



Azienda Socio Sanitaria Territoriale Nord Milano

Deliberazione pubblicata all'Albo Informatico dell'Azienda
dal 03/07/2018 al 24/07/2018

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

Deliberazione n. 386 del 26/06/2018

Tit. di Class. 1.1.02

A228

LS

OGGETTO: Relazione sulla Performance 2017.

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATI:

- il D.Lgs. 30 marzo 2001, 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, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il D.Lgs, 14 marzo 2013, n.33, "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. X/5954 del 5 dicembre 2016, “Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l’esercizio 2017”;
- la D.G.R. X/17600 del 20 dicembre 2017 “Determinazione in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2018”

RICORDATO che con deliberazione 20 settembre 2017, n. 599 questa ASST ha approvato il “Piano della Performance 2016-2018”;

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 20 giugno 2018 il Nucleo di valutazione delle Prestazioni (NVP), come da verbale agli atti, ha validato la relazione sulla Performance anno 2017;

RITENUTO di approvare la Relazione sulla Performance 2017, allegata al presente provvedimento quale parte integrante dello stesso 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’U.O.C. 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 2017”, allegata al presente provvedimento e parte integrante dello stesso (**all.1**);
2. di disporre la pubblicazione della “Relazione sulla Performance 2017” 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

(dott. Cesare Candela)



IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO

(dott. Marco Paternoster)

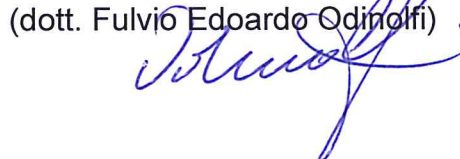


IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO

(d.ssa Pamela Moser)



IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Fulvio Edoardo Odinolfi)



deliberazione del Direttore Generale n. 386 del 26 GIU. 2018, avente all'oggetto:

“Relazione sulla Performance 2017.”

Il sottoscritto Responsabile della U.O.C. Controllo di Gestione e Programmazione 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. _____ descrizione: _____
_____ 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 Programmazione e Responsabile
del procedimento
(dott.ssa Lucia Salvaggio)

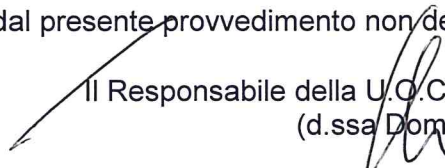


Il Responsabile della U.O.C. Bilancio e Risorse Finanziarie conferma:

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
(d.ssa Domenica Luppino)



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Nord Milano

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2017

**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
NORD MILANO**

Indice

1. Introduzione	3
2. Attività 2017	4
2.1 L'attività di diagnosi e cura	4
2.2 Il Bilancio	4
3. Obiettivi di Interesse regionale, RAR e obiettivi di performance organizzativa	4
3.1 Obiettivi di interesse regionale	4
3.2 Obiettivi Risorse aggiuntive regionali	5
3.3 Obiettivi di Performance organizzativa	6
4. Qualità e sicurezza delle cure – risk management	7
5. Customer satisfaction e reclami	18
5.1 Customer Satisfaction	18
5.2 Segnalazioni ed encomi	19
6. Attività Formative	20
7. Comunicazione Esterna ed Interna	21
7.1 Comunicazione interna	21
7.2 Comunicazione esterna	22
8. Stato avanzamento progetti aziendali anno 2017	24
9. Sistema informativo socio sanitario	31
10. Anticorruzione e performance	32
11. La misurazione delle performance: gli indicatori di risultato	33

1. Introduzione

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 così composta:

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

23 Poliambulatori, di cui 21 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 al PO di Sesto San Giovanni un altro reparto “Subacuti” con altrettanti 25 posti tecnici.

2. Attività 2017

2.1 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 13.854 ricoveri in regime ordinario e 2.561 ricoveri in regime diurno DH/DS, con circa 880 parti. Eroga inoltre circa 3.281.000 prestazioni specialistiche ambulatoriali presso i Presidi ospedalieri e i Poliambulatori territoriali.

2.2 Il Bilancio

L'ASST Nord Milano ha un bilancio di circa 210 milioni di euro. L'obiettivo prioritario è stato 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 il Bilancio di esercizio 2017 a pareggio sulla base dei valori assegnati da Regione e del contratto stipulato con l'ATS Città Metropolitana, il tutto nel rispetto dei limiti di costo stabiliti dalle Regole di sistema 2016, ai sensi della D.G.R X/4702/2015, e nella salvaguardia dei livelli di servizio resi.

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

3.1 Obiettivi di interesse regionale

Gli obiettivi sono stati assegnati all'Azienda con DGR n. 6963 del 31.07.2017 “ Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di tutela della salute (ATS), delle

Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) e dell'AREU e definizione degli obiettivi per l'anno 2017". 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 25.05.2018 è stata inserita all'interno del Portale di Governo Regionale la rendicontazione degli obiettivi.

3.2 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 maggio 2017 per la dirigenza e nel mese di luglio 2017 per il comparto 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 per area:

Area sanitaria e sociosanitaria

Macro Obiettivo 4: Efficientamento operativo e miglioramento qualitativo dell'attività clinica, tecnica e amministrativa nonché dei servizi in genere, attraverso le indicazioni e gli strumenti P.R.I.M.O/ P.I.M.O..

Titolo: Utilizzo dello strumento PRIMO/PIMO

Macro Obiettivo 5: 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 per la riduzione del rischio clinico

Titolo:

progetto 1: Safety in Sala parto

progetto 2: Sicurezza in chirurgia

progetto 3: Ricognizione e riconciliazione terapeutica

Macro Obiettivo 1: Interventi finalizzati all'attuazione del percorso di presa in carico definito dalla DGR X/6164 del 30 gennaio 2017 ad oggetto "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n.23/2015"

Titolo: Dimissioni protette rivolte a pazienti cronici e fragili.

Macro Obiettivo 3: Revisione dei processi/procedure organizzativi, gestionali e di qualità, in attuazione della LR 23/2015.

Titolo: Revisione delle procedure e definizione di nuovi documenti aziendali in applicazione della legge 23.

Macro Obiettivo 2: Informazione all'utenza in ordine ai cambiamenti organizzativi in applicazione della LR 23/2015

Titolo: Aggiornamento sito internet in applicazione della legge 23

Area amministrativa e in staff alla Direttore generale, Amministrativo e Sanitario

Macro Obiettivo 2: Informazione all'utenza in ordine ai cambiamenti organizzativi in applicazione della l.r. 23/2015

Titolo: Aggiornamento sito internet in applicazione della legge 23

Macro Obiettivo 4: Efficientamento operativo e miglioramento qualitativo dell'attività clinica, tecnica e amministrativa nonché dei servizi in genere, attraverso le indicazioni e gli strumenti P.R.I.M.O./ P.I.M.O..

Titolo: Utilizzo dello strumento PRIMO/PIMO

3.3 Obiettivi di Performance organizzativa

Per la definizione degli obiettivi 2017, 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:

1. Risposta alla domanda di assistenza. (peso 40)

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.

2. Appropriatelyzza e qualità. (peso 30)

Gli obiettivi sono distinti tra dirigenza e comparto

Dirigenza

Sono previsti obiettivi mirati al miglioramento dell'appropriatelyzza delle prestazioni erogate.

Per le aree di degenza sono stati introdotti indicatori di outcome, indicatori di "patologia" e se presenti indicatori elaborati nell'ambito del Programma Nazionale Esiti (PNE). Ove mancanti sono stati definiti con i clinici indicatori di esito/processo attinenti all'attività della struttura.

Inoltre è stato introdotto un ulteriore obiettivo in linea con la riforma della legge 23/2015 di presa in carico del paziente cronico al fine di predisporre un piano di assistenza individuale.

Obiettivi specifici sono stati previsti per i servizi. (laboratorio, radiologia e rianimazione-anestesia).

Comparto

Sono stati individuati obiettivi mirati al miglioramento della qualità della documentazione sanitaria sia nelle aree di degenza sia nelle aree propriamente ambulatoriali. Per quest'ultima si è ribadita la necessità di curare la tempestività della verifica dell'erogato.

3. Performance aziendale. (peso 30)

Ogni Struttura partecipa al raggiungimento degli obiettivi aziendali di interesse regionale, e in particolare alla realizzazione di quanto previsto dal progetto CRS – SISS.

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 diverse: gli obiettivi cosiddetti "di budget" hanno l'opportunità di una verifica mensile, mentre quelli di qualità e appropriatezza sono stati tenuti costantemente sotto controllo nel corso delle consulenze e degli audit da parte della Struttura Qualità e Risk management.

Le situazioni critiche sono state segnalate e, ove possibile, sono state attivate le opportune contromisure.

E' stata inoltre effettuata la valutazione delle performance individuali. La media per il comparto è risultata essere di 88,88 mentre per la dirigenza di 87,98.

4. Qualità e sicurezza delle cure – risk management

Area qualità

Sulla base degli indirizzi definiti nella Politica per la Qualità aziendale l'ASST Nord Milano fonda il proprio Sistema di Gestione per la Qualità sull'integrazione di quattro modelli: Accreditamento Istituzionale, Certificazione UNI EN ISO 9001:2008, 14001:2004 e Programma Integrato Miglioramento Organizzazione(**PRIMO**) di Regione Lombardia.

Il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), coordinato dalla Struttura Semplice Qualità e Risk Management (QUARM), nel corso dell'anno 2017, ha promosso ed organizzato, attraverso il sistema integrato di gestione della qualità e del rischio tutte le attività di ASST Nord Milano, con l'obiettivo di garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi aziendali ed assistenziali ed ha supportato tutte le Unità Operative ed i Servizi per mantenere una "cultura diffusa" della Qualità e del Rischio ed assicurare l'appropriatezza, la qualità, la sicurezza, l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni.

Ha monitorato gli obiettivi annuali di ogni Struttura aziendale, in collaborazione con l'UOC Controllo di Gestione e programmazione, verificandone il loro raggiungimento, mediante l'analisi di quanto pubblicato su Portale di governo di Regione Lombardia ed in particolare:

- 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).

Il SGQ è altresì finalizzato alla sicurezza delle cure, al miglioramento continuo delle prestazioni e alla soddisfazione degli utenti e del personale, nel rispetto delle strategie e degli obiettivi che, periodicamente, gli organismi di governo della Sanità attribuiscono alle Direzioni delle Aziende. La Direzione Strategica è stata impegnata, attraverso gli indirizzi di politica sanitaria volti alla qualità ed alla sicurezza, nella definizione della pianificazione delle organizzazioni al fine di garantire il monitoraggio ed il controllo dei processi delle diverse Unità Operative. Per mantenere questi standard sono state condivise le politiche della Qualità e forniti metodi e strumenti per la pianificazione, l'organizzazione, la misurazione e il controllo dei processi affiancando e supportando le diverse UU.OO. nella realizzazione dei propri processi di miglioramento e gestito, in maniera particolare, il rischio derivante dalle attività aziendali con azioni e metodi proattivi e reattivi.

