

VERBALE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE AZIENDALE

In data 17 maggio 2017 presso la Direzione Generale in Via Castelvetro, 22 sono presenti il:

- Dott. Davide CROCE
- Dott. Luciano PIERMATTEI

nominati componenti del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni della ASST Nord Milano con deliberazione n.615 del 30 novembre 2016.

Assente giustificata la Dr.ssa GUERINI.

Per l'Amministrazione della ASST Nord Milano sono presenti:

- Dott.ssa Lucia SALVAGGIO – Responsabile dell'UO CDG e programmazione
- Dott.ssa Caterina BACCILIERI– Responsabile dell'UO Qualità e Risk Management
- Dott. Vito NICOLAI – U.O. Risorse Umane

In apertura di seduta viene proposto l'esame dei seguenti argomenti all'OdG:

- Risorse regionali aggiuntive 2017 - DIRIGENZA

Risorse Regionali Aggiuntive 2017– DIRIGENZA

Viene presentata la Preintesa sottoscritta a livello regionale con le OOSS il 20 marzo 2017 in cui sono stati definiti i macro obiettivi da considerare per sviluppare i progetti di miglioramento aziendali e i criteri da adottare per il riconoscimento delle risorse aggiuntive regionali per l'anno 2017 per il personale della dirigenza.

Sono stati quindi individuati i seguenti progetti aziendali, coerenti con le aree di interesse regionale. (all 2; 2A - 2G).

Per le UUOO di diagnosi e cura sono stati individuati tre progetti nell'ambito del macro obiettivo 5 rivolto allo sviluppo di protocolli/procedure per la prevenzione di errori clinici e/o scientifici:

- 1- Sicurezza in chirurgia- Safe surgery saves lives"
- 2- Safety in sala parto
- 3- Ricognizione e Riconciliazione farmacologica

Un quarto progetto è stato sviluppato nell'ambito del macro obiettivo 1 – Interventi finalizzati all'attuazione del percorso di presa in carico definito dalla DGR X/6164/2017 con evidenza dell'integrazione sociosanitaria.



- 4- Dimissioni protette rivolte a pazienti cronici e fragili

Altri due progetti definiti risultano trasversali alle strutture amministrative e di staff, uno nell'ambito del macro obiettivo 2 – Informazione all'utenza in ordine ai cambiamenti organizzativi in applicazione della l.r. 23/2015:

- 5- Aggiornamento del sito internet in applicazione della legge 23

L'altro nell'ambito del 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 PRIMO/PIMO:

- 6- Utilizzo dello strumento P.R.I.M.O/P.I.M.O

Infine è stato individuato un obiettivo specifico per i servizi territoriali (ex distretti 6 e 7) all'interno del macro obiettivo 3 – Revisione dei processi/procedure organizzative, gestionali e di qualità in attuazione della l.r. 23:

7- Revisione delle procedure e definizione di nuovi documenti aziendali in applicazione della legge 23

Gli stessi risultano essere già coinvolti nei progetti relativi alle dimissioni protette e all'aggiornamento del sito aziendale.

I progetti sono stati attribuiti con pesi diversi alle strutture sanitarie, amministrative e ai servizi territoriali e coinvolgono per la loro realizzazione tutto il personale dirigente.

Verranno condivisi, così come previsto dalle preintese, con le OOSS aziendali della dirigenza in data 23 maggio.

Si procederà successivamente a dare evidenza dei progetti presentati a tutto il personale dirigenziale attraverso la comunicazione e pubblicazione sulla intranet aziendale entro fine maggio. Nello stesso tempo verrà inviata mail a responsabili di struttura.

Viene evidenziato in particolare che, secondo le indicazioni contenute negli accordi sottoscritti:

- I progetti identificati a livello aziendale dopo la validazione operata dal NV si ritengono immediatamente efficaci;
- con gli emolumenti del mese di giugno è prevista l'erogazione del 60% della quota procapite, "subordinatamente al rispetto della tempistica definita nel crono programma";
- il cronoprogramma prevede la predisposizione dei progetti e la condivisione con le rappresentanze sindacali entro maggio; la conclusione dei progetti entro dicembre 2017.

Il Nucleo di Valutazione prende atto di quanto illustrato e ritenendo i progetti coerenti con le linee di indirizzo regionali ne opera la validazione.

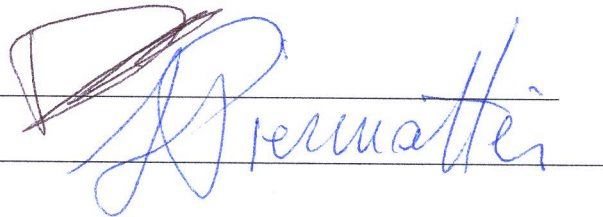
Verificato inoltre il rispetto del crono programma (predisposizione dei progetti e condivisione con le rappresentanze sindacali) valuta positivamente l'erogazione della quota del compenso del 60% nel mese di giugno.

