

AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE
DI MANTOVA

**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ANNO 2023**

INDICE:

Premessa

1. Introduzione: richiamo PIAO 2023 - 2025
2. Dati di sintesi attività anno 2023
3. Valutazione performance 2023
4. Dimensione dell'Efficienza
5. Dimensione della Qualità dei Processi Organizzativi
6. Dimensione dell'Appropriatezza
7. Indicatori per la misurazione della Performance
8. Conclusioni

Premessa

La “Relazione sulla Performance” 2023 è il documento che a consuntivo rappresenta le attività poste in essere in tale anno nell’ottica del perseguimento degli obiettivi definiti nel PIAO 2023 - 2025.

Essa è redatta, a conclusione del ciclo di gestione della performance 2023, 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.

La stesura della Relazione della Performance per l’anno 2023, è caratterizzata dal contesto normativo - sociosanitario caratterizzato dalla riforma sanitaria del sistema lombardo. Infatti il Consiglio Regionale ha approvato la nuova Riforma sanitaria per la Regione Lombardia attraverso la Legge n.22 del 14 Dicembre 2021, nella quale si prevede quanto segue:

- Istituzione di Distretti, Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali
- Introduzione dell’infermiere di famiglia
- L’articolo 1 stabilisce, “equivalenza e integrazione dell’offerta sanitaria e socio sanitaria delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate” e, “parità di diritti e di doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all’interno del Servizio

Sanitario Locale”

- Separazione di funzioni: Alle ATS programmazione, acquisto, controllo; alle ASST e alle strutture sanitarie e sociosanitarie erogazione di servizi
- L’Ospedale di Comunità si occuperà di ricoveri brevi e di pazienti con necessità di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica; di norma con 20 posti letto; gestione prevalentemente infermieristica.
- Entro 6 mesi dall’istituzione dei distretti - è l’impegno della legge di riforma - verranno realizzate le Centrali Operative Territoriali. Ospedali e Case di Comunità verranno realizzate per il 40% entro il 2022, per il 30% entro il 2023 e il restante 30% entro il 2024.

Questa relazione è relativa alla sezione terza del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO). Le rimanenti parti del medesimo documento PIAO sono rendicontate negli specifici documenti di rendicontazione, nel rispetto della normativa.

1.INTRODUZIONE: RICHIAMO AL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2023 - 2025

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.

Attraverso il PIAO 2023 - 2025 (al quale si rimanda per una descrizione più analitica), l'Azienda ha identificato, come da linee guida 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 out come 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)

2. DATI DI SINTESI ATTIVITA' 2023

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 2022 in attuazione della sua mission istituzionale:

INDICATORI ATTIVITA' DI RICOVERO	ANN O	P.O. MANTOVA	P.O. ASOLA/BOZZOLO	P.O. PIEVE	AZIE NDA
N° RICOVERI ORDINARI	2022	16.839	1.524	4.061	22.424
	2023	17.708	1.719	4.294	23.721
<i>GG DEGENZA TOTALI</i>	2022	135.123	22.525	32.768	190.416
	2023	145.334	37.148	38.862	221.344
<i>DEGENZA MEDIA</i>	2022	8.02	14.78	8.07	8.49
	2023	6.39	16.20	7.74	10.11
<i>PESO MEDIO DRG</i>	2022	1.50	0.91	1.03	1.38
	2023	1.50	0.93	1.02	1.15
N° RICOVERI DAY HOSPITAL	2022	3.921	870	869	5.660
	2023	4.098	996	966	6.060
<i>N° ACCESSI TOTALI</i>	2022	5.047	870	902	6.819
	2023	5.433	996	1006	7435
<i>PESO MEDIO DRG</i>	2022	1.11	0.84	0.83	1.02
	2023	1.06	0.86	0.84	0.99
N° RICOVERI SUBACUTI	2022		604	112	716
	2023		486	300	786

GG DEGENZA TOTALI	2022		11.130	1.182	12.312
	2023		10.714	3.226	13.939
DEGENZA MEDIA	2022		18,43	10,55	17,20
	2023		22.05	10.76	16.40
PESO MEDIO DRG	2022		1,15	1,15	1,15
	2023		1.09	1.08	1.10
N° RICOVERI TOTALI 2022		20.703	2.995	5.042	28.740
N° RICOVERI TOTALI 2023		21.806	3.201	5.560	30.567

Attività ambulatoriale

N° PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALE (EROGAZIONE SSN)	P.O. MANTOVA	P.O. ASOLA BOZZOLO VIADANA	P.O. BORGO MANTOVANO	TOTALE
2022	2.007.984	686.068	500.726	3.257.713
2023	1.786.126	760.323	563.018	3.109.467

Attività di Pronto Soccorso

N° ACCESSI IN P.S.	PS ASOLA	PS MANTOVA	PS PIEVE	TOTALE
2021	12.221	51.342	20.603	84.166
2022	16.446	60.106	24.279	100.834
2023	18.423	63.545	25.619	107.587

Prestazioni Consultori - DATI 2023

	2021	2022	2023
N° prestazioni	30.487	60.072	94.123

Assistenza Domiciliare Integrata - DATI 2023

FASCIA ETÀ	N° ASSISTITI
0-18	64
19-65	1011
66-75	1342
76-85	3603
>86	4643
TOTALE	10663

REMS:

	REMS
n° giornate erogate 2023	46.931

SER.D - DATI 2023

	2021	2022	2023
N° trattamenti	2.094	2.107	2.430

PROTEZIONE GIURIDICA
MONITORAGGIO ATTIVITA' DEGLI SPORTELLI TERRITORIALI - ANNO 2023

ATTIVITA'	COMPLESSIVO	ASOLA	GOITO	CASTIGLIONE	MANTOVA	OSTIGLIA	SUZZARA	VIADANA	UPG CENTRALE
INFORMAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE (CONSULENZE TELEFONICHE/MAIL)	2681	7	135	71	0	102	0	45	2321
CONSULENZE	856	7	102	40	0	40	0	26	641
RICORSI	218	4	17	21	0	16	0	1	159
ISTANZE SUCCESSIVE/CHIUSURE	328	0	14	2	0	26	0	0	286
RENDICONTI	425	4	20	11	0	32	0	5	353
totale	4508	22	288	145	0	216	0	77	3760

Nota - Mantova e Suzzara: operatori assenti per maternità sostituiti da UPG centrale o da colleghe delle zone limitrofe

3.VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE 2023

Gli obiettivi strategici che la Regione annualmente declina sulle varie aziende hanno avuto una importante revisione legata all'applicazione del principale riferimento normativo e strategico elaborato a seguito dell'emergenza epidemiologica, in seno al Ministero della Salute: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza approvata dalla Commissione Europea il 22/06/2021.

La base operativa adottata per la redazione del documento è essenzialmente costituita dalle indicazioni definite nell'ambito Obiettivi regionali specifici annuali (D.G.R. n. 7758 del 28/12/2022); altro elemento cardine della programmazione sanitaria sono le Regole di Sistema 2023. Gli obiettivi annuali sono fortemente indirizzati verso un sistema di efficientamento organizzativo atto a garantire tutti gli adeguati livelli di assistenza in fase post pandemica, garantendo il rapido ripristino qualitativo e quantitativo dell'offerta sanitaria completa al cittadino.

Il quadro sinottico seguente riassume i macro obiettivi strategici regionali, per le aziende sanitarie:

Obiettivo	Risultato atteso
Piano per le liste di attesa 2023	Abbattimento delle liste di attesa. Raggiungimento dei target specifici 2023 individuati dalle DGR e dalle ATS di riferimento
Azioni per il miglioramento del Pronto Soccorso	Adeguamento alle indicazioni regionali attraverso: <ol style="list-style-type: none">1. Minor ricorso alle cooperative di servizi2. Miglioramento sistema di accoglienza3. Diminuzione indici di affollamento PS
Attività di donazione di organi e tessuti	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi. Di seguito i target di donazione: <ul style="list-style-type: none">- Tasso di CAM/decessi per neurolesione in ospedale > 15%- Tasso di CAM/decessi per neurolesione in Terapia Intensiva > 40%- Multitessuto Rapporto tra n. donazioni multitessuto con esito positivo/n. decessi candidabili alla donazione (considerando solo il criterio "età") >2%. Cornee Rapporto tra n. donazioni di cornee con esito positivo/n. totale decessi >10%
Area Prevenzione	Prevenzione patologie neoplastiche. Screening (HCV,

	mammella, colon retto, cervice uterina) ASST: % copertura degli screening (residenti che hanno fatto screening) rispetto alla popolazione dei propri distretti
Garanzia dei L.E.A.	Raggiungimento dei target per la garanzia dei L.E.A.
Indirizzi di Programmazione Anno 2023	Puntuale attuazione degli adempimenti previsti dalla DGR 7758 del 28/12/2022.
Trasparenza	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza
Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente

Piano per le liste di attesa 2023

Per l'anno 2023 l'azienda ha lavorato seguendo le linee guida del Ministero della Salute, dove esplicitava già nel primo trimestre 2023 l'aumento del 10% mensile rispetto al 2019 della produzione in termini di volumi. Le indicazioni si sono basate sull'identificazione di precise situazioni cliniche e del relativo tempo massimo d'attesa per ognuna delle quattro classi di priorità dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) (Urgente, Breve, Differita, Programmata) in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da poter assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui.

L'azienda ha implementato gli ambulatori specialistici delle prestazioni individuate nelle DGR, ottimizzando al meglio la capacità di fruizione degli spazi ambulatoriali e le risorse umane disponibili raggiungendo una percentuale attorno al 104%.

Per quanto riguarda l'attività chirurgica programmata, il risultato si è posizionata su percentuali oscillanti attorno al 95%, con uno sforzo non indifferente del personale avendo avuto un calo degli anestesisti del 20%.

Azioni per il miglioramento dei Pronto Soccorso

Per garantire ai pazienti che accedono al Pronto Soccorso, soprattutto se anziani e/o fragili, la massima tutela anche nell'ambito della sfera relazionale, sono state avviate revisioni dei percorsi di accesso, permettendo l'assistenza non sanitaria in capo a familiari/accompagnatori durante la permanenza nel Pronto Soccorso, compatibilmente alla complessità clinica e tenuto conto dell'articolazione strutturale degli ambienti e del

loro affollamento.

L'ASST di Mantova ha, inoltre, inserito tra i propri obiettivi prioritari quello di migliorare l'accoglienza dei pazienti in Pronto Soccorso e delle loro famiglie, prevedendo, in particolare, il coinvolgimento di volontari, nel Pronto Soccorso di Mantova e in quello di Borgo Mantovano.

Per il Pronto Soccorso di Mantova è stato effettuato un percorso formativo dedicato alle tematiche dell'emergenza-urgenza rivolto sia a volontari esperti che a nuovi volontari.

Dal luglio 2023 è stato implementato l'applicativo informatico in utilizzo nei Pronto Soccorso per l'assegnazione in triage dell'eventuale "codice colore" che, come da procedura specifica, garantisce al paziente la priorità di presa in carico all'interno del codice colore attribuito, comunque non inferiore alla priorità del "codice verde", così da assicurare un'accoglienza tempestiva a questa casistica, aggiungendosi a quanto già predisposto per altre categorie che necessitano di maggiore tutela (es: vittime di violenza di genere, disabili, carcerati, fragili).

È stata completata la dotazione di facilities a favore dell'accoglienza alberghiera, dell'organizzazione delle attese e per la prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari ex DGR n. 6902 del 05/09/2022 presso tutti i tre Pronto Soccorso e, in particolare:

PRONTO SOCCORSO PRESIDIO DI MANTOVA

- Presenza di n. 10 postazioni di videosorveglianza completamente funzionanti;
- Garanzia di presenza almeno 12 ore 7/7 die di personale di sicurezza e vigilanza presso il P.S.;
- Presenza di n. 2 postazioni di schermi video per informare gli accompagnatori sull'avanzamento del percorso di diagnosi e cura dei pazienti in P.S.;
- Presenza di n. 2 postazioni/colonne per ricarica cellulari/tablet a favore dell'utenza;
- Presenza di n. 3 postazioni con schermi tv con principali canali nazionali;
- Presenza di n. 2 postazioni con distributori automatici di bevande e snack.

Si segnala, inoltre, che è stato messo in atto il funzionamento del cosiddetto "pulsante rosso" e, in particolare, risultano presenti e funzionanti n. 4 postazioni dotate di pulsante di emergenza ad uso dei sanitari per situazioni di rischio violenza distribuite come di seguito:

- 1 pulsante presso il Triage;

- 1 pulsante presso l'Osservazione Breve Intensiva;
- 1 pulsante presso l'Ambulatorio Alta Intensità;
- 1 pulsante presso l'Ambulatorio Bassa Intensità.

Le modalità di utilizzo, l'attivazione dell'allarme e la chiamata a personale presente in P.S. così come alle Forze dell'Ordine (con cui si è concordata la misura) sono regolamentate da apposita Istruzione Operativa (IO01PG37MQ08) pubblicata su piattaforma Talete e accessibile al personale.

PRONTO SOCCORSO PRESIDIO DI BORGO MANTOVANO

- **SISTEMA DI VIDEOSORVEGLIANZA**
Presenza di n. 4 telecamere installate e funzionanti. Il sistema di videosorveglianza non è ancora stato collaudato, il SIA prevede la conclusione dei lavori entro 20 giorni lavorativi a partire da oggi.
- **SERVIZIO DI SICUREZZA**
Presenza di n°1 guardia non armata (Sevitalia Sicurezza) dal lunedì alla domenica dalle 6:30 alle 12:30, tale personale non è dedicato unicamente all'attività di vigilanza dei locali di Pronto Soccorso ma si occupa anche dell'accoglienza degli utenti/accompagnatori presso la hall nelle ore mattutine di maggior afflusso.
- **INFORMAZIONI AGLI ACCOMPAGNATORI DEI PAZIENTI RIGUARDO ALLO STATO DI AVANZAMENTO DEL PERCORSO DI DIAGNOSI E CURA**
Presenza di n. 2 schermi video che forniscono informazioni aggiornate nel rispetto della privacy.
- **CREAZIONE DI AMBIENTI ACCOGLIENTI PER UTENTI E ACCOMPAGNATORI**
Presenza di n. 2 colonne di ricarica per smartphone e tablet. Presenza di n. 1 distributore automatico di bevande e snack.
Presenza di n. 1 schermo televisivo con collegamento ai principali canali nazionali.
- **PULSANTE ROSSO**
Predisposizione di n. 2 pulsanti rossi (uno collocato nello spazio triage e uno nel locale isolamento COVID).
La procedura di utilizzo del pulsante rosso e le modalità di gestione dell'allarme sono regolamentate da apposita Istruzione Operativa aziendale (IO01PG37MQ08) reperibile sull'applicativo Talete.

