

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Rhodense



Redatto ai sensi dell'art. 10 lett. a) del D.lgs. 150/2009

IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2020-2022 SARÀ SOGGETTO A REVISIONE/INTEGRAZIONE IN RELAZIONE A QUANTO PREVISTO DAI SUCCESSIVI ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALI ED AZIENDALI.

Sommario

PREMESSA.....	2
FINALITA' DELL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE RHODENSE	4
LA MISSION E I VALORI DI RIFERIMENTO.....	4
LA VISION	4
L'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE RHODENSE	7
LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	7
LA SITUAZIONE TERRITORIALE E DEMOGRAFICA	12
PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO	17
ANALISI CONTESTO INTERNO	20
ASSETTO STRUTTURALE – ORGANIZZATIVO	20
RISORSE UMANE	21
RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	23
LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	26
LA DEFINIZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI	28
LE AREE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	30
IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	36
IL COLLEGAMENTO CON I PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' DEL BILANCIO	37
IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE (PrIMO)	38
IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DI INTERNAL AUDIT	38
IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO TRIENNALE DI AZIONI POSITIVE	39
MATRICE DEGLI OBIETTIVI PER IL TRIENNIO 2020-2022	41
AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	51

PREMESSA

Il Piano della Performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs. 150/2009) è il documento programmatico di durata triennale, adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione e del personale.

L'elaborazione del Piano della Performance, effettuata in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con le delibere n. 112/2010 e n. 6/2013, dà avvio al ciclo di gestione della performance, integrandosi con gli strumenti aziendali di Pianificazione, Programmazione e Valutazione della Performance, con il Programma Triennale per l'integrità e la Trasparenza, con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, con i Bilanci aziendali e con il Sistema di Gestione della Qualità.

Il presente Piano della Performance relativo al triennio 2020-2022 si pone l'obiettivo di realizzare un quadro sintetico ed esaustivo del ciclo di gestione dell'ASST Rhodense al fine di:

- rendere comprensibile ai portatori di interesse (stakeholders) gli indirizzi, gli obiettivi strategici, le azioni e i risultati che l'Azienda realizza ed intende realizzare;
- dare evidenza degli indirizzi della programmazione regionale, quale punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali;
- valorizzare il sistema di budgeting aziendale e i connessi sistemi di valutazione e incentivazione del personale;



- integrare il ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione della anticorruzione;
- segnalare i percorsi di miglioramento continuo della performance.

La performance si misura:

- a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- a livello di singola Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale, individuata come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa);
- a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

Il Piano è pubblicato sul il sito web istituzionale, all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Performance".

FINALITA' DELL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE RHODENSE

LA MISSION E I VALORI DI RIFERIMENTO

La mission dell'ASST – Rhodense è quella di prendersi cura della persona in risposta ai suoi bisogni di salute, assumendo sempre più un ruolo pro-attivo nel processo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della popolazione e assicurando la disponibilità e l'accesso all'assistenza ospedaliera, ai servizi sanitari e socio sanitari del territorio contemplati dai livelli essenziali di assistenza, mediante l'erogazione di prestazioni sanitarie appropriate.

I valori di riferimento per il perseguimento della mission sono:

- il rispetto e la centralità del paziente nel percorso assistenziale;
- la sicurezza e la tutela della salute;
- la valorizzazione delle risorse umane come patrimonio culturale e professionale;
- l'innovazione e lo sviluppo tecnologico, professionale e formativo;
- l'attenzione alla cronicità e alla fragilità, all'interezza della persona e della famiglia nell'ambito dell'utilizzo appropriato ed equilibrato delle risorse.

L'organizzazione dei servizi aziendali è strutturata per garantire la centralità del cittadino nel sistema aziendale ed assicurare l'informazione completa, accurata e tempestiva.

LA VISION

La vision intesa come realizzazione di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità della cura e dell'assistenza in un'ottica di integrazione ospedale-territorio, continuità delle cure e prossimità per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche, organizzative e tecnologiche.

L'Azienda si pone, quale obiettivo sul lungo periodo, di raggiungere elevati livelli di qualità utilizzando al meglio le risorse assegnate, perseguire la soddisfazione dei reali bisogni delle comunità e dei singoli, creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria con le proprie articolazioni rappresenta la competenza fondamentale dell'Azienda che deve essere offerta nel contesto più appropriato e prestata con criteri di integrazione organizzativa, multidisciplinare e multiprofessionale.

La comprensione ed il rispetto delle persone assistite e delle loro famiglie rappresenta il principio ispiratore dell'assistenza in ogni momento.

La pratica professionale e clinica è guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si dispone di provata evidenza per assicurare gli standard più elevati.

L'attenzione ai diritti del cittadino comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali. L'assistenza è offerta nel contesto più appropriato.

La strategia dell'Azienda è orientata a:

- qualificare l'offerta di azioni di carattere clinico-assistenziale, sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta;
- potenziare l'offerta clinico-assistenziale, secondo le priorità di salute della popolazione e compatibilmente con le risorse disponibili;
- innovare e differenziare l'offerta clinico-assistenziale, attivando livelli di specializzazione crescenti dello stesso servizio e allargando la gamma delle tipologie di servizio;
- perseguire gli orientamenti e le metodologie del governo clinico, quale strumento per tradurre nella pratica clinica i temi dell'EBM, dell'appropriatezza e dell'efficacia;



- incrementare l'integrazione delle articolazioni organizzative, adottando soluzioni organizzativo-gestionali di processo tra diversi servizi, unità di offerta e livelli di erogazione, al fine di garantire la continuità di cure;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e per utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili, finalizzandole ai bisogni prioritari di salute;
- implementare la gestione per processi orizzontali, secondo logiche integrate tra funzioni amministrativa, sanitaria e sociosanitaria;
- organizzare e gestire una reale presa in carico del paziente attraverso un'organizzazione basata sulla logica di rete.

L'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE RHODENSE

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Rhodense, con sede legale a Garbagnate Milanese, viale Forlanini n. 95 – 20024 Garbagnate Milanese – è stata costituita a partire dal 01/01/2016, con Deliberazione n. X/4477 del 10 dicembre 2015, in attuazione della Legge Regionale n. 23 del 11/08/2015.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'assetto delle strutture accreditate afferenti all'ASST – Rhodense comprende il territorio e le strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti dell'ASL Milano 1 di Rho, Garbagnate e Corsico, le strutture Ospedaliere dell'ex Azienda Ospedaliera "G.Salvini" nonché il Poliambulatorio di Corsico appartenente all'ex Azienda Ospedaliera di Legnano, oggi ASST Ovest Milanese.

L'ASST – Rhodense afferisce all'Agenzia di Tutela della Salute – ATS – Città Metropolitana.



A seguito dell'attuazione della riforma sanitaria, afferiscono all'ASST Rhodense i seguenti stabilimenti e strutture sanitarie:

PRESIDI OSPEDALIERI

- Presidio Ospedaliero Territoriale di Bollate, via Piave, 20
- Presidio Ospedaliero di Garbagnate Milanese, Viale Forlanini, 95
- Presidio Ospedaliero di Passirana, Via Settembrini, 1
- Presidio Ospedaliero di Rho, Corso Europa, 250.

PRESIDI TERRITORIALI (EX DISTRETTI SOCIO SANITARI)

- Presidio Territoriale di Corsico, Via Marzabotto, 12
- Presidio Territoriale di Garbagnate Milanese, Via Per Cesate, 62
- Presidio Territoriale di Rho, Via Settembrini, 1 – Passirana di Rho

POLIAMBULATORI TERRITORIALI

- Poliambulatorio di Arese, Via Col di Lana, 10
- Poliambulatorio di Corsico, Via Dei Lavoratori, 42
- Poliambulatorio di Paderno Dugnano, Via Repubblica, 13

CONSULTORI FAMILIARI

- Consultorio Familiare di Bollate, Via Piave, 20
- Consultorio Familiare di Cesano Boscone, Via Amerigo Vespucci, 7
- Consultorio Familiare di Corsico, Via Armando Diaz, 49
- Consultorio Familiare di Garbagnate Milanese, Via Matteotti, 66
(temporaneamente allocato c/o POT Bollate, via Piave, 20)
- Consultorio Familiare di Paderno Dugnano, Via Repubblica, 13
- Consultorio Familiare di Rho, Via Martiri di Belfiore, 12
- Consultorio Familiare di Settimo Milanese, Via Libertà, 33

CENTRI PRELIEVO TERRITORIALI

- Centro Prelievi Territoriale di Arese, Via Col di Lana, 10
- Centro Prelievi Territoriale di Bollate Ospedale, Via Piave, 20
- Centro Prelievi Territoriale di Bollate Cassina Nuova, Via Madonna, 10
- Attività Prelievi Territoriale di Cerchiate, Via Risorgimento angolo Via Matteotti
- Centro Prelievi Territoriale di Cesate, Via Donizetti, 326
- Centro Prelievi Territoriale di Cornaredo, Piazzetta Europa, 15
- Centro Prelievi Territoriale di Corsico, Via Dei Lavoratori, 42
- Centro Prelievi Territoriale di Garbagnate M. Ospedale, Viale Forlanini, 95
- Centro Prelievi Territoriale di Garbagnate M. Centro, Via Milano, 144
- Centro Prelievi Territoriale di Lainate, Piazza Matteotti, 1
- Centro Prelievi Territoriale di Paderno Dugnano, Via Repubblica, 13
- Centro Prelievi Territoriale di Passirana di Rho, Via Settembrini, 1
- Centro Prelievi Territoriale di Pero, Via Greppi, 12
- Centro Prelievi Territoriale di Rho, Via Legnano, 22
- Centro Prelievi Territoriale di Settimo Milanese, Via Libertà, 33
- Centro Prelievi Territoriale di Vanzago, Via della Corte Bruciata, 23
- Centro Prelievi Territoriale di Senago, Via Monte Grappa, 4 (attività attualmente sospesa)