I progetti e lo schema riassuntivo, parte integrante del presente verbale, saranno legati al contratto decentrato e pubblicati nell'apposita sezione di "Amministrazione trasparente".

Letto, confermato, sottoscritto

Dott. Davide CROCE

Dott. Luciano PIERMATTEI



Progetti RAR 2017- Dipartimento Amministrativo e Staff

Aree	Strutture	Macro obiettivo 2		Macro Obiettivo 4	
		Informazione all'utenza in ordine ai cambiamenti organizzativi in applicazione della lr 23/2015	Adeguamento dei contenuti informativi del portale aziendale e miglioramento dei servizi	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.	Implementazione di un sistema di monitoraggio e verifica dei risultati
Dipartimento amministrativo	Affari generali e convenzioni Economico finanziario Provveditorato-economato Tecnico-Patrimoniale Servizio informatico Affari legali	progetto: Aggiornamento sito internet in applicazione della legge 23	peso	Progetto: Utilizzo dello strumento PRIMO/PIMO	peso
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
Staff DS	Gestione risorse umane e Organizzazione Libera professione Spedalità Accreditamento e Governo Clinico Fisica sanitaria Servizio di ingegneria clinica Ufficio relazione con il pubblico Servizio di Farmacia QUARM	x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
Staff DG	Servizio di prevenzione e protezione Controllo di gestione e programmazione Formazione e comunicazione	x	30%	x	70%
		x	30%	x	70%
		x	70%	x	30%



UO INTERESSATA e Personale Coinvolto: Strutture Amministrative e di Staff, DMPO e DMP, Strutture di Diagnosi e cura.

AREA DI INTERESSE REGIONALE: Macro obiettivo 4: attività clinica, tecnica e amministrativa nonché dei servizi in genere, attraverso le indicazioni e gli strumenti PRIMO/PIMO.

TITOLO del PROGETTO:	Strumento P.R.I.M.O/P.I.M.O	
PROBLEMA INDIVIDUATO: (area/attività di intervento o problematica da affrontare)	Si è rilevata una maggior necessità di conoscenza dello strumento PIMO e del sistema di monitoraggio degli indicatori a tutti i livelli professionali	
OBIETTIVO DI MIGLIORAMENTO	Favorire una conoscenza del PIMO attraverso l'illustrazione e la condivisione degli standard individuando le aree di miglioramento. Implementare il sistema di monitoraggio aziendale e la verifica dei risultati prodotti sia per l'area clinica sia per quella amministrativa.	
RESPONSABILITA':	QUARM	
ATTIVITÀ PREVISTE E TEMPI:	ATTIVITA'	TEMPI
	⇒ Presentazione dei verbli e delle schede di valutazione di RL	⇒ Giugno 2017
	⇒ Incontri quadrimestrali per effettuare l'analisi dei dati raccolti	⇒ Giugno e Ottobre 2017
	⇒ Effettuare la mappatura delle cartelle cliniche presenti in Azienda e ridurre il numero di modelli garantendo l'integrazione di quanto prodotto dai professionisti	⇒ Dicembre 2017
	⇒ Effettuare la mappatura delle cartelle ambulatoriali della ASST Nord Milano	⇒ Dicembre 2017
	⇒ Conoscenza e monitoraggio degli indicatori di risultato e processo dell'area amministrativa	⇒ Dicembre 2017

**INDICATORI di risultato:**

- ⇒ Verbali e SAL modelli CC
- ⇒ Numero e tipologia cartelle ambulatoriali esistenti e proposta di modelli unificati ove possibile
- ⇒ Compilazione scheda di monitoraggio e risultati raggiunti



UO INTERESSATA e Personale Coinvolto: Area materno Infantile (Ostetricia e Ginecologia, Pediatria e Neonatologia, PS e BO)

AREA DI INTERESSE REGIONALE: 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 del PROGETTO:	SAFETY IN SALA PARTO	
PROBLEMA INDIVIDUATO: (area/attività di intervento o problematica da affrontare)	Il nuovo assetto venutosi a creare con l'emanazione della Legge Regionale n. 23 dell'11/8/2015 "evoluzione del sistema sociosanitario lombardo" ha determinato la costituzione della neo ASST Nord Milano e la conseguente necessità di un importante investimento sul punto nascita dell'Ospedale di SSG. 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". Risulta importante l'utilizzo del sistema di segnalazione per tutti i trigger sul gestionale Web Risk e sul flusso CEDAP.	
OBIETTIVO DI MIGLIORAMENTO	Rendere la segnalazione degli eventi critici efficace e misurare l'appropriatezza ed efficacia dei piani assistenziali in base al profilo di rischio dei casi clinici. Pianificare specifica formazione che coinvolga diverse professionalità per prevenire la morte materna e neonatale	
RESPONSABILITA':	Sala Parto e Ostetricia del Presidio Ospedaliero Città di Sesto San Giovanni	
ATTIVITÀ PREVISTE E TEMPI:	ATTIVITA'	TEMPI
	⇒ Illustrazione del progetto	⇒ Maggio 2017
	⇒ Segnalazione degli eventi critici Trigger sul sistema gestionale Web Risk e sul flusso CEDAP	⇒ Dicembre 2017
	⇒ Partecipazione all'evento formativo : "Sistemi di alert in ostetricia: focus sulla sepsi e sull'emorragia"	⇒ Dicembre 2017

