



AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE  
DI MANTOVA

# **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2017**

# INDICE

1. Premessa .....	3
1. Introduzione: richiamo Piano delle Performance 2017-2019.....	4
3. Valutazione performance anno 2017 .....	7
Premessa: attuazione della L.R. n. 23/2015.....	7
Dati di sintesi attività anno 2017 .....	8
3.1 Dimensione dell'Efficienza .....	11
3.2 Dimensione della Qualità dei Processi Organizzativi .....	14
3.3 Dimensione dell'Efficacia .....	19
3.4 Dimensione dell'Appropriatezza e Qualità dell'assistenza .....	23
3.5 Dimensione dell'Accessibilità e soddisfazione dell'utenza .....	26
Progetti interaziendali ASST di Mantova e di Cremona.....	29
Progetti Aziendali .....	29
Qualità delle cure – Appropriatezza - Risk Management.....	42
Interventi strutturali .....	48
Sistema informativo socio sanitario.....	50
Promozione e sicurezza sul lavoro .....	51
Acquisti centralizzati – Gare aggregate .....	52
4. Conclusioni .....	53
4.1 Tabella sintesi conseguimento obiettivi anno 2017 .....	54

## 1. Premessa

La “Relazione sulla Performance” 2017 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 2017-2019.

Essa è redatta, a conclusione del ciclo di gestione della performance 2017, 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.

Con il 2017 è entrata nel vivo la fase più operativa di sviluppo della riforma ed infatti è corposa la parte progettuale del PdP di declinazione degli elementi innovativi e caratterizzanti il processo di riforma del sistema. Con l’approvazione, poi, del nuovo POAS sono stati modificati gli assetti organizzativi allo scopo di massimizzare la capacità gestionale strategico-operativa dell’organizzazione per sostenere l’implementazione proattiva della riforma.

# 1. Introduzione: richiamo Piano delle Performance 2017-2019

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) 2017-2019 (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, Appropriatazza e Risk Management
- 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 2017-2019, la tabella che schematizza gli obiettivi con i relativi indicatori e risultati attesi per le diverse aree a valere per l'anno 2017.

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2017
Efficienza	Produzione	volumi attività e/o valore produzione	Mantenimento
	Consumi	Rapporto consumo di materiale sanitario/produzione	Ottimizzazione
	Personale	Rapporto costo del personale/produzione	Ottimizzazione
Qualità Processi Organizzativi	Trasparenza e prevenzione della corruzione: chiusura delle azioni previste dal piano	n° di azioni previste dal piano chiuse / n° azioni previste dal piano	100%
	Posti Letto	N° dimissioni e ricoveri da P.S. nelle fasce orarie della mattina e nei giorni festivi	Miglioramento
		Degenza media	Miglioramento
	Sviluppo progetti interaziendali Cremona	numero ambiti/progetti di collaborazione e/o volumi di prestazioni	Miglioramento
Sale Operatorie	Progetto di riorganizzazione miglioramento utilizzo piattaforma (% occupazione)	Miglioramento	
Efficacia	Percorso Nascita	N° partoanalgesie/N° parti totali	Consolidamento/miglioramento
		numero parti cesarei /numero parti totale	Miglioramento
	Donazioni & Trapianti	N° donatori segnalati	Mantenimento/miglioramento
		N° donatori cornee/decessi	10%
	Reti di Patologia	TRAUMA	Rispetto Obiettivi Portale di governo
		STROKE	
		STEMI	
		ROL-Mammella	
		R OL-Colon Retto	
		RENE	
REL			
Area Salute Mentale	definizione piano di azioni n° pazienti presi in carico in maniera integrata	evidenza	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2017
Appropriatezza e Qualità dell'assistenza	Percorso miglioramento performance	Ricoveri ripetuti	Miglioramento
		Ritorni in sala operatoria	Miglioramento
	LEA	Incidenza DRG ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	< 10%
	Fratture di Femore	% fratture di femore operate entro 48 ore	>=70%
	Appropriatezza Farmaceutica	utilizzo farmaci equivalenti e biosimilari	incremento
	Alte specialità	Peso medio e volumi	Consolidamento/Miglioramento
Accessibilità e soddisfazione utenza	Tempi di Attesa	prestazioni di ricovero monitorate Regione/ASL entro i tempi previsti	Miglioramento: % rispetto 95% 2017 > 2016
	Tempi di Attesa	primi accessi prestazioni ambulatoriali monitorate Regione/ASL entro i tempi previsti	Miglioramento: % rispetto 95% 2017 > 2016
	Presa in carico del paziente: sviluppo PreSST e POT	n° strutture attivate	attivazione di almeno una struttura
	Sviluppo RETI per la continuità assistenziale: R.I.C.C.A	Attivazione Rete	definizione progetto operativo ed attivazione
	Sviluppo RETI per la continuità assistenziale: R.I.M.I.	Attivazione Rete	definizione progetto operativo ed attivazione
	Presa in carico del paziente: Centro Servizi	Attivazione Centro	sperimentazione modello con valutazione a sei mesi e implementazione eventuali azioni correttive
	Nuovi percorsi di presa in carico dei pazienti cronici	Attivazione percorsi programmati	Stesura PDTA dei 3 percorsi individuati e sperimentazione con valutazione a sei mesi
	Evoluzione modello interventi domiciliari ADI e Cure Palliative domiciliari	sviluppo e implementazione nuovo modello	definizione modello operativo e avvio implementazione
	Progetto Odontoiatria Goito	Subentro E Progetto di ridisegno e integrazione	Subentro attività e inizio definizione progetto di ridisegno

### 3. Valutazione performance anno 2017

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

Nel corso dell'anno 2017 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:

- ✓ Presa in carico dell'attività correlata alle Vaccinazioni,
- ✓ trasformazione del Dipartimento Salute Mentale in 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,
- ✓ integrazione ed attivazione della SC Consultori Familiari all'interno del Dipartimento Materno Infantile,
- ✓ creazione e attivazione del Dipartimento delle Fragilità (gestionale) in line alla Direzione Socio Sanitaria,
- ✓ attribuzione di tutta l'attività farmaceutica/dispensativa alla SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale,
- ✓ 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
- ✓ attivazione del progetto sperimentale per l'attuazione dell'area interaziendale territoriale socio sanitaria casalasco – viadanese
- ✓ attivazione del Centro Servizi dedicato alla presa in carico del paziente cronico e/o fragile
- ✓ individuazione dei Clinical manager, Process owner e Case manager per le principali patologie
- ✓ presa in carico della gestione diretto dell'ex Ospedale di Viadana (31/12/2017) in vista dello sviluppo del progetto di degenza di comunità.

## Dati di sintesi attività anno 2017

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 2017 in attuazione della sua mission istituzionale:

### Attività di ricovero

	ANNO	P.O. MANTOVA	P.O. ASOLA/ BOZZOLO	P.O. PIEVE	AZIENDA
N° RICOVERI ORDINARI	2016	19.393	3.468	6.015	28.876
	2017	19.026	3.431	5.767	28.224
GG DEGENZA TOTALI	2016	150.661	30.137	41.485	222.283
	2017	150.001	31.135	41.471	222.607
DEGENZA MEDIA	2016	7,8	8,7	6,9	7,7
	2017	7,9	9,1	7,2	7,9
PESO MEDIO DRG	2016	1,37	0,78	1,07	1,23
	2017	1,40	0,78	1,10	1,26
N° RICOVERI DAY HOSPITAL	2016	3890	844	662	5396
	2017	4003	812	632	5447
N° ACCESSI TOTALI	2016	4780	848	662	6290
	2017	4733	812	634	6179
PESO MEDIO DRG	2016	1,07	0,81	0,80	0,99
	2017	1,07	0,80	0,81	1,00
N° RICOVERI SUBACUTI	2016		288		288
	2017		258		258
GG DEGENZA TOTALI	2016		7.382		7.382
	2017		7.124		7.124
DEGENZA MEDIA	2016		25,6		25,6
	2017		27,6		27,6
PESO MEDIO DRG	2016		0,93		0,93
	2017		0,90		0,90
N° RICOVERI TOTALI 2016		23.283	4.600	6.677	34.560
N° RICOVERI TOTALI 2017		23.029	4.501	6.399	33.929

### Attività ambulatoriale

N° PRESTAZIONI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	P.O. MANTOVA	P.O. ASOLA/ BOZZOLO	P.O. PIEVE	TOTALE
2016	2.197.621	745.244	687.584	3.630.449
2017	2.161.640	738.790	706.979	3.607.409

**Attività di Pronto Soccorso**

N° ACCESSI IN P.S.	PS ASOLA	PS MANTOVA	PS PIEVE	TOTALE
2016	23.060	61.887	29.461	114.408
2017	23.778	60.805	29.741	114.324

**Attività Consultori**

CONSULTORIO EROGANTE	N° PRESTAZIONI		VALORE	
	2016	2017	2016	2017
CONSULTORIO DI MANTOVA	19.049	16.586	€ 327.420	€ 275.784
CONSULTORIO DI SUZZARA	11.568	9.261	€ 165.566	€ 136.843
CONSULTORIO DI LUNETTA	7.114	5.555	€ 111.772	€ 83.809
CONSULTORIO CASTIGLIONE D/STIV.	7.063	4.777	€ 110.919	€ 75.934
CONSULTORIO DI GOITO	8.594	4.629	€ 102.870	€ 62.049
CONSULTORIO DI VIADANA	6.152	5.278	€ 90.354	€ 75.461
CONSULTORIO DI ROVERBELLA	6.656	5.280	€ 94.561	€ 72.896
CONSULTORIO DI CASTEL GOFFREDO	7.553	4.163	€ 84.828	€ 54.990
CONSULTORIO DI POGGIO RUSCO	5.241	4.199	€ 73.446	€ 65.349
CONSULTORIO DI ASOLA	4.702	3.962	€ 66.159	€ 55.145
CONSULTORIO DI OSTIGLIA	3.601	2.920	€ 54.506	€ 42.257
CONSULTORIO DI BOZZOLO	3.917	3.344	€ 60.170	€ 53.642
CONSULTORIO DI RONCOFERRARO	1.139	739	€ 28.699	€ 23.081
<b>TOTALE</b>	<b>92.349</b>	<b>70.693</b>	<b>€ 1.371.271</b>	<b>€ 1.077.240</b>

**Assistenza Domiciliare Integrata anno 2017**

FASCIA ETÀ	N° ASSISTITI
0-18	40
19-65	861
66-75	1.066
76-85	3.374
>86	4.217
<b>TOTALE</b>	<b>9.558</b>

**REMS:**

	REMS
n° giornate erogate	48.578
n° nuovi ingressi	84

**Ser.d.**

SER.T EROGANTE	N° PRESTAZIONI		VALORE	
	2016	2017	2016	2017
SER. T. ASOLA	2.671	2.792	€ 20.545	€ 23.671
SER. T. CASTIGLIONE	4.856	4.841	€ 44.249	€ 47.201
SER. T. SUZZARA	2.581	2.610	€ 24.154	€ 25.170
SER. T. VIADANA	1.288	1.459	€ 14.781	€ 17.915
SER.T. MANTOVA	10.664	9.586	€ 149.067	€ 186.946
SER.T. OSTIGLIA	1.688	1.376	€ 17.145	€ 13.034
<b>TOTALE</b>	<b>23.748</b>	<b>22.664</b>	<b>€ 269.942</b>	<b>€ 313.937</b>

**Ufficio di Protezione Giuridica – anno 2017**

PRESTAZIONE	N° PRESTAZIONI
CONSULENZE	381
CONSULENZE TELEFONICHE/MAIL	1.953
RICORSI	226
ISTANZE SUCCESSIVE	308
RENDICONTI	171
<b>TOTALE</b>	<b>3.039</b>

**Area Protesica maggiore – anno 2017**

TIPOLOGIA	N° ASSISTITI
PROTESI ACUSTICHE	703
PROTESI ARTO INFERIORE	60
PROTESI STANDARD	10.244
VMD	307
LARINGECTOMIZZATI	77
<b>TOTALE</b>	<b>11.391</b>

**Area assistenza Farmaceutica Territoriale – anno 2017**

TIPOLOGIA	N° ASSISTITI
<b>FARMACI</b>	
EROGAZIONE DIRETTA FARMACI	639
OSSIGENO TERAPIA A LUNGO TERMINE DOMICILIARE	618
<b>ASSISTENZA INTEGRATIVA</b>	
EROGAZIONE DIRETTA DM (STOMIA, INCONTINENZA A RACCOLTA, MEDICAZIONI AVANZATE)	45
INCONTINENZA AD ASSORBENZA DOMICILIARE	8.939
EROGAZIONE DIRETTA SISTEMI MONITORAGGIO DIABETE	20
NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE	537
EROGAZIONE DIRETTA DIETETICI	153
<b>TOTALE</b>	<b>11.252</b>

### 3.1 Dimensione dell'Efficienza

#### 3.1.1 PRODUZIONE

- **INDICATORE:** VOLUMI ATTIVITA' E/O VALORE PRODUZIONE
- **RISULTATO ATTESO:** MANTENIMENTO
- **RISULTATO OSSERVATO:** MANTENIMENTO → OBIETTIVO RAGGIUNTO

Le attività prese in considerazione sono rappresentate, in particolare, da: ricoveri, ambulatoriale, neuropsichiatria infantile, psichiatria, attività sub-acute e nuove reti sanitarie. L'obiettivo atteso per il 2017 era di mantenimento dell'attività, tenuto conto delle azioni di promozione dell'appropriatezza sia del setting di erogazione che prescrittiva.

Nella tabella di seguito riportata sono rappresentati in sintesi le dinamiche registrate a chiusura del 2017.

Tipologia ricavi	Produzione attesa 2017	Produzione effettiva 2017	Delta	2017 vs 2016
Ricoveri (compreso rimborso protesi)	€ 126.674.536	€ 126.951.565	€ 277.029	0,2%
Ambulatoriale (compreso screening)	€ 61.377.602	€ 61.521.814	€ 144.212	0,2%
Neuropsichiatria (escluso progetti)	€ 2.389.397	€ 2.355.541	-€ 33.856	-1,4%
Psichiatria (escluso progetti)	€ 10.993.860	€ 10.670.535	-€ 323.325	-2,9%
Sub-Acuti	€ 1.366.300	€ 1.333.560	-€ 32.740	-2,4%
Nuove Reti Sanitarie	€ 2.095.644	€ 2.050.719	-€ 44.925	-2,1%
<b>Totale complessivo</b>	<b>€ 204.897.338</b>	<b>€ 204.883.734</b>	<b>-€ 13.604</b>	<b>0,0%</b>
<b>Totale al netto Nuove reti sanitarie</b>				
	<b>202.801.694</b>	<b>202.833.015</b>	<b>31.321</b>	<b>0,02%</b>

Nel complesso il risultato osservato è sovrapponibile con la produzione attesa di mantenimento del livello produttivo, nonostante la peculiarità del mese di aprile 2017 che è stato caratterizzato nei fatti da un sensibile minor numero di "giornate lavorative effettive" rispetto all'anno precedente e alcuni "rallentamenti" nella sostituzione del personale, in particolare per difficoltà di reclutamento di alcune figure (esempio psichiatri).

L'attività di ricovero e quella ambulatoriale evidenziano a consuntivo un incremento, abbinato ad un incremento del peso medio della casistica trattata e ad una ulteriore riduzione dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza. Nel corso del 2017, infatti, sono proseguite le azioni di consolidamento quali-quantitativo del livello di risposta al bisogno di ricovero e di miglioramento ulteriore dell'appropriatezza di utilizzo dei vari setting assistenziali, anche nell'ottica della filosofia della legge 23 di riforma e sono state poi ulteriormente consolidate le strategie e progettualità elaborate tra ASST Mantova e ASST Cremona (es. per l'area Cardiochirurgica, Emodinamica, neurochirurgia, ecc.).

La lieve flessione osservata in particolare per l'attività di psichiatria è correlata alla dinamica di sostituzione del personale che, come più sopra accennato, è stata caratterizzata da alcune difficoltà di reclutamento.

Alla luce di quanto sopra rappresentato si valuta l'obiettivo sostanzialmente raggiunto e il conseguimento di valori in linea con l'atteso ed il contrattualizzato conferma la piena interpretazione della mission istituzionale, vale a dire la presa in carico delle esigenze di cura dei pazienti dell'ambito territoriale di riferimento.

### 3.1.2. CONSUMI SANITARI

#### 3.1.2.2 INCIDENZA CONSUMI/PRODUZIONE

- **INDICATORE:** RAPPORTO CONSUMO DI MATERIALE SANITARIO SU PRODUZIONE
- **RISULTATO ATTESO:** OTTIMIZZAZIONE
- **RISULTATO OSSERVATO:** -0,14% → OBIETTIVO RAGGIUNTO

Per quanto riguarda i consumi di materiale sanitario, L'ASST di Mantova ha conseguito l'obiettivo atteso di ottimizzazione, registrando una performance in riduzione pari a circa -0,14% dell'incidenza dei consumi sanitari sulla produzione 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 13,56% ad un 13,54%.

<b>ANDAMENTO CONSUMI SANITARI ESCLUSO FILE F</b>		
<b>DIPARTIMENTO</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Dipartimento Cardio - Toraco - Vascolare	€ 9.901.633	€ 10.505.926
Dipartimento chirurgico ortopedico	€ 4.985.774	€ 4.590.454
Dipartimento dei servizi	€ 5.993.414	€ 6.040.387
Dipartimento delle fragilità	€ 412.847	€ 489.714
Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze	€ 137.293	€ 168.056
Dipartimento emergenza urgenza	€ 1.697.419	€ 1.720.916
Dipartimento materno infantile	€ 1.693.188	€ 1.541.603
Dipartimento medico	€ 3.466.391	€ 3.237.547
Dipartimento neuroscienze	€ 1.422.690	€ 1.504.164
<b>Totale complessivo</b>	<b>€ 29.710.650</b>	<b>€ 29.798.768</b>
<b>INCIDENZA CONSUMI SANITARI SU PRODUZIONE</b>	<b>13,56%</b>	<b>13,54%</b>

### 3.1.3 PERSONALE

- **INDICATORE:** RAPPORTO COSTO DEL PERSONALE SU PRODUZIONE
- **RISULTATO ATTESO:** OTTIMIZZAZIONE
- **RISULTATO OSSERVATO:** -0,9% → 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 per quanto riguarda il personale sanitario, l'ottimizzazione dei costi correlata con la dinamica dei ricavi sanitari ha determinato il miglioramento dell'incidenza di tali costi sui ricavi che passano da un'incidenza del 68,5% al 67,6%. E' stato, inoltre, conseguito l'obiettivo assegnato da regione su tale fattore produttivo ed il costo totale rapportato ai ricavi della gestione caratteristica passa dal 56,99% osservato nel 2016 al 55,69% registrato nel 2017 (indicatori economico-gestionali bilancio). Quindi obiettivo pienamente raggiunto.

