	2019		304		304
GG DEGENZA TOTALI	2018		8.429		8.429
OO BEGENZA TOTALI	2019		8.046		8.046
DEGENZA MEDIA	2018		27,7		27,7
DEOLIVEA MILDIA	2019		26,5		26,5
PESO MEDIO DRG	2018		1,0		1,0
I ESO MEDIO DIAG	2019		1,1		1,1
N° RICOVERI TOTALI 2018		23.262	4.442	6.501	34.205
N° RICOVERI TOTALI 2019		22.182	4.763	6.373	33.318

Attività ambulatoriale

N° PRESTAZIONI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (EROGAZIONE SSN)	P.O. MANTOVA	P.O. ASOLA/ BOZZOLO/VIADAN A	P.O. PIEVE	TOTALE
2018	2.210.600	779.452	730.452	3.720.504
2019	2.238.133	795.538	736.746	3.770.417

Attività di Pronto Soccorso

N° ACCESSI IN P.S.	PS ASOLA	PS MANTOVA	PS PIEVE	TOTALE
2017	23.778	60.805	29.741	114.324
2018	24.223	60.636	29.121	113.980
2019	23.112	55.343	28.728	107.183

Prestazioni Consultori - DATI 2019

	2017	2018	2019
N° prestazioni	70.693	78.546	81.605

Assistenza Domiciliare Integrata - DATI 2019

FASCIA ETÀ	N° ASSISTITI
0-18	40
19-65	861
66-75	1.066
76-85	3.374

>86	4.217
TOTALE	9.068

REMS:

	REMS
n° giornate erogate 2019	61.561

SER.D 2019 - DATI 2019

	2017	2018	2019
N° trattamenti	2.048	2.229	2.461

Protezione Giuridica - DATI 2019

PRESTAZIONE	N° PRESTAZIONI
CONSULENZE	375
CONSULENZE TELEFONICHE/MAIL	2287
RICORSI	231
ISTANZE SUCCESSIVE	431
RENDICONTI	316
TOTALE	3.640

Protesica Maggiore - DATI 2019

	TIPOLOGIA	N° ASSISTITI
PROTESI ACUSTICHE		673

TOTALE	10.258
LARINGECTOMIZZATI	63
VMD	268
PROTESI STANDARD	9222
PROTESI ARTO INFERIORE	32

Assistenza Farmaceutica Territoriale

TIPOLOGIA	N. paz 2019
FARMACI	
EROGAZIONE DIRETTA FARMACI	902
OSSIGENO TERAPIA A LUNGO TERMINE DOMICILIARE	772
ASSISTENZA INTEGRATIVA	
EROGAZIONE DIRETTA DM	98
(STOMIA, INCONTINENZA A RACCOLTA, MEDICAZIONI AVANZATE)	70
INCONTINENZA AD ASSORBENZA DOMICILIARE	9062
EROGAZIONE DIRETTA SISTEMI MONITORAGGIO DIABETE	410
NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE	474
EROGAZIONE DIRETTA DIETETICI	279

3. Dimensione dell'Efficienza

1) PRODUZIONE

• INDICATORE: VOLUMI ATTIVITA' E/O VALORE PRODUZIONE

- **RISULTATO ATTESO: MANTENIMENTO**
- RISULTATO OSSERVATO: INCREMENTO (+1,27%% circa) → OBJETTIVO RAGGIUNTO

Nel 2019 il valore della produzione per prestazioni sanitarie e sociosanitarie è pari a € 248.090.120 vs i € 244.940.000 del 2018 (dati ufficiali provenienti da 4° CET), pari ad un incremento di 1,27% rispetto all'anno precedente.

Nello specifico (come riportato nella tabella sottostante), sono rappresentati in sintesi le dinamiche registrate a chiusura dell'anno 2019 prendendo come riferimento i principali flussi informativi relativi a ricoveri, ambulatoriale, neuropsichiatria infantile, psichiatria, attività sub-acute, nuove reti sanitarie e ADI Produzione mettendoli a confronto con quanto contrattualizzato con ATS Val Padana.

L'obiettivo atteso per il 2019 era di mantenimento dell'attività, tenuto conto delle azioni di promozione dell'appropriatezza sia del setting di erogazione che prescrittiva.

PRODUZIONE	PRODUZIONE ATTESA (CONTRATTO)	PRODUZIONE A CONSUNTIVO 2019	DELTA	DELTA %
SDO	€ 115.812.948	€ 115.911.469	+ € 98.521	+0,1%
AMBULATORIALE	€ 45.650.172	€ 48.655.376	+ € 3.005.204	+6,6%
SUBACUTI	€ 1.393.220	€ 1.524.980	+ € 131.760	+9,5%
NPI	€ 2.389.397	€ 2.388.394	-€ 1.003	+0,0%
ADI	€ 287.642	€ 316.242	+ € 28.600	+9,9%
PSICHIATRIA	€ 11.104.000	€ 11.077.896	-€ 26.104	-0,2%
СР	€ 2.959.710	€ 3.458.379	+ € 498.669	+16,8%
TOTALE COMPLESSIVO	€ 179.597.089	€ 183.332.736	+ € 3.735.647	+2,1%

Nel complesso il risultato osservato è in incremento rispetto alla produzione attesa da Contratto con ATS, riportando un incremento del 2,1% circa, nonostante alcune dinamica di turnover e/o alcune difficoltà relative al personale in aree chiave (es. Chirurgia vascolare, anestesisti, sale operatorie, Riabilitazioni).

Gli incrementi più importanti hanno riguardato l'attività ambulatoriale, in particolare dipartimento dei Servizi (Laboratorio e area radiologica), mentre sono state registrate delle lievi flessioni sull'attività di psichiatria che registra una performance sostanzialmente in linea con quanto contrattualizzato.

2) CONSUMI SANITARI

a) INCIDENZA CONSUMI/PRODUZIONE

INDICATORE: RAPPORTO CONSUMO DI MATERIALE SANITARIO SU PRODUZIONE

• **RISULTATO ATTESO: OTTIMIZZAZIONE**

RISULTATO OSSERVATO: -0,1% → OBIETTIVO RAGGIUNTO

Per quanto riguarda i consumi di materiale sanitario, L'ASST di Mantova (implementando nello specifico anche l'obiettivo ministeriale relativo al PAC) ha conseguito l'obiettivo atteso di ottimizzazione, registrando una performance in riduzione pari a circa -0,1% dell'incidenza dei consumi sanitari sulla produzione (a contratto) rispetto all'anno precedente, proseguendo con successo il lavoro di ottimizzazione già iniziato negli anni precedenti. Tale risultato ha portato ad un miglioramento dell'indicatore rappresentativo dell'efficienza, relativo all'incidenza dei consumi sanitari sulla produzione, passando da un 17,1% ad 17,0%.

CONSUMI SANITARI ESCLUSO FILE F			
DP ARTIMENTO	MPORTO		
DPARIMENIO	2018	2019	
Dipartimento Cardio - Toraco - Vascolare	10.619.822	10.187.045	
Dipartimento chirurgico ortopedico	4,407,303	4,624,265	
Dipartimento dei servizi	6.368.471	6.998.060	
Dipartimento delle fragilità	498,371	500.079	
Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze	137,231	178,441	
Dipartimento emergenza urgenza	1,853,635	2,098,225	
Dipartimento matemo infantile	1,582,494	1,567,925	
Dipartimento medico	3.675.126	3,438,530	
Dipartimento neuroscienze	1,470,791	1.631.885	
Totale complessivo	30.612,743	31,224,466	
INCIDENZA CONSUMI SANITARI SU PRODUZIONE	17,1%	17,0%	

b) PERSONALE

• INDICATORE: RAPPORTO COSTO DEL PERSONALE SU PRODUZIONE

• **RISULTATO ATTESO:** OTTIMIZZAZIONE

• **RISULTATO OSSERVATO:** -0,39% → OBIETTIVO RAGGIUNTO

L'azienda nel corso dell'esercizio ha perseguito e rispettato gli obiettivi di ottimizzazione del rapporto tra costo del personale e produzione. In particolare l'incidenza del costo totale del personale (dipendenti, sumaisti e contrattisti) rispetto alla produzione si è attestato, a consuntivo 2019, all'86,3%% rispetto al 86,7% del 2018. La variazione in termini percentuali tra 2019 e 2018 è stata del -0,39%, obiettivo quindi raggiunto.

4. Dimensione della Qualità dei Processi Organizzativi

a) Trasparenza e Anticorruzione

• INDICATORE: n° di azioni previste dal piano chiuse vs n° azioni previste dal piano

• RISULTATO ATTESO: 100%

• RISULTATO OSSERVATO: 100% → OBIETTIVO RAGGIUNTO

Dalla verifica dell'applicazione del Piano, si evidenzia che sono stati raggiunti tutti gli obiettivi organizzativi, formativiinformativi e di controllo, programmati, come di seguito evidenziato:

CRONOPROGRAMMA PIANO TRIENNALE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ASST DI MANTOVA – 2019 2021

TIPOLOGIA	SINTESI DEI CONTENUTI	RENDICONTAZIONE
	Relazione periodica dei Dirigenti responsabili delle Aree di rischio	I dirigenti delle Strutture aziendali coinvolte hanno provveduto a
		relazionare sull'attuazione e sull'idoneità delle misure programmate
	responsabili delle / li ce di risello	di trattamento del rischio corruttivo.
		Le dichiarazioni sono allegate alle schede dei singoli professionisti e
	Acquisizione autodichiarazione, ai sensi	sono visibili sul sito web aziendale al seguente link dell'area
	del DPR 445/2000, da parte del	AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE
	personale interessato, di non trovarsi in	https://www.asst-mantova.it/aggregatore-
	stati di incompatibilità o conflitto di	persona?p_p_id=CustomSearchPortlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state
	interesse	=normal&p_p_mode=view&_CustomSearchPortlet_mvcPath=%2Fse
		arch.jsp&_CustomSearchPortlet_isSingleSearchAsset=true
		In occasione dell'aggiornamento del sito aziendale è stato
Applicazion	"Obblighi di pubblicazione" - Revisione dei responsabili di contenuto e dei referente di pubblicazione	organizzato un corso mirato alla corretta pubblicazione delle
e del PTPC		informazioni, diretto a tutti i responsabili di contenuto e ai referenti
		di pubblicazione.
		Si è provveduto, altresì, alla revisione dei responsabili di contenuto
		e dei referenti di pubblicazione .
		Il PNA 2019, adottato da ANAC con delibera n. 1064 del 13
	Dichiarazione, sottoscritta dal	/11/2019, ha chiarito l'espressione "dipendenti con poteri
	dipendete dotato di potere	autoritativi e negoziali" ai fini dell'applicazione dell'art. 53, co. 16-
	autorizzativo/negoziale, circa gli	ter, d.lgs. n. 165/2001.
	obblighi gravanti nei tre anni successivi,	La difficoltà di applicazione di tale norma e il ritardo del chiarimento
	così come previsto dall'at.53 del	sopra richiamato, in analogia con la scelta fatta da ANAC al proprio
	D.lg.165/2001.	interno, hanno indotto la decisione di costituire, nel corso del 2020,
		un Gruppo di Lavoro deputato a definire, nel contesto aziendale, i

		destinatari e la procedura per lo svolgimento delle verifiche.
		La formazione è stata erogata al personale neoassunto nell'ambito
	Iniziativa formativa/informativa rivolta	del più ampio percorso formativo "Accoglienza personale
	·	
Corsi di	ai neoassunti per la diffusione di una	Neoassunto".
formazione	cultura di base sui principi	Dalle customer somministrate emerge che il 75% ha risposto che il
	dell'anticorruzione e della trasparenza.	corso era collocabile tra "ottimo/buono", il 18% lo ha ritenuto
		sufficiente
	Avvio percorsi di controllo e verifica	
	successivi alla fase autorizzativa, anche	L'Azienda applica una specifica procedura che disciplina i criteri e
	con riferimento a prestazioni che,	l'iter di autorizzazione dei dipendenti all'attività extra-istituzionale.
Incarichi	seppure in astratto non configurabili	La procedura, conforme all'art. 53 del D.Lgs. n.165/2001 e s.s.m. e
extra	come conflitto di interesse, comportino	revisionata, da ultimo, con la delibera n. 383 del 5 aprile 2016, è
istituzionali	comunque un disservizio e un	consultabile all'indirizzo: https://www.asst-
	malfunzionamento del servizio sanitario	mantova.it/amministrazione-trasparente/regolamenti-per-la-
	pubblico, secondo il concetto ampio di	prevenzione-e-la-repressione-della-corruzione-e-dell-illegalita/
	"corruption"	

Gli obiettivi posti per il 2019, in sintesi, sono stati, pertanto, completamente realizzati.

b) Posti Letto

B.1) DEGENZA MEDIA

INDICATORE: DEGENZA MEDIA

RISULTATO ATTESO: MIGLIORAMENTO

RISULTATO OSSERVATO: DM complessiva al netto delle Strutture Riabilitative al di sotto del target Regionale osservato (dato ufficiale presente su Rapporto Ricoveri) e lievemente al di sopra della performance registrata nel

2018 → OBIETTIVO RAGGIUNTO

La degenza media complessiva nel corso del 2019, nel complesso, ha avuto un consolidamento e si è attestata a 7,55 giorni contro gli 8,87 giorni del 2018 (da Rapporto Ricoveri 2018). La degenza pre-operatoria si attesta al di sotto del target di una giornata (0,9 gg).

Pertanto alla luce di tali elementi si considera l'obiettivo raggiunto.

B.2) TASSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO

• INDICATORE: TASSO DI OCCUPAZIONE

• **RISULTATO ATTESO: OTTIMIZZAZIONE**

RISULTATO OSSERVATO: TASSO OCCUPAZIONE 2019 = 87%, NEL 2018 = 86% → OBIETTIVO RAGGIUNTO

Nel corso del 2019 si è assistito ad un miglioramento della percentuale di occupazione dei posti letto disponibili, che passa dall'86% circa del 2018 all'87% del 2019.

