



RELAZIONE AL PIANO DELLA PERFORMANCE

Anno 2021

INTRODUZIONE AL PIANO DELLA PERFORMANCE – RIFERIMENTI NORMATIVI	3
PREMESSA	4
RELAZIONE AL PIANO DELLA PERFORMANCE – ANNO 2021	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 2021	9
ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	9
IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE.....	11
IL COLLEGAMENTO CON I PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITÀ’ DEL BILANCIO	13
IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL’ORGANIZZAZIONE (PrIMO)	14
IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DI INTERNAL AUDIT.....	15
IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO TRIENNALE DI AZIONI POSITIVE	17
IL COLLEGAMENTO CON IL POLA – PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE	18
MATRICE DEGLI OBIETTIVI PER L’ANNO 2021	20



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.
- Le Linee Guida n.3/2018 del Dipartimento della funzione pubblica, ad oggetto: "Line Guida per la Relazione annuale sulla Performance", indicazioni in merito alle modalità di redazione della Relazione annuale sulla performance (nel seguito Relazione) da parte delle amministrazioni e alle modalità di validazione della stessa da parte degli Organismi Indipendenti di Valutazione (nel seguito OIV).



PREMESSA

Alcuni obiettivi presenti nel documento “PIANO DELLA PERFORMANCE – ANNO 2021” sono stati sospesi a seguito della riorganizzazione delle attività che si è resa necessaria per far fronte al perdurare dello stato emergenziale.

RELAZIONE AL PIANO DELLA PERFORMANCE – ANNO 2021

La Relazione al Piano della Performance 2021 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 2021 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 sociosanitario 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:

PRESIDI OSPEDALIERI

- Presidio Ospedaliero di Garbagnate Milanese, Viale Forlanini, 95
- Presidio Ospedaliero di Passirana, Via Settembrini, 1
- Presidio Ospedaliero di Rho, Corso Europa, 250.

PRESIDIO OSPEDALIERO TERRITORIALE (POT)

- Presidio Ospedaliero Territoriale di Bollate, via Piave, 20

PRESIDI TERRITORIALI (EX DISTRETTI SOCIO SANITARI)

- Presidio Territoriale di Corsico, Via Marzabotto, 12

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

POLIAMBULATORI TERRITORIALI

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

CONSULTORI FAMILIARI

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

CENTRI PRELIEVO TERRITORIALI

- Centro Prelievi Territoriale di Arese, Via Col di Lana, 10
- Centro Prelievi Territoriale di Bollate Ospedale, Via Piave, 20
- Centro Prelievi Territoriale di Bollate Cassina Nuova, Via Madonna, 10
- Attività Prelievi Territoriale di Cerchiate, Via Risorgimento angolo Via Matteotti
- Centro Prelievi Territoriale di Cesate, Via Donizetti, 326
- Centro Prelievi Territoriale di Cornaredo, Piazzetta Europa, 15
- Centro Prelievi Territoriale di Corsico, Via Dei Lavoratori, 42
- Centro Prelievi Territoriale di Garbagnate M. Ospedale, Viale Forlanini, 95
- Centro Prelievi Territoriale di Garbagnate M. Centro, Via Milano, 144
- Centro Prelievi Territoriale di Lainate, Piazza Matteotti, 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

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

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

CENTRO DIURNO INTEGRATO

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

CENTRI DIURNI DISABILI

- CDD di Lainate, Via San Bernardo, 5 - frazione Barbaiana
- CDD di Trezzano S/N, Via Tintoretto 1
- CDD di Rho, Via Settembrini 1, Passirana di Rho

SERT – SERVIZIO RECUPERO TOSSICODIPENDENZE

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

NUCLEO OPERATIVO ALCODIPENDENZE

- NOA c/o POT Bollate, via Piave, 20

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)

STRUTTURE TERRITORIALI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

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

PSICOLOGIA CLINICA

- Psicologia Clinica, c/o POT Bollate



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

Nel percorso assistenziale è previsto 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 2021 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 2021

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 - nei primi mesi del 2020 - 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 di ricovero e di pronto soccorso, incrementare il numero di posti letto disponibili nelle strutture pubbliche, private accreditate e a contratto, 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 molto lentamente le attività, anche se ben lontano dai livelli del 2019. 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.

Nel primo semestre dell'anno 2021, con il persistere della situazione emergenziale, si è assistito non solo ad una diminuzione della produzione dovuta alla sospensione di alcune attività ma anche ad un'ulteriore criticità: l'estrema difficoltà riscontrata nel reperire le risorse necessarie alla ripresa ed al parziale recupero delle attività sanitarie. In particolare si evidenzia la carenza di personale infermieristico (meno 120 unità rispetto al 2019) che ha condizionato la possibilità di riaprire, a pieno regime, i posti letto e la piena attivazione dei blocchi operatori.

Alla carenza delle figure professionali si è cercato di fare fronte espletando innumerevoli avvisi e concorsi, andati per lo più deserti o con esiti significativamente inferiori alle necessità aziendali. Anche l'esito dell'iter

seguito per il reclutamento dei nuovi medici specialisti SUMAI non è stato sufficiente a garantire il turn over del personale.

In questo primo semestre 2021 si è riscontrata una significativa diminuzione della produzione su tutte le aree: medica, chirurgica e riabilitativa.

Nel primo caso risulta determinante il decremento del numero di posti letto di alcuni PP.OO. aziendali (Rho e Passirana) alla luce delle misure di distanziamento adottate per fronteggiare la pandemia da COVID.

Nel corso del secondo semestre dell'anno 2021, sulla base delle indicazioni contenute nella nota della Direzione Generale Welfare del 28/07/2021 ad oggetto "piano di ripresa secondo semestre 2021", l'Azienda ha rimodulato le proprie attività al fine di mantenere gli standard di produzione chirurgica programmata e il numero di prestazioni ambulatoriali effettuate nel 2019, così da tendere al raggiungimento dell'obiettivo definito da Regione Lombardia. In particolare, sono state riorganizzate le sedute operatorie attivando anche degli slot in area a pagamento, dedicati agli interventi contenuti nel Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA).

Sul fronte ambulatoriale, invece, sono state riviste le agende attive concentrando le risorse fisiche, umane e temporali per incrementare il numero di sedute giornaliere. Anche in questo caso sono state aperte, in contemporanea, delle agende ad hoc per l'erogazione di prestazioni aggiuntive.