Il SGQ dell'ASST Nord Milano si propone, inoltre, di fare in modo che tutte le UU.OO. dell'Azienda siano in grado di realizzare il proprio ciclo di miglioramento continuo della Qualità e di contribuire attivamente allo sviluppo aziendale e, pertanto, è stato adottato il modello di riferimento indicato dalle Norme UNI EN ISO 9000 e molte Strutture aziendali vi hanno aderito, certificandosi secondo la Norma ISO 9001. Presso l'Ospedale Bassini, il SGQ è integrato inoltre con il Sistema di Gestione Ambientale Certificato secondo la Norma ISO 14001, in quanto l'Ospedale si trova inserito nel contesto di particolare tutela ambientale del Parco Nord. Nel mese di settembre 2017 si è conclusa positivamente la Visita di Sorveglianza per il mantenimento della certificazione UNI EN

ISO 9001:2008 con l'Ente di Certificazione RINA, con l'estensione del dominio di certificazione aziendale per il Servizio di Anatomia Patologica e per gli ex Distretti 6 e 7(Servizi Territoriali).

Mentre nel mese di ottobre 2017 si è conclusa positivamente la visita di sorveglianza per il mantenimento della Certificazione ambientale dell'Ospedale Bassini(14001:2004).

Sono stati illustrati gli indicatori della Direzione Generale che riguardano Obiettivi di Performance e di esito (di cui al DECRETO 2 aprile 2015 del Ministero della Salute, n.70. *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* ed al **Piano Nazionale Esiti- PNE**). Sono stati effettuati incontri specifici con la Direzione, l'UOC Controllo di Gestione, la UOS Qualità e Risk Management ed i Direttori delle UU.OO coinvolti per l'analisi, il monitoraggio degli indicatori e l'individuazione di strategie di miglioramento e/o di mantenimento del livello raggiunto dall'ASST Nord Milano.

E' stata effettuata la rilevazione del I semestre 2017 del Questionario di Autovalutazione di Regione Lombardia dell'ASST Nord Milano ed è stata condotta la prima rilevazione degli indicatori PIMO. Entrambe le attività comprensive di raccolta ed elaborazione dei dati sono pubblicate su Portale di Governo di Regione Lombardia.

Area Risk management

Nel mese di marzo 2017 è stato redatto e trasmesso il nuovo Piano annuale di RM. I progetti rispondenti ai nuovi indirizzi regionali, per il 2017, hanno comportato la realizzazione di tre progetti, all'interno dei quali sono individuati gli step metodologici, i cronoprogrammi e gli indicatori di riferimento. I livelli di realizzazione di tale piano e gli outcome raggiunti sono stati oggetto di specifica rendicontazione regionale entro il 12 gennaio 2018, come da Linee Guida di Risk Management del 2017. Gli obiettivi aziendali del 2017 hanno comportato il raggiungimento dell'implementazione di almeno l'80% delle 17 Raccomandazioni Ministeriali e le priorità tematiche individuate per il 2017 hanno riguardato:

1- SICUREZZA NELL'AREA TRAVAGLIO/PARTO: progetto SAFETY IN SALA PARTO

Le caratteristiche del punto nascita di Sesto San Giovanni e quelle demografiche del bacino di utenza (57,38% di donne straniere che hanno partorito nel 2017), nonché il mutamento delle tipologie cliniche, seppure fisiologico, configurano un rischio maggiore e richiedono hanno richiesto nuove iniziative sia culturali che gestionali/organizzative.

Inoltre il progetto ha preso in considerazione il nuovo assetto strutturale ed organizzativo relativo alla nuova sala operatoria adiacente alla sala parto, che ha ridotto sensibilmente il rischio derivante dal trasferimento della paziente al Blocco Operatorio posto a 5 piani di differenza a garanzia, anche, di una migliorata qualità clinica-assistenziale.

Le caratteristiche del rischio in tale settore, la possibilità di insorgenza di eventi avversi e della repentina variabilità dallo stato di basso rischio ad alto rischio delle pazienti, ha determinato la necessità di validare l'appropriatezza ed efficacia del piano assistenziale che prevede la classificazione, in base a criteri di ammissione ben codificati, in "basso rischio " e "medio-alto rischio".

Il risk assessment in tale ambito ha individuato diversi aspetti considerati di rilevanza e prioritari in termini proattivi di contenimento del rischio a partire da specifiche priorità e interventi pianificati.

Per ogni criticità emersa si sono stati previsti interventi ad hoc, riportati anche in un contesto più di sistema:

- Pianificazione degli interventi di simulazione e di formazione presso la Sala Operatoria nuova della Sala Parto coinvolgendo tutta la rete delle strutture coinvolte (Ostetriche, Ginecologi, Nurse, Pediatria, Anestesisti, Infermieri di SO, Centralino, Degenza, PS, ecc.);
- Aggiornamento e revisione delle procedure aziendali in rapporto alla nuova logistica e alle Raccomandazioni del Luglio 2017 di AGENAS "*Linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza*" e particolarmente sull'impiego standardizzato dei MEOWS a partire già dal Pronto Soccorso.
- Stesura delle procedure/protocolli mancanti condivise da tutto il Dipartimento Materno Infantile, con particolare riguardo alla modifica della documentazione sanitaria che deve includere il sistema di allerta rapido MEOWS;
- Stesura del PDTA sulla gestione della Sepsis in Ostetricia;
- Completamento del percorso di segnalazione e compilazione della scheda CeDAP direttamente dalle Ostetriche della Sala Parto, incluso dei Trigger materni e fetali e stesura della specifica procedura;
- Pianificazione dei sistemi di monitoraggio attraverso audit, briefing;
- Pianificazione audit semestrali sui Trigger e relativamente alle segnalazioni di Incident Reporting;
- Pianificazione programma di formazione dedicato che coinvolge tutte le UO interessate alla riorganizzazione.

Le segnalazioni relative sia ai Trigger in Cedap, sia alle segnalazioni in Incident Reporting si sono incrementate a seguito dell'ultimo audit di ottobre 2017 e del riesame documentale di un campione di cartelle cliniche e registro parti che ha evidenziato la mancata segnalazione di diversi casi.

Alcuni dati relativi alle segnalazioni dei *Trigger*:

Distocia di spalla, Emorragia > 1500 ml	1
Apgar score < 7 @ 5 min.	1
Neonato a termine ricoverato in neonatologia	1
Trauma alla nascita	1
pH ombelicale < 7.0 arterioso o < 7.1 venoso	1
Emorragia > 1500 ml,	2
Ritorno in sala operatoria	2
SGA inaspettato	3
Ventosa o Forcipe adoperati senza successo	1

Altro	1
Emorragia > 1500 ml	2
Ricovero in terapia intensiva	2
Parto a casa non pianificato	1
Violazione dei protocolli locali	1
Morte neonatale	1
TOTALI	21

Infine a seguito dell'evoluzione conseguente all'entrata in vigore della Legge R. 23/2015 e l'acquisizione dal 1/1/2017 dei due distretti afferiti all'ASST, si è realizzato un progetto specifico, con sviluppo della rete socio sanitaria e potenziamento di tale punto nascita. Attraverso l'attività dei Poliambulatori e dei Consultori Familiari Integrati è stato rafforzato il collegamento tra Ospedale e Territorio con particolare riguardo alla presa in carico della partoriente con specifiche attività di accoglienza e sostegno della donna nella transizione tra la fase del parto e quella del puerperio/allattamento, anche attraverso " i corsi di accompagnamento alla nascita" che sono stati effettuati sia nell'Ospedale di Sesto San Giovanni e sia nei Consultori Familiari Integrati di Cinisello Balsamo e di Sesto San Giovanni.

2- SICUREZZA IN CHIRURGIA: "SAFE SURGERY SAVES LIVES"

Gli indicatori individuati dal progetto ed i risultati dell'analisi dei questionari, analizzati a fine 2016, a seguito del progetto RAR, sono stati oggetto di lavoro da parte del gruppo nel primo trimestre dell'anno 2017, con l'avvio della seconda fase del progetto sulla Safety in chirurgia. L'importante turnover che si è realizzato nel 2017 sia in termine di risorse umane che gestionale, tuttora in corso, ha reso indispensabile un'ulteriore assessment allo scopo di definire una nuova organizzazione a fronte dell'incremento previsto dell'attività, garantendo il percorso chirurgico "sicuro".

Nonostante l'evidenza scientifica abbia dato notevoli indicazioni all'impiego della checklist chirurgica, l'analisi aziendale presenta criticità tipiche di chi vive un'obbligatorietà, piuttosto che la consapevolezza concreta dello strumento (resistenza al cambiamento e cultura). Il corretto utilizzo non è stato accompagnato negli anni ad una policy efficace e non sono stati rimossi alcuni ostacoli organizzativi e culturali che renderebbero più agevole e spontaneo il suo impiego, anche se lo strumento in azienda non presenta criticità tecniche o pratiche.

La nuova riorganizzazione tiene in considerazione tali aspetti critici e promuove una pianificazione con l'individuazione di tutti gli strumenti e delle varie check di sicurezza indispensabili ad un funzionamento sicuro ed appropriato della Sala Operatoria.

Per quanto riguarda l'indicatore di progetto relativo alla percentuale di scostamento tra il programmato ed il realizzato dell'attività di SO, con i nuovi Direttori di Anestesia, responsabili, insieme agli specialisti chirurghi, si è definita la necessità di aggiornamento tecnologico/informatico della piattaforma Ormaweb, così da programmare anche un sistema di

monitoraggio molto più efficiente. Dagli incontri del GdL è partita la necessità di definire un protocollo di gestione nuovo della programmazione di Sala Operatoria, specifico e condiviso, con Ormaweb aggiornato e le responsabilità e competenze ben evidenziate, una sorta di regolamento aziendale, basato sulle buone pratiche di programmazione che l'evidenza scientifica dimostra ed in funzione delle varie necessità di talune specialità.

Il nuovo regolamento terrà conto di tutti gli aspetti di sicurezza in chirurgia per la pianificazione dell'attività di sala, e di tutte le fasi del percorso chirurgico, dalla programmazione, all'accettazione amministrativa, alla degenza ed al percorso in S.O. sino al ritorno in UO.

