

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Rhodense

Direzione Generale



RELAZIONE AL PIANO DELLA PERFORMANCE Anno 2019

ASST RHODENSE

<i>Introduzione al Piano della Performance – riferimenti normativi</i>	<i>3</i>
<i>Relazione al Piano della Performance – anno 2019</i>	<i>4</i>
<i>Istituzione, inquadramento territoriale e quadro epidemiologico.....</i>	<i>5</i>
<i>Denominazione e costituzione dell’Azienda</i>	<i>5</i>
<i>La mission e i valori di riferimento.....</i>	<i>7</i>
<i>Linee di programmazione.....</i>	<i>8</i>
<i>Risultati raggiunti nell’anno 2019</i>	<i>8</i>
<i>Matrice degli obiettivi per l’anno 2019</i>	<i>9</i>
<i>Performance economico finanziaria anno 2019</i>	<i>24</i>
<i>L’organico 2019 dell’ASST Rhodense</i>	<i>26</i>
<i>Sistema di Valutazione del personale.....</i>	<i>27</i>
<i>Codice di Comportamento</i>	<i>27</i>
<i>Sistema dei controlli interni.....</i>	<i>28</i>
<i>Il collegamento con il Piano triennale Prevenzione Corruzione.....</i>	<i>29</i>
<i>Il collegamento con i Percorsi Attuativi della Certificabilita’ del bilancio</i>	<i>31</i>
<i>Il collegamento con il Piano annuale Risk Management</i>	<i>32</i>
<i>Il collegamento con il Piano di Internal Audit</i>	<i>36</i>
<i>Il collegamento con il Piano di Formazione</i>	<i>38</i>
<i>Conclusioni</i>	<i>38</i>
<i>Pubblicità</i>	<i>38</i>

Introduzione al Piano della Performance – riferimenti normativi

La presenza, all'interno delle Aziende Sanitarie, del documento: "Piano della Performance" trova la sua ragion d'essere nelle disposizioni normative nazionali e regionali di seguito indicate.

- Il D.Lgs. n. 150/2009 – così detto Decreto Brunetta - prevede, all'art. 10, comma 1, lett. a), che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente "un documento programmatico triennale denominato Piano della Performance, da adottare in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori"; alla lett. b) si prevede, inoltre, un successivo documento, denominato "Relazione sulla Performance" che "rileva, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, ed il bilancio di genere realizzato".
- La Giunta Regionale, con DGR IX/2633 del 6 dicembre 2011, ad oggetto: "Regole di funzionamento del Sistema Sanitario e Socio Sanitario Regionale" precisa che le Aziende Sanitarie pubbliche devono adottare i Piani delle Performance sulla base di linee guida elaborate dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) regionale;
- A seguito di tale indicazione, l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance, costituito, ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs 150/2009, come organismo unitario in sede regionale, ha attivato un percorso, per il tramite dei Nuclei di Valutazione delle Prestazioni delle Aziende, volto alla predisposizione, nell'ambito di ciascuna amministrazione, di un Piano della Performance coerente con linee guida definite da Regione Lombardia.

Relazione al Piano della Performance – anno 2019

La Relazione al Piano della Performance 2019 vuole rappresentare e mostrare in modo chiaro e semplice a tutti i cittadini e a tutti gli stakeholders una sintesi dei risultati organizzativi ed individuali ottenuti nel trascorso anno 2019 per quanto riguarda gli obiettivi strategici, offrendo allo stesso tempo agli stessi, di poter approfondire ed entrare nel merito di quanto esposto nella relazione “navigando” nel sito intranet dell’Azienda, in particolare nella sezione “Amministrazione Trasparente” dove si trova il Piano della Performance.

L’obiettivo primario della Relazione, nonché di tutto il Piano della Performance, è proprio la trasparenza e la comprensibilità dei dati, dei risultati e delle criticità incontrate nel periodo esaminato.

La Relazione è il risultato di un lavoro congiunto della Direzione Strategica e degli Uffici in Staff e Line della stessa, che hanno analizzato gli obiettivi, misurato gli scostamenti, valutato le criticità e soprattutto resa visibile all’esterno la performance dell’Azienda.

Istituzione, inquadramento territoriale e quadro epidemiologico

La Legge Regionale 11 agosto 2015 n. 23: "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" ha definito un modello organizzativo che prevede l'istituzione di nuovi soggetti giuridici; tra questi, l'art. 7 della suddetta legge, prevede la costituzione delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali denominate ASST. Le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attività è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale.

Denominazione e costituzione dell'Azienda

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 ad oggetto: "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge Regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)".

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

Le ASST, come dispone l'Art.7 della L.R. 23/2015, sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, con risorse proprie, nella logica di presa in carico della persona.

Le ASST si articolano rispettivamente in due settori definiti:

- rete territoriale
- polo ospedaliero.

L'ASST – Rhodense eroga i servizi sanitari e socio sanitari attraverso un'articolata rete di presidi ospedalieri, strutture ambulatoriali e distrettuali, un Presidio Ospedaliero Territoriale, destinati a rispondere in prima istanza ai bisogni del territorio afferenti agli ambiti distrettuali di Rho e Garbagnate appartenenti all'ex ASL Milano 1 nonché alle strutture ospedaliere dell'ex A.O. "G.Salvini".



L'organizzazione dei servizi aziendali è strutturata per garantire la centralità del cittadino nel sistema aziendale.

Nel percorso assistenziale è prevista l'interfaccia permanente con l'utenza in grado di garantire costantemente l'informazione completa, accurata e tempestiva. La formazione è la leva fondamentale quale strumento di perseguimento degli obiettivi regionali e aziendali coerentemente allo sviluppo professionale continuo in una logica di rafforzamento ed ammodernamento della cultura organizzativa e di realizzazione di una politica di relazione tesa a sviluppare una partecipazione condivisa sulle attività e sulle decisioni sia ospedaliere sia territoriali.

L'utenza anziana chiede informazioni fruibili, facili, semplici; l'utenza attiva chiede rapidità e approccio multicanale nell'acquisizione delle stesse.

L'Azienda ha necessità di garantire ad entrambe informazioni corrette sull'offerta sanitaria e comunicazioni efficaci sui cambiamenti, quindi risponde con differenziati strumenti, dal computer allo sportello, dal telefono alla mail, dal sito internet all'opuscolo.

A partire dall'anno 2013 e sempre più negli anni seguenti, l'Azienda ha dato pieno adempimento ai disposti normativi in tema di performance, trasparenza e anticorruzione; nel sito internet si può prendere visione nella sezione "Amministrazione Trasparente" di tutti i dati, informazioni e quant'altro, sia previsti dalla norma sia informazioni utili all'utente che vuole "conoscere" la nostra Aziende ed i servizi che offre.

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.

Linee di programmazione

Le Linee di Programmazione che l'Azienda aveva definito per l'anno 2019 possono essere oggetto di presa visione da parte dell'utenza sul sito internet, nel Piano della Performance al seguente link:

<http://www.asst-rhodense.it/inew/AmministrazioneTrasparente/PianoPerformance.html>

Risultati raggiunti nell'anno 2019

Gli obiettivi strategici sono stati programmati su base triennale, focalizzandosi un elevato grado di rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese dagli stakeholder. Gli obiettivi sono aggiornati annualmente sulla base delle priorità dettate dalle strategie aziendali e riguardano le seguenti macro aree:

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

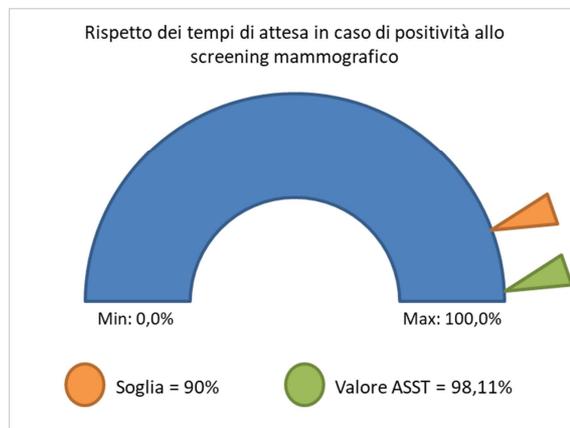
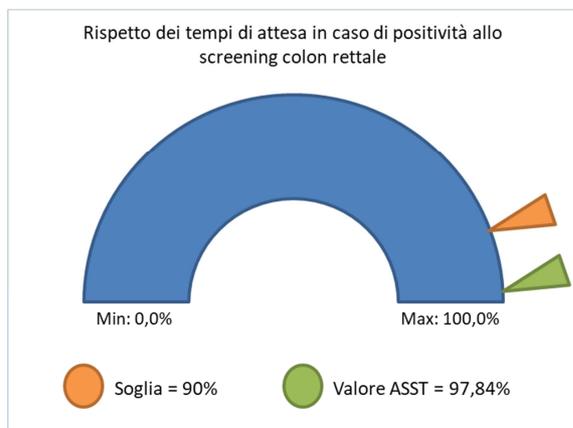
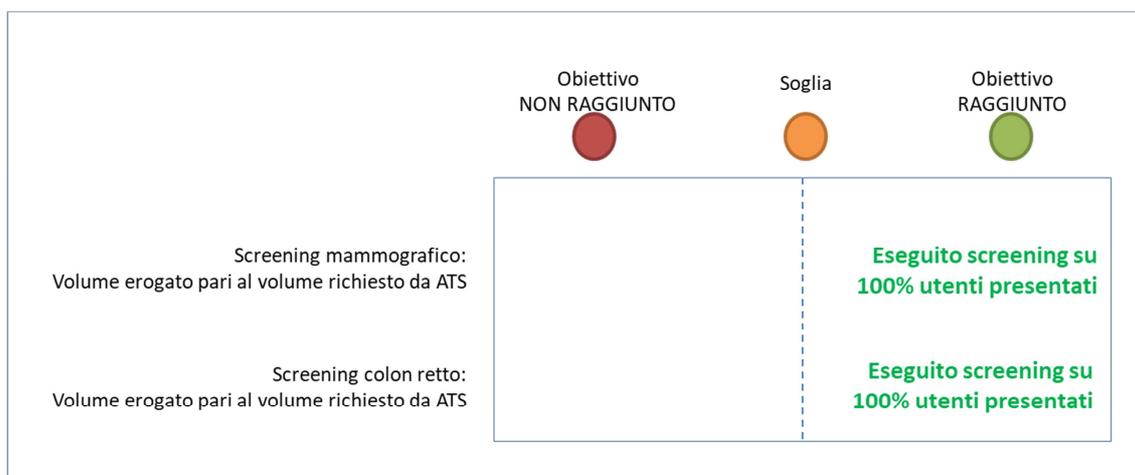
Matrice degli obiettivi per l'anno 2019

