

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Nord Milano

# **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

## **ANNO 2016**

**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE  
NORD MILANO**

# Indice

1. Premessa	3
2. Attività 2016	4
2.1 L'attività di diagnosi e cura	4
2.2 Il Bilancio	4
3. Obiettivi di Interesse regionale, RAR e altri obiettivi di performance e di qualità	4
3.1 Obiettivi di interesse regionale	4
3.2 Obiettivi Risorse aggiuntive regionali	4
3.3 Obiettivi di Performance organizzativa	5
4. Customer satisfaction e reclami	7
4.1 Customer Satisfaction	7
4.2 Segnalazioni ed encomi	7
5. Attività Formative	7
6. Comunicazione Esterna ed Interna	9
6.1 Comunicazione interna	9
6.2 Comunicazione esterna	10
7. Stato avanzamento progetti aziendali anno 2016	11
7.1 Sperimentazione Walk-in Centre (Via Rugabella-Milano)	12
7.2 Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)	13
7.3 Progetto Ambulatori Aperti	13
7.4 Processi di integrazione e collaborazioni con altri soggetti istituzionali	14
7.5 Interventi finalizzati alla razionalizzazione delle sedi	15
7.6 Appropriata prescrizione farmaci e dispositivi medici	16
7.7 Sistema informativo socio sanitario	17
8. Qualità e sicurezza delle cure – risk management	19
9. La misurazione delle performance : gli indicatori di risultato	23

## **1. Premessa**

Con DGR del 10 dicembre 2015 n. X/4478 è stata costituita l'A.S.S.T. Nord Milano con sede legale in viale Matteotti, 83 – 20099 Sesto San Giovanni (Mi) e di cui fanno parte:

- 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.

Nell'assetto organizzativo di ASST Nord Milano sono inoltre ricomprese le strutture distrettuali del territorio di competenza così come individuate nell'allegato 1 della legge regionale 23/2015. L'assetto organizzativo precedente vedeva tali territori gestiti da ASL Milano, con un'organizzazione dei servizi, anche a livello centrale unica e coordinata tra il territorio di Milano città e quello dei comuni di riferimento. La transizione ad ASST Nord Milano dei servizi territoriali (Ex Distretti 6 e 7) è parte integrante del modello Milano e come tale si è avviata concretamente dal gennaio 2017.

Le strutture della ASST Nord Milano 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
- ostetricia e ginecologia
- pediatria.

Sono presenti presso il presidio ospedaliero Bassini il reparto "hospice" e il reparto "subacuti", quest'ultimo attivato da dicembre 2015 anche presso il P.O. di Sesto San Giovanni con 25 posti letto accreditati.

Con Deliberazione 554 del 27/10/2016 l'ASST Nord Milano ha adottato il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2016-2018 (POAS), così come previsto dalle Regole di sistema 2016 e di cui si è in attesa dell'approvazione della Giunta Regionale.

Alla luce dei principi e delle nuove disposizioni previste nella legge di evoluzione del sistema sanitario regionale, sono stati ridefiniti gli assetti organizzativi, ed è stato avviato un percorso di razionalizzazione delle risorse e di potenziamento dei servizi sanitari offerti.

## **2. Attività 2016**

### **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 13.863 ricoveri in regime ordinario e 2.650 ricoveri in regime diurno DH/DS, con circa 900 parti. Eroga inoltre circa 3.415.000 prestazioni specialistiche ambulatoriali presso i Presidi ospedalieri e i Poliambulatori territoriali.

### **2.2 Il Bilancio**

L'ASST Nord Milano ha un bilancio di circa 197 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 2016 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 altri obiettivi di performance e di qualità**

### **3.1 Obiettivi di interesse regionale**

Gli obiettivi sono stati assegnati all'Azienda con DGR n. 5514 del 2.08.2016 " Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle aziende ospedaliere e dell'AREU e definizione degli obiettivi per l'anno 2016". Sono state individuate all'interno dell'Azienda le strutture responsabili per ogni obiettivo e sono stati verificati due stati di avanzamento infrannuali (primo semestre e prechiusura a dicembre). In data 23.02.2017 è stata inviata in Regione la relazione conclusiva attestante il livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati.

### **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 settembre 2016 e si sono conclusi nel mese di dicembre. Hanno coinvolto tutto il personale dell'Azienda e gli obiettivi in essi declinati sono stati pienamente raggiunti. Di seguito vengono presentati i singoli progetti per area:

## **Area sanitaria**

Macro Obiettivo 2: Revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici nell'ottica dell'evoluzione del SSSL, in applicazione alla legge 23/2015.

Titolo: Revisione procedure in applicazione della legge 23

Macro Obiettivo 3: Efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica, scientifica e amministrativa nonché dei servizi in genere

Titolo:

progetto 1: Safety in Sala parto

progetto 2: Sicurezza in chirurgia

progetto 3: Ricognizione e riconciliazione terapeutica

Macro obiettivo 1: Avvio del percorso di integrazione tra i servizi sanitari, sociosanitari e sociali finalizzati alla presa in carico del paziente cronico e fragile

Titolo: Continuità assistenziale in dimissione : post-acuti domiciliari

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

Macro Obiettivo 2: Revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici nell'ottica dell'evoluzione del SSSL, in applicazione alla legge 23/2015

Titolo:

Progetto 1: predisposizione di protocolli di intesa con le Aziende afferenti i Presidi Buzzi e CTO

Progetto 2: revisione delle procedure e della documentazione amministrativa in applicazione della legge 23

### **3.3 Obiettivi di Performance organizzativa**

Per la definizione degli obiettivi 2016, 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 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. **Appropriatezza e qualità. (peso 30)**

Gli obiettivi sono distinti tra dirigenza e comparto

### **Dirigenza**

Sono previsti obiettivi mirati al miglioramento dell'appropriatezza 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.

