



RELAZIONE AL PIANO DELLA PERFORMANCE

Anno 2020

ASST RHODENSE





Introduzione Al Piano Della Performance – Riferimenti Normativi	3
Premessa.....	4
Relazione Al Piano Della Performance – Anno 2020.....	4
Istituzione, Inquadramento Territoriale E Quadro Epidemiologico	5
Denominazione E Costituzione Dell'azienda	5
La Mission E I Valori Di Riferimento	8
Linee Di Programmazione.....	8
Risultati Raggiunti Nell'anno 2020.....	9
Analisi Del Contesto Interno	9
Matrice Degli Obiettivi Per L'anno 2020	10

INTRODUZIONE AL PIANO DELLA PERFORMANCE – RIFERIMENTI NORMATIVI

- 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.



PREMESSA

Alcuni obiettivi presenti nel documento “PIANO DELLA PERFORMANCE – ANNO 2020” sono stati sospesi a seguito della riorganizzazione delle attività che si è resa necessaria per far fronte all’emergenza pandemica da Covid 19.

RELAZIONE AL PIANO DELLA PERFORMANCE – ANNO 2020

La Relazione al Piano della Performance 2020 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 2020 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 sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica; esse 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.

Le ASST si articolano rispettivamente in due settori definiti:

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

DENOMINAZIONE E COSTITUZIONE DELL'AZIENDA

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Rhodense - con sede legale a Garbagnate Milanese, viale Forlanini n. 95 – 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. L'ASST afferisce all'Agenzia di Tutela della Salute – ATS – Città Metropolitana.

L'ASST – Rhodense eroga i servizi sanitari e sociosanitari 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".

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

3 PRESIDI OSPEDALIERI

- Presidio Ospedaliero di Garbagnate Milanese
- Presidio Ospedaliero di Passirana
- Presidio Ospedaliero di Rho

1 PRESIDIO OSPEDALIERO TERRITORIALE (POT)

- Presidio Ospedaliero Territoriale di Bollate

16 STRUTTURE PSICHIATRICHE TERRITORIALI

- 5 Comunità Protetta a Media assistenza (CPM)
- 1 Comunità Protetta ad Alta assistenza (CPA)
- 3 Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (CRA)
- 4 Centri Psico-Sociali (CPS)
- 3 Centri Diurni (CD)

7 STRUTTURE TERRITORIALI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

- 2 Centri diurni
- 4 Poli Territoriali
- 1 Struttura residenziale terapeutico-riabilitativa

3 POLIAMBULATORI TERRITORIALI

- Poliambulatorio di Arese
- Poliambulatorio di Corsico
- Poliambulatorio di Paderno Dugnano

3 PRESIDII 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

7 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 trasferito presso il Consultorio di Bollate)
- 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

16 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
- Centro 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, 2
- 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 Magistrelli, 5

1 RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

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

1 CENTRO DIURNO INTEGRATO

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

3 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

1 PSICOLOGIA CLINICA

- Psicologia Clinica, c/o POT Bollate

2 SERT – SERVIZIO TOSSICODIPENDENZE

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

1 NUCLEO OPERATIVO ALCOLDIPENDENZE

- NOA, c/o POT Bollate



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 una 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 Azienda ed i servizi offerti.

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'interesse 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 2020 posso 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 2020

Gli obiettivi strategici sono stati programmati su base triennale, focalizzandosi su 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.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

In seguito all'insorgenza dei primi casi di Covid-19, sono stati presi diversi provvedimenti da parte del Governo. Innanzitutto, con la Delibera di Giunta Regionale N.2906 dell'8 Marzo 2020 è stata approvata una profonda rimodulazione delle attività di ricovero ospedaliero e la radicale sospensione dell'attività ambulatoriale, ad eccezione delle prestazioni non differibili, ciò al fine di recuperare risorse mediche e infermieristiche per potenziare l'area ricovero e pronto soccorso, incrementare il numero di posti letto disponibili nelle strutture pubbliche e private accreditate e a contratto, e consentire un adeguato livello di prestazioni sanitarie e socio sanitarie anche per pazienti non affetti da COVID-19, nel rispetto dei criteri di sicurezza. Successivamente è stata riorganizzata la rete dei presidi HUB e SPOKE per le patologie tempo dipendenti, nonché la rete regionale delle alte specialità. Si rendeva infatti necessario provvedere tanto alla gestione "dell'esplosione" di pazienti affetti da COVID-19 quanto garantire la continuità di cura ai pazienti lombardi, all'interno delle reti di patologia tempo-dipendenti.

Con Circolare del 21 aprile 2020, la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia ha autorizzato le strutture a programmare, nel breve periodo, un aumento graduale e progressivo dell'attività di ricovero e ambulatoriale, compatibilmente alle risorse disponibili, alla capacità ricettiva dell'ospedale, alle necessità di sanificare gli ambienti, alla disponibilità del personale effettivo in forza alla struttura, nonché alla disponibilità delle indagini necessarie ad escludere la potenziale contagiosità dei pazienti.

Il diminuire dei contagi durante il periodo estivo ha permesso alle strutture di riprendere le attività quasi a pieno regime; successivamente, con l'avvento della seconda ondata pandemica ci si è trovati di fronte ad un nuovo incremento dei positivi che necessitavano di particolare assistenza; ciò ha reso necessario rimodulare ulteriormente le attività al fine di investire parte delle risorse di personale medico ed infermieristico per la cura dei pazienti Covid.

