



Piano della Performance Anno 2016-18



www.amelegnano.it



Indice

1. Premessa e novità della LR nr.23/2015.....	3
2. Inquadramento del Piano della Performance	4
3. Valori e mission “non solo curare ma prendersi cura”	10
4. Analisi, diagnosi e strategia	11
4.1. ANALISI DI CONTESTO, DIAGNOSI, E ATTRIBUZIONE RESPONSABILITA’	12
4.1.1. ANALISI DI CONTESTO E DIAGNOSI	12
4.1.2. ATTRIBUZIONE RESPONSABILITA’: PROCESSO DI BUDGET E VALUTAZIONE DIRIGENZA.....	14
4.2. STRATEGIA (TERAPIA).....	18
4.2.1. RIPOSIZIONAMENTO E RIORGANIZZAZIONE OFFERTA.....	18
4.2.2. ADEGUAMENTO PERCORSI E PROCESSI.....	21
5. Obiettivi specifici del Piano.....	22
5.1. Focalizzazione e specializzazione Rete Ospedaliera.....	23
5.2. Rete ambulatoriale e territoriale: Progetto ‘EOS - Equità Omogeneità Sostenibilità’	26
5.3. La gestione del percorso-paziente secondo il modello della presa in carico.....	28
5.4. Standards di qualità, gestione rischio clinico, appropriatezza	30
Sviluppo implementazione monitoraggio PDTA aziendali.....	32
5.5. Investimenti	35
6. INDICATORI	37



1. Premessa e novità della LR nr.23/2015¹

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.

Tale conferimento amplia il profilo aziendale, che acquisisce settori di attività prima non presenti. Essi saranno pertanto oggetto di assessment-valutazione coerentemente con il percorso di integrazione, con gli stessi criteri adottati sino a fine 2015 per la preesistente azienda, e mano a mano che si assesterà la nuova organizzazione.

Nuovo profilo della ASST Melegnano-Martesana

L'Azienda Ospedaliera di Melegnano è operativa dal 1 gennaio 1998; con delibera n. 541 del 29/6/1998 ha adottato il primo Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale (P.O.F.A.), con delibera n. 307 del 16/4/2004 ha adottato un nuovo Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale che è stato ulteriormente integrato e modificato con delibera n. 448 del 28/6/2006.

Con deliberazione 405 del 30.5.2013 è stato approvato il Piano di Organizzazione Aziendale (POA). Con Delibera nr. 686 del 25/10/2016 è stato adottato il "POAS - Piano di Organizzazione Aziendale Strategica dell'Azienda Socio Sanitaria di Melegnano e della Martesana", in fase di approvazione da parte di Regione Lombardia.

Con il conferimento del ramo d'azienda scisso dalla ATS della città metropolitana di Milano si è ampliata ed arricchita l'offerta di servizi alla popolazione del territorio, quale esito atteso dell'integrazione che la Riforma prevede, e i cui contenuti troveranno formalizzazione con l'approvazione del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico adottato, quando approvato da parte della Regione Lombardia.

¹ "Evoluzione del Servizio Socio Sanitario lombardo: modifiche al Titolo II LR nr.33/2009 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità)"



2. Inquadramento del Piano della Performance

Secondo il disposto dell'art.10 D.Lgs. n.150/2009 e s.m.i. (cd.Decreto Brunetta), sebbene non strettamente vincolante per gli enti del Sistema sanitario nazionale, le amministrazioni pubbliche redigono un documento programmatico, denominato **Piano della performance**, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che **individua indirizzi e obiettivi strategici e operativi** e definisce al contempo gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché quelli assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori.

