



Azienda Socio Sanitaria Territoriale Nord Milano

Deliberazione pubblicata all'Albo Informatico dell'Azienda
Dal 11/07/2019 al 01/08/2019

Il Responsabile U.O.C. Affari Generali
(dott.ssa Silvia Liggeri)

Deliberazione n. 438 del 09/07/2019

Tit. di Class. 1.1.02

A243
LS

OGGETTO: Relazione sulla Performance 2018

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATI:

- Il D.lgs. 30 marzo 2011, n. 165, "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- Il D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150 " Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" che, all'art. 10, "Piano della Performance e Relazione sulla performance" stabilisce l'adozione di un documento programmatico triennale denominato "Piano della Performance" in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio che individui gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- La Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazione da parte delle pubbliche amministrazioni;
- La Legge 11 agosto 2014, n. 114 di conversione del decreto legge 23 giugno 2014, n.90, con la quale si definisce che la competenza dell'ANAC, già CIVIT, relativa alla misurazione e valutazione della performance, di cui agli art. 7,8,9,10,12,13 e 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009, sono trasferite al Dipartimento della funzione pubblica;

- Il Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 2016, n. 105 “Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni”;
- Il D.Lgs 25 maggio 2016, n.97 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- La D.G.R. n. XI/1046 del 17 dicembre 2018 ”Determinazione in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2019”;

RICORDATO che con deliberazione 31 gennaio 2018, n. 60 questa ASST ha approvato il “Piano della Performance aziendale 2018”;

EVIDENZIATO che l’art. 10, comma 1, lett. b) del D.Lgs. 150/2009 così come modificato dal D.Lgs 25 maggio 2017, n.74, prevede che entro il 30 giugno di ciascun anno le amministrazioni redigano e pubblichino sul proprio sito istituzionale la relazione annuale sulla performance, approvata dall’organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall’OIV;

PRESO ATTO che nell’incontro del 28 giugno 2019 il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni , come da verbale agli atti, ha validato la relazione sulla Performance anno 2018;

RITENUTO di approvare la Relazione sulla Performance 2018, allegata al presente provvedimento quale parte integrante dello stesso (allegato 1) e di procedere alla pubblicazione del documento sul sito web aziendale, nell’apposita sezione “Amministrazione trasparente” entro il 30 giugno 2018;

ATTESO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio aziendale, così come attestato nell’ultimo foglio allegato alla presente deliberazione;

SU PROPOSTA del Responsabile dell’UOC Controllo di gestione, la quale attesta la legittimità e regolarità tecnico/amministrativa del presente provvedimento, come riportato nell’ultimo foglio;

PRESO ATTO del parere favorevole espresso, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario;

- d e l i b e r a -

per le motivazioni esposte in premessa:

1. di approvare la Relazione sulla Performance 2018”, allegata al presente provvedimento e parte integrante dello steso (allegato 1);
2. di disporre la pubblicazione della “Relazione sulla Performance 2018” sul sito web aziendale, nell’apposita sezione “Amministrazione trasparente”;
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
4. di dare mandato al Responsabile del Procedimento per tutti i necessari, successivi, incombenti all’esecuzione del presente provvedimento;
5. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell’art. 17, comma 6, della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33, e ss. mm.;
6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all’Albo Pretorio online aziendale, ai sensi dell’art 17, comma 6, della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33, e ss. mm.;
7. di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale.

(atti n. 45527/2012)

Parere favorevole:


IL DIRETTORE
SANITARIO
(d.ssa Anna Lisa Fumagalli)


IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(dott. Giovanni Palazzo)


IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(d.ssa Barbara Mangiacavalli)


IL DIRETTORE GENERALE
(d.ssa Elisabetta Fabbrini)

deliberazione del Direttore Generale n. 438 del 09 LUG. 2019, avente all'oggetto:

“Relazione sulla Performance 2018”

Il sottoscritto Responsabile della U.O.C. Controllo di gestione e Responsabile del procedimento:

ATTESTA

la legittimità e regolarità tecnico/amministrativa del presente provvedimento;

DICHIARA

- di avere acquisito dalla competente U.O.C. Bilancio e Risorse Finanziarie l'attestazione della copertura finanziaria dei costi e/o degli introiti rivenienti dal presente provvedimento, i quali vengono annotati a bilancio come segue:

al conto economico n. _____
_____ dell'anno _____ per Euro _____

al conto economico n. _____ descrizione: _____
_____ dell'anno _____ per Euro _____

al conto economico n. _____ descrizione: _____
_____ dell'anno _____ per Euro _____

in attesa della stesura definitiva del bilancio preventivo del/i relativo/i esercizi/i

OVVERO

- che il presente provvedimento non comporta alcun onere.