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

- RSA "Sandro Pertini" di Garbagnate Milanese, Via Per Cesate, 62

CENTRO DIURNO INTEGRATO

- CDI "Sandro Pertini" di Garbagnate Milanese, Via Per Cesate, 62

CENTRI DIURNI DISABILI

- CDD di Lainate, Via San Bernardo, 5 - frazione Barbaiana
- CDD di Trezzano S/N, Via Tintoretto 1
- CDD di Rho, Via Beatrice D'Este, 28

SERT – SERVIZIO RECUPERO TOSSICODIPENDENZE

- SERT di Corsico, Viale Italia, 50/B
- SERT di Rho, Via Giuseppe Casati, 45 - Passirana di Rho

NUCLEO OPERATIVO ALCODIPENDENZE

- NOA di Baranzate, Via 1° Maggio, 30.

L'Azienda si articola rispettivamente in due settori definiti:

- la rete territoriale, dedicato all'erogazione delle prestazioni socio sanitarie distrettuali e prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici;
- il polo ospedaliero, prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta e sede di offerta sanitaria specialistica.

L'assistenza ospedaliera

I presidi ospedalieri che costituiscono l'Azienda sono tre: due ad alta intensità di cura, Garbagnate Mil.se e Rho, ai quali si aggiunge quello di Passirana, con finalità riabilitativa e di attivazione del percorso di presa in carico del paziente nella fase post-acuta, con un regime di ricovero adeguato. La logica sottesa al mantenimento dei tre suddetti presidi è quella di integrazione, di differenziazione del profilo di offerta, con l'obiettivo di garantire un livello di assistenza ospedaliera, prevalentemente rivolta alla popolazione residente, unitamente ad alcuni profili d'offerta altamente specialistici ed innovativi.

Il Presidio Ospedaliero Territoriale

Il POT è definito dalla L.R.23/2015 quale "struttura multiservizio deputata

all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari".

La DGR n. X/6551 del 4/5/2017 precisa che i POT sono strutture "territoriali per la gestione ed erogazione di servizi di carattere sanitario, sociosanitario con forte connessione alla componente sociale rivolta a pazienti cronici, prevalentemente complessi e fragili".

La delibera sopra citata precisa che queste strutture sono volte ad "assicurare una risposta temporanea per livelli di assistenza più complessi di quelli dei PreSST e devono assicurare l'attività di degenza di comunità".

Coerentemente con quanto previsto dalle linee di sviluppo regionale per tale tipologia di unità d'offerta, in data 13 gennaio 2020, presso il POT di Bollate, è stata istituita la Centrale Operativa del Centro Multiservizi, struttura organizzativa di coordinamento per la continuità assistenziale. Inoltre, presso ciascuna sede dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda, sono riservati sportelli alla centrale operativa del Centro Multiservizi al fine di favorire l'accesso di prossimità dell'utenza.

Il Centro Multiservizi, così come indicato dalla DGR n. XI/2019 del 31 luglio 2019, ha, quale obiettivo prioritario, l'identificazione dei bisogni di natura clinico-assistenziale degli utenti attraverso la valutazione multidimensionale, e quali obiettivi specifici :

- implementare sistemi di semplificazione per il paziente cronico e la sua famiglia, così da facilitare l'accesso al livello di cura più appropriato e l'attivazione di pratiche e procedure amministrative quali, ad esempio, il rinnovo dei piani terapeutici o la fornitura protesica, favorendo anche l'accesso alla documentazione clinica del paziente ai vari livelli di cura e di assistenza;
- gestire efficacemente i tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni attraverso un sistema di prenotazione organizzato e proattivo, per le prestazioni di elezione previste nei piani di cura individuali dei pazienti cronici;
- organizzare, nella fase ospedaliera di riacutizzazione della malattia, il riconoscimento all'accesso del paziente con condizioni croniche e la

gestione dello stesso in percorsi personalizzati e strutturati in funzione dei diversi livelli di gravità;

- realizzare l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali per una risposta ottimale e personalizzata ai bisogni del paziente anche durante la fase post-acuta e riabilitativa;
- promuovere lo sviluppo di dispositivi, tecnologie, e soluzioni informatiche per fornire servizi a distanza superando i vincoli della distribuzione territoriale, delle competenze e della frammentazione temporale dell'intervento sul singolo assistito;
- promuovere interventi di capacity building orientati allo sviluppo di risorse umane per la presa in carico della cronicità e alla gestione del cambiamento nella rete dei servizi, con interventi di formazione finalizzati a diffondere conoscenze sui servizi e i PDTA, per le principali malattie croniche;
- promuovere interventi di comunicazione a diversi target, per migliorare la capacità di accedere alle informazioni e di utilizzarle in modo efficace per prevenire e/o gestire correttamente la cronicità e l'accesso ai servizi e ai percorsi di cura dedicati.

Oltre all'offerta ambulatoriale, presso il POT di Bollate dall'01.08.2018 è stato attivato il nuovo reparto di Cure Subacute con una dotazione di n. 24 posti letto, gestito dalla Cooperativa Sociale Società Dolce di Bologna, in forza di delibera di aggiudicazione n. 789 del 30 novembre 2017. Tale reparto potrebbe configurarsi come una degenza di comunità di livello avanzato secondo gli standard fissati dalla DGR 2019/2019.

L'assistenza territoriale

Le attività svolte all'interno delle strutture territoriali, invece, sono le seguenti:

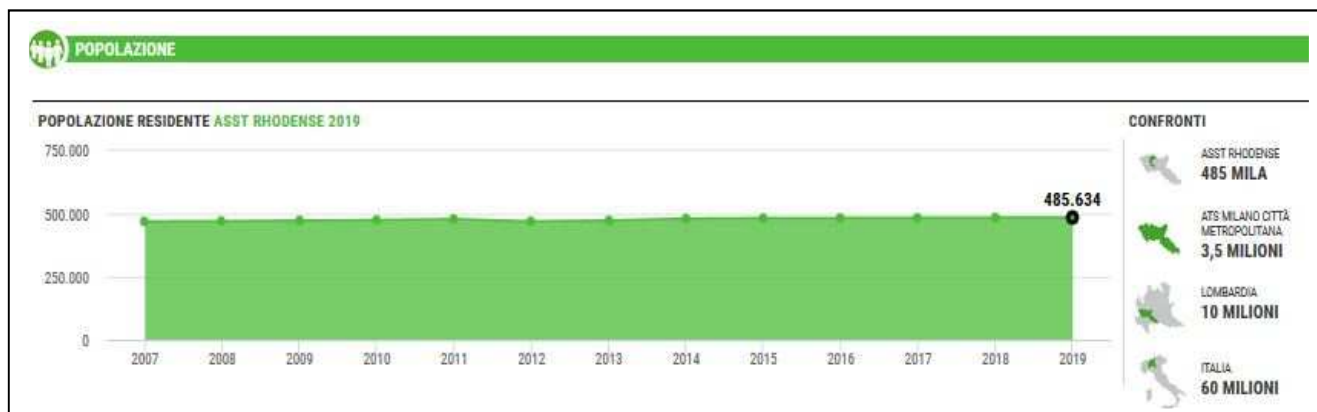
- Cure primarie (integrazione con le attività territoriali dei professionisti – MMG, PLS, Continuità assistenziale-distrettuale per presa in carico globale dell'utente e dei suoi bisogni);
- Assistenza farmaceutica: gestione acquisti per gli assistiti domiciliari, gestione magazzino, distribuzione, ecc.;