Successivamente, l'evolversi della pandemia, nel mese di dicembre 2021, ha costretto Regione Lombardia a rimodulare gli obiettivi a causa del notevole incremento dei contagi e dei ricoveri negli ospedali che hanno richiesto un'attenzione sanitaria maggiore verso i pazienti affetti da patologie Covid-19, conducendo ad un allentamento della produzione di DRG chirurgici programmati, oggetto dell'obiettivo.

IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE

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

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

Pertanto, come già evidenziato dall’ANAC da ultimo nella delibera n. 1064 del 13 novembre 2019, è dunque necessario un coordinamento tra il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) e gli strumenti già vigenti per il controllo nell’amministrazione, nonché quelli individuati dal d.lgs. 150/2009, ossia:

- il Piano e la Relazione annuale sulla *performance* (art. 10 del d.lgs. 150/2009);
- il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* (art. 7 del d.lgs. 150/2009).

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 il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Piano della Performance sotto due profili:

- a. *performance* organizzativa: attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, ovvero la misurazione dell’effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti; le politiche sulla *Performance* contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b. *performance* individuale: 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 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione in veri e propri obiettivi da inserire nel Piano delle Performance.

Conseguentemente alla redazione del Piano della Performance, vengono declinati annualmente gli obiettivi di *performance* organizzativa ed individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva, che tengono conto di quanto rappresentato nelle schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione incluse nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.

Occorre da ultimo rilevare che il D.L. n. 80/2021 convertito in L. n. 113/2021, all’art 6, stabilisce che le Pubbliche Amministrazioni devono predisporre annualmente il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (c.d. PIAO) con la finalità di semplificare gli adempimenti a carico degli Enti, adottando una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni. Si tratta di un documento di

programmazione unico di cui il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza e il Piano delle Performance costituiscono parte integrante.

IL COLLEGAMENTO CON I PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' DEL BILANCIO

Nel corso del 2021 sono continuate le attività previste nelle procedure approvate negli esercizi 2018 -2019, anche a seguito dell'introduzione del nuovo sistema amministrativo contabile.

E' ripreso, nel 2021, il confronto sullo stato dell'arte dell'applicazione delle procedure in argomento con la Regione. In particolare è stata compilata una check list di autovalutazione dell'applicazione delle procedure delle immobilizzazioni, inviata in data 15/09/2021, a seguito della quale si è tenuto un incontro con altre aziende, con la Regione e con i consulenti di quest'ultima, nel quale sono state discusse le check list presentate.

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

Per quanto riguarda, nello specifico, Obiettivi e Performance, il tutto si deve inquadrare nel percorso tracciato dalla DGR n° X/3652 del 5/6/2015, integrata dalla DGR n. X/7543 del 18/12/2017 e dalla DGR n. XI/2700 del 23/12/2019 con la quale la Regione sancisce e dettaglia il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione e, attraverso l'utilizzo dell'omonima piattaforma, la gestione degli strumenti per la programmazione, monitoraggio e valutazione del miglioramento dei processi aziendali.

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

La pandemia COVID ha interrotto il percorso di implementazione del programma PrIMO a livello aziendale e regionale; tuttavia, nel corso 2021, nell'ambito di un progetto di ricerca finalizzata, con l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ha preso forma un programma di audit congiunto presso i reparti e servizi delle due ASST volto a verificare l'adesione delle singole organizzazioni agli item ed indicatori presenti nella check-list di autovalutazione regionali: a fine 2021 si è tenuto il primo audit congiunto presso l'Hospice di Niguarda.

IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DI INTERNAL AUDIT

La funzione di Internal Auditing, istituita con delibera n. 571 del 28.10.2015 del Direttore Generale della disciolta A.O. "G. Salvini" il cui referente è individuato nel Responsabile dell'UOC Controllo di Gestione, costituisce una funzione di controllo indipendente preposta alla verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali, anche al fine di integrare il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione con i sistemi di controllo interni. Nello svolgimento di tale funzione il Referente Internal Audit è coadiuvato da un Gruppo di Lavoro – GdL IA - composto dal Referente Qualità, dal RPCT e da funzionari afferenti alle unità citate.

La funzione di Internal Auditing si posiziona nell'ambito dei controlli interni di terzo livello, presidiando i controlli di secondo livello svolti dalle altre funzioni aziendali (UOC Controllo di Gestione; UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management, struttura che si occupa del coordinamento, promozione e sviluppo delle attività di miglioramento continuo dei livelli qualitativi dell'erogazione delle prestazioni e servizi, con possibilità di identificare ed analizzare i rischi relativi a qualsiasi attività o processo operativo) e di primo livello attuati dai Dirigenti responsabili dei processi aziendali. La missione dell'Internal Auditing è quella di assistere l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico orientato a valutare e migliorare i processi di controllo e di gestione dei rischi identificandoli, mitigandoli e monitorandoli. E' un controllo direttivo e preventivo.

Gli interventi di audit effettuati nel 2021 si sono articolati nelle seguenti fasi:

- ↳ programmazione e definizione dell'incarico (definizione obiettivi ed estensione dell'incarico, crono programma, notifica calendario missione di audit);
- ↳ analisi preliminare (studio della documentazione, somministrazione di questionari agli operatori del sistema, analisi flow chart, procedure e punti di controllo, analisi dei dati sulle operazioni, analisi dei dati relativi ad eventuali controlli, analisi dei dati di risposta ai questionari, etc.);
- ↳ definizione di una check list ed estrazione di un campione di operazioni relative al processo da sottoporre a test di conformità;
- ↳ riunioni di avvio e di chiusura dell'audit;
- ↳ reporting (stesura rapporto di audit in versione draft, fase di condivisione del documento, stesura rapporto audit finale condiviso, rilascio definitivo del documento);
- ↳ eventuale follow-up.