Il Responsabile della U.O.C. Controllo di gestione
e Responsabile del procedimento
(dott. Lucia Salvaggio)

Il Responsabile della U.O.C. Bilancio e Risorse Finanziarie conferma:

- la copertura economica del presente provvedimento e l'annotazione a bilancio sopra riportata
- che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico del bilancio.

Il Responsabile della U.O.C. Bilancio e Risorse Finanziarie
(dott.ssa Domenica Luppino)



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Nord Milano

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2018

**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
NORD MILANO**

Indice

1. Premessa	3
2. L'Azienda	3
3. Attività 2018	4
3.1 L'attività di diagnosi e cura	4
3.2 Il Bilancio	4
4. Obiettivi di Interesse regionale, RAR e obiettivi di performance organizzativa	5
4.1 Obiettivi di interesse regionale	5
4.2 Obiettivi Risorse aggiuntive regionali	5
4.3 Obiettivi di Performance organizzativa	6
5. Qualità e sicurezza delle cure – risk management	7
6. Anticorruzione e performance	10
7. La misurazione delle performance: gli indicatori di risultato	10
8. Conclusioni	18

1. Premessa

La relazione delle performance è redatta ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate nell'anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

2. L'Azienda

Con DGR del 10 dicembre 2015 n. X/4478 è stata costituita l'A.S.S.T. Nord Milano. Dal 1 gennaio 2017, in attuazione della Legge Regionale n. 23/2015 così come indicato dalla Delibera Regionale X/5954 del 05/12/2016, gli ex Distretti 6 di Sesto San Giovanni (MI) e 7 di Cinisello Balsamo (MI) prima appartenenti all'ATS Milano Città Metropolitana, afferiscono all'ASST Nord Milano.

L'A.S.S.T. Nord Milano è costituita da:

Presidio Ospedaliero Edoardo Bassini di Cinisello Balsamo;
Presidio Ospedaliero Città di Sesto San Giovanni;

21 Poliambulatori, di cui 19 distribuiti nell'area urbana della città di Milano e 2 in area extraurbana.

n. 9 Consultori familiari e n. 2 centri vaccinali (sezione territoriale).

La sede legale è in viale Matteotti, 83 – 20099 Sesto San Giovanni (Mi).

Con Deliberazione 454 del 13/07/2017, come parzialmente modificata con deliberazione 493 del 24/07/2017 l'ASST Nord Milano ha adottato il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2016-2018 (POAS), così come previsto dalle Regole di sistema 2016, approvato dalla Giunta Regionale con DGR n. X/6959 del 31/07/2017.

Le strutture sanitarie erogano prestazioni di alta specialità di ricovero e ambulatoriale che garantiscono le cure a tutte le fasce di età della popolazione grazie all'offerta di molteplici discipline specialistiche, di seguito elencate:

- riabilitazione,
- ortopedia
- chirurgia
- medicina
- pediatria
- cardiologia
- neurologia
- urologia
- nefrologia e dialisi
- pneumologia

- neuropsichiatria Infantile
- psichiatria
- ostetricia e ginecologia
- medicina di laboratorio
- diagnostica per immagini
- oncologia
- oculistica
- otorinolaringoiatria
- senologia
- cure palliative
- geriatria
- anestesia e rianimazione

Sono presenti inoltre presso il presidio ospedaliero Bassini il reparto “Hospice” e il reparto “Subacuti” con 20 letti tecnici, e presso il PO di Sesto San Giovanni un altro reparto “Subacuti” con altrettanti 25 posti tecnici.

3. Attività 2018

3.1 L'attività di diagnosi e cura

L'azienda opera mediante due Ospedali con 551 posti letto, di cui n. 45 letti tecnici dedicati alle cure “subacuti”. L'attività sanitaria dell' ASST Nord Milano è volta a soddisfare i bisogni di salute degli utenti che ad essa si rivolgono, attraverso l'erogazione di servizi di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo, a livello cittadino, regionale ed extra regionale.

Assicura annualmente circa 13.266 ricoveri in regime ordinario e 2.678 ricoveri in regime diurno DH/DS, con circa 880 parti. Eroga inoltre circa 3.248.000 prestazioni specialistiche ambulatoriali presso i Presidi ospedalieri e i Poliambulatori territoriali.

3.2 Il Bilancio

L'ASST Nord Milano ha un bilancio di 211 milioni di euro. L'obiettivo prioritario è quello di garantire l'equilibrio economico-finanziario come previsto dal D.lgs 502/92 e dalla L.R. 30 dicembre 2009, n.33. L'Azienda ha predisposto nel corso dell'anno i Conti Economici trimestrali (CET) e il Bilancio di esercizio 2018 nel rispetto dei valori assegnati da Regione e del contratto stipulato con l'ATS Città Metropolitana, nonché dei limiti di costo stabiliti dalle Regole di sistema 2018, ai sensi della D.G.R X/7600/2017, salvaguardando nello stesso tempo il livello di servizio offerto all'utenza.