## 3.2 Dimensione della Qualità dei Processi Organizzativi

### 3.2.1 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

L'Azienda ha adottato, con proprio provvedimento n. 67 del 31 gennaio 2017 e pubblicato sul sito istituzionale nell'area |Amministrazione Trasparente| (Art 10 c.8 lett. a) D.lgs 33/2013), il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova - Anni 2017 – 2019.

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

#### CRONOPROGRAMMA PIANO TRIENNALE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ASST DI MANTOVA – 2017|2019

TIPOLOGIA	SINTESI DEI CONTENUTI	INDICATORE	RESPONSABILE	TEMPISTICA	Rendicontazione
Verifica ed applicazione del PTPC	Relazione periodica dei Dirigenti responsabili delle Aree di rischio	Relazione	Dirigenti	Semestrale	Relazioni semestrali compilate su apposite schede di rilevazione delle attività condotte sulla tematica, da parte delle Strutture aziendali: Risorse Umane, Gestione Acquisti, Tecnico Economico e dei Servizi, Tecnico Patrimoniale, Economico Finanziario, Controllo di Gestione Avvocatura e GASS.
	Audit interni	Schede di Audit	RPCT Struttura Comunicazione	Annuale	Compilazione delle schede di audit complete di indicatori, segnalazioni di raccomandazione ed eventuali non conformità
	Acquisizione autodichiarazione, ai sensi del DPR 445/2000, da parte del personale interessato, di non trovarsi in stati di incompatibilità o conflitto di interesse	Dichiarazione compilata e sottoscritta	RPCT Struttura Risorse Umane	Annuale	Le dichiarazioni sono visibili ai seguenti link dell'area AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE del sito web Aziendale <a href="http://www.asst-mantova.it/consulenti-e-collaboratori?viewlist=1&amp;classification=1">http://www.asst-mantova.it/consulenti-e-collaboratori?viewlist=1&amp;classification=1</a>  <a href="http://www.asst-mantova.it/incarichi-amministrativi-di-vertice?viewlist=1&amp;classification=2">http://www.asst-mantova.it/incarichi-amministrativi-di-vertice?viewlist=1&amp;classification=2</a>
	Codice di comportamento	Codice	RPCT UPD	Entro il 31.12.2017	Testo presentato in bozza al NdV, a breve in visione alle OOSS e agli stakeholder esterni
	Accesso civico	Regolamento	RPCT	Entro il 31.12.2017	Pagine sito web  Amministrazione trasparente – Accesso Civico , completa di nuovo Regolamento/Modulistica/Registro <a href="http://www.asst-mantova.it/accesso-civico">http://www.asst-mantova.it/accesso-civico</a>
Corsi di formazione	Iniziativa formativa/informativa rivolta ai neoassunti per la diffusione di una cultura di base sui principi dell'anticorruzione e della trasparenza tramite piattaforma e-	Customer satisfaction	RPC Struttura Risorse Umane Area valorizzazione del personale	Annuale	Acquisizione delle Customer Satisfaction relative ai corsi rivolti a neoassunti tramite piattaforma e-learning

	learning				
	Percorso formativo rivolto ai responsabili titolari dei processi afferenti alle aree di rischio per la mappatura – analisi e trattazione dei processi stessi, per affinare l'utilizzo dello strumento di valutazione per la graduazione del rischio	Customer satisfaction	RPC Struttura Risorse Umane Area valorizzazione del personale	Annuale	Acquisizione delle Customer Satisfaction relative al corso rivolto ai Responsabili delle Aree a Rischio
	Percorso informativo formativo e applicativo per la mappatura – analisi e trattazione di un processo di competenza, valutato a rischio di corruzione, rivolto al personale del ruolo medico e sanitario non medico, nell'ambito dei collegamenti al PP	Progetto formativo	RPC Struttura Risorse Umane Area valorizzazione del personale CO.GE	Annuale	Acquisizione delle Customer Satisfaction relative ai corsi rivolti al personale del ruolo medico e sanitario non medico, nell'ambito dei collegamenti al PP svoltisi nel periodo 11/2017-03/2018
	Corso mirato ad una corretta pubblicazione delle informazioni sul sito web aziendale-relativamente ai nuovi obblighi di pubblicazione nonché alle prescrizioni in tema di accesso civico rivolto ai responsabili di contenuto e della pubblicazione degli obblighi	Customer satisfaction	RPC Strutture Comunicazione SIA Risorse Umane Area valorizzazione del personale	Entro anno 2017	Acquisizione delle Customer satisfaction relative ai corsi rivolti al personale individuato quale referente della pubblicazione delle informazioni sul sito web aziendale nonché delle prescrizioni in tema di accesso civico
	Corso specialistico indirizzato al Gruppo interaziendale dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della Trasparenza delle Aziende e delle Agenzie Sanitarie dell'area orientale della Lombardia, su tematiche scelte e condivise dal Gruppo secondo la modalità organizzativa già collaudata nel corso del 2016	Customer satisfaction	RPC Struttura Risorse Umane Area valorizzazione del personale	Annuale	Il corso è stato organizzato su progetto formativo di questa Azienda presso l'ASST Spedali Civili di Brescia come da attestato allegato
<b>Mappatura Aree di rischio</b>	Monitoraggio	Scheda di rilevazione del rischio	Responsabili titolari dei processi delle Aree di rischio	Entro anno 2017	Mappatura delle aree a rischio, sviluppata attraverso la compilazione delle Schede di analisi del rischio di corruzione (L. 190/2012, PNA 2013/2015/2016) di nuova formulazione

Gli obiettivi posti per il 2017, in sintesi, sono stati, pertanto, completamente realizzati.

### 3.2.2 Posti Letto

#### 3.2.2.1. DIMISSIONI E RICOVERI DA PS

- **INDICATORE::** N° DIMISSIONI E RICOVERI DA P.S. NELLE FASCE ORARIE DELLA MATTINA E NEI GIORNI FESTIVI
- **RISULTATO ATTESO:** AUMENTO RISPETTO AL 2016
- **RISULTATO OSSERVATO:** +1,62% dimissioni nei festivi e, invece, -1,22% dimissioni nelle fasce della mattina e  
→ OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO

Nel corso del 2017 le strategie e le azioni di miglioramento agite per implementare la capacità di risposta in particolare al percorso di accesso in urgenza hanno determinato miglioramenti per quanto riguarda le dimissioni nei giorni festivi mentre si è registrata una lieve riduzione delle dimissioni nelle fasce orarie del mattino. Tale risultato, però, al fine di valutare in maniera appropriata la performance complessiva su tale ambito, va letto in abbinamento con le azioni agite che hanno portato nel corso del 2017 alla progressiva riduzione della degenza medie (nonostante un maggiore peso del case mix trattato) e alla progettualità sviluppata nel PS di Mantova che ha portato ad una progressiva riduzione dei tempi di permanenze dei pazienti nel PS. Si riporta la dinamica relativa ai tempi di attesa/permanenza degli accessi che sono poi esitati in un ricovero, dove si evidenzia un netto miglioramento (in particolare nel IV trimestre).

<b>Tempi medi di attesa/permanenzain PS da accesso a ricovero (ore)</b>			
<b>Totale Anno</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Delta</b>
<b>PS Mantova Totale</b>	<b>8:48</b>	<b>8:39</b>	<b>-0:08</b>
di cui fascia oraria 8:00-13:00	7:13	6:57	-0:16
di cui fascia oraria 13:00-8:00	9:05	8:56	-0:09
<b>focus IV Trimestre</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Delta</b>
<b>PS Mantova Totale</b>	<b>9:51</b>	<b>6:59</b>	<b>-2:52</b>
di cui fascia oraria 8:00-13:00	7:38	5:24	-2:14
di cui fascia oraria 13:00-8:00	10:15	7:13	-3:02

Alla luce di tali argomentazioni l'obiettivo si ritiene parzialmente raggiunto.

### 3.2.2.2 DEGENZA MEDIA

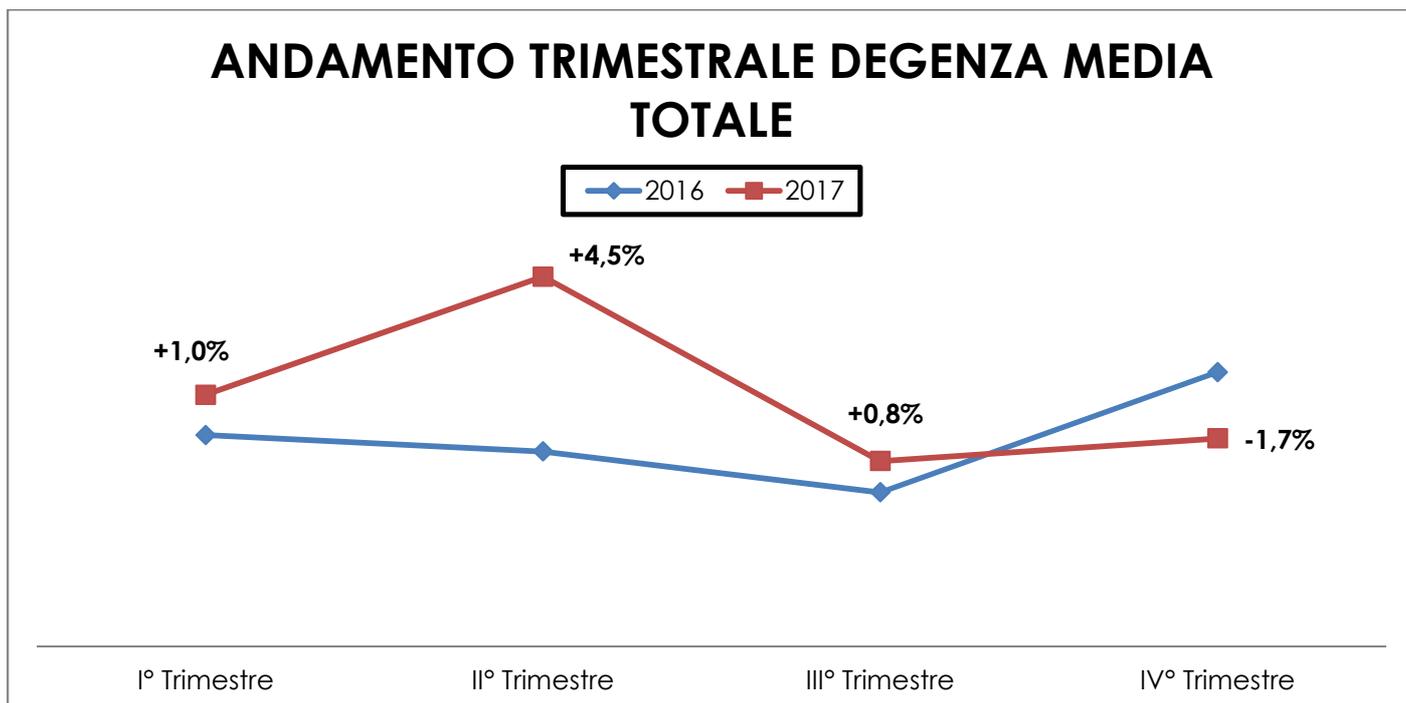
- **INDICATORE:** DEGENZA MEDIA
- **RISULTATO ATTESO:** MIGLIORAMENTO
- **RISULTATO OSSERVATO:** DM I trimestre 2017 +1% - DM IV trimestre 2017: -1,7%; casistica chirurgica -0,4% ; DM pre-operatoria casistica chirurgica -13% → **OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO**

La degenza media complessiva si attesta nel 2017 a 7,64 giorni rispetto a 7,51 giorni osservati nel 2016, registrando un +1.7% a fronte di un incremento del peso medio della casistica trattata del 2.5%.

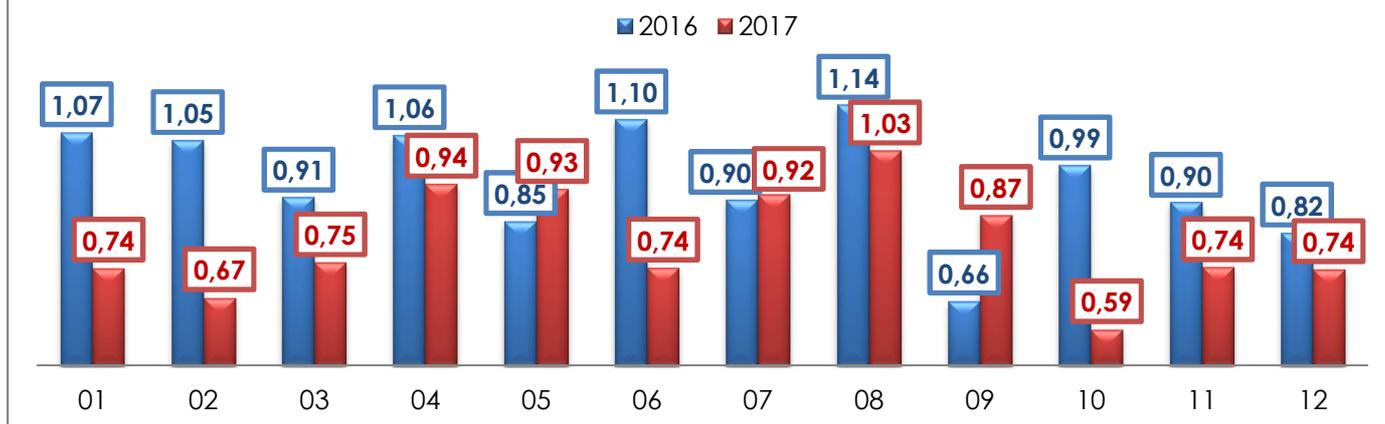
Tale risultato è determinato da una dinamica in incremento rispetto al 2016 nei primi due trimestri (in particolare nel secondo), poi le azioni di miglioramento hanno innescato un processo di progressiva riduzione portando il risultato osservato nel IV trimestre 2017 al -1,7% rispetto allo stesso periodo 2016. (vedi grafico sotto riportato)

La dinamica descritta ha riguardato in particolare la DM dell'area medica (che è aumentata di circa il 2.6% correlata però anche ad un incremento del peso medio della casistica di circa il 2,2%), mentre per quanto riguarda la casistica chirurgica si è osservata una riduzione complessiva dello 0,4%, con una riduzione di circa il 13% della degenza media pre-operatoria.

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



## ANDAMENTO DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA



### 3.2.2.5 SILUPPO INTERAZIENDALE PROGETTI MANTOVA – CREMONA

- **INDICATORE:** NUMERO AMBITI/PROGETTI DI COLLABORAZIONE E/O VOLUMI DI PRESTAZIONI
- **RISULTATO ATTESO:** MIGLIORAMENTO
- **RISULTATO OSSERVATO:** +10,4% DI CASI EFFETTUATI RISPETTO AL 2016 (148 vs 134)  
→ OBIETTIVO RAGGIUNTO

Nel corso del 2017 si sono ulteriormente rafforzate le progettualità tra ASST Mantova e ASST Cremona, con particolare riguardo alle aree: Cardiochirurgia, Cardiologia Interventistica (Emodinamica), Neurochirurgia, Chirurgia Toracica, Allergologia, Neuroradiologia, ecc. E' dunque proseguito il consolidamento della rete integrata dei punti di offerta sanitaria per contribuire ad assicurare il miglioramento degli standard qualitativi di assistenza e di accessibilità con particolare riferimento alle alte specialità.

### 3.2.2.5 SALE OPERATORIE

- **INDICATORE:** miglioramento utilizzo piattaforma (% occupazione)
- **RISULTATO ATTESO:** RAGGIUNGIMENTO ALMENO 90%
- **RISULTATO OSSERVATO:** 91,07% → OBIETTIVO RAGGIUNTO

L'ASST di Mantova ha raggiunto l'obiettivo prefissato relativo al tasso di occupazione delle Sale Operatorie ( $\geq 90\%$ ) per gli interventi effettuati in elezione, attestandosi, nel complesso, ad un valore del 91,07%.

### 3.3 Dimensione dell'Efficacia

#### 3.3.2. Percorso nascita

##### 3.3.2.1 PARTI CESAREI

- **INDICATORE:** % NUMERO PARTI CESAREI SUL TOTALE DEL NUMERO DEI PARTI RISPETTO AL 2016
- **RISULTATO ATTESO:** RIDUZIONE DELL'INCIDENZA SUL TOTALE DEI PARTI RISPETTO AL 2016
- **RISULTATO OSSERVATO:** L'incidenza dei tagli cesarei a fine anno si è attestata al 31,9% nel 2017 a fronte del 32,5% osservato nel 2016, facendo registrare, quindi, una riduzione in termini percentuali del -2%, confermando il trend in calo degli ultimi anni. Obiettivo pertanto raggiunto.

#### Dinamica Parti Cesarei

	12 mesi 2016	12 mesi 2017	Delta 2017/2016	Delta % 2017/2016
<b>TOTALE AZIENDALE</b>	<b>32,5%</b>	<b>31,9%</b>	<b>-0,7%</b>	<b>-2,0%</b>

##### 3.3.2.2 PARTOANALGESIA

- **INDICATORE:** N° PARTI CON PARTOANALGESIA SUL N° TOTALE PARTI (incidenza)
- **RISULTATO ATTESO:** CONSOLIDAMENTO/SVILUPPO
- **RISULTATO OSSERVATO:** Nel 2017 l'incidenza dei parti con partoanalgesia è ulteriormente incrementata, passando dal 16,3% del 2016 al 18,3% del 2017, con un aumento in termini percentuali di oltre il 12%. Obiettivo pertanto raggiunto.

