



Azienda Socio Sanitaria Territoriale Nord Milano

Deliberazione pubblicata all'Albo Informatico dell'Azienda
Dal 30/01/2019 al 20/02/2019

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

Deliberazione n. 28 del 23/01/2019

Tit. di Class. 1.1.02

A16
LS

OGGETTO: *"Piano della performance aziendale 2019-2021"*.

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATI:

- il D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss.mm.e ii.;
- 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" e ss. mm. e ii., che prevede una stretta correlazione tra gli obiettivi strategici declinati nel Piano della Performance e le azioni contenute nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- 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 informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.e ii.;
- 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 articoli 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”;
- il D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 74 “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell’articolo 17, comma 1, lettera r), della Legge 7 agosto 2015, n. 124”;
- la D.G.R. n. IX/1046 del 17 dicembre 2018 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l’esercizio 2019”;

PRECISATO che l’aggiornamento del documento in esame deve avvenire annualmente entro il 31 gennaio (comma 1, lett. a art. 10 D.lgs 27 ottobre 2009, n. 150);

VISTO l’aggiornamento 2019 del Piano della performance aziendale di questa ASST, predisposto dagli uffici aziendali interessati, con il coordinamento del Responsabile della U.O. Qualità e Risk Management, dott.ssa Caterina Baccilieri, così come allegato al presente provvedimento quale parte integrante dello stesso (**allegato**);

DATO ATTO che il documento in esame è stato presentato, in data 21 gennaio 2019, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni che ha espresso parere favorevole in merito allo stesso;

RITENUTO di approvare il “*Piano della performance aziendale 2019-2021*” di questa ASST Nord Milano e di procedere alla pubblicazione del documento sul sito web aziendale, nell’apposita sezione “Amministrazione trasparente”;

RITENUTO di incaricare la Responsabile della U.O. Qualità e Risk Management di proseguire nel processo continuo di revisione ed aggiornamento del Piano, anche alla luce della programmazione finanziaria e delle assegnazioni di bilancio, proponendo le successive revisioni ed integrazioni;

ATTESO che la U.O. proponente ha acquisito dalla U.O.C. Bilancio e Risorse Finanziarie l’attestazione che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del Bilancio Aziendale, come riportato nell’ultimo foglio;

SU PROPOSTA del Responsabile della U.O. Qualità e Risk Management, 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 Socio-sanitario;



- d e l i b e r a -

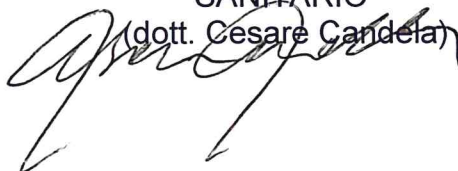
per le motivazioni esposte in premessa:

1. di approvare il "*Piano della performance aziendale 2019-2021*" di ASST Nord Milano, **allegato** al presente provvedimento quale parte integrante dello stesso;
2. di disporre la pubblicazione del "*Piano della performance aziendale 2019-2021*" sul sito web aziendale, nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente";
3. di disporre l'invio del presente provvedimento ai Responsabili delle UU.OO. interessate;
4. di incaricare la Responsabile della U.O. Qualità e Risk Management di proseguire nel processo continuo di revisione ed aggiornamento del Piano, anche alla luce della programmazione finanziaria e delle assegnazioni di bilancio, proponendo le successive revisioni ed integrazioni;
5. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
6. di dare mandato al Responsabile del Procedimento per tutti i necessari, successivi, incombenti all'attuazione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 della legge 7 agosto 1990, n. 241 e ss. mm.;
7. 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.;
8. 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.;
9. 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)

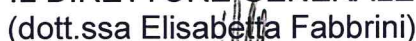


IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO

(d.ssa Pamela Moser)



IL DIRETTORE GENERALE
(dott.ssa Elisabetta Fabbrini)





deliberazione del Direttore Generale n. 28 del 23 GEN 2019, avente all'oggetto:

"Piano della performance aziendale 2019-2021".

* * * * *

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. _____
_____ 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
(dott.ssa Domenica Luppino)

Azienda Socio Sanitaria Territoriale
NORD MILANO

**Piano della performance
aziendale 2019-2021**

INDICE

1. <i>PREMESSA</i>	3
2. <i>L'AZIENDA ASST NORD MILANO</i>	3
2.1 <i>ASSETTO ORGANIZZATIVO</i>	3
2.2 <i>MISSION</i>	5
3. <i>LE ATTIVITA' DI DIAGNOSI E CURA</i>	6
3.1 <i>ATTIVITÀ RILEVANTI</i>	7
4. <i>I SERVIZI TERRITORIALI</i>	10
5. <i>CONTINUITÀ DELLE CURE</i>	12
6. <i>LE RISORSE UMANE</i>	15
7. <i>LA FORMAZIONE</i>	17
8. <i>LA COMUNICAZIONE</i>	17
9. <i>UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO - URP</i>	18
10. <i>SISTEMI INFORMATIVI</i>	18
11. <i>QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE</i>	19
12. <i>CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE</i>	22
13. <i>AREE DI PERFORMANCE E INDICATORI</i>	24
14. <i>PIANO DELLA PERFORMANCE E PIANO TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E PREVENZIONE CORRUZIONE</i>	29
15. <i>VISION: STRATEGIE PER IL TRIENNIO 2019-2021</i>	29

1. PREMESSA

La performance è intesa come il contributo che un'azienda fornisce, attraverso le azioni poste in essere, al raggiungimento delle proprie finalità e degli obiettivi prefissati nonché alla soddisfazione dei bisogni per i quali tale organizzazione è stata costituita. La valutazione della performance ha assunto rilevanza giuridica con il Decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, "attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" con il quale viene introdotto il Ciclo della Performance che consiste nella definizione degli obiettivi aziendali, nel loro monitoraggio e controllo e nella verifica dei risultati raggiunti.

Il Piano della Performance è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in conformità con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, vengono individuati gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori e i risultati attesi rispetto ai quali sarà attuata la valutazione della performance organizzativa ed individuale.

Nella definizione della programmazione aziendale per il triennio 2019-2021 si è tenuto conto del cambiamento del sistema socio-sanitario lombardo introdotto dalla legge regionale 23/2015 che ha posto maggiore attenzione all'integrazione tra territorio e ospedale in una logica di continuità assistenziale, facendo propri gli obiettivi prioritari del Piano Regionale di sviluppo:

- il completamento del modello di presa in carico del paziente cronico affetti da patologie croniche
- riordino della rete di offerta
- il contenimento dei tempi di attesa per la fruizione delle prestazioni ambulatoriali

Nello stesso tempo si vuole garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, per far fronte all'evoluzione dei fabbisogni demografici ed epidemiologici caratterizzati da un importante invecchiamento della popolazione.

Il Piano della Performance è coerente altresì con quanto definito nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e integrità, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, al fine di prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi.

Assume grande rilievo il rispetto delle regole dettate dal Codice di comportamento nazionale dei dipendenti pubblici, nonché di quelle introdotte con Codice di comportamento aziendale. Il presidio dei valori morali viene assicurato anche con l'ottemperanza alle prescrizioni in materia di trasparenza, parimenti dettate dal legislatore nazionale, mediante la pubblicazione sul sito web aziendale di tutti i dati e delle informazioni previste dalla vigente legislazione.

2. L'AZIENDA ASST NORD MILANO

2.1 Assetto organizzativo

Con DGR del 10 dicembre 2015 n. X/4478, in attuazione della Legge Regionale n. 23/2015, è stata costituita l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Nord Milano.

E' un'Azienda Socio Sanitaria territoriale pubblica di rilievo nazionale e di alta specializzazione, convenzionata con l'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

La sede legale è sita in via Matteotti, 83 - 20099 Sesto San Giovanni (MI); gli uffici Amministrativi sono in via Lodovico Castelvetro, 22 - 20154 Milano.