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.

Gli obiettivi sono stati monitorati durante l'anno con periodicità diverse: gli obiettivi cosiddetti "di budget" hanno l'opportunità di una verifica mensile (e quindi di una loro eventuale revisione), 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' in corso l'elaborazione finale dei risultati complessivi da parte del Controllo di gestione e programmazione, da presentare al Nucleo di Valutazione delle Performance per procedere alla conseguente retribuzione del personale dipendente.

## **4. Customer satisfaction e reclami**

Nel corso del 2016 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha condotto una vasta gamma di attività volte a garantire l'accesso ai servizi da parte dei cittadini.

Uno dei cardini per l'esercizio di tale diritto rimane indubbiamente la funzione di ascolto che viene esplicata sia in forma attiva, andando a sollecitare il giudizio dei cittadini mediante le rilevazioni della customer satisfaction, sia nella registrazione e gestione di quanto spontaneamente gli utenti ritengono di segnalare.

Nell'anno 2016, in accordo con gli obiettivi URP concordati con la Direzione, si è inoltre intensificata la collaborazione e l'integrazione con il Risk Management per una gestione coordinata dei casi di interesse comune; tale rapporto si concretizza nella tempestiva segnalazione da parte dell'URP dei casi a maggior rischio di conseguenze o comunque sotto qualche profilo più significativi, oltre che in riunioni ed incontri di carattere organizzativo.

Anche con gli Affari Legali è proseguita una stretta collaborazione 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.

### **4.1 Customer Satisfaction**

Come disposto da Regione Lombardia, nel corso dell'anno 2016 sono state effettuate due rilevazioni, il cui esito è stato inviato in Regione.

### **4.2 Segnalazioni ed encomi**

Anche il feed back proveniente spontaneamente dall'utenza sotto forma di suggerimenti, segnalazioni, reclami ed encomi concorre a fornire una importante e insostituibile fonte di informazioni sulla percezione della qualità da parte dei cittadini che utilizzano il servizio.

Nel corso dell'anno 2016, URP ha ricevuto 648 reclami e 136 encomi.

Si sono suddivise le segnalazioni in base alle aree di disagio secondo la classificazione regionale; e si è potuto così individuare come prioritaria l'area disagio "prestazioni" (mancata prestazione, inadeguatezza organizzativa, percezione della qualità tecnico-professionale). Da considerare positivamente il consistente numero di encomi ricevuti che costituiscono il 17% di tutte le segnalazioni ricevute.

## **5. Attività Formative**

Il piano di formazione 2016 si è realizzato in continuità con gli obiettivi pluriennali (es, sicurezza, rischio, blsd, trasparenza e corruzione, ecc) e in linea e corrispondenza con gli obiettivi Aziendali di pertinenza, inclusi gli incontri di accompagnamento all'attuazione della Legge Regionale n 23 del

2015 "Evoluzione del Sistema SocioSanitario Lombardo" monitorati sia attraverso propri indicatori, sia attraverso quelli di interesse regionale riportati nella sottostante tabella.

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

<b>Denominazione dell'indicatore</b>	<b><u>Tasso di saturazione dell'offerta formativa</u></b> Ambito 5: Risorse Umane 5.5 Analisi dell'attività formativa erogata
<b>Razionale</b>	<i>"valutare il grado di partecipazione agli eventi formativi aziendali, quale indice appropriatezza della pianificazione formativa"</i>
<b>Risultato</b>	Numero di partecipanti vs numero di partecipanti possibili = 68,67%
<b>Confronto rispetto al 2015</b>	+ 4,07% (64,6% 2015)
<b>Osservazioni</b>	Aumento dell'appropriatezza della pianificazione formativa
<b>Direzione del miglioramento</b>	In aumento

<b>Denominazione dell'indicatore</b>	<b><u>Crediti ECM erogati</u></b> Ambito 5: Risorse Umane 5.8 Accredimento Provider
<b>Razionale</b>	<i>"valutare direttamente il livello con cui il provider assicura i crediti ECM previsti per il personale sanitario e valutare indirettamente la qualità dell'attività formativa dal punto di vista strutturale, organizzativo e funzionale"</i>
<b>Risultato</b>	n. medio crediti ECM erogati al personale con obbligo ECM = 14,87
<b>Confronto rispetto al 2015</b>	ECM/pro capite + 1,27 ( 13,6 anno 2015)
<b>Osservazioni</b>	Lieve aumento del numero medio di crediti ECM erogati grazie al potenziamento e all'utilizzo di metodologie di formazione sul campo, nonostante il persistere della ridotta possibilità di partecipazione per carenza di organico.
<b>Direzione del miglioramento</b>	In aumento

<b>Denominazione dell'indicatore</b>	<b><u>Standard di comunicazione esterna</u></b> Ambito 6: organizzazione 6.4 Strategie della comunicazione
<b>Razionale</b>	<i>"valutare la conoscenza e l'accessibilità al sito aziendale"</i>



<b>Risultato</b>	Numero accessi al sito <a href="http://www.icp.mi.it/www.asst-nordmilano.it">www.icp.mi.it/www.asst-nordmilano.it</a>
<b>Confronto rispetto al 2015</b>	+ 6.2% (2016: accessi n. 1.925.962 - 2015: accessi n. 1.807.609)
<b>Osservazioni</b>	Aumento accessi - Valore soglia numero accessi 2016/numero accessi 2015, obiettivo sempre >1=1,03
<b>Direzione del miglioramento</b>	In aumento

## 6. Comunicazione Esterna ed Interna

### La comunicazione

Principali strumenti di comunicazione, sia interna che esterna, nel primo anno di avvio e applicazione della Legge Regionale n 23 del 2015 "Evoluzione del Sistema SocioSanitario Lombardo" sono stati la newsletter aziendale ed il sito internet.