Sono stati individuati i responsabili per la pianificazione standard e d'urgenza dell'attività dei Blocchi Operatori, così com'è stata effettuata una prima revisione della Check list Chirurgica, oltre ad essere stati effettuati nel 2017 sopralluoghi al fine di verificarne e sensibilizzarne l'uso corretto. Nel corso del 2017 sono stati eseguiti i sopralluoghi nei Blocchi Operatori, gli audit e l'attività integrata con il CIO (progetto igiene mani) che hanno permesso di valutare i percorsi di miglioramento/aggiornamento della profilassi antibiotica in chirurgia, del dress code e della corretta igiene mani chirurgica, dei relativi protocolli igienico-sanitari e dei comportamenti conseguenti valutando, infine, tutti gli aspetti relativi allo strumentario chirurgico, alla sua tracciabilità e relativo processo di sterilizzazione. E' stata realizzata inoltre, una specifica Peer Review, in collaborazione con Risk management regionale che ha evidenziato sia i punti di forza che alcune criticità ancora presenti in Blocco Operatorio.

3- IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONE N. 17 PER LA RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA

Tra gli obiettivi della Riforma Sanitaria della Regione Lombardia vi è l'integrazione Ospedale/territorio non solo per una migliore allocazione di risorse e competenze, nonché riservare agli ospedali l'intervento sugli eventi acuti, ma soprattutto per rispondere in modo più appropriato e sostenibile alle richieste dei cittadini e all'evoluzione demografico-epidemiologica a cui assistiamo, dove gli anziani ed i cronici rappresentano una fetta importante della popolazione a cui si deve garantire un'assistenza adeguata. Anziani e i malati cronici in politerapia, risultano infatti più a rischio di errori terapeutici., così come durante la degenza ogni paziente durante il trasferimento/passaggio tra UU.OO può essere vittima di tali errori, così come al momento della dimissione in assenza di riconciliazione farmacologica. La politerapia e l'inappropriatezza prescrittiva possono indurre il fenomeno della "cascata prescrittiva" sul territorio e tra gli specialisti, la sovra/sottoprescrizione e le interazioni fra farmaci, con elevato rischio di ADR (Adverse Drugs Reaction), che possono comportare ricoveri potenzialmente prevenibili. E' quindi di fondamentale importanza cercare di limitare i danni ai pazienti derivati dagli effetti di tali errori e l'aumento della spesa sanitaria correlato alla politerapia, conseguente sia alla maggior spesa per l'acquisto dei farmaci, sia all'aumento dei ricoveri causati da ADR, spesso evitabili.

Diviene quindi evidente la necessità di Riconciliare la terapia dei pazienti più fragili/anziani e cronici. Riconciliare significa revisionare la terapia domiciliare con criteri scientificamente validati per la valutazione dell'Inappropriatezza Prescrittiva che può avvenire anche in tutte le fasi del ricovero in ospedale, quando il paziente viene trasferito all'interno dell'azienda o viene inviato ad altre strutture, piuttosto che in dimissione al proprio domicilio.

La Riconciliazione Terapeutica, proposta nella Raccomandazione Ministeriale n. 17, risponde quindi alla necessità di un confronto comparativo delle terapie farmacologiche, fra quelle in corso e di nuova prescrizione, valutando anche altre terapie autoassunte dal paziente e stili di vita, ed è fondamentale per una prescrizione appropriata, coerente con gli obiettivi terapeutici perseguiti e le condizioni cliniche del paziente.

Per tale ragione è stato individuato uno specifico strumento aziendale, una Scheda per la ricognizione e riconciliazione farmacologica, accompagnata da una "Procedura Aziendale" con strumenti e dei passaggi pratici fondamentali per effettuare una corretta Riconciliazione.

METODO

Si è costituito e deliberato il Gruppo di Lavoro multidisciplinare (GdL), "*Raccomandazione 17*", con la massima rappresentatività e valenza, con un Coordinatore in Staff al Risk Management, per la costruzione di uno strumento aziendale che garantisca, nelle transizioni di cura, una revisione accurata dei medicinali fino allora assunti dal paziente e di quelli previsti per l'attuale condizione clinica. L'analisi di rischio si è basata sui dati di Incident Reporting, sulle segnalazioni di reazioni avverse a farmaci (ADR) desunte da farmacia e sui dati in possesso dall'osservatorio di Farmacovigilanza, oltre che dai dati locali della Farmacia locale.

Il GdL ha individuato e costruito due strumenti ad hoc: uno cartaceo, come parte integrante della cartella clinica, primo foglio del Foglio Unico di Terapia (FUT) ed un altro strumento informatico; quest'ultimo ha richiesto diverso tempo. Il GdL ha poi pianificato gli ambiti sperimentali e la formazione a partire dalle UO identificate nella sperimentazione. Audit clinici; Root Cause Analysis in caso di eventi avversi.

Nel corso del 2017 si è perciò adattato il Foglio Unico di Terapia (FUT) aziendale alle nuove esigenze, con una specifica procedura del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) a cui è seguita tutta l'attività per l'implementazione della Racc. 17 che in alcuni servizi, come CPS, Sert, ecc. presente delle peculiarità operative esclusive che hanno reso necessario pianificare diverse modalità operative.

Nel contempo, il Farmacista ha adattato alle esigenze aziendali un applicativo informatico denominato "*Farma 17*". L'applicativo consente di effettuare la Ricognizione farmacologica compilando a PC, sull'intranet aziendale, una scheda elettronica che può essere salvata all'interno del server della struttura clinica di ogni reparto. I dati farmacologici della scheda si possono inviare ad una banca dati centrale per rilevare eventuali *interazioni in tempo reale* con la visione e la successiva stampa.

In sintesi, in automatico, si genera un elenco di possibili interazioni e contestualmente si provvede alla richiesta in farmacia di eventuali farmaci di cui si è sprovvisti, rendendo il medico molto più consapevole anche nella scelta di continuare la terapia in funzione al rischio di interazioni immediatamente disponibile.

Le informazioni che devono essere raccolte durante la Ricognizione riguardano:

- a. Il nome commercial e/o del principio attivo
- b. La forma farmaceutica
- c. Il dosaggio
- d. La posologia giornaliera
- e. La data di inizio e la durata della terapia
- f. La data e l'ora dell'ultima dose assunta (con particolare attenzione alle formulazioni a lunga durata di azione)
- g. La via di somministrazione
- h. Gli eventuali trattamenti a carattere sperimentale, compreso l'utilizzo compassionevole e di farmaci *off label* (in particolare l'indicazione terapeutica)
- i. L'assunzione di omeopatici, fitoterapici e integratori e ogni altro prodotto della medicina non convenzionale
- j. La presenza di patologie, allergie o intolleranze conosciute
- k. Le terapie pregresse ed eventuali effetti indesiderati
- l. L'assunzione di alimenti (dosi elevate di pompelmo, caffè, tè, frutta e verdura) che possono interferire con la terapia
- m. I dati inerenti peso e altezza del paziente
- n. Gli stili di vita (eventuale assunzione di alcool, abitudine al fumo e uso di droghe)
- o. L'utilizzo di dispositivi medici medicati
- p. Ogni altro dato ritenuto significativo purché contemplato nella procedura interna.

Il *Professionista* (medico, infermiere e ostetrica per parte di competenza, farmacista) individuato dalla procedura e che abbia parte attiva nel processo terapeutico, effettua la ricognizione nell'immediatezza della presa in carico del paziente e comunque entro 24 ore dalla stessa, tranne che nelle situazioni di emergenza o qualora le informazioni essenziali non siano immediatamente disponibili; in tali casi la Ricognizione potrà essere condotta o completata successivamente anche dopo le nuove disposizioni di farmaci correlate alla situazione clinica emergente.

Qualora la Ricognizione sia eseguita da più professionisti sanitari è necessario che sia utilizzata la stessa Scheda.

L'attività di Ricognizione deve essere documentata con indicazione di data, ora, identità e firma ed eventualmente del tempo intercorso dal momento della presa in carico del paziente. Allorché la Ricognizione sia eseguita in fasi successive è necessario che ogni atto sia documentato.

La Scheda e ogni documentazione relativa alla Ricognizione acquisita deve essere allegata alla cartella clinica.

4- IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONE N. 14 RISCHIO NELL'UTILIZZO DI FARMACI

L'obiettivo prioritario parte dal rationale che una struttura preposta alla presa in carico del Paziente oncologico deve poter dimostrare l'affidabilità nella gestione della terapia antitumorale, riconosciuta come una prestazione sanitaria di alta complessità, mediante un processo definito e controllato nei comportamenti, con tracciabilità delle attività svolte e delle relative responsabilità.

L'obiettivo prioritario parte dal rationale che una struttura preposta alla presa in carico del Paziente oncologico deve poter dimostrare l'affidabilità nella gestione della terapia antitumorale, riconosciuta come una prestazione sanitaria di alta complessità, attraverso un processo definito e controllato nei comportamenti, con tracciabilità delle attività svolte e delle relative responsabilità. L'attività è basata su una cultura organizzativa e clinica legata al risk management, alla verifica dell'appropriatezza terapeutica e alla efficace informazione al paziente riguardo gli stili di vita da adottare al fine di ridurre al minimo i possibili effetti collaterali della terapia.

Per tale ragione si è intrapreso un percorso certificato rivolto alle figure sanitarie cardine nel percorso oncologico, al fine di coniugare conoscenze, comportamenti e strumenti di governance standardizzati. Sono stati individuati Medici, Infermieri, tecnici, farmacisti dell'Unità Operativa di Oncologia e della Farmacia ospedaliera, oltre che del Risk Management.

L'approccio sistemico adottato per la formazione è basato sulla coniugazione dei requisiti della Raccomandazione n. 14 con i criteri/requisiti/ logiche dettate dalla recente norma ISO 9001:2015, entrambe incentrate sull'analisi e gestione dei rischi, ossia le azioni, gli obiettivi, le pianificazioni del Sistema di Gestione che devono scaturire dall'analisi dei rischi connessi alle attività dell'organizzazione.

In particolare la ISO 9001:2015 utilizza l'approccio per processi, che incorpora il ciclo Plan-Do-Check-Act (PDCA) e il **risk based thinking**. Pertanto il percorso UFA/ ONCO è stato analizzato con l'impiego di uno strumento di tipo proattivo: una HFMECA.

Il **risk based thinking** permette all'organizzazione di assicurare che i propri processi siano supportati dalle risorse umane e tecnologiche necessarie, che siano adeguatamente gestiti e che le opportunità di miglioramento siano formalmente identificate, attuate e verificate nella loro efficacia.

Si procederà nel 2018 per migliorare le criticità emerse e consolidare i punti di forza.