Essa si articola in:

- **2 Presidi ospedalieri:**
 - Edoardo Bassini - Via Gorki 50, Cinisello Balsamo
 - Città di Sesto San Giovanni – Via Matteotti 83, Sesto San Giovanni

- **21 Poliambulatori territoriali**, di cui 19 distribuiti nell'area urbana della città di Milano e 2 in area extraurbana:
 - Poliambulatori di Piazzale Accursio - Milano
 - Poliambulatorio di Via Baroni – Milano
 - Poliambulatorio di Via Clericetti – Milano
 - Poliambulatorio di Via Don Bosco – Milano
 - Poliambulatorio di Via Don Orione – Milano
 - Poliambulatorio di Via Doria – Milano
 - Poliambulatorio di Via Fantoli – Milano
 - Poliambulatorio di Via Farini – Milano
 - Poliambulatorio di Via Gola – Milano
 - Poliambulatorio di Via Ippocrate – Milano
 - Poliambulatorio di Via Livigno – Milano
 - Poliambulatorio di Via Masaniello – Milano
 - Poliambulatorio di Via Monte Palombino – Milano
 - Poliambulatorio di Via Puecher – Milano
 - Poliambulatorio di Via Quarenghi – Milano
 - Poliambulatorio di Via Rugabella – Milano
 - Poliambulatorio di Via Saint Bon – Milano
 - Poliambulatorio di Via Sassi – Milano
 - Poliambulatorio di Via Stromboli – Milano
 - Poliambulatorio di Cusano Milanino
 - Poliambulatorio di Cologno Monzese

- **Strutture di salute mentale territoriali, semiresidenziali e residenziali**

- **Strutture neuropsichiatriche territoriali**
 - Uonpia di Cologno Monzese
 - Uonpia di Sesto San Giovanni
 - Uonpia di Cinisello Balsamo

- **Centro dialisi ad assistenza limitata (CAL) – Sesto San Giovanni**

- **Dipendenze SERD (Ser.T e NOA) – Sesto San Giovanni e Cinisello Balsamo**

- **Consultori familiari integrati**

- Sesto San Giovanni, Cologno Monzese
- Cinisello Balsamo, Bresso, Cormano, Cusano Milanino
- **Centro vaccinale**
 - Sesto San Giovanni, Cologno Monzese
 - Cinisello Balsamo, Bresso, Cormano, Cusano Milanino
- **Assistenza sanitaria primaria - Scelta e revoca**
 - Sesto San Giovanni, Cologno Monzese
 - Cinisello Balsamo, Bresso, Cormano, Cusano Milanino
- **Fragilità - processi di cura e disabilità**
 - Sesto San Giovanni, Cologno Monzese
 - Cinisello Balsamo
- **Assistenza Integrativa Territoriale**
 - Sesto San Giovanni, Cologno Monzese
 - Cinisello Balsamo
- **Medicina Legale e delle certificazioni**
 - Sesto San Giovanni, Cologno Monzese
 - Cinisello Balsamo, Bresso, Cusano Milanino

2.2 Mission

L' ASST Nord Milano ha organizzato la propria attività istituzionale secondo criteri di efficacia, appropriatezza ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e di economicità nell'utilizzo delle risorse a disposizione. Tutta l'attività dell'Ente è orientata al rispetto dei diritti del cittadino e dei principi etici che disciplinano l'esercizio dell'arte medica.

In particolare l'Azienda si prefigge di:

- garantire prestazioni assistenziali appropriate in ambito ospedaliero, ambulatoriale e territoriale, nella logica della presa in carico della persona;
- promuovere la qualità e la sicurezza delle cure, nel rispetto dei diritti e della dignità della persona;
- garantire la presa in carico complessiva, in particolare del soggetto fragile, promuovendo il raccordo con la rete territoriale e con l'assistenza primaria, al fine di costruire un percorso di dimissione e/o di accompagnamento del paziente cronico;
- garantire un rientro protetto al domicilio del paziente fragile e una assistenza di intensità appropriata, nell'ambiente più idoneo alle sue condizioni;
- favorire l'integrazione delle funzioni sanitarie, socio-sanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali;
- contribuire alla valorizzazione del pluralismo socio-economico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, e degli enti del terzo settore, quali componenti per lo sviluppo e

la coesione territoriale, fermo restando il principio della libera scelta del cittadino, in attuazione al principio di sussidiarietà verticale e orizzontale;

- assicurare la formazione specialistica e lo sviluppo della ricerca, in stretto collegamento con l'Università.
- garantire attività di didattica e di ricerca a rilevanza nazionale ed internazionale

3. LE ATTIVITA' DI DIAGNOSI E CURA

L'Azienda ha un bilancio di circa 197 milioni di Euro.

Il suo dimensionamento è vincolato dai valori definiti dalla Regione nel decreto di assegnazione e l'impegno dell'azienda è teso a promuovere tutte le azioni volte al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario nella salvaguardia dei livelli di servizio resi.

I due plessi ospedalieri operano con 551 posti letto accreditati di cui n. 45 letti tecnici dedicati alle cure "subacuti" e 10 letti tecnici dedicati all'Hospice.

Presidi	Accreditamento Anno 2017				
	PL ORD	PL DH/DS	Totale	PT	Culle
Bassini	293	22	315	109*	
Sesto San Giovanni	178	13	191	86**	15
Totale Azienda	471	35	506	195	15

* di cui 20 posti letto tecnici di Cure Sub Acute P.O. Bassini

** di cui 25 posti letto tecnici di Cure Sub Acute P.O. Sesto San Giovanni

Nel triennio 2016-2018 ha avuto avvio il percorso di riorganizzazione aziendale ai sensi del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, garantendo i bisogni di salute degli utenti attraverso l'erogazione di servizi di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo appropriati e rispondenti alla domanda di salute del proprio territorio.

E' stata completata la riorganizzazione della UOC Cardiologia. La struttura inserita nella rete Stemi assicura la crescente richiesta di interventi che comportano l'inserimento di stent e/o defibrillatori-pacemaker, grazie anche all'attività di elettrofisiologia garantita dall'Ospedale Bassini.

Nello stesso tempo l'Azienda, a partire da gennaio 2018, ha rivisto l'attività chirurgica trasferendo gli interventi di chirurgia senologica (breast unit) nel PO di Sesto San Giovanni, prima suddivisa tra i due presidi Bassini e Sesto San Giovanni. Ha avuto avvio la riorganizzazione dell'area materno infantile attraverso l'integrazione dei presidi ospedalieri con i consultori territoriali.

L'UOC di Nefrologia e Dialisi, punto di riferimento di tutto il territorio dell'ASST Nord Milano, offre ai cittadini un servizio di dialisi dal 2009 in orario serale, per venire incontro ai pazienti lavoratori, sostenuta da personale infermieristico.

ASST NORD MILANO in cifre

	2016	2017	2018 provvisorio
Regime di ricovero ordinario			
Dimessi	13.886	13.854	13.175
GG degenza	110.768	109.524	103.438
Degenza media	7,98	7,91	7,85
Peso medio	1,0387	1,0575	1,0415
Regime di ricovero in day hospital			
Dimessi	2.655	2.561	2.641
Accessi	3.308	3.183	3.105
Sub acuti			
Dimessi Sub acuti	568	582	610
GG degenza sub acuti	12.605	12.834	12.512
Numero interventi	9.576	9.417	9.369
Numero Prestazioni ambulatoriali	3.434.200	3.261.257	3.206.830
Di cui BIC	1.811	1.719	1.787
Di cui MAC	10.812	10.152	9.205
Parti	880	872	881
Accessi di PS	72.589	71.638	70.979

3.1 Attività rilevanti

Nell'ambito delle attività cliniche meritano di essere citate alcune specificità considerate eccellenze:

- **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.

- **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.

- **Centro Oculistico Infantile**

Il Centro Oculistico Infantile (C.O.I.) eroga visite specialistiche ambulatoriali di oftalmologia pediatrica. Le prestazioni sono rivolte a bambini e ragazzi da 0 a 14 anni. L'equipe è multi professionale ed è formata da Medici Specialisti in Oculistica ad attività pediatrica ed Ortottisti.

- **Dipartimento di salute mentale**

Il Dipartimento di Salute Mentale è l'organizzazione a cui fanno capo tutte le attività di assistenza psichiatriche : territoriali, ospedaliere e residenziali ed è articolato in una rete di differenti strutture, con funzioni e competenze professionali finalizzate a garantire interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali. Erega i propri interventi attraverso Servizi che operano a livello ospedaliero (SPDC e Ambulatori) e territoriale (CPS, Ambulatori e attività domiciliare).

Si avvale inoltre di Strutture riabilitative semi-residenziali (Centri Diurni) e residenziali (Comunità e Residenzialità leggera).

Garantisce una risposta alle condizioni di urgenza psichiatrica ed alle richieste di consulenze di altre realtà socio-sanitarie. Si integra, nelle proprie attività e nei propri interventi, con le varie agenzie territoriali che a titolo diverso si occupano del benessere e della sofferenza psicologica.

Il DSM dell'ASST Nord Milano organizza l'attività delle Unità Operative, dei Servizi di Psichiatria e di Psicologia Clinica, i quali fanno riferimento, sul piano territoriale, ai Distretti di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese (UOP39) e di Cinisello Balsamo, Bresso, Cormano, Cusano Milanino (UOP40).