#### 6.1 Comunicazione interna

Proprio nello spirito e nelle linee d'indirizzo di una legge innovativa come LR 23/2015 "Evoluzione del Sistema SocioSanitario Lombardo" l'organo ufficiale di comunicazione interna ( ed esterna per alcuni stakeholders, quali i Sindaci del NordMilano) la newsletter aziendale già "ICPnotizie" dal 1998 ha assunto la nuova denominazione di "Ospedale&Territorio" che risponde alla strutturazione aziendale a far tempo dal 1 gennaio con i nuovi loghi di Regione Lombardia previsti per le aziende dal Sistema Sociosanitario regionale.

La nuova testata ( e la linea editoriale) riassume la missione di ASST NordMilano che, con la Legge 23/2015, diventa un banco di prova per l'integrazione tra ospedale e territorio nordmilano, in attesa della Città della Salute e della Ricerca.



immagine e una nuova organizzazione delle informazioni volta ad una maggiore facilità di navigazione per gli utenti.



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 sia di "ospedale aperto" ai cittadini. Sono caratterizzate con progetti diversi, anche in corrispondenza con le giornate nazionali: esempio, dolore, salute mentale, osteoporosi, lavaggio mani, obesità, ecc - sia con attività di informazione e consulenza (anche con visite gratuite in alcuni casi) volte anche a sdrammatizzare la percezione del ricovero e delle cure in ospedale, nei pazienti grandi e piccoli, oltre che a promuovere le attività ambulatoriale e di ricovero. 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.

## 7. Stato avanzamento progetti aziendali anno 2016

I riferimenti normativi che orientano la nostra programmazione sono da una parte la legge regionale n.23/2015, dall'altra la DGR n. X/4702/2015 - Regole di sistema - e infine la DGR n. X/4662/2015 documento di "Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia - 2016-2018".

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 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.

Di seguito vengono illustrati le più significative progettualità avviate nel 2016 o in corso di consolidamento.

## **7.1 Sperimentazione Walk-in Centre (Via Rugabella-Milano)**

La sperimentazione è stata avviata a metà settembre 2016.

I medici di famiglia della zona individuata, circa 70, sono stati informati, con una lettera dettagliata, dell'avvio della sperimentazione.

Nel primo mese e mezzo di attività, hanno ricorso a questo canale di offerta una ventina di medici, sono state effettuati 100 accessi, da 95 utenti.

La zona di riferimento per la sperimentazione, al momento attuale, è quella del centro di Milano, dove storicamente i residenti hanno anche una certa consuetudine ad avvalersi di strutture private e questo potrebbe in parte condizionare l'invio da parte dei medici di famiglia.

La visita specialistica più prescritta è stata la dermatologica (40%), le altre prestazioni sono state richieste tutte in analoghe percentuali (dal 9 al 14%). Una prima analisi dei quesiti diagnostici riportati sulla richiesta, evidenzia un grado di appropriatezza non sempre soddisfacente; ma questo aspetto richiede ovviamente un approfondimento maggiore.

Poiché una delle possibili criticità, qualora si pubblicizzasse questa sperimentazione a tutti i medici della città di Milano, è l'imprevedibilità del numero degli accessi e quindi la difficoltà di dare risposte nei tempi programmati, si è messo a punto un agevole sistema on line, che permette al medico di visionare le disponibilità in agenda e gli consente di occupare l'appuntamento, semplicemente inserendo il codice fiscale del proprio assistito.

E' in programma un incontro con i medici di famiglia della zona interessata, per illustrare i primi esiti della sperimentazione e valutare eventuali modifiche della programmazione attuale, e sviluppare il progetto nel 2017.

## **7.2 Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)**

La L.R. n. 23/2015, all'art. 7, ha individuato i POT della Rete Territoriale delle costituenti ASST quali sedi privilegiate, insieme ai Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST), per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità, stabilendo che le stesse ASST gestiscano i POT 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, 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, per ambulatori di continuità assistenziale, al fine di favorire la presa in carico di pazienti cronici integrata con gli specialisti operanti nella struttura. È stato predisposto un testo di convenzione con ATS Milano Città Metropolitana al fine di definire gli accordi utili a dare l'avvio alle attività previste. Tale convenzione è alla firma delle Direzioni Generali di ATS e ASST. ATS dovrà poi avviare il bando per l'inserimento della medicina generale negli spazi ad essa dedicati.

Si attendono inoltre dei provvedimenti regionali, già anticipati nei contenuti generali, con cui, da una parte verranno definite le linee riguardanti le funzioni e il modello organizzativo dei POT e dei PreSST in modo da assicurare, nel corso dell'anno 2017, la loro piena operatività nell'ambito dei nodi della rete territoriale, utili a superare la frammentazione degli interventi a livello territoriale al fine di fornire risposte appropriate alle persone; dall'altra, ci si orienterà ad accreditare percorsi di cura, dopo aver indicato le modalità di stratificazione della popolazione assistita, nell'ambito di competenza territoriale, assegnando ciascun soggetto a una fascia di livelli diversi di complessità e di domanda, in relazione ai bisogni individuati e individuando una lista di gestori idonei alla presa in carico.

## **7.3 Progetto Ambulatori Aperti**

Anche nel 2016 è stata confermata la prosecuzione del progetto "ambulatori aperti", e in base alle indicazioni contenute nelle Regole di Gestione del Servizio socio sanitario 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 nel 2015. 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).

La sede individuata in relazione alla sua collocazione, facilmente accessibile è il Poliambulatorio di viale Doria 52. 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 sono state offerte le seguenti specialità: Cardiologia, Angiologia, Dermatologia, Geriatria, Oculistica, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Scienza dell'alimentazione e dietetica, Radiologia.