In sintesi si espongono di seguito gli obiettivi strategici con relativi indicatori e lo stato di raggiungimento per l'anno 2019.

Indicatori di Efficienza Esterna

OBIETTIVO	Accessibilità e prevenzione
INDICATORE	Ampliamento delle classi di età di screening colon retto e mammella 1) Effettuazione dello screening mammografico e colon retto per i volumi contrattualizzati con ATS; 2) in caso di positività, rispetto del tempo di attesa tra l'esame di primo e secondo livello inferiore a 28 gg per la mammella e inferiore a 30 gg per il colon retto.
TARGET 2019	1) Volume erogato pari al volume richiesto da ATS; 2) rispetto dei tempi di attesa in caso di positività allo screening per almeno il 90% dei casi.

CRUSCOTTO DIREZIONALE



RISULTATO CONSEGUITO

1. Volume erogato pari al volume richiesto da ATS

a) Screening mammografico –

Sono stati eseguiti tutti gli screening mammografici alle persone che si sono presentate presso le Radiologie dell'ASST Rhodense e precisamente:

PRESIDIO	INVITATE	RISPONDENTI
Garbagnate	6.695	3.042
Bollate	4.165	2.226
Rho	12.812	7.339

b) Screening colon retto –

Sono stati eseguiti tutti gli screening colon retto alle persone che si sono presentate presso le strutture di gastroenterologia dell'ASST e precisamente:

PRESIDIO	INVITATE	RISPONDENTI
Garbagnate e Bollate	21.157	6.767
Rho	8.665	3.507

2. Rispetto dei tempi di attesa in caso di positività allo screening per almeno il 90% dei casi

a) Screening mammografico – in linea a Garbagnate, Rho e Bollate per tempi di refertazione;

in linea per il rispetto dei tempi di attesa per gli approfondimenti come da tabella allegata:

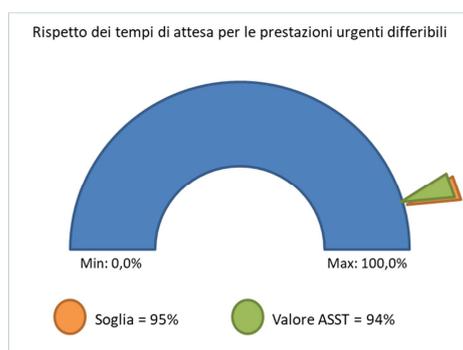
	Totale	≤ 28gg	% ≤28gg	>28gg	%>28gg
GARBAGNATE MIL.SE	319	313	98,12%	6	1,88%
RHO	140	139	99,29%	1	0,71%
BOLLATE	124	120	96,77%	4	3,23%
TOTALE	583	572	98,11%	11	1,89%

b) Screening colon retto - Come da rilevazione della ATS, nell'anno 2019 sono stati rispettati i tempi di attesa tra l'esame del sangue occulto risultato positivo e l'esecuzione dello screening del colon retto, per il 98% a Rho e per il 97% a Garbagnate del numero di richieste.

	Totale	≤30gg	% ≤30gg	> 30gg	% >30gg
RHO	355	350	98%	5	2%
GARBAGNATE MIL.SE	341	331	97%	10	3%
TOTALE	696	681	97,84%	15	

OBIETTIVO	TEMPI DI ATTESA ED EQUO ACCESSO ALLE CURE PRESTAZIONI AMBULATORIALI
INDICATORE	Monitoraggio mensile dell'andamento dei tempi di attesa per le prestazioni urgenti differibili (entro 72 ore).
TARGET 2019	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni urgenti differibili (entro 72 ore) – target 95 % degli accessi.

CRUSCOTTO DIREZIONALE



RISULTATO CONSEGUITO

Nel 2019 sono state erogate il 5,3% in più delle prestazioni in classe di priorità U (urgenti differibili) rispetto al 2018.

Della totalità delle prestazioni erogate il 94% sono state eseguite entro 72 ore. Si evidenziano i seguenti aspetti:

- un numero significativo di prestazioni non sono eseguite nel tempo massimo indicato dalla classe di priorità poiché prevedono una preparazione adeguata e specifica non sempre compatibile con l'urgenza differibile. Pertanto la presa in carico avviene entro il termine previsto ma eseguita nei giorni immediatamente successivi;
- non sono state escluse le prestazioni con data di prenotazione oltre le 48 ore dalla prescrizione.

Di seguito i risultati per singolo Dipartimento:

Dipartimento	Prestazioni erogate	Prestazioni erogate entro soglia	Prestazioni erogate oltre soglia	% Entro soglia
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	2.291	2.178	113	95%
DIPARTIMENTO DI MEDICINA E RIABILITAZIONE	4.113	3.927	186	95%
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	109	104	5	95%
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	143	137	6	96%
DIPARTIMENTO DI MEDICINA DEI SERVIZI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI	4.654	4.268	386	92%
DIPARTIMENTO R.I.C.C.A.	392	383	9	98%
Totale	11.702	10.997	705	94%

OBIETTIVO	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
INDICATORE	Monitoraggio mensile dell'andamento dei tempi di attesa per i ricoveri programmati inseriti nella DGR 1775/2011.
TARGET 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione dell'appropriata assegnazione delle classi di priorità; 2. definizione di un sistema / procedura che uniformi l'attribuzione della classe di priorità per i ricoveri programmati; 3. monitoraggio mensile dell'andamento dei tempi di attesa per i ricoveri programmati inseriti nella DGR 1775/2011.

RISULTATO CONSEGUITO

- 1) Valutazione dell'appropriata assegnazione delle classi di priorità;
- 2) Definizione di un sistema / procedura che uniformi l'attribuzione della classe di priorità per i ricoveri programmati.

Per tutti i ricoveri programmati in linea con il PNGLA 2019-2021 è previsto l'uso sistematico delle Classi di priorità, secondo la tabella sotto riportata:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Per tutte le procedure in regime di ricovero, oggetto di monitoraggio regionale, è stata omogeneizzata l'attribuzione della classe di priorità.

Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

- 3) Monitoraggio mensile dell'andamento dei tempi di attesa per i ricoveri programmati inseriti nella DGR 1775/2011.

I monitoraggi mensili previsti per l'annualità 2019 sono risultati, per la loro totalità, in linea.

Per ogni dettaglio sul Monitoraggio dei Tempi di attesa dei Ricoveri programmati si fa rimando a quanto pubblicato sul Sito aziendale al seguente link:

<http://www.asst-rhodense.it/inew/AmministrazioneTrasparente/ListeAttesa.html>

OBIETTIVO	Accessibilità e prossimità territoriale Ritiro dei referti degli esami di laboratorio in Farmacia
INDICATORE	Implementazione del progetto "Hai fatto un prelievo? Ritira i risultati in Farmacia".
TARGET 2019	Avvio del progetto "Hai fatto un prelievo? Ritira i risultati in Farmacia" presso le quattro Farmacie aderenti.

CRUSCOTTO DIREZIONALE



RISULTATO CONSEGUITO

Nel corso del 2019 sono state collegate 22 farmacie del territorio dell'ASST Rhodense all'applicativo del Laboratorio Analisi per consentire la stampa dei referti degli esami. Considerata la risposta molto positiva da parte delle farmacie e vista la numerosità di cittadini che hanno ritirato i referti in farmacia, il termine del periodo di sperimentazione al quale hanno partecipato 5 farmacie, fissato inizialmente al 20 dicembre 2019 (delibera n.1065/2018), è stato anticipato al 31 luglio 2019. Con deliberazione n.736/2019 del 25 luglio 2019 è stata allargata la partecipazione delle farmacie del territorio che ne faceva richiesta tramite le Associazioni firmatarie dell'accordo.