MATRICE DEGLI OBIETTIVI PER L'ANNO 2020

In sintesi si espongono di seguito gli obiettivi strategici con relativi indicatori e lo stato di raggiungimento per l'anno 2020.

Indicatori di Efficacia Esterna

OBIETTIVO	ACCESSIBILITÀ E PREVENZIONE Ampliamento delle classi di età di screening colon retto e mammella
INDICATORE	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 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
TARGET 2020	1. Volume erogato pari al volume richiesto da ATS (100%) 2. Rispetto dei tempi di attesa in caso di positività allo screening (< 28 giorni per almeno il 90% dei casi positivi).

RISULTATI OTTENUTI

Nell'anno 2020, a seguito della pandemia, anche la campagna di screening ha subito un rallentamento; nonostante ciò il Servizio di Radiologia ed il Servizio di endoscopia hanno assicurato le prestazioni a tutti gli utenti che si sono presentati a seguito dell'invito di ATS.

Il Decreto n. 3351 del 14/03/2020, in ragione dell'evoluzione del quadro epidemiologico, ha sospeso le attività di primo livello degli screening oncologici determinando un allungamento dei tempi previsti per gli accertamenti del tumore colon-rettale oltre la soglia dei 30gg.

Screening mammografico:

SCREENING MAMMOGRAFICO E TEMPI DI ATTESA PER GLI APPROFONDIMENTI			
	TOTALE	%<28gg	%>28gg
P.O. DI GARBAGNATE MIL.SE	2.658	100,00%	0,00%
P.O. DI RHO	4.666	100,00%	0,00%
P.O.T. DI BOLLATE	1.741	100,00%	0,00%
TOTALE	9.065	100%	0,00%

Screening colon retto:

SCREENING COLON-RETTO E TEMPI DI ATTESA PER GLI APPROFONDIMENTI			
	TOTALE	%<30gg	%>30gg
P.O. DI GARBAGNATE MIL.SE	54	2,00%	98,00%
P.O. DI RHO	20	60,00%	40,00%
TOTALE	74	18,00%	82,00%

L'ASST Rhodense ha dovuto rivedere le agende in relazione alle inderogabili esigenze organizzative interne al fine di garantire l'offerta assistenziale per i pazienti affetti da Sars-Cov-2. In particolare:

- Prestazioni di Radiologia: nell'anno preso in esame, da marzo a dicembre, presso il P.O. di Garbagnate Mil.se erano attivi reparti COVID19 che hanno richiesto apparecchiature TAC ed RM dedicate, ridimensionando l'offerta per l'utenza ambulatoriale. Ciò nonostante, tutti i pazienti "sospesi" durante la prima ondata sono stati ricontattati e ricalendarizzati;
- Prestazioni di Pneumologia e di altre Specialità dell'area medica: l'attività a favore di degenti COVID19 è proseguita anche nel periodo estivo, limitando la riapertura di alcune agende soprattutto dell'area pneumologica. Quest'ultima è stata impegnata anche negli ambulatori di follow-up dei pazienti COVID19 dimessi. È stata accordata la massima priorità alla riapertura degli ambulatori di secondo livello;
- Il fenomeno del no-show ha inciso in modo significativo, nonostante il triage telefonico adottato come misura di screening.

Sono state comunque sempre garantite:

- le prestazioni urgenti e quelle non differibili (quali ad esempio chemioterapia, radioterapia, dialisi ecc.), per le prestazioni dell'area salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta e dei servizi sulle dipendenze;
- le attività relative alle vaccinazioni, agli screening oncologici e le attività delle commissioni medico legali;
- le consegne degli esiti/referti delle prestazioni già effettuate;
- la presa in carico delle donne gravide e tutti i percorsi dell'area materno-infantile;
- l'aggiornamento dei piani terapeutici.

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 nel PNGLA 2020-2022.
TARGET 2020	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, in particolare per le classi più critiche.

RISULTATI OTTENUTI

I monitoraggi mensili dei mesi di Gennaio e Febbraio previsti per l'annualità 2020 sono risultati, per la loro totalità, in linea.

Nei mesi da Marzo a Dicembre 2020 non è stata effettuata rilevazione dei TMA per i ricoveri, in quanto sospesa a causa della pandemia Covid-19.

Presso il P.O. di Rho sono stati garantiti, durante tutto i mesi di Marzo, Aprile e Maggio, le urgenze, le classi A oncologiche, i tagli cesarei, per un totale di 407 interventi elettivi e 215 interventi urgenti.

Si evidenzia come nel primo semestre 2020, nonostante l'emergenza COVID, la Breast Unit aziendale abbia risposto alle esigenze di salute delle donne effettuando il 16% degli interventi in più rispetto ad analogo periodo dell'anno precedente.

Presso il P.O. di Garbagnate Mil.se sono stati garantiti, durante tutto il periodo della pandemia, i tagli cesarei e gli interventi ostetrici, oltre a tutta l'attività BIC/BOCA dell'Oculistica.

