



Relazione sulla Performance Anno 2016





Sommario

1	PREMESSA	3
2	IL SISTEMA DELLA PERFORMANCE E L'ATTRIBUZIONE DI RESPONSABILITA': IL PROCESSO DI BUDGET E LA VALUTAZIONE DIRIGENZA	4
2.1	IL PROCESSO DI BUDGET	5
2.2	SISTEMA DI VALUTAZIONE DIRIGENZA	7
3	GOVERNO DELLA DOMANDA: NUOVO DISEGNO DELL'OFFERTA DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI IN OTTICA DI PRESA IN CARICO	8
3.1	AZIONI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVE	8
3.2	ADEGUAMENTO PERCORSI E PROCESSI	10
4	OBIETTIVI AZIENDALI E OBIETTIVI SPECIFICI DEL PIANO.....	11
4.1	FOCALIZZAZIONE E SPECIALIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA	12
4.2	RETE AMBULATORIALE E TERRITORIALE: PROGETTO 'EOS - EQUITA' OMOGENEITA' SOSTENIBILITA'	15
4.3	LA GESTIONE DEL PERCORSO PAZIENTE SECONDO IL MODELLO DELLA PRESA IN CARICO: PROGETTI INTRAPRESI	17
4.4	SVILUPPO IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO PDTA AZIENDALI	19
4.5	STANDARD QUALITA'. GESTIONE RISCHIO CLINICO, APPROPRIATEZZA	21
4.6	PERCORSI AMMINISTRATIVI: ACCOGLIENZA, DEMATERIALIZZAZIONE, INVESTIMENTI	25
5	INDICATORI	26



1 PREMESSA

Con delibera del Direttore Generale n. del 114 del 9/2/2017 l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Melegnano e della Martesana ha formalmente adottato il **Piano della Performance 2016-2018**, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 150/2009.

In attuazione della Riforma del Servizio Sanitario Regionale, l'1/1/2016 l'**Azienda Ospedaliera di Melegnano** si è fusa per incorporazione nella '**Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Melegnano e della Martesana**' (di seguito per brevità nominata '**ASST Melegnano e della Martesana**').

Sempre in data 1/1/2016 **alla ASST è stato conferito il ramo d'azienda scisso dalla ATS della città metropolitana di Milano**, relativo ad attività che erano incluse nella ex-ASL-Milano2 (già fusa per unione nella ATS della città metropolitana di Milano) e afferenti all'area socio-sanitaria ed assistenziale.

Il conferimento ha ampliato il profilo aziendale con settori di attività prima non presenti.

La Legge 23/2016 e l'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso: la Legge evidenzia la necessità di passare dalla cura al prendersi cura affiancando le persone croniche o fragili e le loro famiglie nel loro percorso di vita prendendo atto dei rischi presenti nel sistema e consistenti soprattutto nell'elevata frammentazione dell'unità di offerta e nell'erogazione dei servizi, nella logica della prevalenza delle prestazioni.

Ciò avviene mediante "l'elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico" in un processo di integrazione fra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle di competenza delle autonomie locali".

Il Piano della Performance ha l'obiettivo di rendere esplicita la programmazione, individuandone contenuti, indirizzi strategici, obiettivi operativi e relativi indicatori di risultato.

In questo ambito la presente **Relazione sulla Performance**, così come previsto dall'art. 10, c.1, lett. b del D.Lgs. n. 150/2009, rappresenta il documento con il quale l'Azienda sancisce a consuntivo i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e li comunica, sia all'interno che all'esterno, ponendo al contempo le basi per un riaggiustamento del ciclo di programmazione per il triennio a seguire.

Nelle pagine che seguono vengono pertanto ripresi i progetti e gli obiettivi inseriti nel Piano della Performance con l'avanzamento all'esercizio 2016.



2 IL SISTEMA DELLA PERFORMANCE E L'ATTRIBUZIONE DI RESPONSABILITA': IL PROCESSO DI BUDGET E LA VALUTAZIONE DIRIGENZA

Il Direttore Generale, su proposta del Controllo di Gestione, approva il Piano dei Centri di Responsabilità (CDR) e dei Centri di Costo (CDC) nonché i criteri di imputazione dei ricavi e dei costi ai suddetti Centri.

Il processo di budget è un importante sistema operativo per la gestione aziendale, ha la funzione di definire i livelli di responsabilizzazione dei CDR e CDC e di valutare in maniera oggettiva il conseguimento degli obiettivi assegnati.

L'Azienda definisce un sistema budget per obiettivi finalizzato sia al raggiungimento dell'equilibrio economico aziendale sia al conseguimento di specifici obiettivi indicati da Regione Lombardia.

IL sistema obiettivi si struttura secondo la sequenza **Obiettivo – Azioni – Indicatori - Risultato Atteso**, in modo da definire il raggiungimento di un obiettivo come conseguente all'esecuzione delle azioni proposte, le quali sono misurate tramite i relativi indicatori.

In relazione alle strategie aziendali, vengono, in seguito, definiti i pesi relativi a ciascun obiettivo/azione/indicatore, in modo da orientare l'attività della struttura organizzativa.

Il sistema obiettivi prevede due tipologie di indicatori:

- indicatori quantitativi
- indicatori qualitativi\relazionali

La sommatoria complessiva del peso degli obiettivi per Centro di Responsabilità è pari a 100, la cui distribuzione in termini di pesi varia a seconda della configurazione produttiva e di risorse della struttura organizzativa oggetto di misurazione.



2.1 IL PROCESSO DI BUDGET

2.1.1 IL PROCESSO DI BUDGET - FUNZIONAMENTO

FASE 1 – ATTIVITA' DI DEFINIZIONE ED ASSEGNAZIONE

ATTIVITA'	STRUTTURE COINVOLTE	PERIODO
Analisi preliminare, stesura documenti e individuazione obiettivi Strategica	Direzione Strategica Controllo di Gestione	Dicembre
Incontro con i Direttori dei Dipartimenti per la presentazione del processo di budget e degli obiettivi strategici	Direzione Strategica e Collegio di Direzione	Dicembre/Gennaio
Assegnazione Obiettivi a Direttori Dipartimento	Direzione Strategica Direttori Dipartimento Controllo di Gestione	Gennaio/Febbraio
Elaborazione di proposta schede di budget delle singole UOC e trasmissione al Controllo di Gestione	Direttori Dipartimento Direttori di UOC Controllo di Gestione	Febbraio
Incontri di negoziazione obiettivi	Direzione Strategica Direttori Dipartimento Direttori UOC Controllo di Gestione	Marzo
Assegnazione definitiva e sottoscrizione schede di budget	Direzione Strategica Controllo di Gestione	Marzo

FASE 2 – CONTROLLO ED ANALISI DEI RISULTATI

ATTIVITA'	STRUTTURE COINVOLTE	PERIODO
Rendicontazione trimestrale, monitoraggio ed eventuali variazioni schede budget	Direttori Dipartimento Direttori UOC	aprile/luglio/ ottobre/gennaio
Elaborazione ed analisi trimestrale dei dati di attività	Direzione Strategica Controllo di Gestione	apr/lug/ott/gen
Verifica fine anno raggiungimento obiettivi e assegnazione punteggio scheda budget	Direttori Dipartimento Direzione Strategica	Gennaio



2.1.2 IL PROCESSO DI BUDGET NEL 2016

Al fine di tradurre con immediatezza le risultanze strategiche in obiettivi operativi la Direzione Strategica ha avviato e concluso il processo di budget nell'ambito del primo trimestre 2017: secondo un preciso percorso:

ASSEGNAZIONE

Gennaio 2016: ANALISI DEL CONTESTO E POSIZIONAMENTO Analisi preliminare, stesura documenti e individuazione obiettivi Strategici

Gennaio-Febbraio 2016 OBIETTIVI AZIENDALI La Direzione Strategica aziendale ha attivato da gennaio 2016 il percorso di declinazione degli obiettivi della programmazione regionale sulla base delle "Regole sul funzionamento del Sistema Socio sanitario".