Nel corso dell'anno 2021 sono stati effettuati dal Gruppo di Lavoro di Internal Auditing, fornendo suggerimenti e proposte di azioni di miglioramento, relativamente ai seguenti processi:

OBIETTIVO DELL'AUDIT descrizione sintetica	PROCESSI INTERESSATI descrizione di dettaglio	STRUTTURE INTERESSATE
Verifica delle misure di contenimento della diffusione del virus.	Approvvigionamento e disponibilità dei DPI per le UU.OO. e Servizi.	✓ UOC Acquisti ✓ DAPSS/SIPO ✓ SPP



OBIETTIVO DELL'AUDIT descrizione sintetica	PROCESSI INTERESSATI descrizione di dettaglio	STRUTTURE INTERESSATE
Erogazioni liberali per l'emergenza Covid-19 ed utilizzo	Gestione e rendicontazione delle erogazioni liberali per l'emergenza Covid-19	✓ U.O.C. Economico Finanziaria
<u>Follow up -1°semestre 2021</u> Servizio Unificato di assistenza Protesica e Integrativa (S.U.P.I.).	Processi di Assistenza protesica di cui alla DGR 6917/2017.	✓ U.O.C. Servizi alla Persona e Prevenzione
<u>Follow up-2°semestre 2021</u> Area attività Libero Professionali e liste d'attesa e Registrazione prestazioni erogate (Audit: 04/12/2019).	✓ Registrazione della prestazione erogata; ✓ monitoraggio frequente su coincidenza tra liste di prenotazione e visite effettivamente eseguite; ✓ erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto alle prenotazioni.	✓ UOC Servizi Amministrativi di supporto e accoglienza

IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO TRIENNALE DI AZIONI POSITIVE

Il Piano Triennale Azioni Positive 2021-2023 rappresenta uno strumento programmatico per introdurre “Azioni Positive” all’interno del contesto organizzativo aziendale e viene elaborato in coerenza con la normativa nazionale e comunitaria ed in continuità con i precedenti PAP adottati dall’ASST Rhodense.

Il CUG - Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni - dell’ASST Rhodense ha, nel corso del 2021, continuato nella promozione e sviluppo dei compiti propositivi, consultivi e di verifica su tutte le tematiche di specifica competenza.

L’attenzione per le differenze, non solo di genere, trova compiutezza nell’adozione di diverse misure, tra le quali, a titolo esemplificativo, politiche di conciliazione famiglia-lavoro-tempo personale.

Nonostante il perdurare della situazione emergenziale si è cercato, seppur con limitazioni del caso, di dare concreta attuazione alle specifiche azioni, calate nella realtà aziendale, orientate alla promozione del benessere dei lavoratori e di contrasto alle discriminazioni.

Si è cercato infatti di continuare a proporre la diffusione di una cultura organizzativa orientata alla valorizzazione del contributo di donne e uomini dove la differenza è un fattore di qualità sia nelle relazioni con cittadini/e sia nelle modalità lavorative e nelle relazioni interne.

A seguire vengono riportati i dati riguardanti le previste attività di formazione aziendale – suddivisa per genere e fasce di età.

Formazione	UOMINI						DONNE					
Classi età	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Totale	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Totale
Totale ore	262	976	699	1259	395	3.591	702	1450	3068	4653	1018	10892
Totale discenti	52	152	143	239	72	658	119	232	555	907	161	1.974
Evento dedicato												
Violenza di genere												
Discenti	0	1	0	0	0	1	0	2	4	5	3	14
Impegno orario	0	10	0	0	0	10	0	22	20	28	20	90

Si è costantemente provveduto all’aggiornamento dell’area dedicata al CUG sia per quanto riguarda il sito internet che per quanto concerne l’area intranet dedicata al fine di promuovere la conoscenza delle attività del Comitato e la partecipazione attiva dei dipendenti, anche attraverso la presentazione di proposte e suggerimenti.

Come meglio spiegato nel paragrafo successivo dedicato al POLA si sono incentivate le iniziative – anche in un’ottica di gestione dell’emergenza pandemica da COVID 19 – legate al telelavoro e allo smart working.

In relazione all’attività del centro di ricerca della Medicina di Genere dell’ASST Rhodense sono stati messi in campo numerosi progetti. Tali progetti si sono principalmente tradotti sia in attività formative rivolte agli operatori sanitari, sia in attività formative in ambito universitario (specializzandi del corso di medicina generale e del corso di laurea in infermieristica). Inoltre, è in corso di ultimazione un progetto di ricerca sulle differenze di genere nel melanoma, con particolare riferimento ai fattori prognostico-predittivi legati al sesso ed al genere.

Le attività della Medicina di Genere della ASST Rhodense si sono infine concretizzate anche nel coordinamento dei referenti delle altre realtà sanitarie lombarde, ATS, ASST e IRCCS pubblici e privati, che costituiscono la rete della medicina di genere di Regione Lombardia.

IL COLLEGAMENTO CON IL POLA – PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE

L'Azienda, già da alcuni anni, ha provveduto ad approvare il regolamento per lo svolgimento del "Telelavoro". Detta iniziativa è stata attivata per favorire la conciliazione tra "tempi di vita" e attività lavorativa.

Si è quindi provveduto a censire l'ubicazione e la numerosità delle attività "telelavorabili" e, tramite specifico bando, a pubblicizzare l'iniziativa invitando il personale interessato a presentare specifica richiesta di ammissione a tale modalità lavorativa.

In esito alla procedura sopra descritta, sono stati autorizzati una dozzina di dipendenti di area tecnica (informatici) ed amministrativa a svolgere la propria attività lavorativa in modalità a distanza.

A detto personale sono state assegnate le apparecchiature informatiche necessarie allo svolgimento dell'attività lavorativa, unitamente ai software locali e di sistema necessari. Gli oneri relativi ai collegamenti informatici e in voce sono a carico del dipendente.

Si è altresì provveduto a verificare l'idoneità dei locali e degli impianti utilizzati per l'attività lavorativa, mediante specifico sopralluogo da parte di tecnici aziendali.

In prospettiva, detta tipologia di lavoro a distanza, attualmente attivata con contratti di durata non superiore ai due anni, in buona parte già prorogati a richiesta degli interessati, dovrà essere oggetto di rivalutazione/integrazione all'atto dell'attivazione con modalità ordinaria dell'istituto del lavoro agile.

Per quanto riguarda lo Smart Working, a seguito dell'emanazione della normativa finalizzata a fronteggiare l'emergenza pandemica da COVID 19, a partire dal mese di marzo 2020 si è provveduto a rendere operativa detta modalità di resa a distanza dell'attività lavorativa. Tenuto conto delle caratteristiche peculiari delle attività "core" dell'Azienda i destinatari della medesima sono stati prevalentemente il personale tecnico amministrativo e, solo in ridottissima parte, quello sanitario per il quale la resa a distanza della prestazione lavorativa risulta possibile solo per un limitatissimo novero di attività quali ad esempio: la refertazione di esami diagnostici, i consulti in telemedicina, le consulenze/sedute eseguibili telefonicamente o in videoconferenza.

La finalità precipua di tale nuova modalità di organizzazione dell'attività lavorativa, è stata quella di consentire il distanziamento del personale e di garantire la piena operatività dei servizi, anche in periodo di lock down o di recrudescenza pandemica.