- **Centro di diabetologia**

E' stato costituito un centro diabetologico presso il poliambulatorio Saint Bon con lo scopo di coordinare la rete diabetologia territoriale milanese. Il Centro è posto in una di una struttura con ambulatori specialistici diabetologici per il trattamento del piede diabetico, del diabete gestazionale in gravidanza e dell'impianto dei microinfusori.

Si avvale di un team multi-specialistico e multi-professionale composto da diabetologi, endocrinologi, cardiologi, oculisti, neurologi, ginecologi ed infermieri, dietisti ed educatori professionali al fine di rendere più possibile autonomo e informato il paziente sulla gestione della patologia cronica.

- **Hospice - Cure palliative e terapia del dolore**

L'attività si sviluppa in diversi ambiti:

1. 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.
2. Degenza Hospice
3. Attività ambulatoriale di cure palliative e terapia del dolore

- **Attività di cure Sub acuti**

Si tratta di una presa in carico, che avviene in un contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica. Nella struttura vengono ricoverati pazienti già degenti nelle unità operative per acuti che, superata la fase critica e raggiunta una certa stabilità clinica, necessitano ancora di assistenza e di terapie di media complessità che non potrebbero essere gestite a domicilio. Vengono formulati piani di trattamento personalizzati per conseguire specifici obiettivi realizzati da qualificati professionisti.

- **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".

- **Centro Antiviolenza "VERSO NUOVE STRADE- VENUS"**

E' attivo presso l'Ospedale Bassini, con lo scopo di fornire ascolto, mediazione linguistica, assistenza psicologica ma anche legale alle donne vittime di violenza, per accompagnarle nel loro ritorno alla normalità. Questo servizio prevede l'applicazione di un protocollo medico e

infermieristico integrato, appositamente approntato, per meglio accompagnare le pazienti giunte in pronto soccorso a seguito di violenze, anche attraverso la formazione specifica per gli operatori. Tale centro è collegato per il proseguo dell'assistenza specifica con il centro SVS del Policlinico.

4. I SERVIZI TERRITORIALI

Consultori familiari integrati

La qualità e l'unicità dei consultori familiari integrati è data dalla forma peculiare dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione, nonché dalla possibilità di presa in carico multidisciplinare ed integrata dei bisogni dell'utenza, sia esso sanitario, sociosanitario o psicosociale.

Il punto qualificante è la presenza di figure professionali (ginecologi, psicologi, ostetriche, assistenti sociali, infermieri, consulenti legali) cui rivolgersi e trovare risposte appropriate nelle fasi più delicate del ciclo di vita, sia familiare che individuale.

Diverse sono le aree di intervento:

- accoglimento e sostegno della donna in gravidanza
- contraccezione/interruzione volontaria di gravidanza
- prevenzione oncologica
- adolescenza e rapporto genitori-figli
- relazioni di coppia
- relazioni familiari
- tutela minori
- adozioni

Particolarmente preziosa per le neo-mamme è la continuità assistenziale tra ospedale e territorio al fine di accompagnarle nella transizione tra la fase del parto e quelle del puerperio/allattamento.

In particolare lo spazio allattamento, il massaggio infantile e i gruppi di sostegno alle madri (bimbi 0-3 anni) sono presenti, consolidati e molto apprezzati dall'utenza.

I consultori familiari sono certificati UNICEF come "Comunità amica dei bambini per l'allattamento materno".

Inoltre è presente uno Spazio Giovani che si occupa di prevenzione del disagio adolescenziale attraverso un'ottica di promozione della salute, che investe non solo la sfera del benessere fisico, ma soprattutto un'educazione all'affettività e alla sessualità che non possono essere affrontate in modo separato senza perdere efficacia.

Centri vaccinali

Svolgono l'attività prevista in materia dal Piano della Prevenzione Vaccinale, secondo procedure e istruzioni operative che garantiscono una gestione dell'attività omogenea, coordinata ed aggiornata alle linee guida internazionali.

L'attività si articola in:

- Attività vaccinale (per coorti di età, di soggetti adulti, di categorie a rischio, campagna antinfluenzale)

- Attività di counseling /vaccinazioni per bambini affetti da gravi malattie cronico-degenerative e sindromi rare
- Profilassi per i viaggiatori internazionali
- Autorizzazione alla somministrazione dei farmaci nella scuola dell'obbligo e attivazione di voucher per il servizio infermieristico per la somministrazione di insulina nella scuola dell'infanzia e nella scuola primaria.

Fragilità – Percorsi di cura e disabilità

Si occupa di accoglienza utenza fragile, analisi del bisogno, valutazione multidimensionale (in applicazione alla indicazioni regionali e con l'utilizzo della scale previste), emissione del titolo per l'accesso alle prestazioni e misure previste; gestione dei collegi per l'individuazione degli alunni disabili, ai fini dell'integrazione scolastica.

Inoltre gestisce le attività di competenza ASST relativamente alla somministrazione di farmaci a scuola compresa la somministrazione insulina scuola dell'infanzia e primaria.

Medicina legale e delle certificazioni

Le attività consistono in accertamenti di invalidità civile /handicap (l.104/92/disabilità (L.68/99) e nel rilascio di diverse tipologie di certificazioni (idoneità guida autoveicoli e natanti, porto d'armi e detenzione d'armi, esonero cinture di sicurezza, contrassegno circolazione e sosta invalidi, certificazioni ad uso elettorale).

Assistenza integrativa territoriale

Garantisce le forniture di protesi e ortesi personalizzate; ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie; dispositivi medici monouso, compresa assorbente; presidi per diabetici; prodotti destinati ad un'alimentazione particolare; ossigenoterapia a lungo termine domiciliare.

Gestisce gli sportelli polifunzionali, accogliendo l'utenza e ricevendo la prescrizione dello specialista on line o cartacea; effettua le verifiche relativamente alla sussistenza del diritto e alla completezza e appropriatezza della prescrizione.

Assistenza sanitaria primaria - Scelta e revoca

Comprende le attività svolte da Uffici di Scelta e revoca - iscrizioni al SSR, scelta del medico di medicina generale e del pediatra di famiglia, rilascio esenzioni ticket, assistenza all'estero e attività di supporto all'attuazione delle convenzioni MMG, PLS, MCA, trasporto dializzati, rimborsi per visite occasionali, cure mediche all'estero, cure climatiche invalidi di guerra.

Dipendenze – SERD (Ser.T e NOA)

L'UOS Ser.T si occupa di diagnosi e cura dei disturbi di dipendenza da oppiacei, cocaina, cannabinoidi, gioco d'azzardo patologico, psicofarmaci, droghe sintetiche e altre dipendenze comportamentali.

Le attività rivolte all'utenza sono orientate ad un approccio multidisciplinare e prevedono varie fasi secondo quanto previsto dalle procedure e da una consolidata esperienza clinica:

- Accoglienza
- Counselling individuale e familiare
- Valutazione diagnostica
- Definizione di un progetto terapeutico sottoscritto dal paziente
- Presa in carico e trattamento
- Percorsi di gruppo formativi e informativi (se previsti dal programma terapeutico)
- Lavoro di rete in integrazione con altri servizi territoriali (CT, psichiatria, neuropsichiatria, alcoologia, reparti ospedalieri, servizi sociali comunali, medici di base, ecc.)
- Attività di valutazione diagnostica e/o presa in carico su invio dell'autorità giudiziaria (TM, TO)
- Somministrazione dei farmaci agonisti .
- Attività di presa in carico di pazienti minori anche su invio dei TM
- Attività di valutazione diagnostica per l'idoneità alle ADOZIONI NAZIONALI E INTERNAZIONALI
- Attività di presa in carico su invio delle CMLP

La UOS NOA (Nucleo Operativo Alcoologia) garantisce l'erogazione ambulatoriale delle prestazioni sanitarie comprese nei LEA, finalizzate all'assistenza alle persone con Disturbo da uso di alcol e alle loro famiglie, così come previsto e definito dalla Legge 125/2001 e dalla normativa nazionale e regionale di settore; tratta anche pazienti comorbili, con disturbo da uso di altre sostanze illegali e/o farmaci e disturbi psicopatologici. L'erogazione delle prestazioni prevede la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma individualizzato per il paziente. Il NOA collabora con i Gruppi di Auto-Aiuto del territorio, l'Associazione e il Privato Accreditato. Inoltre svolge un significativo lavoro di rete, specie per la utenza inviata dal MMG, dai Servizi e reparti dell'ASST, dal Tribunale dei minori, dal Tribunale Ordinario, dai Servizi Sociali, dalle CML, dalle carceri e dall' UEPE.