Esso recepisce inoltre quanto previsto dall'art.2 comma 1 del DPR 9/5/2016 nr 105:

Art.2 Promozione e coordinamento delle attività di misurazione e valutazione della performance

1. Il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri (di seguito «Dipartimento») promuove e coordina le attività di **valutazione e misurazione della performance delle amministrazioni pubbliche** in conformità con i seguenti criteri:

- a) ridurre gli oneri informativi a carico delle amministrazioni pubbliche;
- b) promuovere la progressiva integrazione del ciclo della performance e del ciclo di programmazione economico finanziaria;
- c) supportare l'uso di indicatori nei processi di misurazione e valutazione;
- d) garantire l'accessibilità e la comparabilità dei sistemi di misurazione;
- e) introdurre progressivamente elementi di valutazione anche su un orizzonte temporale pluriennale e promuovere il progressivo avvicinamento dei sistemi di misurazione per amministrazioni operanti nei medesimi settori;
- f) differenziare i requisiti relativi al ciclo della performance in ragione della dimensione, del tipo di amministrazione e della natura delle attività delle diverse amministrazioni ed introdurre regimi semplificati;
- g) migliorare il raccordo tra ciclo della performance e il sistema dei controlli interni, incluso il controllo di gestione, e gli indirizzi espressi dall'Autorità nazionale anticorruzione in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione;
- h) accrescere l'indipendenza della valutazione della performance.

Il documento, adottato per la prima volta nel 2012, è aggiornato al triennio 2016-2018 in coerenza con la Programmazione della Regione Lombardia, mantenendo il rispetto dei principi definiti di misurazione e valutazione performance, assicurando in particolare:

- collegamento con gli strumenti istituzionali di programmazione, sia regionali sia aziendali, divenendo esso stesso documento di programmazione che recupera e integra vari aspetti strategici dell'azione dell'ASST, affiancandosi ed integrandosi a Bilancio di Previsione Economica (BPE) e al Sistema di Budget;
- adeguata chiarezza e trasparenza nell'illustrazione di indirizzi ed obiettivi rivolta in particolare a tutti i soggetti 'stakeholders': utenti e cittadini comuni, fornitori di beni e prestatori di servizi, istituzioni, associazioni ed enti del volontariato, collaboratori, partners e tutti quei soggetti che a vario titolo entrano in relazione con l'Azienda, configurandosi anche come importante strumento di comunicazione aziendale.



Il Piano della Performance è uno strumento di programmazione che integra e si collega con i vari altri strumenti di programmazione previsti:

- 1. Programma Integrato Miglioramento dell'Organizzazione P.I.M.O.² e Piano Pr.I.M.O. aziendale³.**
- 2. Gli strumenti di programmazione regionale**
- 3. Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza**

1. Raccordo col Programma Integrato Miglioramento dell'Organizzazione P.I.M.O. e Piano Pr.I.M.O. aziendale

Le regole per la gestione del Servizio Sanitario Regionale 2015 avevano introdotto l'utilizzo sistematico del miglioramento continuo dei processi aziendali attuato mediante l'utilizzo di un nuovo strumento, del Piano di Miglioramento della Qualità dell'Organizzazione (P.I.M.O.), obbligatorio per tutte le strutture di ricovero e cura della regione, pubbliche e private accreditate e a contratto.

Il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.), approvato con D.G.R. N. X/3652 del 05.06.2015, con le seguenti finalità:

- migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria
- promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale
- monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori

Si tratta di una piattaforma integrata all'interno della quale si inseriscono: il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, le verifiche interne e l'audit, le valutazioni di performance, il monitoraggio dell'organizzazione attraverso indicatori/obiettivi di tutte le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale lombardo a seguito di percorsi di sviluppo delle conoscenze del sistema.

² approvato con DGR N. X/3652 05.06.2015

³ con Deliberazione n. 418 del 29/6/2016 è stato adottato il "Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione – (PIMO) 2016" successivamente denominato 'PrIMO';



Il grado di raggiungimento degli obiettivi strutturati nel P.I.M.O. sarà valutato nel sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale. Inoltre le 'Regole di Sistema' del Servizio Sanitario Regionale di Regione Lombardia indirizzano verso una convergenza degli strumenti di programmazione, evitando il più possibile duplicazioni di sforzi e di attività.⁴

Pertanto il presente Piano accoglie, rappresenta e fa propri molti dei contenuti che fanno parte del PRIMO Programma Integrato di Miglioramento della Qualità (2016), del sistema complessivo di obiettivi aziendali assegnati dalla regione Lombardia, nonché nel rispetto dei vincoli di programmazione economico finanziaria assegnati dalla Regione.