#### PARTOANALGESIA

	12 mesi 2016	12 mesi 2017	Delta 2017/2016	Delta % 2017/2016
<b>Incidenza Partoanalgesia</b>	<b>16,3%</b>	<b>18,3%</b>	<b>+2,0%</b>	<b>+12,2%</b>

#### 3.3.3 Donazioni e trapianti

##### 3.3.3.1 NUMERO DONATORI SEGNALATI

- **INDICATORE:** NUMERO DONATORI SEGNALATI
- **RISULTATO ATTESO:** MANTENIMENTO/MIGLIORAMENTO
- **RISULTATO OSSERVATO:** 13 CASI SEGNALATI A FRONTE DEI 7 CASI 2016 → obiettivo RAGGIUNTO

A livello aziendale, nel 2017, sono stati segnalati 13 casi a fronte dei 7 casi segnalati nel 2016, pertanto l'obiettivo è pienamente raggiunto.

### 3.3.3.2 NUMERO DONATORI TESSUTO CORNEALE

- **INDICATORE:** NUMERO DONATORI CORNEE su DECESSI
- **RISULTATO ATTESO:** 10%
- **RISULTATO OSSERVATO:** 7,5% → NON RAGGIUNTO.

Il numero di donatori di cornee nel 2017 è stato di 87 a fronte degli 86 del 2016, ma la % si è attestata a circa il 7,5%. Durante l'anno sono state svolte diverse azioni di sensibilizzazione sul tema tra cui anche due edizioni di formazione teorico-pratica per il prelievo di cornee (una svolta il 12/05 e l'altra il 29/09) di 4 ore ciascuna - 40 partecipanti in tutto rivolto a medici ed infermieri. Grazie alle azioni messe in campo si è inciso positivamente durante l'anno sulla performance in oggetto (nonostante anche alcuni impatti legati al turnover del personale). Infatti il risultato osservato sull'anno è composto da un'incidenza osservata al I semestre del 6,7% che nel II semestre è salita all'8%; in crescita seppur sotto al target atteso.

### 3.3.4 Reti di Patologia

- **RISULTATO ATTESO:** RISPETTO OBIETTIVI PORTALE DI GOVERNO
  - **RISULTATO OSSERVATO:** SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO RISPETTO OBIETTIVI PORTALE DI GOVERNO
- **Rete STROKE:** sono stati pienamente soddisfatti gli obiettivi relativi: alla gestione dei ricoveri per Ictus presso la Stroke Unit aziendale, ai casi di ictus che hanno effettuato un ricovero in riabilitazione entro 15 gg dalla data di accettazione alla proporzione dei pazienti avviati ad un trattamento di fibrinolisi. Non è ancora al livello atteso la percentuale delle schede di rete stroke compilate per i nuovi casi, ma nel corso del 2017 si è registrato un miglioramento rispetto al 2016 e l'ASST di Mantova si attesta all'86,33% a fronte di una media regionale del 56,68
- **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 88,30% a fronte di una atteso del 100%, ma significativamente sopra la media regionale del 62,68%;
- **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 10 punti percentuali). Su quest'ultimo punto è stato fatto un approfondimento e la performance è condizionata anche da una problematica di rendicontazione che si sta perfezionando.
- ✓ PDTA MAMMELLA: sono stati pienamente raggiunti gli obiettivi relativi a: Percentuale di soggetti operati entro 60gg dalla data della mammografia effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervento chirurgico, Percentuale di nuovi casi di tumore alla mammella sottoposti ad intervento utilizzando la tecnica del linfonodo sentinella, Percentuale di casi sottoposti a tecnica chirurgica radicale che effettuano la ricostruzione della mammella. Mentre sono leggermente sotto al target atteso i risultati conseguiti relativi a: percentuale di soggetti operati entro 60gg dalla data della mammografia e percentuale di nuovi casi che effettuano una cito-istologia nei 40 giorni precedenti all'intervento chirurgico, anche se in miglioramento rispetto al 2016.
- **Rete Ematologica Lombarda (REL):** adesione alle indicazioni regionali;
- **Rete Nefrologica Lombarda (ReNe):** adesione agli obiettivi del PDTA in oggetto e partecipazione a 3 audit riguardanti la Rete RE.ne, uno organizzato dall'ATS (15.11.17) e gli altri due dalla ASST di Mantova (24.10.17 e 19.12.17).
- **Rete TRAUMA:** nel corso del 2017 è stato ulteriormente implementato il percorso Trauma.

Performance obiettivi Reti di Patologia*							
			2016		2017		
obiettivo		Target Atteso	Regione Lombardia	725 - ASST DI MANTOVA	Regione Lombardia	725 - ASST DI MANTOVA	
Rete STROKE	ICTUS-OBJ1	Gestione dei ricoveri per Ictus presso la Stroke Unit aziendale o trasferiti in altra Stroke Unit regionale	80%	77,56%	87,50%	78,41%	87,07%
	ICTUS-OBJ2	Percentuale di Schede di Rete STROKE compilate per nuovi casi di Ictus dimessi dalla azienda nei mesi di gennaio-febbraio, maggio-giugno, settembre-ottobre, indipendentemente dal reparto di dimissione.	100%	63,97%	84,19%	56,68%	86,33%
	ICTUS-OBJ3	Questo indicatore calcola la proporzione di pazienti avviati ad un trattamento di fibrinolisi.	5%	9,89%	12,53%	10,97%	13,29%
	ICTUS-OBJ4	Ictus che effettuano un ricovero in riabilitazione entro 15 gg dalla data accettazione	25%	29,00%	36,17%	23,97%	30,24%
Rete STEMI	IMA-OBJ1	Percentuale di Schede di Rete STEMI compilate per casi di Infarto Miocardico Acuto tratto ST dimessi dalla azienda nei mesi di gennaio-febbraio, maggio-giugno, settembre-ottobre, indipendentemente dal reparto di dimissione	100%	67,70%	90,48%	62,68%	88,30%
	IMA-OBJ2	Percentuale di casi di Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 48 ore dal ricovero	30%	78,23%	81,08%	80,49%	82,74%
	IMA-OBJ3	Percentuale di casi di Infarto Miocardico Acuto con tempo Door to Balloon entro i 90 minuti	70%	68,17%	82,46%	68,02%	72,88%
ROL - PDTA MAMMELLA	BC-OBJ1	Percentuale di soggetti operati entro 60gg dalla data della mammografia	70%	59,48%	62,37%	57,05%	63,91%
	BC-OBJ10	Percentuale di soggetti operati entro 60gg dalla data della mammografia effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervento chirurgico	70%	70,18%	69,88%	67,64%	73,47%
	BC-OBJ2	Percentuale di nuovi casi che effettuano una cito-istologia nei 40 giorni precedenti l'intervento chirurgico	80%	55,52%	20,97%	54,27%	29,59%
	BC-OBJ3	Percentuale di nuovi casi di tumore alla mammella sottoposti ad intervento utilizzando la tecnica del linfonodo sentinella	80%	78,29%	90,13%	80,20%	88,06%
	BC-OBJ4	Percentuale di casi sottoposti a tecnica chirurgica radicale che effettuano la ricostruzione della mammella	80%	79,14%	91,67%	77,30%	100,00%
ROL - PDTA COLON RETTO	CRC-OBJ1	Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia	80%	61,50%	75,61%	62,47%	72,22%
	CRC-OBJ2	Percentuale di casi con trattamento CHT/RT o chirurgico per tumore del retto/canale anale entro 60 gg dall'endoscopia	80%	91,28%	100,00%	91,91%	91,67%
	CRC-OBJ6	Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervento chirurgico	80%	92,52%	98,41%	91,04%	92,86%

\*Rielaborazione da report Cruscotto Regionale

### 3.3.5 AREA SALUTE MENTALE

- **RISULTATO ATTESO:** EVIDENZA DEFINIZIONE PIANO DI AZIONE
- **RISULTATO OSSERVATO:** RAGGIUNTO (vedi rendicontazione PROGETTO AREA SALUTE MENTALE pag. 37)

### 3.4 Dimensione dell'Appropriatezza e Qualità dell'assistenza

#### 3.4.1. PERCORSO MIGLIORAMENTO PERFORMANCE

##### 3.4.1.1 RICOVERI RIPETUTI

- **INDICATORE:** RICOVERI RIPETUTI SU TOTALE
- **RISULTATO ATTESO:** MIGLIORAMENTO
- **RISULTATO OSSERVATO:** 9,96% in diminuzione rispetto al valore 2016 (10,21%) → OBIETTIVO RAGGIUNTO

Nel corso del 2017 si è osservata una riduzione dei ricoveri ripetuti sia in termini complessivi che di incidenza. Infatti a livello complessivo aziendale nel 2017 si sono avuti 2.310 casi a fronte dei 2.412 casi osservati nel 2016 e l'incidenza si è attestata al 9,96% a fronte del 10,21% del 2016. Considerato l'andamento l'obiettivo è stato raggiunto.

##### 3.4.1.2 RITORNI IN SALA

- **INDICATORE:** RITORNI IN SALA SU TOTALE
- **RISULTATO ATTESO:** MIGLIORAMENTO
- **RISULTATO OSSERVATO:** MIGLIORAMENTO → OBIETTIVO RAGGIUNTO

Nel corso del 2017 si è osservato, rispetto al 2016, un miglioramento, in particolare presso il presidio di Mantova e Asola, pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto.

Ritorni in sala Operatoria*			
Descrizione	Fascia performance 2016	Fascia performance 2017	Trend
030227-01 - PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA	Orange	Green	miglioramento
030239-00 - OSP.CIVILE DESTRA SECCHIA-PIEVE CORIANO	Orange	Orange	stabile
030907-00 - OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	Red	Orange	miglioramento

\*rielaborazione da report Cruscotto Regionale

### 3.4.2 DRG POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI

- **INDICATORE:** Incidenza DRG ricoveri ad alto rischio inappropriatezza
- **RISULTATO ATTESO:** < 10%
- **RISULTATO OSSERVATO:** 7,84% → OBIETTIVO RAGGIUNTO

Complessivamente i DRG ad alto rischio di inappropriatezza si sono ridotti sia in termini assoluti (-480 casi totali) che in termini di rapporto rispetto alla produzione totale, passando da un'incidenza del 9,63% del 2016 al 7,84% del 2017. Pertanto, essendo tale incidenza sotto al 10% e in ulteriore miglioramento rispetto al 2016, l'obiettivo è stato ampiamente raggiunto.

#### 108 DRG LEA - N°DRG LEA in regime ordinario/totale produzione in regime ordinario

DIPARTIMENTO	2016	2017
CARDIO-TORACO-VASCOLARE	2,08%	1,19%
CHIRURGICO-ORTOPEDICO	16,31%	15,53%
EMERGENZA-URGENZA	2,85%	4,33%
MATERNO-INFANTILE	9,41%	7,73%
MEDICO	8,85%	5,91%
NEUROSCIENZE	17,30%	13,54%
SALUTE MENTALE	2,13%	1,00%
<b>Totale complessivo</b>	<b>9,63%</b>	<b>7,84%</b>

### 3.4.3 FRATTURE DI FEMORE

- **INDICATORE:** % FRATTURE DI FEMORE OPERATE ENTRO 48H (ETA' PAZIENTE ≥ 65 ANNI)
- **RISULTATO ATTESO:** 70%
- **RISULTATO OSSERVATO:** 70,03% → OBIETTIVO RAGGIUNTO

	I° TRIMESTRE	II° TRIMESTRE	III° TRIMESTRE	IV° TRIMESTRE	Totale
<b>DATO AZIENDALE COMPLESSIVO</b>	<b>50,45%</b>	<b>64,00%</b>	<b>89,55%</b>	<b>84,04%</b>	<b>70,03%</b>

Nel corso del 2017 è stata dedicata particolare attenzione al miglioramento della performance in oggetto, in quanto si attestava ampiamente sotto il target. Le azioni hanno permesso un progressivo miglioramento che ha consentito a fine anno il conseguimento del target atteso.

### 3.4.4 APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA

**INDICATORE:** UTILIZZO FARMACI EQUIVALENTI E BIOSIMILARI

**RISULTATO ATTESO:** INCREMENTO

**RISULTATO OSSERVATO:** + 45 pazienti con farmaci biosimilari; incremento unità posologiche equivalenti con riduzione del 27% delle unità posologiche coperte da brevetto → OBIETTIVO RAGGIUNTO

Nel corso del 2017 sono stati trattati con farmaci biosimilari per i principi attivi infliximab e etanercept 62 pazienti vs i 17 pazienti trattati nel 2016.

Il Progetto di promozione si è sviluppato con:

- la Stesura del percorso per pazienti affetti da malattia ileocolica infiammatoria cronica idiopatica in fase di attività (IBD ) PDTA 86
- la Stesura del Percorso Diagnostico-Terapeutico per una corretta gestione del paziente affetto da artrite reumatoide ed uso appropriato dei farmaci biologici. Gestione integrata ospedale-territorio PDTA 09
- L'inserimento dell'uso dei biosimilari tra gli obiettivi di budget assegnati alle UU.OO.
- Il monitoraggio mensile dell'uso dei biosimilari
- La condivisione con ATS dei dati di monitoraggio e l'informativa ai medici prescrittori.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei farmaci equivalenti, si è osservato un incremento che ha contribuito alla riduzione dell'utilizzo dei corrispondenti farmaci coperti da brevetto. Infatti le unità posologiche coperte da brevetto sono passate da 15.561 del 2016 a 11.370 del 2017, con una riduzione del 27%.

### 3.4.5 ALTE SPECIALITÀ

**INDICATORE:** PESO MEDIO E VOLUMI

**RISULTATO ATTESO:** CONSOLIDAMENTO/MIGLIORAMENTO

**RISULTATO OSSERVATO:** +1.011 CASI EFFETTUATI RISPETTO A VALORE TARGET (950) e +7,5% PESO MEDIO 2017 vs 2016 (2,75% vs 2,56) → OBIETTIVO RAGGIUNTO

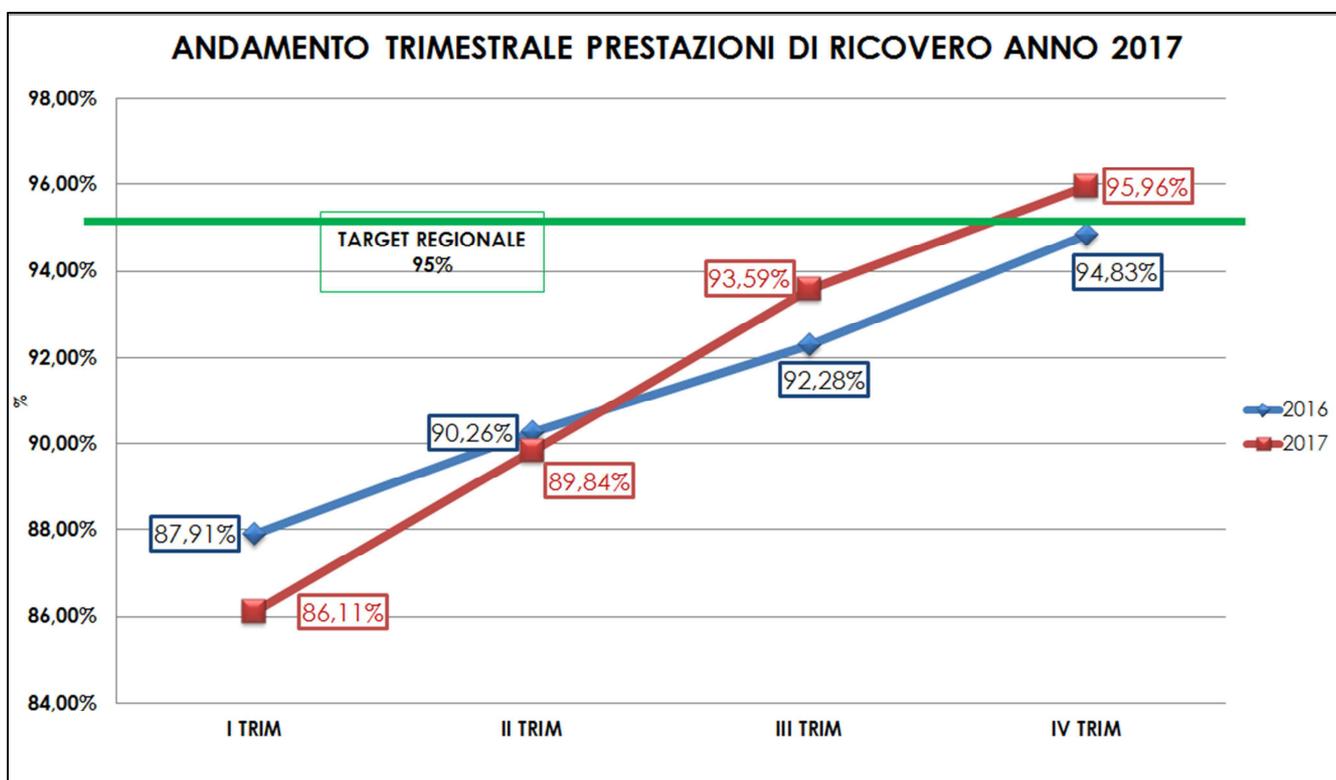
ALTE SPECIALITA'	CASI TARGET	CASI EFFETTUATI	DELTA
CARDIOCHIRURGIA	300	486	+186
CHIRURGIA TORACICA	200	200	+0
CHIRURGIA VASCOLARE	200	422	+222
EMODINAMICA/ELETTROFISIOLOGIA	250	853	+603
<b>TOTALE</b>	<b>950</b>	<b>1961</b>	<b>+1011</b>

### 3.5 Dimensione dell'Accessibilità e soddisfazione dell'utenza

#### 3.5.1 TEMPI DI ATTESA RICOVERI

- **INDICATORE:** PRESTAZIONI DI RICOVERO MONITORATE REGIONE/ASL ENTRO I TEMPI PREVISTI
- **RISULTATO ATTESO:** MIGLIORAMENTO % RISPETTO 95% 2017 > 2016
- **RISULTATO OSSERVATO:** 86% su base annua e 95,96% IV trimestre 2017 → OBIETTIVO SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO

Nel corso del 2017, 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 ed infatti i valori registrati nella seconda parte dell'anno sono stati superiori al 2016 e nel IV trimestre si è superato il target del 95%. Per tali ragioni l'obiettivo di miglioramento si ritiene sostanzialmente raggiunto.