Febbraio 2016 OBIETTIVI QUANTITATIVI DI BUDGET Su questa base s'è avviata l'assegnazione 'a cascata' di obiettivi specifici quantitativi, condivisi e attribuiti ai:

- Dipartimenti, in riunioni (verbalizzate) con Direzione Strategica e sottoscrizione di 'schede di budget'
- Unità Organizzative in riunioni dipartimentali (verbalizzate) e assegnazioni di budget

Marzo 2016 OBIETTIVI QUALITATIVI A scendere sono stati declinati ed assegnati, in aggiunta agli obiettivi quantitativi, gli obiettivi qualitativi a Dipartimenti, Unità Organizzative Complesse, Semplici e singoli dirigenti, con sottoscrizione di specifica scheda di budget da parte di ciascun responsabile.

Agosto 2016 VERIFICA CONGRUENZA CON OBIETTIVI REGIONALI STRATEGICI La verifica di congruenza tra gli obiettivi assegnati e gli Obiettivi strategici ed operativi¹ emessi da Regione Lombardia ha attestato piena corrispondenza con le macro aree assegnate sugli **obiettivi strategici**: le macro aree definite da Regione erano già state traslate in specifici obiettivi di budget assegnati ai singoli Cdr.

Ottobre 2016 VERIFICA CONGRUENZA CON OBIETTIVI REGIONALI OPERATIVI E INDICATORI La verifica successiva svolta a ottobre, in occasione della declinazione degli indicatori sugli **obiettivi operativi** da Regione Lombardia² ha a sua volta attestato pressochè piena congruenza con quanto già a suo tempo assegnato dall'ASST. In pochi casi specifici la Direzione Strategica ha integrato gli obiettivi di budget.

MONITORAGGIO

OBIETTIVI QUANTITATIVI: mensilmente nel Collegio di Direzione è effettuato un monitoraggio per Dipartimenti/Unità Organizzative (Centri di responsabilità) sull'andamento degli obiettivi quantitativi di Ricavo (PRESTAZIONI RICOVERO e AMBULATORIALI) e di Costi (BENI SANITARI).

OBIETTIVI QUALITATIVI: trimestralmente (apr, lug, ott e gen) è effettuato dalla Direzione Strategica un monitoraggio completo degli obiettivi qualitativi assegnati a Dipartimenti e Unità Organizzative (Centri di Responsabilità), per evidenziare eventuali scostamenti e/o anomalie e assumere provvedimenti correttivi.

RACCORDO STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE: le risultanze dei monitoraggi su obiettivi quantitativi e qualitativi concorrono alla formazione della rendicontazione economica trimestrale aziendale (Conto Economico Trimestrale CET), previsto dal ciclo di programmazione del SSR e SSN, e della programmazione economico-finanziaria regionale e nazionale.

¹ DGR n. 5514 del 2/8/2016

² Decreto DGWelfare 9607 del 3/10/2016



2.2 SISTEMA DI VALUTAZIONE DIRIGENZA

La valutazione è lo strumento operativo che, nell'ambito della gestione delle risorse umane, serve allo scopo di riconoscere e valorizzare il merito attraverso la distribuzione di premi ed incentivi, favorire lo sviluppo professionale, accrescere conseguentemente l'efficacia e la qualità dei servizi offerti.

La valutazione viene effettuata secondo criteri che assicurano motivazione di giudizio, obiettività, imparzialità, la partecipazione e il contraddittorio dei soggetti ad essa sottoposti, la trasparenza e pubblicità delle metodologie utilizzate e dei risultati.

La valutazione prende in considerazione i seguenti aspetti:

- performance organizzativa dell'Azienda nel suo complesso e le strutture in cui si articola
- performance individuale che riguarda i singoli dirigenti

La valutazione della performance organizzativa ed individuale si inserisce e si integra quale componente funzionale ed imprescindibile all'interno del ciclo di gestione delle performance che si articola nelle seguenti fasi:

- 1) Individuazione e assegnazione obiettivi, risorse e indicatori di risultato
- 2) Monitoraggio dell'andamento in corso d'anno
- 3) Misurazione e valutazione
- 4) Rendicontazione finale dei risultati

La valutazione annuale dei dirigenti è diretta alla verifica sia del raggiungimento degli obiettivi assegnati, sia della professionalità espressa alla scadenza degli incarichi ricoperti.

2.2.1 FASI DELLA PROCEDURA DI VALUTAZIONE:

- 1) Valutazione di prima istanza effettuata dal sovraordinato gerarchico
- 2) Valutazione di seconda istanza effettuata dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni che ha anche il compito di monitorare la correttezza della procedura e fornire supporto tecnico ai valutatori di prima istanza. Interviene, inoltre, al verificarsi di situazioni di conflittualità sorte in sedi di valutazione di prima istanza, ad esso segnalate.

Al termine dei primi cinque anni di servizio ovvero alla scadenza degli incarichi dirigenziali e professionali la valutazione di seconda istanza viene effettuata dai **Collegi Tecnici**. La regolamentazione aziendale definisce sia procedura specifica e schede di valutazione, sia la modalità d'individuazione dei componenti il Collegio Tecnico, d'intesa con le Organizzazioni Sindacali Aziendali della Dirigenza.



3 GOVERNO DELLA DOMANDA: NUOVO DISEGNO DELL'OFFERTA DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI IN OTTICA DI PRESA IN CARICO

3.1 AZIONI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVE

La Mission della neo costituita ASST "Melegnano e della Martesana" è quella di fornire una risposta adeguata alla domanda di salute dei cittadini fornendo le prestazioni sanitarie e sociosanitarie nell'ambito dei livelli di assistenza definiti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, utilizzando le risorse assegnate dal finanziamento regionale e concordate con l'ATS Città Metropolitana di Milano e nel rispetto di quanto la legge di evoluzione del Sistema Sanitario Lombardo tende e che si sintetizza "dalla cura al prendersi cura" mettendosi a fianco del percorso di vita delle persone croniche o fragili e delle loro famiglie.

L'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso ha imposto una rivisitazione dell'attuale assetto della ASST, al fine di rendere lo stesso attuale rispetto alla mission sopradescritta nonché **equo in termini di posizionamento geografico, omogeneo in termini di diversificazione dell'offerta sanitaria e sostenibile in termini di parametri di efficienza ed efficacia** produttiva ed economica.

La nuova direzione strategica ha effettuato **una precisa diagnosi della situazione nei primi tre mesi** di mandato mettendo a fuoco punti di forza ed aree di miglioramento che sono stati poi oggetto della programmazione strategica aziendale attraverso azioni specifiche.

In sintesi, la diagnosi effettuata evidenziava come l'offerta della ASST si presentasse da un lato estremamente diffusa nella realtà territoriale ma con una forte esigenza di riorganizzazione e di sviluppo di alcuni presidi nell'ottica richiesta dalla nuova legge di evoluzione del SSR.

