



Relazione sulla Attuazione del Piano delle Performance Anno 2017





Sommario

PREMESSA	3
1 Le linee strategiche fondamentali dell'ASST che il piano delle performance rileva e ne favorisce il perseguimento	4
1.1 <i>Focalizzazione e specializzazione rete ospedaliera 31.12.2017</i>	4
1.2 <i>Rete ambulatoriale e territoriale al 31.12.2017</i>	7
2 Percorso-paziente secondo il modello della Presa in carico	8
2.1 <i>Progetti presa in carico</i>	8
2.2 <i>Raggiungimento risultati al 2017</i>	10
2.3 <i>Attività in corso nell'anno 2018</i>	13
2.4 <i>Sviluppo implementazione monitoraggio PDTA aziendali anno 2017</i>	14
2.5 <i>Standard qualità. Gestione rischio clinico, appropriatezza</i>	17
3 Percorsi amministrativi	23
3.1 <i>Accoglienza-dematerializzazione-accessibilità</i>	23
4 Indicatori	26



PREMESSA

La direzione strategica dell'ASST Melegnano e della Martesana definisce annualmente, entro il 31 gennaio, ai sensi dell'art. 10 e 15 del decreto legislativo (D. Lgs.) 27 ottobre 2009, n.150 un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance in coerenza con i contenuti del ciclo della programmazione, gestione e controllo sviluppato dall'ASST in un'ottica di miglioramento continuo della propria attività. Il citato piano è approvato dall'organismo indipendente di Valutazione delle performance (NVP) e pubblicato sul sito aziendale nella sezione trasparenza. Il Piano delle performance 2017 contiene gli obiettivi a rilevanza esterna che interessano e coinvolgono maggiormente i cittadini e stakeholders, inoltre definisce il sistema d'indicatori per la valutazione finale dei risultati.

La realizzazione degli obiettivi contenuti nel piano delle performance 2017 si è concretizzata, attraverso un sistema integrato, con il processo di programmazione gestione e controllo e con il sistema di qualità sviluppato dall'ASST che vede coinvolti e partecipi dirigenti e collaboratori di ogni settore organizzativo. Nel corso del 2017 questa integrazione ha consentito di effettuare un costante monitoraggio sull'attuazione degli obiettivi attesi e misurare le performance attuate.

Relazione della performance 2017

La Relazione sulla performance è un documento che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi indicati. La relazione, da adottare entro il 30 giugno di ogni anno, viene pubblicata sul sito ASST nella sezione trasparenza ai sensi dell'articolo 10, comma 8, lettera b) del d.lgs. 33/2013. La finalità della relazione del piano delle performance è di mettere a disposizione dei cittadini e stakeholders un documento dettagliato e comprensibile, una rendicontazione costruita in una prospettiva di accountability che assicuri ai destinatari un elevato livello di visibilità e chiarezza della attività svolta e dei risultati conseguiti.

Quindi, per ogni obiettivo, oltre al sintetico indicatore di misurazione del grado di raggiungimento viene riportato un commento finalizzato a dimostrare l'attività svolta per il conseguimento dell'obiettivo ed i risultati conseguiti. Un report ispirato ai principi di trasparenza, intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti.



1 Le linee strategiche fondamentali dell'ASST che il piano delle performance rileva e ne favorisce il perseguimento

Riposizionamento e riorganizzazione dell'offerta della rete ospedaliera e della rete ambulatoriale e territoriale.

Queste linee strategiche trovano la loro attuazione negli obiettivi indicati nel piano e assegnati ai settori organizzativi di competenza attraverso il sistema di programmazione e controllo (sistema di BDG ASST).

1.1 Focalizzazione e specializzazione rete ospedaliera 31.12.2017

Il Polo Ospedaliero dell'ASST Melegnano e della Martesana è così strutturato e distribuito sul territorio:

- 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 sociosanitari territoriali (Centri Sanitari e Socio Sanitari Integrati): San Donato – Via Fermi, Rozzano, Binasco, Segrate, Paullo, San Giuliano.

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 2017

Focalizzazione/ specializzazione presidi ospedalieri VIZZOLO MELZO CERNUSCO	2017			
	1trim	2trim	3trim	4trim
riapertura letti melzo				
Trasferimento Oncologia (19) e Hospice (10) da Gorgonzola a Melzo e Cernusco.				
Aperto PS pediatrico a Vizzolo				
ri-aperti 48 posti letto (Chirurgia e Medicina) a Melzo				
ri-aperti 14 posti letto a Melzo di Otorinolaringoiatria a Melzo				
Melzo monoblocco (4 sale operatorie e 30 ambulatori)			60%	
Vizzolo Predabissi - Consegna Laboratori	100%			
Vizzolo Predabissi - Consegna sale operatorie				n.a.
Cernusco SN-Consegna ambulatori	100%			

L'unico progetto non realizzato è la consegna delle sale operatorie a Vizzolo Predabissi dovuto a ritardo nei lavori. La consegna è comunque prevista entro il 2018.