5. Continuità delle cure

In considerazione di quanto previsto dalla legge regionale n. 23/2015, dalla legge regionale n. 6/2017 e dai successivi provvedimenti regionali che hanno interessato il tema della presa in carico della cronicità e della fragilità, si evidenzia che tema fondamentale è quello dell'implementazione di percorsi di presa in carico strutturati ed individualizzati in funzione dei diversi bisogni di salute, prevedendo l'erogazione dei servizi in relazione alle effettive necessità assistenziali, governando i percorsi attraverso lo strumento della valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento della rete dei servizi e dell'interessato e della sua famiglia, al fine di evitare la frammentazione dei processi di cura e assistenza e garantire la continuità della cura.

La continuità delle cure interessa trasversalmente l'organizzazione aziendale.

Presa in carico del paziente cronico

In linea con quanto previsto dai provvedimenti regionali, l'Azienda ha operato per avviare concretamente il processo di presa in carico. I clinici ospedalieri hanno concordato percorsi diagnostico terapeutici assistenziali condivisi su alcune patologie di frequente riscontro, nell'ottica di facilitare il processo di valutazione e follow up del paziente; a fronte dell'invio da parte di

Regione delle lettere ad alcune categorie di pazienti cronici, sono pervenute le adesioni dei cittadini al nuovo percorso di presa in carico. Si sta procedendo al contatto diretto con i cittadini e si è avviata una modalità sperimentale di presa in carico che prevede un primo inquadramento del paziente a carico di personale infermieristico (pre-PAI) e successivamente l'intervento del clinico per la stesura del PAI e la presa in carico "specialistica".

E' utile sottolineare la complessità organizzativa che deriva dalla tipicità della nostra azienda, che è costituita da due ospedali e 21 poliambulatori. In ASST Nord Milano viene offerta una molteplicità di sedi dove organizzare il percorso del paziente, per garantirgli un servizio di prossimità. Inoltre la scelta aziendale è stata quella di ottimizzare il personale dedicato alla presa in carico e di avviare l'attività in modo diffuso tra medici e infermieri già operanti in azienda, al fine di diffondere una cultura della presa in carico a livello aziendale. La numerosità dei medici coinvolti, in particolare sulle sedi dei poliambulatori, costituisce una ricchezza del sistema, ma si concretizza anche in una difficoltà, legata alla scarsa numerosità dei pazienti per singolo medico, che non facilita una consuetudine nelle procedure previste e nell'utilizzo del software dedicato.

Per quanto riguarda il sistema informativo si è optato per un software, predisposto da ASST Nord Milano che gestisce le agende e le refertazioni. Questo potrà portare dei vantaggi di integrazione tra le diverse funzionalità che dovrebbero agevolare l'operatività. Ad oggi, il procedimento informatico che porta alla stesura del PAI e alla prescrizione delle prestazioni e delle terapie, è decisamente migliorato rispetto all'avvio.

I numeri e le valorizzazioni teoriche

A novembre 2018, 1358 persone hanno optato per la presa in carico da parte della nostra ASST; di questi 587 hanno poi rinunciato; 802 hanno già avuto un primo inquadramento da parte del personale infermieristico e circa 420 hanno avuto una valutazione da parte del medico, che è esitata in un Piano Assistenziale pubblicato per 344 pazienti.

Centro Servizi Aziendale (CSA)

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 ufficio 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. La strutturazione del 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.

Il sistema informativo è in fase di perfezionamento, sia in relazione ai moduli previsti, che per quanto riguarda l'integrazione con i sistemi informativi regionali.

Dimissioni protette

E' stato definito il protocollo e formalmente sottoscritto con i sei comuni di riferimento territoriale. Il Centro Servizi Aziendale opera attivamente nell'avvio dei percorsi di dimissione protetta, interfacciandosi in modo routinario con i nostri servizi territoriali che gestiscono anche le equipe di valutazione multidimensionale e il raccordo con la medicina di famiglia e i Comuni. Da aprile 2017, sono stati avviati in dimissione protetta circa 400 persone e per 1300 ingressi in regime di ricovero è stata attuata una prima valutazione di possibili indicatori di fragilità.

Nei primi nove mesi 2018, hanno fruito di una dimissione protetta 530 persone e circa 4500 persone sono state valutate per fattori di rischio sociale.

RIMI

Nel 2017 in applicazione al POAS aziendale è stato costituito il Dipartimento Materno infantile, a cui afferiscono sia la pediatria che la ginecologia ed ostetricia ospedaliere che i consultori familiari integrati. La Rete Integrata Materno Infantile costituisce il contesto entro il quale realizzare i percorsi assistenziali rivolti agli utenti dell'area materno infantile. La rete è funzionale, in quanto aggrega anche professionalità di istituzioni diverse da ASST, ma anche gestionale, in quanto assicura una gestione integrata di percorsi in capo a diverse strutture aziendali, pur afferenti gerarchicamente a dipartimenti differenti. Il Coordinatore RIMI è il Direttore del Dipartimento materno infantile. Tale nomina è stata formalizzata con un atto deliberativo. Nell'anno 2017 si è sviluppato un protocollo aziendale relativamente allo screening e presa in carico della depressione perinatale. In accordo con ATS sono stati concordati e definiti gli obiettivi che le RIMI della Città Metropolitana di Milano devono perseguire nell'anno 2019 e che ci vedono pertanto coinvolti attivamente nella presa in carico dei nuclei familiari con vulnerabilità biopsicosociale nel periodo perinatale (nel percorso integrato ospedale-territorio) e nella presa in carico dei minori che accedono al pronto soccorso con acuzie psichiatriche.

Inoltre alla luce delle recenti delibere regionali che prevedono l'istituzione di ambulatori per la gravidanza a basso rischio ostetrico condotti dall'ostetrica, si è avviato un percorso di collaborazione tra ospedale e territorio (Punto Nascita e Consultori Familiari Integrati) per la progettazione di questa nuova modalità di gestione della gravidanza, con la condivisione di protocolli, attività formative e documentazione clinica.

Percorsi di accompagnamento alla fragilità

Assicurano le attività di accoglienza dell'utenza fragile attraverso l'analisi del bisogno e la valutazione multidimensionale (in applicazione alle indicazioni regionali), e garantiscono la definizione del Progetto Individuale Integrato, l'emissione del titolo per l'accesso alle prestazioni e misure regionali previste e l'accompagnamento al percorso di presa in carico del paziente cronico. Nel corso dell'anno è emersa la necessità di sviluppare un percorso specifico per la disabilità, attivando una Unità di Valutazione Multidimensionale dedicata e integrando le attività precedentemente svolte in un ambulatorio specifico da uno psichiatra, al fine di connotarle più incisivamente come attività di presa in carico del soggetto disabile. Si è ritenuto fondamentale l'inserimento del case manager individuato in un tecnico della riabilitazione psichiatrica che integra l'attività dello Psichiatra.

Rapporti con la medicina generale e la pediatria di famiglia

Si sono avviati alcuni percorsi di collaborazione con i medici di medicina e la pediatria di famiglia. In particolare nel primo trimestre 2018 si è condivisa un'attività di formazione sulla diagnosi precoce del tumore del cavo orale e delle prime vie, fornendo agli MMG un questionario autosomministrato per la evidenziazione di possibili fattori di rischio per i propri assistiti e un accesso facilitato agli ambulatori ed è stato organizzato un incontro specifico con i MMG per illustrare l'attivazione della breast unit e le criticità derivanti nella gestione delle pazienti.

Progetto Milano

L'attuazione di tale progetto è stata coordinata dal Collegio dei Direttori Generali. L'Advisory Board socio sanitario della Città di Milano ha assicurato una regia coordinata del processo, rappresentando uno strumento operativo per l'individuazione di interventi migliorativi e il monitoraggio sull'andamento delle attività. Nel corso del 2018 sono invece state implementate iniziative e azioni orientate all'armonizzazione dei percorsi relativamente al processo di presa in carico e alla definitiva stabilizzazione delle attività o transitate da ATS ad ASST, oppure gestite in collaborazione (vedi ambulatori di continuità assistenziale). L'Advisory Board continua inoltre ad essere il luogo di definizione dell'applicazione operativa di tutte quelle azioni precedentemente afferenti ad ASL e oggi sotto la gestione delle ASST.

6. LE RISORSE UMANE

In un'azienda di erogazione di servizi alla persona, le risorse umane rappresentano il fattore strategico per eccellenza nella gestione delle risorse. La politica del personale è pertanto uno degli aspetti più qualificanti dell'azione di governo della Direzione Strategica Aziendale, in costante rapporto con la pianificazione e gli atti di indirizzo regionali. La pianificazione dei fabbisogni è finalizzata alla razionalizzazione dell'organizzazione dell'azienda, allo scopo di contenere i costi entro i limiti corrispondenti agli obiettivi strategici.