In particolare i sei Stabilimenti Ospedalieri non erano connotati in maniera distintiva e l'offerta ambulatoriale territoriale era caratterizzata da un'offerta parcellizzata e dispersa in termini di singole specialità.

Il grado di parcellizzazione e di dispersione dell'offerta territoriale comporta una situazione per la quale non vengono soddisfatti i bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini residenti tanto che circa il 75% dei residenti migra al di fuori delle strutture di offerta ambulatoriale della ASST per farsi curare.

Il punto di forza dell'azienda in termini di offerta è sicuramente l'elevata presenza territoriale, ma il punto di miglioramento è rappresentato dall'esigenza di razionalizzare e meglio connotare tale offerta in ottica di presa in carico di cronici e fragili. L'ASST "Melegnano e della Martesana" serve un territorio che si estende in lunghezza per circa 120 km nella fascia est della cintura della Città Metropolitana di Milano con circa 650.000 assistiti e circa 160.000 cronici.

Poiché non si può migliorare ciò che non si misura, la Direzione Strategica, per ridisegnare l'offerta, è partita dall'analisi della domanda. Il concetto non è stato cosa siamo stati bravi a fare ma cosa c'è bisogno di fare, pertanto si sono misurati sul territorio numero e tipologia di pazienti cronici e fragili.

La rappresentazione del territorio della ASST "Melegnano e della Martesana" evidenzia un numero di malati cronici e fragili esattamente sovrapponibile alla fotografia regionale (30% circa dei pazienti 75% circa della spesa) con una concentrazione delle morbidità su 4/5 patologie prevalenti.



Sulla base della misurazione del fabbisogno è stata poi ipotizzata una riorganizzazione dei presidi ospedalieri e di quelli ambulatoriali e socio sanitari territoriali coerente.

Il nuovo assetto organizzativo proposto tende pertanto a razionalizzare e potenziare l'offerta sia in termini di numero e tipologia sia in termini di fasce orarie di apertura soprattutto per alcune branche specialistiche di particolare interesse per la categoria dei malati cronici quali cardiologia, pneumologia, diabetologia, neurologia.

DPCS ex ASL MI2	Assistiti			Assistenza specialistica ambulatoriale valorizzazione		Assistenza farmaceutica valorizzazione			
	Popolazione assistita	assistiti cronici	% incidenza sul totale	totale ASL	assistiti cronici	% incidenza sul totale	totale ASL	assistiti cronici	% incidenza sul totale
NEOPLASTICI		29.153	4,49%		36.949.626	20,52%		31.606.226	21,03%
DIABETICI		24.435	3,76%		10.773.575	6,07%		15.763.513	10,49%
CARDIOVASCOLOPATICI	850.006	90.532	13,93%	177.474.380	32.988.368	18,59%	150.324.493	41.373.530	27,52%
BRONCOPNEUMOPATICI		11.517	1,77%		3.450.676	1,84%		5.978.165	3,98%
GASTROENTEROPATICI		6.159	0,95%		2.501.919	1,41%		1.480.764	1,32%
Totale		137.870	24,29%		80.004.800	46,88%		96.155.914	60,36%

Il progetto di riorganizzazione basato quindi su un'analisi del territorio, della domanda, dei flussi e dell'analisi territoriale della distribuzione di cronici e fragili e orientato a Equità Omogeneità, Sostenibilità (EOS) prevede:

- N. 3 ospedali multi- specialistici dedicati agli acuti (Vizzolo Predabissi, Melzo, Cernusco sul Naviglio)
- N. 2 presidi dedicati ai cronici e fragili (POT Vaprio d'Adda e Presst Gorgonzola)
- N. 1 presidio dedicato all'attività riabilitativa (Cassano d'Adda)
- N. 6 presidi specialistici ambulatoriali e socio-sanitari territoriali (Centri Sanitari e Socio Sanitari Integrati)
- N. 14 Strutture Socio- Sanitarie Territoriali.

A fronte quindi della prospettata cessazione di attività presso alcune sedi ambulatoriali che hanno registrato negli ultimi anni indici di produttività e di attrazione molto bassi si prevede un allargamento della gamma di specialità cliniche da attivarsi presso altre sedi ambulatoriali, individuate secondo criteri di razionale distribuzione geografica ed economia di scala concentrando e ampliando le unità di offerta.

ASST strutture	Prima	Dopo
Presidi Ospedalieri	6	4
Poliambulatori Specialistici Territoriali	14	6
POT Vaprio	0	1
PreSST Gorgonzola	0	1
Presidi Socio Sanitari Distrettuali	23	14
Totale	43	26



Sede	N. Discipline Spec. attuali	N. Discipline spec. Previste	Ore/sett attuali accreditate	Ore/ sett Trasferite	Ore/sett aggiunte	totale ore /sett
Binasco Via Matteotti 32	4	16	35	37	36	108
Cassano d'Adda via DI Vona 41	6	17	83	54	21	158
Gorgonzola Via Bellini 11 - PreSST	11	18	254	0	30	284
Paullo Via Mazzini 17/19	8	16	72	24	22	118
Rozzano Via Glicini	5	16	71	23	23	117
San Donato Milanese Via Fermi 1/Via Sergnano	12	17	107	92	50	249
Segrate Via Amendola 3	5	16	50	87	24	161
Vaprio d'Adda - POT	15	21	241	60	41	342
San Giuliano M.se	1	1	30	0	0	30
Totali	65	138	943	377	247	1567

Il nuovo assetto organizzativo prevede quindi incremento di 247 ore a settimana.

Di queste ben 110 ore esprimono le discipline prevalenti per la presa in carico del paziente cronico (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia, Medicina Interna, Neurologia).

Rispetto alla situazione precedente, a regime, il numero delle discipline specialistiche aumenterà del 100% e gli orari di accesso registreranno un +68%.

La riorganizzazione, quindi, contrasta decisamente il deflusso già in atto da parecchi anni, mettendo a disposizione dei pazienti una offerta piena ed integrata tra componente sanitaria e sociosanitaria realizzata attraverso le economie di scala derivanti dalla concentrazione, in linea con la riforma.

Nel nuovo assetto territoriale si è posta particolare attenzione all'area Sud, attualmente poco coperta in termini di qualità e quantità (potenziando le sedi di San Donato, San Giuliano, Binasco, Segrate, Rozzano, Paullo), mentre l'offerta territoriale per cronici e fragili del centro nord verrà concentrata sulle strutture previste come mission per questo tipo di attività (POT di Vaprio d'Adda, il PresST di Gorgonzola e la riabilitazione a Cassano d'Adda).

3.2 ADEGUAMENTO PERCORSI E PROCESSI

Il secondo elemento fondamentale per attuare quanto previsto dalla riforma è la messa in campo di strumenti organizzativi e procedurali in grado di consentire il passaggio da un sistema con una logica a «silos» a una logica di «processo integrato», con l'obiettivo di garantire la **presa in carico del paziente** evitando la frammentazione e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale attraverso la costruzione di un percorso di cura integrato.

Si sono individuati progetti prioritari relativi al percorso paziente, alla presa in carico delle cronicità e fragilità (demenze, dipendenze ecc), oltre a obiettivi di miglioramento dell'**accessibilità** a cure ed assistenza.

L'area della **gestione dei rischi** e dell'**appropriatezza**, sia clinica che amministrativa, è stata sua volta oggetto di attenzione quale condizione per garantire la qualità della cura e dell'assistenza.