5- RISCHIO INFETTIVO

Come da Linee Guida di Risk Management 2017 si è continuato con l'attività relativa alla sorveglianza della corretta Igiene mani, in tutti i setting assistenziali, a cura del Gruppo di Lavoro

aziendale (Team Igiene Mani -Responsabile Risk Manager), da anni presente e attivo ed in funzione anche della formazione continua che si realizza in azienda.

La sorveglianza, mantenuta secondo i criteri dell'autovalutazione proposti dall'OMS "*Hand Hygiene Self-Assessment Framework* OMS, richiede quindi sempre la presenza in Azienda di operatori sanitari formati, sia per le Osservazioni che per la formazione capillare.

Inoltre, in occasione della giornata internazionale sull'igiene delle mani del 5/5/2017, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che promuove e sostiene l'impegno nei confronti della campagna "*SAVE LIVES: Clean Your Hands*" (Salvate vite: lavatevi le mani), si sono realizzate diverse iniziative aziendali, fornendo richiami, aggiornamenti, strumenti di controllo immediato sull'efficacia dell'igiene delle mani, rivolta sia agli operatori sanitari, ma particolarmente agli utenti dell'ASST Nord Milano, a cui è stata proposta un'intervista, la cui rendicontazione è sotto riportata e che hanno ricevuto informazioni e opuscoli educativi volti a promuovere e ad incrementare la pratica dell'igiene mani in tutta l'azienda ospedaliera e nei cittadini.

Un prezioso contributo è stato garantito dall'UO di Pediatria dell'Osp. Bassini (Gruppo adolescenti) che a fronte di specifica educazione sui comportamenti adeguati per l'igiene delle mani, ha realizzato delle magliette dipinte sul tema che hanno trovato grande riscontro.

Si sono rinnovati inoltre i poster e i richiami sull'igiene mani nei vari ambienti individuati, favorendo inoltre l'utilizzo del gel alcolico, con la frizione mani.

Il 22 Marzo e il 23 Novembre 2017, si sono svolte le osservazioni in nuovi setting assistenziali. Particolarmente innovativa è l'osservazione messa a punto presso i Poliambulatori che richiederà una specifica analisi delle criticità riscontrate e anche un maggior coinvolgimento da parte di tutti gli Operatori Sanitari operanti con una formazione necessariamente a loro dedicata.

In sintesi è sotto riportata tutta l'attività aziendale del 2017.

ATTIVITA' DEL TEAM

8 incontri di programmazione dell'attività e valutazione dei dati di osservazione

Redazione framework di autovalutazione

2 corsi di formazione per operatori → igiene delle mani nei servizi ambulatoriali

1 corso per osservatori

2 sessioni di osservazione → ospedali e poliambulatori

campagna di sensibilizzazione → giornata mondiale igiene mani realizzata il 5/5/2017

Realizzazione nuovi poster

Framework

Compilazione di check list con riferimento al periodo 2016-2017 (*Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010 della WHO*)

Lo strumento è suddiviso in cinque sezioni e 27 indicatori. Le cinque sezioni riflettono i cinque elementi della strategia multimodale OMS per il miglioramento dell'igiene delle mani:

- Cambiamenti di sistema
- Educazione e formazione
- Valutazione e feedback
- Promemoria sul posto di lavoro

Clima di sicurezza istituzionale

6- GESTIONE DELLA SEPSI

Come indicato dalle Linee guida di Risk Management 2017 e precedenti si è mantenuto attivo il Gruppo di lavoro Aziendale Multidisciplinare per la Sepsis.

Si è proceduto a nuovi audit documentali sui casi di sepsi presenti in azienda mettendo a punto una specifica scheda di rilevazione che valuta l'aderenza al protocollo aziendale, tenuto conto delle Linee guida della SSC nelle prime 6 ore e della presenza di emocoltura e dei lattati. Tale attività condotta nel primo e ultimo trimestre 2017 per uno specifico confronto ad un anno dalla formazione completa di tutta l'azienda, ha presentato diverse criticità.

I primi dati preliminari segnalano che i parametri di allerta previsti dallo Score News codice colore, come da PDTA aziendale, non vengono sempre utilizzati, soprattutto nell'ambito di degenza. Questo implica tardivi interventi di identificazione del paziente settico e conseguenze in termini di efficacia degli interventi terapeutici e rischio maggiore per il paziente.

Il GdL sulla Sepsis, a causa dell'elevato turnover del 2017, dovrà essere rinominato nel corso del 2018 e dovrà definire, quali azioni prioritariamente intraprendere, anche a seguito dei risultati degli audit e degli interventi formativi sulla corretta codifica DRG relativi agli errori precedentemente individuati che hanno reso indispensabile una formazione mirata in azienda.

Inoltre l'attuale PDTA dovrà essere aggiornato alla luce delle Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016.

Accanto a ciò dovranno essere previsti altri score come i MEOWS per l'Ostetrica, già implementati, ma senza specifica procedura di gestione della sepsi in Ostetricia e i PEWS per l'area pediatrica.

ATTIVITA' del Gruppo di Coordinamento delle Infezioni Correlate all'Assistenza

Nel corso del 2017 si è ricostituito e rivista la composizione del Comitato per la Prevenzione ed il Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO), che vede la partecipazione del Risk Manager.

Il nuovo modello organizzativo aziendale prevede un maggior coinvolgimento delle UU.OO. a cui è stato richiesto di indicare, per ogni struttura clinica, un medico referente per le infezioni al quale sarà affiancato anche un infermiere esperto.

Sono stati costituiti tre Gruppi Operativi (GO) aziendali per affrontare, con idonee competenze specialistiche approfondite, le infezioni nosocomiali: la prevenzione, la sorveglianza, il controllo e la terapia.

I Gruppi Operativi così costituiti lavorano su tre principali aree tematiche:

- il GO Infezioni correlate all'assistenza (ICA), indirizzato ad affrontare le infezioni in ambito clinico con le necessarie competenze infettivologiche, microbiologiche e igienistiche di organizzazione sanitaria;
- il GO Antimicrobici stewardship (AS), indirizzato a promuovere un'attività come da evidenze scientifiche e da indicazioni delle istituzioni scientifiche internazionali che seguono il problema (ECDC, CDC, WHO), per contenere e ridurre le resistenze batteriche con l'uso appropriato delle terapie antifettive e l'utilizzo responsabile degli antibiotici per mezzo dell'AS. Con competenze farmacologiche, microbiologiche ed infettivologiche, questo GO anticipa le attività

programmatiche del Ministero della Salute con il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR 2017-2020), emanato nel mese di settembre;

- il GO Igiene ospedaliera e *Legionella* attivato per intervenire e sovrintendere le attività igienico-sanitarie di competenza e ad implementare le misure di sorveglianza e isolamento in ambito ospedaliero, compresa la sorveglianza ed il controllo della *Legionella* che, dall'inizio del 2018 si avvarrà, con l'aggiudicazione della gara d'appalto di fine anno, della nuova ditta incaricata per la sorveglianza ed il trattamento negli impianti idrosanitari ed aeraulici dell'azienda.

E' in corso l'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione delle Infezioni 2017-2019, tenuto conto del PNCAR del Ministero della Salute. Utili a tale riguardo, per le specifiche competenze, i clinici infettivologi, che danno un contributo fattivo all'attività.

Nel corso del 2017 il CIO si è riunito in n. 4 sedute nei mesi di marzo, maggio, settembre e dicembre mentre le attività dei GO hanno determinato varie sedute di lavoro con n. 4 incontri per il GO ICA, n. 4 per il GO Antimicrobici stewardship e n. 1 incontro per il GO Igiene ospedaliera e *Legionella*.

Sono mantenute attive le sorveglianze secondo le indicazioni ministeriali e regionali relative a Malattie infettive e Infezioni correlate all'assistenza attraverso i sistemi MAINF e i dati che vengono alimentati dalla microbiologia di INFOSP, rispettivamente SENTIOMB, RESIOMB e BASALOMB.

5. Customer satisfaction e reclami

Nel corso del 2017 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha condotto una vasta gamma di attività volte a garantire l'accesso ai servizi da parte dei cittadini.

La funzione di ascolto dei cittadini avviene mediante la rilevazione della customer satisfaction ma anche nella registrazione e gestione di quanto gli utenti spontaneamente ritengono segnalare.

Nell'anno 2017 si è intensificata la collaborazione con il Risk Management per una gestione coordinata dei casi di interesse comune, che si concretizza nella tempestiva trasmissione dei casi a maggior rischio di conseguenze, o comunque sotto qualche profilo più significativi, oltre che in riunioni ed incontri di carattere organizzativo.

È proseguita, inoltre, la stretta collaborazione con la UOS Affari Legali finalizzata a coordinare le rispettive attività, in base alle reciproche competenze, per tutti i casi che hanno coinvolto entrambe le strutture.

Il servizio di "Ascolto/mediazione trasformativa" è stato condotto in osservanza delle linee guida regionali, procedendo dapprima ad una accurata selezione dei casi, e successivamente al contatto con i cittadini che avevano manifestato il loro disagio presentando una lamentela.

5.1 Customer Satisfaction

Nel corso dell'anno 2017 sono state effettuate due rilevazioni il cui esito è stato inviato in Regione.

Nel corso delle due rilevazioni sono stati raccolti in totale 3569 questionari, 974 per la degenza e 2595 per l'area ambulatoriale così distribuiti:

- Ospedale "E. Bassini" sono stati raccolti 599 questionari per la degenza (a fronte degli 810 distribuiti) con un tasso di restituzione pari al 73,9%; mentre per l'area ambulatoriale sono stati raccolti 179 questionari (a fronte dei 232 distribuiti) corrispondenti ad un tasso di restituzione del 77,1%.
- Ospedale "Città di sesto San Giovanni" sono stati raccolti 375 questionari (a fronte dei 419 distribuiti) con un tasso di restituzione dell'89,4%, mentre per l'area ambulatoriale sono stati raccolti 183 questionari (a fronte dei 232 distribuiti) con un tasso di restituzione del 78,8%.
- Presidio Territoriale dei Poliambulatori sono stati raccolti 2113 questionari (a fronte dei 2200 distribuiti) corrispondenti ad un tasso di restituzione del 96%.
- Servizio Territoriale sono stati raccolti 120 questionari (a fronte di 128 distribuiti) corrispondenti ad un tasso di restituzione del 93,7%.

Complessivamente è stato necessario distribuire 4021 questionari per raccogliere 3569 questionari (con un numero prefissato di 2405) che corrisponde ad un tasso di restituzione aziendale dell'88,7%.