Aperto 48 posti letto (Chirurgia e Medicina) e 14 posti letto di Otorinolaringoiatria a Melzo (2016) 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 pre-lavori (ora passati a 153 pl da 118), ha portato ad un aumento della produttività del Presidio del 15% nel 2016 rispetto al 2015;

(4 sale operatorie e 30 ambulatori target al 60% nel 2017)

A fine marzo 2018 sono stati ultimati i lavori a Melzo che hanno visto la realizzazione delle nuove 4 sale operatorie posizionate nel nuovo monoblocco antistante l'ospedale dove trovano collocazione anche 31 nuovi ambulatori. Sono in corso le procedure di collaudo ed accreditamento.

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 2017**

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

La Predisposizione dei documenti di gara è stata completata nel 2017.

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 2017

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

- Avviati i lavori di ristrutturazione del POT di Vaprio (3 milioni di finanziamento) e completati i reparti di medicina e il CUP (ottobre 2017), il Blocco Operatorio e il Reparto di Chirurgia (gennaio 2018). Lo stabilimento, nel frattempo, è stato potenziato con l'ingresso della Continuità assistenziale, del medico MMG, Punto ADI e con l'incremento delle attività ambulatoriali dell'attività chirurgica a bassa complessità in relazione al ri-orientamento del Presidio. Chiuso nelle ore notturne il punto di primo intervento convertendo lo stesso da h 24 ad h 12 sin da dicembre 2016;
- Trasferiti i malati di Oncologia (19 pl) e di Cure Palliative (10 pl) da Gorgonzola rispettivamente a Cernusco sul Naviglio e a Melzo (ottobre 2016)
- Trasferita nel mese di aprile l'attività specialistica presente nelle sedi di Vimodrone, Peschiera e Opera, rispettivamente e in maniera prevalente presso i CSSI di Segrate, Paullo, Binasco, Rozzano e POT di Vaprio.



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 - rifunionalizzazione 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 2017

realizzazione di un PreSST a Gorgonzola	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
1) Gorgonzola - rifunionalizzazione presidio a PreSST istanza finanziamento				100%								
2) Predisposizione progetto nuovo CUP					100%							
3) Nuovo CUP e realizzazione opere di conversione spazi								100%				

Trasformato lo stabilimento di Gorgonzola in PreSST con l'allocazione nello stesso del nuovo Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, del nuovo Dipartimento RICCA, del punto ADI e del NOA, questi ultimi trasferiti da Cassina De Pecchi. Nel mese di gennaio 2018 un gruppo di 4 Pediatri di libera scelta ha iniziato la propria attività nella struttura;

- E' stato realizzato il progetto del nuovo CUP.
- La realizzazione delle opere al punto 3) è subordinata all'aggiornamento del progetto di prevenzione incendi che dovrà essere approvato entro settembre 2018

1.2 Rete ambulatoriale e territoriale al 31.12.2017

Progetto EOS					Realizzato al 31/12/2017	
Sede Presidio	N. Discipline Spec. Anno 2016	N. Discipline spec. Previste EOS	ore /sett accreditate anno 2016	ore /sett accreditate previste EOS	Tot n. Discipline	Tot. Ore/sett
Binasco Via Matteotti 32	4	16	35	108	6	60
Cassano d'Adda via DI Vona 41	6	17	83	158	7	101
Gorgonzola Via Bellini 11 - PreSST	11	18	254	284	11	254
Paullo Via Mazzini 17/19	8	16	72	118	10	86,5
Rozzano Via Glicini	5	16	71	117	9	84,5
San Donato Milanese Via Fermi 1 (*)	12	17	107	249	12	112
Segrate Via Amendola 3	5	16	50	161	9	94,5
Vaprio d'Adda - POT	15	21	241	342	17	256
San Giuliano M.se	1	1	30	30	2	105
Totali	67	138	943	1567	83	1153,5



Delle 138 discipline previste dal Progetto ne sono state introdotte in tutto 83 e delle 1.567 ore accreditate previste da EOS ne sono state effettivamente realizzate 1.154.