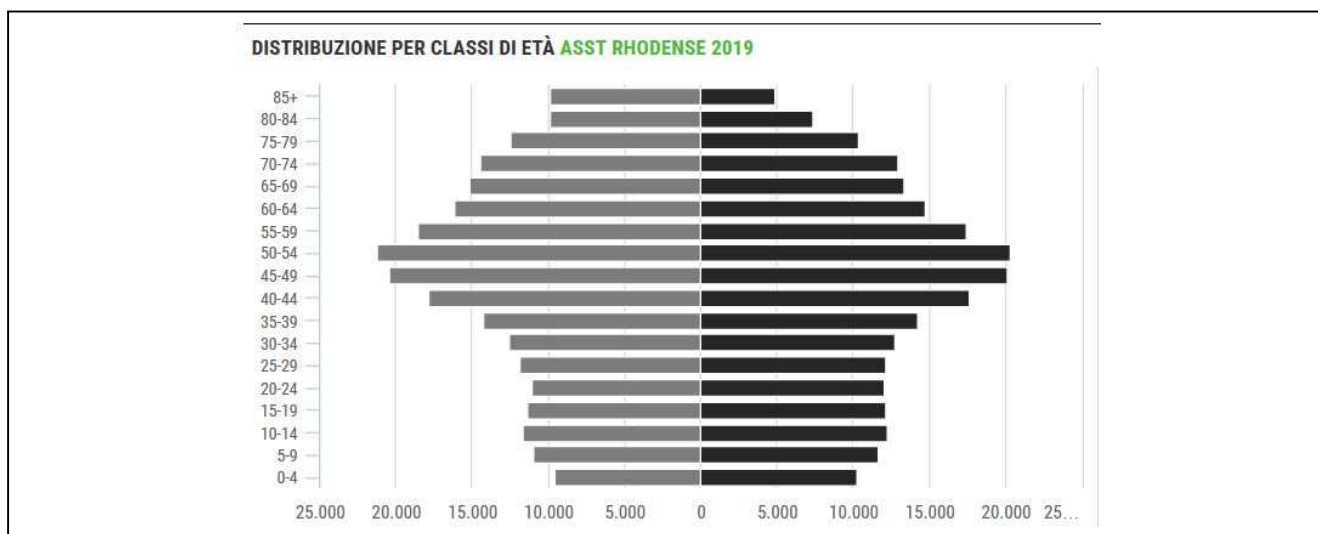


- Protesica e ausili: gestione acquisti per gli assistiti domiciliari, gestione magazzino, distribuzione, ecc., distrettuale;
- Nutrizione artificiale domiciliare, ossigeno terapia domiciliare;
- Ufficio scelta e revoca distrettuale;
- Area degli interventi alla famiglia (comprendente i Consultori familiari e gli interventi ai "minori fragili" e alle loro famiglie);
- Area della valutazione multidimensionale;
- Attività medico legali per finalità pubbliche: accertativa e valutativa (commissioni mediche per invalidità civile, handicap, disabilità, cecità, sordità, commissioni patenti, collegio medico per inabilità, etc.); certificativa (certificazioni per idoneità alla guida, porto d'armi, "pass" disabili, etc); necroscopica.

LA SITUAZIONE TERRITORIALE E DEMOGRAFICA

L'area servita dalla ASST Rhodense è situata a nord-ovest di Milano, in una delle aree più urbanizzate ed industrializzate dell'hinterland. Il bacino complessivo di popolazione residente è di 485.634 abitanti.





Il quadro epidemiologico delle 3 Aree territoriali di Garbagnate, Rho e Corsico attesta il progressivo invecchiamento e allungamento della vita media della popolazione con aumento delle patologie croniche degenerative (malattie apparato cardiovascolare, diabete e neoplasie invasive).



Su un totale di 485.634 abitanti nel territorio dell'ASST Rhodense nell'anno 2018, 166.973 abitanti, pari al 33,9 % della popolazione assistibile, risulta affetta da patologie croniche:

- 80.724 con una malattia cronica (16,6%);
- 86.249 con due o più malattie croniche (17,8%).



Si veda a tal proposito la tabella seguente (banca dati della ATS della Città Metropolitana di Milano – Anno 2018).

Sotto la barra viene presentato un treemap, un particolare grafico che permette la visualizzazione delle informazioni con indicazione della frequenza degli eventi in esame. Nel treemap presentato di seguito, l'area coperta dalla singola patologia è proporzionale alla numerosità dei casi prevalenti.

**MALATTIE CRONICHE (PREVALENZA)**

ASST RHODENSE 2018

RESIDENTI: 485.634

MALATI CRONICI: 166.973

16,6%

17,8%

CON UNA MALATTIA CRONICA

80.724

CON DUE O PIÙ MALATTIE CRONICHE

86.249

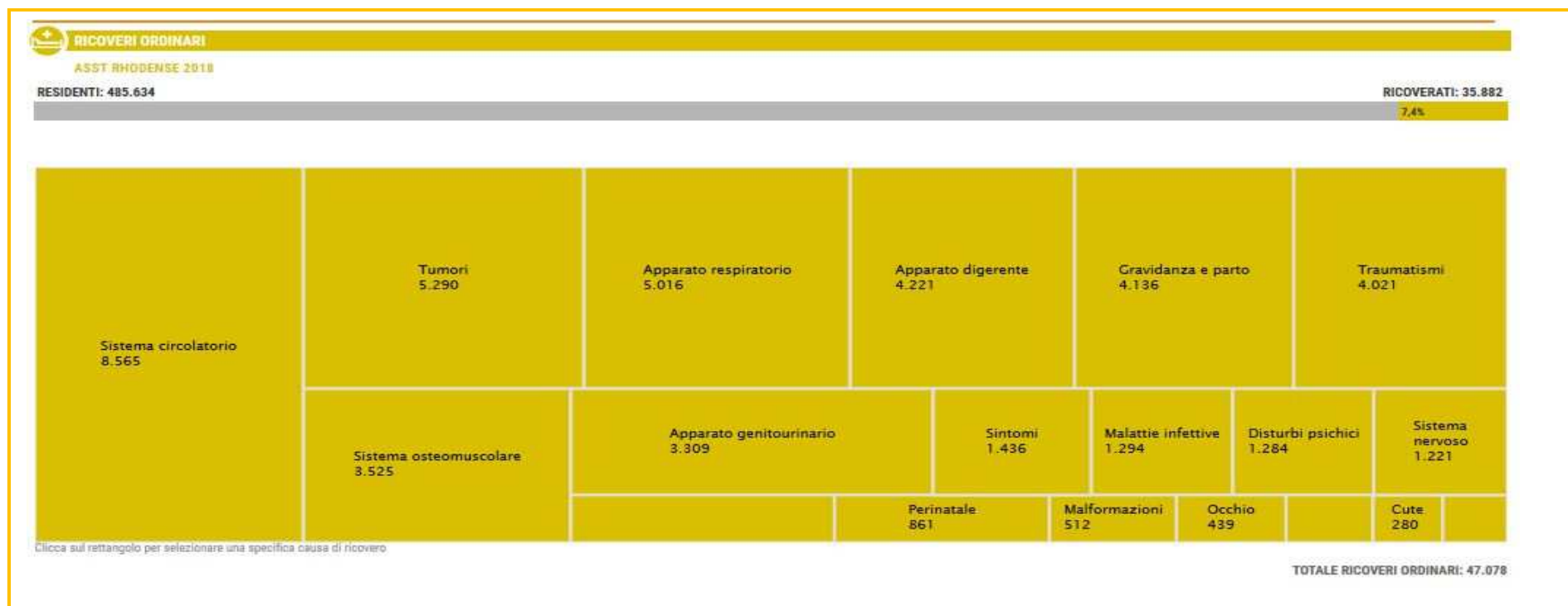


Clicca sul rettangolo per selezionare una specifica malattia

TOTALE MALATTIE CRONICHE: 286.632

A seguire una rappresentazione grafica delle cause di ricovero. Sulla barra si rappresentano l'intera popolazione residente e la percentuale di soggetti che hanno subito almeno un ricovero ospedaliero nell'anno 2018. Viene inoltre indicato il numero totale di ricoveri ordinari effettuati (diverso dal numero dei ricoverati).

Sotto la barra viene presentato un treemap, un grafico che permette la visualizzazione delle informazioni con indicazione della frequenza degli eventi in esame. Nei treemap presentati in questa sezione l'area coperta dalla singola causa di ricovero è proporzionale alla numerosità dei ricoveri per quella causa.



PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO

Il modello organizzativo dell'ASST – Rhodense è stato definito nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), così come previsto dall'art. 17 della L.R. 23/2015, in coerenza con le linee di indirizzo regionali di Regione Lombardia predisposte per la redazione degli stessi POAS.

Il POAS rappresenta l'elemento fondamentale sia per la definizione dell'assetto organizzativo, che per le azioni di miglioramento della efficienza e della efficacia dei livelli produttivi.

Negli anni più recenti sono notevoli i cambiamenti che hanno interessato il settore sanitario, motivati essenzialmente dal contenimento della spesa a fronte di una crescita dei bisogni di cura della popolazione e legati sia alle caratteristiche del paziente (anziani e cronici) sia alla disponibilità delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, PDTA).

In attuazione della Legge Regionale 23/2015 e degli indirizzi forniti dalle linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (DGR n° X/5113 del 29/04/2016 e ss.mm.ii) si è resa necessaria una mappatura analitica dei macroprocessi dell'ASST Rhodense secondo un approccio centrato sul paziente, con la rappresentazione delle varie fasi, attività, risorse e competenze coinvolte, l'analisi dei flussi logici di attività e soprattutto dei processi trasversali alle strutture organizzative.

Nell'ambito di un contesto esteso, complesso e a forte necessità di integrazione, quale quello tipico della nuova ASST, la mappatura dei processi ha evidenziato le correlazioni e le interdipendenze tra le attività della rete d'offerta che necessitano di un coordinamento specifico, per favorire collaborazioni tra i nodi aziendali (e interaziendali) maggiormente funzionali alle esigenze del paziente.

Per rispondere alla forte tensione, da parte dei policy maker, di rispettare l'equilibrio economico-finanziario aziendale, sono state introdotte nell'ASST Rhodense alcune innovazioni anche in ambito amministrativo e gestionale, come l'ufficio unico "Gestione e Contratti" e la struttura deputata al governo degli asset ospedalieri e territoriali, ossia la "Gestione Operativa".