4. Obiettivi di Interesse regionale, RAR e obiettivi di performance organizzativa

4.1 Obiettivi di interesse regionale

Gli obiettivi sono stati assegnati all'Azienda con DGR n. XI/415 del 2.08.2018 " Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di tutela della salute (ATS), delle Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) e dell'AREU e alla corresponsione della relativa retribuzione di risultato ai direttori generali – anno 2018". Sono state individuate all'interno dell'Azienda le strutture responsabili per ogni obiettivo. Sono stati verificati due stati di avanzamento infrannuali (settembre e prechiusura a dicembre). Entro la scadenza del 18.06.2019 è stata inserita all'interno del Portale di Governo Regionale la rendicontazione degli obiettivi.

4.2 Obiettivi Risorse aggiuntive regionali

I progetti, definiti sulla base delle indicazioni regionali e delle intese sindacali , condivisi con la RSU e RSA aziendali e validati dal Nucleo di Valutazione (NVP) hanno avuto avvio nel mese di settembre 2018 e si sono conclusi nel mese di dicembre. Hanno coinvolto tutto il personale dell'Azienda e gli obiettivi in essi declinati sono stati raggiunti. Di seguito vengono presentati i singoli progetti:

macro obiettivo 1 - "attuazione di percorsi clinico assistenziali per presa in carico globale del paziente cronico, attraverso la promozione di forme di integrazione organizzativa

Titolo del progetto: Il percorso di presa in carico: patto di cura, modelli organizzativi e strumenti operativi

macro obiettivo 3 – applicazione/revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici inerenti le condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, individuate dalle 17 Raccomandazioni Ministeriali.

Titolo del progetto: Raccomandazioni ministeriali: aggiornamento –predisposizione di procedure per ASST Nord Milano

macro obiettivo 6: informazione all'utenza in ordine ai cambiamenti organizzativi in applicazione alla legge regionale 23/15 in merito alle vaccinazioni e alla medicina legale.

Titolo del progetto: Vaccinazioni, percorso nascita e nuovo calendario vaccinale 2017-2019

Titolo progetto: Fascicolo elettronico degli accertamenti medico legali

I progetti sono stati realizzati al 100% come da crono programma da tutto il personale dirigente e del comparto.

4.3 Obiettivi di Performance organizzativa

Per la definizione degli obiettivi 2018, sono stati effettuati incontri tra la Direzione, i Responsabili di Staff, i Direttori di Struttura Complessa e i Coordinatori. Sono stati resi disponibili i dati di attività di ogni struttura, gli indicatori più significativi, le risorse disponibili (umane, tecnologiche e di beni e servizi). Inoltre sono stati presi in considerazione i risultati raggiunti nell'anno precedente dalle Unità Operative, sia in termini di efficienza che di miglioramento della qualità e sicurezza delle cure, le indicazioni contenute nelle regole di gestione del SSR e le attività concordate con ATS Milano Città Metropolitana.

Gli obiettivi si articolano in tre aree:

Risposta alla domanda di assistenza. (peso 30)

Le azioni da intraprendere devono mirare ad assicurare le prestazioni sanitarie richieste, sia di ricovero che ambulatoriali, nel rispetto dei parametri di efficienza. Gli indicatori riguardano sia il valore della produzione che i costi sostenuti. Si precisa che i costi riguardano solo la quota di costi diretti, governabili dal personale operante nelle strutture di diagnosi e cura (farmaci, dispositivi, spese economiche, servizi sanitari).

Verrà valutata in base al raggiungimento dei valori di produzione e di costi concordati. Ogni indicatore previsto dalla scheda budget verrà valutato separatamente: produzione ambulatoriale, produzione ricoveri, costi diretti, costi sanitari per 1000 € di produzione, costi per prestazioni interne per 1000 € di produzione. Per ciascun indicatore l'obiettivo si considera raggiunto al di sopra del 98% rispetto a quanto concordato. Tra il 90%-98% l'obiettivo viene dato in proporzione. Al di sotto del 90% l'obiettivo si ritiene non raggiunto.

Appropriatezza e qualità. (peso 30)

Gli obiettivi sono distinti tra dirigenza e comparto.

Gli obiettivi individuati vertono verso l'implementazione della legge regionale 23 e del percorso della presa in carico. L'ASST Nord Milano identificata come gestore, dovrà garantire di poter offrire al paziente cronico una presa in carico completa, un servizio integrato che gli consenta di effettuare prestazioni, visite e accertamenti specifici.

Inoltre viene posta attenzione sulla appropriatezza delle cure attraverso una più puntuale rilevazione del paziente fragile attraverso la compilazione della griglia di rilevazione del rischio sociale.