B.3) SVILUPPO INTERAZIENDALE PROGETTI MANTOVA – CREMONA

• INDICATORE: NUMERO AMBITI/PROGETTI DI COLLABORAZIONE E/O VOLUMI DI PRESTAZIONI

• **RISULTATO ATTESO: MIGLIORAMENTO**

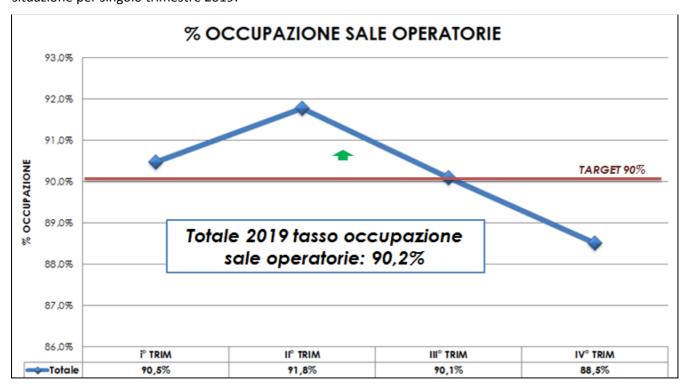
 RISULTATO OSSERVATO: OBIETTIVO SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO (vedi rendicontazione ambiti di collaborazione a pag. 28)

B.4) SALE OPERATORIE

b.4.1) MIGLIORAMENTO UTILIZZO PIATTAFORMA (% OCCUPAZIONE SALE)

- INDICATORE: miglioramento utilizzo piattaforma (% occupazione)
- RISULTATO ATTESO: CONSOLIDAMENTO 90%
- RISULTATO OSSERVATO: 90,2% → OBIETTIVO RAGGIUNTO

L'ASST di Mantova ha raggiunto l'obiettivo prefissato relativo al tasso di occupazione delle Sale Operatorie (≥ 90%) per gli interventi effettuati in elezione, attestandosi, nel complesso, ad un valore del 90,2%. Di seguito viene riportata la situazione per singolo trimestre 2019:



b.4.2) WEEK SURGERY

- INDICATORE: Week Surgery
- RISULTATO ATTESO: attivazione
- RISULTATO OSSERVATO: attivata → OBIETTIVO RAGGIUNTO

Nel corso 2019, È stata realizzata l'ala rosa dedicata al ricovero delle pazienti della Senologia (due stanze dedicate) nell'area ambulatoriale della Chirurgia e Urologia al 3° piano del Blocco A. La programmazione chirurgica delle pazienti senologiche è stata realizzata seguendo il modello organizzativo week-surgery.

b.4.3) RECOVERY ROOM

INDICATORE: Recovery Room

RISULTATO ATTESO: attivazione

RISULTATO OSSERVATO: attivata il 13.01.2020 → OBIETTIVO SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO

Nel corso del 2019 è stato sviluppato il progetto di creazione della Recovery Room, la quale è stata attivata ufficialmente

il 13/01/2020. Grazie alla Recovery Room sono stati ampliate le postazioni di monitoraggio postoperatorio (zona risveglio)

presenti nel blocco operatorio del Presidio di Mantova. La Recovery Room è composta da 4 posti letti tecnici destinati

all'assistenza dei pazienti più complessi provenienti dalle sale operatorie durante la delicata fase di recupero

dall'anestesia. La Recovery Room è stata attivata dal lunedì al venerdì (ad esclusione dei giorni festivi) dalle 8 alle 20. La

nuova modalità organizzativa è stata introdotta per ottimizzare l'appropriatezza dell'occupazione dei posti letto della SC

di Terapia Intensiva Anestesia e Rianimazione, poiché i pazienti operati che necessitano di un periodo di monitoraggio

postoperatorio inferiore a 6 ore e senza presumibili complicanze acute non vengono più trasferiti in Terapia Intensiva ma

indirizzati ed assistiti in Recovery Room.

Dimensione dell'Efficacia 5.

a) Percorso nascita

a.1) PARTI CESAREI

INDICATORE: % NUMERO PARTI CESAREI SUL TOTALE DEL NUMERO DEI PARTI RISPETTO AL 2018

RISULTATO ATTESO: RIDUZIONE DELL'INCIDENZA SUL TOTALE DEI PARTI RISPETTO AL 2018

RISULTATO OSSERVATO: L'incidenza dei tagli cesarei a fine anno si è attestata al 30,9% nel 2019 a fronte del

32,0% osservato nel 2018, facendo registrare quindi, un miglioramento dell'incidenza rispetto della performance

dell'anno precedente e confermando il trend in calo degli ultimi anni. Obiettivo pertanto pienamente raggiunto.

a.2) PARTOANALGESIA

INDICATORE: N° PARTI CON PARTOANALGESIA SUL N° TOTALE PARTI (incidenza)

RISULTATO ATTESO: CONSOLIDAMENTO/SVILUPPO

RISULTATO OSSERVATO: Nel 2019 l'incidenza dei parti con partoanalgesia è ulteriormente incrementata,

passando dal 20,2% del 2018 al 28,8% del 2019, con un aumento in termini percentuali di quasi 9 punti. Obiettivo

pertanto raggiunto.

b) Donazioni e trapianti

B.1) NUMERO DONATORI SEGNALATI

INDICATORE: NUMERO DONATORI SEGNALATI

RISULTATO ATTESO: MANTENIMENTO/MIGLIORAMENTO

RISULTATO OSSERVATO: → 7 donatori segnalati (4 donazioni) vs 13 del 2018 (10 donazioni) → OBIETTIVO

PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Nell'anno 2019 il numero di donatori multiorgano segnalati è stato pari a 7, con 4 donazioni effettuate.

Le donazioni non effettuate hanno visto l'opposizione da parte dei famigliari al prelievo. Il dato è in flessione rispetto al

2018, ovvero 13 donatori segnalati con 10 donazioni avvenute. È tuttavia necessario precisare che la valutazione del

Processo è misurabile anche sulla base dell'applicazione delle corrette procedure a seguito di segnalazione (si rilava

complessivamente un tasso di adesione pari all'85%); quanto espresso è supportato anche dalla revisione degli indicatori

regionali previsti per l'anno 2019, per i quali è prevista una rendicontazione trimestrale al Centro Regionale Trapianti e ad

ATS Val Padana.

B.2) NUMERO DONATORI TESSUTO CORNEALE

INDICATORE: NUMERO DONATORI CORNEE su DECESSI

RISULTATO ATTESO: 10%

RISULTATO OSSERVATO: 4,3% → OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Nell'anno 2019 il numero di donatori cornee segnalati nell'ASST di Mantova è stato pari a 60 su un totale di 1331 decessi,

con una percentuale del 4,3%.

Anche in questo caso la revisione degli indicatori regionali prevista per l'anno 2019 vede lo spostamento dalla

misurazione della percentuale dei donatori sul totale dei decessi alla valutazione dell'attivazione, del processo di

donazione del tessuto corneale su tutti i decessi dell'ASST di Mantova.

I dati complessivi sul prelievo di tessuto corneale per l'anno 2019 mostrano la necessità di azioni di miglioramento, per le

quali è stato istituito nell'anno 2020 specifico gruppo di miglioramento con i professionisti del settore, volto alla

definizione di nuove modalità organizzative e specifico piano di formazione per il processo di prelievo di tessuto corneale.

c) Reti di Patologia

RISULTATO ATTESO: CONSOLIDAMENTO/MIGLIORAMENTO RISPETTO AD ANNO PRECEDENTE

RISULTATO OSSERVATO: PERFORMANCE REGISTRATA ANNO 2019: 88,2% VS 86% DEL 2018.

OBIETTIVO RAGGIUNTO RISPETTO OBIETTIVI PORTALE DI GOVERNO

Nello specifico:

Rete STROKE: sono stati pienamente soddisfatti gli obiettivi relativi alla: gestione dei ricoveri per Ictus presso la Stroke Unit aziendale, casi di ictus che hanno effettuato un ricovero in riabilitazione entro 15 gg dalla data di accettazione, proporzione dei pazienti avviati ad un trattamento di fibrinolisi. Non è ancora al livello atteso (100%) la percentuale delle schede di rete stroke compilate per i nuovi casi, ma nel corso del 2018 la percentuale

registrata pari a 69,27% è comunque ampiamente superiore alla media regionale che si attesta al 18,65%.

Rete STEMI: sono stati pienamente raggiunti gli obiettivi relativi alla percentuale di casi di infarto miocardico acuto trattati con PTCA entro 48h dal ricovero e alla percentuale di casi di Infarto Miocardico Acuto con tempo Door to Balloon entro i 90 minuti; per ciò che attiene l'obiettivo relativo alla percentuale di schede STEMI compilate per casi di infarto Miocardico acuto ci siamo attestati al 66,1% a fronte di una atteso del 100%, ma

significativamente sopra la media regionale del 38,2%;

Rete Oncologia Lombarda (ROL):

✓ PDTA COLON RETTO: è stato raggiunto il target obiettivo relativo alla percentuale di casi con trattamento

CHT/RT o chirurgico per tumore del retto/canale anale entro 60 gg dall'endoscopia e quello sulla

percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia

effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervento chirurgico, mentre è stata registrata una performance al di

sotto del target per ciò che attiene la percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon

entro 60 gg dall'endoscopia (comunque superiore alla media regionale di circa 5 punti percentuali).

✓ PDTA MAMMELLA: è stato pienamente raggiunto l'obiettivo relativo alla Percentuale di nuovi casi di

tumore alla mammella sottoposti ad intervento utilizzando la tecnica del linfonodo sentinella, mentre si

registra una performance inferiore rispetto al target per quanto riguarda gli indicatori inerenti la

Percentuale di soggetti operati entro 60gg dalla data della mammografia, Percentuale di soggetti operati

entro 60gg dalla data della mammografia effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervento chirurgico,

Percentuale di nuovi casi che effettuano una cito-istologia nei 40 giorni precedenti l'intervento chirurgico

e Percentuale di casi sottoposti a tecnica chirurgica radicale che effettuano la ricostruzione della

mammella.

d) PNE e Network

RISULTATO ATTESO: consolidamento/miglioramento rispetto ad anno precedente

RISULTATO OSSERVATO: RAGGIUNTO

Nel corso del 2019, per ciò che attiene la performance collegata agli indicatori di Piano Nazionale Esiti, si

è registrato un raggiungimento complessivo pari al 76%, decisamente in miglioramento rispetto al 64%

del 2018. Emergono ancora alcune criticità relative agli indicatori appartenenti all'area Materno-

Infantile e Neurologica, ma con valori finali comunque in miglioramento rispetto al consuntivo 2018.

Per quanto riguarda gli indicatori di Network, nel 2019 si è registrata una performance sostanzialmente sovrapponibile a quella del 2018, con la maggior parte degli indicatori che registrano una performance uguale all'anno precedente. Si segnala un avanzamento di fascia per gli indicatori relativi all'attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto, alla % di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg e alla Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche, mentre si rileva un peggioramento per quanto riguarda l'attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata.

6. Dimensione dell'Appropriatezza e Qualità dell'assistenza

a) PERCORSO MIGLIORAMENTO PERFORMANCE

a.1) RICOVERI RIPETUTI

INDICATORE: RICOVERI RIPETUTI SU TOTALE

• **RISULTATO ATTESO: MIGLIORAMENTO**

 RISULTATO OSSERVATO: 10,1% VS 8,9% DEL 2018, MA IN RIDUZIONE DI 2,52% RISPETTO ALLA MEDIANA REGIONALE→ OBIETTIVO SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO per quanto riguarda il contributo aziendale sulla performance complessiva: Sul ricovero ripetuto incidono le potenzialità recettive del territorio (stesse motivazioni sulla degenza media e sul sovraffollamento in PS)

Nel corso del 2019 si è osservata un aumento dei ricoveri ripetuti sia in termini complessivi che di incidenza rispetto al 2018. Infatti a livello complessivo aziendale nel 2019 si sono avuti 1.112 casi a fronte dei 1.001 casi osservati nel 2018 e l'incidenza si è attestata al 10,06% a fronte del 8,92% del 2018. La performance complessiva del 2019 è risultata in miglioramento (-2,52%) rispetto alla mediana regionale, pertanto l'obiettivo è da considerare raggiunto a fronte delle difficolta gestionali non direttamente governabili dal clinico.

a.2) RITORNI IN SALA

• INDICATORE: RITORNI IN SALA SU TOTALE

• **RISULTATO ATTESO:** MIGLIORAMENTO

 RISULTATO OSSERVATO: 2,4% in aumento rispetto al valore 2018 (1,7%), ma in miglioramento rispetto alla mediana regionale (-0,4%) → OBIETTIVO SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO

Nel corso del 2019 si è osservato, rispetto al 2018, un aumento in valore percentuale dei ritorni in sala operatoria sul totale della casistica, ma in riduzione rispetto alla mediana regionale (-0,4%), pertanto l'obiettivo si ritiene sostanzialmente raggiunto (performance comunque ottenuta in una produzione in crescita a parità di risorse umane).

b) DRG POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI

INDICATORE: Incidenza DRG ricoveri ad alto rischio inappropriatezza

• RISULTATO ATTESO: < 10%

• RISULTATO OSSERVATO: 4,3% → OBIETTIVO RAGGIUNTO

Complessivamente i DRG ad alto rischio di inappropriatezza si sono ridotti sia in termini assoluti (-696 casi totali) che in termini di rapporto rispetto alla produzione totale, passando da un'incidenza del 6,5% del 2018 al 4,3% del 2019. Pertanto, essendo tale incidenza sotto al 10% e in ulteriore miglioramento rispetto al 2018, l'obiettivo è stato ampiamente raggiunto.