L'organico aziendale ha mantenuto presenze costanti, secondo la realizzazione dei piani di gestione delle risorse umane, aggiornati con cadenza annuale, nel rispetto delle regole Regionali, dei limiti di spesa consentiti e in considerazione del turn over, nonché del budget assegnato e autorizzato dalla Regione Lombardia. Importante rilievo assume la copertura dei posti temporaneamente vacanti che rappresentano un ulteriore costo da gestire in maniera appropriata e ponderata.

La fotografia del personale dipendente presente al 31 dicembre 2018 è la seguente:

Personale non dirigenziale

RUOLO	Dipendenti per categoria
SANITARIO	1250
PROFESSIONALE	1
TECNICO	143
AMMISTRATIVO	386
Totale	1780

Personale dirigenziale

RUOLO	Dipendenti per categoria
Dirigenza Medica	317
Dirigenza Sanitaria	42
Dirigenza Amministrativa	9
Dirigenza Professionale Tecnica	6
Totale	374

Personale Servizi territoriali

Ruolo	Dipendenti per categoria
Comparto non dirigenziale	119
Dirigenza medica	4
Dirigenza SPTA	4
Totale	217

Specialisti ambulatoriali convenzionati

Circa 285 medici specialisti ambulatoriali convenzionati, che operano principalmente nella rete dei Poliambulatori, ed erogano all'anno 1.700.000 visite e prestazioni di diverse discipline.

7. LA FORMAZIONE

Per l'ASST Nord Milano vale da sempre il principio che la qualità e la sicurezza dei servizi erogati e l'efficienza del sistema aziendale si perseguono anche attraverso una politica di valorizzazione e sviluppo delle risorse umane. Ritiene pertanto che la formazione e lo sviluppo professionale continuo siano un elemento significativo con il quale si intenda potenziare il personale, anche nel rispetto dell'identità originaria dell'Azienda e dello storico motto "Sanat sanando docet", guarisci e guarendo insegna.

In questo spirito, è predisposto annualmente un Piano di Formazione che tiene conto dei fabbisogni del personale ed in ottemperanza di specifici input regionali, in linea con obiettivi e regole di sistema, lo scopo è di integrare indirizzi strategici e obiettivi della Direzione aziendale con le esigenze di crescita professionale degli operatori.

In particolare – anche in riferimento all'implementazione della Legge Regionale n° 23/2015 e nel rispetto delle linee guida regionali per l'Educazione Continua in Medicina/ Sviluppo Professionale Continuo – nel 2019 si porterà a compimento la formazione dei case manager attraverso la realizzazione di specifici eventi formativi.

Il piano formativo inoltre dovrà garantire la collaborazione con altri enti ed il coinvolgimento della Rete Assistenziale Territoriale.

8. LA COMUNICAZIONE

L'attività di comunicazione ha l'obiettivo di promuovere, secondo le linee d'indirizzo stabilite dalla Direzione aziendale, la conoscenza delle attività aziendali ai cittadini, Enti e soggetti istituzionali e favorire la comunicazione interna.

Favorisce altresì le relazioni con gli organi di informazione e supporta la realizzazione/organizzazione di eventi, nonché le campagne di comunicazione istituzionale promosse dalla Direzione Generale Welfare.

La comunicazione esterna

Per favorire la conoscenza dei nuovi servizi risultanti dalla Legge Regionale n° 23/2015, particolare attenzione strategica viene posta alla informazione dei cittadini e delle loro amministrazioni civiche, sulle caratteristiche dell'Azienda, che riunisce due ospedali, i servizi territoriali e la rete dei poliambulatori dell'Area Metropolitana Milanese in un unico territorio complesso ad alta densità abitativa.

Nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio si promuovono iniziative periodiche di confronto con tutte le Amministrazioni Comunali di riferimento, finalizzate a dare ampio rilievo all'offerta sanitaria aziendale recependo specifiche istanze della popolazione mantenendo, inoltre, un attivo rapporto con i media locali.

Il sito internet dell' ASST Nord Milano (www.asst-nordmilano.it) garantisce, secondo i Principi della Trasparenza, una semplice accessibilità alle informazioni relative ai servizi offerti in ospedale e sul territorio, fornisce avvisi e indicazioni specifiche a tutti gli utenti, pazienti e stakeholders. Il sito si arricchisce costantemente anche in funzione di nuove attività, in raccordo funzionale con

ATS Milano Città Metropolitana, con il Tavolo dei Comunicatori delle ASST e ATS e con la Direzione Generale Welfare.

La comunicazione Interna

La Direzione aziendale favorisce la comunicazione interna utilizzando, oltre ai canali istituzionali quali gli incontri con le Organizzazioni Sindacali, il Collegio di Direzione, il Consiglio dei Sanitari e gli incontri tra la Direzione Aziendale e i Responsabili delle Strutture Sanitarie e Amministrative ed i loro coordinatori, anche il sito intranet con lo scopo di sviluppare un'efficace rete interna di comunicazione aziendale friendly-oriented. I contenuti riguardano attività aziendali, sia organizzative che gestionali, oltre a permettere l'accesso ai diversi applicativi aziendali di interesse per l'organizzazione.

9. Ufficio relazioni con il pubblico - URP

L'URP garantisce l'attività di assistenza ai cittadini in presenza di problematiche legate all'erogazione dei servizi, cercando soluzioni che permettono di risolvere al meglio le criticità, coinvolgendo tutte le strutture aziendali interessate.

Uno degli strumenti qualificanti dell'attività dell'URP è la rilevazione della **Customer Satisfaction** secondo i criteri emanati da Regione Lombardia.

Un ulteriore indicatore per il monitoraggio dell'andamento delle performance aziendali è rappresentato dalle **segnalazioni** e dagli **encomi** che l'URP raccoglie e analizza in un apposito database.

Le informazioni provenienti dall'utenza concorrono a fornire un'importante e insostituibile fonte di informazioni sulla percezione della qualità da parte dei cittadini che utilizzano un servizio. L'analisi delle segnalazioni, degli encomi e della Customer Satisfaction fornisce dati, alla Direzione Strategica e ai Responsabili delle Unità Operative, per sviluppare azioni di miglioramento finalizzate al superamento delle criticità evidenziate.

10. SISTEMI INFORMATIVI

Il sistema informativo rappresenta il tessuto connettivo aziendale e riveste un ruolo fondamentale per sostenere il cambiamento organizzativo ed attuare una politica di trasparenza delle attività amministrative e di supporto alle attività sanitarie progettando, attuando e gestendo le informazioni aziendali in ambito sanitario, sociosanitario e sociale, fornendo all'area direzionale un sistema di reporting finalizzato al controllo operativo e alla verifica della efficacia e della efficienza della rete.

L'ASST Nord Milano ritiene importante:

- Adeguare ed integrare i sistemi informativi dei Servizi Territoriali (ex distretti 6-7ATS).
- Integrare il sistema informatico di presa in carico "Take-care" con l'applicativo ADT in uso in Azienda;
- Consolidare la gestione informatizzata del farmaco nei presidi ospedalieri;
- Consolidare la gestione dei servizi informatici condivisi con Regione Lombardia.

11. QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE

La ASST Nord Milano considera l'attività di Qualità e Risk Management come un processo di gestione strategica orientato allo sviluppo di un Sistema che definisce le politiche, le strategie e l'agire aziendale, in linea con quanto atteso da Regione Lombardia.

L'ASST Nord Milano fonda il proprio Sistema di Gestione per la Qualità sull'integrazione di tre modelli: Accredimento Istituzionale, Certificazione UNI EN ISO 9001 e Programma Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione – PrIMO di Regione Lombardia.

Il Sistema di Gestione per la Qualità Aziendale - SGQ di ASST Nord Milano è certificato secondo la nuova edizione della norma UNI EN ISO 9001:2015, esso supporta tutte le Unità Operative nello svolgimento delle loro attività attraverso l'analisi dei processi, la valutazione ed il monitoraggio degli indicatori al fine di poter realizzare una "cultura diffusa" atta a garantire l'appropriatezza, la qualità, la sicurezza, l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni. Il SGQ è altresì orientato al miglioramento continuo delle prestazioni ed 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.

Il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, approvato con D.G.R. N°X/3652 del 5.06.2015 e l'uso della piattaforma PrIMO sviluppata all'interno del Portale di Governo di Regione Lombardia, hanno le seguenti finalità:

1. migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria;
2. promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
3. monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori;
4. potenziare i processi di presa in carico all'interno delle strutture di ricovero.