#### 3.5.2 TEMPI DI ATTESA AMBULATORIALI

- **INDICATORE:** Primi accessi prestazioni ambulatoriali monitorate Regione/ASL entro i tempi previsti
- **RISULTATO ATTESO:** MIGLIORAMENTO: % rispetto 95% 2017 > 2016
- **RISULTATO OSSERVATO:** 95,7% in miglioramento rispetto al 2016 → OBIETTIVO RAGGIUNTO

Nel corso dell'anno 2017 sono state effettuate le 12 rilevazioni ex ante secondo il calendario regionale e le 2 rilevazioni semestrali per l'ALPI. I dati per il calcolo della percentuale di primi accessi secondo i tempi obiettivo sono rilevati su tutte le prestazioni monitorate e su tutti Presidi aziendali in cui le prestazioni sono erogate. L'andamento dei monitoraggi evidenzia una tendenza al miglioramento della performance nel corso dell'anno; la media ottenuta è del 95.7% ( a fronte del 93% conseguito nell'anno 2016), quindi in linea con il target regionale.

Il dato è ricavabile dalla pubblicazione dei tempi di attesa su sito istituzionale nella sezione Amministrazione trasparente - Servizi erogati

### **3.5.3 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE: SVILUPPO PRESST E POT**

- **INDICATORE:** N° STRUTTURE ATTIVATE
- **RISULTATO ATTESO:** ALMENO UNA STRUTTURA
- **RISULTATO OSSERVATO:** OBIETTIVO RAGGIUNTO (vedi rendicontazione Progetto Aziendale Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e Presidi Socio Sanitari Territoriali (PRESST) pag. 29)

### **3.5.4 SVILUPPO RETI PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: R.I.C.C.A**

- **INDICATORE:** ATTIVAZIONE RETE
- **RISULTATO ATTESO:** DEFINIZIONE PROGETTO OPERATIVO ED ATTIVAZIONE
- **RISULTATO OSSERVATO:** OBIETTIVO RAGGIUNTO (vedi rendicontazione progetto aziendale R.I.C.C.A., pag. 30)

### **3.5.5 SVILUPPO RETI PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: R.I.M.I.**

- **INDICATORE:** ATTIVAZIONE RETE
- **RISULTATO ATTESO:** DEFINIZIONE PROGETTO OPERATIVO ED ATTIVAZIONE
- **RISULTATO OSSERVATO:** OBIETTIVO RAGGIUNTO (vedi rendicontazione progetto aziendale R.I.M.I., pag. 31)

### **3.5.6 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE: CENTRO SERVIZI**

- **INDICATORE:** ATTIVAZIONE CENTRO
- **RISULTATO ATTESO:** SPERIMENTAZIONE MODELLO CON VALUTAZIONE A SEI MESI E IMPLEMENTAZIONE EVENTUALI AZIONI CORRETTIVE
- **RISULTATO OSSERVATO:** OBIETTIVO RAGGIUNTO (vedi rendicontazione progetto aziendale CENTRO SERVIZI, pag. 35)

### 3.5.7 NUOVI PERCORSI DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI

- **INDICATORE:** ATTIVAZIONE PERCORSI PROGRAMMATI
- **RISULTATO ATTESO:** STESURA PDTA DEI 3 PERCORSI INDIVIDUATI E SPERIMENTAZIONE CON VALUTAZIONE A SEI MESI
- **RISULTATO OSSERVATO:** PERCORSI ATTIVATI E STESURA PDTA → OBIETTIVO RAGGIUNTO (vedi rendicontazione progetto aziendale NUOVI PERCORSI PRESA IN CARICO PAZIENTI CRONICI, pag. 36)

### 3.5.8 EVOLUZIONE MODELLO INTERVENTI DOMICILIARI ADI E CURE PALLIATIVE DOMICILIARI INDICATORE: SVILUPPO E IMPLEMENTAZIONE NUOVO MODELLO

- **RISULTATO ATTESO:** DEFINIZIONE MODELLO OPERATIVO E AVVIO IMPLEMENTAZIONE
- **RISULTATO OSSERVATO: MODELLO ATTIVATO → OBIETTIVO RAGGIUNTO** (vedi rendicontazione progetto aziendale ADI E ADI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI, pag. 36)

### 3.5.9 PROGETTO ODONTOIATRIA GOITO

- **INDICATORE:** SUBENTRO E PROGETTO DI RIDISEGNO E INTEGRAZIONE
- **RISULTATO ATTESO:** SUBENTRO ATTIVITÀ E INIZIO DEFINIZIONE PROGETTO DI RIDISEGNO
- **RISULTATO OSSERVATO:** OBIETTIVO RAGGIUNTO (vedi rendicontazione progetto ODONTOIATRIA GOITO, pag. 42)

## **Progetti interaziendali ASST di Mantova e di Cremona**

Le ASST di Mantova e di Cremona nel corso del 2017 hanno proseguito le azioni volte al consolidamento della rete integrata dei punti di offerta sanitaria per assicurare il miglioramento degli standard qualitativi di assistenza e di accessibilità alle alte specialità, con risultati positivi anche sul recupero della mobilità passiva. I risultati positivi ottenuti nel 2016 sono proseguiti e hanno trovato ulteriore consolidamento e stabilizzazione/sviluppo nel corso del 2017 ed in particolare si evidenziano i seguenti:

- interventi cardiocirurgici: il numero di pazienti della provincia di Cremona operati a Mantova è passato da 27 casi del 2015 a 58 casi del 2016, pari a circa il 19% del totale delle prestazioni in oggetto consumate dai residenti di Cremona in regione Lombardia, ai 74 casi del 2017 (ulteriore +28%). Questo ha contribuito a contenere i flussi, in particolare, verso le province di Brescia e Milano, aumentando quindi la capacità di risposta della rete all'interno dell'ATS Valpadana e valorizzando, al tempo stesso, le professionalità presenti.
- Chirurgia Toracica: con l'attivazione della collaborazione sono stati eseguiti a Cremona 30 interventi da professionisti dell'ASST di Mantova nel corso del 2016 e nel 2017 a consuntivo sono più del doppio.
- attività di tipo neurochirurgico: la progettualità in atto ha consentito di implementare la risposta clinico-assistenziale erogabile dall'ASST di Mantova in rete con l'ASST di Cremona. Questo ha contribuito sia a ridurre la mobilità extra-Ats Valpadana che extra-regione (la mobilità passiva extra-regione negli anni precedenti si attestava ad una quota di quasi il 40% del valore totale delle prestazioni di ricovero di tipo neurochirurgico consumate dai residenti della provincia di Mantova) che, soprattutto, a migliorare anche gli outcome. Infatti lo sviluppo della fase 1 e 2 ha consentito di assicurare l'esecuzione tempestiva di interventi neurochirurgici rispettando il gold standard e quindi migliorando la qualità delle cure e l'outcome dei pazienti.

E' proseguito, inoltre, il lavoro tra le due ASST di Mantova e Cremona relativo al Progetto sperimentale di istituzione e gestione di un ambito territoriale omogeneo per l'area Oglio Po, adottato da questa Azienda con atto deliberativo n. 690 del 22/06/2016 e che entrambe le ASST hanno inserito nei POAS adottati dalle ASST per gli anni 2016-2018.

Tale progetto ha come obiettivo generale di creare un territorio omogeneo in cui insistono gli ambiti territoriali degli ex Distretti di Viadana e Casalmaggiore ed il Presidio Ospedaliero Oglio Po quale Presidio di riferimento. Con atto deliberativo n. 726 del 26/06/2017 è stato individuato il Direttore con decorrenza 1° luglio 2017.

Infine, in ottica inter-aziendale è stata poi attivata l'Uo di Neuroradiologia.

## **Progetti Aziendali**

### **PROGETTO AZIENDALE PRESIDIO OSPEDALIERI TERRITORIALI (POT) E PRESIDIO SOCIO SANITARI TERRITORIALI (PRESST)**

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

Il disegno dell'architettura operativa prevede entro il prossimo triennio, di concerto con la programmazione di ATS, l'attivazione nel territorio dell'ASST di una serie di strutture destinate all'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali ed in particolare:

- il PreSST di Goito, afferente all'Alto Mantovano,
- il POT di Bozzolo, nell'ambito dello Stabilimento riabilitativo, poco distante dalla città di Mantova,
- Il POT di Viadana, afferente all'Area Casalasco Viadanese,
- il POT di Pieve di Coriano – ora Borgo Mantovano, per l'Area del Basso Mantovano.

Le progettualità di cui a PreSST di Goito, POT di Pieve di Coriano e di Bozzolo sono oggetto di finanziamenti regionali, ai sensi della DGR n. X/6548 del 4/5/2017.

Nel caso del PreSST di Goito, nel corso dell'esercizio 2017, ASST di Mantova ha provveduto all'internalizzazione del Servizio odontoiatrico. Sono stati svolti e sono in corso incontri con alcuni Medici di Medicina Generale dello stesso Comune finalizzati al loro inserimento nella Struttura, nella quale vengono già erogate attività sanitarie e sociosanitarie territoriali e prestazioni di specialistica ambulatoriale.

L'attivazione del POT di Bozzolo prevede l'implementazione dell'attuale offerta dell'Ospedale (ricovero di riabilitazione specialistica, ricovero per sub-acuti, specialistica ambulatoriale, sevizi di laboratorio e diagnostica per immagini, continuità assistenziale, punto di contatto ed altri servizi territoriali) a mezzo realizzazione di ambulatori per MMG/PdF/Specialisti, consultorio familiare ed ausilioteca.

Il progetto del POT di Viadana prevede l'afferimento al Presidio del CPS, di una Medicina di Gruppo e l'attivazione di un'unità di offerta di Degenza di comunità. In data 19/12/2017 è stato stipulato accordo preliminare con la Società Ippocrate, che riunisce in gruppo 4 MMG di Viadana, per la concessione in un uso di alcuni locali del POT da destinarsi all'esercizio della medicina generale convenzionata.

Nell'ultimo quadrimestre del 2017 è stato dato seguito allo sviluppo di una specifica progettualità che ha portato Asst di Mantova a riacquisire la gestione diretta dal 1 gennaio 2018 dei 30 posti letto di Riabilitazione Generale e Geriatrica ubicati presso l'Ospedale di Viadana, in attesa della loro trasformazione in posti di Degenza di Comunità, già prevista dalla DGR n° X/7600 del 20/12/2017 e come da progetto inviato a Regione Lombardia con nota del 10/11/2017.

La progettualità del POT di Pieve di Coriano ha previsto il trasferimento dell'attività vaccinale dalle sedi territoriali di Ostiglia e Poggio Rusco, a far data dal 5 febbraio 2017, e, nel futuro, prevede l'attivazione di 9 posti di cure sub-acute presso il Presidio Ospedaliero di Pieve di Coriano.

#### **PROGETTO AZIENDALE R.I.C.C.A.**

##### **Obiettivi 2017**

- Intese con gli Ambiti per la istituzione dei Centri multiservizi
- Accordi con Rsa per ricoveri di urgenza di pazienti fragili
- Tavoli di lavori con Cure intermedie, con partecipazione di ATS
- Partecipazione a Cabina di regia e Tavoli di programmazione di ATS con erogatori socio sanitari
- Tavolo di lavoro con Cure Primarie per avvio progetti di presa in carico pazienti cronici

#### **✓ Intese con gli Ambiti per la istituzione dei Centri Multiservizi**

Con Deliberazioni N. 59 del 23/01/17 e NN. 183, 184, 185, 186 e 187 del 20/02/17 ASST di Mantova ha approvato i Protocolli d'Intesa con gli Ambiti Territoriali provinciali, con scadenza 31/12/18, relativi all'attivazione dei Centri Multiservizi Socio Sanitari (ex CeAD), che prevedono la valutazione multidimensionale e

la presa in carico appropriata, proattiva e personalizzata dei pazienti cronici e fragili nonché delle loro famiglie, in stretta collaborazione tra Operatori socio sanitari di ASST e dei Comuni associati.

✓ **Accordi con RSA per i ricoveri di urgenza di pazienti fragili**

Nel corso del 2016 e 2017 da parte di ASST Mantova sono stati effettuati incontri con gli Ambiti Territoriali di Asola, Castiglione delle Stiviere, Mantova, Ostiglia, Viadana ed i rispettivi Enti Gestori di RSA, per la stipula delle Convenzioni per la realizzazione del progetto “ricoveri d’urgenza per anziani in condizioni di fragilità sanitaria e socio-assistenziale”, con finalità di: supportare il nucleo familiare in situazioni di insostenibilità temporanea per consentire, ove possibile, un successivo rientro dell’anziano al proprio domicilio; trovare una soluzione residenziale per i soli assoluti in condizioni di fragilità sociale, anche a seguito di un evento clinico, impossibilitati ad un rientro al domicilio. Le Convenzioni coinvolgono infatti persone ≥ 65 anni al domicilio o dimessi da reparti per acuti che necessitano di un ricovero temporaneo. In casi di comprovata fragilità sociale è possibile estendere tali ricoveri anche a persone ≥ 60 anni con specifica relazione sociale. La durata del ricovero è prevista fino ad un massimo di trenta giorni, rinnovabili una sola volta, per particolari situazioni e previo accordo tra il Centro Multiservizi e la R.S.A. ospitante. Le singole Assemblee dei Sindaci hanno approvato il relativo documento (con scadenza 31/12/18. Si precisa che l’Ambito Territoriale di Viadana era già dotato di analoga Convenzione attiva, in via di adeguamento.

✓ **Tavoli di lavori con Cure intermedie, con partecipazione di ATS**

L’ASST ha partecipato, nel corso dell’anno 2017, al Tavolo di restituzione dati di attività a cura di ATS ed ha collaborato al miglioramento del percorso di dimissioni verso cure intermedie.

✓ **Partecipazione a Cabina di regia e Tavoli di programmazione di ATS con erogatori socio sanitari**

L’ASST ha presenziato a tutti gli incontri promossi da ATS Val Padana promuovendo le azioni messe in campo dalla stessa ASST di Mantova, a seconda degli argomenti proposti.

✓ **Tavolo di lavoro con Cure Primarie per avvio progetti di presa in carico pazienti cronici**

In collaborazione col Dipartimento Cure Primarie questa ASST ha incontrato le Cooperative dei MMG gestori dei pazienti cronici ed ha provveduto alla stesura e sottoscrizione delle relative Convenzioni.

Si sono condivisi percorsi e formazione con i medici e pediatri co gestori, stabilendo buoni rapporti di collaborazione per l’avvio della riforma sanitaria introdotta dalla Regione Lombardia.

**PROGETTO AZIENDALE R.I.M.I**

**Obiettivi 2017**

- integrazione di percorsi territoriali e ospedalieri della gravidanza: gravidanza fisiologica, consolidamento ambulatori per la gravidanza patologica, percorsi ambulatoriali gravidanza 37ma settimana;
- implementazione del puerperio a domicilio;
- implementazione azioni di promozione allattamento al seno;
- integrazione ospedale/territorio corsi di preparazione al parto;
- valutazione progetti di revisione della rete di offerta dei Consultori Familiari in un’ottica di ottimizzazione ed implementazione delle risorse

- ✓ **integrazione di percorsi territoriali e ospedalieri della gravidanza: gravidanza fisiologica, consolidamento ambulatori per la gravidanza patologica, percorsi ambulatoriali gravidanza 37ma settimana;**

Nell'anno 2017 un gruppo di lavoro composto da ostetriche e ginecologi ha revisionato e la riformulato, alla luce dei più aggiornati contributi medico scientifici, il "protocollo gravidanza fisiologica", arrivando all'elaborazione di un PdTA che precisa la divisione dei compiti tra componente ospedaliera e componente territoriale, precisando che l'assistenza della gravidanza a basso e medio rischio venga fornita sul territorio dal personale ostetrico ginecologico che opera negli ambulatori dei Consultori. Per rendere omogeneo il processo della presa in carico della gravidanza fisiologica si è provveduto ad elaborare un percorso standard che prevede puntualmente ogni accertamento, visita, controllo dei parametri clinici che devono essere effettuati nel corso della gravidanza. Questo percorso prevede il maggior coinvolgimento della figura professionale dell'ostetrica che in autonomia possiede le competenze per valutare il progresso di una gravidanza fisiologica o in alternanza la presenza o la comparsa della semeiotica del rischio. In questo modo sono stati ridotti gli interventi del medico ginecologo sulla gravidanza fisiologica a due sole visite di controllo e valutazione. Questa scelta permette di impegnare la figura del ginecologo sui casi caratterizzati dalla presenza di fattori di rischio lieve e medio che vengono seguiti in ambito consultoriale, mentre qualora si verifichi la presenza di fattori di alto rischio, si dispone affinché la gravidanza venga seguita, per tutto il suo corso, da uno specifico ambulatorio ospedaliero.

Tutti gli adempimenti clinici sono stati riportati nel P.I. e nel P.A.I. che vengono illustrati alle assistite per raccogliere una loro firma di assenso, che a sua volta testimonia una adesione consapevole al piano di assistenza e terapia offerto dalla ASST di Mantova.

Il percorso prosegue con l'accompagnamento della gravida a termine dalla presa in carico consultoriale a quella ospedaliera mediante l'accesso programmato all'Ambulatorio della Gravidanza a Termine o 38ma settimana. In questo ambito, per il 2017, l'obiettivo è stato quello di istituire l'Ambulatorio nella Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia del PO di Mantova, unica sede in cui non era organizzato un percorso ad hoc per la presa in carico della donna gravida alla 37/38ma settimana. Nel rispetto della normativa vigente, valutando le attività erogate, si è posta particolare attenzione sui percorsi e sulla logistica dell'offerta all'interno della suddetta Struttura.