Dal punto di vista operativo, il lavoro agile ha interessato oltre 350 dipendenti che, come premesso, costituiscono la quasi totalità del personale amministrativo, una parte di quello tecnico e qualche sparuta rappresentanza di personale sanitario.

L'Azienda ha messo a disposizione dei dipendenti l'attrezzatura hardware e software di sistema e gli applicativi locali necessari ad interfacciare i dispositivi privati con la rete aziendale, oltre all'assistenza tecnica da remoto.

Lo specifico regolamento ha definito i principali aspetti operativi utili a garantire il corretto svolgimento dell'attività lavorativa.



Il lavoro agile è stato impostato, durante tutte le fasi dell'emergenza pandemica, prevedendo la rotazione del personale chiamato a garantire l'attività in presenza. La consistenza dei presenti è stata di volta in volta rimodulata in aderenza alla variazione del rischio di trasmissione del contagio, incrementando le presenze nei periodi di basso rischio e diminuendola negli altri casi.

Ogni dipendente è stato messo in condizione di comprovare l'orario di svolgimento dell'attività lavorativa mediante effettuazione di timbratura geo localizzata.

Al momento si è in attesa di conoscere la regolamentazione a regime del lavoro agile, che dovrebbe essere definita nel corso dell'anno 2022 dai CCNL di prossima approvazione.

Nella sostanza, l'Azienda risulta già dotata delle infrastrutture informatiche necessarie per garantire lo svolgimento del "Lavoro Agile"; tuttavia si dovranno definire gli aspetti regolamentari e contrattuali specifici, necessari per rendere tale modalità di resa della prestazione lavorativa una modalità ordinaria svincolata da logiche e finalità emergenziali, orientata a migliorare la qualità della vita dei lavoratori salvaguardando, nel contempo, la produttività.

MATRICE DEGLI OBIETTIVI PER L'ANNO 2021

In sintesi si espongono di seguito gli obiettivi strategici con relativi indicatori e lo stato di raggiungimento per l'anno 2021.

INDICATORI DI EFFICACIA ESTERNA

OBIETTIVO	ACCESSIBILITÀ E PREVENZIONE Ampliamento delle classi di età di screening colon retto e mammella
DESCRIZIONE	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
INDICATORE	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

1) Screening mammografico

Il contratto con ATS prevedeva, per l'anno 2021, un volume pari a 15.000 prestazioni alle donne per lo screening mammografico di primo livello. L'ATS ha effettuato complessivamente n. 24.497 inviti ma solo 13.261 hanno risposto positivamente. Sono stati eseguiti il 100% degli screening mammografici alle persone che si sono presentate presso le Radiologie dell'ASST Rhodense e precisamente:

Presidio	Tot. Inviti	Tot. Adesioni	Tot. Effettuati
Ospedale di Bollate	4405	2442	100%
Ospedale di Rho	13232	7114	100%
Ospedale di Garbagnate	6860	3705	100%

2) Rispetto dei tempi di attesa per gli approfondimenti

Presidio	Totale	<=28 gg	% <28 gg	>28 gg	% > 28 gg	Almeno 90% <=30gg
Ospedale di Bollate	105	96	91.4	9	8.6	
Ospedale di Rho	265	252	95.1	13	4.9	
Ospedale Garbagnate	161	148	91.3	13	8.7	

(Fonte: Gestionale Screening)

3) Screening colon retto

Il contratto con ATS prevedeva per l'anno 2021 un volume pari a 1300 prestazioni per lo screening al colon-retto di secondo livello. L'ATS ha effettuato complessivamente n. 346 inviti, ma solo 178 hanno aderito. Sono comunque stati eseguiti il 100% degli screening colon retto alle persone che si sono presentate presso le strutture di gastroenterologia dell'ASST Rhodense e precisamente:

Presidio	Tot. Inviti	Tot. Adesioni	Tot. Effettuati
Ospedale di Garbagnate e Bollate	170	90	100%
Ospedale di Rho	176	88	100%

(Fonte: Gestionale Screening)

N.B.: I dati riferiti della tabella del punto 3 si riferiscono alle cartelle chiuse alla data del 24/03/2, compresi i follow-up.

Riguardo l'Ospedale di Garbagnate, risultano n.68 cartelle aperte, n.3 inviti a colloquio, n.8 percorsi aperti. Riguardo l'Ospedale di Rho, risultano n.64 cartelle aperte, n. 8 inviti a colloquio, n. 9 percorsi aperti.

4) Erogate entro 30 giorni dall'esecuzione del sangue occulto fecale:

Presidio	Totale Colon	<=30 gg	% <30 gg	>30 gg	%> 30 gg	Almeno 90% <=30gg
Ospedale di Rho	66*	20*	30.30*	44*	66*	Dato non consolidato
Ospedale Garbagnate	27*	20*	77.77*	6*	22.23*	Dato non consolidato

(Fonte: Gestionale Screening)

*DATO NON CONSOLIDATO

N.B.: I dati riferiti della tabella del punto 4 si riferiscono alle cartelle chiuse alla data del 24/03/22. Risultano attualmente ancora aperte 64 cartelle (Ospedale di Rho) e 68 cartelle (Ospedale di Garbagnate).

OBIETTIVO	GARANZIA DI CONTINUITÀ DELLE ATTIVITÀ INDIFFERIBILE E PROGRESSIVO RECUPERO LISTE D'ATTESA
DESCRIZIONE	1. Ambulatoriale: Monitoraggio mensile dell'andamento dei tempi di attesa per le prestazioni urgenti differibili (entro 72 ore), finalizzato ad individuare situazioni critiche e ad avviare azioni correttive tempestive; 2. Ambulatoriale: Monitoraggio mensile dell'apertura delle agende per le attività considerate indifferibili (chemioterapia, dialisi, salute-mentale e dipendenze, etc.); 3. Ricovero: Monitoraggio mensile dell'andamento dei tempi di attesa per le classi A oncologiche, finalizzato ad individuare situazioni critiche e ad avviare azioni correttive tempestive;
INDICATORE	1. Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni urgenti differibili (entro 72 ore) – target 95 % degli accessi 2. Apertura agende 3. Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore a: mammella, colon-retto, utero.

RISULTATI OTTENUTI

1. Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni urgenti differibili – target 95%

ENTE	QT prest urgenti	QT prest erogate entro soglia	QT prest erogate oltre soglia	% entro soglia	Target
ASST RHODENSE	13.776	12.477	1.299	91%	95%



Della totalità delle prestazioni erogate il 91% sono state eseguite entro 72 ore.