PRONTO SOCCORSO PRESIDIO DI ASOLA

- predisposte n. 14 telecamere per videosorveglianza;
- installato un televisore in sala d'attesa;
- garantita la funzionalità h24 dei distributori delle bevande calde e fredde e snack;
- riattivata la sala d'attesa pediatrica;
- resa disponibile n. 1 presa per ricarica cellulare.

Inoltre, sono state implementate le attività anche a livello territoriale con l'intento di contenere gli accessi al Pronto Soccorso, soprattutto da parte dei pazienti cronici-fragili. In particolare, gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC) monitorano a domicilio i pazienti segnalati dai MMG per eventuale coinvolgimento precoce dei servizi territoriali. Sono stati complessivamente attivati n. 10 ambulatori infermieristici nei vari Distretti dell'ASST di Mantova. Le équipes di valutazione multidimensionale verificano che i pazienti in ADI dei livelli alto e medio e inclusi nell'anagrafe delle fragilità, sia afferenti ad ASST di Mantova che ad altri erogatori del territorio mantovano, siano seguiti a livello familiare o abbiano una rete di supporto. Ove si rilevassero criticità, si informano i MMG e l'ambito di riferimento con l'attivazione dell'assistente sociale comunale.

Contenimento del ricorso alle cooperative per la copertura del servizio

Al fine di assicurare il regolare svolgimento delle attività nei tre Pronto Soccorso di questa ASST (Mantova, Borgo Mantovano e Asola) si è reso necessario affidare a terzi i servizi medici, per un ammontare complessivo di 10.700 ore nell'esercizio 2022 e di 14.523 ore nell'esercizio 2023. Quanto sopra per fronteggiare lo stato di grave carenza di organico ovvero per l'impossibilità di utilizzare unicamente il personale già in servizio anche mediante il ricorso alle prestazioni aggiuntive di cui all'art. 115, comma 2 del CCNL area sanità del 19 dicembre 2019, con tariffa oraria incrementata come da art. 11 del D.L. 30 marzo 2023, n. 34. Preme segnalare, comunque, l'impegno della scrivente ASST nella continua ricerca di dirigenti medici secondo le ordinarie procedure di reclutamento. Al riguardo, si riepilogano le più recenti attività concorsuali per la disciplina di Medicina d'Emergenza-Urgenza:

- Avvisi di mobilità volontaria:
 - avviso con scadenza 28/11/2022: nessuna domanda di partecipazione pervenuta;
- Avvisi per assunzione a tempo determinato:

- avviso con scadenza 14/11/2022: nessuna domanda di partecipazione pervenuta; avviso espletato il 02/02/2023: presenti in graduatoria 2 candidati, di cui 1 specializzando non assumibile con c.d. "Decreto Calabria" e 1 senza specializzazione che accetta assunzione (ma già dipendente a tempo determinato nel medesimo profilo in procinto di raggiungere triennio massimo di servizio);
 - avviso espletato il 28/06/2023: presente in graduatoria 1 solo candidato che accetta assunzione (ma già dipendente a tempo determinato nel medesimo profilo in procinto di raggiungere triennio massimo di servizio);
- Bandi per assunzione a tempo indeterminato:
 - espletato il 30/05/2022: presenti in graduatoria solo 2 candidati specialisti, entrambi accettano assunzione;
 concorso espletato il 03/05/2023: presente in graduatoria 1 solo candidato specializzando reclutato con c.d. "Decreto Calabria";
 - concorso con scadenza 24/08/2023: ammessi 7 candidati, di cui 1 specializzando e 6 ammessi ai sensi dell'art. 12 del D.L. 30 marzo, n. 34, espletato nel mese di ottobre 2023.

Attività di donazione di organi e tessuti

1) DONAZIONE DI ORGANI DA CADAVERE A CUORE BATTENTE: gli obiettivi regionali fissati per la donazione da cadavere a cuore battente non sono stati raggiunti nell'anno 2023, ma i dati del primo trimestre 2024 sono incoraggianti, grazie alla continua sorveglianza del personale del COP verso i pazienti neurolesi ricoverati in S.C. diverse dalla Terapia Intensiva (soprattutto Pronto Soccorso e Neurologia) e alla collaborazione con il personale dei reparti sensibili

2) DONAZIONE DI ORGANI DA CADAVERE A CUORE FERMO: nel 2023 è stato istituito il gruppo di miglioramento per la stesura della nuova procedura aziendale che è in fase di conclusione, cui seguirà formazione del personale coinvolto. L'attuazione è prevista nel corso del 2024

3) DONAZIONE MULTITESSUTO: l'obiettivo regionale fissato al 2% è stato

raggiunto

4) DONAZIONE DI CORNEE: l'obiettivo regionale fissato al 10% è stato raggiunto

5) FORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO:
nel 2023 sono state effettuate:

- 10 edizioni del corso relativo alla donazione di organi e tessuti, rivolto al personale medico ed infermieristico dell'ASST di Mantova, compreso il P.O. di Borgo Mantovano
- 7 edizioni relative al processo di donazione e prelievo organi e tessuti rivolte al personale del Blocco Operatorio
- Incontri di presentazione delle varie procedure direttamente nei reparti, finalizzati ad ottimizzare il livello di sensibilizzazione e conoscenza.

Area Prevenzione

Rispetto agli obiettivi di screening di cui alla DGR 5832/2021: Garanzia di erogazione delle prestazioni richieste in rapporto all'accordo di fornitura ATS; l'adesione al programma di screening per l'eliminazione del virus HCV è andata sensibilmente aumentando negli ultimi mesi dell'anno, dopo una flessione iniziale.

Cruscotto di monitoraggio screening HCV 2023 ASST Mantova														
	2023												TOTALE 2023	PROPORZIONE 2023 TEST FATTI/UTENTI TARGET %A
	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre		
	31	28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31		
numeratore CIG 28san - TOTALE	735	726	676	497	587	383	324	486	437	1847	2062	2100	10892	24.3
030725003472 - POLIAMBULATORIO - OSP ASOLA	150	260	248	167	170	118	134	160	162	319	450	407	2745	28.8
030725003430 - POLIAMB. - OSP. MANTOVA	339	239	180	145	221	120	75	154	139	1.116	1.184	1.269	5.181	21.6
030725003425 - POLIAMBUL. OSP.PIEVECORIANO	179	180	186	125	128	82	67	135	103	289	299	293	2.066	25.8
030725003474 - POLIAMBULATORIO - BOZZOLO	67	47	62	60	68	63	48	49	33	123	149	131	900	27.5
denominatore CIG 28san	3488	3613	4001	3337	3762	3513	3222	3339	3640	4424	4389	4107	44836	
030725003472 - POLIAMBULATORIO - OSP ASOLA	675	808	879	704	764	738	691	711	766	898	1.000	889	9523	
030725003430 - POLIAMB. - OSP. MANTOVA	1.879	1.877	2.095	1.762	2.046	1.808	1.750	1.723	1.949	2.456	2.390	2.303	24.098	
030725003425 - POLIAMBUL. OSP.PIEVECORIANO	642	659	721	631	705	676	581	656	663	746	675	653	8.008	
030725003474 - POLIAMBULATORIO - BOZZOLO	293	269	306	240	247	291	200	249	262	324	324	262	3.267	

Rispetto agli obiettivi di screening di cui alla DGR 6370/2022: Rispetto dei tempi d'attesa degli esami di screening di approfondimento (contributo fondamentale della ASST), le Unità Operative coinvolte sono state le radiologie, l'endoscopia, i consultori e le ginecologie. Tutte le strutture hanno raggiunto l'obiettivo così declinato: screening carcinoma Mammella: 90% dei casi entro 28 gg; - screening carcinoma Colon Retto: 50% entro 30 gg; - screening del carcinoma della cervice uterina: chiusura del $\geq 90\%$ delle sedute di secondo livello dei positivi che hanno effettuato l'approfondimento devono essere effettuati entro 45 gg dalla data del prelievo.

In riferimento alla copertura per test, nell'anno 2023 per lo screening mammografico, l'ASST Mantova si è assestata al 59% in riferimento al target regionale del 60%, mentre per lo screening del carcinoma colon-rettale si è assestato attorno al 47% sul target regionale richiesto del 50%.

Garanzia dei L.E.A.

Durante l'anno 2023 si è provveduto al monitoraggio degli indicatori scelti come target per l'obiettivo DG. In particolare le priorità sono state attribuite a:

- Intervento chirurgico entro 2 gg a seguito della frattura del collo del femore;
- Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni;
- Rapporto DRG inappropriati / DRG appropriati.

Nel primo caso la performance è risultata in decremento rispetto allo storico, principalmente in relazione alla contrazione della disponibilità di sale operatorie, a sua volta legata alla carenza persistente di medici anestesisti. Il risultato ottenuto è stato mediamente del 57%

Gli interventi per colecistectomia laparoscopica hanno avuto un trend incrementale rispetto allo storico anche se non è stato raggiunto il target richiesto (90%): 73%. Va tenuto presente che la media regionale era del 70%.

Il terzo indicatore è stato pienamente raggiunto con valori ampiamente migliori del target richiesto.

Indirizzi di Programmazione Anno 2023

Le azioni previste dai documenti di programmazione sono state tutte presidiate e i risultati (in particolare le scadenze per il rispetto del PNRR) sono state rispettate.

E' stato istituito un impianto di monitoraggio, su disposizione del Direttore Generale si sono definiti i referenti di ogni area di competenza. Si è provveduto alla creazione di cruscotti di monitoraggio e riunioni periodiche che hanno permesso di non far emergere macro criticità.

Sul versante delle attività delle attività di ripresa secondo il PNRR, rispetto alla riclassificazione delle Strutture ospedaliere si è così provveduto:

Case di Comunità - Ospedali di Comunità - Centrali Operative Territoriali

ASST di Mantova ha previsto la realizzazione di 9 Case di Comunità, 5 Ospedali di Comunità e 6 COT (vedasi DGR n. X/5723 del 15/12/2021 che ha approvato la localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione), e precisamente:

- Case di Comunità: Asola, Goito, Castiglione delle Stiviere, Mantova, Bozzolo, Viadana, Suzzara, Quistello, CdC HUB e Sermide unica Spoke;
- Ospedali di Comunità: Asola, Mantova, Bozzolo, Viadana, e Borgo Mantovano;
- COT: Asola, Castiglione delle Stiviere, Mantova, Viadana, Suzzara e Quistello.

Come già condiviso, si sensi del cronoprogramma, si precisa quanto segue:

CASE DI COMUNITÀ:

Le Case di Comunità di Bozzolo, Goito, Asola, Viadana, Quistello, Suzzara sono già attive e assicurano i seguenti servizi:

Servizi erogati																		
CdC	Indirizzo	Scelt	S	P	A	Specialistica Ambulat	I	C	EV	M	M	Presa in caric	C	P	Salute	Consumatori	Vaccinazi	Medicina

		a Re voc a	P I	A	I	or ial e	e C	P	D	G P L S	o cronici tà			Me ntal e	Scree ning	o ni	Leg ale
Goito	Strada Statale Goitese, 313 Goito (MN)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		
Bozzolo	Via XXV Aprile, 71 Bozzolo (MN)	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		
Viadana	Largo De Gasperi, 5/7 Viadana (MN)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	S E R T N P I A C P S	X	X	X
Asola	Via Schianta relli, 3 Asola (MN)	X	X	X	X		X		X			X		SERT	X	X	X
Quistello	Via Bettini, 1 Quistello (MN)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	CRA			
Suzzara	Via Cadorna , 2 Suzzara (MN)	X	X	X	X		X	X	X		X	X		SERT	X	X	X

Presso queste strutture sono in corso di esecuzione lavori che interessano parte degli edifici senza precludere lo svolgimento delle attività di cui sopra.

La conclusione dei lavori è prevista nel rispetto delle milestone della pianificazione PNRR.

Sono viceversa in fase di realizzazione le tre restanti Case di Comunità: Mantova, Castiglione delle Stiviere e Sermide-Felonica.

Inoltre ASST di Mantova ha attivato di concerto con ASST di Cremona la Casa di Comunità di Casalmaggiore, afferente al Distretto Oglio Po Casalasco Viadanese, ubicata nel territorio casalasco.

OSPEDALI DI COMUNITÀ:

- Ospedale di Comunità di Viadana: attivo (decreto ASST MN n.876 del 10/08/2023) - con n. 14 posti letto, ad oggi tutti occupati; sono in corso alcuni lavori finanziati da PNRR sulla parte esterna della struttura che non condizionano l'attività del servizio.
- Ospedale di Comunità di Asola: attivo (decreto ASST MN

n. 1453 del 28/12/2023) – con n. 10 posti letto, di cui n. 7 occupati in data odierna.

- Ospedale di Comunità di Bozzolo: sono in corso i lavori finanziati da PNRR; presso la struttura sono nel frattempo attivi n. 16 posti letto di sub-acuti, di cui ad oggi n. 15 occupati;
- Ospedale di Comunità di Borgo Mantovano: sono in corso i lavori finanziati da PNRR; presso la struttura sono nel frattempo attivi e occupati n. 10 posti letto di sub-acuti;
- Ospedale di Comunità di Mantova: sono in corso i lavori finanziati da PNRR.

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI:

L'organizzazione delle COT di ASST Mantova è di seguito descritta.

La COT di Mantova è Hub provinciale in quanto dotata di personale per apertura 7/7 giorni e con un'attività produttiva significativa sia per la presa in carico del cronico che per le dimissioni.

Le altre COT sono Spoke della COT collocata presso la CdC di Mantova, con apertura più ridotta, in relazione al carico di lavoro.

Nello specifico, la situazione delle Centrali operative territoriali è la seguente:

- COT di Asola: attiva nella sede definitiva;
 - COT di Suzzara: funzioni già attive presso locali provvisori in attesa conclusione lavori prevista entro 30 giugno 2024;
 - COT di Viadana: funzioni già attive presso locali provvisori in attesa conclusione lavori previsti entro 30 giugno 2024;
 - COT di Mantova: funzioni già attive presso sede provvisoria in attesa conclusione dei lavori prevista entro

fine 2024;

- COT Quistello: i lavori sono in corso, prevista l'attivazione entro 30 giugno 2024;
 - COT Castiglione delle Stiviere: questa COT è prevista all'interno della nuova Casa di Comunità, struttura di nuova edificazione, la cui conclusione dei lavori è prevista per marzo 2026. Pertanto, al fine di rispettare la milestone specifica prevista per le COT in tempi disallineati rispetto alla milestone Case di Comunità, si è provveduto ad acquisire un CUP aggiuntivo per una nuova COT prevista presso la Casa di Comunità di Goito, sempre nell'Alto Mantovano, la cui attivazione è prevista entro il 30 giugno 2024.