Come definito dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, proseguirà nel 2019 l'attività di implementazione e monitoraggio di quanto reso disponibile sul Portale di Governo di Regione Lombardia, nella Piattaforma PrIMO, in particolare:

1. nell'AREA Valutazione (AUTOVALUTAZIONI) con l'utilizzo del "Manuale di guida alla compilazione della Checklist di Autovalutazione di Regione Lombardia";
2. nell'AREA Performance (VALUTAZIONI PERFORMANCE AZIENDALI);
3. nell'AREA Audit (PNE, CLINICO-ORGANIZZATIVI);
4. nell'AREA MONITORAGGIO INTERNO INDICATORI;
5. nell'AREA Obiettivi (Programmazione e rendicontazione OBIETTIVI AZIENDALI ed OBIETTIVI DG);
6. nell'area PIMO (Piani Integrati di miglioramento dell'Organizzazione sviluppo e monitoraggio).

Sulla piattaforma nel 2018 si è osservato un progressivo miglioramento dello standard di qualità raggiunto per gli indicatori di area chirurgica nei due Ospedali di ASST Nord Milano, ottenuto grazie alle scelte organizzative e gestionali operate da parte dell'Alta Direzione e grazie agli interventi mirati messi in atto dai Direttori delle Unità Operative Complesse di Chirurgia dell'Ospedale Bassini e di Sesto San Giovanni. Preme sottolineare come l'impegno profuso dalle équipe delle UU.OO aziendali e le scelte organizzative/gestionali operate dalla Direzione aziendale hanno dato luogo ad un miglioramento degli indicatori di esito virando dall'area rossa/arancione all'area verde scuro(ad esempio per l'indicatore CHGEN1).

La programmazione 2019 PRIMO regionale che verrà implementata riguarda:

- l'attivazione ed il completamento delle aree Valutazione e Monitoraggio Interno;
- i piani di efficientamento;
- l'integrazione dell'area salute mentale;
- il monitoraggio e la valutazione dell'organizzazione delle cure attraverso indicatori specifici.

RISK MANAGEMENT

Il Risk Management (RM) pianifica la propria attività in funzione dell'evoluzione organizzativa e delle attività che si svolgono in ASST Nord Milano, è parte integrante della Clinical Governance intesa come infrastruttura delle condizioni clinico organizzative necessarie a sviluppare, in modo sistematico e continuativo, la sorveglianza ed il monitoraggio dei processi assistenziali, al fine di garantire la sicurezza e prevenire errori e/o danni ai pazienti ed agli operatori .

Il Piano di Risk Management(PARM) si fonda su un'attenta analisi del contesto di sviluppo dell'ASST Nord Milano a partire dagli indirizzi dettati dalla Direzione Strategica, dall'analisi interna del profilo di rischio aziendale coerentemente con le Linee operative della Regione Lombardia e con le disposizioni del Ministero della Salute.

Attraverso la definizione del PARM 2018 si è reso evidente il rischio derivante dalle diverse attività tenendo conto dell'esposizione alla sinistrosità e dei sistemi di rilevazione e di monitoraggio interno.

Le attività pianificate e gestite nel corso dell'anno dal Risk Management rispondono quindi agli indirizzi di cui alla Legge n. 24, 8/3/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", nonché alla "Trasparenza" con i cittadini di cui all' art. 2 comma 5 della medesima legge, con la pubblicazione nel sito internet aziendale dell'annuale relazione sugli Eventi Avversi.

Il Risk Manager (RM) modula la propria attività in funzione dell'evoluzione organizzativa e delle attività che si svolgono, considerando il nuovo assetto dipartimentale all'interno del quale risulta necessario basare iniziative proattive favorendo l'accountability, in tema di safety e security, delle rispettive Strutture afferenti. Essendo parte integrante della Clinical Governance garantisce la sorveglianza e il monitoraggio dei processi assistenziali, a partire dal necessario cambiamento culturale, rivolto alla Safety, nelle varie strutture aziendali mantenendo l'approccio integrato alla cultura del rischio e favorendo lo sviluppo di sincronismi pratici ed operativi con molti settori strategici aziendali, quali Qualità, Farmacia, CIO, Laboratori, Servizio Protezione e Prevenzione, Ingegneria Clinica e altri Servizi, Controllo di Gestione, Affari Legali, Gruppi di Lavoro aziendali, Anticorruzione e Rischio Privacy ecc.

Il nuovo PARM 2019 e la rendicontazione del PARM 2018 sono parte integrante del PRIMO, con il quale sono condivise sia le strategie sia le linee di intervento aziendali.

I Progetti di Risk Management sviluppati nel 2018, che continueranno nel 2019, seguono le indicazioni ministeriali relative alle 18 raccomandazioni, in particolare hanno riguardato: la safety in sala parto, la sicurezza in chirurgia: “safe surgery saves lives”, il risk assessment relativo alla gestione delle nuove sostanze psicoattive, dall’ospedale al territorio, il risk assessment basato su strumenti di data mining.

SICUREZZA nell’Area TRAVAGLIO/PARTO

La continuità di tale progetto (Safety in Sala Parto), legato al nuovo assetto organizzativo e logistico del Punto Nascita dell’Ospedale di Sesto San Giovanni, in considerazione dell’evoluzione in tema di rischio legato al Parto ed al peripartum, mantiene il monitoraggio sulla corretta adesione ai Protocolli sul Taglio Cesareo, con codice colore e sul Parto a basso rischio con la raccolta sistematica dei Trigger di area ostetrica.

SICUREZZA IN AREA CHIRURGICA

Nel corso del 2019 proseguiranno:

- i sopralluoghi nei Blocchi operatori e audit con l’impiego sistematico dello strumento di Risk management “Check list 2.0”;
- il rispetto dei 16 obiettivi OMS/Ministeriali sulla sicurezza in Sala Operatoria, con particolare riguardo anche alla Pianificazione delle sedute operatorie;
- il rispetto delle Raccomandazioni Ministeriali e l’utilizzo sistematico e migliorativo della Check list di sicurezza della Sala operatoria per ogni paziente, in tutto il percorso chirurgico;
- gli aggiornamenti delle procedure relative ai percorsi della profilassi antibiotica in Chirurgia, preparazione del paziente, normotermia e al Dress code, nonché alla corretta igiene mani chirurgica; ai protocolli igienico sanitari e agli aspetti relativi allo strumentario chirurgico.

RISK ASSESSMENT RELATIVO ALLA GESTIONE DELLE NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE, DALL’OSPEDALE AL TERRITORIO

Progetto assolutamente innovativo per l’azienda che dall’assessment ha evidenziato un importante rischio clinico legato alla difficoltà di identificazione corretta di tale abuso, ai limiti diagnostici e alla necessità di uno specifico trattamento che risponda alle diverse variabili di tali casi clinici, che impegnano risorse importanti e che se non precocemente gestite possono portare a gravi conseguenze i consumatori (non necessariamente “dipendenti” ma spesso occasionali) di tali sostanze psicoattive, considerate peraltro “legali”. Il progetto è di tipo multi aziendale e multiprofessionale, nonché multimodale dovendo coinvolgere diverse strutture e tutta la rete delle Dipendenze e Medico Legale, oltre che le diverse UU.OO. Ospedaliere.

RISK ASSESSMENT BASATO SU STRUMENTI DI DATA MINING

Lo scopo di quest'ultimo progetto, anch'esso pluriennale e multi aziendale, parte dal presupposto che l'integrazione delle informazioni derivanti dai diversi metodi di *risk assessment* attualmente in uso nelle organizzazioni sanitarie permette di conoscere e misurare il rischio clinico in modo parziale. La documentazione sanitaria, costituisce una fonte informativa fra le più ricche a disposizione delle Strutture e i database disponibili possono essere analizzati in modo automatico mediante software di analisi testuale per identificare eventi avversi o errori.

Le RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

L'attività di Risk Management, attraverso l'impiego degli specifici strumenti di risk management è volta all'implementazione delle 18 Raccomandazioni Ministeriali la cui rendicontazione in Regione e direttamente ad Agenas ha lo scopo di valutazione ai fini LEA.

12. CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

I principi generali sui quali si sviluppa il sistema di valutazione delle performance sono coerenti con quanto definito nel Decreto Legislativo 150/09 e s.m.i. Esso prevede l'applicazione di un sistema che, comprendendo la definizione e assegnazione degli obiettivi, il monitoraggio, la successiva misurazione e valutazione, sia collegabile all'utilizzo dei sistemi premianti ed alla rendicontazione dei risultati e sia volta al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione degli incentivi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle strutture cui afferiscono.

Tali principi sono ribaditi e sviluppati nella recente integrazione normativa dettata dal D. Lgs. n. 74 del 25.05.2017, che estende il rilievo del sistema rispetto al riconoscimento di progressioni economiche ed al conferimento di incarichi di responsabilità e dirigenziali.