Esso accoglie quindi, come detto, gli obiettivi di programmazione regionale assegnati alla ASST ('obiettivi di mandato' o 'strategici' ed 'obiettivi operativi'), quali espressi nei documenti di programmazione integrata tra obiettivi e risorse che vengono assegnati alla ASST.⁵

2. Collegamento con la gli strumenti di programmazione regionale

E' evidente che la mutazione in corso ad effetto dell'attuazione della riforma del SSR lombardo impone adeguamenti radicale della programmazione strategica aziendale, che si basa evidentemente sugli indirizzi di programmazione regionale, e in particolare sui seguenti documenti, nonché sulla stessa Legge di riforma:

- DCR n. IX/0088 del 17.11.2010 "Piano socio-sanitario regionale 2010-2014" (che s'intende attualmente in regime di proroga fino ad approvazione di un nuovo Piano)
- DGR n. X/2989 del 23.12.2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2015",
- la DGRL n. X/4702 del 29/12/2015 avente ad oggetto "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2016";
- la DGRL n. X/5514/2016 DEL 2/8/2016 "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA VALUTAZIONE DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE(ATS), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST) E AREU RELATIVA - DEFINIZIONE OBIETTIVI AZIENDALI PER L'ANNO 2016"

⁴ DGRL n. X/2989 del 23/12/2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015" con la quale sono state fissate le regole generali di sistema delle Aziende sanitarie della Lombardia; DGRL n. X/4702 del 29/12/2015 avente ad oggetto "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2016";

⁵ DGRL n. X/5514/2016 DEL 2/8/2016 "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA VALUTAZIONE DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE(ATS), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST) E AREU RELATIVA - DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI PER L'ANNO 2016"; DECRETO D.G.W. Regione Lombardia nr.9607 del 3/10/2016: "DGR 5514/2016: DEFINIZIONE INDICATORI DI DETTAGLIO IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI AZIENDALI 2016"



- DECRETO D.G.W. Regione Lombardia nr.9607 del 3/10/2016: “DGR 5514/2016: DEFINIZIONE INDICATORI DI DETTAGLIO IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI AZIENDALI 2016”

Come detto, a partire dai principali documenti di programmazione, l'ASST si è mossa nella direzione definita dalla riforma identificando alcuni maggiori obiettivi a carattere strategico sia per orizzonte temporale degli effetti attesi, sia per la rilevanza d'impatto sui servizi al cittadino nella fattispecie del bisogno di cura ed assistenza

OBIETTIVI STRATEGICI

- **Attuazione della Riforma L.R. n. 23/2015**
- **Riordino Rete d'Offerta**
- **Tempi di Attesa**
- **Investimenti**

OBIETTIVI OPERATIVI AZIENDALI 2016

- **Prevenzione e promozione della salute**
- **Innovazione e sviluppo**
- **Programmazione rete territoriale**
- **Programmazione polo Ospedaliero**

3. Raccordo con il Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza⁶

Il presupposto su cui si basa l'impianto normativo è che la **trasparenza dell'attività della pubblica amministrazione costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili** (ai sensi dell'art. 117 della Costituzione Italiana) e che essa si realizza tramite il massimo livello di pubblicità dell'azione amministrativa stessa (con la pubblicazione sui siti web istituzionali di atti, provvedimenti, dati e informazioni ritenuti di interesse per il cittadino).

La trasparenza amministrativa è di per sé stessa strumento di prevenzione e deterrente nei confronti di reati contro la P.A.

In particolare tutte le misure da realizzare ruotano intorno alla figura del Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, al quale compete:

⁶ Deliberazione n.26 del 28/1/2016 “Approvazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018”;



- la predisposizione del PTPC e del PTTI, che viene poi adottato ed aggiornato annualmente dal Direttore Generale;
- la verifica della sua efficace attuazione e della sua idoneità, nonché la proposta di eventuali modifiche, ove necessario;
- l'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione specifici previsti all'interno del Piano;
- la verifica dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (in particolare i procedimenti di "scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi" e "concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera" – art. 1, c. 16 lett. b e d della L. 190/2013).