Di seguito i principali obiettivi per le varie aree sin qui descritte.



4 OBIETTIVI AZIENDALI E OBIETTIVI SPECIFICI DEL PIANO

Di seguito vengono riportati i principali obiettivi e progetti aziendali a orizzonte triennale e la declinazione di alcuni degli obiettivi così come individuati nel Piano della Performance 2016-2018, indicando per ciascuno di essi una breve descrizione con i valori realizzati al 2016.

4.1 Focalizzazione e specializzazione Rete Ospedaliera

- 3 ospedali multispecialistici per acuti (Vizzolo Predabissi, Melzo, Cernusco sul Naviglio)
- 2 presidi dedicati ai cronici e fragili (POT Vaprio d'Adda e PreSST Gorgonzola)
- 1 presidio dedicato all'attività riabilitativa (Cassano d'Adda)

4.2 Rete ambulatoriale e territoriale: Progetto 'EOS - Equità Omogeneità Sostenibilità'

Razionalizzare e potenziare l'offerta sia in termini di numero e tipologia sia in termini di fasce orarie di apertura soprattutto per alcune branche specialistiche di particolare interesse per la categoria dei malati cronici quali cardiologia, pneumologia, diabetologia, neurologia.

4.3 Integrazione percorso-paziente e modello presa in carico

Integrare l'offerta di servizi complessiva in attuazione alla LR 23/2015 Evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo, garantendo la continuità di assistenza in particolare della cronicità e della fragilità, secondo il modello proattivo della presa in carico.

4.4 Sviluppo implementazione monitoraggio PDTA aziendali

Una sistematica attività di sviluppo e implementazione dei PDTA aziendali è attiva da sei anni, ed è stata progressivamente intensificata, anche per la crescente importanza dei PDTA nei programmi di promozione qualità e gestione del rischio

4.5 Gestione rischio, appropriatezza prestazioni, qualità e sicurezza cure

Migliorare appropriatezza complessiva (cure, assistenza, prescrizione ecc), e gestione complessiva del rischio mediante proceduralizzazione e prevenzione.

4.6 Percorsi amministrativi: accoglienza, dematerializzazione, investimenti

Garantire strumenti e adeguamenti strutturali necessari all'attuazione della riorganizzazione prevista e all'implementazione dei sistemi basati sul modello del percorso paziente.

**4.1 FOCALIZZAZIONE E SPECIALIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA****Focalizzazione/ specializzazione presidi ospedalieri Vizzolo-Melzo-Cernusco**

Focalizzazione/ specializzazione presidi ospedalieri VIZZOLO MELZO CERNUSCO	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
riapertura letti melzo		100%										
Trasferimento Oncologia e Hospice da Gorgonzola a Melzo e Cernusco.			100%									
Aperto PS pediatrico a Vizzolo		100%										
ri-aperti 48 posti letto (Chirurgia e Medicina) a Melzo		100%										
ri-aperti 14 posti letto a Melzo di Otorinolaringoiatria			100%									
Melzo - monoblocco (4 sale operatorie e 30 ambulatori)				40%			60%			100%		
Vizzolo Predabissi - Consegna laboratori					100%							
Vizzolo Predabissi - Consegna sale operatorie							100%					
Cernusco SN - Consegna ambulatori					100%							

RAGGIUNGIMENTO RISULTATO AL 2016

Focalizzazione/ specializzazione presidi ospedalieri VIZZOLO MELZO CERNUSCO	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
riapertura letti melzo		100%		
Trasferimento Oncologia e Hospice da Gorgonzola a Melzo e Cernusco.			100%	
Aperto PS pediatrico a Vizzolo		100%		
ri-aperti 48 posti letto (Chirurgia e Medicina) a Melzo		100%		
ri-aperti 14 posti letto a Melzo di Otorinolaringoiatria			100%	
Melzo - monoblocco (4 sale operatorie e 30 ambulatori)				40%

RISULTATI/ATTUAZIONI:

- Aperto **PS pediatrico a Vizzolo**
- Aperto **48 posti letto (Chirurgia e Medicina) e 14 posti letto di Otorinolaringoiatria a Melzo** rispettando i programmi e le promesse fatte ad inizio anno ed oggetto di interrogazione Regionale. La riapertura, oltre a ripristinare il numero dei posti letto dello stabilimento, ha portato ad un aumento della produttività del Presidio dell'14% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.
- Posizionato **monoblocco a Melzo** che accoglierà 4 sale operatorie e 30 ambulatori
- **Trasferiti i malati di Oncologia (19) e di Cure Palliative (10) da Gorgonzola rispettivamente a Cernusco sul Naviglio e a Melzo.** Il trasferimento si è reso necessario per motivazioni di sicurezza sanitaria che lo stabilimento di Gorgonzola non era in grado di garantire. Dividere le due componenti risponde anche a motivazioni di ordine organizzativo. Sono infatti frequenti in Lombardia situazioni nelle quali le Cure palliative non sono integrate con l'Oncologia. Il tema della "terminalità" si ritiene debba trovare una collocazione maggiormente trasversale e sinergica con l'emergenza urgenza e con gli specialisti di Terapia del Dolore. Per questo motivo le Cure Palliative sono state inserite nel Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) nel nuovo Dipartimento Gestionale di Anestesia Rianimazione Cure Palliative e Terapia del Dolore Per ciò che riguarda l'Oncologia, in sede di Collegio di Direzione, sono stati analizzati punti di forza e di debolezza del trasferimento nelle sedi alternative di Cernusco sul Naviglio e Melzo e lo stesso si è espresso all'unanimità per Cernusco sul Naviglio. Tra le principali motivazioni va considerato che Il 50% degli attuali malati oncologici presenta complicanze cardiologiche e nefrologiche causa la cardio-tossicità dei nuovi farmaci. A Cernusco è presente equipe cardio-oncologica e una struttura di nefrologia, invece mancante a Melzo.

**Realizzazione Polo Aziendale Specialistico attività riabilitative a Cassano d'Adda;**

Cassano d'Adda realizzazione polo Aziendale Specialistico attività riabilitative;	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
completamento gara								100%				

RAGGIUNGIMENTO RISULTATO AL 2016

Concentrare l'attività riabilitativa a Cassano risponde a logiche industriali che connotano definitivamente il presidio, che concentra in unico punto tutta l'attività riabilitativa, ed estende l'area riabilitativa general-geriatrica, in modo da garantire:

- maggior integrazione tra riabilitazione specialistica e riabilitazione general geriatrica,
- possibilità di estensione del percorso di cura-assistenza, nei casi necessari, nello stesso luogo.

Oggi sono presenti due poli: Cernusco sul Naviglio (in concessione -70 p.l.), e Cassano d'Adda (gestione diretta interna dell'azienda - 46 p.l.). Si concentrerà tutta l'attività a Cassano d'Adda su 116posti letto, riallocando 10 pl di riabilitazione general-geriatrica da gestione esterna a interna; è attualmente in corso la gara per l'individuazione del nuovo Concessionario, tale gara prevede, oltre l'espletamento dell'attività, anche la ristrutturazione di uno stabile di circa 4000 mq, di recente bonificato ma ancora a "rustico".