A completamento della rendicontazione, si allega il prospetto dettagliato sullo stato di fatto degli interventi PNRR e PNC.

A	B	C	D	G	H	I	K	L	M	
STATO DI FATTO INTERVENTI PNRR E PNC										
MISSIONE 6 - COMPONENT 1 - 1.1 - CASE DI COMUNITA'				ASSEGNAZIONE DEI CODICI CUP	APPROVAZIONE DEI PROGETTI IDONEI PER INDIZIONE DELLA GARA	ASSEGNAZIONE CODICE CIG / PROVVEDIMENTI DI CONVENZIONE	CDC FUNZIONANTI	Inizio Lavori	Giorni previsti	
CUP	INTERVENTO	COMUNE	INDIRIZZO	ENTRO T2 2022	ENTRO T1 2023	ENTRO T1 2023	ENTRO T1 2024 Note stato attuale			
4	E62C21001530002	Mantova	Mantova	Str. Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 1199 del 30/12/2022	si	Inizio lavori per aprile 2024	Attuale programmazione inizio lavori: - pad10 aprile 2024 (prog exec in corso con consegna 01/03/2024); - pad2 giugno 2024 (prog exec in corso con consegna 15/04/2024 indicativamente);. SALVO BUON FINE DEGLI SGOMBERI.	Durata prevista in PD: - pad10 25 mesi --> da ricondurre a 20 mesi; - pad2 20 mesi (fine lavori prevedibile gennaio 2026). COMPLESSIVAMENTE DA RIPROGRAMMARE CON APPALTATORE.
5	E25F21001570002	Castiglione	Castiglione delle Stiviere	Via Sacchi n.d. - 46043 Castiglione delle Stiviere MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 1195 del 30/12/2022	si	Inizio lavori per aprile 2024	inizio lavori parziale in data 22/02/2024	638 (fine lavori prevista 21/11/2025)
6	E27H21008390002	Goito	Goito	Strada Statale 313 - 46044 Goito MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 1155 del 22/12/2022	si	Inizio lavori per aprile 2024		
7	E57H21009130002	Asola	Asola	Via Schiantarelli 3 - 46041 Asola MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 1167 del 28/12/2022	si	I lavori sono ultimati		
8	E17H21011100002	Bozzolo	Bozzolo	Via XXV Aprile 71 - 46012 Bozzolo MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 1171 del 28/12/2022	si	Inizio lavori per aprile 2024		
9	E67H21009310002	Viadana	Viadana	Largo De Gasperi, 7 - 46019 Viadana MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 1197 del 30/12/2022	si	Inizio lavori per aprile 2024	PE da avviare. Attuale programmazione inizio lavori: settembre 2024.	703 giorni da ricondurre a 500 giorni con fine lavori entro gennaio 2026. DA RIPROGRAMMARE CON APPALTATORE E CON DIREZIONE DI DISTRETTO.
10	E57H21009150002	Suzzara	Suzzara	Via Cadorna 2 - 46029 Suzzara MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 1156 del 22/12/2022	si	I lavori sono attualmente in corso		
11	E57H21009140002	Quistello	Quistello	Ingresso principale da Via Bettini 1 (ex Ospedale Bastasini) - 46026 Quistello MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 1172 del 28/12/2022	si	Inizio lavori per aprile 2024		
12	E17H21011120002	Sermide	Sermide	Via Cesare Battisti, 29 - 46028 Sermide e Feionica MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 1168 del 28/12/2022	si	Inizio lavori per marzo 2024	Inizio appalto integrato il 25/03/2024	703 giorni ipotizzabili dal 20/03/2024 (fine lavori prevista per 26/06/2026)
MISSIONE 6 - COMPONENT 1 - 1.2.2 - CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI				ASSEGNAZIONE DEI CODICI CUP	APPROVAZIONE DEI PROGETTI IDONEI PER INDIZIONE DELLA GARA	ASSEGNAZIONE CODICE CIG / PROVVEDIMENTI DI CONVENZIONE				
CUP	INTERVENTO	COMUNE	INDIRIZZO	ENTRO T2 2022	ENTRO T4 2022	ENTRO T1 2023				
15	E62C21001510002	Mantova	Mantova	Viale Albertoni, 1 - 46100 Mantova	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 971 del 02/11/2022	si	I lavori sono attualmente in corso	inizio lavori 30/12/2023 con consegna PE 31/01/2024	150 in ODA (quindi fine lavori prevista entro 30/06/2024). Lavori in corso.
16	E25F21001580002	Castiglione	Castiglione delle Stiviere	Via Sacchi n.d. - 46043 Castiglione delle Stiviere MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 971 del 02/11/2022	si	Inizio lavori per aprile 2024	inizio lavori parziale in data 22/02/2024	638 (fine lavori prevista 21/11/2025)
17	E52C21000800002	Asola	Asola	Via Schiantarelli, 1 - 46041 Asola MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 971 del 02/11/2022	si	Lavori conclusi		
18	E62C21001520002	Viadana	Viadana	Largo De Gasperi, 7 - 46019 Viadana MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 971 del 02/11/2022	si	Inizio lavori per aprile 2024	inizio lavori marzo 2024	120 in ODA (quindi fine lavori prevista entro 31/07/2024). Traslochi in corso..
19	E52C21000780002	Suzzara	Suzzara	Via Cadorna 2 - 46029 Suzzara MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 971 del 02/11/2022	si	Lavori in corso		
20	E52C21000790002	Quistello	Quistello	Ingresso principale da Via Bettini 1 (ex Ospedale Bastasini) - 46026 Quistello MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 971 del 02/11/2022	si	Inizio lavori per aprile 2024		
MISSIONE 6 - COMPONENT 1 - 1.3 - OSPEDALI DI COMUNITA'				ASSEGNAZIONE DEI CODICI CUP	APPROVAZIONE DEI PROGETTI IDONEI PER INDIZIONE DELLA GARA	ASSEGNAZIONE CODICE CIG / PROVVEDIMENTI DI CONVENZIONE				
CUP	INTERVENTO	COMUNE	INDIRIZZO	ENTRO T2 2022	ENTRO T1 2023	ENTRO T1 2023				
23	E67H21009340002	Mantova	Mantova	Viale Albertoni, 1 - 46100 Mantova	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 1198 del 30/12/2022	si	Inizio lavori per aprile 2024	Attuale programmazione inizio lavori: - pad10 aprile 2024 (prog exec in corso con consegna 01/03/2024).. SALVO BUON FINE DEGLI SGOMBERI.	Durata prevista in PD: - pad10 25 mesi --> da ricondurre a 20 mesi. DA RIPROGRAMMARE.
24	E57H21009160002	Asola	Asola	Via Piazza 80° Fanteria 1 - 46041 Asola MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 406 del 03/05/2022	si	Lavori in corso	2022	Lavori ultimati, svolti sopralluoghi ATS e VVF. Da redigere CRE.
25	E17H21011130002	Bozzolo	Bozzolo	Via XXV Aprile, 71	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 1170 del 28/12/2022	si	Inizio lavori per aprile 2024		
26	E67H21009320002	Viadana	Viadana	Largo De Gasperi 7 - 46019 Viadana MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 1196 del 30/12/2022	si	Inizio lavori per aprile 2024	PE da avviare. Attuale programmazione inizio lavori: settembre 2024.	703 giorni da ricondurre a 500 giorni con fine lavori entro gennaio 2026. DA RIPROGRAMMARE CON APPALTATORE E CON DIREZIONE DI DISTRETTO.
27	E37H21010950002	Borgo Mantovano	Borgo Mantovano	Via Bugatte 1 - 46020 Borgo Mantovano MN	si	Obiettivo raggiunto Decreto nr. 1194 del 30/12/2022	si	I lavori sono attualmente in corso	30/08/2023	05/25, a seguire collaudi, certificazioni ed abilitazioni

A seguire le milestone rispettate al 31/12/2023:

- Stipulati i contratti (OBIETTIVO A SETTEMBRE) e avviati i lavori per M6 C2
1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile
 - Suzzara
 - Mantova Palazzina 16
 - Mantova Palazzina 17
 - Castiglione d/S palazzine A, B, C, D, E F, G, H
- Stipulati i contratti e avviati i lavori per M6 C1 Centrali Operative Territoriali
 - Castiglione
 - Mantova
 - Asola
 - Viadana
 - Quistello
 - Suzzara
- Completata la progettazione Definitiva per le Case di Comunità
 - Castiglione
 - Mantova
 - Asola
 - Viadana
 - Quistello
 - Suzzara
 - Bozzolo
 - Goito
 - Sermide
- Completata la progettazione Definitiva per gli Ospedali di Comunità
 - Mantova
 - Asola
 - Viadana
 - Bozzolo
 - Borgo Mantovano

Obiettivo trasparenza e anticorruzione

RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI DALLA LEGGE IN MATERIA DI TRASPARENZA - ANNO 2023

Come previsto dalla normativa di riferimento, l'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza è stata pianificata nella sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 dell'ASST di Mantova, adottato in data 30 marzo 2023 con Decreto n. 271.

I Responsabili dei processi mappati, in quanto a maggior rischio, hanno partecipato ai monitoraggi dell'attuazione e dell'efficacia delle misure specifiche e generali predisposte.

Tutte le attività specifiche condotte hanno permesso di raggiungere tutti gli obiettivi specifici. Inoltre è stato svolto il corso FAD "Legge 190/2012 - anticorruzione" rivolto prioritariamente ai neoassunti ed il corso residenziale dal titolo "Etica pubblica, anticorruzione, trasparenza".

Il Nucleo di Valutazione ha rilasciato l'Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30 giugno 2023 (cfr. Delibera ANAC n. 203 del 17 maggio 2023); per la sotto-sezione "bandi di gara e contratti - atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni - fase esecutiva" non è stato raggiunto il 100%. L'attestazione è stata pubblicata sul sito web aziendale, sezione "Amministrazione trasparente", entro il termine del 30 luglio 2023.

Il Nucleo di Valutazione, effettuato il monitoraggio, ha rilasciato l'Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione in data 6 dicembre 2023. Il documento è stato pubblicato sul sito web aziendale, sezione "Amministrazione trasparente", nel rispetto del termine del 10 dicembre 2023, fissato dall'ANAC. Tutta l'attività è stata rendicontata dalla RPCT nella Relazione-anno 2023 approvata dal Nucleo di Valutazione nella seduta del 26 gennaio 2024. La scheda di rendicontazione è disponibile sul sito istituzionale nella sezione

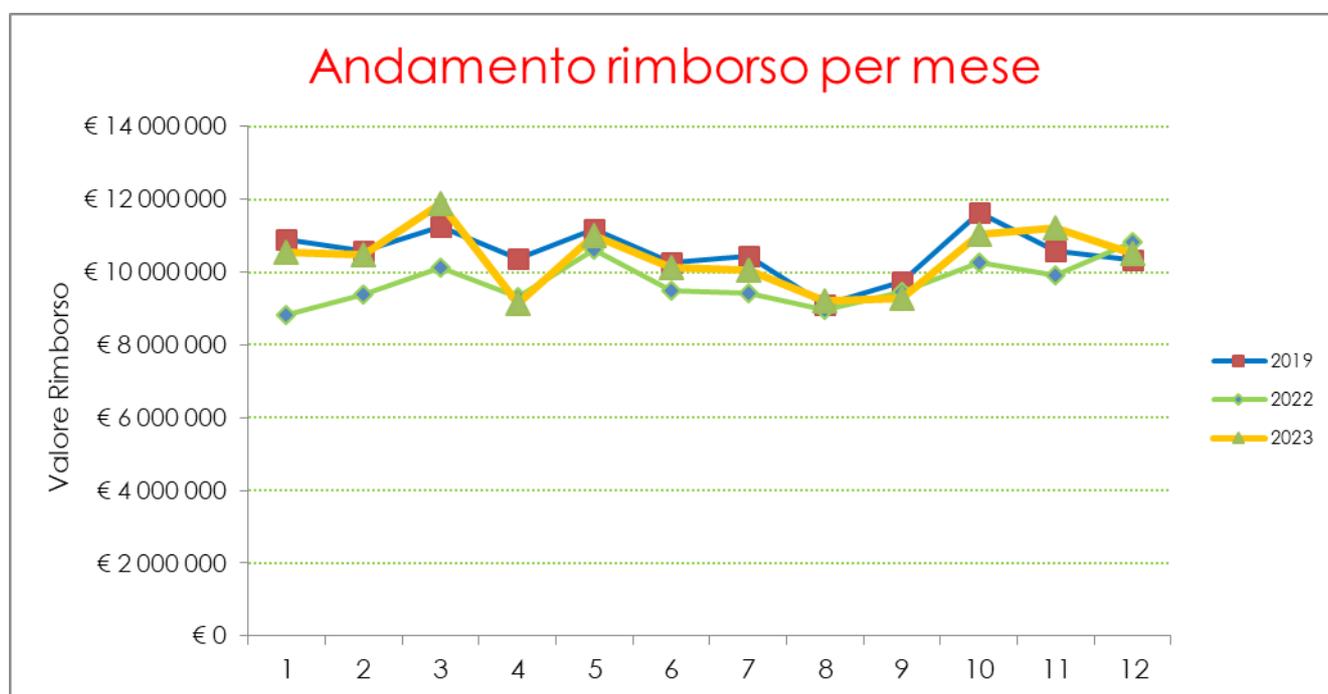
“Amministrazione trasparente/altri contenuti/prevenzione della
corruzione/relazione-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione

4 DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA

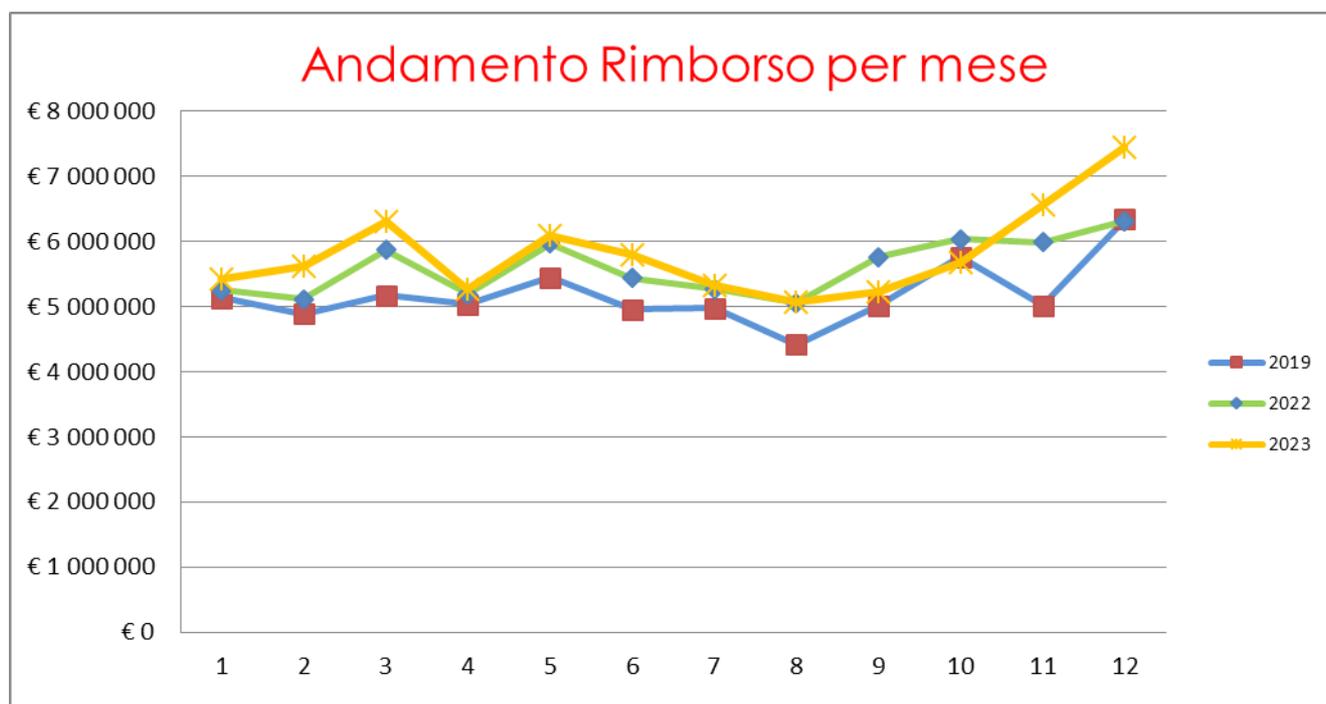
4.1 Produzione

La produzione complessiva degenza per il 2023 è risultata in incremento rispetto al 2022.

L'emergenza ha favorito la selezione di una casistica con mix sensibilmente modificato: prevalenza dei DRG anche complicati di tipo medico, ma appropriatamente utilizzati per la descrizione dei casi Covid in tutte le loro manifestazioni cliniche.



L'andamento del fatturato ambulatoriale ha presentato un netto trend incrementale. Come volume di attività la casistica ambulatoriale, per tutto l'anno 2023, ha avuto una forte ripresa legata sia grazie alle azioni di ripristino, sia attraverso le azioni intraprese con le risorse aggiuntive



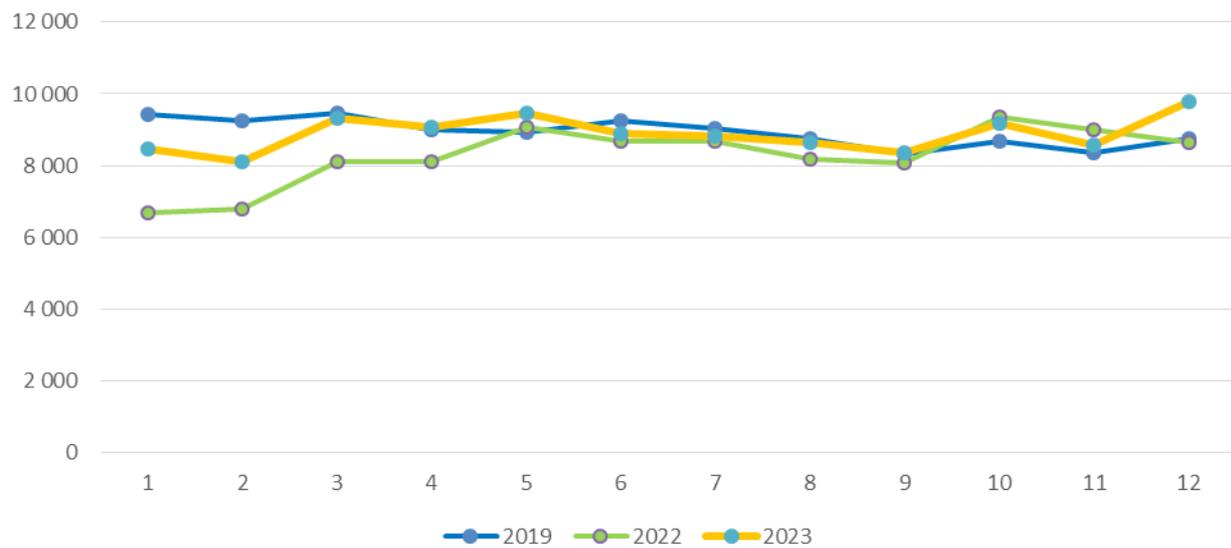
PRODUZIONE	PRODUZIONE ATTESA (CONTRATTO)	PRODUZIONE A CONSUNTIVO 2023
SDO	€ 123.042.231,61	€ 121.968.771
AMBULATORIALE	€ 55.098.496,37	€ 59.330.011
SUBACUTI	€ 2.364.906,70	€ 2.567.180
NPI	€ 2.501.426,00	€ 2.342.250
ADI	€ 396.869,48	€ 523.004
PSICHIATRIA	€ 11.253.360,52	€ 11.113.407
CP	€ 3.162.141,78	€ 3.203.545
TOTALE COMPLESSIVO	€ 197.819.432,46	€ 201.048.168

Nel complesso il risultato osservato rispetto alla produzione attesa da Contratto con ATS descrive i seguenti risultati:

- Produzione degenza: Sensibile trend incrementale soprattutto con la partenza della Neurochirurgia da aprile - maggio.
- Ambulatoriale: il risultato è stato quello di un sostanziale mantenimento legato fundamentalmente alla forte ripresa dell'attività.
- Subacuti: questo setting ha trovato incremento e permesso da un lato la corretta gestione della fase post acuta e al tempo stesso l'ottimizzazione nella disponibilità dei posti letto per acuti.
- Territorio (ADI e CP): in questo ambito hanno trovato spazio e sviluppo azioni di strategia gestionale anche dei percorsi Covid in modo particolare nel settore della presa in carico nelle situazioni di cronicità.

Per quanto riguarda l'attività del PS anche per l'anno 2023, ha registrato un incremento degli accessi rispetto al 2019. A differenza della produzione ambulatoriale programmata ed urgente differibile, l'attività urgente non differibile, soprattutto verso la fine dell'anno ha ripreso e superato i volumi storici.

Accessi in PS



5.DIMENSIONE DELLA QUALITA' DEI PROCESSI ORGANIZZATIVI

La programmazione annuale delle attività, nel mantenimento di quella avviata nel 2019 e nella prima parte del 2020, si è sviluppata considerando le tempistiche della pandemia, con la progettazione e messa in campo di soluzioni efficaci finalizzate a:

- potenziare la presa in carico dei pazienti cronici, polipatologici, fragili;
- monitorare i processi di cura ed assistenziali al fine di valutare gli esiti di salute;
- monitorare l'appropriatezza e l'efficienza nell'erogazione dell'assistenza;
- sviluppare le reti e le aree omogenee;
- garantire la presa in cura integrata presso il domicilio del paziente;
- migliorare i tempi di attesa delle prestazioni offerte, anche mediante l'attivazione di ulteriori e nuove misure di governo;
- avviare i percorsi d'implementazione dei PreSST, dei POT e delle Degenze di Comunità, secondo le indicazioni che verranno fornite da Regione Lombardia.

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO, POLIPATOLOGICO E FRAGILE

Sviluppo dei processi di presa in carico del paziente cronico - Centro Servizi 2023

Nel corso dell'anno 2023, il Centro Servizi ASST Mantova è riuscito, a raggiungere l'obiettivo dell'implementazione degli arruolamenti attraverso varie modalità:

1. presa in carico proattiva dei pazienti seguiti negli ambulatori specialistici (es. ambulatorio dello scompenso cardiaco ospedaliero e territoriale, ambulatorio geriatrico per il paziente cronico);
2. presa in carico proattiva dei pazienti da parte degli specialisti ambulatoriali di ASST Mantova;
3. presa in carico proattiva da parte degli operatori del Centro Servizi e degli Infermieri di Famiglia che hanno operato nei vari setting assistenziali della rete

territoriale ed in occasione delle vaccinazioni domiciliari, con sensibilizzazione sulla tematica delle patologie croniche e della presa in carico;

4. sensibilizzazione delle associazioni di settore e di volontariato alla presa in carico del paziente cronico

Le associazioni di volontariato rappresentano un'importante realtà dell'ASST di Mantova. In particolare, sono diverse le associazioni che si occupano di prevenzione delle malattie croniche, con l'obiettivo di migliorare gli stili di vita delle persone e la loro qualità della vita cui consegue anche una diminuzione dei costi sociali e individuali, determinati dalle malattie croniche-degenerative. Proprio con queste associazioni il Distretto Mantovano ha istituito una fattiva collaborazione per promuovere la presa in carico di pazienti cronici e/o in condizioni di fragilità all'interno del percorso paziente cronico dell'ASST di Mantova spesso misconosciuto dai cittadini, che ha rappresentato una fonte preziosa per il reclutamento di nuovi pazienti.

L'efficacia del modello di presa in carico, che oltre alla programmazione delle visite specialistiche e delle indagini, prevede un monitoraggio telefonico periodico a cura del case manager, visione esami a cura del Clinical manager e prenotazione delle prestazioni sanitarie contenute nel PAI (come indicato nel PDTA aziendale n. 94 *Percorso del monitoraggio del paziente cronico arruolato*) ha fatto sì che gli stessi pazienti presi in carico abbiano promosso e consigliato la presa in carico ai propri conoscenti e familiari.

La presa in carico è stata inoltre ampliata con la progettazione di percorsi di gruppo rivolti a pazienti con patologie croniche per promuovere stili di vita adeguati ai limiti imposti dalla patologia, compreso la sensibilizzazione e la promozione dei corretti stili di vita indicate in base alla patologia cronica. Sono state inoltre indirizzati i pazienti cronici in carico al Centro Servizi presso il Centro Vaccinale per vaccinazione antinfluenzale, vaccinazione anti Covid, vaccinazione anti Herpes Zooster.

Da Maggio 2023 l'attività di Centro Servizi è stata inserita all'interno della COT del Distretto Mantovano poiché a questa è riconosciuta secondo DM 77/22 e LR 22/2021 la funzione di gestione dei pazienti cronici e fragili.

Nel 2023

- I pazienti arruolati al 31 Dicembre 2023 erano 1365;

- 533 pazienti cronici seguiti in dimissione protetta

Percorsi Progetti 2023

- progetto gestione multidisciplinare delle dislipidemie
- protocollo sulla corretta prescrizione volto a rafforzare la collaborazione tra medici territoriali e medici specialisti.
- gestione del paziente cronico e fragile dimesso dal pronto soccorso di ASST MANTOVA con consulenza IfeC (Infermiere di comunità)
- indicazioni operative COT(Centrale Operativa Territoriale)
- revisione Pdta Centro Servizi

SERVIZIO INFERMIERI DI FAMIGLIA E COMUNITÀ'

1) MISSION del SERVIZIO

L'IfeC è un professionista coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuale, familiari e di comunità, all'interno del sistema territoriale nei diversi setting assistenziali in cui si articola. interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità, formali ed informali, e garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza dei bisogni sanitari, sia espressi che potenziali; sostiene e coordina il percorso dell'assistito attraverso l'informazione, l'educazione e la promozione del self-care, la presa in carico proattiva, sviluppando un percorso assistenziale integrato al fine di promuovere, attraverso un lavoro di rete, l'integrazione tra la persona assistita, la sua famiglia e i diversi interlocutori e servizi presenti nel sistema territoriale (MMG/PLS, ambulatori, ospedali, strutture socio sanitarie, strutture semiresidenziali, servizi domiciliari, servizi sociali comunali, associazione di volontariato ecc).

Le funzioni di competenza dell'IfeC (Infermiere di Comunità) spaziano dall'ambito preventivo/educativo all'ambito curativo/assistenziale e sono rivolte ai cittadini di qualsiasi età, sia nell'ottica di una presa in carico efficace dei soggetti cronici e fragili che richiedono un approccio clinico-assistenziale diverso dai tradizionali percorsi di cura, che nei confronti di soggetti sani attraverso attività proattive di prevenzione e promozione della salute.