Si precisa che alcune prestazioni necessitano di una preparazione adeguata e specifica non sempre compatibile con l'urgenza differibile. Pertanto la presa in carico può non avvenire entro il termine previsto ma essere eseguita nei giorni immediatamente successivi.

Le prestazioni che non hanno rispettato il tempo massimo della classe di priorità, sono state erogate in media con soli 3 giorni di ritardo.

Nel corso della pandemia, Regione Lombardia ha emanato il Decreto n.3553 del 15/03/2020 ad oggetto “Annullamento e integrale sostituzione per mero errore materiale del decreto del direttore generale della DG Welfare n. 3351 del 14/03/2020 “Disposizioni integrative in attuazione della DGR n. XI/2906 dell’8/03/2020 per l’organizzazione della rete ospedaliera in ordine all’emergenza epidemiologica da Covid 19”, il quale stabilisce che “siano mantenute l’attività relativa alle prestazioni non differibili (quali ad esempio la chemioterapia, la radioterapia, la dialisi, ecc.), relativa alle prestazioni urgenti con priorità “U” e “B”, e a quelle ritenute indifferibili e non altrimenti erogabili dell’area delle dipendenze e della salute mentale dell’età adulta ed evolutiva”. In accordo con il Decreto, l’ASST Rhodense ha rimodulato e riorganizzato le proprie attività e risorse al fine sia di garantire assistenza ai pazienti Covid 19, sia l’erogazione delle prestazioni considerate indifferibili.

Anche sul fronte chirurgico, l’Azienda è riuscita a garantire il rispetto dei tempi di attesa per i pazienti oncologici, in particolare per interventi chirurgici per tumore a mammella, colon-retto ed utero.

Classificazione	Media giorni attesa ricovero
1 - Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	36,7
3 - Interventi chirurgici tumore maligno colon	15,6
4 - Interventi chirurgici tumore maligno retto	21,4
5 - Interventi chirurgici tumore maligno dell’utero	16,6
Totale complessivo	30,1

Come mostrato in tabella, infatti, l’attesa media per intervento chirurgico per tumore a mammella, colon, retto ed utero è di circa 30 giorni, coerente con il tempo massimo di attesa per le classi di priorità di “A”.

OBIETTIVO	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO/FRAGILE (PIC)
DESCRIZIONE	1. Prosecuzione del percorso di presa in carico secondo le indicazioni di RL 2. Definizione delle modalità di arruolamento pro-attivo
INDICATORE	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 Regione Lombardia

Il percorso è proseguito supportato dalle seguenti dotazioni strumentali, tecnologiche e professionali poste in essere dall'Azienda:

- 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.
- 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.
- 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 ed 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:
 - attività di recall (tempistica e modalità): Case Manager con comunicazione telefonica e invio e-mail, disponibilità delle prescrizioni sul FSE;
 - sistema di disdetta (tempistica e modalità): telefonica tempestiva;
- 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.

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

Sulla scorta della DGR 1863 del 2019 e a seguito delle precedenti sul tema, da ottobre 2019 era in atto un progetto di arruolamento proattivo specifico da attuarsi alla dimissione e/o in occasione delle visite specialistiche ambulatoriali secondo le seguenti modalità:

- proposta, qualche giorno prima della dimissione, a tutti i pazienti ricoverati - che non vengano inviati in altro setting di ricovero - eseguita dal case-manager ospedaliero ed acquisizione del consenso al trattamento dati e ricontatto;
- proposta, da parte dello specialista, in occasione delle visite specialistiche ambulatoriali, accesso PS, ricovero;



- invio del nominativo del paziente disponibile all'ambulatorio infermieristico (Centro Multiservizi) per il definitivo contatto con il paziente e la programmazione degli accessi in caso di ulteriore conferma.

A partire da marzo 2020, l'avvio della pandemia ha notevolmente modificato lo scenario operativo sia nei reparti ospedalieri che nell'attività Ambulatoriale.

Nel 2021 la persistenza di ondate ricorrenti della pandemia intercalate a periodi di parziale ripresa dell'attività ordinaria ha ulteriormente limitato l'utilizzo dello strumento di arruolamento proattivo per cui il progetto è stato temporaneamente sospeso. Si sono però garantite la continuità della presa in carico dei pazienti segnalati per ASST Rhodense dal programma regionale MOSA sia i rinnovi dei PAI già in atto.

Nel 2021 sono stati rinnovati, in totale, 190 PAI e avviati 90 nuovi PAI.

Le modalità organizzative del Centro Multiservizi sono state riconfermate. Si ritengono raggiunti i due indicatori in quanto per il *punto 1) corretta programmazione ed erogazione* = non abbiamo ricevuto alcuna ulteriore richiesta di integrazione o aggiornamento della documentazione inviata e in possesso di ATS; per il *punto 2) strumenti e percorsi per l'arruolamento proattivo* = sono in essere le modalità già descritte con programma di riproporre lo strumento per l'anno in corso, in particolare nei setting assistenziali post-acuti ove risulti più facile intercettare l'utenza.



OBIETTIVO	RIMODULAZIONE, RIATTIVAZIONE E INNOVAZIONE CONTINUA DELLA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI
DESCRIZIONE	1. Adozione dei Piani Organizzativi Gestionali (POG) delle UdO Sociosanitarie. 2. Attuazione di nuove modalità di intervento in ambito della Rete dei Servizi Socio Sanitari a sostegno dei pazienti fragili con disabilità
INDICATORE	1. N. POG adottati = N. UdO = 100% 2. Implementazione delle azioni previste

RISULTATI OTTENUTI

1. Adozione dei Piani Organizzativi Gestionali (POG) delle UdO Sociosanitarie

L'evolversi della situazione epidemiologica relativa alla emergenza Covid-19 e la necessità di realizzare una compiuta azione di previsione e prevenzione, monitoraggio e presa in carico a livello territoriale hanno imposto l'assunzione di iniziative a lungo termine e una generale riorganizzazione dell'assistenza sanitaria al fine di contenere la diffusione del contagio.