Per il comparto sono stati individuati obiettivi mirati al miglioramento della qualità della documentazione sanitaria sia nelle aree di degenza sia nelle aree propriamente ambulatoriali.

Performance aziendale. (peso 40)

Ogni UO partecipa al raggiungimento degli obiettivi aziendali di interesse regionale. All'interno di questi viene data enfasi all'appropriatezza delle prestazioni erogate. In particolare per le aree di degenza sono stati introdotti indicatori di PNE (Programma Nazionale Esiti), indicatori di performance e indicatori di appropriatezza. Ove mancanti sono stati definiti con i clinici indicatori di esito/processo attinenti all'attività della struttura.

Obiettivi specifici sono stati previsti per i servizi. (laboratorio, radiologia e rianimazione-anestesia). E' stato infine introdotto un obiettivo che richiama la normativa di anticorruzione e trasparenza e che coinvolge tutto il personale dirigente e del comparto.

Tutti gli operatori afferenti alle singole Unità Operative sono stati coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi. Gli obiettivi sono stati monitorati durante l'anno con periodicità mensile. Le situazioni critiche sono state segnalate tempestivamente e sono state attivate le opportune contromisure.

Il raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa è risultata essere di 99,4% per il comparto e di 97,6% per la dirigenza.

E' stata inoltre effettuata la valutazione delle performance individuali. Il personale del comparto ha avuto una valutazione pari a 89% mentre il personale della dirigenza ha ottenuto una valutazione pari a 88% .

5. Qualità e sicurezza delle cure – risk management

Area qualità

Il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), coordinato dalla UOS Qualità e Risk Management (QUARM), nell'anno 2018 ha promosso, attraverso il sistema integrato di gestione della qualità e del rischio, il miglioramento continuo della qualità dei servizi aziendali ed assistenziali ed ha assicurato per tutte le Unità Operative ed i Servizi di ASST Nord Milano, azioni finalizzate a mantenere una "cultura diffusa" della Qualità e del Rischio ed a verificare l'appropriatezza, la qualità, la sicurezza, l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni.

Nell'anno 2018 le attività condotte per il monitoraggio della qualità delle cure di ASST Nord Milano sono state pubblicate sulla piattaforma PRIMO che nello specifico costituiscono il **Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione** di Regione Lombardia attraverso le attività:

- di compilazione della Check-list di autovalutazione;
- di compilazione del Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO);
- di compilazione degli Audit PNE.

In particolare per l'Audit relativo al tumore della mammella è stata effettuata una rilevazione inserita nell'ambito del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione. L'attività di Audit ha coinvolto i professionisti che costituiscono l'èquipe multidisciplinare della Breast Unit e che verte sull'applicazione del PDTA aziendale, sulla raccolta, sull'analisi dei dati dell'attività di chirurgia senologica e di follow up delle donne assistite da ASST Nord Milano.

E' stata costante durante l'anno 2018 l'attività di analisi e monitoraggio delle informazioni e dei dati aziendali contenuti:

- 1 nell'AREA Valutazione (AUTOVALUTAZIONI)
- 2. nell'AREA Performance (VALUTAZIONI PERFORMANCE AZIENDALI)
- 3. nell'AREA Audit (PNE, CLINICO-ORGANIZZATIVI)
- 3. nell'AREA MONITORAGGIO INTERNO INDICATORI
- 4. nell'AREA Obiettivi (Programmazione e rendicontazione OBIETTIVI AZIENDALI ed OBIETTIVI DG)

-5. nell'area PIMO (Piani Integrati di miglioramento dell'Organizzazione sviluppo e monitoraggio).

La piattaforma PRIMO è stata costantemente consultata per l'osservazione e l'analisi degli indicatori che rientrano nel cruscotto direzionale e per quelli relativi al Piano di miglioramento delle performances di ASST Nord Milano, infatti, dall'inizio dell'anno 2018 e durante lo stesso anno sono stati numerosi gli incontri tenutisi con il Direttore Sanitario, con i Direttori di Dipartimento di ASST Nord Milano, i Direttori delle UU.OO allo scopo di illustrare, analizzare i dati relativi agli indicatori PNE e del Network delle Regioni, pubblicati sul portale di Governo di Regione Lombardia, al fine di assicurare il monitoraggio del livello di standard di Qualità raggiunto, alla luce dei provvedimenti adottati dalla Direzione aziendale per migliorare il livello delle prestazioni erogate ed incrementare i volumi di attività, laddove richiesti del DM 70/2015(es. colecistectomie, interventi chirurgici per tumore della mammella, ecc) che sono stati illustrati e trasmessi alle UOC coinvolte di area medica, chirurgica, materno infantile, psichiatrica.