INDICATORI di risultato:	<ul style="list-style-type: none">⇒ N. segnalazione trigger segnalati nel CeDAP / totale parti complicati⇒ Partecipazione ai corsi pianificati: 80% di tutti gli operatori sanitari.
---------------------------------	---



UO INTERESSATA e Personale Coinvolto: Area chirurgica Bassini e SSG e Anestesia e BO
AREA DI INTERESSE REGIONALE: 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 del PROGETTO:	SICUREZZA IN CHIRURGIA	
PROBLEMA INDIVIDUATO: (area/attività di intervento o problematica da affrontare)	A seguito di numerose segnalazioni spontanee relative a problematiche sull'attività svolta nei Blocchi Operatori si è ritenuto necessario sviluppare e adottare il progetto, definito nel 2016, anche per il 2017 allo scopo di analizzare le criticità con strumenti di risk assessment e pianificare, in ordine di priorità, le azioni di miglioramento dell'organizzazione dei Blocchi Operatori.	
OBIETTIVO DI MIGLIORAMENTO	Esaminare il percorso chirurgico, individuando eventuali indicatori di processo e di outcome riconducibili anche agli effetti dell'utilizzo corretto della checklist di sala operatoria, considerato anche a livello internazionale lo strumento che migliora la sicurezza dei pazienti e riduce il numero di decessi e di complicanze post-operatorie.	
RESPONSABILITA':	QUARM	
ATTIVITÀ PREVISTE E TEMPI:	ATTIVITA'	TEMPI
	⇒ Illustrazione del progetto	⇒ Maggio 2017
	⇒ Verifica della compilazione sistematica della check list nelle cartelle chiuse (in modo aderente / congruente alla tipologia dell'intervento chirurgico)	⇒ Dicembre 2017

INDICATORI di risultato:	⇒ Presente e compilato sul 95% su un campione di cartelle chiuse pari al 5% per UOOO
---------------------------------	--



UO INTERESSATA e Personale Coinvolto: Tutte le UUOO di diagnosi e cura, PS e DMPO
AREA DI INTERESSE REGIONALE: 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 del PROGETTO:	IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONE N. 17 PER LA RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA
PROBLEMA INDIVIDUATO: (area/attività di intervento o problematica da affrontare)	<p>L'integrazione Ospedale/territorio comporta una risposta appropriata 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. Diviene quindi evidente la necessità di Riconciliare la terapia dei pazienti più fragili/anziani e cronici.</p> <p>La Riconciliazione Terapeutica risponde 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.</p>
OBIETTIVO DI MIGLIORAMENTO	Definire una procedura aziendale per evitare la somministrazione di farmaci non/poco appropriati, verificandone sempre il rapporto rischio/beneficio; Sviluppare e dare pieno utilizzo alla Scheda di ricognizione cartacea e di educazione al paziente e ai familiari/care giver
RESPONSABILITA':	Farmacia e Direzioni Mediche di Presidio

	ATTIVITA'	TEMPI
ATTIVITÀ PREVISTE E TEMPI:	⇒ Illustrazione del progetto	⇒ Maggio 2017
	⇒ Utilizzo dello strumento di riconciliazione farmacologica cartacea per tutti i degenti ricoverati	⇒ Dicembre 2017
	⇒ Revisionare la procedura aziendale	⇒ Dicembre 2017
INDICATORI di risultato:	⇒ Controlli delle cartelle cliniche pari al 3% (a cura delle Direzioni Mediche Ospedaliere). 90% ella riconciliazione...sia compilata. ⇒ Diffusione della procedura (evidenza mail) (a cura di QUARM)	



UO INTERESSATA e Personale Coinvolto: Direzione Sanitaria, Direzione Sociosanitaria e Strutture di Staff: da inserire, DMP, SIOA, SAT, Servizi Territoriali