Indirizzi strategici per il POAS 2020-2022

Alcuni ambiti oggetto di potenziamento, in continuità con il percorso intrapreso nel triennio precedente, sono, in un'ottica di rete:

- il **potenziamento dei dipartimenti interaziendali**. Accanto allo sviluppo di processi trasversali intra-aziendali, si assiste alla necessità di definire forme strutturate di collaborazione tra Enti diversi, finalizzate a supportare organizzativamente alcune reti clinico-assistenziali e alcuni servizi interaziendali, per garantire percorsi clinici integrati. In particolare il Dipartimento interaziendale assicura:
 - o la definizione del ruolo e dei compiti di ciascuna struttura afferente al dipartimento;
 - o la condivisione di PDTA e protocolli di diagnosi e cura;
 - o le modalità di invio dei pazienti tra le diverse strutture al fine di assicurare l'unitarietà dei percorsi di cura;
 - o l'utilizzo condiviso di strumentazioni e tecnologie e l'utilizzo integrato di risorse professionali;
 - o le modalità di monitoraggio degli esiti.
- Le **iniziative di raccordo con gli Enti pubblici e privati Territoriali**, per quanto riguarda la redazione e la condivisione di procedure e protocolli per azioni integrate che insistono su fasce di popolazione fragile e la stipula di accordi o convenzioni volte a coordinare e

condividere risorse gestionali, professionali o finanziarie in una prospettiva di utilizzo efficiente e proficuo delle stesse.

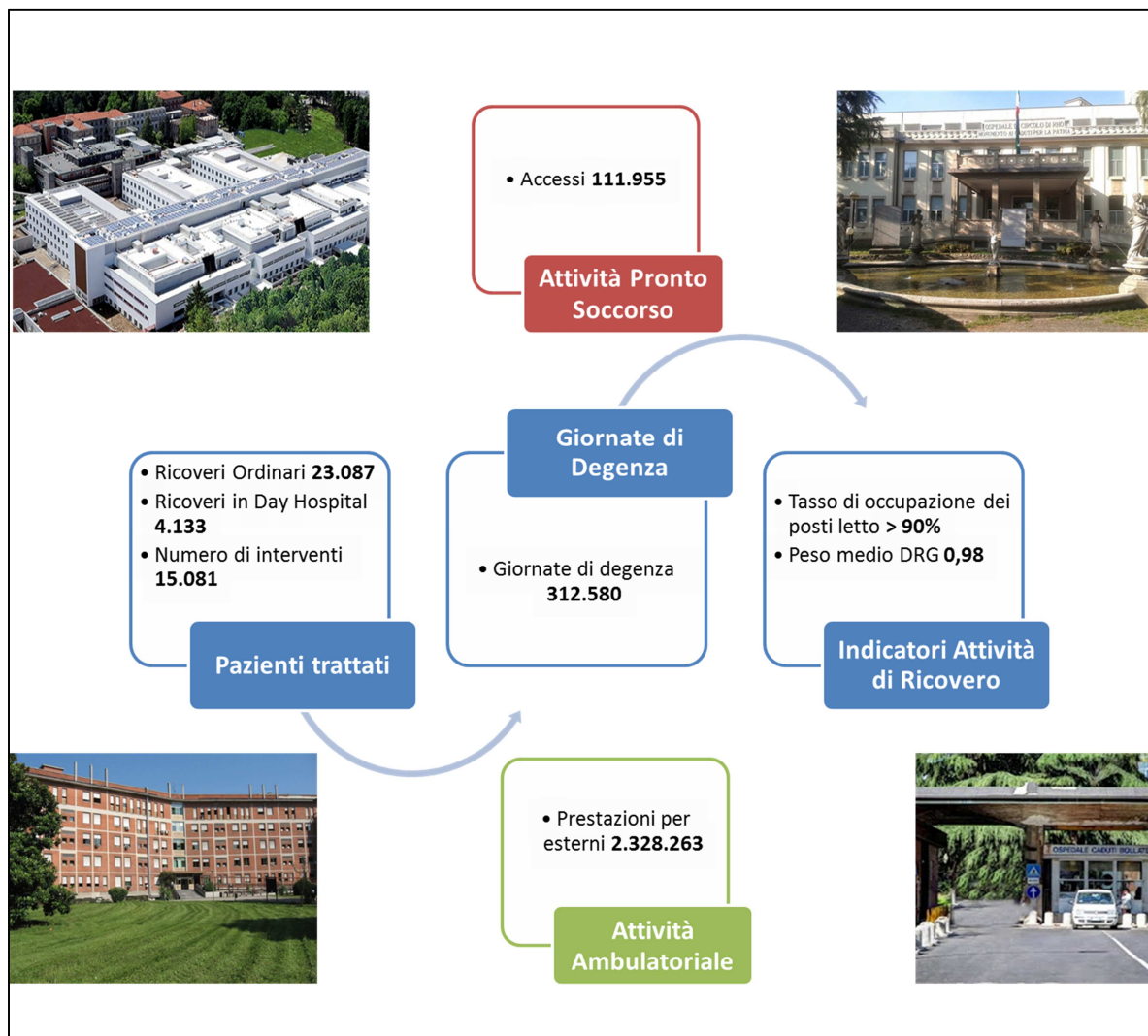
- **L'implementazione di nuovi modelli organizzativi** a gestione infermieristica, ostetrica, e di altre professioni sanitarie e sociali caratterizzati da forte autonomia decisionale (quali ad esempio le degenze di comunità, il fast track in pronto soccorso, la gestione di ambulatori infermieristici e ostetrici, la consulenza delle professioni sanitarie, la gestione dei processi di tutela ed integrazione sociale,...).
- Le **funzioni di case management** nell'ambito della cronicità e della fragilità nella gestione del percorso nascita fisiologico, di tutela-promozione della salute della donna.
- Lo **sviluppo di settori strategici aziendali quali l'accoglienza ed il marketing**. L'attività può essere sintetizzata in 2 macro-aree:

Area Accoglienza e Front Office Aziendale	Area Marketing
• governo centrale delle agende per l'attività ambulatoriale; • identificazione di percorsi integrati e semplificati per l'accesso degli utenti alla rete di offerta aziendale; • condivisione con le strutture aziendali di percorsi di accoglienza innovativi e digitali;	• gestione convenzioni attive con fondi integrativi, casse ed assicurazioni per l'erogazione di attività ambulatoriale e di ricovero offerta in regime privatistico con definizione del tariffario aziendale oggetto di negoziazione; • attività di marketing e promozione dell'offerta aziendale finalizzata ad ampliare il bacino di utenza servita, fidelizzare i cittadini e consolidare il brand aziendale.

ANALISI CONTESTO INTERNO

ASSETTO STRUTTURALE – ORGANIZZATIVO

L'azienda opera mediante i 4 presidi descritti nei paragrafi precedenti. Di seguito si riporta alcuni dati rilevanti in merito ai posti letto, alla tipologia ed al volume di attività.



* i dati del 2019 sono ancora da validare da parte di ATS.

Rispetto alle Unità d'Offerta Sociosanitarie, per la gestione integrata dei Centri Diurni Disabili di Trezzano sul Naviglio e Lainate, è stata espletata nel corso dell'anno 2019 una procedura di gara per l'affidamento dei contratti. La nuova formula gestionale, oltre alle aspettative di miglioramento nell'offerta del servizio, consente di evitare, per il futuro, il ricorso a contratti di lavoro libero professionali e interinali a cui si è dovuto ricorrere per garantire l'organico richiesto dai protocolli di accreditamento, così come auspicato dalle regole di gestione del

servizio socio sanitario. Di seguito si riporta alcuni dati rilevanti in merito al trend degli ultimi anni.

Giornate erogate Unità d'Offerta Sociosanitarie	2016	2017	2018	2019
CDD Rho	6.369	6.208	5.899	5.952
CDD Lainate	5.637	5.394	5.220	5.293
CDD Trezzano S/N	6.715	6.717	6.000	5.692

* i dati del 2019 sono ancora da validare da parte di ATS.

ASST Rhodense ha valutato la necessita di ammodernare e potenziare, all'interno del territorio di propria competenza, la capacita di offerta di servizi finalizzati alla cura ed assistenza delle persone anziane mediante erogazione di servizi e prestazioni sociosanitarie a carattere assistenziale e residenziale. A tal fine, con la deliberazione n. 1099 assunta in data 31 dicembre 2018, ha indetto una procedura di dialogo competitivo avente per oggetto l'individuazione della migliore soluzione progettuale finalizzata alla sottoscrizione del contratto di concessione ai sensi degli artt. 179 e ss., D.Lgs. n. 50/2016, sul modello di finanza di progetto, per la realizzazione della nuova struttura da adibire a RSA idonea ad ospitare n. 240 posti letto e a CDI per accogliere fino a 40 utenti. Di seguito si riporta alcuni dati rilevanti in merito al trend degli ultimi anni.

Giornate erogate Unità d'Offerta Sociosanitarie	2016	2017	2018	2019
RSA Pertini	73.808	73.446	73.568	74.085
CDI RSA Pertini	6.064	5.715	8.212	8.541

* i dati del 2019 sono ancora da validare da parte di ATS

RISORSE UMANE

In tutte le organizzazioni produttive, le risorse umane costituiscono elemento strategico e fattore critico. Le Aziende sanitarie, attraverso appropriate politiche di sviluppo dei potenziali ed opportune iniziative tese alla valorizzazione della professionalità, sono chiamate a gestire il proprio personale in modo sempre più dinamico e responsabile.