Per quanto riguarda i Presidi Territoriali di Asola e Pieve di Coriano, il percorso prevedeva già un ambulatorio attivo con personale dedicato. L'obiettivo, per tutti e tre i punti nascita, è stato quello di predisporre un PDTA omogeneo di accompagnamento della donna tra la 37/38ma settimana e la 41ma, nell'ambito del quale viene valutato il rischio e la presa in carico più adeguata al caso specifico.

A tale proposito è stato attivato un Gruppo di Miglioramento multiprofessionale composto da dirigenti medici – ostetriche- personale del servizio qualità e accreditamento dei tre punti nascita con lo scopo generale di predisporre un accordo clinico gestionale tra assistenza alla gravidanza, travaglio e parto, affidando ai responsabili clinici, medici e ostetriche:

- 1) le pazienti per confermare il basso rischio, per le quali è previsto un travaglio di parto ad insorgenza spontanea;
- 2) le pazienti che presentano rischi non depistati o emergenti a termine e le pazienti che necessitano di induzione.

Il lavoro del Gruppo è consistito nella stesura di un PDTA. Il percorso prevede anche la collaborazione delle ostetriche dei Consultori Familiari nell'invio facilitato delle donne all'Ambulatorio, tramite la prenotazione nelle agende elettroniche dell'Azienda con l'applicativo GSA.

L'ambulatorio della Gravidanza a Termine del Reparto di Ostetricia e Ginecologia del PO di Mantova è stato attivato a partire dal 4 Dicembre 2017.

✓ **implementazione azioni di promozione allattamento al seno;**

In ottemperanza a quanto previsto dal programma Comunità Amica dei Bambini – UNICEF Italia, in collaborazione e con il coordinamento di ATS Val Padana, sono stati organizzati i corsi per gli operatori coinvolti e sensibilizzati a cui hanno partecipato ospedaliero e del territorio in un'ottica di condivisione delle informazioni e delle azioni volte a promuovere l'allattamento materno. Nei corsi vengono riprese le indicazioni e le modalità, attraverso le quali è possibile per il personale sanitario e sociosanitario, indirizzare le donne verso un'adesione alla scelta di allattare il proprio bimbo al seno.

Per quanto riguarda i Consultori, su richiesta, vengono dedicati momenti di contatto con la puerpera nel corso dei quali l'ostetrica osserva la poppata e fornisce idonee informazioni; l'obiettivo prevede l'apertura, entro la fine dell'anno 2018, di un ambulatorio specificatamente dedicato all'allattamento al seno presso i punti nascita e alcune sedi di erogazione dei servizi consultoriali.

✓ **integrazione ospedale/territorio corsi di preparazione al parto;**

Relativamente ai corsi di accompagnamento alla nascita integrati è stato portato a compimento, nell'anno 2017, dal gruppo di ostetriche provenienti in parte dai servizi consultoriali e in parte dai reparti ospedalieri, sulla scorta delle esperienze di percorsi nascita condotti negli anni precedenti nei loro rispettivi ambiti, il nuovo "percorso nascita integrato". Il corso prevede modalità di conduzione e contenuti condivisi e concordati. Tutte le figure professionali specialistiche (ginecologi, psicologi, medici della prevenzione), coinvolti nel corso per trattare gli argomenti di competenza, hanno condiviso la necessità di trattare tematiche comuni al fine di fornire alle donne gravide informazioni omogenee per un confronto costruttivo ed efficace. I corsi vengono svolti con modalità programmata presso i Consultori Familiari riconosciuti quali setting ideale e privilegiato nel percorso della gravidanza. Si prevede in questo modo di ampliare sensibilmente l'offerta alle donne in gravidanza di questo percorso che permette di avvicinarsi al parto ed al puerperio con utili apporti e strumenti di conoscenza.

✓ **implementazione del puerperio a domicilio;**

Il puerperio al domicilio trova la sua espressione nel progetto della dimissione protetta. Lo scopo è di cogliere in modo tempestivo quelle condizioni personali, familiari e sociali che possono interferire nella positiva esperienza della nascita. Un appropriato accompagnamento, da parte dei Servizi, lungo tutto il percorso favorisce la possibilità che l'incontro tra i genitori ed il bambino sia fonte di gratificazione e quindi si creino le premesse per un armonico sviluppo delle competenze genitoriali e di crescita del bambino.

La prassi della dimissione in precedenza aveva avuto una fase di sperimentazione ed è stata messa a sistema nell'anno 2016, diventando modus operandi consolidato e standardizzato nelle modalità sancite dal Servizio Qualità aziendale per tutti i servizi ospedalieri (reparti di Ostetricia e Ginecologia) e territoriali (Consultori Familiari) di ASST Mantova. Nell'anno 2017 è stata inserita nel protocollo generale per l'assistenza alla gravidanza fisiologica.

Il protocollo prevede che prima della dimissione di una donna che ha partorito, la sua situazione di salute psicofisica nonché la sua condizione sociale e familiare vengano valutate dal personale di reparto. A seguito di questa

valutazione viene predisposta una scheda di dimissione con codici di diverso tipo: bianco o verde a seconda che la sua situazione di salute sia del tutto fisiologica o con lievi problemi di natura fisica; giallo con problemi di natura fisica che necessitano di essere presi in carico attraverso una successiva cura da parte del personale ostetrico ginecologico del consultorio; rosso nel caso la donna presenti problemi di natura psichica o di situazione familiare che devono trovare nel personale psicosociale del consultorio una continuità delle cure.

Mentre nei casi di codice verde e bianco è la donna che può rivolgersi volontariamente al personale del consultorio, nel caso dell'attribuzione di un codice giallo o rosso, sono gli operatori consultoriali ad essere tenuti a prendere contatti telefonici con l'assistita nell'arco di un certo numero di ore.

Questo protocollo permette di operare un miglioramento nella presa in carico e nella continuità delle cure in particolare nei confronti della donna che presenta una situazione di fragilità legata alla sua salute psichica permettendo di curare e monitorare le situazioni che vedono affermarsi una sofferenza dovuta a depressione post partum o a condizioni familiari particolarmente critiche tali da impedire una situazione di sicurezza o serenità per la coppia madre-bambino. A partire dall'anno 2017 è previsto che lo psicologo del Consultorio svolga una consulenza alla donna prima che venga dimessa dal Reparto di Ostetricia, al fine di evitare una discontinuità nell'assistenza e promuovere un aggancio della donna il più precoce possibile. Sul punto Nascita di Mantova, le consulenze vengono svolte dagli psicologi del Servizio di Psicologia Clinica mentre su quelli di Asola la richiesta va agli psicologi consultoriali. A seguito dell'inquadramento diagnostico dell'assistita lo psicologo provvede o meno a far attivare le procedure per una richiesta di visita psichiatrica.

Le attività sopra descritte saranno mantenute e diventeranno un *modus operandi* poichè l'obiettivo è quello di fornire sostegno ed assistenza alla madre ed al neonato al fine di promuovere la fisiologia dell'adattamento postnatale, l'allattamento al seno, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologia, organica e relazionale ed il benessere della famiglia, prevedendo ove necessario l'attivazione di altre figure professionali della rete e di altri servizi.

La letteratura scientifica internazionale ha confermato l'esistenza di consistenti evidenze sugli effetti positivi delle visite domiciliari e del sostegno ed assistenza alla madre ed al neonato nelle prime settimane di vita, specialmente se inseriti in programmi strutturati di intervento da parte di operatori integrati tra loro (prima, durante e dopo la nascita). L'assistenza in puerperio ed il sostegno alla genitorialità sono considerati interventi prioritari di salute pubblica e vanno quindi promossi a tutta la popolazione.

✓ **valutazione progetti di revisione della rete di offerta dei Consultori Familiari in un'ottica di ottimizzazione ed implementazione delle risorse**

In quest'ottica sarà necessario prevedere un migliore ed efficace utilizzo delle risorse anche attraverso una revisione della rete di offerta dei Consultori familiari, la cui progettualità sarà oggetto di attenzione per l'anno 2018.

Sempre nell'ambito di un miglior utilizzo ed efficientamento delle risorse territoriali ed ospedaliere, ma soprattutto nell'ottica di una riconduzione a maggior appropriatezza dei percorsi assistenziali, nel 2018 sarà implementato ed avviato il percorso della gravidanza a medio ed ad alto rischio, in continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

**Obiettivi 2017**

- avvio sperimentazione con dotazione minima di personale per apertura su 5 giorni settimanali
- verifica andamento centro servizi a 6 mesi dall'avvio
- azioni di miglioramento da attivare sulla base dei risultati della sperimentazione e delle indicazioni regionali

**✓ Avvio sperimentazione con dotazione minima di personale per apertura su 5 giorni settimanali**

Il Centro Servizi di ASST Mantova si è stato formalmente attivato in data 1 settembre 2017, presso i locali dedicati del Padiglione N. 10/A del P.O. C. Poma. L'orario di apertura al Pubblico, dal lunedì al venerdì, è dalle ore 8.30 alle 13.00 e dalle ore 14.00 alle 17.00.

**✓ Verifica andamento del Centro Servizi a 6 mesi dall'avvio**

Al 31/12/2017 gli Operatori del Centro Servizi hanno effettuato le seguenti attività:

- stesura del relativo PDTA (bozza 2017 in attesa di ulteriori indicazioni regionali);
- gestione delle dimissioni protette in appoggio al CeAD DI Mantova e in collaborazione con l'équipe di Continuità delle Cure e la SS Nutrizione clinica;
- mappatura dei pazienti dei Percorsi Demenza, Dimissioni Protette e Paziente Polipatologico nella Piattaforma Portale Sanitario aziendale;
- incontri del Tavolo della Partenza sui Cronici presieduti dalla Direzione Strategica;
- programmazione e parziale attuazione incontri di conoscenza reciproca ed illustrazione delle modalità di presa in carico del paziente cronico con i CeAD, gli Operatori Amministrativi delle Sedi Territoriali e dei PP.OO., gli Ambulatori ed i Reparti/Dipartimenti più coinvolti (Subacuti, Cardioracovascolare, Pneumologia, Diabetologia, Medicina, Nefrologia, Continuità delle Cure, Emergenza-Urgenza, Neuroscienze e Servizi), i Centralinisti, l'URP, l'UPG, la Farmaceutica, con elaborazione e distribuzione di documentazione e materiale informativo;
- programmazione e parziale attuazione incontri con la filiera erogativa del Gestore ASST Mantova;
- programmazione e parziale attuazione incontri con MMG e Pdf Gestori e Cogestori;
- sperimentazione del Percorso Demenza in collaborazione con la SC Neurologia: mappatura N. 134 pazienti al 31/12/17; gestione prenotazioni accertamenti e visite neurologiche, geriatriche e neuropsicologiche; monitoraggio telefonico dei pazienti tramite apposita check list e rimando ai referenti del caso; programmazione gruppi per caregivers di pazienti, a completamento del Percorso dedicato;
- gestione richieste di ricovero temporaneo in Nucleo Alzheimer, come da Deliberazione ASST Mantova N. 453 del 27/04/17 - Convenzione per la realizzazione del progetto "ricoveri temporanei in Nucleo Alzheimer" tra ASST e le RSA provinciali con Nucleo Alzheimer. La Convenzione riguarda pazienti di età  $\geq$  65 anni con diagnosi certificata di demenza/Alzheimer, con problemi comportamentali attivi, ricoverati in reparto per acuti o al domicilio. La durata del ricovero è di massimo 60 giorni, prorogabili eventualmente a 90, in caso di comprovata fragilità del nucleo familiare verificata dal Centro Multiservizi-MMG. Nel 2017 si sono registrate N. 4 richieste e 0 ingressi.

✓ **Azioni di miglioramento da attivare sulla base dei risultati della sperimentazione e delle indicazioni regionali**

Per quanto riguarda le azioni di miglioramento da attivare, sulla base dei primi mesi di esperienza, sono individuate le seguenti:

- applicazione DGR N. 7655 per l'avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile;
- completamento incontri programmati con gli Attori della rete (compreso Terzo Settore)

**PROGETTO AZIENDALE NUOVI PERCORSI DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI**

**Obiettivi 2017**

- stesura PDTA di tre percorsi
- avvio sperimentazione, con follow-up dopo 6 mesi

In relazione all'obiettivo atteso per il 2017, sono stati elaborati i seguenti PDTA per i tre percorsi individuati ed avviata la relativa sperimentazione:

1) PDTA 69 DEL 20/02/2017 Gestione del paziente fragile in dimissione protetta a domicilio

Nel corso del 2017 son stati segnalati, secondo PDTA 69, n.71 pazienti di età variabile dai 52 ai 95 anni, di cui 65 valutati dall'equipe territoriale direttamente presso il reparto dimettente e sono stati attivati precocemente i servizi necessari per accogliere il paziente al momento del rientro domiciliare.

2) PDTA 70 DEL 21/03/2017 Gestione del paziente con demenza

E' stato istituito un Gruppo di Miglioramento di quattro incontri con tutti gli attori aziendali coinvolti, finalizzato ad affrontare aspetti e criticità organizzative, cui sono seguite riunioni mensili di équipe interdipartimentale sulla gestione del Percorso e sui casi complessi.

Al 31 dicembre 2017 i pazienti mappati dal Centro Servizi su Portale Sanitario ed inseriti nel Cruscotto sono 134.

3) PDTA 72 DEL 12/06/2017 Gestione del paziente geriatrico polipatologico

La presa in carico dei pazienti, secondo PDTA, è iniziata il 28/06/17 e al 31/12/17 i pazienti presi in carico sono stati n.27. Tutti i 27 pazienti segnalati e dimessi, pari al 100%, sono stati presi in carico dalle Cure Domiciliari ASST. I giorni di presa in carico sono stati complessivamente n° 1.890 con una media di 70 giorni per paziente ( min.4-max. 173 ).

**PROGETTO AZIENDALE ADI E ADI CURE PALLIATIVE: EVOLUZIONE MODELLO**

**Obiettivi 2017**

- Formazione su Cure Palliative degli operatori ADI e CEAD;
- Gestione pazienti in modalità integrata tra ADI ordinaria e assistenza STCP ASST Mantova
- Sviluppo modello organizzativo delle Cure Palliative in cui l'attuale ADI ordinaria si integra con il livello base delle Cure Palliative domiciliari.

In relazione al PROGETTO AZIENDALE ADI E ADI CURE PALLIATIVE: EVOLUZIONE MODELLO, per il 2017 sono stati conseguiti gli obiettivi attesi per l'anno:

**1. Formazione sulla tematica delle Cure Palliative**, rivolta a operatori dei seguenti servizi: Servizio Assistenza Domiciliare Integrata; Centro servizi; Centro Multiservizi (ex CEAD), attraverso l'iniziativa formativa: "UN VIAGGIO NELLE TRAIETTORIE DELLE INSUFFICIENZE D'ORGANO END STAGE: la gestione integrata dei malati con bisogni di Cure Palliative."

Il corso si è proposto di fornire ai professionisti sanitari e sociosanitari, che assistono malati cronici con insufficienze d'organo end stage, le conoscenze e le competenze necessarie all'individuazione dei malati eleggibili in cure palliative.

#### OBIETTIVI SPECIFICI

1. sviluppare la cultura della presa in carico globale e patto con malato e famiglia;
2. fornire elementi pratici per la gestione del passaggio dalla cronicità-fragilità alla terminalità;
3. fornire elementi per la gestione del fine vita in merito a : sintomi e farmaci; decisioni di fine vita (cliniche ed etiche); gesti di cura; comunicazione e relazione con malato e famiglia.

INTENSITA' ORARIA: Il corso si è sviluppato in tre incontri di 4 ore ciascuno per un totale di 12 ore.

Partecipanti: 63 operatori afferenti Servizio Assistenza Domiciliare Integrata; Centro servizi; Centro Multiservizi (ex CEAD) con le seguenti qualifiche: Medico, Infermiere, Fisioterapista, Assistente Sociale, Psicologo.

**2. Gestione pazienti in modalità integrata tra ADI ordinaria e assistenza STCP ASST Mantova** : per raggiungere questo obiettivo, nel 2017, sono stati organizzati in modo sistematico degli incontri durante i quali sono stati discussi i casi sia di pazienti in carico all'ADI ma suscettibili di Cure Palliative perché valutati come portatori di bisogni complessi che pazienti già in cure palliative, ma con stabilità di malattia e fuori da una condizione di complessità clinica per cui eleggibili in piani assistenziali ADI, integrandoli con visite presso l'ambulatorio di Cure Palliative. Gli incontri sono stati verbalizzati.

**3. Sviluppo modello organizzativo delle Cure Palliative in cui l'attuale ADI ordinaria si integra con il livello base delle Cure Palliative domiciliari.** Questo obiettivo in parte viene raggiunto con il precedente. Inoltre, è stato elaborato un progetto sperimentale con un gruppo di Medici di Medicina Generale (in corso di discussione), che è diventato anche un obiettivo di budget dell'anno 2018.

#### PROGETTO AZIENDALE AREA SALUTE MENTALE

Obiettivi 2017
sistemizzazione dell'attività del comitato di coordinamento e definizione programma di azione.

Le azioni intraprese nel corso del 2017 relativamente a questa progettualità sono state:

- ✓ Stesura del PDTA per la doppia diagnosi. Si sono già tenute numerose riunioni per arrivare ad elaborare il protocollo che permetta di gestire le problematiche legate a pazienti complessi, in particolare per le patologie legate alle Dipendenze in comorbidità con quelle psichiatriche.
- ✓ Attivazione di un'attività di consulenza specialistica NPI presso i consultori dedicati all'area adolescenziale in collaborazione con il Dipartimento delle Fragilità e Materno-Infantile.

- ✓ Perfezionamento e stesura finale del protocollo operativo per la gestione dell'acuzie psichiatrica in area adolescenziale. La riunione finale, con la presenza di tutte le UO coinvolte (Pediatria, Pronto Soccorso, Psichiatria, UONPIA) si è tenuta in data 18 maggio 2018 presso il Servizio Ospedaliero della UONPIA di Mantova.