Realizzazione POT- Presidio Ospedaliero Territoriale a Vaprio d'Adda

Realizzazione POT- Presidio Ospedaliero Territoriale a Vaprio d'Adda	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
gara ristrutturazione POT di Vaprio (3 milioni di finanziamento)				100%								
riduzione attività del punto di primo intervento da h 24 a orario diurno 8-20				100%								
effettuazione attività chirurgica in regime di day-surgery,					100%							
ampliamento attività ambulatoriali in accordo con progettualità approvata					50%	75%	100%					

RAGGIUNGIMENTO RISULTATI AL 2016

Realizzazione POT- Presidio Ospedaliero Territoriale a Vaprio d'Adda	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
gara ristrutturazione POT di Vaprio (3 milioni di finanziamento)				100%
riduzione attività del punto di primo intervento da h 24 a orario diurno 8-20				100%

RISULTATI/ATTUAZIONI:

E' stata chiusa la gara di assegnazione lavori per la ristrutturazione nel mese di Ottobre 2016.

I lavori sono stati avviati a marzo 2017. E' stato inoltre potenziato lo stabilimento con l'inserimento della Continuità assistenziale, l'inserimento di medici MMG, del Punto ADI e con l'incremento delle attività ambulatoriali e la modifica dell'attività chirurgica di prestazioni a bassa complessità in relazione al riorientamento del Presidio.³

³ Principali atti:

Nota DG Welfare: **assegnazione definitiva 19/2/2016** e richiesta **conclusione definitiva entro 25/10/2016**

Avvio procedure gara: delibera ASST MelegnanoMartesana n.104 del **3/3/2016** con previsione di 8 mesi per l'assegnazione (marzo - ottobre)

Assegnazione provvisoria lavori delibera n 473 del 28.7.2016 ASST Melegnano e Martesana

Aggiudicazione definitiva gara d'appalto lavori del P.O.T. con delibera n.585 del **19/09/2016**.

**RIDUZIONE ATTIVITA' PUNTO DI PRIMO INTERVENTO**

Chiuso nelle ore notturne il punto di primo intervento a Vaprio, in ossequio al progetto, presentato ed approvato da Regione, di trasformazione del PO di Vaprio in POT, il punto di Primo Intervento è stato convertito da h 24 ad h 12 con decorrenza 15 dicembre 2016.

Realizzazione PreSST Gorgonzola

realizzazione di un PreSST a Gorgonzola	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
1)Gorgonzola – rifunzionalizzazione presidio a PreSST istanza finanziamento				100%								
2) predisposizione progetto nuovo CUP					100%							
3) nuovo CUP e realizzazione opere di conversione spazi								100%				

RAGGIUNGIMENTO RISULTATO AL 2016

realizzazione di un PreSST a Gorgonzola	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
1)rifunzionalizzazione Presidio Ospedaliero a PreSST: istanza finanziamento				100%

L'obiettivo consiste nel riqualificare il presidio di Gorgonzola in una struttura denominata PreSST (presidio socio-sanitario territoriale) prevedendo un forte orientamento dell'attività di erogazione in grado di garantire la presa in carico dei pazienti cronici e fragili.

La mission della struttura è consentire la presa in carico di questa categoria di pazienti che rappresentano il 30% degli assistiti ed il 75% della spesa.

Il PreSST garantirà ampia gamma di servizi ambulatoriali integrati con altri servizi, capaci di rispondere a tutti i bisogni sociosanitari espressi dai residenti cronici e fragili:

- consultorio familiare e consultorio adolescenziale
- trattamento delle dipendenze,
- protesica,
- assistenza domiciliare integrata,
- continuità assistenziale

Saranno inseriti gruppi di medici di medicina generale e pediatri di famiglia per favorire la presa in carico degli assistiti cronici.

Tale conversione comporta concretamente un forte impegno sia sulla presa in carico sia sull'integrazione sanitaria e sociosanitaria e assume la presenza di servizi a ciclo diurno di primo livello per la gestione del percorso di presa in carico del paziente.

La programmazione prevede l'attivazione di almeno 18 specialità ambulatoriali e di una gamma completa di servizi socio-sanitari, tra cui quelli relativi alla Neuro Psichiatria Infantile, a consultori familiari e adolescenti, trattamento delle dipendenze, punti ADI, certificazioni medico legali, oltre a gruppi di Medici di Medicina Generale (MMG).



4.2 RETE AMBULATORIALE E TERRITORIALE: PROGETTO 'EOS – EQUITA' OMOGENEITA' SOSTENIBILITA'

Il progetto EOS ridisegna la presenza territoriale dell'ASST, con l'intento di razionalizzarla e potenziarla, qualificandone l'offerta e rendendola più rispondente alle reali necessità rilevate e basate sull'analisi dei bisogni:

- **Equo** in termini di posizionamento geografico,
- **Omogeneo** in termini di diversificazione dell'offerta sanitaria,
- **Sostenibile** in termini d'efficienza ed efficacia produttiva ed economica.

INCREMENTO DI OFFERTA: Il nuovo assetto organizzativo prevede un incremento di 247 ore alla settimana di prestazioni ambulatoriali in varie discipline. Di queste ben 110 ore (45% del totale) riguardano la 'cronicità prevalente' (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia, Neurologia)

PUNTI DI FORZA DEL NUOVO ASSETTO RISPETTO ALL'ATTUALE

- **Incremento n. discipline specialistiche erogate vs nr. attuali > 100%**
- **Incremento copertura oraria offerta: ore accesso complessivo: +68**

Il progetto nasce dall'analisi della richiesta del fabbisogno di servizi sanitari e sociosanitari del territorio con particolare riguardo al soddisfacimento dei bisogni dei cronici e dei fragili.

Il nuovo assetto organizzativo proposto tende infatti a razionalizzare e potenziare l'offerta sia in termini di numero e tipologia, che di fasce orarie di apertura, per alcune branche specialistiche di particolare interesse per la 'cronicità prevalente'(Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia, Neurologia).

A fronte della prospettata cessazione di attività presso alcune sedi poliambulatoriali attualmente presenti negli assetti accreditati dell'ASST – sedi che hanno registrato negli ultimi anni indici di produttività ed attrazione molto bassi– si prevede un ampliamento della gamma di specialità cliniche da attivarsi presso altre sedi ambulatoriali, individuate secondo criteri di razionale distribuzione geografica e con una integrazione di servizi sanitari e sociosanitari.

Il disegno riorganizzativo è improntato sia a criteri di efficienza sia a criteri di equità e congruenza della rete di offerta: a fronte della esistente parcellizzazione e dispersione delle unità di offerta per singola specialità, si configura una concentrazione delle discipline in grado di meglio rispondere ai percorsi di integrazione e presa in carico dei soggetti cronici con pluri-patologia.