Si tratta di un tasso di restituzione molto alto. La corrispondenza tra i questionari effettivamente compilati e il numero di quelli consegnati ai cittadini rende attendibile la metodologia dell'indagine (in statistica sociale si considera già affidabile una rilevazione nella quale si riceva un riscontro del 25-30%); risultato questo ottenuto grazie all'impegno degli operatori URP e del personale sanitario dei Reparti di degenza e degli Ambulatori che ha provveduto ad informare e a sensibilizzare gli utenti.

5.2 Segnalazioni ed encomi

Le informazioni provenienti dall'utenza (suggerimenti, segnalazioni, reclami ed encomi) concorrono a fornire un'importante e insostituibile fonte di informazioni sulla percezione della qualità da parte dei cittadini che utilizzano il servizio.

Nel corso dell'anno 2017 l'URP ha ricevuto 810 reclami e 165 encomi.

Le segnalazioni sono divise in base alle aree di disagio secondo la classificazione regionale. L'area di disagio prioritaria è risultata essere quella relativa alle "prestazioni" (mancata prestazione, inadeguatezza organizzativa, percezione della qualità tecnico-professionale).

Il numero di encomi costituiscono il 20,3% di tutte le segnalazioni ricevute, risultato questo da considerare positivamente.

6. Attività Formative

Il Piano di formazione aziendale 2017 si è realizzato in continuità con gli obiettivi a valenza pluriennale (es. sicurezza dei lavoratori , risk management, rianimazione cardiopolmonare-blsd, trasparenza e corruzione, ecc) e in linea con gli obiettivi regionali di interesse aziendale per l'anno in corso. Stante l'indirizzo di Regione Lombardia sullo sviluppo del Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo SBBL anche quale strumento per l'aggiornamento e la formazione dei professionisti sanitari, particolare attenzione è stata rivolta anche alla diffusione dell'informazione e addestramento sul miglior utilizzo di SBBL con corsi specifici.

Gli indicatori di pertinenza della struttura Comunicazione e Formazione sono i seguenti:

Denominazione dell'indicatore	<u>Tasso di saturazione dell'offerta formativa</u>
Razionale	Valutare il grado di partecipazione agli eventi formativi aziendali, quale indice appropriatezza della pianificazione formativa
Risultato	Numero di partecipanti vs numero di partecipanti possibili = 75%
Confronto rispetto al 2016	+ 6,4% (dato 2016: 68,6%)
Osservazioni	Aumento dell'appropriatezza della pianificazione formativa
Direzione del miglioramento	In aumento
Denominazione dell'indicatore	Realizzazione iniziative formative
Razionale	Valuta l'appropriatezza e l'efficacia del Centro di Formazione in materia di pianificazione e realizzazione dell'attività formativa
Risultato	N. eventi formativi realizzati/N. eventi formativi pianificati x 100: 92%
Confronto rispetto al 2016	Indicatore adottato nel 2017
Osservazioni	Risultato molto soddisfacente, visto che R.L. stabilisce il tasso di realizzazione pari al 50%
Direzione del miglioramento	In aumento

Denominazione dell'indicatore	Crediti ECM erogati in media al personale avente diritto
Razionale	L'indicatore valuta il livello con cui il provider assicura i crediti ECM previsti per il personale sanitario
Risultato	Crediti ECM erogati al personale sanitario/N. personale sanitario = 15
Confronto rispetto al 2016	+ 0,13 (nel 2016: 14,87)
Osservazioni	
Direzione del	In aumento

miglioramento	
---------------	--

Denominazione dell'indicatore	Monitor customer satisfaction
Razionale	Scopo di questo indicatore è la rilevazione media della soddisfazione espressa dagli operatori per l'attività formativa organizzata ed erogata
Risultato	Tasso di soddisfazione eventi/totalità eventi: 3,54
Confronto rispetto al 2016	Indicatore adottato nel 2017
Osservazioni	Valore soddisfacente. Il massimo regionale è pari a 4
Direzione del miglioramento	In aumento

Denominazione dell'indicatore	Standard di comunicazione esterna Ambito 6: organizzazione 6.4 Strategie della comunicazione
Razionale	<i>"valutare la conoscenza e l'accessibilità al sito aziendale"</i>
Risultato	Numero accessi al sito www.icp.mi.it/www.asst-nordmilano.it
Confronto rispetto al 2016	+ 1.02% (2017: accessi n. 1.982.042 - 2016: accessi n. 1.925.962)
Osservazioni	Aumento accessi - Valore soglia numero accessi 2017/numero accessi 2016, obiettivo sempre >1=1,02
Direzione del miglioramento	In aumento

7. Comunicazione Esterna ed Interna

La comunicazione

Principali strumenti di comunicazione nella fase di implementazione della Legge Regionale n 23 del 2015 "Evoluzione del Sistema SocioSanitario Lombardo" sono stati, sia per l'interno dell'azienda che per l'esterno, il sito internet www.asst-nordmilano.it, la rete intranet e la newsletter aziendale, aggiornati secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare

7.1 Comunicazione interna

Nello spirito delle linee d'indirizzo della LR 23/2015 "Evoluzione del Sistema SocioSanitario Lombardo", la newsletter aziendale - organo ufficiale di comunicazione interna - aveva abbandonato la denominazione "ICPnotizie" (adottata nel 1998) per assumere nel 2016 quella più aderente alla trasformazione aziendale in corso: "Ospedale&Territorio".

La nuova testata, con i nuovi loghi di Regione Lombardia previsti per le aziende dal Sistema Sociosanitario regionale, ha riassunto e riproposto la nuova missione di ASST NordMilano che può essere considerato un ambito di sperimentazione per l'integrazione tra ospedale e territorio del nordmilano, anche nella prospettiva della Città della Salute e della Ricerca. "Ospedale&Territorio" è stato utilizzato anche come strumento di comunicazione esterna per alcuni stakeholders, quali i Sindaci del NordMilano.

Ospedale&Territorio Anno 2, N° 7, Marzo 2017
Alla prova dei fatti: si rinnova e rafforza l'organizzazione di Asst Nord Milano
 Un forte rilancio per raccogliere le sfide della Legge 23
 Cinque nuovi "primari" nominati nei primi tre mesi dell'anno, altri quattro nei prossimi mesi. Nuovi responsabili per SIDA e QualityRisk Management. Arricchimento della direzione di tre strutture amministrative. Sono i segnali più espliciti e chiari dell'idea di una nuova storia, di un'azienda che si rinnova nelle persone e nelle strutture per affrontare al meglio le sfide della riforma del sistema socio-sanitario voluta dalla Regione Lombardia.

Ospedale&Territorio Anno 2, N° 7, Marzo 2017
L'Assessore al Welfare di Regione Lombardia Giulio Gallera ha inaugurato il PRESS Farini
 La rete dei Pausambulatori: punto di riferimento fondamentale per la presa in carico completa e efficace dei pazienti cronici
 L'Assessore al Welfare di Regione Lombardia Giulio Gallera ha inaugurato il PRESS Farini, il primo Pausa Sano Sottile Nordmilano aperto a Milano. L'inaugurazione è stata presieduta dal presidente della Regione Lombardia, Roberto Formica, e dal presidente della Regione Lombardia, Roberto Formica. Il PRESS Farini è un punto di riferimento fondamentale per la presa in carico completa e efficace dei pazienti cronici.

Ospedale&Territorio Anno 2, N° 7, Marzo 2017
Ospedale&Territorio
 Natale 2017
 La Direzione Aziendale augura Buon Natale e Felice Anno Nuovo
 La Direzione Aziendale di ASST Nord Milano ha augurato Buon Natale e Felice Anno Nuovo a tutti i dipendenti e ai familiari. La Direzione Aziendale è composta da: Dott. Fabio Edmondo Ottolenghi, Dott. Marco Pizzarello, Dott. Cesare Conzatti, Dott. Anna Paola Biondi.

Altro canale per raggiungere e documentare le novità introdotte dalla LR 23 e i conseguenti cambiamenti organizzativi e di procedure a tutto il personale è stata la rete intranet.









7.2 Comunicazione esterna

A seguito della LR 23/2015 che ha concentrato l'offerta ospedaliera aziendale sull'area del nordmilano, particolare attenzione è stata posta nella comunicazione con i Cittadini e al rapporto con le Amministrazioni Comunali dei Comuni del Nord Milano.

Come anticipato, è stata aggiornata l'immagine aziendale e la strutturazione del sito web www.asst-nordmilano.it, con l'aggiunta di un'area che comprende e descrive nel dettaglio i servizi territoriali dei Distretti 6 e 7 ex ATS Città Metropolitana di Milano.

La nuova area "I SERVIZI TERRITORIALI ex Distretti 6 e 7" è raggiungibile dalla homepage del sito. (<http://www.asst-nordmilano.it/servizi-territoriali-ex-distretti-6-7>) oltre a box dedicati, sempre raggiungibili dalla home page, quali ad esempio "Avvisi all'Utenza Servizi Territoriali ASST Nord Milano" e "INTERVENTI DISABILITA", curati in collaborazione con la Direzione Socio Sanitaria

CHI SIAMO OSPEDALE BASSINI OSPEDALE SESTO SG POLIAMBULATORI DOVE SIAMO

 INFORMAZIONI Come prenotare Fogli informativi	 GLI OSPEDALI Reparti e Servizi	 POLIAMBULATORI	 SERVIZI TERRITORIALI ex Distretti 6-7
PERCORSO DI PRESA IN CARICO PAZIENTE CRONICO gennaio 2018 - Dai primi mesi del 2018 sarà attivo, in Lombardia, un nuovo modello di presa in carico per i cittadini affetti da patologie croniche >	 VANTAGGI per il PAZIENTE CRONICO	COMITATO ZONALE DI MILANO gennaio 2018 - Gestione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari e le altre professionalità >	
Contributo economico parrucca gennaio 2018 - Regione Lombardia: qualità della vita delle persone sottoposte a chemioterapia oncologica: domanda di contributo >		Corsi di accompagnamento alla nascita aprile-giugno 2018 - Corsi di accompagnamento alla nascita - edizione aprile-giugno 2018 - Ospedale di Sesto SG con i Consulenti Familiari Integrati	

SERVIZI TERRITORIALI ex Distretti 6-7
INFORMAZIONI AGLI UTENTI
SEDI E SERVIZI
BRESSO - via Centurelli 46
BRESSO - via Dante A. 2
CINISELLO B - via A da Giussano 3
CINISELLO B - via Friuli 18
CINISELLO B - via Terenghi 2
COLOGNO M - via Arosio 2
COLOGNO M - via Boccaccio 12
CORMANO - via D'Annunzio 7
CUSANO M - via Ginestra 1
SESTO SG - via Marx 195
SESTO SG - via Gramsci 32
SESTO SG - via Oslavia 1
NOA
SERD
DIREZIONE
URP

SERVIZI TERRITORIALI

ex Distretti 6 - 7 ASL

Del 1 gennaio 2017, tutti i servizi territoriali erogati dalla ASL prima e dalla ATS dopo negli ambiti dei comuni di Bresso, Cinisello, Cologno, Cormano, Cusano e Sesto San Giovanni, sono parte della ASST Nord Milano.