Seguono i dati di attività aggiornati

<b>ANNO 2016 - Prestazioni erogate nel periodo 1 gennaio – 31 dicembre</b>	
CARDIOLOGIA - PRIMA VISITA	267
CARDIOLOGIA - VISITA DI CONTROLLO	16
ELETTROCARDIOGRAMMA	267
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	378
HOLTER PRESSORIO	134
GERIATRIA – PRIMA VISITA – VALUTAZIONE FUNZIONI CORTICALI	150
ECODOPPLER CARDIACO	87
ECODOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI	57
OSTETRICIA - PRIMA VISITA	2
ECOGRAFIA OSTETRICO GINECOLOGICA	966
CHINESITERAPIA- RIEDUCAZIONE MOTORIA	308
ECOGRAFIA CAPO E COLLO	96
OCULISTICA (PRIMA VISITA)	2026
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	257
ALTRE ECOGRAFIE	26
PRELIEVO CITOLOGICO (PAP TEST)	589
DERMATOLOGIA - PRIMA VISITA	456
ALTRE PRESTAZIONI	1039
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>7121</b>
PRELIEVI – numero utenti	7543

## **7.4 Processi di integrazione e collaborazioni con altri soggetti istituzionali**

L'ASST Nord Milano si articola in due presidi ospedalieri generalisti, per altro simili come dimensioni, che sono caratterizzati complessivamente da numeri importanti, in quanto sommando i presidi vengono garantiti annualmente circa 17.000 ricoveri, 72.000 accessi al pronto soccorso e quasi 10.000 interventi chirurgici, un obiettivo importante che si sta perseguendo è quello di creare un unico grande presidio al fine di evitare sovrapposizioni e campanilismi.

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 2016.

Infatti è attiva una integrazione del personale laureato dei SIMT di questa azienda con Niguarda, in modo da dimezzare i turni di guardia, condividendo tali risorse e know how.

Nell'ambito della medicina di laboratorio, questa ASST nel 2016 ha già raggiunto quanto previsto dal CReSMEL.

Viene inoltre valorizzata la collaborazione con le istituzioni locali ed in particolare con i comuni di riferimento e l'Università.

Punto importante per il 2017 è il rilancio del polo materno-infantile presso il P.O. di Sesto San Giovanni anche attraverso una maggiore visibilità e accessibilità dei servizi preparto soprattutto per le donne residenti nel bacino di utenza dell'azienda e con l'intento di aumentare il numero dei parti (obiettivo > 1000), rafforzando altresì il percorso nascite tramite il potenziamento della rete dei consultori attraverso l'apertura della nuova sala e blocco parto inaugurata il 5 dicembre 2016.

Inoltre in data 18 marzo 2016 con decreto n. 1988, l'ASST Nord Milano è stata inserita nella "rete interaziendale Milano Materno-Infantile" (RIMMI).

L'azienda partecipa ai lavori della "Cabina di regia percorso nascita" coordinati da ATS Milano, su mandato della Regione.

## **7.5 Interventi finalizzati alla razionalizzazione delle sedi**

Nell'ambito delle azioni volte alla razionalizzazione dei costi e all'efficientamento della gestione dei processi, è previsto il trasferimento delle attività svolte presso sedi in locazione da società private ad altre sedi di proprietà pubblica, assoggettate a canoni di locazione meno onerosi.

- **Poliambulatorio di Piazzetta Capuana a Milano**

I lavori di ristrutturazione per la realizzazione del nuovo punto poliambulatoriale presso Quarto Oggiaro, gestiti e realizzati, a titolo gratuito, dal Comune di Milano e costituiti da quattro ambulatori specialistici e un punto prelievi, sono stati conclusi nel mese di dicembre, subendo un consistente ritardo rispetto al cronoprogramma originario, a seguito di imprevisti occorsi in fase esecutiva. Nel mese di dicembre è anche stato sottoscritto il contratto di concessione d'uso, a titolo gratuito, degli spazi, attivabili entro il primo trimestre del 2017.

- **Poliambulatorio di V.le Ungheria a Milano**

Sono stati avviati gli accordi con il Comune di Milano per l'acquisizione in concessione del secondo piano di Viale Ungheria n. 29, spazio che il Comune medesimo si è impegnato a ristrutturare, in modo da poterlo adibire successivamente ad attività ambulatoriale. Il canone di concessione proposto dal Comune, comprensivo anche di una quota di ammortamento per gli interventi sostenuti, risulta molto conveniente in relazione alla superficie del piano e agli attuali valori di locazione definiti dall'Agenzia del Territorio. Si prevede di trasferire in detta sede, entro il 2017 e con un consistente risparmio sul canone, le attività attualmente svolte presso la struttura di Via Fantoli, in affitto da società privata, con un canone di locazione di ca. 200.000,00 euro annuo. Ad oggi il Comune non ha ancora avviato nessun intervento di riqualificazione della struttura.

- **Centro diurno presso Via Leonardo da Vinci in Cinisello Balsamo**



Si sono conclusi gli accordi, con il Comune di Cinisello Balsamo, per l'acquisizione in concessione di parte del piano terra della struttura di Via Leonardo da Vinci dove trasferire il Centro in questione attualmente sito presso Via Saint Denis (in immobile sempre di proprietà del Comune di Cinisello), che necessita di alcuni interventi di riqualificazione. Si è concordato con il Comune di Cinisello che la struttura di Via Leonardo da Vinci verrà preventivamente adeguata per accogliere la nuova attività. Il contratto di locazione prevede che l'investimento anticipato da A.S.S.T. Nord Milano venga poi recuperato nel corso del contratto locatizio, attraverso una riduzione del canone. I lavori di riqualificazione, avviati il 29 luglio u.s., sono stati conclusi nel mese di dicembre 2016.