Sulla piattaforma si è osservato un miglioramento dello standard raggiunto per gli indicatori di area chirurgica nei due Ospedali di ASST Nord Milano, ottenuto grazie alle scelte organizzative e gestionali operate da parte dell'Alta Direzione e grazie agli interventi mirati messi in atto dai Direttori delle Unità Operative Complesse di Chirurgia dell'Ospedale Bassini e di Sesto San Giovanni.

Preme sottolineare come l'impegno profuso dalle équipe delle UU.OO aziendali e le scelte organizzative/gestionali operate dalla Direzione aziendale abbiano dato luogo ad un miglioramento degli indicatori di esito virando dall'area rossa/arancione all'area verde scuro.

Adeguamento dell'accreditamento rispetto alle disposizioni normative di Regione Lombardia e ATS: Il risultato ottenuto a seguito degli accertamenti e dei Sopralluoghi condotti nel 2018 dall'UOC Autorizzazione e Accreditamento Strutture Sanitarie e dall'UOC Vigilanza Strutture Sanitarie di ATS Città Metropolitana di Milano, hanno avuto *esito positivo*. L'attività svolta per l'allineamento del POAS all'assetto accreditato di ASST Nord Milano ha visto numerose comunicazioni intercorse con ATS e sono state aperti sulla piattaforma ASAN due procedimenti S-435/2018 e S-436/2018. L'iter si è concluso positivamente e l'Assetto Aziendale Accreditato è aggiornato ed allineato al POAS, come da comunicazione della stessa ATS con nota del 28.12.2018.

Area Risk Management

Le attività pianificate e gestite nel corso dell'anno dal Risk Management rispondono quindi agli indirizzi di cui alla Legge n. 24, 8/3/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", nonché alla "Trasparenza" con i cittadini di cui all' art. 2 comma 5 della medesima legge, con la pubblicazione nel sito internet aziendale dell'annuale relazione sugli Eventi Avversi. I Progetti di Risk Management che sono stati sviluppati nel 2018, hanno seguito le indicazioni ministeriali relative alle 18 raccomandazioni, in particolare hanno riguardato:

SICUREZZA nell'Area TRAVAGLIO/PARTO

Durante il 2018 è proseguito nella sua implementazione il progetto (Safety in Sala Parto), legato al nuovo assetto organizzativo e logistico del Punto Nascita dell'Ospedale di Sesto San Giovanni, in considerazione dell'evoluzione in tema di rischio legato al Parto ed al peripartum, ha mantenuto il monitoraggio sulla corretta adesione ai Protocolli sul Taglio Cesareo, con codice colore e sul Parto a basso rischio con la raccolta sistematica dei Trigger di area ostetrica.

SICUREZZA IN AREA CHIRURGICA

Nel corso del 2018 sono stati effettuati i sopralluoghi nei Blocchi operatori ed è stato monitorato il rispetto dei 16 obiettivi OMS/Ministeriali sulla sicurezza in Sala Operatoria, con particolare riguardo anche alla Pianificazione delle sedute operatorie; all'utilizzo sistemico e migliorativo della Check list di sicurezza della Sala operatoria per ogni paziente, in tutto il percorso chirurgico; sono stati effettuati gli aggiornamenti delle procedure relative ai percorsi della profilassi antibiotica in Chirurgia, preparazione del paziente, normotermia e al Dress code, nonché alla corretta igiene mani chirurgica; i protocolli igienico sanitari e gli aspetti relativi allo strumentario chirurgico.

Le RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

L'attività di Risk Management, attraverso l'impiego degli specifici strumenti di risk management ha dedicato tempo all'implementazione delle 18 Raccomandazioni Ministeriali la cui rendicontazione, in Regione e direttamente ad Agenas, ha lo scopo di valutazione ai fini LEA. Nel 2018 è stato rendicontato direttamente nel portale ministeriale di AGENAS – Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui alla Legge 24/2017, lo stato di implementazione di tutte le Raccomandazioni Ministeriali, definendone, secondo criteri prestabiliti e specifici items, il livello di implementazione, il coinvolgimento ai vari livelli di responsabilità e di specifici stakeholders, le eventuali criticità e le strategie per superarle.

ALTRE ATTIVITA'

Nel corso del 2018 si è inoltre provveduto ad effettuare:

- il monitoraggio Eventi Avversi e Aggiornamento del DB Regione (Sinistri, polizze, cadute, infortuni): con invio costante dei dati a Regione Lombardia;
- il monitoraggio cadute/infortuni che ha prodotto piani di miglioramento che impattano in modo significativo con l'Attività del Servizio di Protezione e Prevenzione;
- il monitoraggio e Analisi degli Eventi Sentinella con implementazione delle attività formative nel corso dell'anno 2018 atte a sensibilizzare maggiormente gli Operatori Sanitari su tale tematica;
- la prosecuzione del monitoraggio e della diffusione delle Raccomandazione Ministeriali e Best Practice attraverso specifici momenti formativi;
- il Monitoraggio Sinistri RCT o/e Riserve;
- il Monitoraggio delle media-conciliazioni;
- le attività all'interno degli Organismi Istituzionali (GCR e CVS);
- la Valutazione del rischio attraverso FMECA (failure mode and critical effect analysis) ai fini del Piano Anticorruzione;