La ripresa dell'attività ordinaria di ricovero a partire dal mese di Maggio è stata graduale su entrambi i PP.OO., coerentemente con la chiusura dei reparti COVID. Tutti i pazienti in attesa di intervento chirurgico in regime ordinario, day surgery e ambulatoriale (BIC/BOCA) in Classe di Priorità A in lista d'attesa prima della pandemia, sono stati contattati.

Per la ripartenza, a livello aziendale, è stato effettuato un lavoro di pianificazione delle sedute chirurgiche da eseguire in ogni struttura.

A seguito della seconda ondata, nel mese di novembre 2020, il Blocco Operatorio di Garbagnate Mil.se è stato riconvertito in Terapia Intensiva per pazienti COVID19 decretando la chiusura dell'attività chirurgica sul P.O.

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	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO/FRAGILE (PIC) Attività di presa in carico dei pazienti cronici
INDICATORE	1. Prosecuzione del percorso di presa in carico secondo le indicazioni di RL 2. Definizione delle modalità di arruolamento pro-attivo
TARGET 2020	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.

RISULTATI OTTENUTI

1. Prosecuzione del percorso di presa in carico secondo le indicazioni di RL

Con specifica nota, il Direttore Generale di ATS Milano Città Metropolitana, al fine di procedere alla verifica del rispetto delle dotazioni strumentali, tecnologiche e professionali poste in essere dalla nostra Azienda – così come previsto dalla DGR 1863/2019 – trasmetteva questionario che, nel rispetto delle indicazioni fornite dai competenti ufficio di ATS, veniva dagli uffici della DSS debitamente compilato restituito ad ATS nel rispetto dei termini indicati dalla Direzione Generale nella sopra citata nota.

In data 14/07/2020, in esito alle verifiche effettuate sul questionario inoltrato, ATS Milano formulava richiesta di integrazione rispetto a quanto indicato dalla nostra Azienda, esclusivamente in merito al "*Punto H, Relazioni con il pubblico*", chiedendo di meglio esplicitare le procedure messe in atto dall'Azienda per garantire la rilevazione della soddisfazione dell'utenza. Il riscontro ad ATS è stato inviato nei termini di dieci giorni dalla richiesta, così come indicato nella predetta nota.

Nello specifico il questionario - conservato in atti d'ufficio - chiedeva la rendicontazione delle attività, delle dotazioni strumentali, tecnologiche e professionali poste in essere dall'Azienda, così come di seguito brevemente riassunto:

A. PERSONALE: facendo riferimento alle attività specifiche della PIC, al Centro Multiservizi sono stati assegnati n.1 dirigente medico, n. 7 Infermieri e n.1 assistente amministrativo- addetto all'accoglienza.

B. DOTAZIONI INFORMATICHE: il software è stato validato da LISPA/ARI, ed in seguito è stato validato il sistema EPIC ; Il fornitore ha certificato il rispetto della normativa sui dati personali.

C. CENTRO SERVIZI: è stato istituito presso il Presidio Ospedaliero Territoriale (POT) di Bollate, dove sono stati definiti orari e giornate di apertura del servizio. Sono state definite specifiche attività di integrazione tra Centro Servizi e Erogatore/Clinical Manager mediante :

- Modalità di visibilità e accesso alle agende di prenotazione mediante GSA ;
- Accordo con i MMG circa i volumi di prestazioni prenotabili.

Sono state altresì definite specifiche attività di integrazione tra Centro Servizi e paziente arruolato quali:

- Modalità di promozione proattiva dell'effettuazione di quanto programmato nel PAI: contatto costante con il Case Manager di riferimento;
- Modalità di gestione delle prenotazioni:
 - o attività di recall (tempistica e modalità): Case Manager con comunicazione telefonica e invio e-mail, disponibilità delle prescrizioni sul FSE;
 - o sistema di disdetta (tempistica e modalità): telefonica tempestiva;

D. PROGETTAZIONE E MONITORAGGIO ATTIVITA': per quanto concerne le modalità di verifica dell'effettuazione di quanto programmato, è stato creato un data base che consente di programmare le visite e monitorarne l'effettuazione da parte del paziente (in attesa dell'integrazione IRISS e GSA). A conclusione del percorso al paziente viene offerta la possibilità di un colloquio conclusivo con il Clinical Manager. Invece, per quanto concerne le modalità di verifica della congruenza temporale tra la data programmata nel PAI e l'effettiva erogazione, il sistema IRISS integrato con GSA consente di avere un report analitico in cui si registri lo scostamento tra programmato ed erogato. In caso di scarsa/mancata aderenza al percorso vengono attuate azioni correttive quali la chiamata telefonica per fissare un nuovo appuntamento.

E. PATTO DI CURA : è stato approvato uno specifico protocollo per la firma e la conservazione del patto di cura, che viene conservato sia in formato cartaceo che digitale, e una copia viene consegnata al Paziente.

F. FORMAZIONE DEL PERSONALE : per il personale infermieristico assegnato al Centro Servizi è previsto un piano formativo che prevede la realizzazione di n. 1 evento articolato sui temi specifici della modalità organizzativa e di gestione del case mix afferente al centro Multiservizi, con particolare orientamento alla gestione della cronicità. L'evento - accreditato ECM, era stato previsto entro il mese di aprile 2021 ma, a causa del protrarsi delle restrizioni relative all'attività formativa in presenza è stato calendarizzato nel terzo quadrimestre dell'anno 2021.

G. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: per quanto concerne le Modalità di gestione dei dati personali, con particolare riferimento al rispetto dei contenuti di cui all. 4 DGR 754/2018, l'Informativa di cui agli art. 13 e 14 del GDPR è stata predisposta da ATS sulla falsa-riga di una modulistica approvata dalla Regione Lombardia, che non sono aggiornate in funzione delle recenti modifiche normative. A tale proposito il personale sanitario consegna agli utenti un'informativa ed un consenso "standard" predisposti dalla nostra Azienda (conservati in atti d'ufficio) conformemente alle più recenti disposizioni normative.

H. RELAZIONI CON IL PUBBLICO: l'Azienda ha predisposto una procedura Gestione Customer Satisfaction ed una procedura per la Gestione Reclami.

I. POLIZZA ASSICURATIVA: l'azienda ha una copertura assicurativa GENERALE DELL'ENTE garantita dall'Agenzia Generali Italia S.p.A. – Gerenza di Milano, con N. Polizza RCT/O n. 380789525, per € 20.000.000,00 massimale per sinistro ed € 40.000.000,00 per periodo di assicurazione, che contempla responsabilità civile verso terzi (RTC) e responsabilità civile verso prestatori di lavoro(RCO).

2. Arruolamento proattivo

La proposta di arruolamento in ambito della presa in carico per alcune patologie avviene a cura del Personale di reparto:

1. in occasione delle dimissioni, ai pazienti cronici che abbiano avuto un episodio di ricovero;
2. da parte dello specialista in occasione delle visite specialistiche ambulatoriali, accesso PS, ricovero;

In ogni occasione utile di contatto: accesso PS, ricovero, visita specialistica ambulatoriale, nonché al momento della dimissione, verranno fornite ai pazienti accurate informazioni in merito al modello della presa in carico e alle modalità per accedervi, nonché alla pluralità di gestori cui potrà fare riferimento, attuando la propria libertà di scelta.

L'approccio proattivo della presa in carico della cronicità è stato in corso d'anno realizzato anche attraverso:

- riconoscimento di modelli aziendali già attivi che valorizzino la presa in carico;
- i componenti del Tavolo di lavoro PIC sono stati costantemente mantenuti informati rispetto alle indicazioni e richieste di informazioni pervenute da ATS Milano

Variazioni rilevanti rispetto all'anno 2019 : dal 1/9/2020 l'ambulatorio infermieristico del CMS garantisce una fascia di apertura più ampia rispetto all'anno precedente osservando un orario giornaliero dalle 8:00 alle ore 16:00 dal lunedì al venerdì e dalle 8:00 alle 12:30 il sabato, la domenica e i giorni festivi. Per quanto concerne l'organizzazione del centro Servizi, in considerazione dei risultati ottenuti nell'anno 2019, si è ritenuto di confermarla anche per l'anno 2020.

Premesso tutto quanto sopra ed in considerazione del fatto che nessuna ulteriore richiesta di integrazione / aggiornamento (ad eccezione della citata nota del 14 luglio 2020) è pervenuta all'attenzione della Direzione Sociosanitaria, si possono ritenere raggiunti i TARGET 2020 punto 1) e 2) riferiti agli indicatori di programmazione ed erogazione e agli strumenti e percorsi per l'arruolamento proattivo. Si presume pertanto che la documentazione inviata ad ATS, conservata in atti d'ufficio e sopra succintamente riassunta, sia stata ritenuta dalla stessa adeguata e le attività di controllo e monitoraggio effettuate sulla nostra Azienda, abbiano dato esito positivo rispetto al raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

OBIETTIVO	POTENZIAMENTO DEGLI STRUMENTI DI RETE Implementazione del modello delle reti clinico-assistenziali, con focus sull'integrazione ospedale-territorio.
INDICATORE	1. Potenziamento dei consultori famigliari 2. Presa in carico proattiva delle persone anziane (over 75enni) e con malattie croniche
TARGET 2020	1. Avvio sperimentale dell'Ostetrica di Famiglia e Comunità per la gestione della gravidanza fisiologica e l'assistenza al domicilio delle puerpere (home visiting); 2. Avvio sperimentale prevista dell'Infermiere di famiglia e di comunità.

RISULTATI OTTENUTI

L'emergenza di Covid-19 della prima e della seconda ondata ha evidenziato in modo chiaro che senza un potenziamento dell'assistenza sul territorio, l'ondata di contagi rischia di travolgere il sistema ospedaliero, anche quello più efficiente.

L'Azienda, che ha costantemente promosso la valorizzazione delle competenze infermieristiche, ha individuato, tra i setting assistenziali privilegiati, anche l'assistenza territoriale e, nel rispetto delle disposizioni contenute nel c.d. *Decreto Rilancio*, ha riconosciuto la necessità dell'introduzione dell'infermiere di famiglia e comunità (IFC).