Per poter assicurare la progressiva riattivazione della rete dei servizi socio-sanitari nella massima sicurezza di Utenti e Operatori, nel rispetto di quanto stabilito dalla normativa nazionale e secondo quanto disposto da Regione Lombardia con DGR 3226 del 9 giugno 2020 e s.m.i, il Referente di ASST per la prevenzione ed il controllo delle infezioni COVID-19, in collaborazione con tutte le Unità d'Offerta Sociosanitarie aziendali, la DAPSS, il SPP e, in accordo con la Direzione Socio Sanitaria, ha redatto, adottato e inoltrato ad ATS Milano i *PIANI ORGANIZZATIVI GESTIONALI (POG)*, che definiscono le modalità e i limiti dell'arruolamento degli Utenti fragili/disabili presso le UdO dell'Azienda.

Nel corso dell'anno 2021, il Referente Covid, di concerto con le Unità di Offerta socio sanitarie, ha provveduto all'aggiornamento ed integrazione della documentazione già prodotta, in relazione alle osservazioni fornite da ATS ed alle indicazioni regionali o nazionali.

- **CDD:** come prescritto dalla Delibera del Consiglio dei Ministri 31/01/2020 e dalla DGR n.3226 del 9/06/2020, si è provveduto a trasmettere ad ATS i PIANI ORGANIZZATIVI GESTIONALI per i Centri Diurni Disabili di Passirana di Rho, Barbaiana di Lainate e Trezzano sul Naviglio con l'indicazione delle modalità di erogazione del servizio (a- interventi di sostegno a distanza, b – interventi di sostegno al domicilio, c – interventi rimodulati presso gli spazi di accoglienza del CDD, d – interventi rimodulati con accoglienza in spazi alternativi anche all'aperto), nonché dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, sia per gli utenti, sia per il personale, e delle modalità di gestione di eventuali contagi.

I POG sono stati modificati nel corso dell'emergenza, adattando l'organizzazione all'evoluzione epidemiologica e normativa. Nel corso del 2021 è stato aggiornato il POG del CDD di Rho, unico centro a gestione diretta, con particolare riferimento alla revisione dell'Informativa alle famiglie e del patto di corresponsabilità.

- **Consultori Familiari:** nel mese di ottobre 2020, come prescritto dalla suddetta normativa nazionale e regionale, si è provveduto a redigere, adottare e trasmettere all'ATS territorialmente



competente i POG dei Consultori Familiari di Bollate, Paderno Dugnano, Rho, Settimo Milanese e Cesano Boscone. Tali POG restano vigenti anche per l'anno 2021.

I Piani Organizzativi e Gestionali per ciascuna unità d'offerta contengono il Documento di Valutazione del Rischio redatto a cura del servizio di prevenzione e protezione. Sono state date indicazioni sul trasferimento dell'attività, per quanto possibile, in modalità da remoto, sono state date indicazioni per l'arruolamento dell'utenza con priorità "U", previo triage telefonico e rilevazione della temperatura al momento dell'accesso.

Tali piani organizzativi e gestionali sono stati modificati nel corso dell'emergenza, adattando l'organizzazione all'evoluzione epidemiologica e normativa con singoli provvedimenti e comunicazione al personale. Trattandosi di attività assimilabile all'attività ambulatoriale ordinaria, si è proceduto mensilmente a comunicare l'evoluzione organizzativa.

- **RSA "Pertini":** a seguito di richiesta del 12/05/2021 di ATS Milano Città Metropolitana di aggiornare il POG della RSA alla luce dell'Ordinanza Ministero della Salute 08/05/2021, veniva licenziato un POG nel mese di maggio 2021 contenente un paragrafo dedicato alle "Visite parentali" nel quale venivano definite delle regole per procedere alla riapertura della struttura alle visite dei parenti degli ospiti.

Inoltre veniva predisposto un nuovo allegato contenente il facsimile del "Patto di condivisione del rischio tra RSA S. Pertini e Familiari / visitatori dell'ospite".

A seguito della nota di ATS Milano Città Metropolitana del 27 agosto 2021, il POG veniva ulteriormente rivisitato nel mese di settembre 2021, soprattutto con l'inserimento di un nuovo allegato relativo alle "Istruzioni per la prevenzione della diffusione di infezione da SarsCoV2 presso la RSA Pertini".

- **CDI "Pertini":** si premette, che, anche alla luce di quanto disposto con il DPCM dell'8 marzo 2020 all'art. 3, comma 1, lettera b) che testualmente recita: "è fatta espressa raccomandazione a tutte le persone anziane o affette da patologie croniche o con multimorbilità ovvero con stati di immunodepressione congenita o acquisita, di evitare di uscire dalla propria abitazione o dimora fuori dai casi di stretta necessità e di evitare comunque luoghi affollati nei quali non sia possibile mantenere la distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro, di cui all'allegato 1, lettera d)", il CDI è stato chiuso il 10 marzo 2020 e riaperto recentemente il 4 aprile 2022. Per tutto l'anno 2021 il CDI è stato quindi chiuso. Le ragioni che hanno portato alla chiusura del Centro vanno ricercate nel rischio di contagio presente sia per gli anziani che per gli operatori sanitari.

Nel POG licenziato nel mese di dicembre 2020, veniva confermata la chiusura del CDI.

Nel Piano di Lavoro 2021, che è stato licenziato il 31 marzo 2021, si prevede l'adesione del CDI al progetto "attività da remoto rendicontabili" che ha lo scopo di mantenere i contatti con le persone in carico al nostro servizio, così da monitorare, attraverso videochiamate/telefonate, le loro condizioni psicofisiche e sostenere il contesto familiare. L'attività periodica viene successivamente riportata sui FASAS personali. Tali interpellazioni sono effettuati dal personale medico, educativo e dallo psicologo. Ogni contatto della durata di almeno 30 minuti, viene rendicontato nei flussi regionali e quindi retribuito dal FSR.

OBIETTIVO	POTENZIAMENTO DEGLI STRUMENTI DI RETE
DESCRIZIONE	1. Potenziamento dei consultori familiari 2. Presa in carico proattiva delle persone anziane (over 75enni) e con malattie croniche
INDICATORE	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

Grazie all'introduzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, prevista dal Patto della Salute 2019-2021 e riaffermata dalla legge 77/2020 si è riusciti a rafforzare parte dei servizi territoriali. L'inserimento degli IFeC all'interno dei servizi del Welfare, Servizi alla Persona e Prevenzione e Tutela della Famiglia, ha permesso l'acquisizione delle conoscenze del territorio ed il loro inserimento all'interno dell'équipe ha supportato e rafforzato la gestione della situazione pandemica.