- la Gestione della sepsi attraverso la ricostituzione del GdL aziendale atto a migliorare la corretta gestione dei casi nonché ad aggiornare il PDTA con le nuove Linee Guida;
- le attività legate alla trasparenza dei dati (Legge 24/2017 art. 2 e all'articolo 4);
- le attività Servizio di Ascolto e Mediazione Trasformativa.
- L'attività di formazione sui diversi progetti e temi di RM.
- Piano di rischio Privacy: in ottemperanze al nuovo Regolamento Europeo 679/2016, entrato in vigore il 25/5/2018 e al D.Lgs. n. 101 del 10/8/2018, in vigore dal 19/9/2018, in materia di Protezione dei dati personali, il Risk Manager, in accordo con il Data Protection Officer (DPO), individuato lo strumento specifico, provvede alla Valutazione di impatto sulla protezione dei dati, definita Data Protection Impact Assessment (DPIA). L'integrazione delle due funzioni, come scelta aziendale, garantisce che eventuali data breach (violazioni di dati), rilevabili peraltro anche in occasione di analisi relative all'attività di rischio clinico, vengano segnalate al DPO e valutate sia nei termini di rischiosità delle conseguenze/danno, sia ai fini dell'eliminazione della causa che ha determinato la violazione. Si sono avviate le procedure di formazione per la stesura dei Registri previsti e la valutazione di impatto sul rischio relativo alla gestione dei dati.

6. Anticorruzione e performance

Nel corso del 2018 in materia di anticorruzione e trasparenza sono stati organizzati tre incontri formativi tenuti dal Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione. La partecipazione dei dirigenti delle strutture amministrative e in staff alla direzione strategica rientrava negli obiettivi di budget concordati per il 2018. Tutti hanno partecipato ad almeno uno degli incontri organizzati, così come certificato dall'UOC Comunicazione e Formazione.

Inoltre, altro obiettivo di budget 2018, riguardava la pubblicazione dei documenti richiesti dal D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97. E' stata effettuata una puntuale verifica e valutazione da parte Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione sull'aggiornamento semestrale delle informazioni pubblicate. Non sono stati evidenziati ritardi nei tempi di pubblicazione dei documenti nell'Area Amministrazione Trasparente.

Per le strutture di degenza era stato introdotto l'obiettivo sul rispetto della tenuta dell'armadio farmaceutico con la richiesta di verificare la congruenza dei quantitativi richiesti rispetto al volume dei ricoveri. L'accertamento è stato effettuato congiuntamente alla UOC Farmacia. Non sono state evidenziate situazioni di ammanchi o non appropriato utilizzo di farmaci/dispositivi ad uso generico.

7. La misurazione delle performance: gli indicatori di risultato

In relazione al "cruscotto" di indicatori definiti all'interno del Piano delle Performance per attuare una misurazione delle performance che si sviluppi su dati oggettivi di outcome, si riportano di

seguito i risultati del 2018. Le dimensioni sulle quali è stata misurata la performance aziendale si suddividono in cinque aree:

- Efficienza
- Qualità dei processi organizzativi
- Efficacia
- Appropriatelyzza e sicurezza
- Accessibilità e soddisfazione dell'utenza

Efficienza

Obiettivo: massimizzare e razionalizzare i processi di produzione abbassando i costi di approvvigionamento e migliorando l'appropriatelyzza dell'utilizzo delle risorse.

Si presentano i risultati raggiunti.

Indicatori	Risultati 2017	Risultati 2018	Target
Produzione lorda/Produzione finanziabile	98,2%	98,5%	>100
Costo personale/ricavi della gestione caratteristica	65,94	66,80	In riduzione
Costi per beni e servizi/ricavi della gestione caratteristica	52,76	52,40	In riduzione
Costi caratteristici/ricavi della gestione caratteristica	130,88	130,58	In riduzione

Gli indicatori di efficienza risentono del calo di attività di ricovero che si è registrata nel corso dell'anno.

La carenza di personale ginecologico parzialmente rientrata nella seconda metà dell'anno non ha consentito il recupero dell'esecuzione di interventi ginecologici non effettuati nei primi mesi del 2018. La chirurgia generale del PO SSG ha avuto nel corso del 2018 una importante riorganizzazione in seguito all'arrivo del nuovo primario i cui effetti in termini di incremento di valorizzato si sono registrati a partire dalla seconda metà dell'anno. Nello stesso tempo si sono ridotti interventi di alta complessità in altre strutture chirurgiche.