108 DRG LEA - N°DRG LEA/ TOTALE CASISTICA

DIPARTIMENTI	Performance 2018	Performance 2019
Dipartimento Cardio - Toraco - Vascolare	1,2%	1,2%
Dipartimento chirurgico ortopedico	12,4%	8,5%
Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze	0,3%	1,1%
Dipartimento emergenza urgenza	2,9%	2,4%
Dipartimento materno infantile	6,4%	4,5%
Dipartimento medico	4,0%	2,9%
Dipartimento neuroscienze	11,9%	4,6%
Totale complessivo	6,5%	4,3%

c) FRATTURE DI FEMORE

• INDICATORE: % FRATTURE DI FEMORE OPERATE ENTRO 48H (ETA' PAZIENTE ≥ 65 ANNI)

RISULTATO ATTESO: 74%

• RISULTATO OSSERVATO: 64% → OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

% FRATTURE DI FEMORE OPERATE	I°	II°	III°	IV°	Totale
ENTRO 48H (pz età ≥ 65 anni)	TRIMESTRE	TRIMESTRE	TRIMESTRE	TRIMESTRE	
DATO AZIENDALE COMPLESSIVO	62,0%	66,3%	71,3%	58,6%	64,02%

Nel corso del 2019 si è registrata una performance al di sotto del target regionale del 74%, (nel 2018 si attestava di poco al di sotto, precisamente al 72,4%), facendo registrare un valore pari al 64,02%. A fronte tale disallineamento rispetto al target per il 2019, si è registrato un sensibile incremento della produzione complessiva ortopedica aziendale, pari al +4,7%, ad evidenza di un forte impegno delle risorse umane dedicato alla risposta efficiente rispetto alla crescente domanda e al contenimento dei tempi di attesa per la produzione elettiva.

d) APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA

INDICATORE: UTILIZZO FARMACI EQUIVALENTI E BIOSIMILARI

RISULTATO ATTESO: INCREMENTO

RISULTATO OSSERVATO: + 95.671 quantità utilizzata di farmaci biosimilari e riduzione di 144.503 di quelli con brevetto scaduto (maggiore attenzione allo stoccaggio nel 2019), pertanto OBIETTIVO RAGGIUNTO

Nel corso del 2019 si è assistito ad il numero di pezzi inferiore relativo all'utilizzo ai farmaci a brevetto scaduto a causa di una maggiore attenzione allo stoccaggio; il valore totale di consumo inferiore figura come conseguenza delle continue adesioni alle aggiudicazioni delle gare ARCA che ha portato ad un abbassamento dei prezzi; il prezzo medio è paragonabile e migliorato (-7,8%).

Utilizzo FARMACI SCADUTI DI BREVETTO

Quantità utilizzata 2018 (cpr ,f , flc , sir)	Valore 2018	Quantità utilizzata 2019 (cpr ,f,flc,sir)*	Valore 2019
3.350.785	1.635.259	3.206.282	1.442.348

Utilizzo FARMACI BIOSIMILARI

Quantità utilizzata 2018 (f, sir)	Valore 2018	Quantità utilizzata 2019 (f,sir)	Valore 2019

77.544	97.544	470.666	193.215	761.920
--------	--------	---------	---------	---------

e) ALTE SPECIALITÀ

INDICATORE: PESO MEDIO E VOLUMI

RISULTATO ATTESO: CONSOLIDAMENTO/MIGLIORAMENTO

RISULTATO OSSERVATO: +963 CASI EFFETTUATI RISPETTO A VALORE TARGET (950) → OBIETTIVO RAGGIUNTO

Nel corso del 2019 si è conseguito un consolidamento in linea con l'obiettivo atteso, con incrementi in particolare nell'area cardiologica interventistica e toracica.

CDR	12 MESI 2018	12 MESI 2019	TARGET	peso 2018	peso 2019
CARDIOCHIRURGIA	440	397	300 PROCEDURE	5,95	6,44
CHIRURGIA TORACICA	204	207	200 PROCEDURE	2,90	2,76
CHIRURGIA VASCOLARE	474	439	200 PROCEDURE	2,28	2,35
CARDIOLOGIA	824	870	250 PROCEDURE	2,70	2,77

7. Dimensione dell'Accessibilità e soddisfazione dell'utenza

a) TEMPI DI ATTESA

a.1) TEMPI DI ATTESA RICOVERI

INDICATORE: PRESTAZIONI DI RICOVERO MONITORATE REGIONE/ASL ENTRO I TEMPI PREVISTI

• RISULTATO ATTESO: MIGLIORAMENTO % RISPETTO 95% 2019 > 2018

RISULTATO OSSERVATO: 90,4% nel 2019 vs l'86,9% 2018 → OBIETTIVO SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO

Nel corso del 2019, dopo alcune criticità che hanno riguardato la prima parte dell'anno, sono state intraprese una serie di azioni che hanno innescato un processo di progressivo miglioramento per alcune prestazioni afferenti a diverse discipline che ancora presentavano uno scostamento rispetto al target del 95% (es. Mastectomia, Coronarografia e PTCA). Per tali

ragioni l'obiettivo di miglioramento si ritiene sostanzialmente raggiunto.

a.2) TEMPI DI ATTESA AMBULATORIALI

• INDICATORE: Primi accessi prestazioni ambulatoriali monitorate Regione/ASL entro i tempi previsti

RISULTATO ATTESO: MIGLIORAMENTO: % 2019 > 2018 (target 95%)

RISULTATO OSSERVATO: 97% → OBIETTIVO RAGGIUNTO

L'obiettivo è in linea con l'atteso (95%) e rileva una performance complessiva ai 12 mesi pari al 97%, a testimonianza del grande sforzo messo in atto dall'Azienda, nonostante si siano registrate nel corso dell'anno difficoltà nel reperimento di

risorse professionali mediche da dedicare all'attività ambulatoriale.

Sono state effettuate le 12 rilevazioni ex ante secondo il calendario regionale e le 2 rilevazioni semestrali per l'Alpi; l'esito

dei monitoraggi è pubblicato sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente – servizi erogati – anno

2019.

b) PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE: SVILUPPO PRESST E POT

INDICATORE: IMPLEMENTAZIONE

RISULTATO ATTESO: ATTIVAZIONE DI ALMENO 2 PERCORSI

RISULTATO OSSERVATO: OBIETTIVO RAGGIUNTO (vedi rendicontazione Progetto Aziendale Presidi Ospedalieri

Territoriali (POT) e Presidi Socio Sanitari Territoriali (PRESST)(vedi rendicontazione ambiti di collaborazione a pag.

29)

c) SVILUPPO RETI PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: R.I.C.C.A

INDICATORE: IMPLEMENTAZIONE RETE

RISULTATO ATTESO: IMPLEMENTAZIONE/SVILUPPO

RISULTATO OSSERVATO: OBIETTIVO RAGGIUNTO (vedi rendicontazione progetto aziendale R.I.C.C.A., (vedi

rendicontazione a pagina 30)

d) SVILUPPO RETI PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: R.I.M.I.

INDICATORE: IMPLEMENTAZIONE RETE

RISULTATO ATTESO: IMPLEMENTAZIONE E SVILUPPO

RISULTATO OSSERVATO: OBIETTIVO RAGGIUNTO (vedi rendicontazione progetto aziendale R.I.M.I., (vedi

rendicontazione a pagina 32)

e) PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE: CENTRO SERVIZI

INDICATORI: n. dei patti di cura vs manifestazioni di interesse e n. di PAI pubblicati vs n. di patti di cura

sottoscritti

RISULTATO ATTESO: RISPETTO TARGET REGIONALE (80%)

RISULTATO OSSERVATO: OBIETTIVO RAGGIUNTO

Il numero dei patti di cura sottoscritti e pubblicati nel corso del 2019 si attesta a 252 a fronte di 264 manifestazioni di

interesse (95,45%, ampiamente sopra il target regionale dell'80%). Nonostante la programmazione sia stata

adeguatamente effettuata, la leggera flessione riguardante la sottoscrizione e pubblicazione è stata determinata

dall'esplosione della pandemia Covid, che ha causato la sospensione concordata degli ambulatori.

f) NUOVI PERCORSI DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI

INDICATORE: Perfezionamento e integrazione percorsi

RISULTATO ATTESO: Implementazione

RISULTATO OSSERVATO: PERCORSI ATTIVATI → OBIETTIVO RAGGIUNTO (vedi rendicontazione progetto

aziendale NUOVI PERCORSI PRESA IN CARICO PAZIENTI CRONICI, (vedi rendicontazione a pagina 34)

g) EVOLUZIONE MODELLO INTERVENTI DOMICILIARI ADI E CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

- INDICATORE: SVILUPPO E IMPLEMENTAZIONE NUOVO MODELLO
- RISULTATO ATTESO: CONSOLIDAMENTO IMPLEMENTAZIONE
- RISULTATO OSSERVATO: MODELLO ATTIVATO → OBIETTIVO RAGGIUNTO (vedi rendicontazione progetto aziendale a pag. 34)

8. Progetti interaziendali ASST di Mantova e di Cremona

Nel corso del 2019, sono continuate, le collaborazioni, le sinergie e le azioni di consolidamento/sviluppo nei principali ambiti attivati relative a:

- a) erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale c/o il Poliambulatorio di Viadana (Urologia, Diabetologia, Riabilitazione specialistica, Chirurgia Maxillo-Facciale, Otorinolaringoiatria, Odontoiatria e Oculistica);
- b) erogazione di attività interventistica di Chirurgia Toracica, Cardiochirurgia, Allergologia (Cremona e Crema), attività di radioprotezione, di Fisica Sanitaria
- c) erogazione di prestazioni di Laboratorio analisi, consulenza specialistica e radiologia diagnostica nei confronti ei pazienti ricoverati presso la U.O. di riabilitazione General Geriatrica del Presidio di Viadana;
- d) erogazione di attività specialistica nell'ambito dell'assistenza domiciliare in favore dei pazienti dell'Asst Mn;
- e) prenotazione delle prestazioni ambulatoriali eseguite presso le ASST di Cremona e Mantova nelle diverse strutture (servizio prenotazione unico, mentre ciascuna ASST provvede autonomamente alla configuraizone e alla manutenzione delle rispettive agende di prenotazione);
- f) Punto Prelievi (Asst Mn assicura erogazione dei prelievi ed il ritiro del materiale biologico con personale proprio ed oneri a proprio carico);
- g) revisione della convenzione con ASST Cremona per la definizione delle prestazioni da erogare (fase 3) nell'ambito delle attività di neurochirurgia e neuroradiologia.

9. Progetti Aziendali

PROGETTO AZIENDALE PRESIDI OSPEDALIERI TERRITORIALI (POT) E PRESIDI SOCIO SANITARI TERRITORIALI (PRESST)

Nel corso del 2017 l'ASST di Mantova ha dato concretamente avvio, e proseguito nel 2018 e 2019 al processo di disegno e sviluppo delle progettualità alla base dell'implementazione del modello di presa in carico del paziente, con implemento della rete e delle unità di offerta, quali i Presidi Ospedalieri Territoriali (i POT) ed i Presidi Socio Sanitari territoriali (i PreSST).

PreSST di Goito

I lavori di ristrutturazione/adeguamento sono stati affidati con Deliberazione n. 1033 del 19/09/2019.

Il loro inizio è previsto per l'anno 2020.

Sono stati svolti e sono in corso incontri con alcuni Medici di Medicina Generale dello stesso Comune finalizzati al loro inserimento nella Struttura.

In corso di esercizio 2019 si sono inseriti in struttura un Pediatra di Famiglia ed un Medico di Medicina Generale

POT di Bozzolo

Con Deliberazione n. 1034 del 19/09/2019 ASST ha proceduto all'affidamento dei lavori di ristrutturazione/adeguamento.

L'inizio dei lavori è previsto nell'anno 2020.

Sono state sviluppate e sono già attive alcune progettualità, che interessano MMG e specialisti, nello specifico:

- percorsi di continuità ospedale territorio da reparti per acuti a riabilitazione e cure sub acute;
- 2. percorsi, con i MMG del POT, di continuità territorio ospedale con ricovero nell'U.O. cure sub acute;
- 3. percorso dal Pronto soccorso dello stabilimento di Asola al Reparto sub acuti dello stabilimento di Bozzolo;
- 4. implementazione delle attività finalizzate alla presa in carico del paziente cronico;
- 5. implementazione dell'attività poliambulatoriale in regime SSR ed in libera professione.

Le iniziative riguardanti i percorsi di continuità sopra descritti a punti 2 e 3 sono dettagliate nei documenti:

"Percorso di presa in carico e continuità assistenziale: MMG alla struttura di cure sub acute e di Bozzolo e ritorno" e "Percorso del paziente cronico polipatologico ad Asola".

I due percorsi sono stati oggetto di condivisione tra specialisti interessati e MMG nei "Laboratori di costruzione di percorsi trasversali ed interaziendali per la presa in carico del paziente cronico: integrazione MMG e specialisti" tenutisi nei mesi di aprile e maggio 2019, rispettivamente presso il POT di Bozzolo e la Sede

Territoriale di Asola, e di divulgazione nell'evento formativo rivolto a tutte le figure sanitarie di ATS ed ASST in data 23 marzo 2019

POT di Viadana

Nel corso del 2019 ASST di Mantova ha attivato percorsi di presa in carico dei pazienti cronici/fragili e di continuità territorio ospedale. Gli stessi MMG hanno aperto un ambulatorio dedicato appunto alla presa in carico del paziente cronico.

Sono iniziati i lavori per dotare di una nuova ed idonea sede, all'interno della Struttura, il Centro Psico Sociale.

POT Pieve di Coriano

La progettualità del POT di Pieve di Coriano ha contemplato il trasferimento dell'attività vaccinale dalle sedi territoriali di Ostiglia e Poggio Rusco, avvenuto a far data dal 5 febbraio 2017, e, nel 2018 e 2019, il trasferimento di servizi territoriali dalla Sede di Ostiglia, quali punto di contatto con ufficio scelte revoche, attività di medicina legale, ufficio SUPI.

E' stato prevista, altresì, l'attivazione di 9 posti di cure sub-acute presso lo stesso Presidio Ospedaliero.