Il pieno raggiungimento dell'obiettivo è dovuto principalmente a tre fattori:

1. Per la procrastinazione della chiusura dei Poliambulatori di Melegnano e di Trezzo sull'Adda, pertanto non sono stati trasferiti a San Donato le discipline come da progetto con la conseguente distribuzione delle ore sugli altri CSSI. Al contempo sono stati chiusi gli ambulatori di : Opera, Peschiera e Vimodrone.
2. Per le difficoltà nel reperire i medici specialisti, nonostante siano state fatte ricognizioni interne e siano stati pubblicati i bandi per l'assegnazione di ore per la specialistica ambulatoriale.
3. Inoltre il piano EOS è stato modificato in corsa, poiché le 75 h di oculistica e di ortottista sono rimaste al centro Diabetologico con annesso Centro Oculistico a San Giuliano Milanese.

2 Percorso-paziente secondo il modello della Presa in carico

2.1 Progetti presa in carico

Realizzazione - Progetti di presa in carico



2.1.1 Il Progetto " Presa in carico cronicità e fragilità e dimissioni protette - Paziente oncologico" ha preso avvio a novembre 2016 e ha riguardato i pazienti dimessi dal



reparto di Oncologia e in carico all'ambulatorio MAC (attività medica ambulatoriale complessa) di Vizzolo P. per i quali lo specialista oncologo ha provveduto a predisporre un PAI (Piano Assistenziale Individuale) condiviso col MMG. Il Case manager del Centro Servizi, organizzato sperimentalmente a Pioltello, ha pianificato le prestazioni riportate nel PAI rispettando l'aderenza e le tempistiche.

A maggio 2017, nell'ambito delle DGR Regionali sulla presa in carico, è stato organizzato un Centro Servizi nel PreSST di Gorgonzola che ha preso in carico anche i pazienti oncologici reclutati nel progetto che si è concluso ad aprile 2018, in quanto rientrato nel nuovo modello di presa in carico.

I pazienti seguiti sono stati n. 206.

2.1.2 Il progetto " Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTAR)" finalizzato alla diagnosi precoce dei disturbi cognitivi tramite la somministrazione di test da parte dei MMG. I pazienti individuati sono stati monitorati dal MMG o inviati ai neurologici del Centro UVA (Unità Valutazione Alzheimer) del servizio di neurologia di Vizzolo P. per l'accertamento diagnostico, la valutazione e la presa in carico dei pazienti affetti da demenza, da disturbi cognitivi e della loro famiglia/caregiver. Hanno aderito 30 MMG e sono stati presi in carico di n.12 pazienti da parte del servizio di neurologia. Il progetto, proseguito nel 2017, a seguito di decisione di ATS è rientrato nel 2018 nel nuovo modello di presa in carico.

2.1.3 Il Progetto "Percorso per la presa in carico del paziente con diagnosi di demenza" è dedicato ai pazienti con diagnosi di demenza o disturbi cognitivi seguiti da ambulatori dedicati del Servizio di Neurologia di Vizzolo P. e prevede l'invio dei pazienti presi in carico alla Fondazione Castellini per la partecipazione a gruppi di auto mutuo aiuto (Alzheimer Cafè), sostegno ai malati e ai loro familiari/caregiver. Complessivamente sono stati seguiti al 30 aprile 2018 n. 117 pazienti.

2.1.4 Il Progetto "Presa in carico integrata tra Servizi Ospedalieri e Dipartimento Dipendenze" si propone di intercettare persone con problemi di dipendenza non note ai servizi SERT/NOA e di promuovere la collaborazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali finalizzata a trattamenti integrati. Ha preso avvio a gennaio 2017 e al 30 aprile 2018 sono stati interessati a programmi integrati complessivamente n. 144 pazienti.

2.1.5 Il Progetto "Punto Intervento Dipendenze "(PID) è stato aperto a maggio 2015 a San Donato M. in integrazione con l'Azienda Sociale Sud Est Milano (ASSEMI).

Presso il PID si realizza il primo contatto con l'utente e/o il familiare per l'avvio del processo diagnostico, la consulenza per familiari/utenti o per altri servizi segnalanti i



casi, il sostegno per familiari di soggetti con consumo problematico di sostanze, il trattamento psico-educativo di soggetti con dipendenza patologica (alcol e gioco d'azzardo) residenti nei comuni sui quali insiste il progetto, interventi di counselling sanitario, psicologico, sociale.

Dalla sua apertura al 30 aprile 2018 sono stati intercettati n. 167 cittadini

2.1.6 Il Progetto "Follow up mammella" iniziato nell'ottobre 2017 prevede che il follow up della donna a basso rischio di ripresa della malattia sia effettuato, a distanza di cinque anni dall'intervento, dal MMG in stretta integrazione con il servizio di Oncologia di Vizzolo P.. Hanno aderito n. 30 MMG.