Contestualmente al calo dell'attività chirurgica si è registrata una riduzione complessiva di farmaci e dispositivi medici.

Qualità dei processi organizzativi

Obiettivo: governare i processi sanitari ed amministrativi per migliorare efficienza e qualità dei servizi erogati.

Si presentano i risultati raggiunti.

Indicatori	Risultati 2017	Risultati 2018	Target
Indicatori SISS (ricetta elettronica, pubblicazione referti ambulatoriali, lettere di dimissione, verbali di PS)	Prescrizione elettronica effettuate: 124.085 Referti ambulatoriali notificati SISS 64% (target 80%); Lettere di dimissioni: 94% (target 95); Verbali di PS: 100% (target 95%)	Prescrizione elettronica effettuate: 343.846 Referti ambulatoriali notificati SISS: 80% Lettere di dimissioni: 100% Verbali di PS: 100%	Mantenimento/incremento
Giornate di assenza per dipendente	13,00	12,8	Riduzione

L'incremento del numero di prescrizioni elettroniche registrate nel 2018 risulta più che raddoppiato rispetto al 2017, infatti da un totale di 124.085 nel 2017 si è raggiunto un totale di 343.846 nel 2018. Tale incremento è il risultato della crescente sensibilizzazione e formazione dei medici alla prescrizione dematerializzata, nonché alla risoluzione di errori e problemi applicativi o di configurazione costantemente oggetto di monitoraggio. Analogamente, si rileva che il 95% dei prescrittori SISS prescrive DEM. La media del prescritto DEM sul totale delle prescrizioni elettroniche 2018 è dell'82%. (Percentuale a dicembre 93%).

Efficacia

Obiettivo: soddisfare i bisogni dei cittadini e migliorare la qualità dell'assistenza, la sicurezza e l'appropriatezza delle cure.

Si presentano i risultati raggiunti.

Indicatori	Risultati 2017	Risultati 2018	Target
Frattura collo del femore entro le 48 ore/tot fratture operate	77% (76/99) Fascia verde Valore regionale (74,47%)	76,6% (72/94) Fascia verde	> rispetto alla media regionale Rosso/arancione = da migliorare Giallo = accettabile Verde = rispetto dello standard Regionale
Ricoveri ripetuti entro 30gg dalla dimissione per lo stesso MDC	HB: 2,3% Fascia gialla HSSG: 1,8% Fascia verde Valore regionale (mediana) 2,30	HB: 2,5% Fascia Gialla HSSG: 1,7% Fascia verde Valore regionale (mediana) 2,17	Non superiore allo standard regionale Rosso/arancione = da migliorare Giallo = accettabile Verde = rispetto dello standard Regionale
Interventi di colecistectomia laparoscopica in Day-Surgery e RO 0-1 gg	HSSG: 3,37; HB:0 Valore regionale: 16,94	HSSG: 39,13; HB: 57,55 Valore regionale: 25,55	Non inferiore allo standard regionale
Ritorni in sala operatoria	HSSG: Chirurgia 02 1,31%; Fascia gialla HB: Chirurgia 01 0,95%; Fascia verde Mediana regionale: 1,34	HSSG: Chirurgia 02 3,10%; Fascia rossa HB: Chirurgia 01 0,78%; Fascia verde Mediana regionale: 1,56	Non superiore allo standard regionale Rosso /arancione = da migliorare Giallo = accettabile Verde = rispetto dello standard Regionale

	Ortopedia 01 0,14% (fascia verde) Mediana regionale 0,47	Ortopedia 01 0,14% (fascia verde) Mediana regionale 0,17	
	Urologia 01 1,28 fascia gialla Mediana regionale 1,10	Urologia 01 0,43 fascia verde Mediana regionale 0,97	
Parti cesarei/parti totali	Anno 2017 19% (169/872)	Anno 2018 20% (181/883)	Riduzione/Mantenimento
Numero di pazienti arruolati/presi in carico nei percorsi di cronicità e fragilità	NV	48% *	Prima valutazione

*Il totale delle manifestazioni di interesse registrate nel 2018 sono state 1.367

Il numero patti di cura sottoscritti sono stati 660

% patti di cura sottoscritti / manifestazione interesse = 48%

Si precisa che l'indicatore non tiene conto delle rinunce dei pazienti durante il percorso di presa in carico. Sono state rilevate 621 rinunce (pari al 45%) rispetto alle 1367 manifestazioni di interesse registrate.

Considerando quanto sopra evidenziato la % patti di cura sottoscritti / manifestazione di interesse migliora in maniera sostanziale, superando il 100%.

Gli indicatori di efficacia sono in linea con le attese regionali ad eccezione dei ritorni in sala operatoria e dei parti cesarei. In merito a quest'ultimo punto il modesto incremento è legato alle complicanze occorse a causa del peso dei neonati e delle caratteristiche materne.