Reclutamento del Personale

L'articolazione organizzativa "Amministrazione e Sviluppo del Personale" procede alla rilevazione, in termini quantitativi e qualitativi, dei fabbisogni professionali in coerenza con gli obiettivi strategici dell'Azienda e nel rispetto del vincolo delle disponibilità economiche. Provvede, quindi, alla predisposizione del piano di gestione (PGRU), la cui approvazione è demandata agli organi competenti. Detto piano si caratterizza quale strumento di lavoro che deve essere utilizzato di esercizio in esercizio come memoria storica e come prospetto di programmazione.

Valutazione del Personale

Il sistema di valutazione permanente costituisce lo strumento prioritario ed indiscusso attraverso cui evidenziare il valore di ciascuno e fornire una giusta occasione di miglioramento e di crescita.

In coerenza con quanto previsto dal D.Lgs. 150/2009 si confermano il superamento nei sistemi di valutazione del personale, sia del comparto che della dirigenza, di criteri basati su automatismi nella distribuzione delle risorse e la previsione di criteri e modalità specifiche volte alla concreta verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati (DGR 2633 del 6/12/2011).

La valutazione è intesa come processo che contribuisce al miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e come metodologia di lavoro attraverso la quale è possibile coinvolgere tutti i collaboratori, rendendoli informati e partecipi di valori e principi dell'organizzazione aziendale. Il processo di valutazione del personale viene formalizzato, prevedendo: obiettivi, il "target" interessato (valutatori e valutati), i metodi e gli strumenti più adatti all'ambito valutativo (prestazione, posizione, potenziale). Si tratta di un percorso scandito da "fatti" (prestazioni quantitative e qualitative) e da caratteristiche soggettive (capacità e attitudini) che viene analizzato e rivisto sistematicamente sulla base di criteri uniformi e di procedure determinate.



Di seguito la Dotazione Organica aggiornata alla data del 01 gennaio 2020.

L'Azienda conta n. **3.693** dipendenti:

UNITA'	Ruolo	Struttura complessa	Tempo determinato	Supplenti	Totale aziendale
COMPARTO	3012	0	63	1	3076
MEDICI	485	30	19	0	534
DIRIGENTI NON MEDICI	67	9	7	0	78
TOTALE AZIENDALE	3564	39	89	1	3693

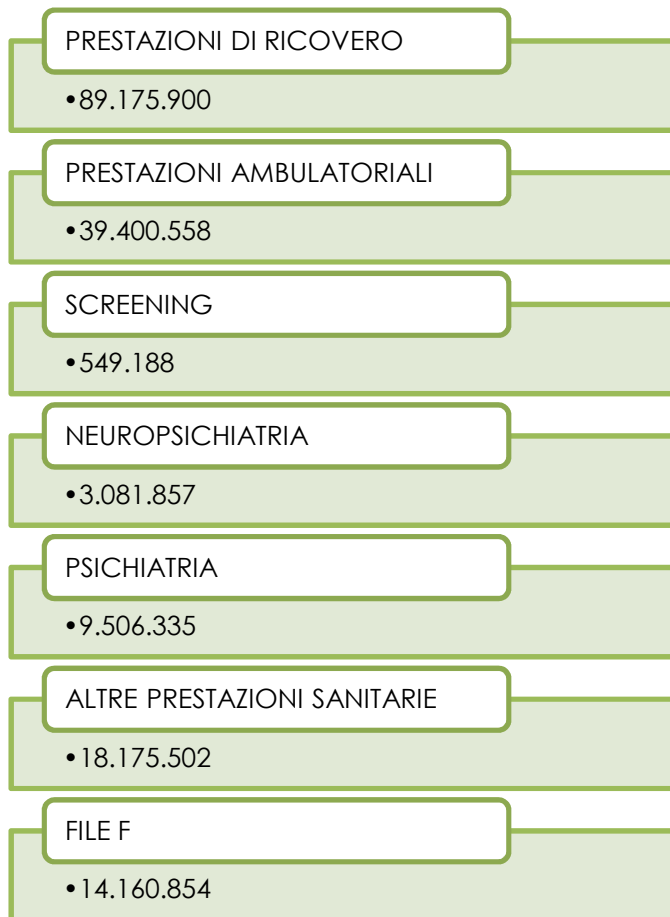
RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE

Secondo la normativa vigente, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance deve avvenire in coerenza con gli obiettivi di bilancio indicati nei documenti programmatici di cui alla legge 31 dicembre 2009, n. 196, e di cui alla normativa economica e finanziaria applicabile alle regioni e agli enti locali. Il conseguimento degli stessi costituisce presupposto per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrative. Pertanto il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario, sia a livello di polo ospedaliero che di rete territoriale, sulla base delle risorse assegnate da Regione Lombardia, rappresenta in quest'ambito l'obiettivo prioritario dell'Azienda.

Alla data di redazione del presente documento, il Bilancio di Previsione Economico (BPE) dell'esercizio 2019 è in fase di elaborazione.



Al fine di fornire, comunque un'indicazione relativa allo “stato di salute” del bilancio aziendale, si riportano di seguito i dati relativi al Conto Economico Trimestrale (CET) del IV trimestre 2019. (* Valori in migliaia di Euro)



LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA

L'ASST Rhodense, come organizzazione sanitaria orientata alla qualità dei propri servizi, persegue:

- la **qualità dell'utente**, ciò gli utenti richiedono dal servizio;
- la **qualità del professionista**, ciò che i professionisti definiscono essere necessario all'utente in termini di servizio da erogare, di tecniche da adottare e di procedure da seguire da parte dell'erogatore;
- la **qualità del management**, ciò che garantisce un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse all'interno delle regole stabilite dal Sistema Sanitario Regionale.

Il processo di miglioramento della qualità presuppone un coinvolgimento diffuso di tutti i livelli attraverso tre momenti consecutivi:

- avvio del processo da parte del top management attraverso un processo *top-down* contraddistinto da uno stile direzionale improntato all'empowerment;
- coinvolgimento dei diversi livelli organizzativi mediante un percorso *bottom-up*;
- investimenti in strumenti di integrazione organizzativa in grado di avviare un solido processo di consolidamento della cultura della qualità centrato sulla ricerca delle condizioni con cui integrare i processi organizzativi considerati critici all'interno dell'azienda.

La programmazione strategica trova quindi attuazione nel ciclo della performance che prevede la redistribuzione degli obiettivi aziendali a cascata sia sulle articolazioni organizzative sia sui dirigenti attraverso lo strumento del budget.

A seguito del nuovo assetto organizzativo, anche questo processo è stato rivisto e formalizzato ed ha interessato tutte le articolazioni della ASST – Rhodense; ciò in funzione delle rispettive competenze e dei livelli di responsabilità, in un

processo comune e partecipato di programmazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale.

Nella declinazione degli obiettivi di budget sono state individuate tre aree così articolate:

- ✓ **Economicità:** impiego delle risorse e dei fattori produttivi;
- ✓ **Efficacia esterna:** orientamento al paziente, accessibilità, equità, personalizzazione delle cure, comunicazione;
- ✓ **Efficienza organizzativa:** gestione della qualità delle cure, reingegnerizzazione dei processi e programmazione sanitaria, formazione del personale.

Il ciclo della performance prevede il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali, individuate come centro di responsabilità, nelle fasi di negoziazione ed assegnazione degli obiettivi; a garanzia del raggiungimento dei risultati, è sviluppato e strutturato un idoneo sistema di monitoraggio che prevede una puntuale misurazione degli indicatori.

La formalizzazione di un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance per l'Azienda assolve ad una pluralità di scopi:

1. migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi,
2. introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali,
3. rappresentare, misurare e rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali (accountability).

LA DEFINIZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI

Il sistema dei controlli interni è uno strumento che supporta gli organi di vertice nel conseguimento degli obiettivi aziendali di efficacia, efficienza, economicità e trasparenza.

Ne fanno parte:

Controllo qualità, che assicura la tutela dei cittadini e degli utenti attraverso la definizione degli standard qualitativi e la rilevazione costante di eventuali non conformità;

Gestione del rischio clinico, attraverso il quale l'Azienda definisce i metodi per la valutazione del rischio, gli indicatori per la misurazione e gli strumenti per la rilevazione;

Customer satisfaction che, attraverso la predisposizione di strumenti quali indagini di gradimento, sportelli informativi, questionari, interviste, ecc., constata le dinamiche del rapporto cittadini/servizi erogati, in modo da comprendere appieno i segnali negativi e di predisporre con il Sistema Qualità Aziendale le relative azioni di miglioramento;

Controllo di regolarità amministrativa e contabile, secondo i principi generali della revisione aziendale;

Controllo gestionale, attraverso il quale l'Azienda procede al coinvolgimento dei dirigenti nell'assegnazione o negoziazione degli obiettivi aziendali per livello di responsabilità interna e procede al monitoraggio sistemico per garantirne il loro raggiungimento;

Internal auditing, che ricompone e fa sintesi delle funzioni di controllo specifiche, svolte dalle articolazioni dell'organizzazione e dagli organismi aziendali sopraindicati;

Anticorruzione e trasparenza, funzioni aziendali di coordinamento e gestione di attività ed adempimenti correlati alla L. 190/2012 e successivi provvedimenti normativi attuativi;



Processi di misurazione e valutazione del personale: attraverso il Nucleo di Valutazione, vengono periodicamente verificati sia il sistema adottato per la valutazione della performance (organizzativa e individuala), sia la correttezza dei processi di misurazione e valutazione del personale dell'Azienda.