2.2 Raggiungimento risultati al 2017

Progetto	Inizio	Risultati raggiunti al 31.12.2017
Presa in carico del paziente Oncologico e fragile (U.O. Oncologia Vizzolo Pz.)	1 novembre 2016	Presa in carico dal centro servizi di 199 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 12 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 58 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	Al 31.12.2017 sono stati interessati a programmi integrati n. 103 pazienti . A. Sono stati firmati i protocolli di collaborazione tra UOC Servizio territoriale Dipendenze e UOC Servizio Territoriale di Alcolologia e Comportamenti di Addiction con: 1. UOC Medicina Generale del PO Vizzolo 2. UOC Medicina Generale del PO Melzo 3. UOC Medicina Generale del PO Cernusco S/N – Vaprio D'Adda B. E' stato firmato un protocollo tra la UOC Servizio Territoriale delle Dipendenze e UOC Medicina Generale del PO Vizzolo P. per la presa in carico e la cura di pazienti HCV positivi. C. Da ottobre 2017 si è definito un accordo tra la UOSD Psicologia Clinica e il Dipartimento di Riabilitazione del PO di Cassano d'Adda per l'invio di pazienti da apnea ostruttiva del sonno e per pazienti neo-amputati. Sulla base delle prime esperienze di invio, come concordato, si



		provvederà a definire e strutturare un protocollo istituzionale. Ad oggi non è stata richiesta alcuna collaborazione.
Punto intervento dipendenze e altri punti di fragilità rivolto ai minori, adolescenti in integrazione con la rete sociale e la famiglia.	01 gennaio 2016	Al 31 dicembre 2015 presi in carico 413 Al 31 dicembre 2016 presi in carico 557 (>34,9%). Al 31 dicembre 2017 presi in carico 672 (>20,6%) rispetto al 2016

L'attività di arruolamento dei soggetti cronici e/o fragili, fulcro della nuova modalità di presa in carico, rappresenterà l'attività preponderante nel primo semestre 2018. In quest'ottica il 2018 rappresenta un anno di transizione in quanto prenderà avvio la realizzazione, a livello pratico, della presa in carico dei pazienti cronici secondo il nuovo modello.

E' stato costituito con decreto del Direttore Generale Welfare n. 12800 del 18 ottobre 2017 un gruppo di lavoro tecnico "organizzativo gestionale", con la partecipazione della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale e delle ATS, con il compito di verificare le varie fasi di attuazione del modello di presa in carico, al quale partecipano rappresentanze dei MMG, delle Associazioni degli enti erogatori accreditati e delle ASST. Il gruppo è articolato al suo interno in un sottogruppo che si occupa delle connesse tematiche informatiche e con il quale lavora in stretta sinergia. La modalità individuata per raccogliere le adesioni da parte dei cittadini affetti da patologie croniche, all'interno dei gruppi sopra richiamati e della cabina di regia delle ATS, prevede l'invio di lettere informative scaglionate nel primo trimestre 2018.

In attuazione della DGR X/6164 del 30.01.2017 e della DGR n. X/6551 del 4/5/2017 questa ASST ha fin da subito avviato il percorso necessario per potersi candidare come gestore ed erogatore della presa in carico dei soggetti con fragilità e/o con patologie croniche.¹

¹ Dettaglio operazioni della presa in carico anno 2017

A questo scopo, tra il 2016 e il 2017:

- Sono stati effettuati, fin da novembre 2016, percorsi di presa in carico prototipali relativi ai pazienti oncologici, pazienti con diagnosi di demenza e con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti e da gioco.
- Sono stati coinvolti i clinici dell'area internistica al fine di predisporre i PDTA e i PAI delle patologie più frequenti. Disponibili i modelli di PAI standard su tutte le principali patologie (circa 50 delle 64).
- Nel mese di maggio 2017 è stato trasferito da Pioltello al PreSST di Gorgonzola il Centro Servizi organizzato per il percorso di presa in carico prototipale del paziente oncologico ed è stato costituito un nuovo Centro Servizi per effettuare la presa in carico del paziente cronico e fragile. Nel Centro Servizi sono presenti amministrativi che gestiscono il contatto con il paziente e le prenotazioni delle prestazioni in agende dedicate, secondo il programma previsto dal PAI, infermieri esperti con il ruolo di case manager che coordinano i processi gestionali-organizzativi volti a garantire il percorso assistenziale del paziente preso in carico e una psicologa con la funzione di responsabile dell'organizzazione del Centro.
- È stato individuato, nel mese di giugno 2017, con procedura di gara, il nuovo sistema informatico dedicato alla presa in carico, già installato e funzionante. Il software consente la messa a disposizione dei PDT



come base per la costruzione del PAI, che rappresenta la personalizzazione del/dei PDT sui bisogni dell'assistito, inoltre la piattaforma consente la condivisione dei PAI tra i principali attori della presa in carico, ovvero, specialisti, MMG/PDF anche co-gestori e centro servizi a supporto delle attività di accompagnamento alla presa in carico.