PROGETTO AZIENDALE R.I.C.C.A.

Obiettivi 2019

- Messa a sistema del nuovo modello organizzativo;
- Collaborazione con le farmacie per azioni atte ad aumentare la compliance dei pazienti cronici al PAI
- Informazioni e collaborazione con gli Uffici di Piano attraverso percorsi formativi rivolti a tutte le assistenti sociali dei servizi di base dei Comuni
- Monitoraggio dei percorsi attivati con le RSA
- Consolidamento ed implementazioni delle azioni messe in atto dall'Ufficio di Protezione giuridica

Nel corso del 2019, nell'ambito del progetto R.I.C.C.A sono stati completati i seguenti obiettivi:

- stipula convenzione per la condivisione dei percorsi assistenziali a favore dell'utenza ricoverata presso le RSA e per l'attivazione delle consulenze/prestazioni erogate dalle strutture sanitarie della ASST di Mantova;
- prosecuzione della collaborazione per i ricoveri urgenti in RSA in base alle Convenzioni esistenti in alcuni Ambiti Territoriali;
- prosecuzione della collaborazione con i cinque Nuclei Alzheimer della provincia per ricoveri temporanei di pazienti con disturbi del comportamento;
- prosecuzione dell'applicazione del protocollo d'intesa per un sistema integrato di protezione giuridica delle persone fragili ASST di Mantova. L'UPG è un snodo strategico per pazienti cronici e per le strutture ed i servizi, per la possibilità

di prendere in carico e seguire situazioni multiproblematiche e linkare con il pronto soccorso e con i reparti per urgenza in momenti critici;

- realizzazione incontri informativi con le Assistenti Sociali degli Ambiti Territoriali sulla presa in carico dei pazienti cronici e l'Amministrazione di Sostegno.
- programmazione e progettazione incontri di gruppo per migliorare l'adesione ai corretti stili di vita consigliati all'interno del PAI per pazienti diabetici, nefropatici, cardiopatici;
- percorsi di sostegno ai care giver di persone affette da patologie croniche neurologiche, in particolare Alzheimer;
- attuazione di un percorso dedicato ai pazienti cronici tabagisti arruolati con ASST, che offre un supporto individuale e di gruppo con l'obiettivo di liberare dalla dipendenza da nicotina il paziente tabagista con malattie croniche;
- collaborazione con FIASO Lombardia sul tema dell'integrazione Ospedale Territorio, con inserimento dei progetti dipartimentali;
- collaborazione con Federfarma per la progettazione e realizzazione di reti integrate Ospedale/Territorio, finalizzate all'erogazione di prestazioni di base per il monitoraggio dei pazienti cronici presi in carico; in particolare si intende sviluppare una sinergia tra erogatori, ricomprendendo, tra questi, le Farmacie quali soggetti in grado di cooperare per gli aspetti di aderenza al PAI (terapia farmacologica, controllo di alcuni parametri clinici, ecc.) e per gli aspetti di semplificazione amministrativa (sviluppo della dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche) e stampa ricette in Farmacia.

PROGETTO AZIENDALE R.I.M.I

Objettivi 2019

- ✓ Attuazione revisione della rete di offerta dei Consultori familiari in un ottica di ottimizzazione dell'uso delle risorse e della qualità ed efficienza dei servizi offerti, a partire dalla redistribuzione delle sedi di offerta dello screening oncologico.
- ✓ Implementazione di tutte le attività progettate ed avviate
- ✓ Attuazione della DGR XI/ 268 di Regione Lombardia "Rete Regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica" nel Basso Rischio Ostetrico (BRO)
- ✓ Implementazione in ASST del documento di RL "Agenda del Percorso Nascita" per la presa in carico ostetrica in gravidanza
- ✓ Predisposizione di modelli organizzativi nei Punti Nascita di ASST che garantiscano la presa in carico in autonomia dell'ostetrica nel BRO secondo quanto definito dalle Linee di indirizzo del CPN nazionale Ministero della salute (31/10/2017) e dal CPN Regionale (D.G.R. X/7600 del 20/12/2017)
- Rafforzamento della collaborazione con gli Istituti Scolastici in un'ottica preventiva della sofferenza psicologica e relazionale, nonché della gestione della situazione traumatica in contesto scolastico
- ✓ Partecipazione e collaborazione con ATS relativamente alle iniziative di formazione degli insegnanti per gestire percorsi didattico-educativi sulle tematiche di affettività e sessualità
- ✓ Partecipazione e collaborazione con altri servizi del territorio (CPS, Neuro psichiatria Infantile, Serd, su percorsi formativi per insegnanti volti a favorite il riconoscimento di segni di disagio psicologico.
- ✓ Gestione di percorsi formativi per insegnanti sulla gestione in classe della situazione traumatica.
- ✓ Collaborazione con le scuole per la formazione di studenti nel ruolo di peer educator.
- ✓ Consolidamento della collaborazione con i Servizi Psichiatrici Territoriali attraverso la promozione di modalità di confronto (tavoli interservizio) su tutto il territorio ASST Mantova, su gestione dei casi clinici e per accordi su aspetti organizzativi, legati in particolare alla sofferenza psichica perinatale.
- ✓ Consolidamento della collaborazione con i nodi della rete in merito alle iniziative sul tema della violenza di genere, mediante la partecipazione a tavoli interistituzionali.

Dopo l'istituzione della rete RIMI avvenuto con delibera n° 1159 8 novembre 2017, nel corso del 2019 si è lavorato su una ricognizione di tutti i consultori e sono stati creati dei gruppi di lavoro inerenti le varie specialità che prestano attività all'interno dei C.F. Questa attività ha permesso di ridistribuire le attività e di ottimizzare il lavoro riconoscendo dei CF HUB che quindi erogano tutte le prestazioni, e dei CF centri SPOKE che focalizzano la loro attività su alcune specialistiche. E' stato costituito un gruppo di lavoro integrato ospedale e territorio ed è stato elaborato il protocollo BRO pubblicato su Talete. Tale protocollo indirizza la gestione ostetrica della gravidanza alla presa in carico del basso rischio da parte esclusivamente delle ostetriche con continuità di assistenza fra ospedale e territorio poiché la presa in carico inizia nei CF e poi prosegue dall'ospedale con una presa in carico diretta e condivisa con applicazione ed utilizzo della "Agenda del Percorso Nascita Regionale". Nel corso della ricognizione è stato creato un gruppo di lavoro che ha rivisto le attività dell'area sociale – psicologica con una riorganizzazione delle attività. In particolare, sono stati offerti interventi di educazione alla salute e formazione rivolti agli insegnanti delle Scuole di ogni ordine e grado sulle tematiche della sessualità-affettività, delle relazioni interpersonali, del contrasto alla violenza di genere, della diversità e inclusione, dell' interculturalità. Inoltre sono stati offerti percorsi formativi per i docenti scolastici, atti a migliorare le capacità dell'insegnante di gestire il gruppo classe e la comunicazione all'interno del contesto scolastico.

Infine, sono stati organizzati degli incontri periodici circa casi clinici specifici con coinvolgimento degli psicologi dei CF e dell'Ospedale con confronto e presa in carico in continuità e sono state costituite 2 piccole equipe di riferimento per la presa in carico di situazioni che si verificano in tutto il territorio dell'ASST di Mantova composte da uno psicologo ed una assistente sociale, una per il territorio di Mantova ed Alto Mantovano, e l'altra per il Basso Mantovano. Le due micro equipe hanno organizzato incontri periodici, finalizzati ad un confronto sulla parte clinica, sulla parte organizzativa, nonché finalizzati alla maturazione di una cultura professionale – operativa specifica sulla tematica di intervento.

PROGETTO AZIENDALE CENTRO SERVIZI

Obiettivi 2019
messa a regime del nuovo modello organizzativo

Nel corso dell'anno 2019 l'avvio e l'implementazione della presa in carico dei pazienti cronici sono stati realizzati attraverso:

- effettuazione e conclusione positiva dei sette laboratori sperimentali di gruppo con professionisti territoriali e professionisti ospedalieri, per la progettazione ed elaborazione di specifici percorsi condivisi di integrazione tra Ospedale e Territorio in materia di cronicità;
- reperibilità telefonica ai MMG e PDF nella fascia oraria dalle 10.00 alle 12.00, dal Lunedì al Venerdì, da parte dei Clinical Manager del Centro Servizi;
- incremento dell'arruolamento proattivo in collaborazione di rete intra- ed extra-aziendale;
- effettuazione della formazione di base sul Counselling Motivazionale Breve nella promozione di stili di vita favorevoli alla salute, rivolta ai Case Manager dei pazienti cronici ed agli Operatori del Centro Servizi, al fine di migliorarne le competenze durante la stesura dei PAI e le conseguenti azioni di monitoraggio (con revisione delle relative schede) e verifica dell'adesione alle prescrizioni di terapie farmacologiche, visite ed accertamenti, nonché alle raccomandazioni in tema di vaccinazioni e di screening oncologici per patologia;
- apertura di un Ambulatorio Post PAI dedicato al paziente cronico che ha la necessita di un confronto con il Clinical Manager;
- progettazione e programmazione di percorsi sperimentali di monitoraggio domiciliare, avvalendosi anche del Servizio di Telemedicina, dei pazienti cronici arruolati affetti da patologia cardiologica e che hanno perso la loro autonomia, con il coinvolgimento della Case Manager e dell'ADI ASST di Mantova;

- definizione del percorso sperimentale relativo alla possibilità di effettuare la prescrizione ricetta elettronica visibile e stampabile direttamente in farmacia.

PROGETTO AZIENDALE NUOVI PERCORSI DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI

Obiettivi 2019

- Perfezionamento dei profili PAI, in particolare delle patologie croniche riferite alla reumatologia e alla neurologia.
- Percorsi di integrazione tra MMG e Specialisti di ASST Mantova
- Gruppo di miglioramento sulla valutazione multidimensionale per la predisposizione del PAI

Durante il 2019 si è proceduto alla programmazione ed attuazione di laboratori sperimentali di gruppo con professionisti territoriali (Infermieri Case Manager, MMG, Assistenti Sociali, Fisioterapisti Case Manager e Process Owner) e professionisti ospedalieri (Medici Specialisti, Infermieri case manager e Process Owner, Fisioterapisti Case Manager e Process Owner, Psicologi, Assistenti Sociali), per la progettazione ed elaborazione di specifici percorsi condivisi di integrazione tra Ospedale e Territorio in materia di cronicità. I temi trattati sono stati i seguenti: revisione profili PAI, valutazione multidimensionale, degenza di comunità, percorsi del paziente cronico polipatologico, iperteso e diabetico, continuità della presa in carico, servizi e percorsi nel Presst, progetto sperimentale in P.S., continuità assistenziale tra MMG e Struttura di Cure Subacute.

PROGETTO AZIENDALE RLCP: EVOLUZIONE MODELLO

Obiettivi 2019

CONSOLIDAMENTO/ IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO PROATTIVO:

- ✓ Aumento progressivo dei malati cronici non oncologici "non option" rispetto a quelli oncologici;
- ✓ Cure Palliative precoci e per Pazienti con lunga sopravvivenza (12-24 mesi);
- ✓ Revisione PDTA malati non oncologici eleggibili per un programma CP (Paziente cardiopatico e SLA)
- ✓ Capillarizzazione dei Servizi territoriali e Cure integrate con ADI, MMG e altri soggetti del territorio;
- ✓ Pianificazione Anticipata delle Cure e legge 219/17;
- ✓ Condivisione a livello di RLCP delle modalità di applicazione e di contenuti degli strumenti inseriti dalla DGR XI/1046/2018 volti a valutare il bisogno di cure palliative, e quindi l'idoneità alla presa in carico del malato da parte della RLCP, e la complessità clinico assistenziale.
- ✓ Formazione interna alla Rete, in l'ospedale e sul territorio.

Seguendo l'ordine degli obiettivi sopra riportato, nel corso del 2019:

1. In attuazione alla DGR XI/1046/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del Sistema Socio Sanitario per l'esercizio 2019", l'adozione delle schede di segnalazione del bisogno di cure palliative introdotte a partire da gennaio 2019 ha

favorito l'aumento progressivo della presa in carico di pazienti cronici non oncologici sia in Cure Palliative domiciliari che residenziali (Hospice). Le schede introdotte dalla DGR riportano sette tipologie di paziente con patologia non oncologica end stage: malato cardiologico, neurologico cronico, con stroke, con demenza, con malattia respiratoria cronica ostruttiva, epatopatico cronico grave, nefropatico cronico grave.

Tali strumenti sono stati proposti alle Strutture dell'ASST di Mantova, nell'ambito del DICP e a livello territoriale, in particolare ai MMG e alle RSA del territorio, favorendo l'aumento del numero di pazienti non oncologici segnalati alle Cure palliative e presi in carico a livello domiciliare e residenziale.

- 2. E' stata consolidata la collaborazione tra oncologi e palliativisti, anche all'interno del DH oncologico, attraverso incontri a cadenza settimanale. Tale sinergia ha favorito l'implementazione di Cure Palliative precoci e per Pazienti con lunga sopravvivenza in simultaneous care, come descritto nel "PDTA per la gestione del paziente oncologico in Simultaneous Care".
- **3.** è stata condotta la revisione dei seguenti PDTA per malati non oncologici eleggibili per un programma di Cure Palliative:
 - "PDTA per una corretta gestione del paziente affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica"
 - "PDTA Trattamento integrato in continuità Ospedale-Territorio dei pazienti con Scompenso Cardiaco No Option"
 - "PDTA del paziente con Ictus Cerebrale Acuto nella provincia di Mantova"
 - "PDTA Gestione del paziente con demenza"

I PDTA revisionati sono stati quindi validati e pubblicati sulla Piattaforma aziendale TALETE.