- **POT**

Con Decreto n. 2104 del 23 marzo 2016, la Regione ha approvato il progetto esecutivo delle opere da realizzare presso le strutture di Via Farini (piano terra) e Via Livigno (3° piano) da destinare a POT; i lavori di riqualificazione, avviati rispettivamente in data 29 agosto u.s. e in data 29 luglio u.s. sono conclusi e collaudati presso la struttura di Via Farini, mentre sono in fase conclusiva presso la struttura di Via Livigno, per la quale si prevede la fine dei lavori entro la prima metà del mese di gennaio 2017.

## **7.6 Appropriately prescrittiva farmaci e dispositivi medici**

Gli interventi avviati nel 2016 per il miglioramento dell'appropriately prescrittiva riguardano soprattutto, l'ambito di diagnostica strumentale e di medicina di laboratorio.

In ambito di diagnostica strumentale si è ritenuto indispensabile garantire il proseguimento degli interventi per migliorare l'appropriately di erogazione delle prestazioni e per prevenire e controllare eventuali fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di prestazioni non necessarie ed a volte dannose.

Sono proseguite le azioni intraprese con particolare attenzione alla verifica dei risultati a seguito delle condizioni di erogabilità introdotte. Si è ampliata la sperimentazione in atto finalizzata a facilitare l'inserimento delle condizioni di erogabilità da parte dei prescrittori attraverso degli specifici adeguamenti dei software in già uso.

In linea con le regole di sistema 2016, dall'11 luglio gli uffici deputati all'accettazione dei pazienti accettano automaticamente, con l'applicativo aziendale, le nuove ricette dematerializzate e contestualmente i medici sono in grado di prescrivere le prestazioni aggiuntive di laboratorio sulla NRE (ricetta dematerializzata).

In ambito di miglioramento dell'appropriately prescrittiva ed erogativa per le prestazioni di Medicina di Laboratorio, anche in conformità a quelli che sono gli indirizzi nazionali in corso di approvazione, si fa riferimento alle indicazioni riportate al Sub Allegato 17 "Medicina di laboratorio".

E' stata istituita una apposita commissione per effettuare controlli e internal audit relativi alla appropriately prescrittiva, seguendo le indicazioni regionali e ministeriali (DM 9/12/2015).



## **Farmaci**

Prosegue il progetto avviato che pone al centro dell'attenzione la sicurezza per i pazienti e la prevenzione dei possibili errori nella terapia farmacologica. Il progetto è finalizzato al miglioramento del processo prescrittivo in termini di appropriatezza, di completezza della prescrizione e di prevenzione degli eventi avversi riconducibili all'interazione tra farmaci, con una favorevole ricaduta sugli aspetti di carattere gestionale (approvvigionamento di farmaci, contenimento dei consumi, riduzione delle scorte e corretta valorizzazione delle giacenze di reparto). In particolare verrà automatizzata l'attività di movimentazione dei farmaci verso i centri di costo. Inoltre si è deciso di introdurre, in via sperimentale, presso un reparto aziendale l'armadio farmaceutico informatizzato; tale soluzione potrà garantire la tracciabilità e la sicurezza delle terapie, compreso il percorso prescrittivo. Una volta conclusa positivamente la sperimentazione si potrà valutare l'estensione di tale innovazione agli altri reparti.

Durante il 2016 procede l'iter previsto dalla raccomandazione Ministeriale 17 (Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica).

## **Ammodernamento delle tecnologie**

Le apparecchiature inserite nel piano acquisti sono apparecchiature dismesse e non ancora sostituite, nonché ormai obsolete, con problemi di sicurezza e manutenibilità, con elevato tasso di guasto, e che hanno presentato negli anni scorsi gravi problemi di funzionamento, alti costi di riparazione e il cui fermo crea grossi disagi agli utilizzatori e agli utenti e in alcuni casi l'interruzione del servizio stesso.

L'obiettivo che si vuole raggiungere è quello di garantire e mantenere gli attuali livelli di prestazioni.

In particolare nel 4° trimestre 2016 sono state ordinate n° 20 apparecchiature per un importo complessivo di circa 600.000,00 euro, tra le quali per l'Ospedale Bassini il sistema di monitoraggio per la Rianimazione, il portatile per radioscopia per il Blocco Operatorio, i 4 strumenti flessibili per l'Endoscopia, per l'Ospedale di Sesto 2 monitor fetali per Ostetricia e Ginecologia, il processatore per l'Anatomia Patologica e 5 monitor paziente per il Blocco Operatorio.

Sono attualmente in corso le procedure di acquisizione per un importo pari a circa 314.000,00 euro per n. 45 apparecchiature tra cui: n. 2 ecografi, n. 19 defibrillatori, n. 1 audiometro, n. 2 poltrone travaglio/parto e n. 1 cappa per coloratore, n. 5 centrifughe.

## **7.7 Sistema informativo socio sanitario**

Nel 2016 sono state avviate, sui sistemi informativi dell'ASST Nord Milano, le attività di seguito sinteticamente elencate. Si fa presente che tali attività sono in linea con il piano di evoluzione 2016 redatto con ATS Milano Metropolitana e tutte le ASST insistenti sul suo territorio.