Nel 2021 tale figura è risultata fondamentale soprattutto nelle campagne vaccinali anti Covid 19, campagna antinfluenzale, avvenute sia nei Centri Vaccinali Aziendali che massivi, sia al domicilio delle persone fragili e/o affette da disabilità.

E' stata inoltre ampliata l'offerta dei punti tampone all'interno della ASST Rhodense che in base all'andamento della situazione pandemica ha rimodulato gli accessi per intercettare il più presto possibile i casi sospetti e far fronte all'aumento di richieste.

Gli IFeC hanno contribuito nelle attività di presa in carico dei pazienti cronici ed hanno partecipato alle attività dei Consultori Familiari. Questi, durante la pandemia, hanno garantito la presa in carico dei bisogni degli utenti, lavorando in équipe e utilizzando la modalità in remoto per garantire il servizio anche a distanza e prevenire la diffusione da SARS CoV-2(es. attività gruppali, incontri di équipe) inoltre hanno partecipato a progetti legati all'affettività e sessualità nelle scuole sia in presenza che in remoto.

Il corso di Polis Lombardia, in programma per il 2021, è stato portato a termine ed ha consentito di acquisire competenze adeguate ed opportunità di creare "rete" attraverso la condivisione di esperienze con le altre ASST partecipanti al progetto. Previsto per il 2022 una seconda edizione.

Il DAPSS ha organizzato un evento formativo dedicato agli IFeC volto a favorire la valorizzazione delle competenze ed il loro inserimento all'interno della rete territoriale, la conoscenza dell'evoluzione del contesto normativo, delle strutture, dei servizi e delle équipe professionali, al fine di facilitare l'engagement dell'utente/famiglia/caregiver e la presa in carico a livello territoriale.

Sia la formazione a livello aziendale che l'inserimento degli IFeC proseguiranno anche per l'anno 2022 al fine di contribuire alla realizzazione del passaggio evolutivo del Servizio Sociosanitario Lombardo, come indicato dalla L.R. 22/2021 che ha modificato il Titolo I e Titolo VII della L.R. 33/2009 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità)

La rete dei consultori familiari aziendali e i reparti di ostetricia hanno avviato nel corso del 2019 le procedure relative al “Percorso di Gestione della Gravidanza con basso rischio ostetrico” nonché “la visita ostetrica a domicilio” per le puerpere dimesse dai reparti aziendali di ostetricia.

L’attuazione delle procedure in parola e l’implementazione della nuova procedura di interruzione volontaria della gravidanza, secondo quanto disposto dalla nota ministero della salute 1.7.2020, costituiscono un passaggio fondamentale per strutturare in azienda la figura dell’Ostetrica di Famiglia.

L’attività dell’ASST Rhodense, per tutto il 2021, è stata profondamente segnata dalla gestione dell’emergenza COVID rendendo difficilmente perseguibile il reclutamento di professioniste dedicate alle progettualità dell’Ostetrica di Famiglia. Per tale ragione, al fine di garantire lo sviluppo e l’implementazione di progetti integrati tra il Dipartimento Materno Infantile e l’UOC Tutela della famiglia, l’assistenza domiciliare è stata realizzata dalle Ostetriche presenti nei Consultori familiari.

Durante il 2021 le prestazioni di gruppo, erogate attraverso la modalità on line, sono aumentate da un n° di 106 prestazioni nel 2020 a n° 623 prestazioni nel 2021, con conseguente presa in carico e sostegno delle donne in gravidanza e dell’intero nucleo familiare.

CONSULTORI FAMILIARI	CORSI GRUPPALI IN GRAVIDANZA ANNO 2020	CORSI GRUPPALI IN GRAVIDANZA ANNO 2021
TOTALE	106	623

Sono quindi stati programmati gli esami ecografici previsti dai LEA, all’interno della nostra azienda, attraverso agende dedicate e informatizzate, agevolando le utenti e limitando i loro spostamenti per evitare il rischio di diffusione di SARSCoV2.

Laddove necessaria è stata programmata la visita a domicilio e programmate tutte le visite nel pre e post parto.

La PRG Aziendale 46 POST PARTO: l’ostetrica a domicilio “Un sostegno per le mamme, i neonati e le famiglie” ha avuto 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.

Tale pratica ha continuato a sussistere nel 2021 e si è attuata attraverso la presa in carico di mamme dimesse dai P.P.O.O. di Garbagnate e Rho, tramite l’invio di comunicazioni via e-mail ai Consultori di pertinenza, che hanno generato counselling a sostegno di mamme, visite domiciliari, prese in carico, individuazioni di fragilità e sostegni di situazioni di depressioni materne, favorendo un’assistenza multi professionale.

Sono stati messi in atto interventi finalizzati al monitoraggio della salute e del benessere delle mamme, del neonato e dell’intero nucleo familiare, sostenendole durante il puerperio e l’allattamento, inserendole in attività di gruppo, sempre molto gradite e apprezzate.

OBIETTIVO	ACCESSIBILITÀ E PRESA IN CARICO Semplificare, ottimizzare e facilitare il percorso di cura dei pazienti cronici grazie alla dematerializzazione delle prescrizioni dei farmaci
DESCRIZIONE	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
INDICATORE	1. Utilizzo dell'App SALUTILE Ricette per il ritiro del farmaco 2. Utilizzo della Carta Nazionale dei Servizi per il ritiro del farmaco 3. Ampliamento della gamma di servizi offerti in Farmacia

RISULTATI OTTENUTI

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 LISP A 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.

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 LISP A 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.

La scrivente ASST, nel contesto degli obiettivi SISS, incentiva i medici specialisti prescrittori all'utilizzo di Ricetta Dematerializzata (DEM) in alternativa alle classiche ricette c.d. rosse (RUR). La ricetta dematerializzata genera l'invio al paziente (via mail e/o tramite SMS) del codice NRE tramite il quale lo stesso può recarsi in farmacia e, esibendo la tessera sanitaria corredata da codice ricevuto, ritirare il farmaco prescritto. Il c.d. "promemoria" della ricetta DEM viene inoltre salvato sul fascicolo sanitario del paziente (sezione prescrizioni) alla quale lo stesso può comodamente accedere anche attraverso l'App SALUTILE Ricette.

Successivamente, la nostra ASST ha sviluppato – per il tramite di Federfarma – anche la possibilità di ritirare i referti di laboratorio presso le farmacie che hanno aderito all'iniziativa e che insistono sul territorio di nostra competenza. Questa progettualità sta funzionando positivamente ed è in continua espansione.