Proprio per effetto dei citati provvedimenti e della previsione di integrazione e collegamento tra i dispositivi di prevenzione della corruzione introdotti dalla normativa (tipicamente il *Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione - PTPC* / *Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità - PTTI*) e gli strumenti aziendali di programmazione strategica e operativa, nel Piano della Performance **la Direzione dell'ASST ha previsto espressamente specifici obiettivi, azioni e risultati attesi.**

La trasparenza viene definita come **accessibilità totale delle informazioni che riguardano l'organizzazione e l'attività delle PA**, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo democratico sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubblicazione dei dati sui siti istituzionali.

Tale concetto di trasparenza è inteso a favorire la partecipazione dei cittadini e degli stakeholder all'attività delle Pubbliche Amministrazioni ed è funzionale a tre scopi:

- sottoporre a controllo diffuso ogni fase di **gestione della performance** per consentirne il miglioramento
- assicurare la conoscenza a cittadini e stakeholder, dei servizi resi dalle amministrazioni, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative e delle loro modalità di erogazione
- **prevenire fenomeni corruttivi;**
- **promuovere l'integrità** nelle pubbliche amministrazioni.

L'ASST Melegnano e della Martesana, in relazione a quanto suindicato, garantisce il rispetto del principio di trasparenza, consentendo una effettiva conoscenza delle azioni della stessa e agevolando la partecipazione dei cittadini attraverso le seguenti azioni:



- Sulla base delle linee guida elaborate dall'ANAC, adotta un Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità da aggiornare annualmente;

- pubblica dati, informazioni, documenti sul proprio sito istituzionale, per consentire un'effettiva conoscenza dell'azione dell'ASST. Tutti i dati formati o trattati devono essere integri, e cioè pubblicati in modalità tali da garantire che il documento venga conservato senza manipolazioni o contraffazioni; devono inoltre essere aggiornati e completi, di semplice consultazione, devono indicare la provenienza ed essere riutilizzabili (senza limiti di copyright o brevetto). L'obbligo di pubblicazione ha durata 5 anni che decorrono dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui decorre tale obbligo e comunque fino a che gli atti abbiano prodotto i loro effetti (fatti salvi i casi in cui la legge dispone diversamente).

- implementa la forma dell'accesso civico, per il quale tutti i cittadini hanno diritto di chiedere e ottenere che la ASST pubblichi atti, documenti e informazioni che detiene e che, per qualsiasi motivo, non ha ancora divulgato.

- costruisce un sito istituzionale su reti telematiche che rispetti i principi di accessibilità, nonché di elevata usabilità e reperibilità, anche da parte delle persone disabili, completezza di informazione, chiarezza di linguaggio, affidabilità, semplicità di consultazione, qualità, omogeneità ed interoperabilità.

E' disponibile sul sito del Dipartimento della Funzione Pubblica la Bussola della Trasparenza, uno strumento on line nato per monitorare il livello di trasparenza dei portali della Pubblica Amministrazione e per una verifica sul rispetto delle linee guida dei contenuti minimi diffuse dal Ministero della Funzione Pubblica. Attraverso le segnalazioni degli utenti e delle stesse PA viene stilata la classifica dei migliori siti della PA, pubblicata sullo stesso portale.



3. Valori e mission “non solo curare ma prendersi cura”

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale ASST Melegnano-Martesana è **un'Azienda che vive nel e col territorio, che vuol trattare non solo i bisogni ma le persone nei loro bisogni.**

Essa si caratterizza da sempre per un **forte radicamento sul territorio** ed è percepita come un'opportunità di risposta a molteplici esigenze della vita quotidiana da parte dei cittadini che vivono e lavorano in queste zone della città metropolitana di Milano.

Questa ASST si propone di offrire un modello di servizio sintetizzato dal motto: **“non solo curare ma prendersi cura”**, per una presa in carico della persona in tutti i suoi bisogni di salute e di assistenza, mettendo a disposizione la professionalità e le qualità umane dei propri collaboratori, sanitari, amministrativi e tecnici.

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.





4. Analisi, diagnosi e strategia

(non si può migliorare ciò che non si misura)

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".