Si precisa che il sistema di classificazione regionale è suddiviso in 5 fasce (1-rossa, 2-arancione, 3-gialla, 4-verde chiaro, 5-verdescuuro). Le fasce rosso e arancione segnalano la necessità di avviare azioni di miglioramento, la fascia gialla evidenzia la necessità di effettuare verifiche e approfondimenti, le fasce verdi indicano il rispetto dello standard atteso da regione Lombardia.

Appropriatezza e sicurezza

Obiettivo: erogare prestazioni appropriate

Si presentano i risultati raggiunti.

Indicatori	Risultati 2017	Risultati 2018	Target
Eventi avversi che hanno generato un sinistro rispetto alle giornate di degenza. Numeratore: Tot. Eventi classificati come rischio clinico (x 10.000) Denominatore: Giornate di degenza medie	2,12	Non ancora disponibile	Rispetto del target regionale
Eventi avversi che hanno generato un sinistro rispetto al numero di ricoveri Numeratore: Tot. Eventi classificati come rischio clinico (x 10.000) Denominatore: Numero ricoveri medi	11,74	Non ancora disponibile	Rispetto del target regionale
Eventi avversi che hanno generato un sinistro rispetto ai posti letto attivi. Numeratore: Tot. Eventi classificati come rischio clinico (x 10.000) Denominatore: Numero posti letto attivi	5,22	Non ancora disponibile	Rispetto del target regionale

Accessibilità e soddisfazione dell'utenza

Obiettivo: adeguare l'erogazione del servizio ai bisogni di salute della popolazione

Si presentano i risultati raggiunti.

Indicatori	Risultati 2017	Risultati 2018	Target
Tempi di attesa: rispetto delle indicazioni regionali	A livello aziendale vengono rispettati i tempi di attesa	Rispettati i tempi di attesa. Nessuna criticità evidenziata da ATS	Mantenimento

Qualità dell'assistenza del personale medico e infermieristico	98%	98%	Mantenimento
Apprezzamento complessivo	165 encomi su 975 segnalazioni (17%)	219 encomi su 732 segnalazioni (30%)	Mantenimento
Aggiornamento dell'area amministrazione trasparente secondo i criteri di qualità, tempestività e significatività delle informazioni	Tempestività rispettata.	Tempestività rispettata.	Rispetto delle scadenze normative
Rispetto della tenuta dell'armadio farmaceutico	Indicatore non presente	37 strutture analizzate e 37 verbali UOC Farmacia. Nessuna criticità riscontrata nei consumi farmaceutici e nelle quantità gestite per i dispositivi medici.	Per le strutture sanitarie: Verbale/Relazione e su controllo interno di verifica.
Corsi di formazione in tema di anticorruzione	Indicatore non presente	Partecipazione al 100% del personale concordato per ciascun servizio territoriale.	Per i servizi territoriali: Partecipazione obbligatoria da parte del personale (dirigente e comparto) ad almeno un incontro tra quelli organizzati

Performance dei servizi territoriali

Prevenzione vaccinale

Indicatori	Risultati 2018	Target
Copertura vaccinale > del 95% per l'intero ciclo esavalente	Coorte 2016: 96,89%	Mantenimento
Copertura vaccinale > del 95% per la 1 dose della vaccinazione MPR	Coorte 2016: 97%	Mantenimento
Percentuale di inviti oltre soglia	*	Mantenimento
Tempi di attesa < 15 gg per inviti 3a dose esavalente e 1 dose MPR	**	Rispetto indicatore

*La "percentuale degli inviti oltre soglia" è inferiore al 5% ed è riferibile ad utenti che per vari motivi chiedono di rinviare la vaccinazione già fissata.

** L'appuntamento per la 3° dose esavalente viene già fissato al momento dell'effettuazione della 2° dose esavalente, nel rispetto delle tempistiche previste dal calendario vaccinale; la 1° dose MPRV viene prenotata nel corso dell'effettuazione della 3° dose esavalente sempre nei tempi stabiliti dal calendario. Non sono quindi previsti tempi di attesa.

Medicina legale

Indicatori	Risultati 2018	Target
Tempo medio di attesa domanda di invalidità pervenuta/ 1° visita	TM attesa= 55-57 gg	<= 60 giorni
Tempo medio di attesa prenotazione/visita per pass invalidi e cinture di sicurezza	TM <30 gg (tra il 94,06% e 97,26%)	<= 30 giorni

8. Conclusioni

I risultati degli indicatori nelle diverse aree di performance risultano essere soddisfacenti e rispettosi del target prefissato dall'Azienda. Si evidenziano (in rosso) poche aree ove la performance non è stata pienamente raggiunta.