Questo passaggio di attribuzione declinato nella Legge Regionale 23 del 2015, e nei successivi atti attuativi, sancisce una radicale modifica nell'approccio con cui le aziende Socio Sanitarie affrontano, organizzativamente il tema della cronicità e della presa in carico.

Un primo significativo passo per integrare le prestazioni erogate in ospedale con quelle erogate sul territorio, poiché l'appartenenza ad un'unica organizzazione, facilita i processi di comunicazione interni e consente di mettere al centro i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie. Il criterio prevalente è la presa in carico del paziente evitando il più possibile la frammentazione dei processi, supportando la continuità delle cure in particolare nei confronti della cronicità/fragilità e l'integrazione con l'assistenza primaria.

Che cosa sono

Sono una rete di servizi territoriali che si snodano in un territorio di 300 mila abitanti e che include i comuni di Bresso, Cinisello, Cologno, Cormano, Cusano e Sesto San Giovanni. Forniscono prestazioni nelle seguenti aree: Prevenzione Primaria - Consulenti - Fragilità e Cure Domiciliari - Assistenza protesica e integrativa - Medicina Legale e Certificazioni - Scelta e Revoca del Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta, Assistenza Estero.



L'attenzione posta nella comunicazione con i Cittadini si è espressa anche per il tramite delle Amministrazioni Comunali dei Comuni del Nord Milano. In tal senso, è continuata anche la disponibilità alla partecipazione ai Consigli Comunali aperti o Consigli di Zona – Piani di Zona del Nord Milano dedicati alla presentazione delle attività di ASST Nord Milano e al diretto contatto con i Sindaci, Assessori e i Consigli di Zona/Municipio nello sviluppo e presentazione di progetti ed attività degli ospedali e poliambulatori ASST Nord Milano.

L'attenzione di ASST Nord Milano ad un rapporto più stretto con tutti gli stakeholders, che “conoscendo di più i propri ospedali, li sentono più loro e li sostengono”, ha portato alla realizzazione di iniziative di “ospedale aperto” ai cittadini. Sono caratterizzate con progetti diversi, anche in corrispondenza con le giornate nazionali (es, dolore, salute mentale, osteoporosi, lavaggio mani, obesità, ecc) con attività di informazione e consulenza (anche con visite gratuite in alcuni casi). Obiettivo era anche sdrammatizzare la percezione del ricovero e delle cure in ospedale, nei pazienti grandi e piccoli, oltre a promuovere le attività di eccellenza dei presidi. Le iniziative hanno coinvolto l'Ospedale Edoardo Bassini e l'Ospedale Città di Sesto San Giovanni.

Le iniziative in tema di comunicazione esterna, verranno riproposte anche nei prossimi anni ponendo attenzione alle richieste e indicazioni provenienti dal territorio, anche in collaborazione e in sintonia con le campagne di ATS Città Metropolitana e Direzione Generale Welfare.

8. Progetti aziendali anno 2017

Progetti area sanitaria

Il percorso d'integrazione già intrapreso con particolare riferimento alle specialità mediche di laboratorio, cardiologia, chirurgia e di medicina generale, si è ulteriormente sviluppato nel corso del 2017. Sono inoltre proseguiti gli interventi di ottimizzazione dei percorsi assistenziali.

E' in particolare proseguita la riorganizzazione dell'attività di laboratorio analisi, come da disposizioni regionali, e dei punti prelievo dei Poliambulatori territoriali presso il laboratorio Bassini, con l'obiettivo di migliorare la qualità del servizio offerto. Si è consolidata l'attività dei sub acuti presso il Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni e si è maggiormente sviluppata l'attività di Hospice e cure palliative in diversi ambiti tra i quali l'assistenza specialistica territoriale di cure palliative (STCP) il cui obiettivo primario è quello di consentire ai pazienti e ai familiari di poter essere assistiti a casa gestendo le fasi avanzate di una malattia tumorale o cronico-degenerativa, la Degenza Hospice e infine l'attività ambulatoriale di cure palliative e terapia del dolore.

Si sono inoltre sviluppate alcune attività cliniche rilevanti tra le quali occorre citare:

Chirurgia Bariatrica.

Nell'ambito delle attività chirurgiche si è sviluppata, presso l'Ospedale Bassini, la specialità di Chirurgia Bariatrica, allo scopo di rispondere al bisogno di una patologia di rilevanza sociale quale l'obesità. La Chirurgia Bariatrica si propone come efficace strumento per la riduzione dell'eccesso di peso contrastando, inoltre, gli effetti negativi ad esso associati. L'Azienda ha investito nella competenza di alcuni professionisti specializzati attrezzandosi inoltre con idonei presidi e tecnologie. Il cittadino viene accompagnato in questo percorso di presa in carico sin dagli ambulatori ospedalieri e viene mantenuto sotto controllo clinico nel corso del tempo attraverso specifici follow-up.

Centro di Vulnologia e Stomizzati

Il Centro ha costituito un percorso per i pazienti di autocura/selfcare per la guarigione delle lesioni cutanee (ferite chirurgiche, piaghe, ustioni ecc.) allo scopo di ridurre le infezioni correlate all'assistenza, i tempi di degenza e la guarigione delle ferite. Il percorso selfcare favorisce quindi una prevenzione di tutte le complicanze correlate ai problemi clinici e migliora l'autonomia del paziente assistito presso i centri infermieristici di Vulnologia e Stomatologia. Obiettivo principale è di conservare l'unità della persona portatrice di lesioni cutanee e croniche nonché stomizzate ottenendo una salvaguardia il più possibile elevata dell'integrità cutanea/peristomale e un miglioramento della qualità di vita "aiutando il paziente ad aiutarsi".

Urologia- ricerca cellule staminali sull'adulto

Da anni presso la struttura di Urologia esiste una stretta collaborazione con il Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università Milano Bicocca nell'ambito della ricerca sulle cellule staminali dell'adulto. Il lavoro viene svolto su specifici progetti attinenti al trattamento della patologia renale. Lo scopo di queste ricerche consiste nell'identificare e caratterizzare Cellule Staminali provenienti da tessuto renale normale e neoplastico al fine di identificare marcatori neoplastici specifici del Carcinoma Renale a Cellule Chiare (RCC), tumore molto aggressivo in cui solo la diagnostica e l'intervento precoce può essere efficace. I campioni di tessuto vengono coltivati in terreni particolari, ottenendo le Cellule Staminali. La definizione delle differenze tra staminali normali e patologiche potrà essere utile per meglio comprendere l'origine del tumore renale e individuare marcatori specifici per la diagnosi e terapia precoce dello stesso. Da ciò deriva anche una cospicua produzione scientifica su riviste con elevato IF.

BREAST UNIT

Si tratta di una unità multidisciplinare per la gestione della patologia senologica che prevede l'applicazione di uno specifico protocollo terapeutico-assistenziale, in sinergia tra diverse Unità specialistiche, al fine di accompagnare la paziente durante tutto il suo percorso di cura. Tale centro è riconosciuto a livello regionale.

Il tumore mammario è il più frequente nel sesso femminile e colpisce una donna su otto. Fondamentale è la diagnosi precoce mediante lo screening e una terapia adeguata e tempestiva. La **Breast Unit** è un modello di assistenza dedicato, dove la gestione del percorso è affidata a un gruppo multidisciplinare di specialisti con una consolidata esperienza in ambito senologico. E'

dimostrato che la cura presso una **Breast Unit** diminuisce la mortalità per tumore mammario del 17% rispetto ad un centro non specializzato.

Nel Centro di Senologia Avanzata di ASST Nord Milano la donna viene presa in carico in un "Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale" personalizzato basato su linee guida e dati scientifici. La paziente è così seguita dalla diagnosi alla stadiazione, dalla scelta terapeutica al successivo follow-up. I professionisti coinvolti, che operano in sinergia sotto la guida di un coordinatore, sono: radiologo senologo, anatomo patologo, chirurgo senologo, chirurgo plastico, oncologo, fisiatra, psicologo, ginecologo, genetista, radioterapista, infermiere. Tutti i casi vengono discussi in riunioni multidisciplinari.

DIAGNOSTICA RADIOLOGICA

La radiologia svolge attività di screening mammografico per la Regione Lombardia. Possono essere eseguiti i seguenti esami:

- Mammografia digitale con tomosintesi ed Ecografia mammaria, esami di prima scelta
- Risonanza Magnetica Nucleare mammaria
- Agoaspirato della mammella sotto guida ecografica
- Microbiopsia mammaria sotto guida ecografia
- Asportazione/esame istologico mediante VABB su guida stereotassica

L'esito degli esami citologici e istologici viene consegnato dal chirurgo che, durante il colloquio condivide con la paziente il suo percorso diagnostico terapeutico.

CHIRURGIA

- Chirurgia con tecnica della ricerca del linfonodo sentinella (BLS) con esame istologico intraoperatorio
- Oncoplastica ricostruttiva

ONCOLOGIA

Dopo la discussione multidisciplinare, le pazienti vengono avviate ai trattamenti oncologici personalizzati o ai controlli ambulatoriali.

Progetti area sociosanitaria

Sul territorio hanno avuto implementazione e sviluppo le seguenti progettualità inerenti la continuità delle cure:

- Dimissioni protette: il protocollo condiviso tra i sei comuni di riferimento territoriale, è stato sottoscritto formalmente il 5 maggio 2017. Il protocollo si avvale di un periodo sperimentale di 12 mesi per la sua validazione definitiva.
Attualmente sono stati avviati tavoli operativi con i Comuni per definire modalità applicative dei protocolli, che permettano di rendere le comunicazioni tra enti il più fluide possibili e ulteriormente definire e costruire relazioni tra i diversi attori della rete utili a facilitare il percorso del soggetto in dimissione protetta.