2) ATTIVITÀ' E CAMPO D'AZIONE

Nello specifico l'IfeC (l'infermiere di Comunità):

- recepisce la segnalazione proveniente dai MMG/PLS (medici di medicina generale/pediatrati libera professione) o dai servizi ospedalieri e territoriali (dimissioni protette/continuità assistenziale, COT (Centrale Operativa Territoriale), PUA (Punto Unico Assistenza), centri multiservizi, OdC (Ospedale di Comunità), servizi sociali ecc) riferita a pazienti affetti da patologie croniche e, in accordo con il MMG/PLS del paziente, effettua analisi e valutazione dei bisogni del paziente a domicilio, redige il PAI (Piano di Assistenza Individuale) e programma accessi ed interventi, sostenendo l'utente che trova difficoltà nella gestione della sua situazione di fragilità attraverso interventi domiciliari o ambulatoriali secondo quanto stabilito dal professionista in base ai bisogni identificati nella pianificazione del PAI.
- individua il setting assistenziale appropriato ed attiva i servizi necessari in base ai bisogni di ogni singolo paziente
- effettua il monitoraggio periodico dei pazienti in carico, valuta le possibili alterazioni delle condizioni di salute che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con il MMG/PLS e con gli altri professionisti coinvolti nella gestione del caso
- promuove e sostiene l'aderenza terapeutica
- promuove e sostiene attività di screening
- attua interventi educativi rivolti al paziente e care-giver
- collabora alla continuità assistenziale attraverso l'integrazione dei servizi tra ospedale e territorio (specialistica ambulatoriale, Cure domiciliari, cure palliative, servizi sociali, strutture residenziali, sub-acuti, OdC (Ospedale di Comunità), protesica integrativa ecc)
- facilita il processo di dimissioni precoci e presa in carico domiciliare dei soggetti segnalati dalle unità operative;

- sostiene la famiglia e l'utente nella gestione della condizione di fragilità con l'obiettivo ultimo di evitare accessi al PS o ricoveri inappropriati in setting per acuti prevenibili con attività volte a favorire l'autogestione e l'empowerment della persona
- si integra con equipe multiprofessionali e con i servizi sociali per la presa in carico di casi complessi, per la parte di competenza
- interviene nella progettazione e attivazione di interventi informativi/educativi rivolti alla popolazione o a gruppi di persone, mirati al miglioramento delle abitudini e degli stili di vita e al self-management attraverso il counseling motivazionale per il cambiamento degli stessi
- promuove la salute valutando il livello di conoscenza sulla patologia e sulla sua gestione ottimale, valuta i processi di apprendimento e di cambiamento necessari a incrementare le capacità di autocura e l'autonomia della persona e della sua famiglia, con un approccio volto a valorizzare le risorse delle singole famiglie indirizzandole verso un corretto self-care ed autogestione. La promozione dell'autonomia si realizza attraverso l'aumento della abilità di self-care dell'utente e della sua famiglia, l'attivazione di reti informali (parenti, amici, vicini, gruppi di volontariato, di auto-aiuto) con particolare attenzione ai caregiver e in ottica preventiva; sostiene e fornisce informazioni ai caregiver e al nucleo familiare per favorire la possibilità di permanenza a domicilio delle persone;
- identifica i fattori di rischio e di fragilità delle persone e le azioni atti a prevenire episodi di scompenso
- attua interventi di promozione e prevenzione della salute nei confronti della comunità, secondo le linee programmatiche stabilite in linea con la normativa vigente
- collabora all'analisi del contesto comunitario e alla mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani

- collabora con le autorità sanitarie locali, se necessario, per favorire la sorveglianza epidemiologica
- partecipa alla redazione, verifica, attuazione e supervisione di protocolli e procedure per la qualità dell'assistenza
- adotta strumenti di telemedicina per il monitoraggio da remoto
- partecipa alla campagna vaccinale al domicilio dei pazienti non trasportabili

L'infermieri di Comunità interviene sostanzialmente in tre ambiti:

- LIVELLO AMBULATORIALE: ambulatori dedicati presenti presso le CDC o ambulatori spoke ubicati in zone prive o carenti di servizi fungendo da punto di contatto di prossimità dove il cittadino può trovare orientamento e risposte ai suoi bisogni di salute, migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici. L'ambulatorio è rivolto a persone deambulabili o facilmente trasportabili, che presentano bisogni di bassa/media intensità assistenziale o che necessitano di informazioni e orientamento alla rete dei servizi o di interventi educativi di self-care, promozione alla salute e sani stili di vita. L'attività ambulatoriale può prevedere l'utilizzo di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la teleassistenza

Nell'ambulatorio infermieristico territoriale vengono erogate due tipologie di prestazioni (come da PDTA PrS01PC01IFeC):

- Prestazioni erogabili tariffabili per le quali si rende necessaria la prescrizione medica (Tariffario regionale del 01 agosto 2019), incluse nei livelli essenziali e all'assistenza di base (DPCM del 12 gennaio 2017)
- Prestazioni non tariffabili quali valutazione dei bisogni, educazione sanitaria, addestramento utilizzo device, informazioni ed attivazione dei servizi territoriali disponibili, informazioni di carattere sanitario ed assistenziale

In ASST Mantova sono stati aperti 11 ambulatori di prossimità, le prestazioni tariffabili nell'anno 2023 sono state le seguenti (dati estrapolati da OSLO)

DISTRETTO	SEDE AMBULATORIO	N° prestazioni erogate 2023
ALTO MANTOVANO	CASALOLDO	3
BASSO MANTOVANO	QUISTELLO	112
	SAN GIOVANNI DEL DOSSO	13
	PEGOGNAGA	328
	SUZZARA	58
MANTOVANO	BORGO VIRGILIO	110
	LUNETTA	22
	RONCOFERRARO	283
	VIA TRENTO	195
CASALASCO VIADANESE	CAMPITELLO	609
	VIADANA	450

- LIVELLO DOMICILIARE: rivolto a persone con patologie croniche e/o con fragilità e con difficoltà ad accedere ai servizi ambulatoriali, che necessitano di una valutazione dei bisogni assistenziali, orientamento, accompagnamento e attivazione della rete dei servizi socio-sanitari, attività di counseling per la promozione di comportamenti positivi, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e familiare; monitoraggio periodico dello stato di salute e di segni e sintomi riconducibili a episodi di scompenso e complicanze, al fine di agire precocemente ed evitare il più possibile l'ospedalizzazione non necessaria; in caso di bisogno eroga prestazioni infermieristiche in estemporanea.

Tutte le attività dell'IFeC vengono registrate nel portale regionale SGDT (Sistema Gestione Digitale Territoriale), che prevede l'inserimento dell'anagrafica del paziente, la valutazione dei bisogni, la pianificazione delle attività, la programmazione degli interventi, la verifica degli interventi effettuati e la registrazione nel diario giornaliero. A domicilio viene rilasciato un diario domiciliare in cui l'IFeC segnala tutte le attività svolte

La segnalazione/richiesta di intervento viene inoltrata dal MMG/PLS o dalle dimissioni protette o servizi territoriali (es COT/PUA/ambulatori specialistici ecc); il MMG/PLS viene sempre informato della segnalazione

I pazienti in carico nell'anno 2023 gestiti a domicilio dall' IFEC sono stati:

DISTRETTO	N° PAZIENTI IN CARICO ANNO
ALTO MANTOVANO	389
BASSO MANTOVANO	346
MANTOVANO	514
CASALASCO-VIADANESE	266

- LIVELLO COMUNITARIO: con attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute e di agire in ottica preventiva rivolta alla collettività e a gruppi omogenei di persone. Collabora con gli enti del territorio, inclusa la scuola, su specifici progetti di promozione della salute. Partecipa attivamente alla campagna vaccinale sia a livello informativo che erogativo (vaccinazioni anti covid domiciliari - vaccinazioni presso HUB)

Nell'anno 2023 gli IFEC hanno eseguito a domicilio 121 vaccinazioni anticovid

Nel 2023 gli IFeC sono anche stati impegnati, insieme alla SSD Promozione della Salute della ATS Val Padana, nel monitoraggio dei gruppi di cammino

3) ANALISI PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA

La figura dell'IFeC è di recente implementazione, le funzioni sono in progressiva e rapida evoluzione sia dal punto di vista normativo che organizzativo. Inizialmente, in ASST Mantova, gli IFeC hanno sostenuto la campagna vaccinale durante il periodo pandemico ed il tracciamento della positività, essendo stati impegnati nei punti tamponi; progressivamente hanno iniziato la presa in carico domiciliare ed il monitoraggio di pazienti cronici e l'attività ambulatoriale.

PUNTI DI FORZA:

- (a) **MOTIVAZIONE:** Il personale è fortemente motivato, conscio di rivestire un nuovo e strategico ruolo per la sanità territoriale
- (b) **FORMAZIONE:** Vi è un importante investimento formativo; oltre al corso specifico organizzato da **Accademia POLIS**, solo nel 2023, tutti gli IFeC sono stati impegnati nei seguenti corsi obbligatori:
 - LA GESTIONE DELLE LESIONI CUTANEE NEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI PROSSIMITÀ'/ CASE DELLE COMUNITÀ': PRESA IN CARICO, TRATTAMENTO E RACCORDO CON LA RETE DEI SERVIZI
 - COUNSELING MOTIVAZIONALE BREVE
 - UN APPROCCIO AL TABAGISMO PER LE CASE DI COMUNITÀ'
 - MOTIVARE IL PAZIENTE A CAMBIARE IL PROPRIO STILE DI VITA: OGNI SETTING È QUELLO GIUSTO
 - ELEMENTI DI RIFLESSIONE SUL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E SISTEMA SANITARIO REGIONALE UTILI A FAVORIRE L'INTEGRAZIONE DEI PROFESSIONISTI NELL'EQUIPE MIULTIPROFESSIONALE IN AMBITO DISTRETTUALE
- (c) **INTEGRAZIONE:** L'IFeC lavora in stretta integrazione con la rete dei servizi e questo favorisce una risposta maggiormente appropriata ai bisogni di salute del paziente cronico

(d) FLESSIBILITÀ'

PUNTI DI DEBOLEZZA: Il ruolo dell'IFeC è ancora poco conosciuto; le potenzialità sono molteplici ma occorre una chiarezza normativa e una condivisione di intenti. Le esigenze territoriali sono molteplici e diversificate, ne consegue un impiego in attività disparate.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO: Si propone di continuare un dialogo con i MMG e i servizi di Dimissioni Protette, principali attori segnalanti, al fine di condividere obiettivi e modalità

Sviluppo dell'attività per gli Specialisti Ambulatoriali

Nel periodo di riferimento (anno 2023) e in continuità con il precedente, la Struttura Accoglienza Cup Libera Professione (ACLIP) ha assicurato sia la prosecuzione delle attività che le sono proprie e le azioni necessarie al mantenimento della produzione, sia l'attivazione di iniziative per il recupero di prestazioni non erogate durante il periodo pandemico e che a tutt'oggi presentano notevoli criticità, che l'implementazione erogativa delle prestazioni, con particolare riferimento alle prime visite che, rispetto ai tempi di attesa, sono oggetto di monitoraggio da parte di R.L. e rappresentano la vera e reale criticità.

RENDICONTAZIONE PERFORMANCE PROGETTO COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

L'Area Ufficio Stampa, Comunicazione e Urp pe l'anno 2023 ha sviluppato sempre di più i canali di comunicazione online sia nei confronti dei cittadini che nei confronti dei professionisti dell'azienda, facendo dialogare i vari strumenti a

disposizione in un'ottica di comunicazione circolare.

In specifico nell'anno 2023 gli obiettivi conseguiti sono i seguenti:

1. Rispetto tempistiche indicate in relazione ai documenti da inviare: invio rendicontazione in data 6 giugno, rispetto dei tempi previsti per i documenti.
2. Attivazione nuovi canali LinkedIn e Youtube: attivazione canale youtube nel febbraio 2023 e canale LinkedIn nel giugno 2023. Nell'estate 2023 le tre operatrici dell'area hanno seguito il master 'LinkedIn commander' per formarsi sul nuovo canale. Il 25 gennaio l'area Ufficio Stampa e Comunicazione ha inoltre incontrato i colleghi delle Risorse Umane per una collaborazione sulla pubblicazione di contenuti reclutamento risorse per LinkedIn.
3. *Rassegna bicentenario nascita Carlo Poma*: rassegna di eventi dedicata al bicentenario della nascita di Carlo Poma: mostra 'Un vulcan che non è spento' nello spazio Hallart (a cura dell'area Ufficio Stampa e comunicazione, inaugurata il 18 dicembre 2023); visite guidate ai luoghi di Carlo Poma con lettura recitata di testi storici a cura di Accademia Teatrale Francesco Campogalliani e guida turistica Giacomo Cecchin (maggio-giugno 2023); realizzazione di un video sulla storia di Poma con Costanza Bertolotti, direttore dell'Istituto mantovano di storia contemporanea; gadget brandizzato per i professionisti, porta badge; articoli sul magazine aziendale, sull'inserito mensile della *Gazzetta di Mantova* e attività di ufficio stampa.

PIANO PER L'APPLICAZIONE E LA DIFFUSIONE DELLA MEDICINA DI GENERE

Con l'approvazione della legge 3/2018 "Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale" pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 31-01-2018, per la prima volta in Europa, viene garantito l'inserimento del "genere" in tutte le specialità mediche, nella sperimentazione clinica dei farmaci (nell'art.1) e nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici, nella ricerca, nella formazione e nella divulgazione a tutti gli operatori sanitari e ai cittadini (nell'art.3). In attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018 è

stato approvato il Piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere.

Regione Lombardia promuovere politiche sanitarie in ottica di genere, infatti con la "Delibera delle Regole di Sistema XI/2672/2019, del servizio sanitario e socio-sanitario regionale lombardo per l'esercizio 2020", ha recepito i capisaldi del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere". La direzione generale Welfare ha richiesto ai direttori generali delle strutture sanitarie lombarde di nominare un referente per la Medicina di Genere e di inviarne il nominativo alla referente regionale. L'intento è di costituire una rete che vedrà la partecipazione dei 35 rappresentanti finora nominati dai direttori generali di ogni ATS, ASST e IRCCS, e ha indicato gli obiettivi che le ASST devono raggiungere.

L'ASST di Mantova già nel 2020 ha nominato un referente aziendale organizzativo gestionale e un referente clinico per la promozione e implementazione della Medicina di genere e ha definito i seguenti obiettivi:

- Adesione alle progettualità indicate da ONDa (osservatorio nazionale sulla salute della donna e medicina di genere)
- Pianificazione della formazione in Medicina di Genere rivolta a tutto il personale al personale e che è stata attuata nel mese di maggio 2024
- In corso aggiornamento dei PDTA in un'ottica di genere su determinate patologie, mediante l'identificazione di indicatori di processo ed esito genere-specifici che permettano la valutazione e il monitoraggio dei percorsi avviati.

Nel 2022 è stato rinnovato il CUGI Comitato unico di garanzia e dell'innovazione che riunisce il CUG e l'organismo paritetico dell'innovazione.

Il CUGI opera all'interno dell'Amministrazione al fine di garantire parità e pari opportunità tra uomini e donne nonché l'assenza di ogni forma di discriminazione e di violenza, diretta e indiretta, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro e incentivando azioni per favorire il benessere organizzativo.

Nel 2023 prosegue l'attività dello sportello "Well.Co.Me è uno spazio volto a favorire la comunicazione tra operatori al fine di ridurre i conflitti, stimolare la

collaborazione, l'appartenenza del personale all'Azienda e aumentare la responsabilità professionale. Nello spazio si implementano strumenti utili per riconoscere e gestire i conflitti, con particolare attenzione ai conflitti interprofessionali e intergruppo, che si verificano nelle organizzazioni sanitarie e che possono aumentare i rischi per la sicurezza e le probabilità di errore. Tale spazio, ricondotto nell'ambito delle attività di Risk Management, è gestito dai Mediatori della Comunicazione e dei Conflitti (MCC) che, tutelando la riservatezza, accolgono gli operatori che vivono e/o subiscono situazioni di conflitto pregiudicanti sia l'efficacia della prestazione erogata, che il benessere personale in ambito lavorativo. Lo sportello promuove anche la medicina di genere, l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità ed azioni di welfare aziendale.