Dal suo insediamento la Direzione Strategica ha impostato i lavori secondo un metodo preciso di lavoro, basato su:

4.1 ANALISI, DIAGNOSI, ATTRIBUZIONE RESPONSABILITA'

4.1.1 ANALISI DI CONTESTO E DIAGNOSI

4.1.2 ATTRIBUZIONE RESPONSABILITA' E PERCORSO BUDGET

4.2 STRATEGIA (TERAPIA)

4.2.1 RIPOSIZIONAMENTO/ RIORGANIZZAZIONE OFFERTA

- RETE OSPEDALIERA
- RETE AMBULATORIALE E TERRITORIALE

4.2.2 ADEGUAMENTO PERCORSI E PROCESSI

- PERCORSO PAZIENTE
- ACCESSIBILITA'
- APPROPRIATEZZA E GESTIONE DEL RISCHIO
- PERCORSI AMMINISTRATIVI



4.1. ANALISI DI CONTESTO, DIAGNOSI, E ATTRIBUZIONE RESPONSABILITA'

4.1.1. ANALISI DI CONTESTO E DIAGNOSI

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 ha evidenziato 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.

Pertanto 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 in ottica di presa in carico dei cronici e fragili tale offerta.

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 è stato misurato sul territorio il numero e la 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.

ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA

**6 OSPEDALI 788 POSTI LETTO
26 MILA RICOVERI ANNO**





4.1.2. ATTRIBUZIONE RESPONSABILITA': PROCESSO DI BUDGET E 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.



FASI DEL PROCESSO DI BUDGET

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 i Direttori di Dipartimento	Direzione Strategica Direttori di Dipartimento Controllo di Gestione	Gennaio/Febbraio
Elaborazione di proposta schede di budget delle singole UOC e trasmissione al Controllo di Gestione	Direttori di 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 del Dipartimento Direzione Strategica	Gennaio



Attuazione processo di budget nell'anno 2016.

Dal gennaio del 2016 la Direzione Strategica ha subito avviato un processo di analisi, diagnosi e implementazione di soluzioni organizzative secondo un preciso percorso:

ASSEGNAZIONE

Gennaio 2016: ANALISI DEL CONTESTO E DI 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, con 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 operativi⁷ 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 Lombardia⁸ 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 Sistema Sanitario Regionale e Nazionale, e della programmazione economico-finanziaria regionale e nazionale.

⁷ DGR n. 5514 del 2/8/2016

⁸ Decreto DGWelfare 9607 del 3/10/2016



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 con correlate 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, sia a verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati, sia della professionalità espressa alla scadenza degli incarichi ricoperti.

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 dirigenziale 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.



4.2. STRATEGIA (TERAPIA)

La strategia, sulla base della diagnosi effettuata, si è orientata nelle tre direzioni principali descritte:

4.2.1. RIPOSIZIONAMENTO E RIORGANIZZAZIONE OFFERTA

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 ed orientato all'Equità Omogeneità, Sostenibilità (EOS) prevede⁹ una riorganizzazione complessiva dell'offerta sulle tre reti fondamentali della ASST, integrandole tra loro:

- RETE OSPEDALIERA
- RETE AMBULATORIALE E RETE TERRITORIALE

- 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)
- 6 presidi specialistici ambulatoriali e socio-sanitari territoriali (PAT)
- 15 Strutture Socio- Sanitarie Territoriali

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	15
Totale	43	27

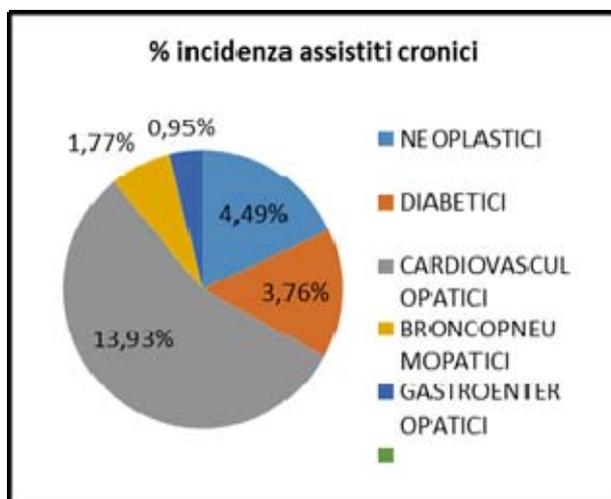
⁹ La programmazione della strategia ospedaliera e quella territoriale è già stata oggetto di presentazione in Conferenza dei Sindaci il 29 febbraio e il 20 luglio.