**PROGRAMMA DI ATTUAZIONE**

Offerta Socio Sanitaria	2016				2017				2018			
Razionalizzazione rete poliambulatori - EOS	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
presentazione ad ATS e Assemblea Sindaci		100%										
opere adeguamento e sistemazione				100%								
trasferimento attività in logica 'close-open' (piena continuità operativa)								100%				
Razionalizzazione rete SocioSanitaria Distretti - EOS	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
trasferimento attività in logica 'close-open' (piena continuità operativa)				25%				100%				

RAGGIUNGIMENTO RISULTATO AL 2016

Razionalizzazione rete poliambulatori - EOS	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
presentazione ad ATS e Assemblea Sindaci		100%		
opere adeguamento e sistemazione				100%
Razionalizzazione rete SocioSanitaria Distretti - EOS	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
trasferimento attività in logica 'close-open' (piena continuità operativa)				25%

Effettuate chiusure Opera e Vimodrone e potenziamenti, Binasco, Segrate, Peschiera e Melegnano. Riallocati servizi consultoriali tra San Donato e San Giuliano



4.3 LA GESTIONE DEL PERCORSO PAZIENTE SECONDO IL MODELLO DELLA PRESA IN CARICO: PROGETTI INTRAPRESI

Oltre al ridisegno complessivo del posizionamento Ospedaliero e territoriale basato sull'analisi della domanda si sono già avviati percorsi prototipali di presa in carico di pazienti cronici e fragili:



1. Pazienti Oncologici: sperimentazione di presa in carico di almeno 30 pazienti oncologici, dimessi dal reparto di Oncologia dell'Ospedale con programmazione integrata delle prestazioni specialistiche, supporti di nutrizione specifica, assistenza protesica, farmaceutica, cure domiciliari e con obiettivo di riduzione dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni previste in ambito Clinico.
2. Pazienti con disturbi cognitivi A: diagnosi precoce di demenza e di disturbo cognitivo in collaborazione con i medici di medicina generale e gestione del paziente in modo integrato tra MMG e specialista attraverso l'utilizzo di una cartella condivisa su WEB. Semplificazione del percorso e riduzione dei tempi di attesa per prima visita. Presa in carico totale dalla prevenzione alla riabilitazione dei pazienti e della loro famiglia affetti da demenza e disturbi cognitivi in ambulatori dedicati.
3. Pazienti con disturbi cognitivi B: invio dei pazienti presi in carico a gruppi di auto mutuo aiuto (Alzheimer caffè) per fornire un valido sostegno ai malati di Alzheimer e ai loro familiari/caregiver, sostegno alle famiglie aiutandole ad affrontare e superare le difficoltà che si presentano lungo il percorso di cura, promuovendo la cultura del lavoro di rete sul territorio (Associazioni di volontariato, ConfCommercio, Scuole), mantenendo il più lungo possibile i pazienti affetti da demenza nel proprio ambito familiare.
4. Dipendenze A: intercettare persone con problemi di dipendenza non note ai servizi specialistici e promuovere la collaborazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali finalizzata a trattamenti integrati per pazienti che accedono al Pronto Soccorso o sono stati ricoverati.
5. Dipendenze B: tramite l'équipe del Punto Intervento Dipendenze (con partecipazione di operatori della rete sociale) intercettare minori, adolescenti e loro famiglie, nonché persone con disturbo da uso di sostanze illegali, da alcol e/o comportamenti additivi (gioco d'azzardo patologico, ecc...) agevolando l'accesso alle cure.

**RISULTATI RAGGIUNTI / REALIZZAZIONI 2016**

Progetto	Inizio	Risultati raggiunti
Presenza in carico del paziente Oncologico e fragile (U.O. Oncologia Vizzolo Pz.)	1 novembre 2016	Presenza in carico dal centro servizi di 15 pazienti
Percorso preventivo diagnostico – terapeutico assistenziale riabilitativo (PDTAR) per la popolazione e i pazienti con demenze	18 ottobre 2016	Aderito 30 MMG dei CREG area SUD Predisposta agenda dedicata Inviati 7 pazienti da parte dei MMG ai neurologi del Centro UVA Vizzolo Pr. per approfondimenti diagnostici
Percorso di presa in carico del paziente con demenza in collaborazione con Fondazione Castellini	01 ottobre 2016	Presi in carico 30 pazienti (U.O. Neurologia Vizzolo) e inviati alla Fondazione Castellini
Progetto di presa in carico integrata tra servizi ospedalieri e dipartimento dipendenza	30 giugno 2016	Nel primo semestre definizione contenuti e procedure operative 01/01/2017 avvio sperimentazione della presa in carico integrata
Punto intervento dipendenze rivolto ai minori, adolescenti in integrazione con la rete sociale	01 gennaio 2016	Al 31 dicembre 2015 presi in carico 413 Al 31 dicembre 2016 presi in carico 557 (>34,9%)

Presenza in carico paziente oncologico fragile e dimissioni protette	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
attivazione Centro Servizi				1/11
avvio progetto prototipale				1/11
monitoraggio risultati sperimentazione				x
Progetto presa in carico integrato tra Servizi Ospedalieri e Dipartimento Dipendenze	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
avvio		x		
formalizzazione collaborazioni		x		
1° monitoraggio dati attività				x
Il percorso di la presa in carico del paziente con diagnosi di Demenza	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
progettazione		x		
avvio			x	
Punto Intervento Dipendenze del Dipartimento Dipendenze	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
attivazione	x			
monitoraggio				x
Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale Riabilitativo (PDTAR) per popolazione e i pazienti con Demenza	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
progettazione		x		
attivazione				x



4.4 SVILUPPO IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO PDTA AZIENDALI

Una sistematica attività di sviluppo e implementazione dei PDTA aziendali è attiva da sei anni, ed è stata progressivamente intensificata, anche per la crescente importanza dei PDTA nei programmi di promozione qualità e gestione del rischio. Le versioni attuali enfatizzano il coordinamento delle attività, attraverso la matrice delle responsabilità, e il ruolo degli indicatori di monitoraggio.

A effetto della recente riforma, alcuni PDTA si strutturano a più ampio raggio sulle condizioni clinico-assistenziali a forte connotazione socio-sanitaria: ne verranno rappresentati tutti gli aspetti pertinenti e saranno sostenuti tutti gli interventi di promozione di continuità assistenziale e presa in carico.

Tema	Attività prevalenti	Monitoraggio
Infarto miocardico acuto	Revisione – estensione rete territoriale 118; specificità organizzative locali	Indicatori Agenas, timing del trasferimento, indicatori da registro rete STEMI
Scompenso cardiaco	Revisione – terapia farmacologica, supporto intensivo, terapia elettrica, condivisione ospedale-territorio	Indicatori Agenas (integrati da revisione 2014 RL) + Indicatori orientati alla terapia elettrica basati sulle SDO
Polmonite	Monitoraggio	Indicatori Agenas
BPCO	Revisione (PDTA condiviso ospedale-territorio)	Indicatori continuità assistenziale
ICTUS	Monitoraggio	Indicatori Agenas + Indicatori gruppo di consenso aziendale + indicatori da registro rete STROKE
Emorragia digestiva	Monitoraggio	Indicatori Agenas
Profilassi antibiotica	Monitoraggio	Indicatori Agenas
Profilassi TVP/EP	Monitoraggio	Indicatori Agenas
Pancreatite acuta	Revisione e monitoraggio	Analisi campionaria cartelle cliniche
Urgenza/emergenza in sala parto	Monitoraggio	Analisi campionaria cartelle cliniche
Dolore toracico in pronto soccorso	Revisione e monitoraggio	Analisi campionaria dei verbali in relazione all'uso dell' "Heart score" e dell'esito dell'accesso
Tumore al seno	Revisione e monitoraggio	Indicatori PDTA del portale di governo
Tumore colon-retto	Revisione e monitoraggio	Indicatori PDTA del portale di governo
Sepsi	Monitoraggio	Selezione casi con metodo AHRQ e Angus e analisi campionaria cartelle cliniche
Diabete mellito	Revisione (PDTA condiviso ospedale-territorio)	Indicatori continuità assistenziale
Dolore oncologico	Predisposizione (PDTA condiviso ospedale territorio)	Indicatori continuità assistenziale

**PDTA tumori colon e mammella**

Dal 2013 in ASST si sono elaborati i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali a valenza aziendale (PDTA) su tumori colon-retto e mammella, patologie tumorali di frequente osservazione che esigono approccio multi-disciplinare qualificato. L'approccio PDTA, ritenuto ormai il modello più corretto per il trattamento in particolare del paziente oncologico, è stato consolidato ed esteso ad altre patologie tumorali (tumore polmone e melanoma).