- **4.** sono state consolidate la presenza capillare delle Cure Palliative sul territorio mantovano, la collaborazione con il Servizio di ADI, l'integrazione con i MMG attraverso attività di consulenza domiciliare per i loro assistiti, l'attività consulenziale alle RSA e alle RSD. E' stato inoltre presentato un progetto di integrazione e sviluppo dell'attività di CP nell'Area Casalasco-Viadanese in integrazione con l'Ospedale Oglio Po e le Strutture Socio-sanitarie del territorio casalasco-viadanese.
- **5.** In ottemperanza alla legge 219/17 è stata posta molta attenzione alla Pianificazione Anticipata delle cure e più precisamente alla Pianificazione Condivisa delle Cure, che viene realizzata con ogni paziente preso in carico dalle Cure Palliative, riportata e trascritta nella Documentazione socio-sanitaria.

Nel 2018 era stata effettuata attività di formazione con un Convegno sul tema, che è stato riproposto nel 2019 in serate rivolte alla cittadinanza, ad esempio per il Comune di Curtatone e per l'AUSER.

6. In attuazione alla DGR XI/1046/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del Sistema Socio Sanitario per l'esercizio 2019" e in ottemperanza alle indicazioni operative regionali del 27/03/2019 si è proceduto all'integrazione della documentazione socio-sanitaria della SC Cure palliative, sia domiciliare che residenziale con la Scheda di identificazione del bisogno di cure palliative (Sub allegato E) e con la Scheda per la valutazione della complessità dei bisogni sociale e clinico assistenziale (Sub allegato F).

Tali strumenti sono stati illustrati e condivisi con le Strutture ospedaliere maggiormente coinvolte nella presa in carico del paziente in cure palliative e all'interno delle riunioni dei Comitati di Dipartimento Medico, Neuroscienze e Cardio-Toraco-Vascolare dell'ASST di Mantova.

Sono state inoltre condivise le modalità di applicazione e i contenuti degli strumenti con tutti gli erogatori delle Reti locali di Cure palliative negli incontri del DICP. Sono state altresì presentate al Comitato d'azienda di ATS, al quale hanno presenziato, tra gli altri, i MMG rappresentanti dei MMG del territorio, quindi inviate da parte del Dipartimento Cure primarie a tutti i MMG del territorio e pubblicate sul repository documentale ad uso dei Medici di Famiglia.

- **7.** L'attività formativa in Cure palliative nell'anno 2019 ha visto la progettazione e realizzazione dei seguenti eventi formativi rivolti al personale della Struttura Cure Palliative, al DICP e al territorio:
 - Convegno "Cannabis: corretta prescrizione"
 - Convegno "Le parole alla fine della vita"
 - Formazione sul campo "Buone pratiche in Cure palliative"
 - Formazione sul campo "Supervisione dell'équipe"
 - Formazione sul campo "Revisione della documentazione socio sanitaria della SC Cure Palliative"
 - "Corso periferico di 1° livello per professionisti delle Reti Locali di Cure Palliative" promosso da Polis-Lombardia in attuazione del "Progetto pluriennale di formazione per lo sviluppo dell'Ospedale Territorio Senza Dolore" di cui alla DGR n. X/5455/2016
 - Corso "Il valore umano, medico e sociale delle Cure palliative moderne" rivolto al personale sanitario dell'Ospedale Oglio Po

PROGETTO AZIENDALE AREA SALUTE MENTALE

	Obiettivi 2019
consolidamento dei percorsi e dell'architettura dell'area.	

L'obiettivo di performance dell'Area salute Mentale anno 2019 si ritiene raggiunto in quanto sono state messe in atto le seguenti azioni:

- Progetto attuazione Transition età 16-24 anni: autismo e disabilità complessa (PDTA99)
- GdM SERD > progetto GAP e riorganizzazione rete di offerta
- Sviluppo progetto per risposta ADHD
- Audit clinico per ogni Unità Operativa nel rispetto della Legge 24 in virtù delle Linee Guida/PDTA/buona pratica clinica

PROGETTO AZIENDALE POTENZIAMENTO COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

• Pubblicazione online sito internet e revisione portale intranet

1. Il nuovo sito internet (gara Arca) è stato messo online il 15 aprile 2019. Sono state sviluppate e perfezionate diverse aree, in particolare sono state create: una sezione dedicata all'attività dei liberi professionisti e una sezione dedicata all'attività di ricerca; è stata perfezionata l'area Ufficio Stampa e Comunicazione. Nel complesso lo strumento ha migliorato le sue potenzialità tecniche, la sua veste grafica, la navigabilità e leggibilità dei contenuti. Presenta inoltre un sistema facilitato per la pubblicazione dei contenuti.

A partire dal 15 aprile 2019 si è lavorato al rifacimento del portale intranet, attraverso una rivisitazione dei contenuti, della veste grafica e della navigabilità. Il 13 dicembre, dopo opportuna condivisione con la Direzione Strategica, la piattaforma era pronta per andare online. Per consentire la risoluzione di alcune problematiche tecniche, il go-live è avvenuto il 15 giugno 2020.

Miglioramento ambito comunicazione/relazione operatore-pazienti e operatore-operatore

È stata sviluppata un'indagine dedicata alla qualità percepita dei pazienti del percorso cronicità, area demenze con elaborazione di un report a settembre 2019 da parte dell'Urp.

In merito al progetto di miglioramento della comunicazione e delle relazioni all'interno delle équipe e tra operatore e paziente, facendo seguito a un primo percorso formativo realizzato nel 2017 e al successivo gruppo di lavoro costituito nel 2018, è stato proposto un nuovo percorso formativo a 8 strutture aziendali prescelte, nel corso di una giornata formativa che si è tenuta il 2 ottobre 2019. Raccolta adesioni strutture entro fine novembre 2019. Perfezionamento richiesta all'area Formazione e sopralluoghi con Teatro Magro per valutazione location (dicembre 2019-gennaio 2020). Incontro gruppo di lavoro per presentare lo stato dell'arte del progetto e condividere l'avvio del percorso 13 gennaio 2020. L'emergenza Covid ha tuttavia imposto la sospensione del percorso formativo.

PROGETTO AZIENDALE EROGAZIONE DIRETTA FARMACI E PRODOTTI FARMACEUTICI: GESTIONE INFORMATIZZATA DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO

Nel corso del 2019 il 100% delle erogazioni sono state gestite con programma terapeutico informatizzato da cui contestualmente si sviluppano le rendicontazioni flusso F, Promin ,Dietet e la parte di competenza per il flusso Diabet e Promag:

-Medicinali e prodotti farmaceutici per la continuità assistenziale di pazienti con determinate patologie come pazienti con Fibrosi cistica ,pazienti con Malattia rara, pazienti talassemici;

- -Medicinali e prodotti farmaceutici erogati per trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare;
- -Medicinali in elenco 648/96 distribuzione diretta;

Inoltre è stata sviluppata e resa disponibile la reportistica necessaria alla verifica della correttezza e dell'appropriatezza dell'erogazione per ogni singolo paziente e per ogni patologia da cui possono essere estratti i dati selezionando criteri prestabiliti.

Gestione EDF 2019

CONSEGNE PERSONALIZZATE	PAZIENTI	VALORE
DIABETICA	418	306.000,97
DIETETICI	277	67.750,29
File F	901	9.705.093,26
PROTESICA MAGGIORE	49	30.053,94
PROTESICA MINORE	103	138.765,45
ALTRO pz territoriali	157	221.877,98

PROGETTO AZIENDALE SICUREZZA NELLA TERAPIA FARMACOLOGICA "PROCESSO DI RICOGNIZIONE E DI RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA PER UNA PRESCRIZIONE CORRETTA E SICURA"

Obiettivi 2019

Sulla base della sperimentazione 2018, individuare un reparto pilota con cartella clinica informatizzata per mappare il processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica e studio-analisi per valutare collegamento con eventuale PAI per paziente cronico

La raccomandazione Ministeriale n°17 (recepita nella raccomandazione regionale per la Sicurezza nella terapia farmacologica n.2) aveva visto coinvolto il Dipartimento cardio-toraco con l'inserimento di questo obiettivo di appropriatezza farmaceutica per l'anno 2018.

La sperimentazione nel Dipartimento Cardio toraco vascolare -Cardiologia attraverso il monitoraggio dei farmaci assunti al momento del ricovero e alla dimissione, ha prodotto un report completo riferito ai ricoveri nel periodo settembre-dicembre 2018, riportante le terapie consigliate alla dimissione suddivise per classe di farmaci per ciascuna mensilità mediante l'inserimento di dati relativi a 40 pazienti selezionati in modalità random.

Le terapie in entrata e in uscita sono state confrontate evidenziando tre possibili scenari:

- 1 .farmaci a domicilio confermati alla dimissione
- 2.farmaci a domicilio non confermati/ sostituiti alla dimissione
- 3.farmaci introdotti ex novo alla dimissione

Nel report sono riportati i dati relativi alla;

- Indicazione per singolo paziente della diagnosi
- -Ricognizione e riconciliazione dei farmaci ANTIAGGREGANTI all'ingresso, alla dimissione e con specifica delta della variazione della terapia;
- -Ricognizione e riconciliazione dei farmaci BETA BLOCCANTI, all'ingresso, alla dimissione e con specifica delta della variazione della terapia;
- -Ricognizione e riconciliazione dei farmaci STATINE all'ingresso, alla dimissione e con specifica delta della variazione della terapia;
- -Ricognizione e riconciliazione dei farmaci NAO all'ingresso, alla dimissione e con specifica della variazione della terapia;
- -Ricognizione e riconciliazione dei ANTIDOLORIFICI, all'ingresso, alla dimissione e con specifica delta della variazione della terapia;
- -Ricognizione e riconciliazione dei farmaci ALFA LITICI all'ingresso, alla dimissione e con specifica delta della variazione della terapia;

Per le registrazioni era stata adottata una scheda cartacea formato excel, nella quale sono state annotate le informazioni fondamentali che devono essere presenti in cartella clinica, da rilevare contestualmente alla presa in carico del pz., per giungere ad un unico elenco che riporti la terapia farmacologica alla dimissione e rendere quindi evidenti i cambiamenti apportati riducendo il rischio di assunzioni improprie o errori terapeutici.

La registrazione di tali dati necessita di tempi non compatibili con il lavoro di reparto perciò è necessario ed imprescindibile l'intervento di un supporto informatico che è stato avviato nel percorso di informatizzazione della cartella clinica.

Nella schede di codifica dei prodotti farmaceutici si è cominciato ad implementare dei campi di stato (via di somministrazione) che costituiscono elemento informativo che sostiene la prescrizione sicura ed in accordo con al concedibilità di SSN, preliminare all'aggancio con la cartella clinica informatizzata che è in corso di realizzazione

PROGETTO AZIENDALE DI RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' E DEI PERCORSI DEI BLOCCHI OPERATORI

Obiettivi 2019

- Completamento e mantenimento delle attività previste
- Proseguimento delle attività inerenti la sicurezza del percorso del ferro/strumentario chirurgico con revisione delle modalità operative al fine di garantire la tracciabilità di tutto lo strumentario chirurgico
- Attivazione di percorsi chirurgici per intensità di cura in particolare attivazione di week surgery sui Presidi Ospedalieri di Mantova ed Asola
- Attivazione della Recovery Room
- Consolidamento delle reti chirurgiche.

Nel corso del 2019:

- sono stati eseguiti audit presso il Blocco Operatorio per verificare il mantenimento dei corretti percorsi igienicosanitari sia dei pazienti che dei materiali con rispetto dei percorsi "puliti" e dei percorsi "sporchi";
- è stata realizzata l'ala rosa dedicata al ricovero delle pazienti della Senologia (due stanze dedicate) nell'area ambulatoriale della Chirurgia e Urologia al 3° piano del Blocco A. La programmazione chirurgica delle pazienti senologiche è stata realizzata seguendo il modello organizzativo week-surgery;
- è stato sviluppato il progetto di creazione della Recovery Room, la quale è stata attivata ufficialmente il 13/01/2020. Grazie alla Recovery Room sono stati ampliate le postazioni di monitoraggio postoperatorio (zona risveglio) presenti nel blocco operatorio del Presidio di Mantova. La Recovery Room è composta da 4 posti letti tecnici destinati all'assistenza dei pazienti più complessi provenienti dalle sale operatorie durante la delicata fase di recupero dall'anestesia. L'obiettivo principale della Recovery Room è la stabilizzazione del paziente postoperato prima della dimissione verso il reparto di degenza o, in caso contrario, verso il reparto di Rianimazione. La Recovery Room è stata

attivata dal lunedì al venerdì (ad esclusione dei giorni festivi) dalle 8 alle 20. La nuova modalità organizzativa è stata introdotta per ottimizzare l'appropriatezza dell'occupazione dei posti letto della SC di Terapia Intensiva Anestesia e Rianimazione, poiché i pazienti operati che necessitano di un periodo di monitoraggio postoperatorio inferiore a 6 ore e senza presumibili complicanze acute non vengono più trasferiti in Terapia Intensiva ma indirizzati ed assistiti in Recovery Room.

in accordo con il Presidio di Pieve di Coriano sono stati distribuiti gli interventi chirurgici in base alla complessità.
 Nello specifico sono stati centralizzati gli interventi maggiori sul colon presso il Presidio di Mantova, mentre gli interventi che richiedono degenze più brevi (tiroide, melanoma) sono stati centralizzati presso il Presidio di Pieve di Coriano.

PROGETTO AZIENDALE SULLA CREAZIONE DI UN CENTRO UNICO PER LA PROGRAMMAZIONE CHIRURGICA

Obiettivi 2019

- estendere l'attività del Centro di Programmazione Chirurgica al 100% delle specialità chirurgiche;
- Sviluppo prototipo cruscotto di monitoraggio strutturato sistema di gestione liste d'attesa

Nel corso del 2019 si è cercato di migliorare il passaggio di informazioni tra il Centro di Programmazione Chirurgica (CPC) e i vari reparti rendendo il percorso standardizzato. Le UU.OO. di Chirurgia Maxillo Facciale, Otorinolaringoiatri, Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Senologia, Urologia hanno sostituito il ritiro delle schede cartacee di proposta di intervento con la trasmissione dei documenti digitalizzati attraverso scansione. Tale programmazione, nonostante sia stata sviluppata per la maggior parte delle UU.OO. chirurgiche, non è stata ancora estesa al 100% delle specialità.