RETE AMBULATORIALE TERRITORIALE

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.

Tipologia Cronicità	Popolazione assistita	Assistiti		Assistenza specialistica ambulatoriale valorizzazione			Assistenza farmaceutica valorizzazione		
		assistiti cronici	% incidenza sul totale	totale ASL	assistiti cronici	% incidenza sul totale	totale ASL	assistiti cronici	% incidenza sul totale
NEOPLASTICI	650.006	29.153	4,49%	177.474.380	36.949.626	20,82%	150.324.493	31.608.226	21,03%
DIABETICI		24.435	3,76%		10.773.575	6,07%		15.763.513	10,49%
CARDIOVASCULOPATICI		90.532	13,93%		32.988.868	18,59%		41.373.530	27,52%
BRONCOPNEUMOPATICI		11.517	1,77%		3.450.876	1,94%		5.978.165	3,98%
GASTROENTEROPATICI		6.159	0,95%		2.501.919	1,41%		3.480.764	2,32%
Totale		157.870	24,29%		86.664.865	48,83%		98.255.914	65,36%



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.



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, un incremento di 247 ore alla settimana (per le quali richiedere l'accreditamento ex novo).

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

Il numero delle discipline specialistiche previste aumenteranno del 100% rispetto al numero delle attuali, e gli orari di accesso avranno un incremento del 68% rispetto agli attuali.

La riorganizzazione si propone decisamente di contrastare il deflusso già in atto da parecchi anni mettendo a disposizione dei pazienti un'offerta piena e integrata tra componente sanitaria e sociosanitaria, realizzata attraverso le economie di scala derivanti dalla concentrazione.

Nel nuovo assetto territoriale è stata 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 struttura di riabilitazione di Cassano d'Adda).



4.2.2. ADEGUAMENTO PERCORSI E PROCESSI

- **IL PERCORSO PAZIENTE**
- **ACCESSIBILITA'**
- **APPROPRIATEZZA E GESTIONE DEL RISCHIO**
- **PERCORSI AMMINISTRATIVI**

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.



5. Obiettivi specifici del Piano

5.1) 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)

5.2) 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.

5.3) Integrazione del percorso-paziente e modello della presa in carico

Integrare l'offerta di servizi complessiva in attuazione alla LR 23/2016 di riforma, garantendo la continuità di assistenza in particolare della cronicità e della fragilità, secondo il modello della presa in carico.

5.4) Gestione rischio, appropriatezza prestazioni, qualità e sicurezza cure

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

5.5) Percorsi amministrativi

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



5.1. 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%							

Trasferimento malati di Oncologia (19) e di Hospice (10) da Gorgonzola a Melzo e Cernusco.

La ASST ha trasferito la UO di Oncologia all'Ospedale di Cernusco, a seguito di valutazione che ha portato a specificare le diverse identità dei vari ospedali della Martesana.

L'Ospedale di Melzo non è in grado di ospitare le due Unità Operative di Oncologia e Cure Palliative, per mancanza di settori sufficientemente ampi. Il trasferimento dell'Oncologia a Cernusco e delle Cure Palliative a Melzo assicura al paziente oncologico e al malato terminale (non solo oncologico), un *continuum* diagnostico-terapeutico in sedi dove è assicurato completo supporto consulenziale (visite specialistiche e servizi di diagnosi e cura) oggi non presente a Gorgonzola.

La riorganizzazione complessiva delle attività sanitarie del bacino della Martesana individua Cernusco quale sede della UO di Oncologia, in virtù della capacità di erogazione di attività specialistiche a supporto di quelle oncologiche, quali la cardiologia e la nefrologia, spesso richieste come attività consulenziali a seguito della ricorrenza di manifestazioni patologiche complicanti il trattamento chemioterapico e si inseriscono in un percorso diagnostico terapeutico di qualità che vede al centro il paziente, proponendo modelli organizzativi efficienti e sostenibili per il completamento del percorso di diagnosi e cura prima, durante e dopo le terapie antitumorali.

Nell'ospedale di Cernusco si è reso disponibile inoltre un piano di degenza al terzo piano, recentemente ristrutturato, adeguato ad ospitare le attività oncologiche di Gorgonzola.