In particolare, ha contribuito a:

- Gestire i casi di aggressione su operatore da utente/familiare
- Gestire le aggressioni e mediare i conflitti tra operatori
- Partecipare ai lavori del gruppo aziendale gestione degli atti di violenza su operatore: il gruppo permanente si riunito periodicamente per monitorare e promuovere le azioni previste nell'action plan
- Supportare le equipe nella gestione della comunicazione e dei conflitti interni al gruppo: al fine di migliorare le competenze comunicative evitare errori sul paziente e favorire un buon clima organizzativo
- Medicina di genere, Bollini Rosa: continua la promozione della medicina di genere: con formazione dedicata la costituzione di un sottogruppo all'interno del CUGI (Comitato Unico di garanzia e dell'innovazione) per favorire l'attivazione di percorsi/formazione/informazione sul tema.

L'ASST ha messo in atto anche i seguenti progetti per favorire il benessere del personale:

- promozione della cultura della salute attraverso l'offerta di counseling motivazionale e screening specifici per l'età

- MINDFULNESS PER OPERATORI SANITARI: PROGRAMMA MBSR TEORIA E PRATICA fruibile in regime di attività specialistica ambulatoriale, con accesso diretto in Azienda e tariffa in convenzione
- METODO (MBSR): RETRAINING MINDFULNESS DI II LIVELLO TEORIA E PRATICA Retrainig delle abilità di base acquisite nel protocollo mindfulness MBSR (mindfulness based stress reduction - Metodo per la riduzione dello Stress basato sulla consapevolezza) ed utilizzo della pratica in modo costante.

PROCESSO DI DEMATERIALIZZAZIONE e SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA

L'ASST di Mantova nel 2023 a dato seguito al percorso già avviato negli anni precedenti inerente alla dematerializzazione delle prescrizioni e delle relative pubblicazioni dei referti.

Si è quindi provveduto ad implementare i seguenti punti:

- sincronizzare la prescrizione medica con l'erogazione di farmaci e prestazioni specialistiche;
- controllare la spesa del Sistema Sanitario Nazionale;
- eliminare progressivamente i supporti cartacei.

In parallelo, nel corso del 2023 si sono proseguito con l'implementazione delle modalità di visita a distanza attraverso l'analisi delle branche specialistiche ove sia applicabile e l'adozione di percorsi e protocolli dedicati.

Si sono sviluppati due progetti :

- monitoraggio da remoto e gestione a distanza del paziente dimesso dal Pronto Soccorso;
- progetto di gestione del paziente cronico, in particolare psichiatrico riabilitativo attraverso l'ausilio della telemedicina. Capofila del progetto è stata ATS.

6. DIMENSIONE DELL'APPROPRIATEZZA

APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI - QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT

La Direzione Strategica dell'ASST di Mantova ritiene che l'adozione di un Sistema di Gestione per la Qualità, riformato attraverso l'innovativo approccio della norma UNI EN ISO 9001:2015, integrato con gli Standard qualitativi regionali, le Misure sulla sicurezza del paziente e i Requisiti dell'Accreditamento istituzionale lombardo, costituisca la leva su cui poggiare la realizzazione della scelta politica di riprogettazione dei processi aziendali, già certificati UNI EN ISO 9001:2015 e il coinvolgimento di quelle aree strategiche aziendali che ancora non sono state direttamente coinvolte nel Sistema di Gestione Qualità.

Il sistema per la qualità supporta, inoltre, l'analisi costante processi complessi, in ambito ospedaliero e territoriale, per il miglioramento della qualità delle prestazioni, della sicurezza del paziente e per il mantenimento dei requisiti di accreditamento istituzionale.

Il sistema per la qualità supporta, la *clinical governance* affinché l'azienda sia in grado di operare in una visione per processi orientata al miglioramento continuo dei propri servizi e della salvaguardia degli standard di cura e di assistenza.

L'attività di autovalutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia con il coinvolgimento dei direttori e dei coordinatori delle unità Operative consente di mantenere alta l'attenzione sugli obiettivi internazionali della sicurezza riguardanti:

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

5.1 Attività nell'ambito della certificazione ISO 9001:2015

Nel 2023 è proseguita l'attività di reingegnerizzazione complessiva del sistema di gestione per la qualità, resasi necessaria dopo 15 anni dalla prima certificazione, e la relativa informatizzazione con il sistema Taleteweb "Q2015" e "Gestione Documenti" finalizzata al raggiungimento della conformità ai requisiti della ISO 9001:2015 e al perseguimento di obiettivi di dematerializzazione (paperless) e semplificazione.

Nel 2021 era stato ridefinito il campo di applicazione del Sistema Gestione Qualità certificato, strutture e processi e ruoli coinvolti, alla luce della recente riorganizzazione aziendale e in base alle indicazioni della direzione strategica. L'attuale campo di applicazione è:

- **Erogazione di servizi:** Immunoematologia e medicina trasfusionale - SIMT; Laboratorio di anatomia patologica; Medicina di laboratorio; Medicina nucleare
- **Erogazione di attività gestionali e di supporto relativi alle Unità Operative:** Affari generali, Farmacia ospedaliera e territoriale, Fisica sanitaria, Gestione acquisti, Ingegneria clinica, Qualità, accreditamento e risk management, Tecnico economale e dei servizi (TES), Tecnico patrimoniale (STP), Ufficio relazioni con il pubblico (URP);
- **Gestione processi igienico sanitari delle Direzioni Mediche di Presidio** (Gestione Sanificazione, Rifiuti, Sterilizzazione, ristorazione aziendale)
- **Gestione della documentazione sanitaria ambulatoriale** (cartella clinica, consenso informato e documentazione ambulatoriale)
- **Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza** (Comitato Controllo Infezioni Ospedaliere)
- **Progettazione ed erogazione di eventi formativi in ambito sanitario;**
- **Progettazione e gestione multidisciplinare del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dei pazienti affetti da carcinoma della prostata** (PDTA 86)

Nel 2023, superando lo specifica verifica dell'ente di certificazione, si è aggiunto il PDTA97 Gestione del paziente con TUMORE DEL COLON-RETTO. A

tal fine è stata attivato uno specifico Gruppo di Miglioramento propedeutico alla certificazione del PDTA97 e uno specifico audit clinico finalizzato alla verifica dell'aderenza alle linee guida, della corretta applicazione del PDTA e alla verifica dei risultati e monitoraggio del percorso.

Al fine di consolidare le competenze dell'utilizzo del software TaleteWeb Q2015 per la gestione del Sistema Qualità Certificato ISO 9001 in considerazione anche dell'avvicinarsi di molti responsabili e referenti si è provveduto a:

- Distribuire ai nuovi Responsabili e referenti del sistema (Direzioni Mediche di Presidio, CIO, URP, laboratorio analisi) la Norma ISO 9001:2015, le SLIDES "Linea guida-ISO 9001:2015 (G.Paccone)" e "Istruzione operativa accesso corso FAD reingegnerizzazione dei processi in Sanità"
- Attivare il Corso FAD TaleteWeb - La reingegnerizzazione dei processi in sanità (BPR) per referenti ISO
- Attuare la formazione a supporto attraverso incontri dedicati per ciascun Responsabile ed RGQ di processo / Struttura. Nello specifico si sono attuati n. 30 incontri finalizzati a:
 - **Monitoraggio SGQ**
 - o Riesame della scheda processo in funzione di cambiamenti organizzativi e/o normativi
 - o Rivalutazione dei rischi
 - o Valutazione della documentazione, revisione / archiviazione
 - o inserimento dati indicatori 2022
 - o Monitoraggio/chiusura NC 2022
 - o Monitoraggio/chiusura azioni del Piano di miglioramento 2022; azioni a seguire da raccomandazioni da audit interni ed esterni
 - o Definizione Piano di Miglioramento 2023
 - o Riesame 2022: compilazione scheda Riesame correlata a scheda processo
 - **Rinforzo formativo per**
 - o rinforzare le competenze rispetto le funzionalità del sistema TW Q2015 e Gestione documenti
 - o Specificare meglio le modalità di aggiornamento del rischio residuo a fronte delle azioni programmate ed attuate
 - o Individuare ed implementare specifici indicatori per monitorare l'efficacia delle azioni pianificate ed attuate per mitigare i rischi residui risultati medi/non accettabili

- Sensibilizzare all'importanza degli indicatori di prestazione al fine di avere un'efficace condivisione ed utilizzo degli stessi
- Individuare tra le grandezze e gli indicatori gestiti quelli più appropriati a fornire informazioni per monitorare il soddisfacimento dei portatori di interessi
- Utilizzare in modo più sistematico il sistema di alert del software TW per monitorare puntualmente l'attuazione l'efficacia degli interventi programmati

Per ogni Struttura / processo sono stati attivati specifici audit interni (come da Piano Audit Interni ISO 9001:2015 - anno 2023). Dai 21 rapporti audit emerge una sostanziale adeguatezza ai requisiti della norma: livello medio di conformità 94%

Le **Non Conformità** (vedi -Taleteweb Q2015- Report Non Conformità 2023) sono state **n. 138** di cui

- **N. 4 critiche (3%)**
 - N. 6 Processi igienico sanitari delle Direzioni Mediche di Presidio - SANIFICAZIONE (mancata sanificazione sala operatoria, emodinamica, PS)
 - N.1 SIMT - Processo Trasfusionale (etichetta scritta a mano: errore di identificazione)
- **N. 68 rilevanti (49%)**
 - Processo: Processi igienico sanitari delle Direzioni Mediche di Presidio - SANIFICAZIONE; Totale: 22
 - Processo: Tecnico patrimoniale (STP); Totale: 15
 - Processo: SIMT - Processo Trasfusionale; Totale: 13
 - Processo: Processi igienico sanitari delle Direzioni Mediche di Presidio - STERILIZZAZIONE; Tot: 4
 - Processo: Laboratori analisi chimico-cliniche; Totale: 4
 - Processo: Processi di Direzione Sanitaria-tutela degli operatori a seguito di esposizione occupazionale a materiale biologico; Totale: 2
 - Processo: Anatomia patologica; Totale: 1
 - Processo: Farmacia ospedaliera e territoriale; Totale: 2
 - Processo: Ingegneria clinica; Totale: 2

- Processo: Processi di Direzione Sanitaria; Totale: 1
- Processo: Processi di Direzione Sanitaria - Gestione Emergenza Intraospedaliera; Totale: 1
- Processo: Processi igienico sanitari delle Direzioni Mediche di Presidio -IGIENE DEGLI ALIMENTI; Totale: 1
- **N. 66 minori (48%)**
 - Processo: SIMT - Processo Trasfusionale; Totale: 43
 - Processo: Tecnico patrimoniale (STP); Totale: 5
 - Processo: Processi igienico sanitari delle Direzioni Mediche di Presidio - STERILIZZAZIONE; Totale: 4
 - Processo: Affari generali e controlli interni; Totale: 2
 - Processo: Farmacia ospedaliera e territoriale; Totale: 2
 - Processo: Processi igienico sanitari delle Direzioni Mediche di Presidio - IGIENE DEGLI ALIMENTI; Totale: 2
 - Processo: Gestione documentazione sanitaria - Gestione Cartella Clinica inclusa Accettazione Amministrativa _ Fascicolo di ricovero; Totale: 1
 - Processo: Ingegneria clinica; Totale: 1
 - Processo: Laboratori analisi chimico-cliniche; Totale: 1
 - Processo: Processi di Direzione Sanitaria - CIO - Sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza nell'ambito CIO; Totale: 1
 - Processo: Processi igienico sanitari delle Direzioni Mediche di Presidio - SANIFICAZIONE; Totale: 1
 - Processo: Sicurezza delle Informazioni; Totale: 1
 - Processo: SIMT; Totale: 1
 - Processo: SIMT - Processo Ematologico clinico e diagnostico; Totale: 1

Tutte recepite, chiuse o trattate con azioni inserite nel Piano di Miglioramento 2023-2024

Le NC riguardanti il Processo trasfusionale che nel 2022 rappresentava 85% (n. 117) con gli interventi di formazione / informazione attuati nel 2023 si sono dimezzate (n. 56 pari al 40%).

La numerosità delle NC riguardanti **il Processo di Sanificazione** risente sicuramente dell'intervento innovativo di categorizzazione delle NC, collegata alla reingegnerizzazione del processo, che ha favorito la segnalazione da parte dei coordinatori; comunque richiede interventi sulle Ditte Esterne la cui efficacia sarà da valutare nel 2024.

Sostanzialmente positivo è il **trend dei n.16 indicatori** (vedi Taleteweb **Q2015- Report Indicatori processo SGQ 2023**):

- **Indicatori con andamento in linea con il valore obiettivo**
 - Indice aggiornamento documenti SGQ
 - Indice di comprensione delle informazioni documentate notificate
 - Indice andamento segnalazioni output non conformi
 - Indice efficacia gestione output non conformi
 - Indice efficacia attività di prevenzione dei rischi/opportunità
 - Indice efficacia capacità realizzativa del miglioramento
 - Indice rispetto pianificazione audit interni SGQ
 - Livello medio di conformità delle Strutture / Processi Certificati ISO 9001
 - Conformità Riesame della Direzione Aziendale (2° livello)
 - Tasso di Strutture / Processi Certificati ISO 9001 con livello di conformità di almeno 85%
- **Indicatori con andamento non in linea con il valore obiettivo ma rientranti nella tolleranza**
 - Indice capacità realizzativa del miglioramento (azioni correttive attuate)
 - Tasso GdM conclusi con esito positivo
- **Indicatori con andamento non in linea con il valore obiettivo**
 - Tasso di lettura dei documenti del SGQ
 - Tempo medio di comprensione delle informazioni documentate notificate
 - Indice capacità realizzativa attività di prevenzione dei rischi/opportunità
 - Indice rispetto tempi trattamento output non conformi

Per gli indicatori con andamento negativo sono state definite azioni inserite nel Piano di Miglioramento 2024

Il **Piano di Miglioramento ISO 9001 Anno 2023** consta di n. 157 azioni (n. 80 di prevenzione dei rischi/opportunità e n.77 reattive); dal monitoraggio finale risulta essere implementato nella misura del 92%:

- 83% azioni completate (n. 130)
- 9% azioni iniziate ma da completare nel 2024 (n.15)
- 8% azioni procrastinate al 2024 (n. 12)

(vedi Taleteweb **Q2015 Piano di Miglioramento ISO 9001 Anno 2023 - Monitoraggio al 31.12.2023**)

Il **13 giugno 2023** è stato espletato da RINA **l'audit di sorveglianza con estensione al PDTA86 Colon retto con valutazione positiva** della conformità ed efficacia del sistema (vedi Rapporto di Audit RINA 13 giugno 2023). Sono state rilasciate n. 8 raccomandazioni recepite nel Piano di Miglioramento 2023-24 e **nessuna non conformità.**

5.2 Rinnovo Certificazione “Ospedale all'altezza dei Bambini” Pediatria

La Direzione Strategica con decreto n.580 del 01.06.2023 ha approvato il progetto di rinnovo 2023 della Certificazione della "Carta dei diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale" del PO Mantova patrocinata da ABIO e SIP; certificazione ottenuta nel 2013 e poi rinnovata nel 2016 e nel 2019.