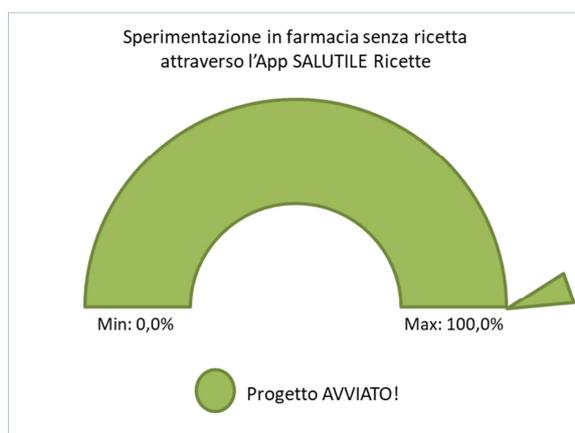
Nel corso del 2019 si sono recati presso le farmacie per ritirare il referto degli esami di laboratorio, 5.758 cittadini rispetto ai 77.960 referti consegnati dai punti di consegna referti dell'ASST. Ad oggi, sono 91 le farmacie che hanno chiesto di aderire e l'ASST ha definito un programma per abilitarle all'attivazione della stampa dei referti con relativa formazione.

Il progetto ha visto coinvolti l'UOC Laboratorio Analisi, l'UOC Sistemi Informativi e l'UOC Marketing dei servizi.



OBIETTIVO	Accessibilità e presa in carico Semplificare, ottimizzare e facilitare il percorso di cura dei pazienti cronici grazie alla dematerializzazione delle prescrizioni dei farmaci
INDICATORE	Implementazione di soluzioni che consentano al cittadino di ricevere il farmaco senza presentare il promemoria che potrà essere invece stampato direttamente in farmacia.
TARGET 2019	Avvio della sperimentazione in farmacia senza ricetta attraverso l'App SALUTILE Ricette

CRUSCOTTO DIREZIONALE



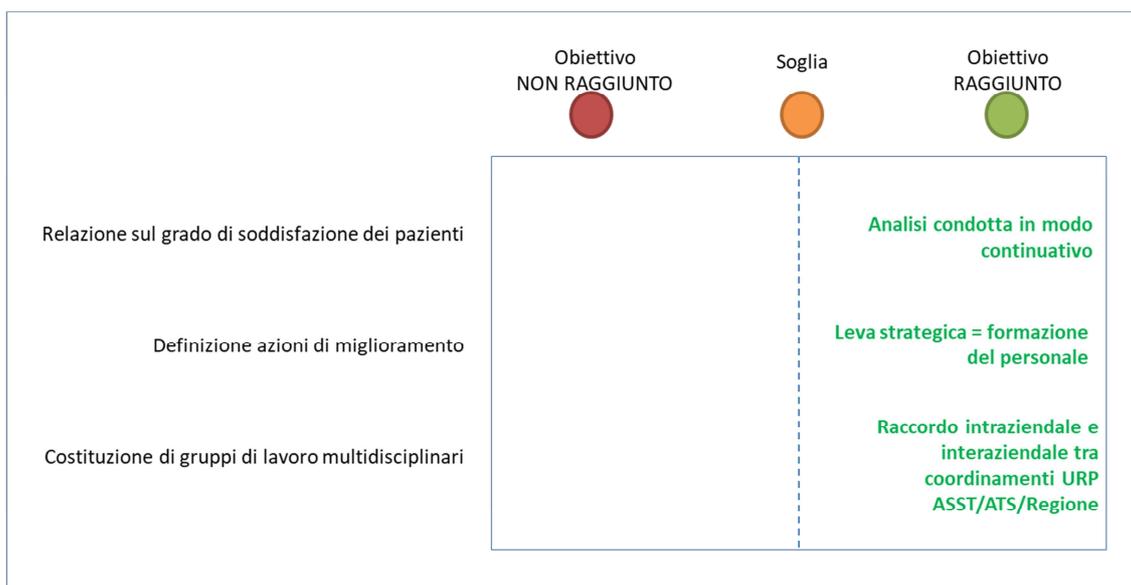
RISULTATO CONSEGUITO

Con Deliberazione n. 576/2018 l'ASST ha stipulato un contratto di collaborazione con Federfarma Lombardia ed Assofarm/Confservizi Lombardia per l'attuazione della sperimentazione relativa all'utilizzo del servizio messo a disposizione da RL e LISPA denominato "SALUTILE Ricette". La sperimentazione ha coinvolto due Cooperative di MMG presenti sul territorio Rhodense: Salute Groane e Medica e l'ASST ha supportato nella fase di sperimentazione i MMG delle due cooperative per scaricare "l'App Salutare ricette" ad alcuni loro pazienti cronici in modo che potessero ritirare i farmaci senza avere il promemoria.

Ciò ha consentito ai pazienti cronici che avevano scaricato l'APP, di poter ritirare i farmaci con ricette ripetute senza dover tornare dal medico a ritirare il promemoria.

OBIETTIVO	Customer Satisfaction Utilizzo dei risultati dei questionari di gradimento nell'ambito del sistema qualità aziendale
INDICATORE	Relazione sul grado di soddisfazione dei pazienti, definizione azioni di miglioramento e costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari.
TARGET 2019	Analisi dei risultati Customer Satisfaction 2018 ed azioni di miglioramento effettuate: relazione 2019

CRUSCOTTO DIREZIONALE



RISULTATO CONSEGUITO

Con riferimento alla rilevazione dei dati di Customer relativi all'anno 2019, si comunica che il flusso è stato caricato su SMAF e validato da Regione Lombardia.

L'indagine di customer è stata condotta nel corso di tutto l'anno e non più solo in due periodi di osservazione, proprio al fine di ottenere un dato più completo, complementare e strategico per la formulazione di azioni di miglioramento, in piena corrispondenza e continuità con le segnalazioni pervenute all'URP.

Il flusso relativo alle segnalazioni, trasmesso in ATS nel mese di febbraio 2020, è stato infatti elaborato facendo un'analisi del grado di raggiungimento delle azioni di miglioramento messe in campo per l'anno precedente e verificando quali potessero essere le azioni di miglioramento da riproporre o proporre ex novo nell'anno 2020, al fine di attuare un raccordo intraaziendale e interaziendale, che si attua già quotidianamente, nei confronti tra coordinamenti URP ASST/ATS/Regione.

Dall'analisi dei dati delle azioni di miglioramento è emerso che tutte le azioni proposte per il 2019 sono state pienamente (cod valutazione 1) o parzialmente (cod valutazione 2) raggiunte.

Una leva strategica come azione di miglioramento è stata sicuramente la formazione del personale, che è stata attuata nella versione classica, mediante corsi in aula, ma anche attraverso lo scambio di buone prassi tra colleghi.

Anche per tale ragione si sono proposte per l'anno 2020 le seguenti attività di miglioramento:

- miglioramento della relazione fra pazienti e operatori sanitari (area comparto);
- miglioramento dell'accessibilità ai servizi;
- miglioramento dell'orientamento dell'utenza;
- migliorare la qualità percepita del servizio reso all'utenza.

A completamento del riscontro, si informa che al link http://intranet.salvini.it/mkt-urp_new/urp.html è disponibile la relazione dell'ascolto dell'utente 2019, che ha analizzato i dati dell'anno 2018 e che è stata anche oggetto di una tesi di laurea in infermieristica sul sistema della qualità.

INDICATORI DI EFFICACIA ORGANIZZATIVA

OBIETTIVO	Dimissioni protette Semplificare, ottimizzare e facilitare il percorso di cura dei pazienti cronici grazie alla dematerializzazione delle prescrizioni dei farmaci
INDICATORE	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
TARGET 2019	Completezza della documentazione necessaria al passaggio in cura ospedale/territorio (scala di Brass, valutazione assistente sociale e lettera di dimissione infermieristica)

RISULTATO CONSEGUITO

Il Protocollo di Pianificazione della Dimissione Ospedaliera formalizza due nuove figure:

- il case manager ospedaliero;
- il case manager territoriale.

Il case manager ospedaliero in particolare è l'infermiere che si occupa del percorso di dimissione non ordinaria del paziente. Ha la responsabilità di attivare e coordinare tutti gli operatori ospedalieri e territoriali che, insieme alla famiglia, partecipano ad assicurare continuità al percorso di dimissione, a medio ed alto rischio.

Il case manager ospedaliero ogni giorno si reca nelle UUOO di area medica, chirurgica, riabilitativa e sub acuta, verifica l'appropriatezza della compilazione della scheda di Brass ed interviene per:

- 1) apportare le eventuali integrazioni laddove risulti incompleta;
- 2) suddividere le schede in base al livello di rischio rilevato (medio/alto);
- 3) informare il medico di reparto, responsabile del paziente, della condizione rilevata con la Scala di Brass.

Infine, il case manager ospedaliero attiva i servizi territorialmente competenti.

Questa figura garantisce la completezza della documentazione necessaria al passaggio in cura ospedale/territorio.

OBIETTIVO	Qualità delle cure erogate Individuare le aree di potenziale miglioramento, indirizzando gli audit clinici
INDICATORE	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
TARGET 2019	1) Pubblicazione dei risultati sull'Intranet Aziendale; 2) % analisi collegiali effettuate / analisi programmate; 3) % audit effettuati / audit programmati (100%; solo su cartelle/ambiti critici); 4) implementazione di soluzioni migliorative (es. revisioni procedure)

RISULTATO CONSEGUITO

1. Pubblicazione dei risultati sull'Intranet Aziendale:

E' stato istituito un sistema di monitoraggio degli indicatori utilizzando le informazioni presenti nel Portale di Governo Regionale ed elaborazioni interne sui flussi oggetto di debito informativo.