AREA DI INTERESSE REGIONALE: Macro obiettivo 1: Interventi finalizzati all'attuazione del percorso di presa in carico definito dalla DGR n. 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 del PROGETTO:	Dimissioni Protette rivolte a pazienti cronici e fragili	
PROBLEMA INDIVIDUATO: (area/attività di intervento o problematica da affrontare)	Nel corso degli ultimi anni si è riscontrato un incremento di pazienti fragili che necessitano di dimissioni protette. I cambiamenti socio economici (incremento popolazione anziana, famiglie monoreddito, nuclei familiari composti da un'unica persona, aumento degli stranieri) comportano necessità crescenti di individuare soluzioni di accompagnamento alla dimissione a fronte di risorse limitate a disposizione anche dei comuni.	
OBIETTIVO DI MIGLIORAMENTO	Diffondere all'interno dell'Azienda una cultura generalizzata della presa in carico del paziente e della continuità assistenziale tra ospedale a territorio e viceversa. Promuovere la capacità di individuare precocemente situazioni di "fragilità" Assicurare un più ampio coinvolgimento degli ambiti comunali e dei medici di famiglia	
RESPONSABILITA':	Direzione Sanitaria/Sociosanitaria, DMPO, SIOA, SAT e Servizi Territoriali	
ATTIVITÀ PREVISTE E TEMPI:	ATTIVITA'	TEMPI
	⇒ Condivisione del protocollo "dimissioni protette" con gli ambiti comunali	⇒ Giugno 2017
	⇒ Costituzione di un servizio dedicato alla presa in carico e ampia diffusione del protocollo di funzionamento	⇒ Giugno 2017
	⇒ Attuazione di quanto stabilito nel protocollo	⇒ Dicembre 2017
INDICATORI di risultato:	⇒ Almeno il 60% dei pazienti ricoverati devono essere valutati con gli strumenti definiti per individuare possibili criticità alla dimissione (scala di BRASS e scheda rischio sociale) . Valutazione a partire dai ricoverati di giugno – Verifica da parte delle Direzioni mediche ospedaliere ⇒ Il 90% dei pazienti considerati fragili e segnalati vengano presi in carico dal CSA (presenza della documentazione di registrazione di intervento sul paziente)	



UO INTERESSATA e Personale Coinvolto: Servizi territoriali.

AREA DI INTERESSE REGIONALE: Macro obiettivo 3: Revisione dei processi/procedure organizzativi, gestionali e di qualità, in attuazione della LR 23/2015.

TITOLO del PROGETTO:	Revisione delle procedure e definizione di nuovi documenti aziendali in applicazione della legge 23.	
PROBLEMA INDIVIDUATO: (area/attività di intervento o problematica da affrontare)	Le modifiche generali ed organizzative introdotte dalla legge 23 hanno richiesto un adeguamento della documentazione presso i Servizi territoriali.	
OBIETTIVO DI MIGLIORAMENTO	Aggiornamento e disponibilità dei nuovi documenti.	
RESPONSABILITA':	QUARM e Servizi territoriali	
ATTIVITÀ PREVISTE E TEMPI:	ATTIVITA'	TEMPI
	⇒ Presentazione del progetto	⇒ Maggio 2017
	⇒ Revisione delle procedure e della modulistica da rilasciare all'utenza	⇒ Dicembre 2017
INDICATORI di risultato:	⇒ Revisione delle procedure e della modulistica all'utenza ⇒ Individuazione di un indicatore di esito/processo per servizio	



UO INTERESSATA e Personale Coinvolto: Strutture di diagnosi e cura, Strutture Amministrative e di Staff, Servizi territoriali, DMPO e DMP

AREA DI INTERESSE REGIONALE: Macro obiettivo 2: Informazione all'utenza in ordine ai cambiamenti organizzativi in applicazione della l.r. 23/2015.

TITOLO del PROGETTO:	Aggiornamento sito internet in applicazione della legge 23.	
PROBLEMA INDIVIDUATO: (area/attività di intervento o problematica da affrontare)	Le modifiche organizzative introdotte dalla legge 23 hanno richiesto un adeguamento dei contenuti informativi sul portale aziendale	
OBIETTIVO DI MIGLIORAMENTO	Integrare le informazioni presenti sulla Intranet aziendale con la parte dei Servizi territoriali; aggiornare le schede di presentazione delle strutture sanitarie e amministrative; pubblicizzare eventuali nuove iniziative aziendali	
RESPONSABILITA':	Comunicazione	
ATTIVITÀ PREVISTE E TEMPI:	ATTIVITA'	TEMPI
	⇒ Presentazione progetto	⇒ Maggio 2017
	⇒ Aggiornamento del contenuto del sito web	⇒ Dicembre 2017
INDICATORI di risultato:	⇒ Presenza dei nuovi servizi territoriali su sito web aziendale ⇒ Aggiornamento delle schede di presentazione delle strutture sanitarie e amministrative	