- 1) Gestione, in coordinamento con l'ASST Fatebenefratelli Sacco e l'ASST Gaetano Pini/CTO, della separazione degli ambienti di produzione "ex-AO ICP": è stata conclusa nel mese di aprile l'attività relativa al passaggio della gestione stipendiale e nel mese di maggio quella relativa al passaggio della rilevazione presenze dei dipendenti afferiti alla ASST Fatebenefratelli Sacco dal sistema "ex AO ICP" a quello "ex AO Sacco"; dal mese di luglio 2016 è altresì passata all'ASST Fatebenefratelli Sacco la gestione informatica dei magazzini economici e farmaceutici, ivi compresa la gestione delle richieste da reparto. La gestione dei dipendenti e della logistica del CTO ora dell'ASST Pini resta ancora sui sistemi dedicati "ex AO ICP";
- 2) Gestione, in coordinamento con l'ASST Fatebenefratelli Sacco e l'ASST Gaetano Pini/CTO, della iniziale integrazione ed eventuale definitiva separazione delle infrastrutture ICT (rete dati, rete e centrali fonia, sala server): sono state concluse le attività di integrazione delle infrastrutture di rete con l'ASST Fatebenefratelli Sacco e sono in fase terminale quelle con l'ASST Pini ;
- 3) Dal primo luglio la gestione delle postazioni di lavoro ("fleet management") è dei PP.OO. CTO e Buzzi è passata alle ASST che li hanno acquisiti;
- 4) La prevista sostituzione dell'attuale sistema di Protocollo non più rispondente né funzionalmente né normativamente alle esigenze aziendali è stata sospesa in virtù dell'avvio dei tavoli regionali per la definizione di un sistema unico a livello lombardo di gestione documentale, prodotto che include anche il protocollo;
- 5) Adesione al progetto regionale di centralizzazione dei sistemi di gestione delle risorse umane: inviata richiesta formale di adesione e dopo una lunga attesa di istruzioni e pubblicazione della gara da parte di Regione/Lombardia Informatica l'ASST Nord Milano ha partecipato alla ristesa del capitolato, in qualità di coordinatore per la componente sistemi informativi, sotto l'egida di ARCA. La gara è già stata pubblicata;
- 6) Adesione al progetto regionale di centralizzazione del Disaster Recovery Tier III: inviata richiesta formale di adesione e si è in attesa di istruzioni e pubblicazione della gara da parte di Regione/Lombardia Informatica;
- 7) L'azienda intende avvalersi di tutte le iniziative regionali sui servizi condivisi attualmente in corso di definizione: Accoglienza, PACS e sistema documentale;
- 8) Adeguamento dei sistemi di gestione sanitaria (CUP, AMB, LIS, RIS e loro integrazioni) ai mutamenti imposti dalla Nuova Ricetta Elettronica dematerializzata: sono state messe in esercizio tutte le modifiche ai software e alle loro integrazioni per la corretta gestione della NRE in tutti gli ambiti ambulatoriali (laboratorio, radiologia, specialistica)
- 9) Indizione gara per il rinnovo dei sistemi RIS-PACS aziendali con inclusione delle funzionalità di Cardio-PACS, che verrà espletata in forma aggregata con l'ASST Niguarda e l'ASST Gaetano Pini/CTO (ASST Niguarda in qualità di capofila) che condividono la medesima

scadenza per i loro sistemi: l'attività è stata sospesa in virtù dell'avvio del tavolo regionale per la definizione di un sistema unico a livello lombardo di gestione delle immagini e dei segnali clinici, prodotto che include il PACS;

- 10) E' stato realizzato il nuovo sito aziendale che recepisce i cambiamenti imposti dalla Legge regionale 23/2015;
- 11) Adeguamento dello storage c/o la sala server principale (Ospedale Bassini) causa esaurimento dello spazio disco disponibile: attività conclusa nel mese di giugno 2016;
- 12) E' stato completamente separato il flusso delle prestazioni di laboratorio tra la ASST Nord Milano e la ASST FBF-Sacco. Il laboratorio dell'Ospedale Bassini è diventato il nuovo laboratorio centrale della ASST Nord Milano e sono attivi tutti gli smistamenti su Niguarda con integrazione informatica per le prestazioni di livello P3 e P4 ad esclusione della batteriologia;
- 13) E' stato affrontato con le ASST FBF-Sacco e Pini-CTO il tema della separazione degli impianti fonia. Sono state individuate per ognuno dei due casi due soluzioni possibili. Si è in attesa della scelta della soluzione definitiva da parte delle altre ASST e della conseguente attuazione;
- 14) E' stato affrontato con le ASST FBF-Sacco e Pini-CTO il tema della separazione degli impianti RIS-PACS. Sono state individuate per ognuno dei due casi due soluzioni possibili. Si è in attesa della scelta della soluzione definitiva da parte delle altre ASST e della conseguente attuazione.

## **8. Qualità e sicurezza delle cure – risk management**

Il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), coordinato dalla U.O Qualità e Risk Management, si propone di supportare tutte le UU.OO. durante lo sviluppo dei processi e lo svolgimento della loro attività attraverso la pianificazione, la valutazione ed il monitoraggio degli indicatori in modo da poter realizzare una "cultura diffusa" della Qualità e del Rischio volta a garantire l'appropriatezza, la qualità, la sicurezza, l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni. 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. In particolare, la iatrogenicità specifica ed il rischio connesso con le attività sanitarie, costituiscono oggi uno dei maggiori fattori di spesa sanitaria impropria ed improduttiva il cui contenimento non solo può contribuire a ridurre l'inflazione finanziaria nel settore ma può sostanzialmente migliorare la salute pubblica (anche riducendo i rischi da overtreatment) e ripristinare la fiducia dei cittadini in una sanità più sicura e più efficace, in cui la diffusione delle migliori pratiche sia realmente disponibile per tutti. Per mantenere questo standard vengono condivise le politiche aziendali 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 processi di miglioramento gestendo, in maniera particolare, il rischio derivante dalle attività aziendali con azioni e metodi proattivi e reattivi

Per la realizzazione di quanto sopra descritto il SGQ dell'ASST Nord Milano si ispira ai principi del "Total Quality Management" in accordo con il Dlgs 231/2001 ssmi e il codice etico aziendale, la politica per la Qualità Aziendale, l'impianto teorico e i propri modelli culturali di riferimento. 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 UNI EN ISO 9001:2008. Presso l'Ospedale Bassini, il SGQ è integrato inoltre con il Sistema di Gestione Ambientale Certificato secondo la Norma UNI EN ISO 14001:2004, in quanto l'Ospedale si trova inserito nel contesto di particolare tutela ambientale del Parco Nord.