Al fine di dare massima diffusione all'interno dell'Azienda degli ambiti oggetto del Piano di Miglioramento delle Performance:

- sono stati redatti report ad hoc aggiornati mensilmente. I report sono stati resi disponibili sul sito intranet aziendale e presentati ai periodi Comitati di Dipartimento;
- sono stati realizzati incontri con i dipartimenti, con la partecipazione delle DDMPP, della UOC Dati Sanitari e Programmazione e della UOS Gestione Operativa, in modo da implementare le eventuali azioni correttive.

2. % analisi collegiali effettuate / analisi programmate:

Sono stati effettuati il 100% delle analisi collegiali programmate.

Nello specifico sono stati indagati i seguenti ambiti.

- Interventi chirurgici nell'ambito della breast unit;
- Dati PNE e network nell'ambito del dipartimento chirurgico;
- Ricoveri > 1 giorno per tonsillectomia.

3. % audit effettuati / audit programmati (100%; solo su cartelle/ambiti critici)

Sono stati effettuati il 100% degli audit programmati nell'Addendum Contrattuale e nel Piano di Miglioramento delle Performance condiviso con l'ATS Città Metropolitana per l'anno 2019. In particolare gli ambiti di indagine sono stati:

- performance di ricovero:
 - degenze medie delle UU.OO. di area medica (Oncologia e Medicina ad indirizzo geriatrico);
 - degenze oltre 30 giorni delle UU.OO. di area chirurgica.
- Area cardiologica:
 - gestione del paziente con scompenso cardiaco.
- Ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia.
- Percentuale di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche.

4. Implementazione di soluzioni migliorative (es. revisioni procedure)

- Procedura per il trasferimento dei pazienti verso le UU.OO. Riabilitative e le CSA (Bollate)

È stata aggiornata la procedura per il trasferimento dei pazienti ricoverati nelle UU.OO. per acuti delle strutture aziendali verso i reparti riabilitativi e di cure subacute. Tale revisione si è resa necessaria alla luce di: 1. riorganizzazione dei posti letto riabilitativi dell'Azienda che ha modificato il dimensionamento delle riabilitazioni estensiva, intensiva e specialistica; 2. apertura del nuovo reparto di Cure Subacute presso il POT di Bollate, per cui è stato necessario strutturare un'adeguata funzione di filtro per qualificare/diversificare i percorsi rispetto ad analogo reparto del P.O. Passirana.

- Percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale di pazienti con IMA con sopralivellamento del tratto ST

A seguito delle evidenze emerse è stato aggiornato il percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale per il trasferimento in urgenza di pazienti con IMA verso il Servizio di Emodinamica di Rho.

- Percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale per la gestione della donna con tumore della mammella

Nel corso dell'anno 2019 è stato attivato un gruppo di lavoro per l'aggiornamento del PDTA di riferimento per le donne affette da tumore della mammella.

L'orientamento del gruppo è stato di considerare l'approccio multidisciplinare come cardine imprescindibile del percorso di cura di queste pazienti. Il valore aggiunto di questo PDTA è l'aver considerato ogni fase di malattia, dalla diagnosi al follow-up o alle cure palliative/hospice, nell'ottica di favorire coordinamento e condivisione tra servizi/unità operative ospedaliere e territoriali coinvolte nel PDTA.

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.

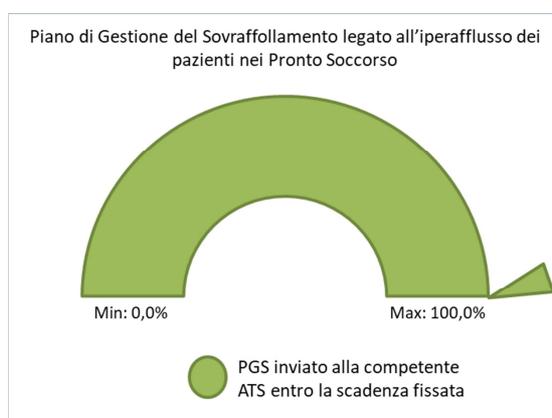
In particolare l'attenzione è stata posta su:

- modalità e caratteristiche della comunicazione della diagnosi e del programma terapeutico, in particolare è stata strutturata la visita multidisciplinare;
- modalità di accesso alla terapia chirurgica e le tempistiche, in particolare è stata effettuata una verifica dei percorsi rispetto al minor accesso della donna alla chirurgia ricostruttiva rispetto alla media di ATS (anno 2018).

È stato inoltre implementato il percorso condiviso tra ASST Rhodense e Clinica San Carlo per la gestione del tumore della mammella nelle due strutture, secondo una logica Hub-Spoke, salvaguardando le peculiarità di ciascuna Azienda.

OBIETTIVO	Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso Contribuire ad affrontare con maggiore efficacia le situazioni di criticità determinate dall'iperafflusso dei pazienti nei Pronto Soccorso
INDICATORE	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
TARGET 2019	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

CRUSCOTTO DIREZIONALE



RISULTATO CONSEGUITO

Per affrontare efficacemente le situazioni di criticità determinate dal sovraffollamento legato all'iperafflusso dei pazienti nei Pronto Soccorso, la Nostra ASST ha sperimentato modalità organizzativo-gestionali flessibili con la possibilità di un temporaneo ampliamento del contingente di posti letto a disposizione con l'obiettivo di:

- ridurre i tempi di permanenza dell'utenza in attesa di ricovero;
- evitare che il personale dedicato all'emergenza-urgenza svolga un'attività assistenziale aggiuntiva e non specifica, che comporta un importante sovraccarico lavorativo;
- evitare che, a cascata, si producano ritardi nell'accoglienza e nella gestione dei nuovi arrivi in PS.

L'Azienda all'interno del Piano di Gestione del Sovraffollamento ha declinato le azioni che dovranno essere adottate, secondo steps successivi, in funzione degli indicatori relativi a:

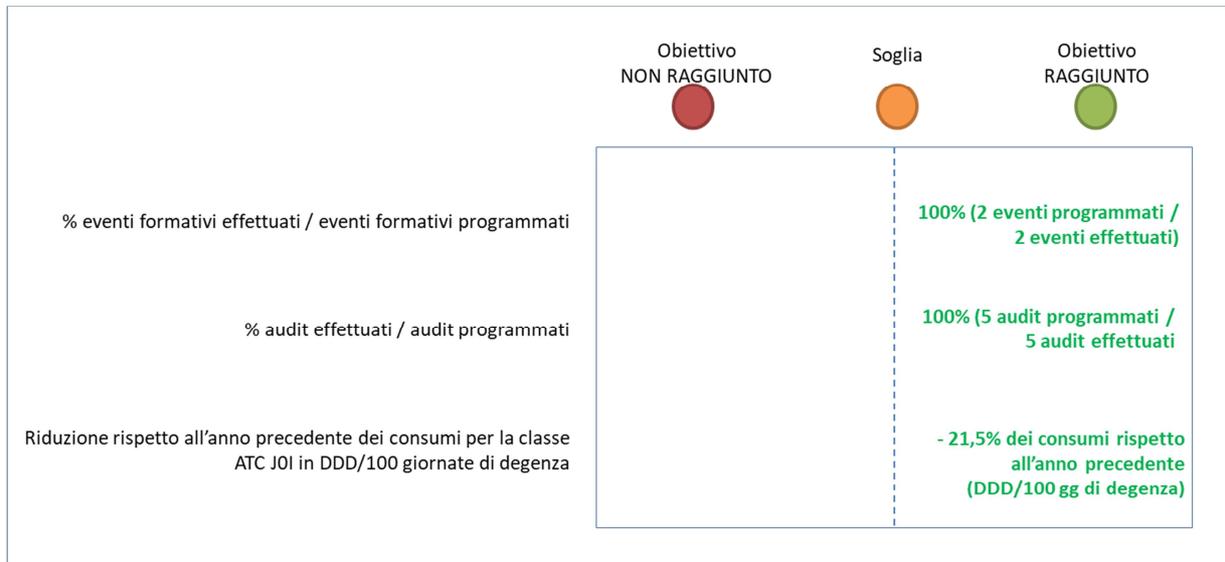
1. grado di affollamento in ingresso del Pronto Soccorso, determinato suddividendo gli accessi/die in soglie di percentili predeterminate;
2. indice di affollamento (National Emergency Department Overcrowding Study - NEDOCS). Si definisce sovraffollamento la situazione nella quale viene raggiunto, in modo oggettivamente misurabile, il numero massimo di pazienti contemporaneamente gestibili nello specifica struttura.

L'ASST ha previsto all'interno del PGS il ricorso ad entrambe le modalità di incremento dei posti letto previste dalla DGR 2561 del 02/12/2019.