A tal fine è stato attivato, su richiesta del Direttore della Pediatria, specifico **Gruppo di Miglioramento** che ha coinvolto l'intera equipe di lavoro, che si è concluso con l'intera revisione documentale e il completamento del Piano di Miglioramento P008/2021 di recepimento delle raccomandazioni da precedente audit interno del 11/11/2019 e dell'audit esterno PROGEA del 05/02/2020.

E' stato condotto un **audit interno** allo scopo di valutare il livello di conformità dell'Unità Operativa PEDIATRIA Mantova ai requisiti di accreditamento istituzionale organizzativi e strutturali specifici nonché verificare l'adesione agli

Standard della Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale secondo il Manuale di ABIO - SIP (vedi TWQ2015 - Audit 033/2023 "PEDIATRIA Mantova Audit organizzativo e Certificazione ABIO-SIP")

13/10/2023 Audit documentale e compilazione Checklist di autovalutazione ABIO-SIP : livello di conformità 100% . (vedi taleteweb Checklist di autovalutazione_ABIO-SIP MANTOVA 2023)
29/11/2023 Audit organizzativo - sopralluogo: nel complesso si osserva un buon livello di adesione ai requisiti di accreditamento istituzionale organizzativi, strutturali e specifici: la verifica a campione ha portato a definire il livello di conformità pari al 100%

Il 6 dicembre 2023 è stato espletato da parte di PROGEA **l'audit di rinnovo** con **valutazione positiva**; score di adesione agli standard del 97% a seguito del quale è stato rilasciato il nuovo Certificato a valenza triennale

Vedi **Rapporto di Audit PROGEA Certificazione "Ospedale all'altezza dei Bambini" del 12.12.2023 e Certificato "Ospedale all'altezza dei Bambini" 2023**

5.3 Gruppi di Miglioramento

Nel 2023 sono stati gestiti in totale n. 59 Gruppi di Miglioramento di cui n. 5 sospesi o annullati per motivi organizzativi, n. 39 (70%) conclusi, n. 17 (30%) si completeranno nel 2024.

5.4 Attività di autovalutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia

Dopo 3 anni di sospensione dovuta all'epidemia si è ripresa **l'attività di autovalutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia** utilizzando la nuova Checklist come da DGR XI/2700 del 23/12/2019 "Determinazioni relative al Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione: triennio 2020 - 2022". Si è coinvolto il DAPSS

Effettuate 5 riunioni:

- 21/06/2023 - 1^ edizione 9.30-12.30 - 2^ edizione 14.00 - 17.00
Incontro con Coordinatori sui temi: qualità, accreditamento e rischio clinico (Checklist di autovalutazione) - (cod. in TW 130/2023)
- 19/07/2023 dalle 9.30 alle 11.30 Incontro con DAPSS Polo Ospedaliero: Checklist di autovalutazione (modalità operative) - (cod. in TW 148/2023)
- 21/09/2023 dalle 9.30 alle 12.00 Incontro con DAPSS: Checklist di autovalutazione (monitoraggio Polo Ospedaliero-Rete Territoriale definizione modalità operative) - (cod. in TW 191/2023)
- 02/10/2023 dalle 14.00 alle 15.00 Incontro DAPSS: Checklist autovalutazione (REMS e DSM) - (cod. in TW 201/2023)
- 18/10/2023 dalle 11.00 ore 12.00 Incontro con DAPSS: Checklist di autovalutazione (monitoraggio Polo Ospedaliero, Rete Territoriale, DSM e REMS) - (cod. in TW 217/2023)

Oltre alle riunioni è stato fornito, in itinere a richiesta, **il supporto metodologico alla compilazione della Checklist**

Monitoraggio finale: Checklist pervenute

- 1. Checklist pervenute n.13; UU.OO valutate n. 38; Cartelle Cliniche valutate (fonte dei dati) n. 140; Polo Territoriale (coinvolti tutti i 4 PP.OO + REMS), Rete Territoriale (DSM: SPDC e CRA; Cure Palliative; Vaccinazioni
 - PO Mantova
 1. Checklist PO Mantova (Aree 1-2-3-4-5-6) compilata su campione di n. 30 cartelle cliniche del campione di UU.OO definito

2. Checklist SPDC Mantova (Aree 1-2-3-4-5) compilata su campione di n. 10 cartelle cliniche
 3. Checklist CRA Mantova (Area 7) compilata su campione di n. 10 cartelle
 4. Checklist Cure Palliative (Aree 1-2-3-4-5-6)
 5. Checklist Vaccinazioni (Area 6) compilata da RA Stefania Campana per tutte le sedi vaccinali
- PO Asola
 1. Checklist PO Asola (Aree 1-2-3-4-5-6) compilata su campione di n. 10 cartelle cliniche di Medicina, Pediatria e Day Surgery
 2. Checklist SPDC Castiglione Stiviere (Aree 1-2-3-4-5) compilata su campione di n. 10 cartelle cliniche
 3. Checklist CRA Castel Goffredo (Area 7)
 - PO Bozzolo
 1. Checklist PO Bozzolo (Aree 1-2-3-4-5-6) compilata su campione di n. 10 cartelle cliniche delle UU.OO Riabilitazione e Cure Subacute
 - PO Borgo Mantovano
 1. Checklist PO Borgo Mantovano (Aree 1-2-3-4-5-6) compilata su campione di n. 30 cartelle cliniche del campione di UU.OO definito Ginecologia/Ostetricia, Ortopedia, Chirurgia, Riabilitazione
 2. Checklist SPDC Borgo Mantovano (Aree 1-2-3-4-5) compilata su campione di n. 10 cartelle cliniche
 - Checklist CRA Quistello (Area 7) compilata su campione di n. 10 cartelle
 - REMS (compilata in autonomia da referente DAPSS senza accesso alle cartelle)

Personale coinvolto

- Direttore DAPSS
- Direttore Struttura Qualità e Risk Management
- Dirigente DAPSS - Polo Ospedaliero
- Funzione Organizzativa per il coordinamento del sistema gestione della qualità
- Funzione organizzativa per la Gestione del rischio clinico
- DAPSS - Polo Ospedaliero - Responsabile di Area Chirurgica
- DAPSS - Polo Ospedaliero- Referente di Presidio Borgo Mantovano

- DAPSS - Polo Territoriale - Responsabile Area Prevenzione
- DAPSS - Polo Territoriale - Responsabile Distretto Alto Mantovano
- DAPSS - Polo Territoriale - Responsabile Distretto Basso Mantovano
- DAPSS - Polo Territoriale - Responsabile Distretto Casalasco Viadanese
- DAPSS - Polo Territoriale - Responsabile Area Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
- Responsabile Area Dipartimentale DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE
- Responsabile Area Dipartimentale DIPARTIMENTO SERVIZI
- Responsabile Area Dipartimentale DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
- Collaboratrice DAPSS REMS
- Coordinatori P.O Asola (Medicina, Pediatria, Day Surgery, Laboratorio e Radiologia)
- Coordinatori P.O. Bozzolo (Riabilitazione e Cure Subacute, Laboratorio e Radiologia)
- Coordinatori P.O. Mantova (Neurochirurgia, neurologia stroke, Oncologia, Pneumologia, Pediatria, Chirurgia Generale, Senologia -Urologia, Riabilitazione Cardiorespiratoria, Rianimazione, Anatomia Patologica e Medicina Nucleare)
- Coordinatori P.O. Borgo Mantovano (Ginecologia/Ostetricia, Ortopedia, Chirurgia, Riabilitazione, Laboratorio, Radiologia)
- Coordinatori SPDC Mantova, SPDC Castiglione Stiviere, SPDC Borgo Mantovano
- Coordinatori CRA Mantova, CRA Castel Goffredo, CRA Quistello

Registrazioni

- E' stata configurata in Taleteweb /Rischio Clinico / Anagrafiche/ Checklist raccomandazioni la nuova "Checklist PRIMO Lombardia (DGR2700/2019) Autovalutazione 2023"
- Accorpate le Checklist pervenute in 4 Checklist: una per P.O. (Mantova, Asola, Bozzolo, Borgo Mantovano) sono state registrate in **Taleteweb /Rischio Clinico / Proattiva/ Checklist raccomandazioni e linee guida/Checklist PRIMO Lombardia (DGR2700/2019) Autovalutazione 2023**: una per P.O
- L'inserimento su PORTALE PRIMO Regione Lombardia è **subordinato a input regionale**

- Inserite su PORTALE PRIMO n.3 “**Check List contenzione**” (tratte dalle Checklist compilate per i 3 SPDC - Area 3 Standard 8, 9,10,11 “Gestione della contenzione meccanica nei reparti di psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza e nelle REMS”):
 - interventi di natura clinico -assistenziale
 - interventi sull'organizzazione
 - interventi sull'ambiente
 - interventi su aree trasversali

come da nota regionale Protocollo G1.2023.0035844 del 13/09/2023
“Implementazione della check-list di verifica sull’applicazione delle raccomandazioni regionali per la riduzione delle contenzioni nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, nei reparti di neuropsichiatria dell’infanzia e della adolescenza e nelle residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza - avviso apertura portale per 2023”

Risultati

Dal Report TW Autovalutazione Adesione STD (2023) ASSTMN si evince che:

- **Livello complessivo di aderenza agli standard** 1.106,75/1.194= **93%**
- **AREE più aderenti agli standard**
 - AREA 5: PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 98%
 - AREA 2: INFORMAZIONE E ASCOLTO - COMUNICAZIONE E RELAZIONE 96%
 - AREA 4: ORGANIZZAZIONE DELLE CURE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE 95%
 - AREA 6: SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA 93%
- **AREE meno aderenti agli standard**
 - AREA 1: ENGAGEMENT - EMPOWERMENT E DIRITTI 87%
 - AREA 3: ASSISTENZA E CURA 90%
 - AREA 7: SERVIZI DI ASSISTENZA TERRITORIALI 92%
- **CATEGORIE meno aderenti agli standard**
 - Processo educativo 90%
 - Risorse umane 89%
 - Presa in carico 88%
 - Cura della relazione 86%
 - Diagnostica per immagini: politiche e procedure 86%
 - Gestione della contenzione meccanica nei reparti di psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza e nelle REMS: interventi su aree trasversali 81%

- Gestione della contenzione meccanica nei reparti di psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza e nelle REMS: interventi sull'organizzazione 79%
 - Accessibilità fisica 78%
 - Empowerment 75%
 - Gestione della contenzione meccanica nei reparti di psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza e nelle REMS: interventi sull'ambiente 74%
 - Gestione della contenzione meccanica nei reparti di psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza e nelle REMS: interventi di natura clinico -assistenziale 73%
 - Engagement 63%
- **N. 68 ITEMS con livello di aderenza agli standard < 90%**
 - AREA 1: ENGAGEMENT - EMPOWERMENT E DIRITTI 6
 - AREA 2: INFORMAZIONE E ASCOLTO - COMUNICAZIONE E RELAZIONE 5
 - AREA 3: ASSISTENZA E CURA 28
 - AREA 4: ORGANIZZAZIONE DELLE CURE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE 8
 - AREA 5: PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 4
 - AREA 6: SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA 5
 - AREA 7: SERVIZI DI ASSISTENZA TERRITORIALI 12
 - Sono stati predisposti **Report TW distinti per i 4 PP.OO (per area, per categoria e items meno applicati) da inviare al DAPSS**

Per gli items meno applicati saranno definite **azioni di miglioramento** da inserire nel **PRIMO 2024**

5.5 Schede processo e indicatori per UU.OO Amm.ve e in STAFF alla DIREZIONE (Ob. RAR 2023)

Nel 2023 per le UU.OO AMMINISTRATIVE e in staff alla DIREZIONE è stato attribuito, sia per il personale del Comparto che per i Dirigenti, un obiettivo RAR così declinato:

Macroobiettivo da accordo	Obiettivo	Risultato	Strumento di
---------------------------	-----------	-----------	--------------

RAR 2023	specifico	atteso	misurazione
OBIETTIVI RAR 2023 I° FASE (Gennaio-Agosto)			
COMPARTO 5 - Sviluppo di progetti legati all'implementazione delle funzioni amministrative e logistiche anche in applicazione dei nuovi POAS DIRIGENZA 7 - Sviluppo di progetti legati alla programmazione e gestione amministrativa/tecnica/sanitaria	Declinazione nuova organizzazione attraverso schede processo informatizzate e in applicazione del POAS	Ridefinizione dei processi attraverso lo strumento messo a disposizione e dalla SC Qualità	- Validazione scheda processo aggiornata; - Evidenza della distribuzione e condivisione dei contenuti a tutto il personale di afferenza
OBIETTIVI RAR 2023 II° FASE (Settembre-Dicembre)			
COMPARTO 5 - Sviluppo di progetti legati all'implementazione delle funzioni amministrative e logistiche anche in applicazione dei nuovi POAS DIRIGENZA 7 - Sviluppo di progetti legati alla programmazione e gestione amministrativa/tecnica/sanitaria	Messa in atto nuova organizzazione	Conoscenza e condivisione dei processi da parte di tutti gli operatori	- Evidenza applicazione attività svolte descritte nella scheda processo/relazione attraverso indicatori di sintesi; - coinvolgimento del personale di afferenza

Si è reso necessario, pertanto, definire e distribuire i **format delle schede** e gestire per ciascuna delle realtà operative **incontri dedicati** finalizzati prima alla definizione della Scheda Processo e distribuzione con TW (1^ Fase) e poi alla compilazione delle schede indicatori (2^ Fase).