#### **PROGETTO AZIENDALE POTENZIAMENTO COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE**

Nell'impossibilità di attivare, come ipotizzato, una gara aggregata con ASST Cremona e ATS della Valpadana per il rifacimento del sito internet e del portale intranet – conseguentemente alla richiesta di ARCA Lombardia di partecipare a un unico bando regionale che raggruppasse tutte le ATS e ASST interessate al progetto - si è proceduto a un restyling della homepage del sito internet per rendere lo strumento più facilmente navigabile e attrattivo. Una soluzione provvisoria ma efficace, in attesa che prendesse il via la procedura ARCA. Nel contempo, ARCA ha espletato la gara regionale, preceduta da un tavolo tecnico composto dai referenti delle varie aziende sanitarie, al quale ha partecipato anche ASST di Mantova con la responsabile Comunicazione e il responsabile Gare a valenza tecnico economale e servizi a gestione diretta. A conclusione della gara e aggiudicazione dei lotti, ASST di Mantova ha aderito alla convenzione ARCA (maggio 2018).

Sono state realizzate campagne di informazione rispetto ai principali focus della riforma del sistema socio sanitario – e alla nuova organizzazione aziendale che ne è conseguita – attraverso comunicati stampa, aggiornamento dei contenuti del sito internet e della pagina facebook e altre iniziative di comunicazione. In particolare, seguendo le indicazioni di Regione Lombardia, si è sviluppata una campagna specifica sul tema più forte della riforma: la nuova modalità di presa in carico dei pazienti cronici. È stato quindi diffuso materiale promozionale cartaceo e video con contenuti sia regionali che declinati a livello locale. La campagna ha previsto inoltre l'attivazione di una sezione dedicata sul sito internet aziendale contenente i riferimenti aziendali per la gestione dei cronici (centro servizi, punti di contatto), comunicati stampa e articoli sul periodico aziendale online Mantova Salute, nonché la realizzazione di totem identificativi dei punti di contatto abbinati a leaflet informativi (in parte ancora in lavorazione).

Il gruppo di lavoro interprofessionale 'Ascolto dei cittadini, valutazione e intervento migliorativo' ha organizzato due incontri mirati per approfondire tematiche relative ad aree critiche (8 marzo Poliambulatori di Pieve di Coriano e 9 marzo poliambulatori di via Trento-Mantova) emerse dai dati del sistema di ascolto 2016. In ciascuno dei due incontri sono stati coinvolti i referenti di queste aree e sono stati intrapresi provvedimenti per migliorare le situazioni di disagio riscontrate. Un terzo incontro si è tenuto in data 11 luglio.

Al fine di richiamare l'attenzione dei professionisti sui risultati della customer e per invitarli a prenderne visione e a esprimere il loro parere si è inoltre convenuto di ricorrere all'autorevolezza della Direzione Sanitaria per l'invio del report semestrale della customer a direttori di struttura, coordinatori infermieristici, direttori di dipartimento, rad e altre figure apicali. Questa soluzione ha prodotto un miglioramento dei riscontri da parte dei professionisti.

Infine, è stato organizzato il corso *Valorizzazione della customer satisfaction nell'ottica del miglioramento della soddisfazione dei cittadini in collaborazione con Formazione, Direzione Sanitaria e Regione Lombardia. Corso rivolto a direttori di struttura e coordinatori infermieristici (3 ottobre 2017 e 16 gennaio 2018, Presidio Formazione Universitaria ASST Mantova).*

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

### TERAPEUTICO

#### Obiettivi 2017

Per 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 in elenco 648/96 e Medicinali e prodotti farmaceutici erogati per trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare:

- 100% delle erogazioni con programma terapeutico informatizzato
- 100% dello sviluppo del contestuale flusso delle erogazioni con programma terapeutico
- Rendere disponibile la reportistica necessaria alla verifica della correttezza e dell'appropriatezza

Il progetto si è sviluppato con l'installazione del nuovo software di Erogazione Diretta Farmaci (EDF) con nuove e specifiche funzionalità per gestire il programma terapeutico del paziente.

EDF integrato con il gestionale informatico di magazzino in uso, permette:

- la rilevazione dell'erogazione diretta di farmaci, dispositivi medici, prodotti dietetici ad ogni singolo paziente
- la tracciabilità per lotto scadenza di ogni singola confezione dispensata
- la contestuale creazione dei relativi flussi File f, Promin e Diabet
- la rilevazione delle giacenze in tempo reale

Sono state aggiornate le anagrafiche dei prodotti inserendo le specifiche del prodotto: File F, Protesica Minore, Diabetica, Dietetica necessarie alla generazione automatica del flusso.

Nel 2017 sono state gestite correttamente con EDF le consegne a 1071 pazienti, 798 i prodotti coinvolti con la contestuale generazione automatica dei flussi

Importante lo sviluppo di reportistica utile alla verifica della correttezza e dell'appropriatezza dell'erogazione per ogni singolo paziente, in grado di rispondere alle esigenze nel senso più ampio:

- Coerenza e consolidamento dei dati
- Velocità nell'accesso alle informazioni
- Supporto per l'analisi dei dati

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

#### Obiettivi 2017

stesura procedura e sperimentazione in un reparto

Nel corso del 2017 è stato coinvolto il reparto di cardiologia nelle 2 fasi di sviluppo di un progetto sperimentale da estendere successivamente ad altri reparti.

-FASE I: RICOGNIZIONE DELLA TERAPIA

Nella fase di ricognizione della terapia, ad oggi già effettuata nel momento della compilazione della cartella clinica del paziente, tutte le informazioni relative alle terapie farmacologiche domiciliari vengono riportate specificando eventuali problemi o reazioni avverse insorte in trattamenti precedenti anche se già sospesi nel momento del ricovero.

Nel rispetto della Raccomandazione Ministeriale devono essere presenti in cartella clinica:

- Il nome commerciale del farmaco e/o del principio attivo;
- La forma farmaceutica;

- Il dosaggio;
- La posologia giornaliera;
- La data di inizio e la durata della terapia;
- La data e l'ora dell'ultima dose
- La via di somministrazione;
- Gli eventuali trattamenti a carattere sperimentale, compreso l'utilizzo compassionevole e di farmaci off-label
- La presenza di patologie, allergie o intolleranze conosciute; le terapie pregresse ed eventuali effetti indesiderati;
- L'assunzione di omeopatici, fitoterapici e integratori e ogni altro prodotto della medicina non convenzionale, gli alimenti che possono interferire con la terapia;
- I dati inerenti peso e altezza del paziente;
- Gli stili di vita
- L'utilizzo di dispositivi medici medicati;

#### -FASE II: RICONCILIAZIONE

La Riconciliazione viene effettuata dal medico che confronta le informazioni raccolte nella fase di ricognizione con le prescrizioni ex-novo e con le modifiche ritenute necessarie per la nuova condizione clinica.

La riconciliazione evidenzia le possibili incognuenze: sovrapposizioni, omissioni, interazioni, controindicazioni, confondimento dovuto a farmaci Look-Alike/Sound-Alike (LASA).

Al fine di fornire al paziente ed al MMG una completa e chiara informazione relativa alla terapia che dovrà essere seguita al domicilio, viene riportato in un unico elenco sotto la dicitura "Terapia alla dimissione" la cura farmacologica, evidenziando tramite sottolineatura (o mediante un simbolo) i farmaci di nuova introduzione o che abbiano subito modifiche nel dosaggio o posologia.

In questo modo risultano evidenti i cambiamenti apportati in seguito al processo della Riconciliazione riducendo il rischio di assunzioni improprie o errori terapeutici.

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

##### **Obiettivi 2017**

- Miglioramento del percorso della gestione delle emergenze/urgenze chirurgiche con attivazione della linea dedicata delle urgenze per gli interventi di cardiocirurgia e l'attivazione di un percorso per la gestione delle urgenze differibili;
- Miglioramento della logistica del paziente e dei materiali afferenti al blocco operatorio con realizzazione di una centrale di gestione unica dei trasporti dei pazienti da e verso la sala operatoria e l'identificazione di una figura di coordinamento per la gestione dei materiali e dei servizi di supporto;
- Piano di investimenti per adeguamento tecnologico della strumentazione e delle apparecchiature

L'obiettivo si può ritenere raggiunto in quanto è sempre garantita una linea dell'urgenza dedicata agli interventi di cardiocirurgia che si affianca alla linea delle urgenze per tutte le altre specialità chirurgiche; è stato anche sperimentato un percorso dedicato per la gestione delle urgenze differibili che è in fase di valutazione.

Il percorso della logistica del paziente e dei materiali è stata migliorata e ancora ci sono delle modifiche da realizzare ma già in programma; inoltre è stata identificata una figura di coordinamento per la gestione dei materiali e dei servizi di supporto.

E' stato creato un gruppo di lavoro tecnico-sanitario che ha analizzato il percorso operatori, il percorso dei pazienti, il percorso dei materiali, il percorso del ferro, la sicurezza e l'antincendio, l'impiantistica e la gestione delle apparecchiature, con l'intento di applicare tutte le modifiche organizzative proposte nel corso del 2018.

È stato presentato il piano di investimenti per l'adeguamento tecnologico.

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

##### **Obiettivi 2017**

estendere l'attività del Centro di Programmazione Chirurgica all'80% delle specialità chirurgiche;

L'obiettivo si può ritenere raggiunto in quanto, pur avendo esteso la copertura dell'attività del Centro di Programmazione Chirurgica al 50 % delle specialità chirurgiche si è coperta una quota molto più importante di interventi chirurgici. Strategicamente, infatti, allo scopo di coprire la quota più ampia possibile di interventi chirurgici, si sono scelte le specialità che afferiscono ai dipartimenti chirurgico ortopedico e materno infantile che coprono i volumi di attività più alti per poi estenderlo a tutte le altre.

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

##### **Obiettivi 2017**

- monitoraggio costante e puntuale attraverso la costruzione di un cruscotto effettuato su specifici indicatori di produzione al fine di verificare il corretto utilizzo delle risorse messe a disposizione con conseguente possibilità di riallocazione flessibile dei posti letto e delle sedute operatorie
- creazione di un comitato per la valutazione periodica degli indicatori di produzione e la condivisione delle scelte d'intervento
- stratificazione del paziente che accede in Pronto Soccorso nei diversi setting assistenziali attraverso l'utilizzo di specifiche scale al fine di indirizzare il paziente nel percorso più appropriato intra-ospedaliero o extra-ospedaliero con attivazione dei servizi e delle strutture territoriali

L'obiettivo è raggiunto in quanto vi è un monitoraggio costante e puntuale dell'utilizzo delle sale operatorie con particolare attenzione al rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici sulla base dei quali si costruisce e si modifica il layout trimestrale degli spazi operatori nei 3 blocchi operatori aziendali; si è inoltre iniziato ad intraprendere il percorso della gestione degli spazi operatori tramite software gestionale (ormaweb).

Mensilmente, ma nei periodi più critici anche bimestralmente, si riunisce il "tavolo del sovraffollamento del PS" che analizza gli indicatori di produzione e propone le scelte di intervento.

Inoltre in Pronto Soccorso vi è una stratificazione del paziente che accede nei diversi setting assistenziali attraverso l'utilizzo di specifiche scale al fine di indirizzare il paziente nel percorso più appropriato intra-ospedaliero o extra-ospedaliero con attivazione dei servizi e delle strutture territoriali.

#### **RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PER INTENSITÀ DI CURA**

L'obiettivo per l'anno 2017 è raggiunto in quanto sono state sviluppate ed attivate le reti ospedaliere tra il presidio Hub di Mantova e i presidi periferici Spoke di Pieve di Coriano ed Asola. In particolare è stata attivata la rete ginecologica con creazione delle equipe itineranti rappresentate da un chirurgo senior tutor ed un chirurgo junior in affiancamento e formazione. L'obiettivo è quello di caratterizzare i diversi presidi per una data patologia da trattare garantendo sempre la massima competenza ed expertise del personale medico nella esecuzione dell'intervento indipendentemente dalla sede del presidio.

Inoltre, rispetto alla patologia chirurgica è stata potenziata l'attività di day surgery presso il Po di Asola e sempre presso questo presidio è in fase di studio l'attivazione di una week-surgery.

#### **PROGETTO AZIENDALE PROMOZIONE ATTIVITÀ DI RICERCA**

L'obiettivo per l'anno 2017 è raggiunto in quanto nel corso dell'anno è stata mantenuta ed implementata l'attività formativa di metodologia della ricerca. In particolare sono stati svolti 2 corsi di base ed è stato avviato un corso avanzato della durata biennale che prevede la creazione di piccoli gruppi di ricerca seguiti con formazione sul campo in tutte le fasi della stesura del protocollo di ricerca, avvio dello studio, elaborazione e diffusione dei risultati. Il corso di formazione avanzato ha prodotto 4 progetti di ricerca, tutti approvati dal comitato etico interaziendale di Cremona che sono in fase di sviluppo e realizzazione. È stato inoltre realizzato nel mese di ottobre un convegno aziendale sulla Ricerca in cui sono stati presentati tutti i principali studi realizzati e condotti all'interno della ASST di Mantova nell'anno 2017.

#### **PROGETTO AZIENDALE SUL BENESSERE ALIMENTARE**

L'obiettivo 2017 è raggiunto in quanto nel corso dell'anno sono state molteplici le iniziative e le attività inerenti al Progetto "Chef in Ospedale: diamo gusto alla salute". Tali iniziative si riassumono in: revisione menù dei dipendenti e dei degenti del PO di Mantova, corsi teorici e di formazione sul campo per il personale addetto alla cucina del Po di Mantova, corsi teorici in aula per i dipendenti sui corretti stili alimentari, corsi teorici in aula per i ristoratori aderenti alla associazione di categoria confcommercio, incontri con le pazienti operate al seno.

#### **PROGETTO AZIENDALE GESTIONE DIRETTA CENTRO ODONTOIATRICO DI GOITO**

Il Centro odontoiatrico di Goito dal 09/1/2017 è in gestione diretta di ASST.

Con atto deliberativo n. 1347 del 30/11/2016, infatti, è stato definito l'assetto organizzativo del Centro che fa capo alla struttura di specialistica ambulatoriale dell'Azienda. È cessato, dalla stessa data, il rapporto contrattuale con DMC Dental. Non vi sono state interruzioni al percorso di cura dei pazienti e l'obiettivo principale del 2017 di dare continuità all'offerta di prestazioni odontoiatriche sia in SSN che in solvenza è stato pienamente realizzato.

Per l'avvio della gestione in forma diretta l'Azienda ha individuato le modalità più opportune per assicurare la continuità delle cure verso gli utenti in carico, per soddisfare i requisiti di accreditamento, per garantire un assetto organizzativo funzionale all'offerta di prestazioni odontoiatriche in Lea SSN e in solvenza, così come previsto dalla DGR VI/39897 del 27/11/1988.

#### ***Qualità delle cure – Appropriately - Risk Management***

Anche per l'anno 2017 l'ASST di Mantova, ha scelto quale azione strategica, lo sviluppo di un esplicito sistema di sicurezza dell'assistenza sanitaria, agito a livello di ogni singolo dipartimento attraverso le attività promosse dalla Struttura Complessa Qualità Accreditamento e Appropriately, Staff della Direzione Strategica. Nell'ottica di integrare maggiormente gli sforzi, il metodo e le azioni di promozione e gestione della sicurezza clinica con i sistemi di sviluppo per il miglioramento continuo della qualità si è deciso di proseguire con un piano integrato per la qualità ed il risk management. Questa strategia ha permesso in parte di ottimizzare risorse e progetti al fine di condividere, con tutte le strutture ed i servizi sanitari nonché gli staff, gli obiettivi sul miglioramento della qualità e della sicurezza comprendendo anche le attività previste per il progetto di valutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia (sulla scorta degli std di JCI) e le iniziative di monitoraggio dei rischi etico comportamentali. Questa esigenza risponde allo standard previsto da Regione Lombardia in cui si chiede di integrare il piano di risk

management con il piano di miglioramento aziendale che abbia quali elementi di ingresso l'analisi delle criticità aziendali, l'analisi degli eventi avversi / sentinella e l'analisi dei sinistri.

E' stato definito il piano Qualità e Risk Management che si inserisce nel piano integrato di miglioramento dell'organizzazione (P.I.M.O.) come previsto dalla DGR. X/4702 del 29.12.2015 avente per oggetto "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO PER L'ESERCIZIO 2016 - (DI CONCERTO CON ASSESSORE MELAZZINI) e dalla DGR X / 5954 del 5.12.2016 avente per oggetto "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO PER L'ESERCIZIO 2017". La volontà della Direzione è stata ancora quella di promuovere, sostenere e diffondere un clima di fiducia e di promozione di una cultura proattiva dei rischi e del miglior manto continuo della qualità, tale da porre l'ASST di Mantova, quale punto di riferimento privilegiato della domanda di salute dei cittadini, garantendo loro sicurezza e qualità nell'offerta dei Servizi Sanitari.

Le attività inerenti la qualità e il risk management sono proseguite nel percorso e nelle iniziative già avviate negli anni precedenti, prevedendo una forte integrazione tra il sistema di risk management e il sistema per la gestione della qualità aziendale all'interno del piano integrato di miglioramento dell'organizzazione. Nell'ambito del piano di risk management annuale, richiesto obbligatoriamente da Regione Lombardia, si è cercato pertanto di orientare il sistema verso la valorizzazione della cultura, della struttura e dei processi che hanno lo scopo di gestire efficacemente effetti negativi ed opportunità di miglioramento. Nell'anno 2017 si è tenuto conto del nuovo assetto organizzativo della ASST costituitasi per effetto dell'evoluzione del SSR (LR 23/15).

Anche per l'anno 2017 è stato previsto un calendario di audit interni per la verifica ed il supporto del progetto regionale da parte della Struttura Qualità, rivolto a tutte le Strutture dell'azienda a completamento del piano di verifiche iniziato negli anni precedenti, al fine di mantenere il risultato ottenuto sugli standard raggiunti e di colmare i gap evidenziati nelle visite precedenti utile alla autovalutazione semestrale richiesta da Regione Lombardia ed effettuata nel portale web PRIMO.