Proseguendo in questa direzione, e alla luce anche delle severe indicazioni regionali in materia, su iniziativa del Direttore del Dipartimento Oncologico è stato formalmente attivato il "team multidisciplinare" aziendale presso il PO di Vizzolo (Del. n.340 del 12.6.2014).

Obiettivo è che le pazienti, grazie ad approccio multi-disciplinare più completo ed a migliore organizzazione, possano ottenere le migliori cure nel minor tempo possibile, migliorando l'aspettativa di guarigione.

Descrizione Obiettivo	Azione	Indicatore	Risultato Atteso	CdR
Razionalizzazione offerta sanitaria	Adesione al PDTA mammella e colon	Tumori invasivi mammella Carcinoma colon retto	Incremento % pazienti affetti da patologia indice trattati secondo previsioni del PDTA (ranking in miglioramento vs anni prec.)	Dipartimento Oncologia Dipartimento Medicina
	Potenziamento Rete Ematologica Lombarda - REL	Corretta applicazione PDTA definiti da REL	Mielomi Linfoma non Hodgkin (ranking in miglioramento vs anni prec.)	Dipartimento Chirurgia

RISULTATI RAGGIUNTI / REALIZZAZIONI 2016

Nel 2016 sono stato revisionati i PDTA relativi a diabete, scompenso cardiaco, BPCO, dolore oncologico e demenze (PDTAR- minimental assessment) agevolando i percorsi di accesso per i pazienti cronici.

**4.5 STANDARD QUALITA'. GESTIONE RISCHIO CLINICO, APPROPRIATEZZA****Obiettivo: migliorare standard di qualità e gestione complessiva del rischio.****4.5.1 STANDARD DI QUALITA'**

standards qualità	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
Approvazione del PIMO Programma Integrato Miglioramento Qualità	100%											
ridefinizione le funzioni Qualità e Risk Management				100%								
Mantenere certificazione ISO9001 a struttura certificata (Formazione)		100%										
certificazione ISO9001 Immunoematologia/Medicina Trasfusionale									100%			
certificazione ISO9001: Microbiologia									100%			
certificazione ISO9001: Anatomia Patologica									100%			
certificazione ISO9001: Pronto Soccorso												100%
certificazione ISO9001:approvvigionamenti							100%					

- Avviare le attività per la realizzazione del PIMO (Programma Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione), su base di informazioni previste dalla Direzione Generale Welfare (DGW): set predefinito degli elementi di ingresso, indicatori di monitoraggio interno, indicatori del portale di governo, check-list di autovalutazione;
- Ridefinire le funzioni Qualità e Risk Management, separandone le competenze al fine di garantire maggiore focalizzazione specifica a ciascuna di esse.
- Mantenere certificazione ISO 9001 nella struttura già certificata (Formazione), avviando contestualmente la transizione da norma ISO 9001:2008 a ISO 9001:2015;
- attuare il programma di implementazione della norma ISO 9001 nei servizi di:

Servizio di Immunoematologia/ Medicina Trasfusionale	1° trim 2018
Servizi di Microbiologia	1° trim 2018
Anatomia Patologica	1° trim 2018
Pronto Soccorso	4° trim 2018
Approvvigionamenti	4° trim 2017

**RAGGIUNGIMENTO RISULTATO 2016**

standards qualità	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
Approvazione del PIMO Programma Integrato Miglioramento Qualità	100%			
ridefinizione le funzioni Qualità e Risk Management				100%
Mantenere certificazione ISO9001 a struttura certificata (Formazione)		100%		

RISULTATI/ATTUAZIONI 2016:

Realizzazione PIMO: Delibera 418 del 29/6/2016, trasmessa a DGW. La ASST Melegnano-Martesana ha approvato il PIMO, utilizzando il format generale previsto in Azienda, che già contiene indicatori d'ambito e monitoraggio interno disponibili al momento dell'approvazione e le corrispondenti azioni correttive.

Ridefinizione funzioni qualità e Risk management: le funzioni sono state attribuite a inizio 2016, e successivamente consolidate con l'approvazione del POAS (settembre 2016, approvato da Regione maggio 2017).

La Direzione Strategica ha dato molta importanza al tema del monitoraggio integrato dei rischi, con una impostazione strategica che ha messo a fattor comune la componente di valutazione clinico sanitaria con quella legale e di impatto economico in termini di contenzioso.

In particolare sono state riorganizzate le funzione di CVS internalizzando la figura del medico legale, ora ricoperta dal dirigente della UOC medicina legale ed evitando di ricorrere a legali esterni attraverso la partecipazione del dirigente dell'Ufficio Affari Legali e prevedendo la sistematica presenza del Direttore amministrativo alle sedute. La valutazione degli esiti delle sedute del CVS è poi portata regolarmente al vaglio del Direttore Generale per le decisioni finali da adottare.

Mantenimento certificazione ISO9001 a Struttura di Formazione: UNI EN ISO 9001/98 confermato (audit 16/12/2016) Progettazione ed erogazione della formazione al personale interno ed esterno nell'ambito del Servizio Sanitario, accreditato secondo il modello ECM e non.



4.5.2 PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO – RISK MANAGEMENT

prevenzione del rischio clinico (risk-management)	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
1) monitoraggio intensivo delle linee guida sulla gestione della sepsi					100%							
2) attività finalizzate alla prevenzione infezioni nosocomiali					100%							
3) programma "peer review" sicurezza in sala operatoria							100%					
4) Prevenzione del rischio in sala parto					100%							
5) implementazione nuove schede sicurezza per gestione farmaci alto rischio ambito pediatrico e gestione appropriata antibiotici alto costo				50%				100%				
6) Prevenzione cardio-tossicità farmaci antineoplastici (raccomandazione ministeriale n°14); promozione riconciliazione terapia farmacologica (racc..min..n°17)			30%				60%					100%

1. Effettuare un **monitoraggio intensivo delle linee guida sulla gestione della sepsi** in tutte le strutture di ricovero, organizzando incontri di audit sulla corretta applicazione delle raccomandazioni, sulla base di alcune informazioni chiave ottenibili dai flussi informativi aziendali (esecuzione tempestiva dei lattati e delle emocolture, applicazione della scala MEWS, tempestività e appropriatezza dei trattamenti raccomandati);
2. Promuovere un insieme di attività finalizzate alla **prevenzione delle infezioni nosocomiali** (lavaggio mani, appropriatezza prescrizione trattamenti antibiotici);
3. Avviare programma **"peer review"** concordato con DGW⁴ sulla sicurezza in sala operatoria.
4. Prevenzione **rischio in sala parto** mediante piena implementazione della procedura su emergenze ostetriche e su metodica dei "trigger tools" nel CeDAP;
5. Sostegno all'implementazione di nuove **schede di sicurezza per la gestione dei farmaci ad alto rischio** in ambito pediatrico e per la gestione appropriata degli antibiotici ad alto costo;
6. Prevenzione **cardio-tossicità farmaci antineoplastici** (raccomandazione minist. n°14) e **promozione della riconciliazione della terapia farmacologica** (raccomandazione minist. n°17);