Il software acquisito, consente il colloquio condiviso tra MMG/PDF, Specialisti e Centro Servizi e supporterà:

- inserimento/arruolamento del paziente nel percorso di presa in carico
- definizione del patto di cura, con contestuale consenso all'alimentazione del FSE
- stesura ed aggiornamento del Piano Assistenziale Individuale (PAI) attinto da una libreria già definita di PDTA/PAI
- strumenti di monitoraggio del PAI: valutazione, aderenza del paziente, coerenza con set minimo
- monitoraggio e controllo dei flussi informativi
- Interfaccia con sistema di prenotazione aziendale
- integrazione con gli applicativi dei Medici di Medicina Generale
- Integrazione con FSE
- Interfaccia con i sistemi di refertazione aziendali
- Interfaccia con sistemi di telemedicina.

Il software è orientato secondo logiche di work flow management, particolarmente utili nella gestione di percorsi di gestione dei pazienti in cui interagiscono più soggetti, facilitando, tramite appositi segnalatori di status la comunicazione tra questi nell'ottica di una efficace gestione della programmazione sanitaria.

- Sono stati effettuati, tra maggio e giugno 2017, incontri specifici con i MMG e i PDF del territorio.
- Tra aprile e giugno 2017 sono state siglate due preintese con Cooperative di MMG con circa 120 medici che opereranno come gestori sul territorio.
- Da giugno a settembre 2017 sono stati effettuati workshop di approfondimento con i MMG sui principali percorsi clinici di presa in carico della cronicità.
- È stata inoltre pubblicata, in data 4 luglio 2017, una manifestazione di interesse finalizzata alla raccolta delle candidature dei soggetti erogatori accreditati contrattualizzati con i quali stipulare convenzioni necessarie a garantire le prestazioni sanitarie previste dai set di riferimento delle patologie di cui alla DGR X/6164 del 30.01.2017 e la DGR n. X/6551 del 4/5/2017 e che questa ASST non è in grado di erogare direttamente. A seguito di tale procedura sono stati sottoscritti 31 contratti di avvalimento.
- In data 27/07/2017, tramite PEC, questa ASST ha presentato propria candidatura come gestore ed erogatore della presa in carico del paziente cronico e fragile, in adesione al bando pubblicato dall'ATS Città Metropolitana di Milano con deliberazione n.652 del 30/05/2017. Con nota prot. n. 110432 del 6.10.2017 ATS Città Metropolitana ha comunicato che la candidatura a ruolo di gestore presentata da questa ASST è stata valutata idonea.
- Nel mese di ottobre 2017 sono stati sottoscritti contratti di avvalimento in qualità di erogatore con tre Cooperative di MMG e con strutture accreditate ritenute idonee come gestori.
- Nel mese di ottobre 2017 è stata definita una procedura interna per il percorso di accoglienza e di arruolamento degli assistiti che sceglieranno l'ASST come gestore.
- Nel mese di novembre e dicembre 2017 sono stati organizzati incontri con tutti gli operatori addetti ai Front Office, i Coordinatori Infermieristici, gli operatori del territorio, i centralinisti e addetti alla portineria dell'Azienda finalizzati a fornire la corretta ed omogenea informazione agli utenti. Con lo stesso scopo è stato organizzato un incontro informativo con tutte le associazioni di volontariato che collaborano con la nostra ASST. La Direzione ha inoltre partecipato ad incontri informativi pubblici richiesti dalle amministrazioni comunali e presso i Centri Anziani del territorio.
- È stata pubblicata sul sito aziendale l'informativa sulla presa in carico e si è provveduto ad inserire nei referti del Pronto Soccorso e nelle lettere di dimissione ospedaliera la modalità di contatto per ricevere le informazioni in merito.



2.3 Attività in corso nell'anno 2018

- È stato organizzato presso il CUP del POT di Vaprio uno sportello dedicato alla Presa in carico con l'utilizzo del regola coda. La stessa modalità è in fase di realizzazione (entro fine febbraio 2018) presso il CUP del Presidio Ospedaliero di Vizzolo Predabissi.

Nell'anno 2018:

- Nel mese di gennaio la Direzione ha partecipato ad un incontro informativo rivolto agli Assistenti Sociali dei 53 Comuni del territorio della ASST organizzato dalla ATS Città Metropolitana di Milano e ad altri incontri pubblici richiesti dalle Amministrazioni Comunali.