In particolare sono stati definiti gli indicatori di valutazione degli ospedali e di monitoraggio interno dei processi – parte integrante del P.I.M.O. (piano integrato di Miglioramento dell'Organizzazione) attraverso la gestione (definizione e monitoraggio) degli indicatori chiave di qualità delle strutture certificate ISO, dei Processi di Direzione Sanitaria certificati ISO, dei Percorsi di Appropriately aziendali (PAC) e dei PDTA secondo le regole di sistema per l'anno 2017, per la copertura di tutte le Aree già identificate dalle Regole di sistema anno 2014, come segue:

- a) procedure cliniche assistenziali;
- b) uso di antibiotici e altri farmaci
- c) errori di terapia e near miss della terapia farmacologica
- d) uso di anestesia e sedazione
- e) documentazione sanitaria;
- f) ciascun obiettivo internazionale della sicurezza
- g) efficienza gestionale dei processi amministrativi
- h) controllo degli eventi che mettono a repentaglio la sicurezza dei pazienti familiari
- i) controllo degli eventi che mettono a repentaglio la sicurezza degli operatori.
- j) andamento delle infezioni correlate all'assistenza

L'autovalutazione del primo semestre 2017 è stata effettuata in autonomia tramite l'addestramento dei RAD e dei direttori di dipartimento che hanno compilato la check list attraverso il coinvolgimento diretto dei coordinatori e direttori di UU.OO. L'attività è stata coordinata dai CSQ della Struttura Qualità.

In continuità con gli anni precedenti, nel 2017 le iniziative di risk management sono state 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 JCI e secondo il progetto di valutazione delle performances qualitative della Regione Lombardia (sistema di autovalutazione).

E' stata, poi, effettuata la raccolta delle "best practice" presenti in azienda sulla sicurezza del paziente ed il miglioramento della qualità mediante il collegamento con osservatorio di Regione Lombardia e l'AGENAS nonché l'aggiornamento della rete intranet della qualità che mette a disposizione di tutti gli operatori dell'azienda la raccolta di tutte le procedure di gestione del rischio clinico e le best practices attraverso il coinvolgimento portale web aziendale. È stato presentato un progetto relativamente alla scheda di maternità consultorio – punto nascita.

Al fine di meglio supportare le attività di gestione del rischio clinico e del mantenimento del sistema aziendale di gestione per la qualità si è provveduto all'implementazione di uno specifico software. Il software denominato "Talete" ha la possibilità di gestire informaticamente applicativi inerenti:

- ✓ Gestione reattiva e proattiva del rischio clinico (segnalazioni e gestione delle azioni correttive)
- ✓ Accredimento istituzionale
- ✓ Registrazione NC e gestione del miglioramento secondo la norma UNI EN ISO 9001:2008
- ✓ Cruscotto indicatori della qualità
- ✓ Gestione documentale della qualità

Durante l'anno 2017 è stato implementato a livello aziendale il sistema, con la formazione e addestramento in tutte le UU.OO. dell'azienda.

Nel corso dell'anno 2017 è stato implementato definitivamente il Piano di miglioramento integrato dell'organizzazione nell'ambito del riesame aziendale (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..). Il piano di miglioramento è su livello aziendale e dipartimentale.

Lo sviluppo integrato delle attività di miglioramento della qualità e di risk management hanno compreso, inoltre, la prosecuzione o l'implementazione e la conduzione dei gruppi di miglioramento secondo le modalità previste del SGQ (PG1MQ08) che sono stati individuati nell'ambito dei piani d'azione riconducibili all'analisi dei rischi o da esplicite esigenze provenienti dai dipartimenti.

Per l'anno 2017 è proseguita l'attività di mediazione trasformativa dei conflitti tra utenti e operatori e la gestione spazio "Well.Co.Me", svolti come descritto da apposita procedura generale (PG25MQ08) revisionata e approvata con delibera aziendale n° 84 del 28/01/2014.

In un'ottica di integrazione delle attività di risk management con gli Standard di valutazione delle performance qualitative, nell'ambito del SGQ aziendale si dettagliano i progetti conclusi.

1 - prosecuzione del "progetto di sicurezza clinica ed assistenziale in ambito ostetrico" che ricomprende le seguenti fasi desunte dalle evidenze degli audit clinici condotti dal 2010 al 2017 su emorragia post partum, gestione del CTG.

In particolare :

- a) prosecuzione dell'audit clinico su gestione taglio cesareo per alterazione del CTG e l'emorragia post partum.
- b) Aggiornamento dei protocolli clinici ed assistenziali conseguenti agli audit clinici attraverso specifico GdM
- c) Gestione dei trigger ostetrici
- d) Inserimento scheda lettura trigger.

- e) formazione degli operatori sulla gestione del rischio in sala parto
- f) incontri sulla sicurezza con analisi dei casi

2 - Riduzione delle Infezioni correlate all'assistenza sanitaria attraverso il sostegno delle attività del CIO

In particolare si evidenzia che si sono conclusi i seguenti progetti con impatto sul rischio clinico:

- a) Controlli microbiologici ambientali secondo l'Istruzione Operativa IOCIO03:
- b) Corso di aggiornamento per il personale infermieristico e medico: "La prevenzione delle ICA nelle Terapie Intensive Aziendali"
- c) Rischio Sepsis: In continuità con il percorso per la "Lotta alla Sepsis", con le seguenti attività:
  - audit sulle cartelle cliniche dei casi di sepsi severo/shock settico e relative schede nel periodo di riferimento rispetto alle raccomandazioni delle Linee Guida Surviving Sepsis Campaigning .
  - Rilevazione del numero totale di richieste in associazione: emocolture più dosaggi lattati. I dati sono stati raccolti a campione da gennaio a dicembre 2017 ed inseriti in un file Excel. Il PDTA sepsi è stato rispettato in tutti i casi oggetto di audit clinico.

Tutte le attività sono state condotte dal CIO attraverso le indicazioni definite dallo specifico piano annuale già condiviso con il Risk Manager aziendale.

3 - Sicurezza del paziente in sala operatoria: L'analisi degli eventi avversi occorsi nelle strutture sanitarie lombarde ha evidenziato la necessità di una verifica costante dell'effettiva applicazione della check list in sala operatoria e delle Raccomandazioni che è stata effettuata con osservazioni sul campo utilizzando le OTAS e la revisione delle specifiche procedure riguardanti anche la Ritenzione garze e strumenti nel sito chirurgico e l'Identificazione paziente, sito e procedura.

Nell'ambito delle verifiche sul campo sono state osservate anche le raccomandazioni rispetto a:

- Profilassi antibiotica in chirurgia;
- Dress code ed igiene delle mani: adozione appropriate misure igienico sanitarie degli operatori che lavorano nelle sale operatorie;

4- Analisi del percorso di ANALISI PROATTIVA DEI RISCHI NELL'AMBITO DELLA DIAGNOSI PRECOCE DEL CARCINOMA DEL COLON RETTO: SCREENING COLON RETTO. (progetto condiviso con ATS Val Padana)

La prima fase è stata conclusa con successo.

5- LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI E' DI TUTTI: conoscere per prevenire (progetto condiviso con ATS Val Padana)

La prima fase è stata conclusa con successo.

Nell'ambito del sistema qualità e risk management, sono state promosse iniziative di formazione ed intervento, rivolte a tutte le Unità Operative dei Presidi di ricovero e cura ASST di Mantova finalizzate al miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente.

I progetti formativi che si sono svolti nel 2017 sono stati pertanto i seguenti:

<b>CORSI 2017</b>
<b>GdM Rianimazione Mantova Svezamento Ventilazione meccanica</b>
<b>GdM CUA INF Definizione progetto ricerca lesioni da pressione</b>
<b>GdM CUA FIS Ricerca pratiche evidence based riabilitazione paziente operato di acromionplastica</b>

GdM CUA OST Checklist attività educativa e Ricerca allattamento al seno
GdM CUA LOG Revisione letteratura Test valutazione abilità di calcolo
GdM Appropriata prescrizione in urgenza differibile_Fisiatria
GdM Presa in carico del paziente fragile: dimissione protetta
GdM Paziente fragile con demenza
GdM Paziente fragile, cronico, geriatrico con polipatologi
GdM Rianimazione Mantova Controllo glicemico
GdM CIO PRIO22 SEPSI GRAVE
GdM CIO PRIO21 Clostridium Difficile
GdM CIO PRIO34 pz tracheostomizzato
GdM Vaccinazioni
GdM Revisione Protocolli Pediatrici - Pediatria Mantova
GdM Rete Chirurgica ASST Mantova
FOCUS GROUP Gestione violenza PS Asola
GdM Rete Ortopedica
GdM ENDOSCOPIA DIGESTIVA revisione piano di cura e PDTA
GdM Pefezionamento rendicontazione Radiologia
GdM Utilizzo di Mezzi di Contrasto alternativi
Gestione Del Paziente Con Trauma Maggiore
Rischio clinico in sala parto: applicazione clinica dei trigger e classi di Robson attraverso l'utilizzo della piattaforma informatica regionale "CEDAP"
UTILIZZO DEL SOFTWARE TALETE E GESTIONE COSTRUTTIVA DEI CONFLITTI: laboratorio di "manutenzione" delle relazioni.
GESTIONE COSTRUTTIVA DEI CONFLITTI: laboratorio di "manutenzione" delle relazioni.
GESTIONE COSTRUTTIVA DEI CONFLITTI: laboratorio di "manutenzione" delle relazioni.
UTILIZZO DEL SOFTWARE TALETE E GESTIONE COSTRUTTIVA DEI CONFLITTI: laboratorio di "manutenzione" delle relazioni per il personale del SERD e Casa circondariale
LAVORO DI TEAM: PERCORSO DI ATTIVAZIONE DELLE NUOVE SCHEDE – CHECK LIST DI SICUREZZA
"Attività di formazione sul campo per Professionisti Struttura Complessa Qualità per l'implementazione della certificazione ISO 9001:2015"

Per l'appropriatezza e la documentazione sanitaria le attività svolte nell'anno 2017 sono di seguito descritte:

1. Controllo della qualità documentale e dell'appropriatezza clinica della cartelle cliniche di ricovero ordinario campione scelto dall'ATS del 3% dei dimessi 2017, ovvero n. 1034 cartelle cliniche.
2. Governo della domanda ed appropriatezza prescrittiva attraverso la definizione di percorsi di appropriatezza prescrittiva per le prestazioni in Urgenza differibile relativa alle branche di Fisiatria
3. 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
4. Corretta applicazione dei PDTA formalizzati e orientati dalla valutazione dell'appropriatezza sul campo con audit clinici e reti di patologia:
  - PDTA SLA
  - PDTA Nutrizionale,
  - PDTA Sepsis grave (adulto e pediatrico)
  - PDTA ORTOGERIATRICO
  - PDTA da reti di patologia attraverso la verifica dell'andamento degli indicatori predefiniti del PNE
5. Miglioramento della compilazione della documentazione ambulatoriale a seguito di verifica NOC riduzione delle decurtazioni economiche
6. Allineamento al sistema qualità e documentale aziendale della Rete Territoriale aziendale: ADI, SERT, Vaccinazioni; definizione della documentazione sanitaria specifica, dei FASAS nell'ottica dell'appropriatezza clinica e prescrittiva, revisione dei consensi informati alle prestazioni sanitarie e del consenso alla privacy in linea con le nuove normative e le indicazioni regionali in merito ai diritti dell'Utenza ed il contenimento delle potenziali richieste di risarcimento correlate alla documentazione sanitaria omissiva e/o incompleta.
7. Revisione della politica sul consenso informato con aggiornamento previsto dalla nuova legislazione e normativa regionale per circa 800 consensi informati specifici per gli interventi chirurgici e diagnostica strumentale.
8. Definizione e stesura di una politica aziendale relativa alle registrazioni video e fotografiche agite dagli operatori e dall'utenza.
9. REMS: Requisiti organizzativi previsti dall'accreditamento istituzionale: la documentazione sanitaria. Cartella clinica definita, e autorizzata dalla Direzione Strategica attraverso atto deliberativo
10. 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 auditato da fonte PNE anno 2015)

11. Erogazione dell'intervento chirurgico per frattura collo femore entro 48 ore: effettuato audit clinico finalizzato al miglioramento del PDTA ortogeriatrico.
12. Audit clinico sulla attività di senologia (analisi degli interventi chirurgici senologici su richiesta di Regione Lombardia rispetto agli indicatori contenuti nel portale regionale di governo finalizzata alla valutazione dell'expertise professionale rispetto alla soglia minima di attività prevista)
13. Definizione della Cartella Ambulatoriale per la gestione della gravidanza fisiologica a termine (GAT) e del relativo percorso nei punti nascita aziendali.
14. Miglioramento della gestione della gravida con inserimento nella documentazione della scheda di valutazione preddittiva dei parametri critici attraverso inserimento scheda MEOWS nei punti nascita.
15. Creazione ed aggiornamento della documentazione dei servizi territoriali (PAI nell'UCP –DOM , PAI e PI nei consultori familiari delle sedi territoriali).

E' stato effettuato nell'anno 2017 attività di Internal Auditing su un processo delle attività di "Gestione degli Acquisti dei Servizi" e "Gestione degli Acquisti dei Beni Sanitari" con l'obiettivo generale di verifica dell'esistenza, dell'adequatezza, della conoscenza e della corretta applicazione delle normative atte a regolare il processo di acquisizione dei servizi e dei beni in ambito ospedaliero, per garantire un adeguato sistema di controllo interno, anche ai fini del D. Lgs. 231/2000, così come previsto da regole regionali - LR 23/2015 e DGR. X/2989 del 23.12.2014. Il Rapporto di Internal Audit ha incluso anche la Valutazione dei Processi relativamente ai Rischi Strategico, Operativo, di Compliance, Gestionale/Finanziario e di Informativa della Struttura auditata.

Sono state inserite nel Rapporto IA anche le raccomandazioni rispetto ai livelli dei rischi valutati.

Le sopraccitate attività sono state oggetto della deliberazione n. 36 del 23.01.2017 e rendicontate da apposito flusso regionale nel PRIMO.

### ***Interventi strutturali***

Si riporta di seguito una rendicontazione sintetica degli interventi e delle azioni eseguite nel 2017:

Per quanto riguarda i lavori finalizzati alla realizzazione delle PRE\_REMS, sono state realizzate, nel corso del 2017, 2 PRE-REMS presso l'ex Reparto Virgilio, nonché numerosi interventi di messa in sicurezza delle aree esterne mediante installazione di barriere e filo spinato.

### **Interventi di edilizia sanitaria previsti nel VI atto integrativo (ristrutturazione blocco C)**

Nel corso dell'anno 2017 si è provveduto all'affidamento della progettazione definitiva ed esecutiva dei lavori di ristrutturazione del Blocco C, nonché all'affidamento dell'incarico di validazione del progetto definitivo/esecutivo.

### **Piano investimenti annuale, di cui al Bilancio di previsione:**

- **Con riferimento all'autorizzazione interventi indicati sul prospetto delle fonti di finanziamento per gli investimenti indispensabili per l'anno 2013, di cui alla nota RL PG n. 0037506 del 28 ottobre 2013, Vs .Prot. H1.2013.0029698 del 25 ottobre 2013, si evidenziano di seguito le attività poste in essere:**

Rispetto al punto in esame si dà notizia, di quanto attuato ed ultimato:

- sono stati eseguiti i lavori di rifacimento dell'impianto di riscaldamento/raffrescamento del Padiglione

denominato Bulgarini presso il P.O. di Mantova;

- sono stati eseguiti i lavori propedeutici al trasferimento delle Cure Fisiche del P.O. di Mantova presso la Palazzina n.5.

**D.G.R. n.2111/2014 – ristrutturazione della palazzina ex lavanderia per nuovo CUP e Centro Prelievi, si evidenziano di seguito le attività poste in essere:**

E' stata ultimata la procedura di gara per all'affidamento dei lavori di ristrutturazione dell'edificio ex lavanderia per la creazione di un nuovo CUP e Centro Prelievi, per la quale si è provveduto in data 24/01/2018 all'aggiudicazione.

**D.G.R. n.X/1521 del 20.03.2014, si evidenziano di seguito le attività poste in essere:**

Quasi la totalità degli interventi finanziati con la D.G.R. n. X/1521/2014 sono propedeutici ai trasferimenti dei reparti a seguito delle ristrutturazioni poste in essere dalla Società Il.spa. Pertanto tali interventi riprenderanno contestualmente ai lavori da parte di Il.Spa.

Tra gli interventi eseguiti, finanziati con D.G.R.1521/2014, si segnalano i seguenti interventi:

OSPEDALE DI ASOLA

Sono stati eseguiti ulteriori campionamenti e indagini per le intercettazioni idrauliche varie ed interventi vari propedeutici alla bonifica del terreno area cisterne di Asola.

**D.G.R. n.X/4189 del 16/10/2015, si evidenziano di seguito le attività poste in essere:**

**PRESIDIO DI MANTOVA:**

- installazione corrimani scale presso Blocchi A e D;
- messa a norma impianti elevatori secondo le prescrizione dell'ente certificatore;
- realizzazione/sostituzione impianti di condizionamento in numerose Strutture;
- rimozione amianto friabile con successivo ripristino di isolamento termico delle tubazioni;

**PRESIDIO DI PIEVE DI CORIANO:**

- messa a norma impianti elevatori secondo le prescrizione dell'ente certificatore;
- realizzazione/sostituzione impianti di condizionamento in numerose Strutture;

**D.G.R. n.X/5135 del 9/5/2016, si evidenziano di seguito le attività poste in essere:**

**PRESIDIO DI MANTOVA:**

- installazione di sistemi di controllo accessi spogliatoi;
- sostituzione numerose unità trattamento aria, UPS e sistemi raffreddamento;
- implementazione del sistema di continuità del Blocco A e della Pediatria del P.O. di Mantova,
- rifacimento di impermeabilizzazione di porzioni di copertura piana.

**PRESIDIO DI PIEVE DI CORIANO:**

- sostituzione numerose unità trattamento aria;
- rifacimento di impermeabilizzazione di porzioni di copertura piana.