RAGGIUNGIMENTO RISULTATO AL 2016

prevenzione del rischio clinico (risk-management)	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
6) Prevenzione cardio-tossicità farmaci antineoplastici (raccomandazione ministeriale n°14); promozione riconciliazione terapia farmacologica (racc..min..n°17)				30%

RISULTATI/ATTUAZIONI 2016: I risultati conseguiti nell'area del rischio clinico sono descritti nella rendicontazione annuale di progetti regionali di risk management: in sintesi sono state realizzate tutte le attività previste dai progetti e indicate in precedenza nella misura e nella tempistica indicata dal crono programma. Sulla gestione della sepsi e sulla prevenzione della cardiotoxicità da antineoplastici i risultati sono superiori a quelli programmati. Sulle attività di "peer review" in sala operatoria è stata stabilita una valutazione supplementare nel novembre 2017, al fine di verificare il raggiungimento di alcuni obiettivi concordati in occasione della prima valutazione e sulla prevenzione delle infezioni nosocomiali sono state intraprese ulteriori iniziative orientate all'appropriatezza della prescrizione degli antibiotici.

⁴ Direzione Generale Welfare Regione Lombardia

**4.5.3 APPROPRIATEZZA**

migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
1) Verifica appropriatezza prestazioni percorsi clinico-assist. infarto miocardico acuto, stroke, scompenso cardiaco, polmonite acquisita in comunità, chirurgia elettiva, dolore toracico trauma cranico minorePS				20%				50%				100%
2) mantenere appropriatezza profilassi antibiotica/antitrombotica chirurgia							100%					
3) ulteriore miglioramento nella qualità della codifica delle SDO					100%							

1. Verifica campionaria di **appropriatezza delle prestazioni** in alcuni percorsi clinico-assistenziali: infarto miocardico acuto, stroke, scompenso cardiaco, polmonite acquisita in comunità, chirurgia elettiva, dolore toracico e trauma cranico minore in pronto soccorso.
2. Mantenere l'elevata percentuale di **appropriatezza di profilassi antibiotica e antitrombotica** in chirurgia; revisione delle modalità di effettuazione della valutazione pre-operatoria, finalizzata alla prevenzione delle complicanze, con particolare attenzione ad alcuni percorsi critici (frattura del femore).
3. Supporto formativo finalizzato a conseguire un ulteriore miglioramento nella **qualità della codifica delle SDO**, organizzando eventi formativi dedicati e facendo ricorso a strumenti informatici di supporto.

RAGGIUNGIMENTO RISULTATO AL 2016

migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
1) Verifica appropriatezza prestazioni percorsi clinico-assist. infarto miocardico acuto, stroke, scompenso cardiaco, polmonite acquisita in comunità, chirurgia elettiva, dolore toracico trauma cranico minorePS				20%

RISULTATI/ATTUAZIONI 2016: i programmi di verifica sono stati avviati



4.6 PERCORSI AMMINISTRATIVI: ACCOGLIENZA, DEMATERIALIZZAZIONE, INVESTIMENTI

4.6.1 ACCOGLIENZA-DEMATERIALIZZAZIONE-ACCESSIBILITA'

accoglienza - accessibilità - dematerializzazione	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
1) ACCOGLIENZA: ampliamento fascia oraria accesso poliambulatori				100%								
2) ACCESSIBILITA' Riduzione dei tempi di attesa in pronto soccorso								50%				100%
3) DEMATERIALIZZAZIONE : ricetta elettronica/estensione digitalizzazione documentazione clinica								30%				100%

1. Ampliamento fascia oraria accesso poliambulatori
2. Riduzione dei **tempi di attesa in pronto soccorso** collegato ad un incremento di efficacia, tempestività e gradimento delle prestazioni avviando attività di riorganizzazione dei processi assistenziali e la predisposizione di PDTA condivisi;
3. Incremento dell'utilizzo della **ricetta elettronica** ed estensione della digitalizzazione della documentazione clinica;

RAGGIUNGIMENTO RISULTATO AL 2016

accoglienza - accessibilità - dematerializzazione	2016			
	1trim	2trim	3trim	4trim
1) ACCOGLIENZA: ampliamento fascia oraria accesso poliambulatori				100%

RISULTATI/ATTUAZIONI 2016:

Ampliamento della fascia oraria di accesso poliambulatori ottenuto, con incremento orario di gran lunga superiore all'obiettivo di 5 ore settimanali previsto dalla ATS di riferimento..

4.6.2 INVESTIMENTI 2016

Si riporta qui di seguito lo stato di utilizzo dei principali finanziamenti ricevuti nell'anno 2016.

DGR X/4189/2015: questa Direzione, considerato lo stato di elevata obsolescenza che contraddistingue il parco apparecchiature aziendale, ha scelto di destinare alla sostituzione di tecnologie sanitarie la quota di circa € 680.000,00.

A tutto il 31.12.2016 il piano di sostituzione tecnologie è stato attuato per il 75% dell'importo dedicato.

La quota rimanente rimanente è stata destinata: - € 311.000,00 per investimenti sul parco IT, parzialmente utilizzati per rafforzamento struttura hardware di Business Continuity per € 180.000,

- € 288.000,00 sono stati destinati ad interventi di edilizia sanitaria, ancora da spendere

- € 104.000 per nuovi reparti P.O. di Melzo, spesi



DGR X/5135/2016: la Direzione ha destinato l'intero importo assegnato di € 966.000,00 ai seguenti interventi:

- € 450.000,00 - Ammodernamento tecnologico sale Operatorie: in particolare sono stati acquisiti parte dei tavoli operatori necessari alle sale operatorie di Vizzolo e Melzo e sistemi di anestesia, acquisiti a dicembre 2016
- € 516.000,00 - Ristrutturazioni previste nell'ambito del progetto EOS e ripristino della sala operatoria contigua al blocco sala parto dell'Ospedale di Vizzolo Predabissi. Tali interventi troveranno un loro completamento nel corso dell'anno 2017.

DGR X/5509/2016: la DGR in parola destina l'intero importo assegnato di € 458.000,00 all'ammodernamento tecnologico sale Operatorie. In particolare sono stati acquisiti ulteriori tavoli operatori a completamento della fornitura di cui alla DGR X/5135/2016.

DGR n. X/5136 del 09/05/2016 VII Atto integrativo dell'Accordo di programma quadro in materia di sanità stipulato il 3 marzo 1999. La preassegnazione regionale pari a € 27,5 mln è stata oggetto di analisi ed è stato prodotto il DPP e il relativo cronoprogramma attuativo

5 INDICATORI

Di seguito sono esposti alcuni indicatori di performance:

FONTE: (portali regionali Regione Lombardia)				
Indicatore	Presidio		2015	2016
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità	Melzo	%	13,0	13,0
	Vizzolo	%	12,9	13,8
	Cernusco	%	12,0	11,9
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Melzo	%	12,9	10,7
	Vizzolo	%	11,0	8,5
% Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione (assistiti >= 65 anni)	Azienda	%	53,1	81,4

Gli indicatori aziendali risultano in sostanziale miglioramento nel loro complesso, e con qualche differenziazione tra i vari presidi ospedalieri della ASST.

Vizzolo Predabissi, giugno 2017

F.to Il Direttore Generale
(Dr. Mario Francesco Nicola Alparone)