OBIETTIVO	Formazione specifica: Appropriately prescrittiva nell'uso degli antibiotici Attività di formazione ed informazione verso i Medici Specialisti ospedalieri per il corretto utilizzo degli antibiotici
INDICATORE	1. Organizzazione di attività formative per il corretto utilizzo degli antibiotici; 2. Individuazione di almeno un referente per UU.OO.; 3. Partecipazione agli audit di reparto/formazione sul campo.
TARGET 2019	1. % eventi formativi effettuati / eventi formativi programmati (target 100%); 2. Nomina di almeno un referente per UU.OO.; 3. % audit effettuati / audit programmati (target 100%); 4. Riduzione rispetto all'anno precedente dei consumi per la classe ATC J01 (antibatterici per uso sistemico) in DDD/100 giornate di degenza

CRUSCOTTO DIREZIONALE



RISULTATO CONSEGUITO

1. % eventi formativi effettuati / eventi formativi programmati (target 100%);

È stato organizzato un convegno intitolato "Il CORRETTO UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO OSPEDALIERO: rafforzare la consapevolezza e le conoscenze", strutturato in due edizioni:

- I Edizione 3/04/2019 (Ambito medico)
38 partecipanti
Livello di gradimento complessivo: 3,21 (0-4)
Valutazione complessiva dell'evento: 3,26 (0-4)
- II Edizione 17/04/2019 (Ambito chirurgico e intensivo)
30 partecipanti
Livello di gradimento complessivo: 2,96 (0-4)
Valutazione complessiva dell'evento: 3,21 (0-4)

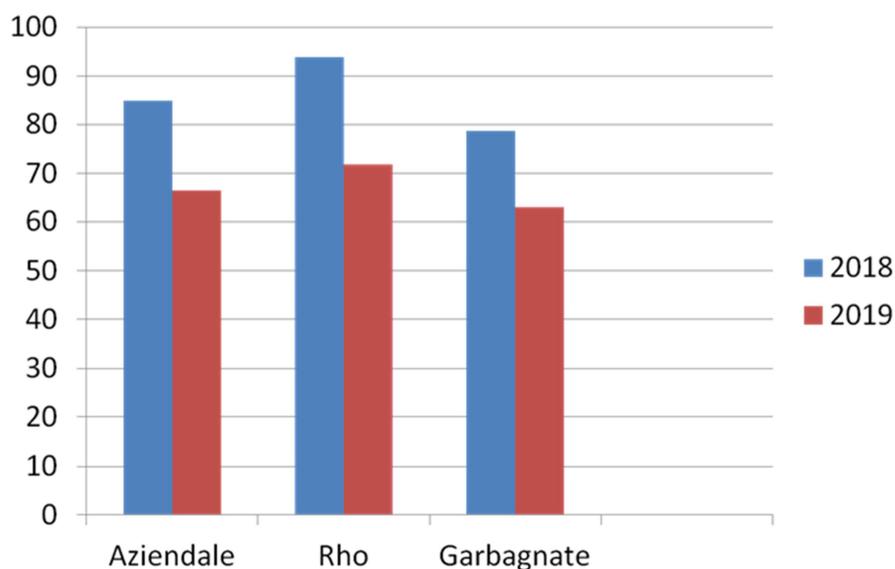
2. Nomina di almeno un referente per UU.OO.;

Sono stati individuati i referenti di ciascuna UU.OO. ospedaliera.

3. % audit effettuati / audit programmati (target 100%);

Sono stati effettuati il 100% degli audit programmati, in particolar modo nell'anno 2019 sono state individuate come ambito di analisi le UU.OO. di Chirurgia Generale e di Medicina Generale dell'Azienda (per un totale di 5 audit).

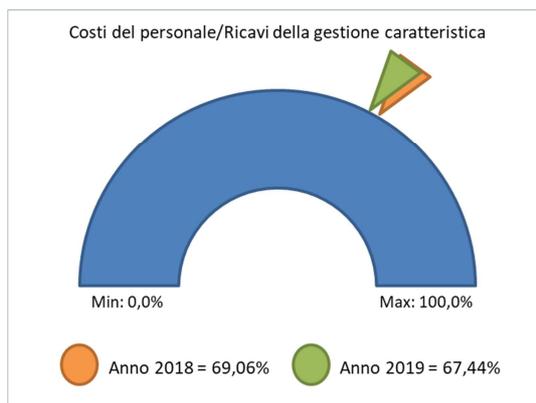
4. Riduzione rispetto all'anno precedente dei consumi per la classe ATC J01 (antibatterici per uso sistemico) in DDD/100 giornate di degenza



INDICATORI DI EFFICIENZA GESTIONALE

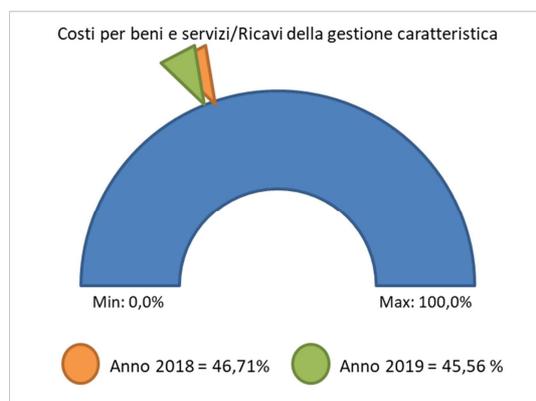
OBIETTIVO	Costi del personale/Ricavi della gestione caratteristica
INDICATORE	69,06% (dato anno 2018)
TARGET 2019	Miglioramento

CRUSCOTTO DIREZIONALE



OBIETTIVO	Costi per beni e servizi/Ricavi della gestione caratteristica
INDICATORE	46,71% (dato anno 2018)
TARGET 2019	miglioramento

CRUSCOTTO DIREZIONALE



OBIETTIVO	Rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori (30-60 gg.)
INDICATORE	Indice di tempestività dei pagamenti 2018 valore – 13,06
TARGET 2019	miglioramento

RISULTATO CONSEGUITO

Indice di tempestività dei pagamenti 2019 valore – 12,89



Performance economico finanziaria anno 2019

	2019	2018	Variazione %
<i>Ricoveri ordinari</i>	23.603	24.458	-3,5%
<i>Day hospital</i>	4.236	3.973	6,6%
<i>Subacute</i>	542	375	44,5%
<i>Ricoveri totali</i>	28.381	28.806	-1,5%
<i>Indicatori utilizzo posti letto</i>	89,7%	91%	-1,4%
<i>Peso medio DRG</i>	0,978	0,974	0,4%
<i>Accessi in Pronto Soccorso</i>	111.955	113.632	-1,5%
<i>Prestazioni in Pronto Soccorso</i>	1.226.995	1.171.667	4,7%

RICAVI DA PRODUZIONE RICOVERI

(prod. lorda – esclusa solvenza, oneri X e A, dato di ritorno regionale)

	2018	2019	Variazione %
<i>Ricovero per pazienti di Regione Lombardia</i>	€ 91.617.296,00	€88.106.704,00	-3,8%
<i>Ricoveri per pazienti di fuori regione</i>	€ 2.567.352,00	€2.963.140,00	15,4%
TOTALE	€ 94.184.648,00	€ 91.069.844,00	-3,3%

RICAVI DA PRODUZIONE AMBULATORIALE

(prod. al lordo degli abbattimenti – dato di ritorno regionale senza NPI)

	2018	2019	Variazione %
<i>Ricavi MAC (macroattività ambulatoriale complessa)</i>	€ 3.589.847,00	€3.428.391,00	-4,5%
<i>Prestazioni Ambulatoriali</i>	€ 34.725.230,50	€36.172.000,85	4,2%
TOTALE	€ 38.315.077,50	€39.600.391,85	3,4%

L'obiettivo di bilancio di questa Azienda è quello di assicurare l'equilibrio economico finanziario, sia a livello di polo ospedaliero che di rete territoriale, sulla base delle risorse assegnate da Regione Lombardia.

*** Alla data di redazione del presente documento, stante la situazione emergenziale legata al Covid-19, i dati non sono ancora disponibili, essendo posticipata, al 30 giugno c.a. la scadenza per la presentazione del Bilancio (ce) 2019.

	ASST RHODENSE 706	Valore netto al 31/12/2018 in migliaia di euro	Valore netto al 31/12/2019
	RICAVI		
AOIR01	DRG	90.359	***
AOIR02	Funzioni non tariffate	22.123	
AOIR03	Ambulatoriale	38.641	
AOIR04	Neuropsichiatria	3.109	
AOIR05	Screening	532	
AOIR06	Entrate proprie	22.617	
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	4.660	
AOIR08	Psichiatria	9.394	
AOIR09	File F	12.507	
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	200	
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	51.630	
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	1.251	
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	3.102	
AOIR15	Prestazioni sanitarie	17.153	
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	277.278	
	COSTI		
AOIC01	Personale	177.791	***
AOIC02	IRAP personale dipendente	11.315	
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	3.774	
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	115.926	
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	1.204	
AOIC06	Altri costi	6.723	
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	6.465	
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	307	
AOIC17	Integrativa e protesica	5.989	
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	329.494	
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	52.216	***
	Risultato economico	-	