- “Percorso Nascita”: condivisa con i Consultori familiari Integrati pubblici l’offerta sui corsi di accompagnamento alla nascita, sia in termini di contenuti che di calendario, garantendo pertanto all’utenza dei nostri Comuni la possibilità di poter accedere a un corso praticamente ogni mese. E’ disponibile per l’utenza una locandina che viene pubblicata sul sito internet aziendale. All’interno del Presidio Ospedaliero di Sesto vengono effettuati i corsi di accompagnamento alla nascita in regime SSR oltre che in libera professione. E’ in fase di revisione la Carta dei Servizi del Percorso Nascita, in particolare per gli aspetti pediatrici, in relazione all’insediamento del nuovo primario di pediatria.
- Cartella della gravidanza: è in fase di elaborazione una cartella aziendale dedicata alla gravidanza, che faciliti l’invio della gravida all’ambulatorio ospedaliero in preparazione al parto e sia utile per condividere modalità di gestione uniformi tra gli specialisti aziendali che operano in diversi setting.
- Diabetologia: è in fase di avanzata definizione un modello di rete diabetologica ambulatoriale, atto a superare la precedente frammentazione dell’attività nei Poliambulatori. Tale modello crea una stretta connessione tra tutti gli specialisti che condividono analoghe modalità di trattamento del paziente e mettono in comune a disposizione di tutti i pazienti le specifiche expertise .
- Rete Locale Cure Palliative: è costituito un gruppo di lavoro tra tutti gli enti che sul territorio gestiscono servizi di cure palliative (Hospice, ambulatoriale, domiciliare); al gruppo di lavoro partecipa anche un rappresentante della medicina generale. Si sta lavorando su mappare le potenzialità dei servizi territoriali e definire modalità condivise di presa in carico del paziente con un invio facilitato da un servizio all’altro in caso di necessità. E’ stato inoltre previsto nel POAS un Dipartimento interaziendale di Cure palliative, il cui capofila è individuato nella ASST Fatebenefratelli Sacco. A breve verrà condiviso un regolamento di funzionamento del Dipartimento stesso e il lavoro già effettuato sulla rete locale andrà ad inserirsi all’interno del quadro più generale, con l’obiettivo di rendere concrete le azioni previste, personalizzando sul territorio le modalità di attuazione . E’ stata formalmente costituita, da ATS Milano Città Metropolitana, la rete locale cure palliative ed è stato approvato il suo regolamento di funzionamento.

La mappatura dei processi di presa in carico per patologia cronica sta evolvendo in relazione a quanto prospettato dalla Delibera regionale del Governo della Domanda. I clinici stanno lavorando per caratterizzare i profili dei pazienti che già risultano seguiti prevalentemente per patologia cronica, definire un elenco di prestazioni ritenute appropriate nella generalità dei casi per seguire tali patologie e studiare un modello di piano assistenziale individuale (PAI), utile allo scopo. E’ attualmente in fase di progettazione anche il sistema informativo di supporto alla presa in carico che potrà avvalersi di quanto messo a disposizione da Regione attraverso Lombardia Informatica,

ma deve prevedere strumenti di integrazione con il sistema aziendale già in uso e che gestisce la parte agende e refertazione.

Per quanto invece riguarda l'attività svolta all'interno del "Advisory Board", sono proseguiti alcuni tavoli di lavoro, che hanno concluso le attività relativamente a:

- definizione di un "Modello di rete integrata per la continuità dell'assistenza tra le Strutture di ricovero e cura e le Strutture di cure intermedie della città di Milano", che prevede la costituzione un "Centro servizi" unico con presenza di personale (sanitario e sociale), messo a disposizione dai soggetti interessati, in cui far confluire per la valutazione, attraverso un gestionale unico, le richieste di trasferimento dall'ospedale alle strutture di cure intermedie. Questo progetto vede coinvolte, al momento, sole le ASST di Milano città; ci vedrà successivamente coinvolti, ma richiede che venga organizzato al nostro interno un Centro Servizi Aziendale.
- aggiornamento del " Progetto PDTAR sulle demenze". Partecipiamo direttamente alle attività svolte sul ruolo dello specialista, in particolare relativamente all'organizzazione delle prime visite neurologiche/geriatriche, alla differenziazione di accesso alla specialistica territoriale, rispetto a quella ospedaliera.
- Avvio del progetto sperimentale di dimissione protetta, che prevede la possibilità dell'attivazione diretta dell'ADI in dimissione da parte dell'ASST, per la durata di un mese per pazienti selezionati. Tale opportunità si affianca a quella dell'attivazione della post – acuta domiciliare, già precedentemente avviata nel corso dell'anno.
- Prosecuzione dei lavori relativamente al Progetto Milano e alla definitiva transizione delle attività da ATS alle ASST.

Presa in carico del paziente cronico

La complessità da affrontare nei prossimi anni, legata all'allungamento della vita e al continuo miglioramento delle cure, è quella del costante incremento di persone affette da patologie croniche, con bisogni sanitari, e non solo sanitari, crescenti. La prima sfida da affrontare è quella di creare un contesto che permetta di costruire tutte le necessarie interconnessioni e alleanze tra professionisti, al fine di dare risposte efficaci ai bisogni complessi, siano essi di natura sanitaria, socio-sanitaria o assistenziale.

Le azioni programmatiche devono tener conto sempre della necessità di salvaguardare i principi fondamentali che vogliono caratterizzare il sistema lombardo: dall'equità di accesso ai servizi, al mantenimento della scelta libera e consapevole del cittadino, dalla promozione dell'appropriatezza clinica, economica ed organizzativa, all'implementazione della rete sanitaria e socio-sanitaria e all'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso".

In particolare poi, la consapevolezza del fatto che un sistema così ricco di unità d'offerta, rischia di frammentare gli interventi sulla persona e rende necessaria l'elaborazione di strategie operative

efficaci, miranti a costruire dei percorsi personalizzati ma definiti, ha portato Regione a proporre un modello evoluto di sistema socio-sanitario e ad istituire le aziende socio sanitarie territoriali configurando così organizzativamente l'intenzione di orientare il sistema a garantire la continuità di presa in carico della persona, anche provando a riequilibrare l'asse di cura tra ospedale e territorio

Facendo seguito alle delibere regionali n. 6164/17, n. 6551/17 e n. 7038/17 relative alle nuove modalità di presa in carico del paziente cronico e fragile , sono state avviate diverse attività propedeutiche all'operatività sul paziente.

Tra le principali:

- attivazione del Centro Servizi aziendale
- incontri informativi e di sensibilizzazione al personale sui contenuti delle delibere regionali;
- definizione di PDTA condivisi tra i due presidi ospedalieri su patologie di elevata frequenza;
- predisposizione di un ampliamento del sistema informativo aziendale utile alla stesura del PAI;
- individuazione di clinical manager;
- definizione del ruolo e individuazione di case manager

Centro servizi

Nel 2018, anche in relazione alla necessità di avviare il percorso di "presa in carico del paziente cronico" diventa irrinunciabile la necessità di creare un centro servizi aziendale.

Per quanto riguarda il Centro Servizi o Contact Center, Regione lo ha definito un centro di assistenza e servizi, ipotizzando che in relazione all'organizzazione che se ne assume la gestione, tale CC possa prevedere **un'area clinica e/o un'area gestionale**.

L'area gestionale viene identificata come irrinunciabile per tutti i modelli organizzativi proposti ed è deputata a coordinare gli interventi relativi alla presa in cura. Assicura al paziente: assistenza nell'accesso alle prestazioni specialistiche necessarie e previste dal percorso, assistenza nella gestione dell'agenda sanitaria (prenotazioni, contatto telefonico per ricordare appuntamenti e accertamenti), operatori esperti che effettuano la presa in carico, d'intesa con il medico curante e gestiscono le richieste di informazioni del paziente e/o di chi lo assiste.

L'area clinica : si basa sull'istituzione di ambulatori dedicati alla presa in carico dei pazienti cronici. La strutturazione di un Centro Servizi a regime prevede: **l'acquisizione di una infrastruttura informatica** che permetta di dialogare tra i diversi attori coinvolti nella presa in carico, la possibilità di stilare un PAI, che definisca i diversi interventi rivolti al paziente, e sul quale agiscono, per le parti di competenza, personale amministrativo e sanitario (agende, prenotazioni, counselling, ecc) la gestione di interventi in telemedicina, con produzione di alert per il medico curante, nonché la produzione di eventuali flussi ai fini statistici e/o di rendicontazione economica. Dalla metà del mese di aprile è stato attivato un primo nucleo del Centro Servizi, con personale infermieristico, sociale e amministrativo. Gli operatori stanno operando fundamentalmente su attività di dimissioni protette. Sono in fase di definizione procedure di "screening" dei soggetti

fragili e di attivazione del CSA da parte dei reparti. Il CSA lavora inoltre in stretto contatto con i servizi territoriali della Fragilità al fine di garantire quel raccordo necessario con Comuni e la Medicina di Famiglia per migliorare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Sono state avviate le procedure di screening dei soggetti fragili all'ingresso nei reparti, attraverso due scale che indagano la fragilità sociale ed elementi di natura sanitaria. Circa 1400 persone sono state valutate dai Reparti e circa 300 sono state segnalate per la necessità di una dimissione protetta, con conseguente attivazione delle diverse risorse di rete. I servizi territoriali della Fragilità cooperano costantemente con il CSA sia in ruolo consulenziale, che per l'attivazione delle Unità di Valutazione Multidimensionale. E' conclusa la definizione di una cartella del soggetto fragile unica tra ospedale e territorio che permetta di prendere in carico e seguire la persona con modalità condivise.

La definizione inoltre di un **Servizio Sociale Aziendale** costituisce un importante fattore di integrazione sui casi e di messa in comune di competenze fondamentali per implementare percorsi appropriati di presa in carico, soprattutto dei soggetti più fragili.

Sono stati avviati incontri con i diversi Reparti Ospedalieri per condividere le modalità di funzionamento del CSA e migliorare i percorsi di dimissione protetta.

Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST)

La L.R. n. 23/2015, all'art. 7, ha individuato i Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST) quali sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa a favore dei pazienti cronici e fragili, stabilendo che le ASST gestiscano i PreSST direttamente o mediante accordi con altri erogatori accreditati, e che tali presidi siano preferibilmente organizzati in collegamento funzionale con le Unità Complesse di Cure Primarie.

In linea con quanto definito nella DGR n. X/5954 del 5 dicembre 2016, in cui si ravvisa il limite della attuale frammentazione della pur ricchissima rete d'offerta lombarda, che necessita quindi di essere ripensata nell'ottica di una personalizzazione della risposta alla domanda di salute, in termini di presa in carico e di appropriatezza di accesso, in accordo con ATS e in coerenza con gli ambiti territoriali delle AFT individuate nel corso del 2016, si è ritenuto di attivare nelle due sedi poliambulatoriali di Via Farini e di Via Livigno, precedentemente identificate come POT, la sperimentazione di due PreSST, in quanto modalità organizzative più rispondenti alle caratteristiche della struttura e più appropriate al modello sperimentale, presentato e finanziato da Regione.