- Sono stati organizzati n. 22 ambulatori dedicati alla prima visita per l'arruolamento dei pazienti cronici nei presidi ospedalieri di Vizzolo Predabissi e Cernusco SN, nel POT di Vaprio D'Adda e presso il Centro Diabetologico di San Giuliano Milanese e predisposti un totale di 4704 slot dedicati alla predisposizione del PAI (circa il 50% di un arruolamento per 10.000 pazienti).

- Sono state predisposte agende segregate e dedicate alla presa in carico.

29.000 prestazioni per circa 2000 pazienti di livello 1.

35.000 prestazioni per circa 5000 pazienti di livello 2.

35.000 prestazioni per 5000 pazienti di livello 2 in accordi di convenzionamento.

In predisposizione ulteriori agende per 10.000 pazienti di livello tre.

Le prestazioni sono state determinate in relazione ai PAI modello.

Presso i punti aziendali con maggiore passaggio ed affluenza dell'utenza, quali atrio, CUP, poliambulatori, sono stati allestiti dei punti di informazione e di accoglienza gestiti con la collaborazione delle Associazioni di Volontariato.

- E' stata effettuata in data 1 febbraio validazione dell'integrazione della piattaforma HeMa 3.0 di Accura con il SISS relativa all'intero percorso. Realizzate tutte le funzioni di interfaccia verso i sistemi centrali, con riconoscimento ed arruolamento del paziente ed interfaccia con FSE completa per la pubblicazione dei PAI (Primo PAI pubblicato 9/2/2018).

- E' stato presidiato il sistema MOSA (tramite PDL SISS con carta operatore con ruolo "amministrativo") per la gestione delle manifestazioni di interesse dai pazienti: abilitato il personale del Centro Servizi. Previsto controllo due volte al giorno.

- Sono in corso di predisposizione le Convenzioni con i soggetti erogatori accreditati contrattualizzati con i quali sono stati sottoscritti i contratti di avalimento e/o che sono stati valutati idonei come erogatori da ATS Città Metropolitana di Milano. Tali Convenzioni riguarderanno sia le prestazioni che questa ASST non eroga direttamente, sia le prestazioni che ASST eroga ma che necessitano di un supporto in termini di volume.



- Nel mese di febbraio è stato creato presso il CUP del Presidio di Vizzolo Predabissi uno sportello dedicato alla Presa in carico con l'utilizzo del regola coda (come già fatto presso il POT di Vaprio)

2.4 Sviluppo implementazione monitoraggio PDTA aziendali anno 2017

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

RISULTATI RAGGIUNTI / REALIZZAZIONI 2017

Rispetto ai PDTA aziendali l'attività prevalente ha riguardato il monitoraggio:

- dell'Infarto miocardico acuto, dello Scompenso cardiaco, della BPCO, delle polmoniti, dell'ictus attraverso gli indicatori Agenas;
- la Profilassi antibiotica e Profilassi TVP/EP attraverso l'analisi campionaria di cartelle cliniche;
- le complicanze in sala parto attraverso gli indicatori Agenas e i trigger nel CEDAP
- la Sepsis attraverso la selezione dei casi con metodo AHRQ e Angus e l'analisi campionaria delle cartelle cliniche.



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

RAGGIUNGIMENTO RISULTATO 2017

Prosegue l'attività della la "Breast Unit" (Centro di Senologia) aziendale presso il PO di Vizzolo, in collaborazione tra il Dipartimento Oncologico e il Dipartimento di Chirurgia, che rappresenta un modello di assistenza specializzato in diagnosi e cura del carcinoma mammario con l'obiettivo di garantire alle pazienti un approccio multi-disciplinare più completo, una migliore organizzazione, e migliori cure nel minor tempo possibile.

Il 2017 ha visto un incremento della numero di pazienti affetti da patologia trattati secondo il PDTA.



2.5 Standard qualità. Gestione rischio clinico, appropriatezza

Obiettivo: migliorare standard di qualità e gestione complessiva del rischio.