Le UU.OO coinvolte sono state:

1. AVVOCATURA
2. COMUNICAZIONE

3. CONTROLLO DI GESTIONE
4. DAPSS
5. GASSS/ACLIP
6. MEDICINA DEL LAVORO
7. MEDICINA LEGALE
8. RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE
9. RISORSE UMANE
10. SEGRETERIE DIREZIONE STRATEGICA
11. SIA
12. SPPA

Nel 2024 è prevista la registrazione delle schede processo e delle schede degli indicatori in TW Q2015 e l'inizio della raccolta dati indicatori.

5.6 Programma di miglioramento integrato dell'organizzazione (PRIMO)

Il **Programma di miglioramento integrato dell'organizzazione (PRIMO)** è definito nell'ambito del riesame aziendale con il coinvolgimento dei responsabili di processo (Gruppo Aziendale Coordinato dal RQA coincidente con il gruppo di coordinamento di Risk Management e Comitato Qualità / tavolo strategico).

Il Piano di Miglioramento è composto da:

- dagli obiettivi aziendali definiti sulla base dei seguenti elementi di ingresso
 - Analisi di incident reporting 2022 (eventi avversi, Aggressioni, Cadute, Eventi sentinella, Sinistri, Reclami, NC)
 - Andamento degli indicatori aziendali
 - Analisi e rivalutazione dei rischi
 - Resoconto Piano di Miglioramento 2022 (GdM e azioni non concluse, risultanze degli audit interni ed esterni)
 - Schede di Budget 2023
 - Proposte di miglioramento dei Dipartimenti /UU.OO
 - Resoconto Piano di Formazione Aziendale 2022 e proposta Piano formativo 2023
 - Linee di indirizzo Risk Management e Regole di Sistema
- obiettivi di miglioramento proposti dalle strutture dipartimentali

- obiettivi di miglioramento delle strutture non afferenti ai Dipartimenti (Direzioni e Staff)
- obiettivi coincidenti con i progetti formativi già deliberati nel Piano di Formazione Aziendale

Si precisa che:

- per la definizione delle strutture si sono utilizzati gli organigrammi aziendali del POAS vigente.
- per la denominazione dei campi si è fatto riferimento alla "Scheda Progetto Obiettivi Produttività e RAR" approvata dal Nucleo Valutazione

Attività svolte

1. Incontro del Gruppo di Coordinamento e Gestione del Rischio tenutosi in data 03/04/2023 nel quale si sono presentati i dati degli eventi critici 2022 e definite le proposte di miglioramento aziendali

2. Incontri con i Direttori e i Coordinatori delle Strutture Cliniche raggruppati per Dipartimento

1. 19/04/2023 ore 16-18 Dipartimento. Emergenza Urgenza
2. 26/04/2023 ore 14-16 Dipartimento Medico
3. 26/04/2023 ore 16-18 Direzione Socio-Sanitaria (Distretti-Consultori-Cure Palliative-Vaccinazioni)
4. 05/05/2023 ore 10-12.30 REMS - SLIEV
5. 05/05/2023 ore 10-12.30 DSM-D
6. 05/05/2023 ore 16-18 Dipartimento Cardiotoracovascolare
7. 08/05/2023 ore 11-13 Dipartimento dei Servizi
8. 08/05/2023 ore 16-18 Dipartimento Chirurgico-Ortopedico
9. 08/05/2023 ore 16-18 Dipartimento Materno Infantile
10. 15/05/2023 ore 14-16 Dipartimento Neuroscienze

Ad ogni incontro organizzato in modalità mista, sia in presenza presso le aule della Formazione, che da remoto, via Teams, sono hanno presenziato

- Staff Qualità
- Direttore Medico di Presidio Mantova
- Direttore Medico di Presidio Asola/Bozzolo
- Direttore Medico di Presidio Borgo Mantovano
- Dirigente DAPSS-Polo Ospedaliero
- Dirigente DAPSS-Polo Territoriale
- Dirigente DAPSS-REMS

Oggetto degli incontri: l'analisi dell'incident reporting 2022 specifico di Dipartimento e la presentazione delle relative proposte di miglioramento aziendali.

Ad ogni incontro è seguito l'invio per mail a tutti i Direttori e i Coordinatori delle Strutture di

- Sintesi dell'analisi effettuata in riunione (indicatori, eventi avversi, proposte di miglioramento ecc) – Slide presentate
- Bozza del Piano di Miglioramento di Dipartimento per eventuali integrazioni e modifiche

3. Esecuzione del riesame della direzione eseguita con il Direttore Generale

- Presentata l'articolazione del **Piano Qualità e Risk Management anno 2023** e la sintesi delle linee di attività
- Presentata l'articolazione del Programma Integrato di Miglioramento Organizzativo Aziendale (PRIMO) ANNO 2023

Senza modifiche ed integrazioni in quella sede la Direzione Generale approva il Piano Qualità e Risk Management e il Programma Integrato di Miglioramento Organizzativo Aziendale (PRIMO) ANNO 2023

L'assunzione è avvenuta con decreto aziendale n.406 del 26.04.2023

Attuazione e monitoraggio PRIMO 2023

Il PRIMO 2023 è composto da **n. 158 azioni** declinate per le **n. 90 Unità Operative Aziendali**: n. 60 UU.OO Cliniche e n. 30 UU.OO Staff / amm.ve + territorio

**Area Obiettivo
azioni**

N°

Miglioramento qualità percorsi	80
Risk Management	39
Sviluppo Sistema Qualità	14
Promozione e comunicazione scientifica	9
Sicurezza delle Informazioni	5
Formazione	3
PAC: Percorsi Attuativi Certificabilità di Bilancio	3
Area sanità_ Documentazione sanitaria	2
Accreditamento Istituzionale: Requisiti Organizzativi - documentali specifici per UU.OO	1
Internal Auditing	1
Reti di Patologia Reti tempo dipendenti Indicatori di esito -PNE	
Network Regionali	1
Performance organizzativa ed individuale	1

Dal monitoraggio finale si evince che risulta che il PRIMO 2023 è implementato nella misura del **89%**:

- 78% azioni completate (n. 123)
- 11% azioni iniziate ma da completare nel 2024 (n.17)
- 6% azioni procrastinate al 2024 (n. 10)
- 5% azioni annullate (n.8)

7. INDICATORI PER LA MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE

A sintesi conclusiva di tutti gli obiettivi e strategie del 2023, viene importata la sinossi che evidenzia il grado di raggiungimento dello stesso anno. Come è possibile vedere le performance ottenute descrivono un quadro complessivamente positivo.

Obiettivo	Indicatore	Risultato atteso 2023	Verifica 2023
Sviluppo dei piani di ripresa secondo le indicazioni regionali, in particolare sul recupero delle liste di attesa delle prestazioni indicate come oggetto del monitoraggio	Volumi di prestazioni registrati dai sistemi informativi aziendali e comunicazioni regionali	Per l'attività chirurgica programmata, superamento del risultato del 2019; Per l'attività ambulatoriale superamento del 10% del volume del 2019 per prestazioni individuate dal PNRR	L'attività chirurgica programmata si posiziona su percentuali oscillanti attorno al 95% L'attività ambulatoriale programmata si posiziona su percentuali attorno al 104%. Considerando che le condizioni relative al personale non sono isorisorse rispetto al 2019 (calo del 20% delle anestesilogiche), la performance ottenuta è la migliore a risorse disponibili.
Recupero dei Tempi di attesa delle prestazioni in relazione al rispetto dell'appropriatezza prescrittiva e delle classi di priorità	Percentuale di prestazioni erogate entro le classi di priorità appropriate	Per I ricoveri chirurgici (soprattutto oncologici): 90% entro la classe di priorità. Per le prestazioni ambulatoriali: 90% con trend incrementale nel corso dell'anno	Le percentuali sono complessivamente rispettate sempre a fronte delle stesse considerazioni tecniche di cui al punto precedente
Applicazione azioni relative agli obiettivi regionali dal 2022 e delle regole di sistema del 2023	In relazione a ciascun obiettivo specifico	Mantenimento del risultato	Le azioni previste dai documenti di programmazione sono tutte presidiate e I risultati (in particolare le scadenze per il rispetto del PNRR) sono a tutt'oggi rispettate.
Riclassificazione delle Strutture ospedaliere	Evidenza documentale (decreti di accreditamento,	Completamento dei processi	Le azioni sono in linea con le progettazioni della

<p>- sviluppo delle nuove reti e adeguamento rispetto all'aggiornamento del POAS, secondo le regole di autorizzazione ed accreditamento (vincolato all'evoluzione e ai tempi dello stato di emergenza)</p>	<p>verbali di sopralluogo e istanze di ASST) Formalizzazione delle nuove reti ospedaliere</p>		<p>ripresa in applicazione del nuovo POAS e delle linee guida regionali e della legge 22/2021. Il processo di accreditamento prosegue in linea con le azioni previste</p>
<p>Obiettivo</p>	<p>Indicatore</p>	<p>Risultato atteso 2023</p>	<p>Verifica 2023</p>
<p>Sviluppo delle organizzazioni e dei percorsi in piena coerenza con la normativa inerente la gestione del covid, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccinazioni • Sorveglianza sanitaria e gestione DPI secondo l'applicazione del decreto 81 • Percorsi specifici Covid nell'ambito del Piano del Risk Management 	<p>1) Vaccinazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidenza documentale del piano vaccinazioni <p>Dati sulla copertura vaccinale</p> <p>2) Sorveglianza sanitaria (Decreto 81)</p> <ul style="list-style-type: none"> • evidenze documentali delle procedure • Tasso di Copertura di screening sul personale • Report del Risk Management <p>3) Percorsi specifici Covid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidenza documentale dei percorsi • Report del Risk Management 	<p>Mantenimento dei risultati ed estensione della copertura anche sull'Influenza secondo i target previsti dai piani regionali</p>	<p>È stato definito il Piano Pandemico aziendale nel quale sono descritte le strategie e le azioni specifiche anche sulla tematica delle vaccinazioni. Sono stati formalizzati gli accordi contrattuali per la disponibilità degli ambienti vaccinali. Le percentuali di vaccinati (sia dipendenti sia utenza) sono relativamente basse, ma il trend è migliorativo rispetto alle annate precedenti e, per il covid, non lontano dalla media di adesione regionale.</p>

Sviluppo del progetto "Infermiere di Famiglia"	Evidenza Documentale Numero casi attivati Formazione: percentuale di soggetti formati rispetto agli individuati e attivati per il ruolo	Avvio attività secondo le indicazioni regionali e le regole di sistema	Attività avviata secondo le disposizioni regionali; fasi di arruolamento concorsuale compiute. In corso la fase di registrazione e inserimento dati nei nuovi flussi IFEC e ADI. Avviata e a regime l'attivazione dell'IFEC anche direttamente da PS (con incremento superior al 50% rispetto all'anno precedente)
Presa in carico proattiva dei bisogni di cura e di assistenza correlati alla cronicità	Numero arruolamenti proattivi frequent user ASST Mantova	Mantenimento del trend	Attività a regime in relazione contestuale allo sviluppo delle nuove organizzazioi distrettuali
Ottimizzazione dei processi di conservazione della documentazione nell'ambito della sicurezza dell'informazione	Evidenza documentale	Rispetto delle azioni previste dall'Action Plan	Durante l'anno sono state definite emanate e applicate le procedure necessarie per garantire il rispetto delle azioni del Piano (compresa la formazione)
Completamento dei processi di dematerializzazione	Dati del sistema informativo SISS	Trend Migliorativo	I processi e l'impegno verso questa direzione proseguono sia sul versante prestazionale sia (DEMA) sul versante organizzativo (nuovo sistema di gestione informatizzata del protocollo e della comunicazione interna)
Completamento del progetto cartella informatizzata	Evidenza documentale delle azioni previste dal GIDSS (Piano triennale)	Rispetto del piano triennale	Il progetto prosegue col progressive coinvolgimeto delle strutture coinvolte, secondo obiettivi anche concordati lo scorso anno.

<p>Rispetto delle adempienze e degli obiettivi del Piano aziendale della Prevenzione della corruzione e della trasparenza: chiusura delle azioni previste dal piano stesso</p>	<p>Nr. azioni previste dal piano chiuse/azioni previste dal piano</p>	<p>100%</p>	<p>Anche per il 2023 il risultato complessivo è di pieno raggiungimento degli obiettivi: 100%</p>
<p>Obiettivo</p>	<p>Indicatore</p>	<p>Risultato atteso 2023</p>	<p>Verifica 2023</p>
<p>Ottimizzazione dei processi di gestione delle scorte e ottimizzazione dei flussi informativi interni ed esterni sulla gestione dei costi</p>	<p>Dati dai flussi informativi Evidenza documentale</p>	<p>Realizzazione del nuovo piano dei centri di costo, Revisione Piano dei conti</p>	<p>Il nuovo piano dei centri di costo è stato realizzato ed è in corso la revisione del piano dei conti, compatibilmente con gli accordi presi nell'ambito di un uov progetto di revision di tutto il sistema amministrativo contabile, partito all'inizio dell'anno e in applicazione all'inizio del 2024.</p>

8. CONCLUSIONI

L'anno 2023 ha rappresentato lo sviluppo e il consolidamento di percorsi e progettualità atte a far ripartire l'azienda e riportare la produzione al periodo pre Covid. L'azienda ha comunque gestito una fase organizzativa di elevata complessità mantenendo sempre attive o attivabili tempestivamente le linee produttive covid.

L'azienda ha continuato a sviluppare tutti gli obiettivi connessi con l'applicazione della nuova legge regionale 22/2021, che hanno permesso la nascita dei Distretti e delle loro articolazioni giuridiche ed organizzative (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali).

La riforma del sistema sanitario regionale ha interessato tutti i settori e la ASST di Mantova ha saputo dare spazio all'innovazione e al cambiamento anche nei sistemi di gestione degli acquisti, della contabilità, dei sistemi di reporting e, sempre sotto input regionale, revisione dei sistemi informativi territoriali.

Tra i maggiori risultati in ambiti di efficientamento organizzativo e qualità dell'assistenza figura l'istituzione dell'Infermiere di famiglia, che ha favorito e indotto l'ulteriore sviluppo di diversi servizi, sia sul versante quantitativo sia qualitativo, tra cui le prestazioni erogate in telemedicina e la presa in carico dei pazienti cronici.

Col 2023, inoltre è stato approvato il nuovo POAS col quale sono stati formalizzati profondi cambiamenti organizzativi aziendali tra cui i Distretti stessi e nuovi dipartimenti.

La maggior parte delle azioni compiute nel 2023 sul versante organizzativo sta proseguendo e trova consolidamento nel corso del 2024, giustificando la persistenza di obiettivi a lunga scadenza, in un momento di piena riforma del sistema sanitario regionale.