A tale scopo è stata condivisa con ATS una convenzione, che prevede la messa a disposizione di spazi per medici di medicina generale, che già operino nella zona e per ambulatori di continuità assistenziale, al fine di favorire la presa in carico di pazienti cronici integrata con gli specialisti operanti nella struttura.

ATS ha individuato con un bando i medici di medicina generale partecipanti alla sperimentazione; si tratta per ambedue le sedi di MMG che partecipano attivamente in qualità di gestori alla nuova modalità di presa in carico dei pazienti cronici.

Nella sede di Via Livigno, ATS ha attivato un ambulatorio di continuità assistenziale, che possa da una parte fornire un servizio ai cittadini della zona, dall'altra avviare percorsi di vera continuità assistenziale per pazienti fragili selezionati dagli MMG partecipanti al PreSST. Nella sede di Via Farini, ATS sta valutando di aprire un ambulatorio di continuità assistenziale pediatrica.

Progetto Ambulatori Aperti

Anche per l'anno 2017 è proseguito il progetto "ambulatori aperti", anche sulla base delle indicazioni contenute nelle Regole di Gestione del Servizio socio sanitario per l'anno 2017, grazie al quale è stato possibile effettuare un'importante attività di revisione dell'offerta ambulatoriale da parte di questa azienda, al fine di dare una risposta concreta alla crescente richiesta di disponibilità, da parte degli utenti, a svolgere esami e prestazioni in orari serali e nei giorni festivi e prefestivi.

Le caratteristiche organizzative del progetto sono al momento analoghe a quelle già sperimentate negli scorsi anni. Gli obiettivi principali restano quelli della gestione di prestazioni aggiuntive, rispetto alla programmazione ordinaria, per agevolare l'accesso a chi lavora, snellire le liste d'attesa e facilitare la prenotazione di prescrizioni in classe di priorità B (Breve).

Le sedi individuate in relazione alla loro collocazione, sono il P.O. Bassini di Cinisello Balsamo, il P.O. di Sesto San Giovanni e il poliambulatorio di via Andrea Doria.

Le fasce orarie garantite sono dal lunedì al venerdì dalle 18.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 08.00 alle 13.00. In relazione agli obiettivi previsti dall'attività in oggetto, emergeva e si conferma l'opportunità di offrire le seguenti specialità: Cardiologia, Angiologia, Dermatologia, Geriatria, Oculistica, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, analisi di laboratorio, Radiologia.

9. Sistema informativo socio sanitario

Nel corso del 2017 erano state previste le seguenti attività in ambito informatico:

- 1) incorporazione ed integrazione dei sistemi gestiti da ATS Milano relativi agli ex distretti 6 e 7 nei servizi informatici di ASST Nord Milano; gestione degli stipendi dei dipendenti delle strutture sociosanitarie e gestione della fatturazione delle vaccinazioni. Completamento della connessione geografica con le nuove sedi.
- 2) accompagnamento delle ASST FBF-Sacco e Pini-CTO al completo distacco dai servizi informatici "ex-ICP"
- 3) revisione, come da piano presentato da Llspa, dell'infrastruttura di codifica della PRI e conseguente cambio di modalità di gestione della BAC e del Repository Referti
- 4) mantenimento dei livelli di produttività dei DCE per i settori che hanno un livello di emissione di documenti SISS già oltre il 98% del totale, incremento per gli altri settori (di fatto solo settore refertazione e prescrizione ambulatoriale)

- 5) revisione degli impianti di fonia con spostamento della centrale master dall'ospedale Buzzi all'ospedale Bassini (attività resa possibile solo dopo distacco dell'ASST FBF-Sacco). Conseguente incorporazione degli impianti di fonia dei distretti 6 e 7

Alcune attività sopra descritte, in particolare il punto 1 e 5, non hanno avuto completa attuazione a causa dell'incertezza sulla data di distacco dei singoli servizi delle ASST FBF-Sacco e Pini-CTO. Ancora oggi tutti i sistemi informativi sanitari dei presidi afferiti alle altre ASST sono quelli dell'ASST Nord Milano, ad eccezione del sistema di laboratorio del PO Buzzi, con conseguente impedimento nel processo di incorporazione degli ex distretti 6 e 7 per mancanza di licenze "libere" sulle centrali.

Inoltre, a livello di gestione dei servizi informativi, il mancato distacco dei presidi Buzzi e CTO ha impedito e impedisce l'adesione di questa ASST alle nuove codifiche regionali, in quanto la configurazione attuale dei sistemi la pubblicazione dei referti dei presidi ceduti verrebbe completamente bloccata. Per evitare questo tipo di disservizio al cittadino si è dovuto mettere in atto dei "work around" organizzativi alle conseguenti incongruenze che si sono verificati tra i sistemi regionali (es: sistema di distribuzione ricettari).

Sin dalla fine del 2017, si è inoltre presentata la necessità di prepararsi alla conduzione, dall'inizio del 2018, di tutte le attività gestionali e sanitarie necessarie per la corretta "presa in carico del paziente cronico", con conseguente adeguamento dei sistemi informativi interni per supportare i processi ipotizzati.

10. Anticorruzione e performance

Nel corso del 2017 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 2017. Tutti hanno partecipato ad almeno uno degli incontri organizzati, così come certificato dall'UOC Comunicazione e Formazione.

Inoltre, altro obiettivo di budget 2017, 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.

11. 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 il più possibile basata su dati oggettivi di outcome, si riportano di seguito i risultati del 2017 per rendere evidente il processo di conoscenza e valutazione delle diverse dimensioni analizzate:

Area di Performance	Indicatori	Risultati 2016	Risultati 2017	Target
Efficienza	Produzione lorda/Produzione finanziabile	99,8%	98,2%	>100
	Costo personale/ricavi della gestione caratteristica	63,75	65,94	In riduzione
	Costi per beni e servizi/ricavi della gestione caratteristica	54,03	52,76	In riduzione
	Costi caratteristici/ricavi della gestione caratteristica	128,22	130,88	In riduzione
Qualità dei processi organizzativi	Indicatori SISS (ricetta elettronica, pubblicazione referti ambulatoriali, lettere di dimissione, verbali di PS)	NV	Prescrizione elettronica: 68% (245.295 su 361.000); Referti ambulatoriali 64% (target 80%); Lettere di dimissioni: 94% (target 95); Verbali di PS: 100% (target 95%)	Regione non ha assegnato obiettivi SISS per il 2016 in seguito ai cambiamenti strutturali stabiliti dalla Legge Regionale 23/2015.
	Giornate di assenza per dipendente	13,2	13,00	Diminuzione

Efficacia	Frattura collo del femore entro le 48 ore/tot fratture operate	78% (85/109) Fascia verde Valore Regionale (67,73%)	77% (76/99) Fascia verde Valore regionale (74,47%)	>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: 1,9% Fascia verde Valore regionale(media) 2,30	HB: 2,3% Fascia gialla HSSG: 1,8% Fascia verde Valore regionale(media) 2,30	< rispetto alla mediana regionale Rosso/arancione = da migliorare Giallo = accettabile Verde = rispetto dello standard Regionale
	Ritorni in sala operatoria	HSSG: Chirurgia 02 2,01%; Fascia arancione HB: Chirurgia 01 1,24%; Fascia gialla Mediana regionale: 1,38 Ortopedia 01 0,30% (fascia verde) Mediana regionale 0,49 Urologia 01 1,09% fascia gialla.	HSSG: Chirurgia 02 1,31%; Fascia gialla HB: Chirurgia 01 0,95%; Fascia verde Mediana regionale: 1,34 Ortopedia 01 0,14% (fascia verde) Mediana regionale 0,47 Urologia 01 1,28 fascia gialla	< rispetto alla mediana regionale Rosso /arancione = da migliorare Giallo = accettabile Verde = rispetto dello standard Regionale

		Mediana regionale 1,06	Mediana regionale 1,10	
	Parti cesarei/parti totali	Anno 2016 19% (170/880) Anno 2015 16% (144/898)	Anno 2017 19% (169/872)	Riduzione/Mantenimento
Appropriatezza e sicurezza	Cadute pazienti ricoverati	223 cadute	181 di cui 4 visitatori	Confronto con Benchmarking del SSR. Andamento sostanzialmente stabile
	Cadute pazienti ricoverati con danno	n. 111 di cui 69 con prognosi inferiore/uguale a 3gg	n. 81 di cui 58 con prognosi inferiore/uguale a 3gg	Confronto con Benchmarking del SSR. Andamento sostanzialmente stabile
	Richieste risarcimento danni (indipendentemente dalla causa / motivo)	55 richieste	62 richieste	Mantenimento/riduzione
Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Tempi di attesa: rispetto delle indicazioni regionali	A livello aziendale vengono rispettati i tempi di attesa	A livello aziendale vengono rispettati i tempi di attesa	Mantenimento
	Qualità dell'assistenza del personale medico e infermieristico	98%	98%	Mantenimento
	Apprezzamento complessivo	136 encomi su 784 segnalazioni	165 encomi su 975	Mantenimento

		(17%)	segnalazioni (17%)	
	Numero di reclami	648 reclami	810 reclami	Mantenimento/riduzione
	Corsi di formazione in tema di anticorruzione	Obbligatoria a partire dal 2017	Partecipazione e 100%	Partecipazione obbligatoria da parte dei dirigenti delle strutture in staff alla direzione strategica ad almeno un incontro dei tre organizzati
	Aggiornamento dell'area amministrazione trasparente secondo i criteri di qualità, tempestività e significatività delle informazioni	La tempestività in alcune aree non è stata pienamente rispettata (ritardo di 2/3 giorni)	Tempestività rispettata.	Rispetto delle scadenze normative

Nota: AREA EFFICACIA

Il sistema di classificazione regionale è suddiviso in 5 fasce (1-rossa, 2-arancione, 3-gialla, 4-verde chiaro, 5-verdescuolo). 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.

12. CONCLUSIONI

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

- In merito agli indicatori di efficienza il parziale raggiungimento degli obiettivi di produzione e di personale è legata a due importanti fattori: il calo di attività ambulatoriale in seguito ad una riorganizzazione del service odontoiatrico e l'incremento del costo del personale per l'acquisizione da parte di ASST Nord Milano del personale dei servizi territoriali, nel 2016 in capo alla ATS Milano Città Metropolitana.

- Altro indicatore in aumento riguarda le richieste di risarcimento danni, che tuttavia riflette un aumento dei contenziosi a livello regionale.
- Nell'area accessibilità e soddisfazione dell'utenza se da una parte si registra un incremento del numero degli elogi dall'altra si evidenzia un aumento del numero dei reclami da attribuire alla riorganizzazione dei servizi odontoiatrici della Servicedent srl, operanti nelle strutture territoriali della ASST Nord Milano .