2.5.1 Standard di qualità

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 Immunematologia/Medicina Traslusionale									100%			
certificazione ISO9001: Microbiologia									100%			
certificazione ISO9001: Anatomia Patologica									100%			
certificazione ISO9001: Pronto Soccorso												100%
certificazione ISO9001 approvigionamenti								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 2017

Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale Riabilitativo (PDTAR) per popolazione e i pazienti con Demenza	realizzazione 2017			
	1trim	2trim	3trim	4trim
Approvazione del PIMO Programma Integrato Miglioramento Qualità				
Ridefinizione funzioni Qualità e Risk Management				
Mantenere certificazione ISO9001 a struttura certificata (Formazione)				
Certificazione ISO9001: Immunoematologia/Medicina Trasfusionale				
Certificazione ISO9001: Microbiologia				
Certificazione ISO9001: Anatomia Patologica				
Certificazione ISO9001: Pronto Soccorso				
Certificazione ISO9001: Approvvigionamenti				100%

Realizzazione PIMO: È stata regolarmente inviata la check-list di autovalutazione a Regione Lombardia. Inoltre l'azienda ha rendicontato in seguito a visite ispettive di Regione Lombardia, mediante la società Ernest&Young, relativamente agli standard di qualità (verbale anno 2017).

Ridefinizione funzioni qualità e Risk management: successivamente all'approvazione del POAS in maggio 2017 le funzioni del Risk-management sono state assegnate alla specifica unità operativa.

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

Mantenimento certificazione ISO9001 a Struttura di Formazione: UNI EN ISO 9001/98 confermato (audit 13/12/2017) Progettazione ed erogazione della formazione al personale interno ed esterno nell'ambito del Servizio Sanitario, accreditato secondo il modello ECM e non. (Verbale 13/12/2017)



Il programma di implementazione della norma ISO 9001 nei servizi di:

Servizio di Immunoematologia/Medicina Trasfusionale, Servizi di Microbiologia, Anatomia Patologica, Pronto Soccorso, Approvvigionamenti è ufficialmente cominciato nel 4° trim 2017 con un incontro formativo sulla nuova edizione 2015 della norma e con l'analisi dei processi, la mappatura dei rischi e delle procedure.

Nel 4° trim 2018 avranno luogo le visite di certificazione da parte di Bureau Veritas.



2.5.2 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 appropriate 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 DGW² 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 2017

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

² Direzione Generale Welfare Regione Lombardia



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 cardiotossicità da antineoplastici i risultati sono superiori a quelli programmati.

Sulle attività di “peer review” in sala operatoria è stata stabilita una valutazione supplementare nel 2018, in seguito al completamento delle nuove sale operatorie nel presidio di Vizzolo Predabissi.

2.5.3. Appropriatelyzza

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 minore PS				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 2017

I programmi di verifica sono stati avviati.

1. Verificato a campione l'appropriatezza delle prestazioni. La verifica campionaria di appropriatezza delle prestazioni in alcuni percorsi clinico assistenziali si è focalizzata nel 2017 sulla gestione dei casi di sepsi.



2. Mantenuta l'elevata percentuale di appropriatezza di profilassi antibiotica e antitrombotica in chirurgia; E' stata fatta su un campione di cartelle cliniche la profilassi antibiotica e antitrombotica in chirurgia.

Sono state implementate, in tutti i presidi, visite trimestrali incentrate sulla sicurezza del paziente in sala operatoria.

- Continuata l'implementazione delle schede di sicurezza dei farmaci ad alto rischio in ambito pediatrico e per la gestione appropriata degli antibiotici ad alto costo. Sono state introdotte nell'anno 2017 le richieste motivate.

- Implementata la prevenzione della cardiotoxicità dei farmaci neoplastici.

- Ai fini della promozione della riconciliazione della terapia farmacologica (raccomandazione ministeriale 17) nell'anno 2017 sono state organizzati due eventi ed è stato avviato un progetto pilota per la riconciliazione del paziente fragile in oncologia.

3. SDO. Nel 2017 non sono stati organizzati incontri formativi specifici sulla qualità della codifica

delle SDO; verranno svolti nel 2018 in vista delle modifiche organizzative in questo ambito in corso di realizzazione nella nostra ASST e in seguito alle novità introdotte dalla Regione.



3 Percorsi amministrativi

3.1 Accoglienza-dematerializzazione-accessibilità

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;

RISULTATI/ATTUAZIONI 2017

3.1.1 Accoglienza

In riferimento all'ampliamento della fascia oraria per l'accesso ai poliambulatori di seguito si dettaglia quanto è stato fatto nell'anno 2017:

- **Ortopedia** mercoledì e giovedì dalle ore 17.00 alle ore 19.00
- **Radiologia ecografie** martedì e mercoledì dalle ore 16.00 alle ore 18.00
- **Radiologia RMN** lunedì martedì, mercoledì dalle 16.00 alle 20.00
- **Ginecologia visite** mercoledì, giovedì e venerdì dalle ore 17.00 alle 18.00
- **Medicina ecografie** mercoledì dalle ore 16.30 alle ore 19.30 sabato dalle ore 8.30 alle ore 12.30
- **Medicina ecocolordoppler** mercoledì dalle ore 16.30 alle ore 20.00 sabato dalle ore 8.30 alle ore 12.30
- **Cardiologia : ecocardioppler cardiaco** lunedì dalle 17.00 alle 18.00
- **Oculistica** martedì, mercoledì e venerdì dalle ore 15.30 alle ore 19.30(in modo discontinuo)
- **Oncologia** mercoledì dalle ore 17.00 alle 19.00