## ***Sistema informativo socio sanitario***

Nel corso dell'anno 2017 sono state messe in campo tutte le azioni per conseguire gli obiettivi dell'area Sistemi Informativi sia di valenza regionale che aziendale.

In particolare nel rispetto delle LL.GG. regionali di evoluzione dei sistemi informativi, per l'attuazione della LR 23/2015, si è provveduto:

- **alla predisposizione del sistema informativo a supporto della presa in carico**

Si è attivato, come da progetto in accordo con il competente gruppo di lavoro interno ed i referenti regionali, il cruscotto aziendale per la gestione dei pazienti cronici nella piattaforma informativa MAIA, già in uso presso i servizi ex ASL, che mette in collegamento i dati socio-sanitari provenienti dalle applicazioni del territorio (accessi ADI, Misure, RSA, Dimissioni Protette, Piani terapeutici, Diabete) con i dati sanitari provenienti dalle applicazioni ospedaliere (Pronto Soccorso, Ricoveri e Ambulatoriale); dando la possibilità all'operatore del Centro Servizi di visualizzare gli eventi clinici e socio sanitari del paziente cronico tramite un'unica interfaccia.

In attesa dell'implementazione della soluzione definitiva proprietaria integrata con le specifiche SISS regionali e con il sistema informativo aziendale, sono stati messi a disposizione del Centro Servizi gli strumenti informativi aziendali a supporto della gestione presa in carico (Portale Sanitario, Portale MAIA, Gestione ADI, calendario condiviso della struttura per la pianificazione delle attività perviste nel percorso di cura del Paziente).

- **All'attivazione nel proprio sistema informativo delle funzioni per registrare l'arruolamento dei pazienti e la pubblicazione del PAI secondo le indicazioni regionali**

Con riferimento alla dovuta comunicazione trasmessa al Direttore Generale Welfare, PG 40897 del 25/08/2017, si è provveduto ad una analisi di mercato delle soluzioni applicative disponibili, con partecipazione agli incontri dimostrativi al fine di individuare la soluzione maggiormente rispondente alle necessità aziendali/regionali.

In attesa della messa in produzione della soluzione proprietaria, unita alla validazione SISS, si sono attivate tutte le azioni necessarie a rendere disponibile la "Web Application" regionale, a rendere fruibile il servizio CCR a scopo informativo, a mappare le postazioni individuate per la presa in carico per la valutazione delle esigenze hardware e software necessarie all'arruolamento del paziente cronico, ad aggiungere la credenziale estesa GPC-GEN a tutte le carte SISS degli operatori coinvolti alla presa in carico.

Si è provveduto poi:

- All'implementazione del progetto SISS sulla base degli obiettivi previsti nel Piano annuale EEP 2017, e risultati validati con SAL del 13/04/2018
- All'attivazione del nuovo sistema di gestione "Centrale Operativa Trasporti" con piattaforma Beta80/AREU;
- All'attivazione del nuovo sistema "HealthMeeting" per gestione della consulenza e referto multidisciplinare integrato con la piattaforma sanitaria ospedaliera;
- All'implementazione della sicurezza informatica Trend Micro "deep security" per server centrali CIRIX per ambiente virtualizzato;

- All'implementazione dell'infrastruttura di business continuity per il cluster Oracle (Basi-dati);
- All'incremento del sistema POCT (Point of care testing) per richieste esami di laboratorio;
- All'attivazione della convenzione struttura trasfusionale pubblica vs. Associazioni, come previsto da AREU;
- All'implementazione, con gara, dell'infrastruttura informatica in business continuity (hardware e sistema di virtualizzazione) per l'attivazione della nuova versione del RIS-PACS;
- All'implementazione rete LAN informatica (parte attiva, passiva e logica) secondo gli interventi previsti di trasferimento e/o riorganizzazione delle strutture aziendali;
- All'implementazione dell'infrastruttura di rete e del sistema di videosorveglianza per le sedi REMS;
- All'attivazione del servizio regionale condiviso per la sicurezza delle informazioni: Backup remoto TIER III, con implementazione software dei sistemi centrali;
- Agli interventi hw e sw (LR 23/2015) per il passaggio delle applicazioni informatiche e basi-dati ex ASL, ora di competenza ASST, nell'infrastruttura informatica aziendale;
- All' attivazione (LR 23/2015) del collegamento in rete telematica delle sedi ex ASL afferite, con tecnologia MPLS e FO;
- All' attivazione (LR 23/2015) dei nuovi orologi marcatempo e sistemi controllo accessi, con le nuove modalità operative gestione presenze/assenze, nelle sedi territoriali ex ASL afferite;
- All'estensione (LR 23/2015) della fonia VOIP alle sedi ex ASL afferite;
- All'implementazione (LR 23/2015) del canale Internet aziendale in FO a 100 Mbps;
- All'estensione (LR 23/2015) del sistema aziendale gestione manutenzioni UT (licenze, formazione ecc.) alle strutture tecniche ex ASL
- Alla predisposizione di altri interventi di natura hardware, software e di rete (acquisizione dispositivi informatici, aggiornamento sistemi centrali, adeguamenti e personalizzazione SW, estensione rete informatica ai servizi mancanti, acquisizione e messa in opera apparati attivi, controllo accessi, ecc.) tenendo conto delle necessità aziendali inserite nel quadro di riferimento esposto in premessa.

Tutte le attività sopra descritte sono state svolte nel pieno rispetto economico del budget annuale assegnato.

E' proseguito, poi, nel corso del 2017 il lavoro di presidio e affinamento dei flussi correlati all'assolvimento del debito informativo verso la Regione, con particolare attenzione agli aspetti relativi alla qualità degli stessi e alla tempestività, nonché alla coerenza complessiva tra i diversi flussi.

Inoltre, anche a supporto dello sviluppo operativo della presa in carico, si è lavorato per ampliare l'utilizzo "integrato" di tali informazioni a supporto delle progettualità individuate e dei processi di riorganizzazione e ridisegno del sistema, nonché del miglioramento continuo della qualità e degli esiti delle prestazioni, integrando sempre più nella reportistica interna le informazioni presenti e disponibili sul cruscotto regionale.

### ***Promozione e sicurezza sul lavoro***

La Struttura Medicina del lavoro nel corso del 2017 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 e partecipando e promuovendo consultazioni periodiche in materia di tutela della salute con i vari portatori di interesse aziendali ed extra-aziendali (ad esempio, ATS, Circolo Aziendale Ospedaliero di Mantova). In

particolare, ha contribuito al consolidamento delle azioni già in atto in ambito di promozione delle scelte di vita salutari tra i dipendenti dell'azienda, con particolare riferimento all'alimentazione corretta e alla attività motoria, ed attraverso iniziative personalizzate e collettive, suddivise per area territoriali e che hanno coinvolto anche i familiari (ad esempio, corsi a tariffe agevolata e svolti nei pressi del luogo di lavoro; tornei ed iniziative sportive sul territorio). Inoltre, è stata avviata l'attività di un gruppo di lavoro aziendale per approfondire la tematica della dipendenza da sostanze, con particolare riferimento a fumo di tabacco, alcol e stupefacenti; tale attività proseguirà nell'anno in corso.

### **Acquisti centralizzati – Gare aggregate**

Il valore degli acquisti aggregati al 31 dicembre 2017 ha raggiunto la quota del 65%, attestandosi ad un livello superiore sia al target di riferimento del 60%, che al valore conseguito nel 2016 pari al 62%.

Durante l'intero anno 2017 è proseguita l'attività di Spending Review già iniziata negli anni precedenti:

- ✓ Nel 1° trimestre 2017 si è conclusa l'attività di Spending secondo le indicazioni fornite dalla Regione nel luglio 2016 relativamente ai 500 Dispositivi Medici di maggior peso economico acquistati nell'anno 2015 dalle Aziende Sanitarie in Regione Lombardia. Sono stati interpellati tutti i fornitori di tali dispositivi ai quali è stata sottoposta la richiesta di allineamento alle migliori condizioni regionali. Il 30% circa degli operatori economici interpellati ha applicato una miglioria, mentre i restanti hanno confermato le condizioni in essere.
- ✓ Nel 2° trimestre è stata effettuata attività di spending review relativamente al contratto di "Fornitura di prodotti e gestione dei magazzini per prestazioni di angiografia e prestazioni di emodinamica", in riferimento alla quale vi è stata una revisione dei prezzi di circa un centinaio di dispositivi con uno sconto medio pari al 17,5%. Nel medesimo trimestre si è proceduto come da indicazioni regionali all'ANALISI ECONOMICA DEI FLUSSI REGIONALI – FLUSSO ENDOPROTESI. Nel trimestre considerato sono state rendicontati in Regione i risultati delle analisi effettuate relativamente alla verifica analitica dei costi di acquisto sostenuti nell'anno 2016, riferiti alle seguenti categorie: PROTESI DELL'ANCA, STENT CORONARICI (MEDICATI, RIVESTITI E RIASSORBIBILI), DEFIBRILLATORI (MONOCAMERALI, BICAMERALI, TRICAMERALI E IMPIANTABILI SOTTOCUTANEI) per i quali si è provveduto ad interpellare le varie Ditte fornitrici al fine di rinegoziare le condizioni economiche di acquisto.
- ✓ Nel 3° trimestre 2017 è proseguita l'attività di Spending Review rinegoziando le condizioni economiche di fornitura vigenti per: Fornitura di Valvola percutanea aortica transcatetere transfemorale (TAVI) e relativi accessori; Fornitura di defibrillatori sottocutanei e fornitura defibrillatori biventricolari. Inoltre a seguito dell'attivazione della Convenzioni ARCA\_2015\_76 Dispositivi per endoscopia si è proceduto a rinegoziare le condizioni economiche di fornitura.
- ✓ Nel 4° trimestre 2017 l'attività di Spending è stata effettuata a seguito della nota pervenuta da Regione Lombardia, protocollo G1.2017.0030546 del 13/10/2017, in merito all'analisi costi di acquisto PACEMAKERS, provvedendo a rinegoziare i prezzi con scostamento rispetto ai valori medi delle varie ASST riportati nei documenti ricevuti con la suddetta nota.

Nel 2017 secondo le indicazioni previste dal D.Lgs 50/2016 sono stati pubblicati i moduli di programmazione sia per gli acquisti superiori a € 1.000.000 sia per quelli superiori a € 40.000,00.

In particolare entro il mese di ottobre è stato pubblicato sul sito di questa Azienda e inviato a mezzo PEC al Tavolo dei soggetti aggregatori nonché trasmesso sulle piattaforme di ANAC e SCRIBA, il Modulo di programmazione per

acquisti superiori a € 1.000.000, riferito al biennio 2018 e 2019 adottato con atto deliberativo n. 1122 del 31/10/2017.

Analogamente nel mese di dicembre , sempre secondo le indicazioni previste dal D.Lgs 50/2016 è stato pubblicato sul sito di questa Azienda e trasmesso sulle piattaforme di ANAC e Ministero delle Infrastrutture e Trasporti, il Modulo di programmazione per acquisti superiori a € 40.000, riferito al biennio 2018 e 2019 adottato con atto deliberativo n. 1478 del 22/12/2017.

Per quanto riguarda, poi, gli appalti di servizi non sanitari e l'approvvigionamento di beni tecnico/economali si sono attivate, nell'esercizio 2017, tutte le azioni necessarie per ridurre e contenere la spesa.

Per tutti gli acquisti si è provveduto all'utilizzo costante degli strumenti di acquisto telematici ed in particolare si è ricorsi al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (c.d. MEPA - ex art.1, co.449, L.296/06) ed alla Piattaforma Sintel (ex art. 1,co. 6 ter, L.R.33/2007), messa disposizione da Arca Lombardia.

Infine, per quanto concerne gli obblighi di adesione alle centrali di committenza regionale (Arca Lombardia Spa) e nazionale (Consip Spa) si è provveduto ad aderire alle convenzioni/accordi quadro in essere nel rispetto della normativa vigente in materia di centralizzazione degli acquisti.

#### **4. Conclusioni**

Dalla rendicontazione degli obiettivi del Piano della Performance per l'anno 2017 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.

#### 4.1 Tabella sintesi conseguimento obiettivi anno 2017

DIMENSIONE PERFORMANCE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2017	RISULTATO OTTENUTO 2017	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO
Efficienza	Produzione	volumi attività e/o valore produzione	Mantenimento	+0,02%	Raggiunto
	Consumi	Rapporto consumo di materiale sanitario/produzione	Ottimizzazione	-0,01%	Raggiunto
	Personale	Rapporto costo del personale/produzione	Ottimizzazione	-0,9%	Raggiunto
Qualità Processi Organizzativi	Trasparenza e prevenzione della corruzione: chiusura delle azioni previste dal piano	n° di azioni previste dal piano chiuse / n° azioni previste dal piano	100%	100%	Raggiunto
	Posti Letto	N° dimissioni e ricoveri da P.S. nelle fasce orarie della mattina e nei giorni festivi	Miglioramento	- Ricoveri da P.S. nelle fasce orarie della mattina: -1,22%; - Dimissioni nei festivi: +1,62%	Parzialmente raggiunto
		Degenza media	Miglioramento	- DM I trimestre 2017 +1%; - DM IV trimestre 2017: -1,7%; - Casistica chirurgica -0,4%; - DM pre-operatoria casistica chirurgica -13%	Parzialmente raggiunto
	Sviluppo progetti interaziendali Cremona	numero ambiti/progetti di collaborazione e/o volumi di prestazioni	Miglioramento	+10,4%	Raggiunto
	Sale Operatorie	Progetto di riorganizzazione	Miglioramento	- creata linea dedicata all'urgenza; - miglioramento percorso logistica paziente; - presentato piano di investimenti per adeguamento tecnologico	Raggiunto
miglioramento utilizzo piattaforma (% occupazione)		91%		Raggiunto	
Efficacia	Percorso Nascita	N° partoanalgesie/N° parti totali	Consolidamento/miglioramento	+12,2%	Raggiunto
		numero parti cesarei / numero parti totale	Miglioramento	-2,0%	Raggiunto
	Donazioni & Trapianti	N° donatori segnalati	Mantenimento/miglioramento	2017: 13 segnalazioni; 2016: 7 segnalazioni	Raggiunto
		N° donatori comee/decessi	10%	7,40%	Non raggiunto
	Reti di Patologia	TRAUMA	Rispetto Obiettivi Portale	Sostanziale rispetto Obiettivi Portale di governo	Sostanzialmente raggiunto
		STROKE			
		STEMI			
		ROL-Mammella			
ROL-Colon Retto					
RENE					
REL					
Area Salute Mentale	definizione piano di azioni	evidenza	Vedi rendicontazione pag. 37	Raggiunto	

DIMENSIONE PERFORMANCE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2017	RISULTATO OTTENUTO 2017	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO
Appropriatezza e Qualità dell'assistenza	Percorso miglioramento performance	Ricoveri ripetuti	Miglioramento	2017: 9,96%; 2016: 10,18%	Raggiunto
		Ritorni in sala operatoria	Miglioramento	2017: 1,9% 2016: 1,7%	Raggiunto
	LEA	Incidenza DRG ricoveri ad alto rischio inappropriata	< 10%	7,84%	Raggiunto
	Fratture di Femore	% fratture di femore operate entro 48 ore	>=70%	70,03%	Raggiunto
	Appropriatezza Farmaceutica	utilizzo farmaci equivalenti e biosimilari	incremento	Incremento	Raggiunto
	Alte specialità	Peso medio e volumi	Consolidamento/Miglioramento	+1.961 casi trattati (+1.011 casi rispetto al target di 950); +7,5% Peso medio	Raggiunto
Accessibilità e soddisfazione utenza	Tempi di Attesa	prestazioni di ricovero monitorate Regione/ASL entro i tempi previsti	Miglioramento: % rispetto 95% 2017 > 2016	86% su base annua e 95,96% IV trimestre 2017	Sostanzialmente raggiunto
	Tempi di Attesa	primi accessi prestazioni ambulatoriali monitorate Regione/ASL entro i tempi previsti	Miglioramento: % rispetto 95% 2017 > 2016	2017: 95,7% 2016: 93%	Raggiunto
	Presenza in carico del paziente: sviluppo PreSST e POT	n° strutture attivate	attivazione di almeno una struttura	Vedi rendicontazione pag 29	Raggiunto
	Sviluppo RETI per la continuità assistenziale: R.I.C.C.A	Attivazione Rete	definizione progetto operativo ed attivazione	Rete attivata	Raggiunto
	Sviluppo RETI per la continuità assistenziale: R.I.M.I.	Attivazione Rete	definizione progetto operativo ed attivazione	Rete attivata	Raggiunto
	Presenza in carico del paziente: Centro Servizi	Attivazione Centro	sperimentazione modello con valutazione a sei mesi e implementazione eventuali azioni correttive	Attivato Centro Servizi	Raggiunto
	Nuovi percorsi di presa in carico dei pazienti cronici	Attivazione percorsi programmati	Stesura PDTA dei 3 percorsi individuati e sperimentazione con valutazione a sei mesi	1) PDTA 69 DEL 20/02/2017 Gestione del paziente fragile in dimissione protetta a domicilio 2) PDTA 70 DEL 21/03/2017 Gestione del paziente con demenza 3) PDTA 72 DEL 12/06/2017 Gestione del paziente geriatrico polipatologico	Raggiunto
	Evoluzione modello interventi domiciliari ADI e Cure Palliative domiciliari	sviluppo e implementazione nuovo modello	definizione modello operativo e avvio implementazione	Realizzazione: • Formazione su Cure Palliative degli operatori ADI e CEAD; • Gestione pazienti in modalità integrata tra ADI ordinaria e assistenza STCP ASST Mantova • Sviluppo modello organizzativo delle Cure Palliative in cui l'attuale ADI ordinaria si integra con il livello base delle Cure Palliative domiciliari	Raggiunto
Progetto Odontoiatria Goito	Subentro E Progetto di ridisegno e integrazione	Subentro attività e inizio definizione progetto di ridisegno	Effettuato subentro dal 9/01/2017 e inizio definizione progetto di ridisegno	Raggiunto	