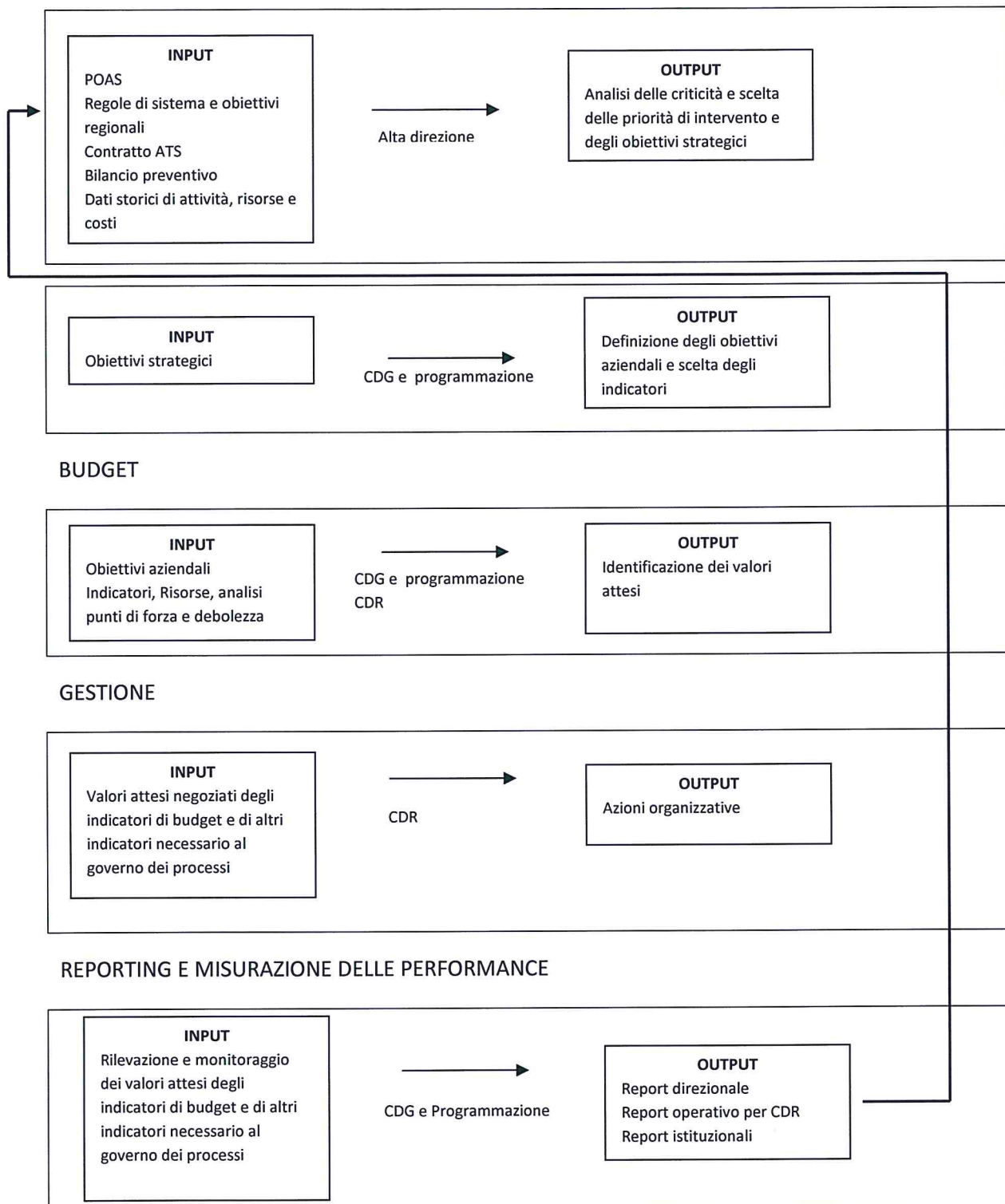
L'ASST NordMilano ha adottato meccanismi di valutazione permanente (organizzativa e individuale), volta al raggiungimento di specifici obiettivi e al miglioramento delle performance, delle competenze e dei comportamenti professionali ed organizzativi, collegata alla progressione economica orizzontale (comparto) e attribuzione o conferma di incarichi (Dirigenza) e alla erogazione della produttività e della retribuzione di risultato, secondo la Contrattazione Nazionale e Integrativa Aziendale.

La Performance si articola quindi in:

- **Organizzativa**, che riguarda l'Azienda nel suo complesso e le sue articolazioni organizzative;
- **Individuale**, che prende a riferimento il lavoratore e misura la "qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura" e a specifici obiettivi individuali collegati al livello di responsabilità e professionalità ricoperta (cfr. art 9 del Dlgs.74/2017)

Annualmente viene attivato il processo di budgeting con la declinazione a livello dipartimentale e di singola struttura sanitaria e amministrativa di obiettivi relativi alla programmazione gestionale in coerenza con gli obiettivi strategici. La definizione degli obiettivi operativi annuali si basa su una serie di input che rientrano nel ciclo di programmazione e controllo qui di seguito schematizzato.

Programmazione degli obiettivi operativi annuali



La programmazione: è la fase in cui vengono individuati dalla direzione Aziendale, tenuto conto delle indicazioni regionali, gli obiettivi strategici, le priorità di intervento e le progettualità, di seguito declinati per strutture sanitarie, sociosanitarie ed amministrative in obiettivi specifici e misurabili.

Il Budget e negoziazione: è la fase in cui vengono predisposte dal Controllo di Gestione e programmazione le schede di budget, in accordo con la Direzione Strategica e con gli obiettivi di

programmazione aziendale, e discusse in appositi incontri con i Direttori di Dipartimento e con i responsabili dei Strutture. Durante tali incontri si analizzano gli indicatori inseriti nella scheda budget e se ne definiscono i valori attesi da raggiungere. Agli incontri partecipano anche i Referenti Infermieristici o Tecnici di Dipartimento o i coordinatori delle singole Strutture. Per la Direzione sono coinvolti gli ordinatori di spesa (Provveditorato e farmacia) e il Responsabile della UOC Risorse Umane.

In particolare gli obiettivi individuati devono essere:

- coerenti con il bilancio
- rilevanti e coerenti rispetto alle priorità e alle strategie della Direzione
- tesi al miglioramento della qualità dei servizi erogati
- riferibili all'arco temporale annuale
- correlati alle risorse disponibili
- misurabili tramite indicatori comparabili a standard definiti
- monitorati periodicamente
- noti e accessibili in ogni fase del ciclo di gestione delle performance

Reporting e misurazione della performance: successivamente, con cadenza mensile, avviene il monitoraggio intermedio con la misurazione della performance attraverso l'andamento degli indicatori confrontati con i valori attesi. Vengono quindi evidenziati eventuali scostamenti, analizzate le cause ed adottate azioni correttive.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono integrati con il sistema di Valutazione delle Performance Individuali. Ogni responsabile di struttura dovrà compiere una valutazione dell'apporto individuale, di ciascun collaboratore, al raggiungimento complessivo dei risultati. Tale valutazione si esprime attraverso la compilazione di apposite schede di valutazione in cui viene richiesto di valutare per singolo collaboratore non solo la capacità di svolgere in modo appropriato, efficace e tempestivo il proprio lavoro, assicurando un adeguato rendimento e quindi il raggiungimento degli obiettivi assegnati, ma anche la capacità di collaborare con gli altri (colleghi, superiori, collaboratori, utenti), e di mostrare le proprie capacità gestionali, manageriali ed intellettive (orientamento all'innovazione, analisi delle criticità e adozione di misure di miglioramento).