Periodicamente il CPC trasmette alla Direzione Medica di Presidio l'estrazione degli interventi in lista d'attesa suddivisi per priorità.

PROGETTO AZIENDALE PROMOZIONE ATTIVITÀ DI RICERCA

Nel corso del 2019 per quanto riguarda:

- interventi di formazione

E' stato implementato

- 1) un **CORSO AVANZATO** di ricerca clinica organizzato attraverso incontri mensili. L'obiettivo del corso è rendere i partecipanti in grado di disegnare protocolli di sperimentazione. Tutti i protocolli di sperimentazione creati durante il corso hanno ricevuto l'approvazione del comitato etico nel 2019, nello specifico si tratta dei seguenti studi:
- studio sperimentale randomizzato di comparazione, finalizzato a valutare l'efficacia della radiofrequenza rispetto all'uso dell'acido ialuronico vaginale nel trattamento dei sintomi legati all'atrofia vulvovaginale, in pazienti operate per neoplasia mammaria

- studio sperimentale randomizzato riguardante il confronto di efficacia tra due gruppi di lavoratori del dipartimento medico e cardio toraco vascolare per aumentare le movimentazioni ausiliate di pazienti totalmente non collaboranti a seguito di una nuova strategia formativa
- studio sperimentale finalizzato alla valutazione dell'efficacia di incontri di gruppo in pazienti con sovrappeso e obesità con tumore endometrio e seno per l'aiuto ed il sostegno ad adottare un'alimentazione preventiva per calo ponderale e riduzione di fattori infiammatori
- studio osservazionale retrospettivo riguardante la relazione tra la le mortalità dei pazienti dimessi o ricoverati in ospedale e il decesso avvenuto entro 72 ore dall'accesso in pronto soccorso.
- utilizzo dell'ossigenoterapia ad alti flussi nel trattamento della bronchiolite: studio osservazionale retrospettivo in un reparto di pediatria
- 2) un **CORSO BASE** di ricerca clinica (16-17 ottobre 2019), il cui obiettivo principale del corso è stato quello di fornire le nozioni di base riguardo al processo di costruzione di un protocollo clinico. La formazione è ststa rivolta a varie figure sanitarie. il programma viene approfondito nel corso avanzato di ricerca clinica.
- 3) **CONVEGNO RICERCA CLINICA** ASST mantova (31 gennaio 2019), nel quale è stata presentata l'attività di ricerca svolta dall'ASST mantova nel corso del 2018 e in cui sono stati inseriti anche interventi formativi volti a trasmettere nozioni generali riguardanti gli studi clinici.

- Vademecum studi clinici

il vademecum, aggiornato secondo le linee guida internazionali e le procedure amministrative in essere, facilita la creazione di protocolli clinici dedicati alla ricerca sperimentale. esso viene proposto e divulgato presso le sedi e gli operatori che si accingono a creare o a collaborare a studi clinici.

- Anagrafe della ricerca

nel corso del 2019 si è provveduto a creare su cloud un archivio degli studi clinici aziendali suddiviso per anno.

in esso confluiscono:

- a) documenti inviati al comitato etico per l'approvazione degli studi, compresi i protocolli clinici.
- b) documentazione proveniente dall'ufficio affari generali e legali per quanto riguarda delibere di inizio e fine studio, convenzioni e contratti con le aziende promotrici delle sperimentazioni.
- c) documentazione riguardante i protocolli clinici partecipanti all'assegnazione di fondi mediante bando.

GOVERNO DELLE PRINCIPALI LINEE PRODUTTIVE: OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO DEI POSTI E DELLE SALE OPERATORIE

Obiettivi 2019

- Completamento e mantenimento delle attività previste per la gestione dei posti letto;
- attivazione del modello anche per le sale operatorie

L'attività di Bed Management, unitamente al Servizio di Continuità delle Cure, ha svolto un ruolo di fondamentale importanza al fine di garantire l'appropriatezza del percorso clinico-assistenziale del paziente dall'ammissione alla dimissione. L'analisi sistematica quotidiana ha messo in evidenza le varie criticità sia in entrata che in uscita (patient flow). Mensilmente sono state organizzate riunioni con la Direzione Strategica e con i vari Responsabili di Struttura Complessa allo scopo di migliorare i percorsi attraverso l'analisi delle criticità riscontrate e la condivisione delle strategie volte a diminuire i tempi di degenza e a garantire il fabbisogno quotidiano di posti letto sia per i pazienti provenienti dal Pronto Soccorso che per i pazienti elettivi.

Pertanto l'obiettivo nel corso del 2019 si considera raggiunto.

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PER INTENSITÀ DI CURA

La riorganizzazione per intensità di cura ha il fine di aumentare la sicurezza, l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza utilizzando al meglio le risorse disponibili. Nel corso del 2019 è stato applicato questo modello organizzativo alla SC di Medicina Generale costituendo la Medicina C ad alta intensità di cura dedicata ai pazienti internistici clinicamente instabili. Presso il reparto di Medicina C tutti i letti sono dotati di monitoraggio multiparametrico in telemetria.

PROGETTO AZIENDALE SUL BENESSERE ALIMENTARE

L'obiettivo atteso è stato raggiunto in quanto nel corso dell'anno 2019 sono state molteplici le iniziative e le attività inerenti al Progetto relativo al benessere alimentare:

1) I menù sono stati aggiornati ad ogni cambio di stagione (2 volte all'anno) per creare menù invernale ed estivo con il contributo dello chef Luca Marchini ed in collaborazione con il servizio di Nutrizione Clinica. Sono stati inseriti cereali come riso semi-integrale e miglio nei reparti per i degenti e altri cereali come farro e orzo per la mensa dei dipendenti. Le verdure e la frutta offerte sia in mensa che nei reparti sono stagionali. Ad Aprile è stato redatto il ricettario dei menù ospedalieri dell'ASST di Mantova stagionali invernale ed estivo.

Periodicamente i menù dei degenti vengono aggiornati o modificati in base a richieste specifiche provenienti dai reparti. È stato predisposto un menù particolare per i pazienti dell'Oncologia e delle Cure Palliative per venire incontro ad esigenze dei pazienti durante le terapie. È stato inoltre modificato il menù della Pediatria per adeguarlo ai gusti e alle esigenze dei bambini.

In Ottobre è stato fatto un incontro con la Direzione e la Cucina del Presidio di Pieve di Coriano per allineare i menù a quelli del Presidio di Mantova. Gli operatori di cucina di Pieve hanno partecipato ai corsi di cucina tenuti da Luca Marchini nel 2018.

Inoltre durante il 2019 è stato preparato il capitolato di appalto per la nuova gara delle derrate per l'ASST di Mantova assieme ad altri 7 ospedali della Regione Lombardia che hanno le cucine a gestione diretta. Nel capitolato sono stati inseriti prodotti biologici, frutta e verdura di provenienza locale. La commissione formata da 5 membri dell'ASST di Mantova (Dr Consuelo Basili presidente, Dr Maria Chiara Bassi Biologa, Monica Torazzi dietista, Stellina Cestari infermiera dirigente del confort ospedaliero e Nicola Marchetti responsabile di cucina) si è riunita circa 5 volte per valutare le proposte pervenute e decretare il vincitore in base ai punteggi stabiliti nel bando.

Per favorire il consumo di frutta e verdura di stagione, cibi del territorio e alimentazione salutare sono stati fatti incontri coinvolgendo anche il Sindaco e l'amministrazione comunale per la realizzazione del "mercato della salute" all'interno dell'ospedale. Tale iniziativa che doveva realizzarsi in aprile 2020 sarà ripresa non appena le condizioni dell'emergenza Covid19 lo permetteranno.

È stato avviato un progetto in collaborazione con l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna, l'istituto Tumori di Milano, la Fondazioni Maugeri di Castel Goffredo, vari professionisti e professori universitari circa la realizzazione di linee guida per la ristorazione ospedaliera. Sono già state predisposte delle bozze ed è già stato formalizzato il gruppo di lavoro al fine di implementarlo durante gli anni 2020 e 2021.

2) Creare un ambiente idoneo al consumo dei pasti sia in reparto che in mensa (aree dedicate con microonde, tovagliette in carta colorata, schermi TV, dotare gli ambienti sprovvisti di aria climatizzata, sostituire i tavoli e le sedute con altre più confortevoli, attrezzare la mensa pannelli insonorizzanti).

Per abbellire la mensa sono stati posizionati pannelli creati dai ragazzi del Liceo Artistico Giulio Romano di Mantova in collaborazione con il Prof Denti. I pannelli sono stati realizzati dopo incontri svolti a scuola con la nutrizionista D.ssa Bassi Maria Chiara sul tema della salute e dell'educazione alimentare. I pannelli sono stati inizialmente collocati come mostra all'ingresso dell'ospedale e poi posizionati nella mensa dipendenti.

Per quanto riguarda i pazienti si sta valutando di utilizzare piatti di ceramica e di ripristinare il lavaggio con lavastoviglie. Sono stati preparati poster per spiegare il progetto "Chef in Ospedale" e per fornire ai pazienti nozioni utili per uno stile alimentare che promuove la salute.

3) In collaborazione con il servizio di Nutrizione Clinica e le dietiste ciclicamente vengono proposti articoli inerenti la sana alimentazione e la prevenzione di malattie corniche attraverso uno stile di vita sano.

È stato predisposto un opuscolo per la preparazione alla chemioterapia ed un opuscolo sull'alimentazione in gravidanza. Con la collaborazione della Dr.ssa Barbara Presciuttini si sta lavorando ad un opuscolo sulla gestione e prevenzione dell'osteoporosi. Inoltre assieme alla Farmacia Ospedaliera sta per essere ultimato un opuscolo sull'interazione farmaci, alimenti e nutrienti ad utilizzo dei medici ospedalieri.

Sul sito intranet aziendale vengono settimanalmente pubblicati i menù della mensa. Non sono stati pubblicati menù specifici per le varie patologie ma sono stati fatti incontri e corsi nei reparti in collaborazione con il servizio di nutrizione clinica per fornire suggerimenti per l'alimentazione dei pazienti.

Per favorire il consumo di frutta e verdura di stagione, cibi del territorio e alimentazione salutare sono stati fatti incontri coinvolgendo anche il Sindaco e l'amministrazione comunale per la realizzazione del "mercato della salute" all'interno dell'ospedale. Tale iniziativa che doveva realizzarsi in aprile 2020 sarà ripresa non appena le condizioni dell'emergenza covid 2-19 lo permetteranno.

In collaborazione con il Consultorio di Goito sono stati organizzati degli incontri con le mamme sulla sana alimentazione dei figli a partire dallo svezzamento. Durante gli incontri erano presenti circa 20 mamme accompagnate talvolta dai mariti.

In collaborazione con con Mutty Castiglione delle Stiviere sono stati organizzati 2 incontri (16 e 30 ottobre 2019) con la partecipazione dello psicologo: uno dedicato all'alimentazione complementare e per la prima infanzia e una degustazione di dolci senza zucchero dedicata all'alimentazione sana e buona per tutta la famiglia. Gli incontri sono tati realizzati in orari diversi per permettere alle famiglie di poter partecipare.

In collaborazione con la ginecologia ed in particolare con il Dr Luca Orazi sono state organizzate serate di sensibilizzazione circa la prevenzione oncologica ginecologica. In questi incontri è stato dato spazio anche all'alimentazione come strumento ulteriore di prevenzione. Gli incontri sono stati realizzati in collaborazione con le amministrazioni comunali dei comuni di Villimpenta, Curtatone, San Benedetto Po, Rodigo e Mantova nelle date del 1/3/2019, 27/9/2019, 10/10/2019, 18/10/2019 e 29/11/2019.

Con cadenza bisettimanale la Dr.ssa Maria Chiara Bassi e la Psicologa Chiara Iridile hanno tenuto incontri sulla prevenzione oncologica terziaria rivolta alle pazienti oncologiche. Tali incontri hanno lo scopo di accompagnare le pazienti nel cambiamento dello stile alimentare supportandole con nozioni pratiche ed un sostegno psicologico. Il progetto dedicato inizialmente alla prevenzione terziaria in particolare del tumore al seno ha visto nel tempo la partecipazione anche di persone non ammalate che desideravano avere informazioni per un attiva prevenzione primaria.

4. per quanto riguarda l'organizzazione uno stage formativo per gli operatori di cucina con un consulente (organizzazione corsi di cucina "salutare" aperti a tutti, dipendenti e familiari e organizzazione di seminari sul gusto, sugli effetti benefici dell'alimento, su ricette da comporre, sempre in un ottica salutare e di educazione alimentare), nel 2019 è stato concordato un progetto con l'associazione Confcommercio di Mantova ed i ristoratori del territorio. Il progetto presentato venerdì 10 maggio 2019 ai ristoratori della Provincia di Mantova ha avuto lo scopo di diffondere la sana e buona alimentazione nel territorio ed una collaborazione dei cuochi al miglioramento o alla varietà dei piatti offerti in ospedale. Per il progetto sono state predisposte linee guida presentate e consegnate ai ristoratori al fine di predisporre piatti e menù in linea con la dieta mediterranea e i principi di una sana alimentazione. Nelle linee guida sono presenti anche indicazioni circa l'utilizzo di spezie ed aromi per diminuire l'assunzione di sale, la riduzione del consumo di zucchero e l'utilizzo di tecniche di cucina mirate a rendere più assimilabili le vitamine e i nutrienti presenti negli alimenti. Il

progetto aveva come obiettivo la creazione di momenti di formazione tra i cuochi del territorio e i cuochi della cucina dell'ospedale ed offrire lezioni di cucina accompagnati da spiegazioni circa la sana alimentazione nei ristoranti aderenti.