L'organico 2019 dell'ASST Rhodense

Andamento del Personale - ANNO 2019							
UNITA'*	31 gen	28 Feb	31 Mar	30 Apr	31 Mag	30 Giu	Media Semestre
AMMINISTRATIVI	387	391	391	392	393	393	391,17
ASSISTENTI RELIGIOSI	2	2	2	2	2	2	2
ASSISTENTI SOCIALI	47	47	47	47	47	47	47
AUSILIARI	12	12	12	12	12	12	12
INFERMIERI	1374	1384	1402	1396	1412	1410	1396,33
RUOLO TECNICO - ALTRO PERSONALE	377	378	377	374	374	374	375,67
RUOLO TECNICO - OTA/OSS	510	510	512	512	514	517	512,5
TECNICI DELLA RIABILITAZIONE	215	213	212	211	211	211	212,17
TECNICI DI VIGILANZA E ISPEZIONE	17	18	18	18	18	18	17,83
TECNICI SANITARI	164	165	167	166	166	165	165,5
Totale COMPARTO	3105	3120	3140	3130	3149	3149	3132,17
DIRIGENTI MEDICI	543	544	544	547	547	549	545,67
Totale MEDICI	543	544	544	547	547	549	545,67
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	11	11	11	11	12	12	11,33
DIRIGENTI SANITARI	60	60	60	60	60	62	60,33
DIRIGENTI T/P	5	6	6	5	5	5	5,33
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2	2	2	2	2	2	2
Totale DIRIGENTI NON MEDICI	78	79	79	78	79	81	79

UNITA'*	31 Lug	31 Ago	30 Set	31 Ott	30 Nov	31 Dic	Media Semestre
AMMINISTRATIVI	392	395	393	391	391	389	391,83
ASSISTENTI RELIGIOSI	2	2	1	1	1	1	1,33
ASSISTENTI SOCIALI	51	51	51	51	49	50	50,5
AUSILIARI	12	12	12	12	12	12	12
INFERMIERI	1407	1402	1392	1385	1382	1375	1390,5
RUOLO TECNICO - ALTRO PERSONALE	372	373	369	366	360	359	366,5
RUOLO TECNICO - OTA/OSS	512	507	502	503	503	502	504,83
TECNICI DELLA RIABILITAZIONE	211	212	212	210	209	209	210,5
TECNICI DI VIGILANZA E ISPEZIONE	18	18	18	18	18	18	18
TECNICI SANITARI	165	164	163	161	161	161	162,5
Totale COMPARTO	3142	3136	3113	3098	3086	3076	3108,5
DIRIGENTI MEDICI	544	543	543	543	538	535	541
Totale MEDICI	544	543	543	543	538	535	541
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	12	11	11	11	11	12	11,33
DIRIGENTI SANITARI	64	64	65	65	64	64	64,33
DIRIGENTI T/P	5	5	4	4	4	4	4,33
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2	2	2	2	2	2	2
Totale DIRIGENTI NON MEDICI	83	82	82	82	81	82	82

Conteggio del personale indipendentemente dalla Tipologia di Rapporto di Lavoro, comprensivo dei dipendenti con 2 posizioni giuridiche

Sistema di Valutazione del personale

L'ASST Rhodense – nelle strutture UOC Controllo di Gestione e Amministrazione e Sviluppo del Personale – ha provveduto, a seguito di informativa alle organizzazioni sindacali, a redigere i documenti relativi al sistema di valutazione anno 2018, approvati con apposite deliberazioni del Direttore Generale.

Oltre agli atti di cui sopra, per le diverse aree, è stato altresì approntato un apposito vademecum esplicativo sulla gestione pratica del sistema di valutazione.

A tali documenti è stata data ampia diffusione tramite pubblicazione sul sito intranet aziendale, (<http://intranet.salvini.it/sistema-valutazione2019.html>).

Nel rispetto delle direttive regionali, nel corso del 2019 sono state erogate quote di incentivazione esclusivamente previa valutazione dello stato di avanzamento degli obiettivi assegnati .

Link al sito internet, Piano della Performance, Sistema di Valutazione:

<http://www.asst-rhodense.it/inew/AmministrazioneTrasparente/performance.html>

Codice di Comportamento

Ai sensi dell'art. 1, c. 2, del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici - approvato con decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 (pubblicato in G.U. n. 129 del 04/06/2013) e s.m.i. - al termine dell'iter previsto dalla citata normativa, con provvedimento deliberativo n. 694 del 29/12/2016 l'Azienda ha adottato il Codice di comportamento dei dipendenti dell'ASST Rhodense.

A tale Codice, che rientra tra gli adempimenti connessi alla redazione del Piano Anticorruzione Aziendale, è stata data ampia diffusione tramite pubblicazione sul sito intranet e internet aziendale per il personale in forza e, per il personale neoassunto, tramite informativa all'atto dell'assunzione.

Specifico rimando al codice di comportamento dei dipendenti pubblici inoltre è contenuto in tutti i contratti individuali di lavoro stipulati sia con il personale dipendente che con i consulenti/collaboratori. Per tutte le altre figure che hanno rapporti a vario titolo con l'Azienda viene data informativa a mezzo mail.

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 ricomponde 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 individuale), sia la correttezza dei processi di misurazione e valutazione del personale dell'Azienda.

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 più volte evidenziato dall'ANAC da ultimo nella delibera n. 1064 del 13 novembre 2019, 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:

- a. le politiche sulla Performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b. 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 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, declinandole in obiettivi di performance organizzativa e individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva.

Relazione 2019

Con deliberazione n. 81 del 30.01.2019 del Direttore Generale, su proposta del RPCT, è stato approvato il Piano triennale della prevenzione della corruzione (PTPC) 2019-2021 dell'ASST Rhodense, contenente come parte integrante e sostanziale il Programma Triennale Trasparenza e Integrità (PTTI).

Il PTPC 2019-2021 è stato redatto assicurando il massimo coinvolgimento di tutti i Referenti/Responsabili, sia nelle fasi di individuazione delle aree, attività e processi a rischio (c.d. processo di mappatura delle attività di rischio), sia nella ponderazione del

rischio nei processi di competenza, sia nella proposta delle misure di prevenzione da applicare. E' stato così rispettato il procedimento a cascata previsto da ANAC con il coinvolgimento dei Dirigenti Referenti del RPCT.

Ai fini dell'aggiornamento della mappatura delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, è stato chiesto ai Referenti del RPCT, all'esito del monitoraggio effettuato sull'attuazione delle misure di prevenzione previste nel precedente PTCP, di procedere ad una analisi dei rischi attribuiti ai rispettivi ambiti, alla verifica della corretta valutazione degli stessi ed all'inserimento di eventuali ulteriori attività di rischio connesse ai procedimenti di competenza con l'individuazione delle relative misure di prevenzione.

Oltre alle aree di rischio obbligatorie e comuni a tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, c. 16, L. n. 190/2012, in coerenza con le indicazioni contenute nel PNA (Piano Nazionale anticorruzione) 2013, nell'aggiornamento del PNA 2015 approvato con determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015, nell'aggiornamento del PNA 2016 approvato con delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016, nell'aggiornamento del PNA 2017 approvato con delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017, nell'aggiornamento del PNA 2018 approvato con delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018, sono state individuate, in considerazione delle peculiarità funzionali ed organizzative aziendali, ulteriori aree di rischio specifiche, identificando all'interno di ciascuna area diverse attività di rischio.

Nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente, è stato redatto il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) 2019-2021, quale apposita sezione, parte integrante del PTPC, che definisce le misure, i modi e le iniziative per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai Dirigenti responsabili degli uffici dell'Azienda.

Nel corso dell'anno 2019 si è proceduto al monitoraggio periodico, con cadenza semestrale dello stato di attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC, attraverso l'utilizzo di appositi format all'uopo predisposti e l'acquisizione di relazioni/documentazione da parte dei Referenti del RPCT.

In particolare, relativamente al monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione specifiche, sono stati richiesti ai Referenti dati inerenti una serie di indicatori utili ad individuare e prevenire rischi corruttivi.

Dalle rendicontazioni trasmesse dai singoli Referenti, si può ritenere che il livello di attuazione del PTPC sia stato complessivamente soddisfacente, sia con riferimento alle misure di prevenzione specifiche enucleate nel Catalogo dei rischi, sia con riferimento alle misure di prevenzione obbligatorie.

Per quanto concerne l'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ed il monitoraggio degli obblighi di pubblicazione dei dati e delle informazioni di cui al d.lgs. n. 33/2013, così come modificato dal d.lgs. n. 97/2016, sono stati effettuati monitoraggi con cadenza trimestrale, coprendo la totalità degli obblighi. Dai monitoraggi effettuati non sono emerse particolari criticità nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione.

L'adozione del PTPC ed i suoi aggiornamenti sono adeguatamente pubblicizzati sul sito internet istituzionale e nell'Area intranet aziendale.

Il collegamento con i Percorsi Attuativi della Certificabilità del bilancio

Con il DM Salute 1/3/2013 – Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC) – ha preso avvio la prima fase del processo di avvicinamento alla “certificabilità” dei bilanci delle Aziende Sanitarie pubbliche, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Bilancio Consolidato regionale.

Il DM PAC rappresenta dunque il completamento di un percorso normativo a cui la Nostra Azienda deve allinearsi.

Tale percorso impegna l'Azienda a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo - contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili.