13. AREE DI PERFORMANCE E INDICATORI

In coerenza con quanto definito dall'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV) le aree di performance possono essere schematizzate in cinque macroaree (efficienza, qualità dei processi organizzativi, efficacia, appropriatezza e sicurezza dell'assistenza, accessibilità e soddisfazione dell'utenza) al cui interno vengono individuati specifici indicatori di performance. Di seguito vengono riportate le aree di performance sopra elencate e il relativo set di indicatori:

Area di Performance	Indicatori	Risultati 2016	Risultati 2017	Target/Obiettivo
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 dematerializzata, ricetta elettronica, pubblicazione referti ambulatoriali, lettere di dimissione, verbali di PS)	NV	Prescrizione elettroniche: 68% (245.295 su 361.000); Referti ambulatoriali 64% (target 80%); Lettere di dimissioni: 94% (target 95); Verbali di PS: 100% (target 95%)	Target stabiliti da Regione per l'ASST
	Migliorare la qualità e l'efficienza organizzativa del processo vaccinale: 1- Corretta informazione per vaccinazioni nella donna in età fertile e durante la gravidanza 2- Vaccinazioni antimeningococco B per i nuovi nati 3- Anticipazione dell'offerta	-	-	Rispetto delle percentuali di copertura stabilite nel Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PRPV)

	vaccinale per l'adolescenza			
Efficacia	Numero di patti di cura stipulati di nuovi pazienti cronici/totale pazienti cronici	-	-	Incremento del 30% del numero di patti di cura rispetto al 2018
	Numero di PAI pubblicati entro 30 giorni dalla prima visita	-	-	Almeno il 90%
	Analisi degli indicatori PNE e indicatori di performance	-	-	Predisposizione report quadrimestrale di analisi
	Numero di audit clinici avviati su indicatori oggetto di monitoraggio regionale (PNE e indicatori di performance) "critici"=area arancione /rossa	-	-	Almeno il 90% di audit su indicatori in fascia "arancione-rossa". Presenza del verbale ed evidenza delle azioni di miglioramento.
	Predisposizione, implementazione e rendicontazione del <ul style="list-style-type: none"> 1- Piano di organizzazione aziendale strategico (POAS) 2019-2021 2- Piano triennale di prevenzione della corruzione 2109-2021 3- Piano integrato di miglioramento dell'organizzazione 2019 (PIMO) 4- Piano annuale attività di risk management anno 2019 (PARM) 5- Piano Internal Audit (IA) 6- Percorso di certificabilità dei bilanci (PAC) 7- Piano di formazione 8- Piano "trattamento dei dati" 	-	-	Rispetto delle scadenze definite da Regione declinate per i singoli Piani Predisposizione di un cruscotto direzionale di integrazione di un sistema di indicatori

Appropriatezza e sicurezza	Cadute pazienti ricoverati	223 cadute	181 di cui 4 visitatori	Confronto con Benchmarking del SSR. Riduzione
	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. Riduzione
	Richieste risarcimento danni (indipendentemente dalla causa /motivo)	55 richieste	62 richieste	Riduzione
Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Tempi di attesa: rispetto delle indicazioni regionali 1- Monitoraggio mensile dei TA e analisi casi oltre-soglia 2- Monitoraggio trimestrale volumi attività ALP su attività istituzionale	A livello aziendale vengono rispettati i tempi di attesa	A livello aziendale vengono rispettati i tempi di attesa	1.Rispetto delle indicazioni regionali 2-invio trimestrale ai competenti uffici regionali
	Medicina legale: rispetto dei tempi di attesa per l'accertamento della disabilità in età evolutiva.	-	-	Accertamento non oltre i 30 giorni dalla data di presentazione della domanda >= 95%
	Tempi di risposta rispetto ai reclami ricevuti: • Unità Operativa: risposta entro 10gg dalla data di comunicazione da parte dell'URP • URP: risposta entro 30gg dalla data di notifica del reclamo	-	-	Unità Operativa: 90% URP: 90%
	Corsi di formazione in tema di anticorruzione: 1. Partecipazione obbligatoria da parte del personale neoassunto	Obbligatoria a partire dal 2017	Partecipazione 100%	1-Partecipazione obbligatoria da parte del personale neoassunto= 100% 2-Partecipazione del personale (dirigente

	2. Partecipazione del personale (dirigente e comparto) ancora non formato			e comparto) ancora non formato ad almeno un incontro tra quelli organizzati nel corso del 2019= 90%
	Rispetto della tenuta dell'armadio farmaceutico: Verbale/Relazione su controllo interno di verifica ed evidenza di eventuali ammanchi	-	-	Farmacia: Presenza Verbale/Relazione annuale =100% Strutture Sanitarie. Segnalazione in caso di ammanchi=100%
	Controllo sul servizio tanatologico	-	-	Direzioni mediche di presidio. Verbale/Relazione trimestrale attestante assenza di interferenze/conflitti di interesse =100%
	Applicazione Piano triennale di prevenzione della corruzione	-	-	Responsabili di struttura a supporto del RPCT: presentazione di una relazione annuale con evidenza delle misure di prevenzione adottate ed eventuali criticità riscontrate.
	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

14. PIANO DELLA PERFORMANCE E PIANO TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E PREVENZIONE CORRUZIONE

Il Piano della Performance risulta strettamente integrato con il *Programma triennale per la trasparenza e prevenzione corruzione* sia in termini di obiettivi, indicatori, target e risorse associate, sia in termini di processo e modalità di sviluppo dei contenuti.

Il Piano della Performance rappresenta lo strumento per migliorare la propria efficienza nell'utilizzo delle risorse, la propria efficacia nell'azione verso l'esterno, per promuovere la trasparenza e prevenire la corruzione.

L'integrazione dei due strumenti si traduce con l'introduzione nel Piano della Performance di obiettivi specifici inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione declinate nel PTPC e nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione nell'AREA Amministrazione Trasparente al fine di assicurare un costante e diffuso controllo sull'efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa.

15. VISION: STRATEGIE per il triennio 2019-2021

L'ASST rappresenta un unicum nel panorama regionale in quanto è chiamata a realizzare una duplice missione.

La prima è quella garantire, anche attraverso le proprie strutture e i propri professionisti, la risposta ai bisogni assistenziali e alla domanda di servizi dei cittadini dell'area Nord di Milano in una logica di presa in carico e di garanzia della risposta. La seconda missione è quella di concorrere alla più complessiva offerta di servizi ambulatoriali per i cittadini dell'area milanese attraverso la propria rete di strutture poliambulatoriali distribuite su tutto il territorio cittadino. Nel perseguire la propria duplice missione l'ASST si ispira a un insieme unitario di valori, coniugando l'attenzione alla persona con la ricerca dell'eccellenza scientifica, dell'appropriatezza clinica, di elevati standard di servizio e di efficienza operativa e gestionale.

Le progettualità che la Direzione Strategia della ASST Nord Milano svilupperà in particolare nel prossimo triennio vertono su tre livelli strettamente collegati:

1.2 Integrazione ospedale-territorio

Con il DM 70/2015 è stata rivista l'organizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo di garantire livelli qualitativi appropriati e sicuri. Nello stesso tempo la legge regionale di riforma lombarda ha avviato un cambiamento profondo del Sistema sociosanitario che risponde ai nuovi bisogni dell'utenza e garantisce un'intensità assistenziale differenziata, qualità, efficacia ed appropriatezza.

In tale ottica, e quindi al fine di favorire il processo di integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali, l'ASST Nord Milano si prefigge di riorganizzare la rete dell'offerta attraverso:

- La riorganizzazione della rete ospedaliera, già avviata nel triennio precedente, in coerenza con gli standard definiti dal DM 70/2015;
- L'avvio del processo di evoluzione dal modello organizzativo delle reti di patologia al modello delle reti clinico-assistenziali ponendo l'accento sulla integrazione dell'offerta tra ospedale e i servizi territoriali e assicurando la continuità della presa in carico.

1.3 Presa in carico del paziente cronico

Nel corso del triennio precedente l'ASST Nord Milano ha avviato il percorso di presa in carico, in attuazione della legge regionale 23/2015. La Direzione strategica intende consolidare il modello di presa in carico dei soggetti cronici assicurando la centralità della persona e della famiglia all'interno dell'organizzazione; sviluppando un'integrazione organizzativa fra l'ospedale e il territorio; rafforzando l'integrazione fra la componente sanitaria, sociosanitaria e sociale e valorizzando tutti le professionalità che operano nella rete.

Nello stesso tempo verranno definite modalità di arruolamento pro-attivo di nuovi pazienti cronici, attraverso altri canali (accesso PS, ricovero, visita specialistica) in coerenza con le indicazioni regionali.

1.4 Equilibrio economico

Obiettivo strategico dell'ASST NordMilano è quello di garantire il rispetto degli obiettivi di spesa e, più in generale, il perseguimento del rispetto dell'equilibrio economico finanziario.

In quest'ottica considera fondamentale rafforzare nel prossimo triennio il processo di programmazione e di monitoraggio dei fattori produttivi più rilevanti in termini di spesa (farmaci e dispositivi ad alto costo) inserendo nel processo, con specifiche funzioni, i diversi attori coinvolti e sviluppando percorsi di razionalizzazione ed efficientamento della spesa attraverso strumenti quali:

- 1- l'adesione piena e puntuale al sistema degli acquisti centralizzati ed aggregati;
- 2- l'utilizzo di modelli di analisi dei costi dei processi sanitari per migliorarne l'efficienza;
- 3- l'utilizzo di strumenti quali budget, contabilità analitica e indicatori di performance per implementare azioni correttive in caso di scostamento rispetto agli obiettivi di spesa, in particolare dei consumi dei dispositivi ad alto costo.