La figura di IFC, prevista dal Patto della Salute 2019-2021 e riaffermata dalla legge 77/2020 - che ha previsto l'inserimento di circa 9500 IFC, di cui 1600 nella Regione Lombardia - va collocata in una prospettiva di medio/lungo periodo come figura fondamentale che contribuirà al potenziamento dell'attenzione sui pazienti cronici, con disabilità, con disagio psichico e mentale, fragili, post fasi acute e altri. A tal fine è stato redatto un "Progetto di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale attraverso l'inserimento dell'infermiere di famiglia e di comunità". Il personale della DAPSS, d'intesa con la Direzione Sociosanitaria, ha aderito ad una specifica proposta formativa formulata da Polis Lombardia che ha organizzato, per l'anno 2021, un percorso di formazione regionale orientato al Life long learning, che mira a consentire l'acquisizione di competenze adeguate all'esercizio della funzione professionale attraverso un apprendimento esperienziale, con l'obiettivo di formare figure di supporto sia alla presa in carico dei pazienti COVID-19, che si è spostata ormai sul territorio, sia per l'assistenza alla persona con cronicità e fragilità.

In ottemperanza a quanto disposto da RL relativamente alla Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale, a partire dal 2018 e nel corso del 2019 /2020, è stato elaborato il progetto integrato tra il Dipartimento Materno Infantile e l' UOC Tutela della famiglia denominato POST PARTO: L'OSTETRICA A DOMICILIO.

Il progetto ha la finalità di assicurare la continuità assistenziale alla dimissione dall'ospedale e la presa in carico nel post-parto, della puerpera, del suo bambino e della famiglia, da parte di personale qualificato, attraverso l'implementazione di un percorso integrato tra i Servizi ospedalieri e i Consultori Familiari.

Le UU.OO./Servizi aziendali coinvolti in questo percorso sono: Ostetricia/Ginecologia/ Nido/Terapia Subintensiva Neonatale dei PP.OO. di Garbagnate Mil.se e di Rho e tutti i Consultori Familiari.



In sintesi, il progetto prevede che, alle mamme residenti nei comuni dell'ASST e che partoriscono nei due punti nascita aziendali, durante la presa in carico in ospedale venga proposta la continuità assistenziale dopo la dimissione, attraverso una visita ostetrica al domicilio, da parte dell'Ostetrica del Consultorio Familiare di riferimento.

Se la mamma acconsente, la visita avrà luogo entro una settimana dalla dimissione in base alla priorità assistenziale della diade mamma-neonato rilevata dall'ostetrica ospedaliera in fase di dimissione.

Qualora la mamma non acconsentisse alla visita domiciliare, viene comunque proposto l'intervento del Consultorio Familiare e la presa in carico da parte dello stesso, attraverso interventi di counselling telefonico e consulenze da remoto.

Tutti gli interventi sono finalizzati al monitoraggio della salute della puerpera e del neonato, al benessere loro e della famiglia, al sostegno durante il puerperio e dell'allattamento.



OBIETTIVO	BREAST UNIT Potenziamento della Breast Unit interaziendale e mantenimento degli standard previsti dal PNE in termini di volumi e di esiti
INDICATORE	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
TARGET 2020	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 intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella (<8%)

RISULTATI OTTENUTI

La Breast Unit:

- assicura la presenza di professionisti che dedicano tutta o la maggior parte della propria attività al trattamento della mammella (chirurghi, radiologi, patologi, oncologi, infermieri, tecnici di radiologia) e di molte altre figure: psiconcologo, chirurgo plastico, fisiatra, fisioterapista e medico nucleare specializzati nella patologia mammaria, data manager. Il coordinatore clinico è identificato nel Responsabile dell'U.O.S.D. Breast Unit dell'ASST Rhodense;
- garantisce la tempestività nella diagnosi;
- svolge le riunioni multidisciplinari settimanali per discutere collegialmente ogni singolo caso, sia prima dell'intervento chirurgico, sia dopo. A queste riunioni partecipano professionisti che hanno una competenza specifica nel carcinoma della mammella. In particolare: radiologo, anatomo-patologo, chirurgo, oncologo medico e un infermiere di senologia. La seduta si conclude con la compilazione di una scheda che riassume i dati clinici della donna e le decisioni, ed individua gli specialisti che effettueranno il colloquio con l'assistita e che la prenderanno in carico;
- condivide le possibili proposte terapeutiche con la paziente, tenendo conto della sua età biologica, delle caratteristiche cliniche e delle sue preferenze, mirando alla partecipazione informata;
- adotta le linee guida per la diagnosi e il trattamento del tumore alla mammella a tutti gli stadi e per la riabilitazione psicofisica della paziente;
- organizza audit periodici per la valutazione dell'attività del centro;
- svolge attività formativa per il personale;
- utilizza un database per la raccolta dei dati e per il controllo di qualità.

È stato approvato il PDTA interaziendale con la Clinica San Carlo di Paderno Dugnano secondo il modello Hub&Spoke.

Indicatore 1 - Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.

Periodo Gennaio-Dicembre: complessivamente +6 interventi rispetto ad analogo periodo (+4,14%):

- dimessi 2019: 145
- dimessi 2020: 151

Centralizzazione sul P.O. di Rho di tutti gli interventi per tumore maligno della mammella.

Raggiunto il volume di attività superiore a 135 interventi annui richiesto per la Breast Unit.

Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui

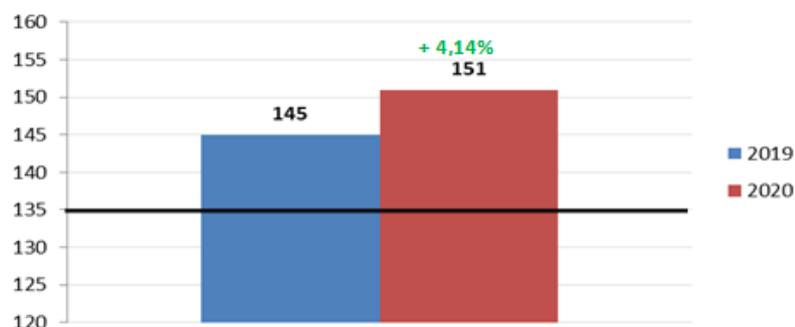


Figura 1 - confronto anno 2019-2020 rispetto allo standard

Indicatore 2 -Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella. Periodo Gennaio-Dicembre: 2,80% (3 casi su 107) – Fascia 1 PNE.

Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella



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	<ol style="list-style-type: none"> 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
TARGET 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizzo dell'App SALUTILE Ricette per il ritiro del farmaco 2. Utilizzo della Carta Nazionale dei Servizi per il ritiro del farmaco

RISULTATI OTTENUTI

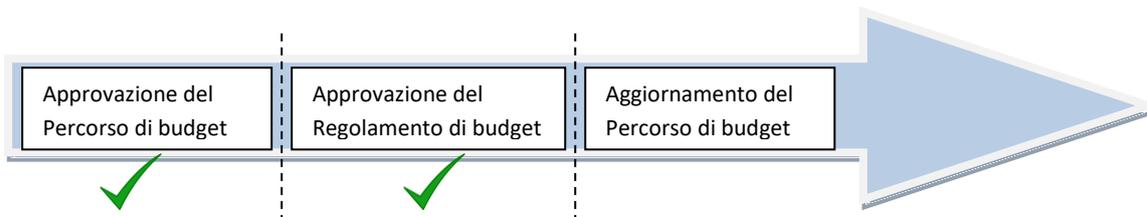
È proseguita per tutto l'anno 2020 la collaborazione con Federfarma Lombardia ed Assofarm/Confservizi Lombardia per l'attuazione della sperimentazione relativa all'utilizzo del servizio messo a disposizione da RL e LISPA denominato "SALUTILE Ricette". I pazienti cronici che hanno scaricato l'APP hanno potuto ritirare i farmaci con ricette ripetute senza dover tornare dal medico a ritirare il promemoria.

Purtroppo, a seguito dello scoppio della pandemia da SARS CoV 2 non si è potuto investire risorse interne sullo sviluppo ulteriore della sperimentazione che prevedeva il ritiro dei farmaci mediante l'utilizzo della Carta Nazionale dei Servizi.

Indicatori di Efficienza Organizzativa

OBIETTIVO	VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE Aggiornamento del ciclo di programmazione e declinazione degli obiettivi strategici aziendali
INDICATORE	1. Implementazione del percorso di budget per il triennio 2020-2022 2. Implementazione del Regolamento di budget per l'anno 2020
TARGET 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

RISULTATI OTTENUTI



La procedura approvata ha lo scopo di descrivere il Processo di Budget attraverso la definizione delle fasi che lo compongono, dettagliando gli obiettivi, le tempistiche ed il ruolo degli attori in esso coinvolti. Si inserisce nell'ambito del Percorso Aziendale per la Certificabilità del Bilancio con lo scopo di analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità.

Il Processo di Budget è da intendersi quale strumento operativo di Programmazione e controllo di breve periodo:

- a livello aziendale il Processo di Budget permette la traduzione delle strategie pluriennali sintetizzate nel Piano della Performance triennale in obiettivi annuali e l'allocazione delle risorse disponibili, in un contesto caratterizzato da una domanda di prestazioni in crescita ed in evoluzione a fronte di un livello di risorse disponibili pre-definite;
- a livello di singola articolazione aziendale il Processo di Budget è un momento di indicazione e di condivisione degli obiettivi in coerenza con le strategie aziendali, e di responsabilizzazione sui livelli di attività qualitativi/quantitativi in coerenza con le risorse disponibili.

Il Percorso di Budget è quindi lo strumento attraverso il quale si concretizza il processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa.

La procedura regola il percorso di negoziazione del budget e di declinazione degli obiettivi ad esso connessi alle articolazioni aziendali, all'interno delle risorse disponibili, normandone le fasi di individuazione, definizione, assegnazione, monitoraggio, revisione, valutazione e rivalutazione (2° istanza) degli esiti.

OBIETTIVO	VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE Predisposizione ed implementazione del piano di organizzazione aziendale strategico (Poas) per il triennio 2020-2022
INDICATORE	Applicazione ed eventuale aggiornamento
TARGET 2020	Cronoprogramma inserito nel Piano

RISULTATI OTTENUTI

A seguito dello scoppio della pandemia la Direzione Generale Welfare ha sospeso le modifiche organizzative e l'emissione di Linee guida specifiche per la definizione dei nuovi assetti aziendali al fine di concentrare tutte le energie nell'assistenza ai pazienti COVID.