L'ASST Nord Milano è stata attivamente impegnata nell'ambito del Programma di Valutazione e Miglioramento della Qualità previsto da Regione Lombardia, predisponendo il Piano di Miglioramento integrato anche attraverso il Piano di Risk Management, come peraltro previsto dalle Regole di gestione del Servizio Sociosanitario 2016 inerenti l'attività medesima, e condiviso con i cittadini attraverso il Piano delle Performance.

Un importante ambito di sviluppo della Valutazione della Qualità e del contenimento dei rischi è rappresentato dalla gestione del sistema di Incident Reporting e dall'utilizzo degli strumenti di analisi propri del Risk Management, primo tra tutti la Root Causes Analysis, consentono lo sviluppo continuo di tutta l'Azienda implementando il sistema della "no blame culture".

L'ASST Nord Milano, dopo aver effettuato ad inizio anno il proprio Riesame Direzionale ha pianificato le attività per il Miglioramento 2016. L'output di tale complessa operazione è costituito sia dal Piano di Miglioramento Annuale, sia dalle Schede Obiettivi e Budget che ne rappresentano la sintesi attuativa di breve periodo, sulla cui base si poggia l'impianto della valutazione organizzativa ed individuale.

Di seguito si illustrano alcuni degli Obiettivi di Miglioramento e Progettualità aziendali, in corso di rendicontazione ed implementazione, nonché altri di nuova introduzione che hanno trovato specifica declinazione nell'ambito degli obiettivi di performance organizzativa o negli obiettivi annuali di Qualità e Risk Management:

- **FUT e Raccomandazione Ministeriale n°17**

In tutte le Strutture di Degenza ordinaria sono stati introdotti i nuovi FUT aziendali rispondenti alle LLGG ministeriali e regionali, nell'ambito dei quali è prevista una scheda specifica (ASSTNM-MA-113d) per la ricognizione completa della terapia domiciliare e/o la

segnalazione della ricognizione medesima nell'apposito box della Cartella Clinica aziendale. Ciò rappresenta un significativo primo passo nell'applicazione della Raccomandazione ministeriale n° 17, laddove è prevista anche la ricognizione terapeutica, ovvero la presa in carico, durante tutto il percorso ospedaliero del paziente, delle sue prescrizioni e problematiche farmacologiche e terapeutiche e la loro riconduzione sino alla terapia prescritta alle dimissioni. Al fine di realizzare questo percorso virtuoso è stato promosso un Gruppo di Lavoro specifico che ha già definito una Politica aziendale ed alcuni strumenti operativi sia cartacei (approvati dal Gruppo) che informatici (in fase di sperimentazione), che possano supportare il medico ospedaliero nella puntuale restituzione della tracciabilità terapeutica completa del paziente sino al suo rientro al domicilio, per la necessaria continuità assistenziale con la medicina territoriale. La modulistica e, soprattutto, l'applicativo informatizzato sono stati introdotti sperimentalmente in alcune UU.OO. ed in corso l'incorporazione all'interno della Cartella Clinica e della documentazione di dimissione.

- **PDTA**

Sono stati revisionati, ed in attesa di approvazione, i protocolli di area Ostetrica e Pediatrica ed è operativo un Gruppo di Miglioramento per la promozione di protocolli in ambito di Medicina di Genere, che sta lavorando alla revisione del PDTA dei Tumori mammari (conclusasi nel mese di ottobre, condivisa ed applicabile anche presso le sedi ambulatoriali del PTP) e alla condivisione di quello ATS sulla Osteoporosi, promosso da ATS, cui sarà allegato anche un opuscolo informativo-educativo riguardante aspetti di prevenzione correlati agli stili di vita, la gestione della terapia farmacologica e la prevenzione della disabilità.

- **Indicatori di Outcome**

Alcuni dei più significativi indicatori di Outcome e di Esito individuati e restituiti dal Portale Regionale di Governo e Valutazione delle Performance e dal Piano Nazionale Esiti sono stati inseriti quali Obiettivi di Qualità e Appropriatezza nell'ambito degli Obiettivi di Performance Organizzativa assegnati alle Strutture di Ricovero e cura. Il target è stato stabilito partendo dal dato storico della Struttura e dalle medie regionali e nazionali ed il loro monitoraggio relativo ai primi mesi dell'anno è stato condiviso con le Strutture nel corso degli incontri periodici di revisione del Budget. L'analisi dei dati dell'ultimo trimestre dell'anno è prevista nei primi mesi del 2017. I dati sono stati inseriti su portale di governo di Regione Lombardia.

E' stato inoltre istituito un Tavolo permanente di Audit Clinico sugli Indicatori del PNE monitorati dalla ATS, che ha già effettuato due valutazioni dei dati relativi agli indicatori critici in ambito cardiovascolare, chirurgico (colecistectomie laparoscopiche) ed ostetrico-ginecologico (parti cesarei), rilevando sia una sostanziale appropriatezza nella correlazione fra complessità della casistica ed outcome di esito sia alcune criticità relative alle giornate

di degenza post operatorie per le quali sono state adottate alcune misure di controllo/miglioramento che verranno implementate nel corso del 2017.

- **Documentazione Sanitaria**

E' già stata realizzata una revisione della documentazione sanitaria aziendale già esistente in funzione del nuovo assetto e si sta procedendo alla progettazione di nuovi strumenti informatizzati per i Sub Acuti, la senologia, l'attività infermieristica e quella ambulatoriale.