Realizzazione Polo Aziendale Specialistico di 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%				

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, mettendo inoltre a gara la ristrutturazione di ca3500mq di recente bonificati 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%								
completamento lavori										100%		
riduzione attività del punto di primo intervento da h 24 a orario diurno				100%								
effettuazione attività chirurgica in regime di day-surgery,					100%							
ampliamento attività ambulatoriali in accordo con progettualità approvata					50%	75%	100%					

Il processo di trasformazione dell'attuale presidio ospedaliero in POT è in corso.

I lavori di ristrutturazione sono avviati e l'organizzazione è stata interessata già dalle prime azioni di rafforzamento per la cura della cronicità e della non autosufficienza.

RIDUZIONE ATTIVITA' PUNTO DI PRIMO INTERVENTO: la prima azione di trasformazione, in ottemperanza al D.M. nr. 70 aprile 2015 ed alla progettualità approvata da Regione Lombardia con D.G.R X/2930 del 19 dicembre 2014, riguardava la riduzione di attività nel punto di primo intervento da H24 a H12, concentrandosi sulla fascia diurna..

Il PPI è oggi attivo dalle ore 08.00 alle ore 20 di tutti i giorni settimanali a partire dal 15 dicembre 2016.

Al fine di gestire l'eventualità della presentazione spontanea di utenti nelle ore notturne, il punto di primo intervento è presidiato, per un periodo limitato, dal sistema del 118 dalle ore 20 alle ore 08.00 per le urgenze.



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%				

L'obiettivo consiste nel riqualificare il presidio di Gorgonzola in una struttura denominata Pre-SST (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 Pre-SST garantirà un'ampia gamma di servizi ambulatoriali integrati con altri servizi, capaci di rispondere a tutti i bisogni socio-sanitari espressi dai residenti cronici e fragili:

- consultori,
- trattamento delle dipendenze,
- protesica,
- assistenza domiciliare integrata,
- continuità assistenziale

Saranno coinvolti gruppi di medici di medicina generale e pediatri con il compito di gestire dei piani assistenziali individuali per questa categoria di pazienti.

Tale conversione comporta concretamente un forte impegno sia sulla presa in carico sia sull'integrazione sanitaria e sociosanitaria. Si tratta di una serie di servizi a ciclo diurno che possono essere collocati presso gli attuali distretti o dei poliambulatori rivolti in particolare a pazienti cronici, complessi e fragili.

La programmazione prevede l'attivazione di 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).



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

Il progetto EOS andrà a ridisegnare 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)



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

22

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%				



5.3. La gestione del percorso-paziente secondo il modello della presa in carico.





Presa in carico paziente oncologico fragile e dimissioni protette	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
attivazione Centro Servizi				1/11								
avvio progetto prototipale				1/11								
monitoraggio risultati sperimentazione				x	x	x						
Progetto presa in carico integrato tra Servizi Ospedalieri e Dipartimento Dipendenze	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
avvio		x										
formalizzazione collaborazioni		x										
1° monitoraggio dati attività				x	x	x	x	x				
Il percorso di la presa in carico del paziente con diagnosi di Demenza	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
progettazione		x										
avvio			x									
monitoraggio					x	x	x	x				
Punto Intervento Dipendenze del Dipartimento Dipendenze	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
attivazione	x											
monitoraggio				x		x		x				
Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale Riabilitativo (PDTAR) per popolazione e i pazienti con Demenza	2016				2017				2018			
	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim	1trim	2trim	3trim	4trim
progettazione		x										
attivazione				x								
monitoraggio					x	x	x	x				



5.4. Standards di qualità, gestione rischio clinico, appropriatezza

Obiettivo: migliorare gli standards di qualità e la gestione complessiva del rischio.

STANDARDS 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 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), sulla base delle 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 la certificazione ISO 9001 nella struttura già certificata (Formazione), avviando contestualmente la transizione dalla norma ISO 9001:2008 alla 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



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 delle mani, appropriatezza della prescrizione dei trattamenti antibiotici);
3. Avviare un programma di **“peer review”**, concordato con DGW¹⁰, sulla sicurezza in sala operatoria.
4. Prevenzione del **rischio in sala parto** mediante la piena implementazione della procedura sulle emergenze ostetriche e delle 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 della **cardio-tossicità dei farmaci antineoplastici** (raccomandazione ministeriale n° 14) e **promozione della riconciliazione della terapia farmacologica** (raccomandazione ministeriale n° 17);

¹⁰ Direzione Generale Welfare Regione Lombardia



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.