Le procedure PAC aziendali sono state approvate con i seguenti atti aziendali:

AREA	NUMERO ATTO	DATA
D) Immobilizzazioni	559/2018/DG	21/06/2018
H) Patrimonio Netto	74/2019/DG	24/01/2019
E) Rimanenze	569/2019/DG	30/05/2019
F) Crediti e ricavi	972/2019/DG	17/10/2019
G) Disponibilità liquide	972/2019/DG	17/10/2019
I) Debiti e costi	1213/2019/DG	23/12/2019

Per ciò che concerne l'area A) Requisiti Generali, come richiesto dalla nota regionale del dicembre 2019, la check list è stata inviata in Regione entro il termine previsto;

Inoltre con Deliberazione n.391/2020 di aprile 2020 si è preso atto dei contenuti della D.G.R. XI/3014 del 30 marzo 2020, ad oggetto “Completamento Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci degli Enti del SSR di cui alla L.R. n. 23/2015, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Consolidato regionale ai sensi del D.M. 1/3/2013 e della D.G.R. n. 7009/2017” che ha, tra l'altro:

- ✚ approvato le Linee guida per le singole Aree di bilancio delle Aziende sanitarie del SSR,
- ✚ preso atto del rispetto, da parte di tutte le Aziende Sanitarie, delle scadenze fissate per la stesura e l'approvazione delle procedure PAC,
- ✚ approvato la relazione accompagnatoria al PAC regionale, predisposta dal Responsabile regionale del Coordinamento del Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci, da trasmettere al Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze;
- ✚ stabilito di avviare la fase di “consolidamento” del percorso realizzato, attraverso la definizione degli strumenti e delle modalità in ordine all'affinamento delle procedure aziendali e regionali, nonché l'effettuazione delle necessarie attività di verifica sul livello di implementazione delle stesse.

Il collegamento con il Piano annuale Risk Management

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale – ASST – Rhodense è stata istituita con Deliberazione della Giunta Regionale n. X/4477 del 10 dicembre 2015, in attuazione della legge Regionale n° 23/2015. L'attuale assetto dell'Azienda comprende tre Presidi ospedalieri, un presidio ospedaliero territoriale, tre poliambulatori territoriali, quattordici centri prelievi territoriali e trentotto strutture territoriali afferenti alle aree della psichiatria, della tutela della famiglia e del welfare.

In Azienda il Programma di Risk Management ha preso avvio a decorrere dal 2005, con la progressiva implementazione delle relative funzioni e struttura. A decorrere dal luglio 2016, la funzione di Risk manager è stata attribuita al Responsabile della Struttura Complessa "Qualità, Accreditamento e Risk Management" confluita in staff alla Direzione Generale. Questo cambiamento di assetto ha permesso l'implementazione di una nuova strategia, con l'avvio di un percorso volto a integrare e rendere coerenti le attività specifiche dei tre ambiti di competenza della struttura. La gestione del rischio clinico, infatti, non può prescindere dalla analisi e dal supporto al miglioramento dei processi lavorativi, che a sua volta traggono vantaggio dalla impostazione metodologica della ISO 9001:2015, che trova il suo fondamento nella valutazione dei rischi e opportunità connesse con l'organizzazione aziendale. Tale attività deve porre degli obiettivi di miglioramento, tra i quali è necessario considerare anche quelli fissati a livello regionale come requisiti organizzativi minimi di accreditamento e come standard di riferimento nei diversi sistemi di valutazione adottati (PriMO, PNE, NW regioni).

L'attività di gestione del rischio clinico in questi anni è proseguita ed evoluta, in conformità alle indicazioni regionali e alle modifiche organizzative e di assetto intercorse nell'Azienda, senza creare discontinuità con il passato, valorizzando le esperienze aziendali precedentemente attuate.

Le linee di intervento, sviluppate nel corso del 2019 in coerenza con il relativo Piano aziendale approvato con delibera 331 del 21/03/2019, sono state le seguenti.

- Coinvolgimento, integrazione e collaborazione con le strutture che erogano prestazioni sanitarie e con le funzioni aziendali che concorrono alla sicurezza del paziente.
- Diffusione più ampia e capillare della cultura del rischio attraverso azioni di formazione/informazione
- Mantenimento delle attività istituzionali
 - a) rispetto delle indicazioni regionali in merito allo sviluppo di progetti operativi relativi alle aree di rischio prioritarie ed in merito alla gestione dei monitoraggi/progetti specifici implementati nel corso dell'anno;
 - b) monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali e delle relative procedure aziendali,
 - c) gestione degli eventi avversi e degli indicatori attraverso le azioni di monitoraggio ed analisi

L'attività di Risk management negli ultimi tre anni ha tenuto conto del processo avviato negli anni precedenti, ed è stata quindi implementata senza creare discontinuità con il passato, valorizzando le esperienze aziendali precedentemente attuate. Le azioni intraprese, coerenti con le indicazioni regionali, già sviluppate ed alle quali si è dato continuità nel 2019, sono descritte in breve di seguito.

- Gestione del rischio in ambito ostetrico-neonatologico

E' stata data continuità ai flussi informativi ed ai progetti implementati a seguito delle indicazioni regionali: Trigger di sala parto, Near miss ostetrici in Italia, Sorveglianza della mortalità materna, Sorveglianza della mortalità perinatale

E' proseguito il percorso di consolidamento dell'utilizzo della scheda MEOWS, implementata nel 2017, con l'attivazione di un percorso di verifica del suo utilizzo.

E' proseguita la raccolta e l'invio, mediante l'apposito flusso informativo, dei trigger di sala parto. I dati raccolti, anche attraverso la scheda di segnalazione di evento avverso, sono stati oggetto di analisi per definire gli ambiti nei quali promuovere il percorso di audit clinico e la messa in atto delle possibili azioni di miglioramento.

In coerenza con le azioni intraprese sono state implementate una serie di attività formative/informative in merito alla gestione di aspetti legati alla sicurezza dei pazienti in blocco parto.

- Sepsi

Dal 2013, presso l'azienda, è stata posta attenzione alla gestione della sepsi attraverso il monitoraggio, la realizzazione di PDTA specifici sulla sepsi e sulla sepsi in ostetricia, la realizzazione di corsi di formazione per infermieri e medici e l'attuazione di audit clinici sul tema.

E' proseguita l'attività di verifica della applicazione del PDTA aziendale attraverso l'effettuazione di uno specifico audit, attraverso la consultazione delle cartelle cliniche. L'esito è stato oggetto di comunicazione ed analisi con il coinvolgimento delle UUOO interessate, al fine di valutare gli eventuali scostamenti rispetto a quanto delineato dal PDTA aziendale e di implementare eventuali successive azioni di miglioramento.

E' stato effettuato il monitoraggio mediante la "Check List Logistico-Organizzativa" predisposta da Regione Lombardia.

- Infezioni

Nell'ambito della prevenzione delle infezioni ospedaliere sono stati attuati i seguenti interventi.

- Attività a carattere divulgativo/educativo e di sensibilizzazione, rivolte sia al personale dipendente che agli utenti esterni.
 - o In occasione della giornata mondiale sul lavaggio delle mani, il 5 maggio, è stato organizzato un desk informativo sul tema
 - o Partecipazione con un desk tematico a carattere informativo/educativo sulla prevenzione delle infezioni, ai seguenti eventi aziendali:
 - "Open H – festa della salute 2019" dell'ASST Rhodense, che ha avuto luogo il 14 settembre 2019

➤ "90 ° compleanno dell'ospedale di Rho, che ha avuto luogo il 3 novembre 2019

- Implementazione di due percorsi di AUDIT, nell'ambito della collaborazione con il CIO del Presidio di Garbagnate: procedure in dialisi e cvc in terapia intensiva.

- Sicurezza del paziente in sala operatoria

E' stato implementato un percorso di audit, presso i blocchi operatori e le sale chirurgiche, con l'utilizzo della check list 2.0 predisposta da Regione Lombardia. I dati ottenuti sono stati oggetto di divulgazione alla UUOO interessate nell'ambito del Dipartimento chirurgico.

E' stata diffusa e applicata in tutte le UUOO chirurgiche una nuova "check list semplificata", da applicare nelle procedure invasive e negli interventi in BOCA.

E' stato costituito e condotto un apposito gruppo di lavoro interdisciplinare aziendale che ha prodotto la revisione dei seguenti documenti aziendali:

- Profilassi antibiotica pre operatoria
- Comportamento all'interno dei blocchi operatori dell'azienda - dress code
- Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico e trattamento della ferita infetta

- Agiti etero aggressivi

Presso l'Azienda il fenomeno è oggetto di monitoraggio tramite un apposito flusso informativo. La gestione dei dati e degli interventi successivi alla segnalazione è effettuata in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione. L'analisi dei casi specifici è condotta, là dove è necessario, anche con il supporto della Psicologia clinica e della UO di Medicina del lavoro. Tale analisi multidimensionale consente una migliore comprensione del fenomeno e delle possibili soluzioni.

In tale ambito sono attivi alcuni percorsi di formazione:

- Un corso articolato su due livelli (dirigente e operatore ex Dlgs 81/08), che ha lo scopo di fornire, agli operatori coinvolti a vario titolo, strumenti e modalità utili alla gestione degli agiti etero-aggressivi.
- Corso sulla comunicazione con interlocutori problematici, utenti o pazienti. La gestione della comunicazione rappresenta infatti un elemento importante nella prevenzione degli agiti aggressivi

Sono stati attivati inoltre due percorsi, in collaborazione con il servizio di Psicologia Clinica per la gestione degli operatori coinvolti in episodi di aggressione. Il primo è dedicato agli operatori nella immediatezza dell'evento aggressivo. Il secondo, svolto con la modalità dei focus group, è destinato ad operatori che sono stati coinvolti nel corso dell'anno in agiti aggressivi ed ha lo scopo di valutare il superamento dell'evento traumatico a distanza di tempo dallo stesso.