10. Qualità delle cure - Appropriatezza - Risk Management

Rispetto a quanto definito nel Piano Annuale Qualità e Risk Management 2019 le azioni e gli interventi si sono orientati su quanto desunto dalle indicazioni regionali nell'ambito di:

- o attività condotte nel progetto regionale sulle valutazioni delle Aziende Sanitarie (sistema di autovalutazione) ed in particolare su quanto rilevato dagli audit interni
- o avversi/near miss ed eventi sentinella, del benchmarking regionale e su quanto indicato dalle linee guida regionali di Risk Management nonché dalle indicazioni ministeriali in tema di sicurezza dei pazienti
- Attività ricondotte allo sviluppo del sistema di gestione per la qualità (SGQ) in linea con le norme ISO 9001:2015 e
 ISO 19011:2012 su tutta l'Azienda ed in particolare alle UU.OO. certificate.
- Attività di analisi dei sinistri
- o Attività ricondotte nell'ambito del mantenimento dei requisiti di accreditamento istituzionale
- o Appropriatezza clinica ed assistenziale
- Sistema di auditing interno
- Sicurezza delle informazioni

Tutta l'attività di gestione del miglioramento della qualità e delle sicurezza del paziente è stata allineata alle strutture territoriali per rendere omogenei i percorsi.

Al fine di meglio supportare le attività di gestione del rischio clinico e del mantenimento del sistema aziendale di gestione per la qualità la SC utilizza uno specifico software "Taleteweb" con i seguenti applicativi:

Rischio Clinico per la gestione reattiva e proattiva del (segnalazioni e gestione delle azioni correttive)

Gestione documenti per la gestione controllata della documentazione aziendale

Cruscotto Indicatori

Qualità 2015 per la gestione del SGQ secondo la nuova norma UNI EN ISO 9001:2015.

Il Piano di miglioramento integrato dell'organizzazione (PIMO) è stato definito nell'ambito del riesame aziendale con il coinvolgimento dei responsabili di processo (Gruppo Aziendale Coordinato dal RQA coincidente con il gruppo di coordinamento di Risk Management e Comitato Qualità / tavolo strategico con integrazione in un unico piano aziendale dei piani di Risk Management, formazione, qualità, appropriatezza, CIO, comunicazione, RSPP, controllo di gestione, SIC, farmacovigilanza, SRU, ecc..).

Le iniziative di Risk Management si sono orientate trasversalmente a tutti i processi aziendali con particolare riguardo al rispetto delle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica e agli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente secondo il progetto di valutazione delle performances qualitative della Regione Lombardia (sistema di autovalutazione).

Tra le attività, in particolare, si è posta l'attenzione sugli obiettivi internazionali della sicurezza:

Identificazione corretta del paziente

- Miglioramento dell'efficacia della comunicazione
- Miglioramento della sicurezza dei farmaci ad alto rischio
- Identificazione dell'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta
- Riduzione del rischio associato alle infezioni nell'assistenza sanitaria
- Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta

e sulle 18 Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico:

- 1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio Kcl ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;
- 2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
- 3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura,
- 4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;
- 5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO;
- 6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;
- 7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
- 8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
- 9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/ apparecchi elettromedicali
- 10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati
- 11. Prevenzione della morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- 12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look alike / sound alike" LASA
- 13. prevenzione e la gestione delle cadute del paziente nelle strutture sanitarie
- 14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antiblastici
- 15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di Triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
- 16. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita
- 17. Riconciliazione della terapia farmacologica
- 18. Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli;

L'autovalutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia, come già avviene dal 2016, è stata effettuata dai Direttori e dai Coordinatori Infermieristici di UU.OO cliniche : coinvolte 60 UU.OO, hanno completato e inviato l'autovalutazione 50 UU.OO)

Dal report della valutazione emerge che complessivamente l'adesione agli standard è del 94%.

Gli standard meno applicati riguardano le sezioni di

- EDUCAZIONE DEI PAZIENTI E FAMIGLIARI (EPF) 86%
- QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE (QDP) 81%
- ACQUISIZIONE ATTREZZATURE E SUPERVISIONE DEI CONTRATTI (AAS) 92%

Sono stati sviluppati i seguenti PROGETTI:

- "Progetto di sicurezza clinica ed assistenziale in ambito ostetrico" che ricomprende le seguenti fasi desunte dalle evidenze degli audit clinici condotti dal 2010 su emorragia post partum, gestione del CTG.
- "Progetto Riduzione delle Infezioni correlate all'assistenza sanitaria" attraverso il sostegno delle attività del CIO che include l'attività riferita alla gestione delle sepsi.
- "Progetto Sicurezza del paziente in sala operatoria": ridefinizione dei percorsi e alla valutazione delle loro applicazione con attività di audit e osservazione sul campo, audit peer review
- Risk assessment basato su strumenti di data mining, progetto multicentrico coordinato dal Prof. Auxilia
- Implementazione del Piano e degli Strumenti di Gestione del Rischio Clinico negli Istituti Penitenziari

Nel corso del 2019 è stata proposta ed accettata, prima, dal tavolo di Risk Management Regione Lombardia e successivamente da AGENAS come buona pratica il PDTA90 Percorso Diagnostico Terapeutico per la Gestione della donna con patologia onco-ginecologica

Sono state progettate e attuate INIZIATIVE DI FORMAZIONE ED INTERVENTO rivolte a tutte le Unità Operative dell'ASST di Mantova finalizzate al miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente. Le aree di intervento sono:

- Sicurezza in ambito chirurgico
- Sicurezza in ambito ostetrico
- Sicurezza sul farmaco
- Infezioni correlate all'assistenza
- Comunicazione interna e dinamiche d'equipe
- Audit Clinici
- Gruppi di Miglioramento
- Legge Gelli e Linee guida
- Gestione del Sistema qualità secondo ISO 9001:2015 e applicazione software Taleteweb

ATTIVITÀ DEI GRUPPI E AUDIT CLINICI: lo sviluppo integrato delle attività di miglioramento della qualità e di risk management hanno compreso la conduzione dei gruppi di miglioramento individuati nell'ambito dei piani d'azione riconducibili all'analisi dei rischi o da esplicite esigenze provenienti dai dipartimenti.

Nel corso del 2019 sono stati attivati 40 Audit Clinici e 44 Gruppi di Miglioramento finalizzati a:

- Stesura/revisione di Procedure/ Percorsi /PDTA:
- Miglioramento organizzativo e di processo:
- Miglioramento nell'addestramento / consapevolezza / coinvolgimento del personale

• Adeguamento a normativa / linee guida /norme di buona pratica /norme tecniche

Il PIANO DI AUDIT INTERNO del 2019 è stato completato nelle due sezioni composte da:

- o Piano di audit interni organizzativi finalizzati a
 - valutare il livello di conformità agli standard e ai requisiti dei poli vaccinali aziendali
 - valutare il livello di conformità ai requisiti di accreditamento istituzionale organizzativi e strutturali specifici in tutte le UU.OO del Dipartimento Emergenza Urgenza, dei Blocchi Operatori Aziendali, Anatomia Patologia e Pediatria Mantova
- Piano di audit interni finalizzati a verificare la conformità ai requisiti applicabili della norma ISO 9001:2015 +
 PDTA 86. (Totale 29 Audit interni ISO)

ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ E DELLA CERTIFICAZIONE ISO 9001:2015. Nel mese di Giugno è stato espletato l'audit di sorveglianza della certificazione Norma ISO 9001:2015 con una valutazione complessiva sulla conformità ed efficacia del sistema positiva.

Nell'arco del 2019 sono state coordinate e implementate tutte le azioni finalizzate alla Certificazione ISO 9001 del primo PDTA aziendale "PDTA86 Gestione multidisciplinare del paziente con carcinoma della prostata". L'audit di certificazione ha avuto esito positivo; è stato riemesso il certificato ISO 90001:2015 ASST con l'estensione al PDTA.

Sono state implementate tutte le azioni per il Rinnovo anno 2019 della Certificazione Carta Diritti Bambino Pediatria Mantova.

ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELL'APPROPRIATEZZA E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

- Controllo della qualità documentale e dell'appropriatezza clinica della cartelle cliniche di ricovero ordinario campione scelto dall'ATS del 3% dei dimessi 2019
- Governo della domanda ed appropriatezza prescrittiva attraverso la definizione di percorsi di appropriatezza prescrittiva
- Gestione della Documentazione Sanitaria: di ricovero, ambulatoriale, macroattività ambulatoriali MAC e BIC
- continua e puntuale definizione, revisione e controllo delle cartelle cliniche, dei consensi informati a trattamenti sanitari, formazione in merito del personale per competenza) con audit interni (secondo il programma aziendale annuale (UU.OO. e Servizi) e Valutazione delle performance e dello stato di attuazione del Sistema Qualità e Rischio, della Documentazione Sanitaria di ricovero e ambulatoriale
- Corretta applicazione dei PDTA formalizzati e orientati dalla valutazione dell'appropriatezza sul campo con audit clinici e reti di patologia
- Valutazione dei PDTA da reti di patologia attraverso la verifica dell'andamento degli indicatori predefiniti del PNE
 e riduzione del fenomeno della mortalità a 30 giorni per interventi chirurgici di tumore al polmone, stomaco e
 colon attraverso audit clinici sulla valutazione degli esiti (campione da auditare da fonte PNE anno 2019)

- Miglioramento della compilazione della documentazione ambulatoriale a seguito di verifica NOC riduzione delle decurtazioni economiche – valutazione attraverso indicatori aziendali – rendiconto semestrale nell'applicativo Taleteweb
- REMS _ Requisiti organizzativi previsti dall'accreditamento istituzionale: la documentazione sanitaria.
- Miglioramento dell'appropriatezza del monitoraggio dei parametri vitali di ALLERTA per le pazienti ostetriche (puerpere) e gravide di ogni settimana di gestazione per individuare e monitorare la donna con quadro clinico critico
- Prosecuzione dell'estensione dell'informatizzazione della Cartella Clinica Elettronica ai reparti chirurgia: Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica e Chirurgia Generale 2018 2019.
- Sviluppo della documentazione sanitaria nell'ambito delle cure palliative come previsto dalle regole regionali.

ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELLA FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING:. Azione 1. Attività di Internal Auditing (IA) con lo scopo di verificare l'esistenza, l'adeguatezza, la conoscenza e la corretta applicazione delle normative atte a regolare il processo di contrattazione ed acquisizione di beni, servizi e lavori per garantire un adeguato Sistema di Controllo Interno, anche ai fini del D. Lgs. 231/2001 e L.190/2012

Azione 2. Monitoraggio dell'attività di Internal auditing dell'esercizio precedente 2018 e 1° semestre 2019 - regole regionali

ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELLA SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI

Il Gruppo di approfondimento tecnico della sicurezza delle Informazione dell'ASST Mantova istituito Con delibera n. 3.16 del 15.03.2018 ha sviluppato per le differenti competenze richieste un programma di interventi coerente con le Linee Guida emanate da Regione Lombardia in sinergia con Lombardia informatica. Nell'anno 2019 sono stati svolti incontri con i responsabili previsti dall'organigramma finalizzati alla stesura di procedure e allo svolgimento degli audit da parte del DPO da cui sono scaturite azioni di miglioramento inserite nel Piano operativo

Il piano operativo e l'organigramma per la sicurezza delle informazioni deliberato con atto n.1707 del 19.12.2018 è stato sviluppato nell'anno 2019 ed è oggetto di avanzamento rispetto alle attività previste dalla normativa vigente.

ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DELLA CERTIFICAZIONE DEL BILANCIO (PAC)

Nell'ambito del percorso di certificazione del bilancio, in linea con le linee guida regionali, si è provveduto alla stesura di procedure inerenti i processi oggetto di certificazione inserendole nel sistema documentale aziendale (Taleteweb) al fine di per avviare specifici audit interni nell'anno 2020.

I processi saranno pertanto oggetto di valutazione sia per quanto concerne la definizione delle responsabilità che l'effettiva implementazione nel contesto operativo.

11. Interventi Strutturali

Si riporta di seguito una rendicontazione sintetica degli interventi e delle azioni eseguite nel 2019:

- Ristrutturazione edificio ex lavanderia: I lavori di ristrutturazione relativi all'intervento di ristrutturazione dell'edificio ex lavanderia per la realizzazione di un nuovo CUP e Centro Prelievi sono proseguiti per tutto l'anno 2019 e proseguiranno per parte del 2020. In particolare l'esercizio 2019 ha visto la realizzazione delle seguenti fasi:
 - i. in data 05/06/2019 è stato emesso il 3° SAL da corrispondere alla ditta esecutrice;
- ii. è stata predisposta dal Direttore Lavori la documentazione progettuale di perizia di variante da inviare in Regione Lombardia per l'approvazione. Con atto n. 794 del 28/06/2019 è stato inoltre deliberato l'affidamento dei lavori di sgombero e predisposizione preliminare (strip out) del 1° piano dell'edificio ex lavanderia, finanziando l'intervento mediante utilizzo della riserva di cui all'art. 30 del D.Lgs. 118/2011 scaturita nel bilancio di esercizio 2018;
- iii. in data 31/07/2019 è stato emesso il 4° SAL da corrispondere alla ditta esecutrice ed il 5° SAL è previsto per l'inizio del mese di ottobre;
- iv. è stata inviata in Regione Lombardia la documentazione progettuale di perizia di variante e con nota del 10/10/2019 Regione Lombardia Direzione Generale Welfare ha espresso formale nulla osta per la realizzazione delle opere di variante;
- v. in data 08/11/2019 è stato emesso il 6° SAL da corrispondere alla ditta esecutrice;
- vi. in data 18/12/2019 è stato emesso il 7° SAL.
- VI ATTO INTEGRATIVO dell'Accordo di Programma Quadro in materia di Edilizia Sanitaria BLOCCO C "Interventi finalizzati all'accreditamento ed al riordino dei servizi presso il P.O. di Mantova": nel corso dell'esercizio 2019, il RUP ha valutato le migliorie proposte in relazione all'offerta tecnica della Ditta aggiudicataria dei lavori al fine di verificare la definizione/ingegnierizzazione delle migliorie nel progetto esecutivo. L'inizio dei lavori è previsto nel corso del 2020.
- Adeguamento alla normativa antincendio (D.G.R. n. X/ 5508 del 2/08/2016): I lavori di ristrutturazione ed adeguamento antincendio sono iniziati nel corso del 2019 e si prevede l'ultimazione entro il 2020.
- Miglioramento dei livelli di sicurezza antincendio e bonifica amianto: con atto n. 479 del 24/04/2019 sono stati aggiudicati i lavori e la consegna lavori è avvenuta in data 25/11/2019. L'ultimazione dei lavori è prevista per il 2021.
- Realizzazione POT presso il P.O. di Bozzolo: con atto deliberativo n. 1034 del 19/09/2019 sono stati aggiudicati i lavori. La consegna lavori alla ditta aggiudicataria è prevista per il 2020.
- Realizzazione Pre.sst di Goito e creazione rete territoriale con ATS Val Padana: con atto deliberativo n. 1034 del 19/09/2019 sono stati aggiudicati i lavori. La consegna lavori è prevista per il 2020.
- Realizzazione POT di Pieve di Coriano: nel corso del 2019, dopo la consegna del progetto esecutivo che ha visto una modifica del quadro economico a seguito dell'inserimento nel progetto di interventi aggiuntivi richiesti da ATS, sono in corso di definizione possibili ulteriori modifiche.
- Realizzazione di un nuovo parcheggio propedeutico alla realizzazione REMS definitive presso le REMS di Castiglione
 delle Stiviere: con atto n. 480 del 24/04/2019 sono stati aggiudicati i lavori, il 17/09/2019 si è proceduto alla firma del

contratto con l'impresa aggiudicataria dei lavori ed in data 23/09/2019 ha avuto luogo l'inizio lavori. Inoltre, in data 13/12/2019 è stato emesso il 1° SAL. La fine lavoro è prevista per il l° semestre 2020.