Ampliamento della fascia oraria poliambulatori ottenuto, con incremento orario di gran lunga superiore all'obiettivo di 5 ore settimanali previsto dall'Ats di riferimento

2. Per la riduzione dei tempi d'attesa il confronto del dato è fatto tra l'anno 2016 e il 2017.

Il numero degli accessi complessivi nel 2017 è diminuito del 1,1% rispetto al 2016, invece in particolare è aumentato il numero degli accessi con codici verdi e bianchi.

Il tempo d'attesa dei pazienti "codice bianco" è in linea rispetto all'anno precedente (da 75' a 77') nonostante l'incremento del numero di questa tipologia di accessi (da 28.056 a 28.267).

I tempi d'attesa dei "codici verdi" sono proporzionalmente aumentati, (da 57' a 61') rispetto ai maggiori accessi (da 102.605 a 103.011).

Solo per il tempo d'attesa per pazienti "codice rosso" il confronto è fatto con l'anno 2015, con il quale risulta in linea, non è stato possibile reperire il dato 2016.

TOTALE PRESID				
	2016	2017	Delta VA	Delta %
Accessi Totali	137.282	135.793	-1.489	-1,1%
di cui da 118 (%)	14,4%	15,3%	-	0,9%
di cui Diretti (%)	0,0%	0,0%	-	0,0%
Tempi di Permanenza Medi	184	194	11	5,8%
di cui Triage Rosso	252	254	2	0,9%
di cui Triage Giallo	278	291	13	4,6%
di cui Triage Verde	174	182	9	4,9%
di cui Triage Bianco	152	160	8	5,3%
Tempi di Attesa Medi	55	57	2	4,5%
di cui Triage Rosso	24	8	-17	-69,0%
di cui Triage Giallo	22	22	0	0,7%
di cui Triage Verde	57	61	4	6,7%
di cui Triage Bianco	75	77	2	2,3%
Tempi di Processo Medi	129	137	8	6,3%
di cui Triage Rosso	227	246	19	8,4%



di cui Triage Giallo	257	270	13	5,0%
di cui Triage Verde	117	122	5	4,0%
di cui Triage Bianco	78	84	6	8,2%

ANNO	2016	2017	delta %
Accessi	251	211	-15,9%
Accessi	102.605	103.011	0,4%
Accessi	4.801	4.125	-14,1%
Accessi	28.056	28.267	0,8%

3.1.2 Dematerializzazione

RAGGIUNGIMENTO RISULTATO AL 2017

Per l'incremento dell'utilizzo della ricetta elettronica ed estensione della digitalizzazione della documentazione clinica.

Anno	Trimestre	Attività
2017	I	Digitalizzazione dei referti di anatomia patologica (Istologici, citologici, etc.) del presidio ospedaliero di Cernusco
	II	
	III	Estensione dell'utilizzo del software di ambulatorio per la work list, produzione referti ambulatoriali ed erogazione delle prescrizioni negli ambulatori di cardiologia, Oncologia, Nefrologia e Pneumologia. Formazione agli specialisti per la diffusione dell'utilizzo della prescrizione elettronica e dei referti. Attività di supporto all'utenza (change management)
	IV	Attivazione della NRE in tutte le fasi di prescrizione (ambulatorio e reparto), prenotazione, presa in carico, accettazione ed erogazione. Attività di supporto all'utenza (change management) Attivazione strumenti informatici a fine 2017: - prescrizione: 100% (tramite Trakcare, SGP Ambul o modulo prescrittivo) - verbali di pronto soccorso: 100% - lettere di dimissioni: 100% - referti ambulatori territoriali: 100% - referti ambulatoriali ospedalieri: 50% L'utilizzo reale delle ricette elettroniche è incrementato nel modo seguente: Inizio 2017: 40 medici prescrittori, 5.000 ricette (SISS) al mese



4 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.

Anno 2017

Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni

MELZO	12,65%
VIZZOLO	20,75%
CERNUSCO	13,98%

Proporzione di parti con taglio cesareo primario

MELZO	18,78%
VIZZOLO	13,28%

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni

MELZO	87,12%
VIZZOLO	85,71%
CERNUSCO	86,18%

Vizzolo Predabissi, Giugno 2017

Il Commissario
(Dr. Tommaso Russo)