- Risk assessment basato su strumenti di data mining

L'azienda ha aderito al progetto interaziendale promosso dalla ASST Nord Milano. Il progetto ha lo scopo di sviluppare uno strumento informatico che consenta di ricavare dati utili all'assessment del rischio clinico, attraverso l'analisi della documentazione sanitaria.

Nel corso dell'anno 2019 si sono tenuti due workshop di alfabetizzazione e simulazione di utilizzo del software, scelto per la realizzazione del progetto, e quattro incontri per la programmazione e il monitoraggio delle azioni intraprese.

Su tali basi è stato avviato il progetto pilota consistente nell'Identificazione dell'evento "ritenzione di corpo estraneo nel sito chirurgico", mediante l'analisi dei verbali di camera operatoria.

I risultati preliminari del progetto sono stati divulgati in occasione del 52° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e sanità Pubblica e della 3^ Convention Nazionale di Clinical Risk Management.

Infine l'attività di Risk management è proseguita con le altre attività istituzionali:

- partecipazione al progetto interaziendale promosso dalla ASST Nord Milano; Il progetto ha lo scopo di sviluppare uno strumento informatico che consenta di ricavare dati utili all'assessment del rischio clinico, attraverso l'analisi della documentazione sanitaria.
- raccolta degli eventi avversi e degli eventi sentinella e loro analisi al fine di formulare azioni di miglioramento e restituire report alle direzioni, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità; i dati sono stati inoltre oggetto di analisi nell'ambito del Gruppo coordinamento del rischio
- partecipazione al Comitato valutazione sinistri
- implementazione dell'attività di ascolto e mediazione trasformativa
- realizzazione e partecipazione a percorsi di formazione nell'ambito della prevenzione del rischio clinico
- partecipazione alle attività formative organizzate da Regione Lombardia nell'ambito della gestione del rischio clinico
- collaborazione con altre funzioni aziendali, per gli aspetti di gestione del rischio clinico presenti negli ambiti di competenza; in tale contesto tra l'altro sono state messe in atto le seguenti attività:
 - conduzione, nell'ambito del CIO del Presidio di Garbagnate, di due audit: gestione del catetere per emodialisi e infezioni correlate al CVC in terapia intensiva
 - stesura, in collaborazione con il DAPSS, del protocollo HACCP aziendale

Una descrizione completa ed in dettaglio della attività svolta nel 2019 è contenuta nella "Relazione conclusiva del piano Risk Management 2019", e pubblicata sul sito intranet aziendale.

Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali

Il Ministero della Salute ha emanato le Raccomandazioni ministeriali, che rappresentano un punto di riferimento per la prevenzione di alcuni rischi negli ospedali.

Risultano implementate 16 raccomandazioni ministeriali su 17 in quanto si è ritenuto che la raccomandazione n. 10 (Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati) non sia ad oggi applicabile, a fronte di un consumo di farmaci residuale su pazienti ricoverati, ma in cura presso altre strutture ospedaliere.

Nel corso del 2019 è proseguita l'attività di monitoraggio dell'applicazione delle stesse consolidando le attività in tema di: chirurgia sicura, corretta identificazione del

paziente in tutte le fasi assistenziali, prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari nel dipartimento di salute mentale, gestione dei trasporti dei pazienti critici e dei pazienti del dipartimento di salute mentale.

E' stato inoltre costituito un apposito gruppo di lavoro per la implementazione della raccomandazione n°19 (Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide) emanata a ottobre 2019.

Il collegamento con il Piano di Internal Audit

La funzione di Internal Audit (IA), così come espressamente indicato al punto 15 delle Regole di Sistema per l'anno 2019 – DGR n.XI/1046 del 17/12/2018 – 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.

L'attività di IA ha visto il coinvolgimento, oltre che dei titolari della Funzione - ricoperta dal Responsabile del Controllo di Gestione- di un gruppo multidisciplinare costituito da diverse professionalità aziendali individuate in base alle competenze, alle professionalità, alle capacità relazionali ed all'esperienza maturata all'interno dell'organizzazione, appartenenti all'area "Qualità e Risk management" e all'area "Anticorruzione e trasparenza".

L'attività congiunta del gruppo di lavoro ha avuto lo scopo di definire, anche sulla base della conoscenza del tessuto aziendale e tenuto conto del catalogo esperienziale di ogni componente, una mappa delle aree di maggiore rischio o di rischio rilevante dell'azienda.

Le scelte fatte e i criteri seguiti per la selezione delle aree di audit sono il frutto di un'analisi e di riflessioni che hanno preso spunto da:

- obiettivi di mandato e piano delle performance;
- politiche di contenimento e razionalizzazione della spesa;
- sviluppo organizzativo e verifica dei controlli, anche con riguardo alle indicazioni fornite dalle linee guida regionali;
- indicazioni eventualmente ricevute dalla Regione Lombardia in merito al Piano di Audit SIREG;
- rilievi da parte di Enti certificatori (verifiche di parte Terza);
- applicazione e monitoraggio del Piano Aziendale triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- assolvimento degli adempimenti previsti dal d.lgs.vo n. 33/2013 e s.m.i.;
- rilievi ed osservazioni scaturite dagli organi ed organismi di controllo aziendale (Nucleo di Valutazione, Collegio Sindacale etc.);
- informazioni di ritorno/segnalazioni da parte degli Stakeholders.
- audit straordinari su mandato enti terzi.
- esiti verifiche in relazione al piano di audit anno 2018;

Alla luce di quanto sopra esplicitato, il gruppo multidisciplinare ha svolto nei primi mesi dell'anno un lavoro di studio e programmazione degli audit individuando gli obiettivi dei controlli, definendo le aree, i processi e le strutture interessate all'attività di IA che può essere così riassunto:

AREA	FORMAZIONE VS ESTERNI
PROCESSI	<ul style="list-style-type: none"> ✓ criteri di selezione dei formatori; ✓ documentazione di assegnazione dell'incarico; ✓ criteri per la determinazione dell'assenza di conflitto; ✓ coerenza dei criteri di verifica del conflitti con normativa nazionale; ✓ analisi dei rischi correlati all'assegnazione dell'incarico formativo.
STRUTTURA	U.O.C. di Medicina del Lavoro - UOOML

AREA	AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE E CONTRATTI PUBBLICI : CONTRATTI SOTTO SOGLIA (ART. 36, C. 2, LETT. A) D.LGS. 50/2016) E PROCEDURE NEGOZiate (ART. 63 D.LGS. 50/2016)
PROCESSI	<ul style="list-style-type: none"> ✓ definizione del fabbisogno; ✓ selezione dei fornitori; ✓ emissione degli ordini; ✓ ricevimento dei beni o servizi; ✓ controllo quali/quantitativo dei beni/servizi ricevuti; ✓ autorizzazione al pagamento, pagamento, rispetto misure di prevenzione previste nel PTPC.
STRUTTURE	UOC Acquisti
	UOC Tecnico Patrimoniale

AREA	ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA E REGISTRAZIONE PRESTAZIONI EROGATE
PROCESSI	<ul style="list-style-type: none"> ✓ registrazione della prestazione erogata; ✓ monitoraggio frequente su coincidenza tra liste di prenotazione e visite effettivamente eseguite; ✓ erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto alle prenotazioni.
STRUTTURE	UOC Servizi amministrativi di supporto e accoglienza
	UOC Direzioni Mediche di Presidio

Ogni singolo audit effettuato sulla base del cronoprogramma, è stato preceduto da un'attività di raccolta di documentazione e di nell'ambito di tale fase, al fine di ottimizzare la raccolta delle evidenze e delle informazioni, sono stati predisposti alcuni strumenti specifici per le interviste (es. check-list).

Sulla base degli interventi di audit effettuati nel corso del 2019, finalizzati a verificare, tra l'altro, l'efficacia delle procedure vigenti, è stato rilevato che il sistema delle misure di prevenzione e funzionamento attualmente esistente garantisce, per i processi esaminati, un buon grado di copertura dei rischi.

Infatti le UU.OO interessate dall'attività di Internal audit, attraverso l'applicazione di procedure, di istruzioni operative, di regole comportamentali e di presidi di controllo, assicurano il regolare svolgimento dei processi organizzativi, nonché una gestione delle attività coerente con il perseguimento degli obiettivi aziendali.

Infine, si è riscontrata una notevole disponibilità delle funzioni coinvolte nel processo al recepimento dei suggerimenti forniti, scaturiti da un esame congiunto delle problematiche e delle possibili soluzioni di miglioramento.

La trasmissione della relazione di monitoraggio anno 2019 è stata 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 di Formazione

Nel 2019 sono state progettate e realizzate specifiche attività di aggiornamento per il personale dell'Azienda. Tali attività hanno contribuito a sostenere le finalità dei progetti sopra citati, considerato che la formazione riveste un'importanza strategica nel miglioramento continuo delle conoscenze e delle competenze degli operatori sanitari.

Conclusioni

Dalla rendicontazione degli obiettivi del Piano della Performance per l'anno 2019 sopra sintetizzati emerge, un sostanziale raggiungimento degli obiettivi previsti da piano.

Pubblicità

La Relazione della Performance, verificata e validata dal Nucleo di Valutazione Aziendale, è adottata secondo i criteri di massima trasparenza dei processi attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, nella sezione denominata: [Amministrazione Trasparente – Relazione Performance](#)