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 – LA BREAST UNIT

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 e d'intesa col Dipartimento di Chirurgia è stata formalmente attivata la "Breast Unit" (Centro di Senologia) aziendale presso il PO di Vizzolo (Del. n.340 del 12.6.2014) che rappresenta modello di assistenza specializzato in diagnosi e cura del carcinoma mammario, in cui la gestione del percorso della paziente è affidata a un gruppo di esperti dedicati e con specifica formazione in ambito senologico.

Breast Unit è unità funzionale composta da un team coordinato e multidisciplinare, in grado di garantire livello adeguato di specializzazione delle cure in tutto il percorso (dallo screening fino alla riabilitazione psico-funzionale), consentendo di massimizzare la qualità sia delle prestazioni sia della vita delle pazienti, e di adottare nel contempo percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) aggiornati e conformi allo stato dell'arte delle linee guida nazionali e internazionali.

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



APPROPRIATEZZA EROGATIVA E PRESCRITTIVA

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.

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;



5.5. Investimenti

UTILIZZO DGR X/4189/2015

La Direzione aziendale, 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**.

E' stato predisposto un piano di che riguarda in particolare:

- Ammodernamento dotazione Anestesia-Rianimazione di Melzo;
- Sostituzione colonne endoscopiche per Chirurgia, Ginecologia, ORL e Endoscopia digestiva;
- Adeguamento dotazione dei diversi SIMT a seguito nuovi requisiti di accreditamento del Centro Nazionale Sangue
- Acquisizione attrezzature e apparecchiature dei blocchi operatori di Vizzolo e Melzo.

Per le sottoelencate apparecchiature, si è proceduto con contratti di noleggio:

- Sostituzione di n. 4 ecotomografi
- Acquisizione di un Angio OCT per l'Oculistica

A tutto il 31.12.2016 il piano di sostituzione tecnologie è stato attuato per il 75% dell'importo dedicato. Tale piano si completerà entro il 31 marzo 2017.

UTILIZZO DGR X/5135/2016

La Direzione ha inteso destinare l'intero importo assegnato di **€966.000,00** ai seguenti interventi:

- 1) € 450.000,00 - Ammodernamento tecnologico sale Operatorie: in particolare sono stati acquisiti parte dei tavoli operatori necessari alle sale operatorie di Vizzolo e di Melzo e sistemi di anestesia, acquisiti a dicembre 2016.
- 2) € 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. Gli interventi troveranno un loro completamento entro fine 2017.



UTILIZZO 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 nel dicembre 2016 ulteriori tavoli operatori a completamento della fornitura di cui alla DGR X/5135/2016.

UTILIZZO DGR n. X/5136 del 9.05.2016

Da ultimo con DGR n. X/5136 del 9.05.2016 Regione Lombardia approvava il VII atto integrativo dell'accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari con il quale veniva autorizzata questa ASST l'intervento denominato **“Adeguamento e razionalizzazione area per acuti del P.O. di Vizzolo Predabissi” per un importo di €27.550.000,00.**

Tale intervento, approvato da Regione Lombardia, non è ancora stato approvato da Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e Finanze. Pertanto non è ancora possibile temporizzare le attività ad esso collegate.



6. INDICATORI

Di seguito sono esposti alcuni indicatori di performance:

<i>FONTE: (portali regionali Regione Lombardia)</i>					
Indicatore	Presidio		2015	2016	2017
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità	Melzo	%	13,0	13,0	<13,0
	Vizzolo	%	12,9	13,8	<13,8
	Cernusco	%	12,0	11,9	<11,9
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Melzo	%	12,9	10,7	<10,7
	Vizzolo	%	11,0	8,5	<8,5
% Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione (assistiti >= 65 anni)	Azienda	%	53,1	81,4	>81,4

Vizzolo Predabissi, febbraio 2017

Il Direttore Generale
(Dott. Mario Nicola Francesco Alparone)