LE AREE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Gli obiettivi strategici sono programmati su base triennale, caratterizzati da un elevato grado di rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese dagli stakeholder ed aggiornati annualmente sulla base delle priorità politiche aziendali.

Efficacia esterna: orientamento al paziente, accessibilità, equità, personalizzazione delle cure, comunicazione.

1. Implementazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e fragile attraverso un modello che superi l'attuale frammentazione dei servizi per realizzare un'effettiva integrazione del percorso del paziente. L'arruolamento dei soggetti cronici dovrà avvenire in modo sempre più proattivo, consentendo in occasione di un ricovero o di una visita specialistica di indicare le diverse opzioni tra gli Enti gestori e di fissare direttamente il primo appuntamento previsto nel Piano Assistenziale.
2. Potenziamento dei nuovi strumenti di rete ed evoluzione dal modello organizzativo delle reti di patologia al modello delle reti clinico-assistenziali dove l'accento è posto principalmente sull'integrazione dell'offerta tra l'ospedale ed i servizi territoriali, in particolare:
 - o in ambito materno-infantile, implementazione della gestione della gravidanza fisiologica e dell'assistenza al domicilio delle puerpere (home visiting) da parte del personale ostetrico dei consultori familiari;
 - o in ambito cronicità e fragilità, avvio sperimentale dell'infermiere di famiglia e di comunità per le persone anziane (over 75enni) e con malattie croniche. E' prevista la collocazione presso i PreSST ed è garantito il collegamento privilegiato con le degenze di comunità e con i MMG;
 - o nell'ambito degli interventi a sostegno dei pazienti affetti da demenza, promozione ed incremento delle attività di collaborazione con associazioni di volontariato ed istituzioni locali

per favorire le attività di Alzheimer caffè, sportelli d'ascolto e gruppi di mutuo-aiuto.

3. Consolidamento della Breast Unit Interaziendale, l'obiettivo finale è di garantire a tutte le pazienti affette da tumore della mammella una medicina personalizzata che tenga conto da un lato delle caratteristiche biologiche del tumore, e dall'altro, dei bisogni della singola paziente, per ottenere come outcome la migliore sopravvivenza e qualità di vita dell'individuo. La definizione del PDTA condiviso tra ASST Rhodense e Clinica San Carlo struttura la gestione del tumore della mammella nelle due strutture, secondo una logica Hub-Spoke, salvaguardando le peculiarità di ciascuna Azienda.
4. Adozione di un unico sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi d'attesa, con particolare attenzione all'ambito delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, rafforzando l'accessibilità ai servizi e rendendo questi ultimi sempre più rispondenti alle reali esigenze delle persone (governo della domanda).
5. Promozione dell'appropriatezza prescrittiva, al fine di garantire l'equità di accesso ai servizi ospedalieri, ivi compresi i ricoveri programmati, e territoriali.
6. Riorganizzazione dei servizi per far fronte all'ampliamento delle classi di età di screening colon retto e mammella, creando un percorso di integrazione dell'offerta di prevenzione nella filiera diagnostico – terapeutico – assistenziale.

Efficienza organizzativa: gestione della qualità delle cure, reingegnerizzazione dei processi e programmazione sanitaria, formazione del personale

1. Potenziamento della capacità di analisi e di previsione dell'afflusso dei pazienti utilizzando le serie storiche di dati del PS in modo da attivare le azioni necessarie nei casi di afflusso superiore all'ordinario o in situazioni di sovraffollamento.

2. Reingegnerizzazione del processo delle dimissioni protette. L'individuazione precoce e condivisa della tipologia di servizio da attivare alle dimissioni assicura al paziente una gestione ottimale del post-acuto: percorso appropriato e personalizzato, dimissione in tempi congrui, rientro al domicilio in condizioni di sicurezza. Il percorso viene ottimizzato grazie al coinvolgimento degli Enti locali per gli ambiti di competenza.
3. Valutazioni di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario tramite gli indicatori del Piano Nazionale Esiti per indirizzare gli audit clinici e migliorare gli outcome.
4. Implementazione della Telemedicina a supporto del paziente, come una diversa modalità di erogazione di prestazioni sanitarie effettuate in remoto. L'Azienda partecipa, in collaborazione con l'Università Carlo Cattaneo - LIUC, alla realizzazione del Progetto di teleriabilitazione SIDERA^{AB}, volto a progettare, sviluppare e validare una piattaforma per la continuità di cura al domicilio, supportata da tecnologie innovative per pazienti con patologie croniche di particolare rilevanza per il SSN/SSR, quali bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), Malattia di Parkinson e scompenso cardiaco cronico (CHF).
5. Prosecuzione del Progetto DAMA - Disabled Advanced Medical Assistance, percorso di accesso privilegiato all'assistenza e alla fruizione di percorsi diagnostici e terapeutici aziendali per pazienti affetti da grave disabilità intellettiva e motoria. Il DAMA è la regia che permette di adattare la risposta medica alle esigenze peculiari delle persone disabili. Il percorso prevede:
 - o informativa sui servizi dedicati ai bisogni speciali in grado di rispondere al primo contatto del cittadino;
 - o accoglienza, ascolto delle problematiche (sportello);
 - o compilazione cartella ambulatoriale per inquadramento anagrafico-clinico del paziente;

- o valutazione clinica in equipe multidisciplinare per definire iter diagnostico;
 - o colloquio con la famiglia;
 - o affiancamento di un case manager.
6. Alla stesura delle Linee Guida, finalizzate a fornire precise indicazioni operative a tutti i soggetti territoriali coinvolti nel soccorso alle vittime di violenza, è stato avviato la rete territoriale antiviolenza allo scopo di dare piena continuità di presa in carico fra i molteplici Enti preposti al soccorso e alla tutela delle donne e dei figli minori.
7. Valorizzazione delle risorse umane come patrimonio culturale e professionale attraverso la formazione su ambiti specifici, stabiliti annualmente sulla base degli indirizzi regionali e delle esigenze interne.

Economicità: impiego delle risorse e dei fattori produttivi

8. Monitoraggio dell'andamento della produzione rispetto al budget assegnato annualmente da ATS ed eventuale richiesta di rimodulazione.
9. Controllo dei consumi e coerenza con i decreti di assegnazione.
10. Verifica dei rapporti economici tra le voci di bilancio con l'obiettivo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse assegnate.

Progettualità specifiche

TIA Center: Gli ictus che sono stati preceduti da TIA rispetto a quelli non preceduti da tale disturbo, risultano fatali o invalidanti nell'85% dei casi. La loro pronta identificazione, l'inquadramento diagnostico terapeutico può consentire pertanto di evitare l'evento cerebrovascolare ischemico completo e le sue importanti conseguenze dal punto di vista personale (invalidità) e sociale (carico assistenziale).

Anche in seguito ad una diagnosi accurata da parte del MMG i pazienti con TIA sono talora riluttanti ad accedere alle cure ospedaliere, poiché il disturbo spesso ha una durata di pochi minuti, con la completa restitutio ad integrum.

La creazione di un'unità clinica dedicata (percorso TIA dedicato) mira ad ovviare a queste problematiche, rendono più efficace la prevenzione dell'evento ictus e fornendo al paziente ed al medico curante gli strumenti ed un percorso dedicato rapido per l'inquadramento diagnostico e l'impostazione terapeutica nell'ottica di diagnosi precoce, riducendo la necessità di ricovero in Stroke Unit.

Presa in carico del paziente mieloleso: Il modello di presa in carico è strutturato sulla predisposizione di un piano assistenziale personalizzato, organizzato allo scopo di rispondere alla totalità dei bisogni riabilitativi (cicli di trattamento riabilitativo, revisione di ausili, follow-up clinico-strumentali), sanitari specialistici e sociali (invalidità civile, sostegno alla famiglia), in regime ambulatoriale semplice e complesso (MAC) e in regime di ricovero.

I tratti peculiari del percorso sono:

- l'individuazione un professionista di riferimento, clinical manager ;
- l'integrazione tra le varie fasi del percorso di cura secondo il modello della "rete integrata" dei servizi: assistenza sanitaria, sociosanitaria, sociale territoriale;
- l'identificazione di posti dedicati nelle agende delle prestazioni ambulatoriali;
- l'assegnazione di un numero telefonico dedicato per la prenotazione delle visite;
- l'addestramento del personale infermieristico per la gestione di pazienti mileolesi ricoverati nei reparti per acuti.

Percorso emodialisi domiciliare: Il continuo incremento di pazienti che necessitano del trattamento in emodialisi impone la necessità di trovare soluzioni innovative. Al momento, solo lo 0,4% dei pazienti aderisce all'erogazione della terapia emodialitica in regime domiciliare, benché le condizioni cliniche ne permetterebbero la terapia nella propria casa.



Con l'avvio del progetto, ASST Rhodense vuole allargare la possibilità di scelta del paziente che, su base totalmente volontaria, potrebbe effettuare la terapia dialitica al domicilio con garanzia di un professionista al suo fianco.

IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE

La legge n. 190/2012 prevede che "l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione" (art. 1, co. 8, come novellato dal d.lgs. n. 97/2016).

L'art. 44 d.lgs. n. 33/2013, inoltre, prevede che "l'Organismo Indipendente di Valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori".

Pertanto, come già evidenziato nella determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e ribadito nella delibera ANAC n. 831 del 03 agosto 2016, esiste uno stretto legame funzionale tra Piano della Performance e Piano triennale di prevenzione della corruzione.

Il Piano delle Performance è un documento programmatico triennale in cui sono esplicitati gli obiettivi aziendali, gli indicatori e i valori attesi, riferiti ai diversi ambiti di intervento e alle articolazioni aziendali interessate; il Piano costituisce il riferimento per la definizione, l'attuazione e la misurazione degli obiettivi e per la rendicontazione dei risultati aziendali.

Come previsto dall'ANAC, particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPC e Piano della Performance sotto due profili:

- le politiche sulla Performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- le misure della prevenzione della corruzione devono essere tradotte sempre in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

L'ASST Rhodense assicura un'integrazione tra i due strumenti traducendo le misure di prevenzione contenute nel PTPC aziendale in veri e propri obiettivi da inserire nel Piano delle Performance.

Conseguentemente il Piano delle Performance sviluppa quindi annualmente le schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione incluse nel PTPC aziendale, declinandole in obiettivi di performance organizzativa e individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva.

IL COLLEGAMENTO CON I PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' DEL BILANCIO

Le Regioni avviano il Percorso attuativo della certificabilità (PAC) finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie.

Il DM PAC rappresenta dunque il completamento di un percorso normativo a cui la Nostra Azienda deve allinearsi. Un percorso in progress dove la qualità del dato di bilancio dipende dalla rigorosa applicazione di principi e corrette procedure amministrativo-contabili. Le procedure sono l'insieme dei passaggi e dei controlli che fanno parte di un determinato processo; sono trasversali in quanto riguardano tutte le operazioni connesse al processo produttivo aziendale e tutto il personale che viene coinvolto a vario titolo (compiti, responsabilità, controllo).

Al 31.12.2019 il Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci è stato ultimato per tutti gli step previsti:

- A) Area requisiti generali
- B) GSA
- C) Consolidato regionale
- D) Area Immobilizzazioni
- E) Area Rimanenze
- F) Area Crediti e Ricavi
- G) Area Disponibilità Liquide
- H) Patrimonio Netto
- I) Area debiti e Costi

IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE (PrIMO)

Per quanto infine riguarda, nello specifico, Obiettivi e Performance, il tutto si deve inoltre inquadrare nel percorso tracciato dalla DGR n° X/3652 del 5/6/2015, richiamata al punto 5.4 delle Regole 2019 con la quale la Regione sancisce e dettaglia il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione quale **piattaforma** all'interno della quale si inserisce il Piano di Miglioramento nella sua funzione sia di Riesame annuale che di **integratore** di tutti gli ulteriori Piani aziendali, il sistema di Autovalutazione mediante check list, il cruscotto degli indicatori di monitoraggio ed il piano di Audit interni.

Questo complesso ed articolato sistema - dotato di una interfaccia aziendale e di un interfaccia a livello del governo regionale che, integrando tutti i flussi amministrativi e sanitari oggetto di analisi, rappresenta una garanzia di semplificazione e di univocità dei dati, costituirà la base di una migliore definizione, analisi e valutazione delle performance sia in un'ottica di benchmarking sia in un'ottica di miglioramento continuo.

Regione Lombardia con DGR n. X/7543 del 18.12.2017 ha sviluppati specifici percorsi integrando il programma con le seguenti Aree:

- ✓ Area Valutazione
- ✓ Area Performance
- ✓ Area Audit
- ✓ Area Monitoraggio interno
- ✓ Area Obiettivi
- ✓ Area PIMO

IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DI INTERNAL AUDIT

La funzione di Internal Audit (IA) è trasversale ed affine con quella dell'Anticorruzione, dell'Area Legale, della Qualità e Risk management, del Controllo di Gestione, con i quali opera in sinergia senza che vi sia commistione nella programmazione delle attività riportate ai diversi ruoli.

In Azienda la funzione di IA è ricoperta dal Responsabile del Controllo di Gestione coadiuvato dal Gruppo di Lavoro composto dal referente aziendale della Qualità e dal responsabile aziendale dell'Anticorruzione e Trasparenza; è previsto che il gruppo venga integrato di volta con le diverse figure in relazione agli argomenti trattati.

Principale obiettivo del IA è quello di migliorare, in efficienza ed efficacia, l'attività di controllo.

La programmazione dell'attività di Internal Audit per l'anno 2020 (trasmissione del Piano di IA in Regione Lombardia entro febbraio 2020) verterà sulle aree di maggior rischio di corruzione segnalate dal responsabile aziendale dell'Anticorruzione /Trasparenza.

La trasmissione della pianificazione annuale dell'attività di audit e delle relazioni di monitoraggio dovrà essere effettuata sia alla Struttura Audit, sia alla Direzione Generale Welfare, utilizzando l'apposita area della piattaforma informatica PRIMO, la cui area riservata fungerà altresì da piattaforma tecnologica per la condivisione di materiali ed esperienze tra i Responsabili IA della Rete.

IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO TRIENNALE DI AZIONI POSITIVE

La Direttiva 2/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" alla sezione 3.2 - Piani triennali di azioni positive - prevede che " La promozione della parità e delle pari opportunità nella pubblica amministrazione necessita di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione, strumenti ormai indispensabili per rendere l'azione amministrativa più efficiente e più efficace.

Al riguardo, il d.lgs. n. 198 del 2006 recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna", all'articolo 48, intitolato "Azioni positive nelle pubbliche amministrazioni" stabilisce che le amministrazioni pubbliche predispongano Piani triennali di azioni positive tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono

la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro. La medesima disposizione introduce, quale sanzione per il caso di mancata adozione del suddetto Piano triennale, il divieto di assumere da parte dell'Amministrazione nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette.

I Comitati unici di garanzia devono, quindi, presentare, entro il 30 marzo, agli organi di indirizzo politico-amministrativo una relazione sulla situazione del personale dell'ente di appartenenza riferita all'anno precedente, contenente una apposita sezione sulla attuazione del suddetto Piano triennale e, ove non adottato, una segnalazione dell'inadempienza dell'amministrazione. Tale relazione, che a decorrere dall'entrata in vigore della presente direttiva deve essere trasmessa anche all'Organismo indipendente di Valutazione (OIV), rileva ai fini della valutazione della performance organizzativa complessiva dell'amministrazione e della valutazione della performance individuale del dirigente responsabile.

In ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della performance.

Al fine di dare attuazione alla Direttiva 2/2019, il CUG dell'ASST Rhodense ha proposto il Piano Triennale di Azioni Positive (PAP) 2020/2022, parte integrante e sostanziale del Piano Triennale delle Performance. Il PAP vuole porsi come strumento concreto di attuazione di specifiche azioni orientate alla promozione del benessere dei lavoratori e di contrasto alle discriminazioni, oltre ad aumentare la conoscenza delle tematiche e dei compiti che la norma attribuisce al CUG.

MATRICE DEGLI OBIETTIVI PER IL TRIENNIO 2020-2022

In sintesi si espongono di seguito le macro aree di obiettivi con relativi indicatori:

INDICATORI DI EFFICACIA ESTERNA

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
Efficacia esterna - Accessibilità e prevenzione Ampliamento delle classi di età di screening colon retto e mammella	1. Effettuazione dello screening mammografico secondo i criteri e gli standard fissati da RL	1. Ampliamento dell'offerta necessaria per l'effettuazione dello screening mammografico e garanzia dei tempi di attesa tra gli esami di I e II livello	1. Volume erogato pari al volume richiesto da ATS (100%)	Anno 2020-2022
	2. Effettuazione dello screening colon-retto secondo i criteri e gli standard fissati da RL	2. Ampliamento dell'offerta necessaria per l'effettuazione dello screening colon-retto e garanzia dei tempi di attesa tra gli esami di I e II livello	2. Rispetto dei tempi di attesa in caso di positività allo screening (< 28 giorni per almeno il 90% dei casi positivi)	Anno 2020-2022

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
Efficacia esterna - Tempi di attesa ed equo accesso alle cure Prestazioni Ambulatoriali Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in classe di priorità U (=urgente differibile), al fine di individuare tempestivamente situazioni critiche ed implementare azioni correttive	Mantenimento e miglioramento del livello di servizio relativo all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali urgenti differibili (classe di priorità U) per i pazienti acuti	Monitoraggio mensile dell'andamento dei tempi di attesa per le prestazioni urgenti differibili (entro 72 ore), finalizzato ad individuare situazioni critiche e ad avviare azioni correttive tempestive	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni urgenti differibili (entro 72 ore) – target 95 % degli accessi	Anno 2020-2022
Efficacia esterna - Tempi di attesa ed equo accesso alle cure Ricoveri Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati, al fine di individuare tempestivamente situazioni critiche ed implementare azioni correttive	Mantenimento e miglioramento del livello di servizio relativo ai ricoveri programmati	Monitoraggio mensile dell'andamento dei tempi di attesa per i ricoveri programmati inseriti nel PNGLA 2020-2022), finalizzato ad individuare situazioni critiche e ad avviare azioni correttive tempestive	1. Mantenimento / miglioramento della % dei ricoveri programmati effettuati entro soglia 2. Costante aggiornamento e monitoraggio dell'appropriata assegnazione delle classi di priorità per i ricoveri programmati,	Anno 2020-2022 Anno 2020-2022