- **Gestione del Dolore**

il monitoraggio della corretta gestione del dolore è stato ritenuto di grande rilievo anche per l'anno 2016, sia attraverso la verifica della sua rilevazione in Cartella Clinica (Obiettivo di Qualità delle Performance Organizzative del Comparto), sia attraverso la ripetizione dell'indagine di Customer Satisfaction mediante il questionario che è stato distribuito ai pazienti ricoverati durante un giorno indice dell'annuale "Settimana del Sollievo". Nel corso del 2016 sono stati distribuiti n. 300 questionari con una restituzione di n. 253 questionari compilati (84,3%). Il 61% dei pazienti che hanno partecipato attivamente all'indagine di prevalenza era ricoverato presso l'Ospedale Bassini . Sinteticamente:

il giudizio complessivo sul trattamento del dolore ricevuto è stato:

ottimo 17%;

buono 52%;

sufficiente 18%

insufficiente 2%

ND 11%

consiglierebbe questo ospedale per il trattamento del dolore?:

Si 90%;

No 2%;

ND 8%

- **FUT e monitoraggio e gestione del dolore**

Dalle indicazioni pervenute dal Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) sono stati revisionati i FUT dell'area chirurgica dell'Ospedale Bassini in modo da permettere il monitoraggio e la gestione del dolore in un unico strumento. I primi dati, emersi dalla sperimentazione in fase di conclusione, sono risultati soddisfacenti sia per i pazienti che per gli operatori.

- **SICUREZZA IN CHIRURGIA "SAFE SURGERY SAVES LIVES"**

A seguito di segnalazioni spontanee relative a problematiche sull'attività svolta nei Blocchi Operatori si è ritenuto necessario pianificare uno specifico progetto allo scopo di analizzare le criticità con strumenti di risk assesstment e pianificare, in ordine di priorità, le azioni di miglioramento dell'organizzazione dei Blocchi Operatori.

E' stato pertanto costituito un Gruppo di Lavoro ad hoc che sta' esaminando tutto il percorso chirurgico, andando ad individuare indicatori di processo e di outcome riconducibili anche agli effetti dell'utilizzo corretto della checklist di sala operatoria, ormai riconosciuta a livello internazionale come uno strumento che migliora la sicurezza dei pazienti e riduce il numero di decessi e di complicanze post-operatorie. Persistendo pertanto la necessità di tenere monitorato il corretto impiego e compilazione della checklist, intesa come adesione alle patient safety practice, sono stati organizzati sopralluoghi che permettano di valutare tutto il percorso del paziente che traccia la checklist aziendale che proseguiranno per tutto il 2017. L'adesione al percorso chirurgico sicuro da parte degli operatori è stata analizzata mediante la somministrazione di un questionario anonimo a tutti i professionisti dell'area chirurgica degli Ospedali dell'ASST Nord Milano. A tale scopo sono stati consegnati n. 287 questionari con una restituzione di n. 273 schede compilate (adesione 95%). Questo primo dato permette di valutare l'attenzione che i professionisti sanitari rivestano in questo delicato aspetto. Ulteriori analisi troveranno condivisione all'inizio dell'anno 2017.

## 9. 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 2016 per rendere evidente il processo di conoscenza e valutazione delle diverse dimensioni analizzate:

Area di Performance	Indicatori	Risultati 2016	Target
Efficienza	Produzione lorda/Produzione finanziabile	99,8%	>100
	Costo personale/ricavi della gestione caratteristica	63,75	<b>Non è possibile il confronto con l'anno 2015 a causa del nuovo assetto ASST</b>
	Costi per beni e servizi/ricavi della gestione caratteristica	54,03	<b>Non è possibile il confronto con l'anno 2015 a causa del nuovo assetto ASST</b>
	Costi caratteristici/ricavi della gestione caratteristica	128,22	<b>Non è possibile il confronto con l'anno 2015 a causa del</b>

			<b>nuovo assetto ASST</b>
Qualità dei processi organizzativi	Indicatori SISS (ricetta elettronica, pubblicazione referti ambulatoriali, lettere di dimissione, verbali di PS)	np	Mantenimento/incremento
	Giornate di assenza per dipendente	np	In riduzione
Efficacia	Frattura collo del femore entro le 48 ore/tot fratture operate	78% ( 85/109) Fascia gialla	< alla media regionale In fascia gialla/verde
	Ricoveri ripetuti entro 30gg dalla dimissione per lo stesso MDC	HB: 2,3% (177/7565) HSSG: 1,9% (87/4524) Entrambe in fascia gialla	< alla media regionale In fascia gialla/verde
	Ritorni in sala operatoria	HSSG: Chirurgia 02 2,01%; Fascia arancione  HB: Chirurgia 01 1,24%; Fascia gialla  Ortopedia 01 0,30% fascia verde  Urologia 01 1,09% fascia gialla	< alla media regionale In fascia giallo/verde
	Parti cesarei/parti totali	Anno 2016 19% (170/880)  Anno 2015 19% (..)	Riduzione/Mantenimento
Appropriatezza e sicurezza	Cadute pazienti ricoverati	np	In riduzione
	Cadute pazienti ricoverati con danno	np	In riduzione
	Richieste risarcimento danni (indipendentemente dalla causa / motivo)	np	In riduzione



Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Tempi di attesa: rispetto delle indicazioni regionali	A livello aziendale vengono rispettati i tempi di attesa	Mantenimento
	Qualità dell'assistenza del personale medico e infermieristico	98%	Mantenimento
	Apprezzamento complessivo	136 encomi su 784 segnalazioni (17%)	Mantenimento <b>Non è possibile il confronto con l'anno 2015 a causa del nuovo assetto ASST</b>
	Numero di reclami	648 reclami	Mantenimento/Riduzione <b>Non è possibile il confronto con l'anno 2015 a causa del nuovo assetto ASST</b>
	Corsi di formazione in tema di anticorruzione	Obbligatoria a partire dal 2017	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)	Rispetto delle scadenze normative