12. Sistema informativo socio sanitario

Le attività realizzate dal 2019 hanno riguardato sia l'ambito territoriale che quello ospedaliero per i quali si è operato nell'ottica della completa integrazione dei servizi partendo dagli aspetti tecnologici (infrastruttura di rete, connettività, regole di accesso, regole di sicurezza) per procedere su aspetti di carattere applicativo con una polarizzazione verso l'estensione e l'omogeneizzazione delle soluzioni sia per quanto gli utenti (utilizzatori) che per i servizi erogati al pubblico.

Dal punto di vista tecnologico sono state migrate tutte le reti dati ricorrendo in alcuni casi alla attivazione di connessioni a larga banda (fibra ottica) come ad esempio per le sedi di Suzzara, Castiglione delle Stiviere e Viadana per altre, invece, si è ricorsi a tecnologie MPLS con opportuno dimensionamento della banda ed infine su alcune sedi alla attivazione di ponti radio.

Il passaggio alle nuove reti dati hanno inoltre dato impulso alla migrazione di telefonia ip con attestazione su centrale telefonica di ASST (nuova numerazione), tale attivazione ha permesso l'abbattimento dei costi propri della telefonia poiché tutte le comunicazioni interne (intra-sede ed inter-sede) vengono gestite all'interno della medesima connessione dati utilizzata anche per il traffico delle stazioni di lavoro.

La strumentazione di lavoro (pc, stampanti, ecc...) disponibili agli utenti è stata ricondotta agli standard aziendali dove, per mezzo dei servizi di Fleet Management (shared-services di Regione Lombardia), si è provveduto alla sostituzione degli asset con quelli di fornitura ed assistenza centralizzata; i sistemi di rilevazione presenze sono stato estesi a tutte le sedi divenute ASST.

La nuova rete dati di ASST così strutturata si pone come elemento qualificante per l'attivazione di PreSSt/POT: l'aggiunta di qualsiasi asset informatico pone l'infrastruttura nativamente collegata con il resto dell'azienda senza la necessità di dover ricorrere a nuove connessioni garantendo performance, sicurezza ed omogeneità applicativa, medesima base dati per tutti gli utenti indistintamente dalla sede nella quale prestano attività.

Parallelamente alle attività d'integrazione ospedale-territorio, il SIA ha contribuito alla realizzazione del Centro Servizi, localizzato nella sede Ospedaliera, per il quale previa analisi di marcato è stata anche individuata una soluzione applicativa per la Presa in Carico del Paziente Cronico, soluzione che si pone come integrazione anche applicativa tra il territorio e l'ospedale.

Lato applicativo è stata fata una analisi del as-is per poter identificare azioni d'integrazione/ottimizzazione con gli applicativi aziendali già in esercizio anche in ambito ospedaliero, per altri invece si è provveduto all'estensione delle

soluzioni ospedaliere all'ambito territoriale dove soprattutto, le soluzioni si sono mostrate più mature rispetto a quanto precedentemente utilizzato.

Tra le altre azioni previste dal piano di evoluzione del SIA, con riferimento ai c.d. "Shared Services" si possono riassumere le seguenti:

Adesione (attività già operative):

- Fleet Management
- Conservazione a Norma

13. Promozione e sicurezza sul lavoro

La Struttura Medicina del lavoro nel corso del 2019 ha continuato le attività di valutazione, gestione, controllo delle tematiche inerenti la salute, l'igiene e la sicurezza sul lavoro, svolgendo gli adempimenti prescritti dalla vigente normativa ed indicati dalle buone prassi. Ha promosso consultazioni periodiche in materia di tutela e promozione della salute con i vari portatori di interesse aziendali ed extra-aziendali (ad esempio, ATS, Circolo Aziendale Ospedaliero di Mantova, Comune di Mantova). Inoltre, ha consolidato le azioni già in atto tra i dipendenti dell'Azienda in ambito di promozione di profilassi vaccinali e di prevenzione delle patologie cronico-degenerative, promuovendo l'alimentazione corretta, l'attività motoria e la cessazione dell'abitudine tabagica. Tali attività sono state condotte attraverso iniziative personalizzate e collettive, suddivise per area territoriali, coinvolgendo anche i familiari (ad esempio, corsi a tariffe agevolata e svolti nei pressi del luogo di lavoro; tornei ed iniziative sportive sul territorio; attività seminariali). Nel 2019 tutti i presidi dell'Azienda risultano iscritti al Programma Regionale WHP; le attività sono state condivise e coordinate con i referenti del programma in ATS Valpadana.

14. Acquisti centralizzati - Gare aggregate

Gli acquisti di beni sanitari compresi nelle 25 categorie individuate dal DPCM 11 luglio 2018, per i quali l'acquisto non può avvenire per via autonoma da parte degli Enti Sanitari se non all'interno delle soglie annuali di obbligatorietà previste, sono stati effettuati nel rispetto della predetta normativa.

Nei casi in cui i predetti beni non fossero presenti in convenzioni attive di uno dei soggetti aggregatori, si è provveduto a richiederne l'attivazione della relativa procedura di acquisto, procedendo nel frattempo ad un affidamento temporaneo in forma autonoma.

Salvo casi di estrema urgenza e nelle ipotesi consentite, si è proceduto ad utilizzare nello svolgimento delle procedure per l'aggiudicazione dei contratti di fornitura, lo strumento telematico SINTEL di Regione Lombardia, come previsto dalla LR n. 33/2007.

In ogni caso, anche per i beni appartenenti ad ambiti merceologici diversi da quelli di cui alle predette categorie, qualora ve ne fosse la disponibilità e compatibilmente con le esigenze ed i fabbisogni espressi dalle strutture sanitarie, si è aderito alle convenzioni della Centrale regionale Acquisti e di CONSIP.

In subordine si è provveduto ad indire o aderire a procedure in forma aggregata con altre Aziende sanitarie, prioritariamente con quelle appartenenti all'area territoriale definita da Regione Lombardia con DGR n. X/7600 del 20/12/2016.

Solo in vi a subordinata si è provveduto mediante procedure di aggiudicazione autonome.

Avendo preventivamente monitorato le iniziative dei soggetti aggregatori sopra citati e le iniziative di gara aggregata delle altre aziende sanitarie regionali, attraverso lo strumento della programmazione definita la Tavolo Tecnico degli appalti, la percentuale di spesa sostenuta per l'approvvigionamento di beni sanitari in forma aggregata, per mezzo di adesioni a convenzioni centralizzate o partecipazione a procedure condivise con altre Aziende sanitarie regionali, risulta in costante aumento nell'ultimo triennio e nel 2019 ha raggiunto il livello dell'81,66 % del totale.

Conclusioni

Dalla rendicontazione degli obiettivi del Piano della Performance per l'anno 2019 emerge, dunque, un sostanziale raggiungimento degli obiettivi previsti da piano, la cui sintesi viene di riportata di seguito.

Sono state riscontrate alcune criticità sul pieno conseguimento dei risultati attesi per alcuni obiettivi, rispetto ai quali hanno inciso fattori sia interni che esterni. Sugli stessi obiettivi l'Azienda ha intrapreso delle azioni di miglioramento per incidere positivamente sulla performance organizzativa

Tabella sintesi consequimento obiettivi anno 2019

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2019	RISULTATO OTTENUTO 2019	PERFOMANCE 2019
Efficienza	Produzione	volumi attività e/o valore produzione	Mantenimento	+2,1%	•
	Consumi	Rapporto consumo di materiale sanitario/produzione	Ottimizzazione	-0,1%	•
	Personale	Rapporto costo del personale/produzione	Ottimizzazione	86,3% nel 2019 vs 86,7% nel 2018	•

	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% (vedi rendicontazione a pag. 15)	•
	Posti Letto	Degenza media vs target regionale	Miglioramento	Degenza media 2019: 7,55 Degenza media Regionale (Da rapporto ricoveri 2018): 8,87 Degenza Media Pre- operatoria: 0,9	•
Qualità Processi Organizzativi		Tasso di occupazione	Ottimizzazione	2018: 86%; 2019: 87%	•
Organizzativi	Sale Operatorie	miglioramento utilizzo piattaforma (% occupazione)	Consolidare ≥ 90%	90,2%	•
		week surgery	attivazione	Attivata	1
		Recovery Room	attivazione	Attivazione ufficiale il 13.01.2020	•
	Sviluppo progetti interaziendali Cremona	numero ambiti/progetti di collaborazione e/o volumi di prestazioni	CONSOLIDAMENTO	Vedi rendicontazione a pag. 28	•
Efficacia	Percorso Nascita	N° partoanalgesie/N° parti totali	Consolidamento /sviluppo	2018: 20,2%; 2019: 28,8%	•
		numero parti cesarei /numero parti totale	2019 < 2018	2018: 32,0%; 2019: 30,9%	•
	Donazioni & Trapianti	N° donatori segnalati	Mantenimento/miglio ramento	7 nel 2019 (4 donazioni vs 13 del 2018 (10 donazioni) Vedi rendicontazione a pag.20	\ \
		N° donatori cornee/decessi	10%	4,3% Vedi rendicontazione a pag.20	
	Reti di Patologia	STROKE		Vedi rendicontazione a pag. 20	
		STEMI	consolidamento/migl ioramento rispetto ad anno precedente		
		ROL-Mammella			
		R OL-Colon Retto			
	PNE e Network	Indicatori da cruscotto regionale	consolidamento/migl ioramento rispetto ad anno precedente	Vedi rendicontazione a pag. 21	•

	Percorso miglioramento performance	Ricoveri ripetuti	Miglioramento	-2019: 10,06%; - 2018: 8,92% - scostamento rispetto mediana regionale: - 2,52%	•
		Ritorni in sala operatoria		-2019: 2,4%; - 2018: 1,7% - scostamento rispetto mediana regionale: - 0,4%	•
Appropriatezza e Qualità	LEA	Incidenza DRG ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	Consolidamento	2019: 4,3% 2018: 6,5%	
dell'assistenza	Fratture di Femore	% fratture di femore operate entro 48 ore	Consolidamento rispetto al Target % Regionale (74%)	Performance 2019: 64%	\
	Appropriatezza Farmaceutica	utilizzo farmaci equivalenti e biosimilari	incremento	+ 98% rispetto al 2018	1
	Alte specialità	Volumi casistica	consolidamento/migl ioramento	+963 casi rispetto al target	•
Accessibilità e soddisfazione utenza	Tempi di Attesa	prestazioni di ricovero monitorate Regione/ASL entro i tempi previsti	Miglioramento: % rispetto 95%	90,4% nel 2019 VS 86,9% del 2018	•
		primi accessi prestazioni ambulatoriali monitorate Regione/ASL entro i tempi previsti	Miglioramento: % rispetto 95%	Rilevazione 2019: 97%	•
	Presa in carico del paziente: sviluppo PreSST e POT	implementazione	attivazione di almeno due percorsi	Vedi rendicontazione a pag. 29	•
	Sviluppo RETI per la continuità assistenziale: R.I.C.C.A	Implementazione Rete (vedi obiettivi specifici progetto pag. 29)	Implementazione e sviluppo	Vedi rendicontazione a pag. 30	•

	Sviluppo RETI per la continuità assistenziale: R.I.M.I.	Implementazione Rete (vedi obiettivi specifici progetto pag. 30)	Implementazione e sviluppo	Vedi rendicontazione a pag. 32	•
	Presa in carico	n. dei patti di cura vs manifestazioni di interesse	rispetto target regionale		
	del paziente: Centro Servizi	n. di PAI pubblicati vs n. di patti di cura sottoscritti		Vedi rendicontazione alle pag. 27 e 33	•
	Nuovi percorsi di presa in carico dei pazienti cronici	Perfezionamento e integrazione percorsi (vedi obiettivi specifici pag. 32)	implementazione	Vedi rendicontazione a pag. 34	•
	Rete delle Cure Palliative	sviluppo e implementazione nuovo modello (vedi obiettivi specifici pag. 33)	consolidamento/impl ementazione	Vedi rendicontazione a pag. 34	•