Sono comunque stati individuati alcuni ambiti oggetto di potenziamento, in continuità con il percorso intrapreso nel triennio precedente ed 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;
- 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

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	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
TARGET 2020	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

RISULTATI OTTENUTI

I problemi legati alla gestione dei flussi dei pazienti che ogni giorno si rivolgono ai Pronto Soccorso rappresentano sempre di più una criticità per l'ospedale nella sua interezza. Pertanto si rende necessario trovare soluzioni organizzative circa il deflusso dei pazienti dell'area di emergenza attraverso la regolamentazione delle modalità di accesso alle stesse e ad una gestione dedicata dei posti letto ospedalieri in grado di migliorare la capacità di rendere disponibili i posti letto all'interno dei reparti in modo più veloce nel rispetto della sicurezza dei pazienti.

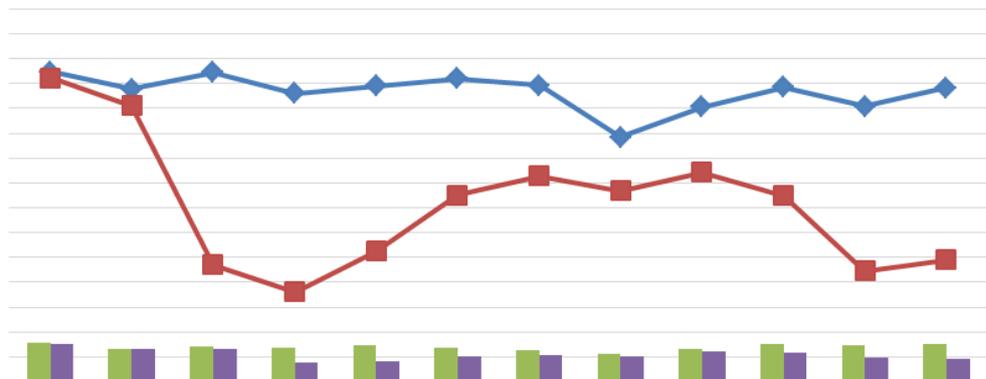
Pertanto, per far fronte alle situazioni di criticità legate al sovraffollamento dei pazienti che solitamente si genera in Pronto Soccorso, nel corso del 2020 l'Asst-Rhodense ha istituito una nuova figura professionale, il Bed Manager. Egli ha dunque il ruolo di ricondurre i comportamenti assistenziali ad un modello omogeneo e funzionale per garantire, in qualunque momento e situazione, la migliore collocazione del paziente che necessita di ricovero ospedaliero urgente in base alle sue condizioni cliniche e alla disponibilità contingente dei posti letto della struttura accettante.

Per l'anno 2020 non è stato redatto il Piano di Gestione del Sovraffollamento a causa della seconda ondata pandemica. Allo stesso modo non si ritiene di poter confrontare gli indicatori dell'anno 2019 e 2020 relativi all'area critica.

Si riporta, a titolo esemplificativo, il confronto tra il numero di accessi in PS nell'anno 2019 e 2020:



Numero accessi e ricoveri da PS 2019-2020



	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Ricoveri da PS 2019	1.237	1.069	1.125	1.110	1.161	1.074	1.011	881	1.052	1.209	1.170	1.210
Ricoveri da PS 2020	1.195	1.035	1.038	611	636	811	845	815	957	941	777	717
Accessi 2019	9.982	9.415	9.956	9.279	9.515	9.767	9.538	7.863	8.851	9.481	8.873	9.454
Accessi 2020	9.779	8.879	3.761	2.882	4.206	6.000	6.612	6.153	6.745	5.982	3.571	3.916

OBIETTIVO	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI
INDICATORE	1. Attività formative 2. Attività di audit 3. Riduzione dei consumi per la classe ATC J01
TARGET 2020	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

RISULTATI OTTENUTI

Nel corso dei mesi di Gennaio e Febbraio 2020 si sono tenute 6 edizioni del corso "Progetto ASCHI - Antibiotic Stewardship and Control of Hospital Infection - La gestione delle malattie infettive diffuse presso i PS dell'Azienda" che ha coinvolto più di 100 professionisti tra medici, infermieri, operatori socio-sanitari e direzioni mediche di presidio. La successiva esplosione dell'emergenza legata alla pandemia COVID ha poi di fatto bloccato ogni altra iniziativa formativa.

Finalità del corso è stata quella di fornire al personale medico ed infermieristico che opera principalmente nei PS dell'Azienda elementi e strumenti per gestire i casi di malattie infettive diffuse di più frequente riscontro in tale contesto: TBC, malaria e febbri al ritorno dai tropici e meningite. Particolare attenzione era stata posta sulle modalità di utilizzo dei DPI (mascherine, camici monouso, visiere, etc) che poi si è rivelata utile e propedeutica anche per affrontare le fasi iniziali della pandemia da COVID. Diffondere la conoscenza dei contenuti dei documenti aziendali sulla gestione delle suddette patologie. I risultati del progetto ASCHI sono stati presentati al Congresso Nazionale FADOI.

Nel corso del 2020 sono stati effettuati solo due audit in quanto, con l'avvento della pandemia gli stessi sono stati interrotti.