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
			in particolare per le classi più critiche.	
Efficacia esterna – Presa in carico del paziente cronico/fragile (PIC)	Attività di presa in carico dei pazienti cronici	1. Prosecuzione del percorso di presa in carico secondo le indicazioni di RL 2. Definizione delle modalità di arruolamento pro-attivo	1. Indicatori di corretta programmazione ed erogazione: Indice di congruità di programmazione rispetto ai set di riferimento (Soglia 85%); Indice di aderenza terapeutica (Soglia 100%); Indice di aderenza ambulatoriale al PAI (Soglia 60%) 2. Definizione di strumenti e percorsi per l'arruolamento pro-attivo in fase di dimissione	Anno 2020-2022 Per tutti e tre gli indicatori raggiungimento dei valori soglia stabiliti dall'ATS di riferimento per ciascun anno e trend in miglioramento rispetto all'anno precedente Anno 2020-2022
Efficacia esterna – Potenziamento degli strumenti di rete	Implementazione del modello delle reti clinico-assistenziali, con focus	1. Potenziamento dei consultori familiari 2. Presa in carico proattiva delle persone anziane (over 75enni) e	1. Avvio sperimentale dell'Ostetrica di Famiglia e Comunità per la gestione della gravidanza fisiologica	Per entrambi i punti: Anno 2020: Strutturazione della nuova offerta

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
	sull'integrazione ospedale-territorio.	con malattie croniche	e l'assistenza al domicilio delle puerpere (home visiting) 2. Avvio sperimentale prevista dell'Infermiere di famiglia e di comunità	Anno 2021: Valutazione dei risultati del primo anno di sperimentazione e sviluppo dell'approccio di Deming per il miglioramento continuo Anno 2022: Consolidamento dei risultati raggiunti e fine della sperimentazione (o allineamento alle indicazioni regionali specifiche)
Efficacia esterna – Breast Unit	Potenziamento della Breast Unit interaziendale e mantenimento degli standard previsti dal PNE in termini di volumi e di esiti	1. Stesura di un PDTA interaziendale per la gestione della donna affetta da tumore alla mammella 2. Rispetto degli standard previsti dal PNE in termini di volumi e di esiti	1. Approvazione della procedura e condivisione con l'ATS di riferimento 2. Fascia verde per gli indicatori: - Numero di primi interventi per tumore mammario su casi incidenti (pari a 150 con una tolleranza del 10%) - Proporzioni di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un	Anno 2020 Anno 2020-2022

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
			intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella (<8%)	
Efficacia esterna – Accessibilità e presa in carico Semplificare, ottimizzare e facilitare il percorso di cura dei pazienti cronici grazie alla dematerializzazione delle prescrizioni dei farmaci	Implementazione di soluzioni che consentano al cittadino di ricevere il farmaco senza presentare il promemoria che potrà essere invece stampato direttamente in farmacia	1. Prosecuzione della sperimentazione in farmacia senza ricetta attraverso l'App SALUTILE Ricette 2. Ritiro dei farmaci in Farmacia con la Carta Nazionale dei Servizi 3. Ampliamento dei servizi messi a disposizione da parte delle Farmacie a supporto del percorso di presa in carico dei pazienti cronici	1. Utilizzo dell'App SALUTILE Ricette per il ritiro del farmaco 2. Utilizzo della Carta Nazionale dei Servizi per il ritiro del farmaco 3. Ampliamento della gamma di servizi offerti in Farmacia	Anno 2020-2022 Anno 2020-2022 Anno 2021-2022

INDICATORI DI EFFICIENZA ORGANIZZATIVA

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
Efficienza organizzativa – Valutazione delle performance Aggiornamento del ciclo di programmazione e declinazione degli obiettivi strategici aziendali	Implementazione del Percorso di Budget e costituzione di un Comitato Tecnico di Budget	1. Implementazione del percorso di budget per il triennio 2020-2022 2. Implementazione del Regolamento di budget per l'anno 2020	1. Approvazione del Percorso di budget 2. Approvazione del Regolamento di budget 3. Aggiornamento del percorso di budget entro le risorse definite per ciascun anno da RL	Anno 2020 Anno 2020 Anno 2020-2022

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
Efficienza organizzativa – Valutazione delle performance Predisposizione ed implementazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) per il triennio 2020-2022	Realizzazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) per il triennio 2020-2022	Applicazione ed eventuale aggiornamento	Cronoprogramma inserito nel Piano	Anno 2020-2022
Efficienza organizzativa – Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso Contribuire ad affrontare con maggiore efficacia le situazioni di criticità determinate dall'iperafflusso dei pazienti nei Pronto	Definizione di una modalità organizzativo-gestionale flessibile per affrontare efficacemente le situazioni di criticità determinate dal sovraffollamento legato all'iperafflusso dei pazienti nei Pronto Soccorso	1. Stesura di un piano che, per step di implementazione successivi, permetta di fare fronte alla situazione di criticità con soluzioni organizzative logistiche e di risorse umane, straordinarie 2. Valutazione indicatori ed aggiornamento del Piano di gestione del sovraffollamento del PS	1. Invio del PGS all'ATS di riferimento secondo le indicazioni fornite per ciascun anno da specifica DGR 2. Valutazione indicatori anno precedente (medesimo periodo), nell'ottica del miglioramento continuo aggiornamento del Piano di gestione del sovraffollamento del PS	Anno 2020 Anno 2020-2022

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
Soccorso				
Efficacia organizzativa – Formazione specifica: Appropriately prescrittiva nell'uso degli antibiotici	Attività di formazione ed informazione verso i Medici Specialisti ospedalieri per il corretto utilizzo degli antibiotici	1. Attività formative 2. Attività di audit 3. Riduzione dei consumi per la classe ATC J01	1. Organizzazione di attività formative specifiche per macroaree; 2. % audit effettuati / audit programmati (target 100%); 3. Riduzione/mantenimento rispetto all'anno precedente dei consumi per la classe ATC J01 (antibatterici per uso sistemico) in DDD/100 giornate di degenza	Anno 2020-2022 Anno 2020-2022 Anno 2020-2022
Efficacia organizzativa – Qualità delle cure erogate Individuare le aree di potenziale miglioramento, indirizzando gli audit clinici	Diffusione della conoscenza del Portale di Governo Regionale e degli indicatori ivi contenuti come strumento per indirizzare percorsi di audit clinico e reingegnerizzazione dei processi	Analisi periodica degli indicatori del PNE e del Network delle Regioni con le funzioni aziendali interessate (Gestione Operativa, Risk Management, Qualità, Controllo di Gestione), il Collegio di Direzione e le UU.OO. interessate per individuare azioni correttive/migliorative	1. Pubblicazione dei risultati sull'Intranet Aziendale; 2. % analisi collegiali effettuate / analisi programmate (100%; cadenza mensile); 3. % audit effettuati / audit programmati (100%; solo su cartelle/ambiti critici); 4. Implementazione di soluzioni migliorative (es. revisioni procedure)	Anno 2020-2022 Anno 2020-2022 Anno 2020-2022 Anno 2020-2022

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
Efficacia organizzativa – Dimissioni protette Semplificare, ottimizzare e facilitare il percorso di cura dei pazienti cronici grazie alla dematerializzazione delle prescrizioni dei farmaci	Fornire un miglior servizio all'utente che sin dalla fase di ricovero intraprende un percorso in grado di assicurare la continuità tra presa in carico sanitaria, sociosanitaria e sociale	1. Completezza della documentazione necessaria al passaggio in cura ospedale/territorio (scala di Brass, valutazione assistente sociale e lettera di dimissione infermieristica)	1. Presenza della documentazione nel 50 % delle dimissioni protette su campionamento secondo le indicazioni del PriMO	Anno 2020-2022

INDICATORI DI ECONOMICITA'

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
Economicità	Percorso di Certificabilità dei Bilanci	Monitoraggio e corretta rendicontazione secondo le procedure approvate	Indicatori e cronoprogramma inseriti nelle procedure	Anno 2020-2022
Economicità	Rispetto delle fonti di finanziamento per gli investimenti	Definizione del piano investimenti 2020-2022 con evidenza delle fonti di finanziamento e delle eventuali integrazioni a fronte di specifiche DGR	1. investimenti previsti nel piano investimenti / investimenti finanziati (target 100%) 2. valore investimenti previsti / valore stanziato DGR (target 100%)	1. Con adozione del Bilancio di Previsione 2. Secondo le tempistiche previste da DGR
Economicità	Rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori (30-60 gg.)	Miglioramento dei tempi di pagamento verso fornitori rispetto allo storico	Indice di tempestività dei pagamenti	Anno 2020-2022

AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Si richiama quanto già esplicitato in merito alla revisione dinamica del presente Documento in funzione della riorganizzazione della nuova Azienda costituita, dell'assegnazione degli obiettivi regionali con la puntuale definizione dei responsabili, dei soggetti coinvolti e degli strumenti adottati.

Garbagnate Milanese, 30 gennaio 2020