Il monitoraggio del consumo di antibiotici e prescrizione di antibiotici ATC J01 effettuato nel primo bimestre 2020 è risultato stabile rispetto al primo bimestre 2019. Anche in questo caso l'attività è stata sospesa per il Covid 19.

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 2020	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)

RISULTATI OTTENUTI

Il monitoraggio degli indicatori PNE e del Network delle Regioni attraverso il portale regionale è proseguito per tutto il 2020. Tuttavia, lo stravolgimento dell'organizzazione dei presidi ospedalieri e delle priorità a causa dell'emergenza COVID ha di fatto reso impossibile proseguire nell'attività di continua verifica della qualità delle prestazioni erogate dall'ASST Rhodense rispetto allo storico aziendale e ai benchmark Regionali. Quello che è sicuramente valutabile è il forte impatto negativo che ha avuto la pandemia COVID su pressoché tutti gli indicatori clinici. Anche l'attività di audit documentale è stata sospesa.

Nel rispetto delle misure di contenimento del contagio, è stata garantita la continuità dell'attività di ricovero e cura dei pazienti COVID free. Di seguito i risultati raggiunti negli indicatori core individuati dalla D.G.R. N. XI/3520/2020.

AREA CLINICA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	RAPPORTO	FASCIA
CHIRURGIA GENERALE	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	72	115	63%	3
CHIRURGIA ONCOLOGICA	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	151	151	100%	1
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	272	1.437	19%	2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	166	200	83%	1

OBIETTIVO	DIMISSIONI PROTETTE Semplificare, ottimizzare e facilitare il percorso di cura dei pazienti cronici grazie alla dematerializzazione delle prescrizioni dei farmaci
INDICATORE	1. Completezza della documentazione necessaria al passaggio in cura ospedale/territorio (scala di Brass, valutazione assistente sociale e lettera di dimissione infermieristica)
TARGET 2020	1. Presenza della documentazione nel 50 % delle dimissioni protette su campionamento secondo le indicazioni del PriMO

RISULTATI OTTENUTI

L'attività di audit sulla documentazione sanitaria è stata sospesa a causa dell'emergenza COVID. Tuttavia le misure organizzative implementate per la gestione dell'emergenza hanno consentito di aumentare enormemente la percentuale di "dematerializzazione" della documentazione sanitaria e la digitalizzazione delle comunicazioni tra ospedale e territorio. In particolare, proprio le limitazioni legate al COVID, hanno favorito l'utilizzo della ricetta dematerializzata per la prescrizione dei farmaci e prestazioni.

La DGR XI/2906 del 08/3/2020 ha previsto la gestione centralizzata delle dimissioni post ospedaliere verso le strutture, al fine di liberare rapidamente posti letto di Terapia Intensiva e Sub Intensiva e in regime di ricovero ordinario dagli ospedali per acuti verso ricoveri in posti letto subacuti, postacuti, riabilitazione specialistica sanitaria, cure intermedie intensive ed estensive, RSA (Cure Extra Ospedaliere).

Pertanto si è reso necessario attivare il flusso dalla ASST Rhodense alla Centrale Unica Regionale Dimissioni Post Ospedaliere (o Centrale Extra Ospedaliere – CEO) attraverso la piattaforma PRIAMO CUDPO (Portale di Dimissione PostOspedaliere).

Il portale ha fornito ai Case Manager dei PP.OO. gli strumenti applicativi per gestire tutte le attività clinico amministrative e logistiche in modo agevole.

Le Case Manager si sono rapportate con l'unità operativa e il Servizio Sociale Ospedaliero per organizzare il trasferimento del paziente e i colloqui con i familiari in caso di inserimento in RSA.

Indicatori di economicità

OBIETTIVO	ECONOMICITA' Percorso di Certificabilità dei Bilanci
INDICATORE	Monitoraggio e corretta rendicontazione secondo le procedure approvate
TARGET 2020	Indicatori e cronoprogramma inseriti nelle procedure

RISULTATI OTTENUTI

Nel corso del 2020 tutto ciò che è stato inserito nelle procedure PAC, in termini di indicatori e cronoprogramma, è stato, in linea di massima e compatibilmente con la pandemia in atto, **rispettato**.





OBIETTIVO	ECONOMICITA' Rispetto delle fonti di finanziamento per gli investimenti
INDICATORE	Definizione del piano investimenti 2020-2022 con evidenza delle fonti di finanziamento e delle eventuali integrazioni a fronte di specifiche DGR
TARGET 2020	1. investimenti previsti nel piano investimenti / investimenti finanziati (target 100%) 2. valore investimenti previsti/ valore stanziato DGR (target 100%)

RISULTATI OTTENUTI

Tutti gli investimenti previsti del piano e quelli realizzati nel 2020 sono finanziati o da contributi regionali o da contributi in conto capitale da III. Obiettivo raggiunto al 100% come acquisti e lavori iniziati nell'anno 2020.





OBIETTIVO	ECONOMICITA' Rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori (30-60 gg.)
INDICATORE	Miglioramento dei tempi di pagamento verso fornitori rispetto allo storico
TARGET 2020	Indice di tempestività dei pagamenti

RISULTATI OTTENUTI

L'indice di tempestività dei pagamenti del 2020 è negativo, si attesta a: **- 10,18**.



La presente Relazione è stata validata dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in data: 15 giugno 2021.