INDICATORI DI EFFICIENZA ORGANIZZATIVA

OBIETTIVO	VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE Aggiornamento del ciclo di programmazione e declinazione degli obiettivi strategici aziendali
DESCRIZIONE	1. Implementazione del percorso di budget per il triennio 2021-2023 2. Implementazione del Regolamento di budget per l'anno 2021
INDICATORE	1. Approvazione del Regolamento di budget 2. Aggiornamento del percorso di budget entro le risorse definite per ciascun anno da RL

RISULTATI OTTENUTI

Il sistema di budget rappresenta il principale strumento di pianificazione, programmazione e controllo delle attività aziendali e si è ravvisata quindi la necessità di un documento che disciplini il processo di budget aziendale attraverso la definizione delle fasi che lo compongono, dettagliando gli obiettivi, le tempistiche ed il ruolo degli attori in esso coinvolti e che si inserisca all'interno del Ciclo di Gestione della Performance in ottemperanza alle disposizioni e normative regionali e nazionali.

L'ASST Rhodense in conformità alle succitate disposizioni normative ha, quindi, elaborato una proposta di "Percorso di Budget", quale utile strumento di pianificazione aziendale, inteso come procedura operativa di Programmazione e Controllo di breve periodo.

Lo scopo di tale documento è essenzialmente 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.

La procedura consente quindi di concretizzare il processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa, definendo 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.

Tale procedura, introdotta in via sperimentale nell'anno 2020, nel corso dell'anno 2021 è stata oggetto di approvazione - deliberazione del Direttore Generale n. 71/2021.

La procedura, nel corso del 2021, ha trovato completa applicazione per tutte le Strutture dell'Azienda titolari di funzione budget (performance organizzativa), in coerenza con l'assetto organizzativo aziendale del POAS vigente, e si inserisce nell'ambito del Percorso Aziendale per la Certificabilità del Bilancio al fine di analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità.

Gli obiettivi contenuti nel Processo di Budget sono stati definiti nel rispetto delle regole di sistema emanate annualmente da Regione Lombardia, dei contratti sottoscritti con l'ATS di riferimento, degli obiettivi assegnati da Regione Lombardia ai Direttori Generali e di quanto previsto dalla programmazione strategica aziendale. Lo strumento utilizzato è la Scheda di budget, che è parte integrante della scheda di Performance individuale dei Dirigenti apicali.

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
DESCRIZIONE	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
INDICATORE	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 MANCA 3. Nucleo Bed Management

RISULTATI OTTENUTI

Per l'anno 2021 il Piano di Gestione del Sovraffollamento è stato declinato anche alla luce della necessità di garantire un pronto ampliamento dei posti letto per la cura di pazienti COVID, come richiesto dall'ATS territorialmente competente.

Il piano di riorganizzazione ospedaliera ha coniugato le esigenze del quadro pandemico con i vari possibili scenari evolutivi, affrontandoli attraverso una differente articolazione dei propri presidi, in grado di adeguarsi quanto più velocemente e flessibilmente possibile all'eventuale variare della situazione.

Per consentire la più ampia flessibilità organizzativa delle strutture e per rispettare la corretta distribuzione degli spazi, dei pazienti e dei percorsi così come raccomandata nelle diverse disposizioni nazionali e regionali susseguitesi in questi mesi, gli assetti ospedalieri sono stati complessivamente riorganizzati favorendo quanto più possibile le aggregazioni di pazienti (anche per setting assistenziale) ed ottimizzando la logistica.

Il razionale su cui si è basato il piano è quello di prefigurare, strutturare ed organizzare presso l'Ospedale di Garbagnate Mil.se diversi assetti attivabili in rapida successione che, in funzione dell'eventuale aumento del bisogno assistenziale, possano prontamente ampliare l'offerta recettiva, soprattutto nelle aree mediche (pneumo – infettivologiche), semi intensive e intensive, al fine di poter consentire una adeguata assistenza a pazienti COVID19. Su tale struttura è già stato effettuato un potenziamento degli impianti aeraulici e gas medicinali, soluzione non percorribile nelle altre strutture dell'ASST.

L'ASST Rhodense ha inoltre contribuito all'attivazione di un modulo di posti letto di Terapia Intensiva presso Fiera Milano City.

Il presidio di Passirana di Rho ed il POT di Bollate sono invece stati deputati alla presa in carico dei pazienti post-acuti (riabilitativi e CSA) COVID free.

Ai fini dell'implementazione dei diversi step sono stati monitorati i seguenti indicatori:

- percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti;

- tasso di ricovero da Pronto Soccorso;
- percentuale di abbandono del Pronto Soccorso;
- tempo di permanenza in OBI;
- percentuale di dimessi da OBI;
- tasso di occupazione dei posti letto.

La gestione dei pazienti Covid-19 ha previsto l'attivazione dei posti letto via via indicati da DG Welfare e la gestione regionale degli stessi è effettuata con il supporto del Coordinamento Regionale Trasferimenti Acuti (CReTAc) di AREU, in sinergia con i Nuclei di Bed Management Aziendali.

Il Nucleo di Bed Management si è occupato di gestire la risorsa posti letto nei giorni feriali e festivi h24 sia per ciò che concerneva i nuovi pazienti in ingresso da PS che per i trasferimenti interni tra UUOO ed extra presidio.

L'organizzazione ed il coordinamento del team di Bed Management è in capo al Responsabile dell'UOS Gestione Operativa. Le competenze attribuite a tale struttura sono esclusivamente di tipo organizzativo-gestionale relativamente alla risorsa posto letto. La valutazione delle necessità cliniche ed assistenziali è di esclusiva competenza delle strutture che hanno in carico il paziente.

Al Bed Manager sono assegnate le funzioni di facilitatore per la gestione corretta e tempestiva della risorsa posti letto, in particolare questa figura deve:

- a. favorire le dimissioni nelle prime ore della giornata ed evitare che questa prassi venga disattesa nel fine settimana e nei giorni festivi;
- b. facilitare la riduzione dei ricoveri e/o del tempo di degenza con i Responsabili dei Servizi di diagnostica strumentale e con i Consulenti, la cui valutazione è necessaria per la dimissione o per evitare il ricovero;
- c. costruire ed implementare relazioni stabili ed orientate agli obiettivi di facilitazione al ricovero e alla dimissione con le diverse figure professionali;
- d. avere una visione chiara, giorno per giorno, momento per momento, non solo dei posti letto disponibili per le urgenze, ma anche delle caratteristiche dei pazienti;
- e. partecipare attivamente alla redazione dei Piani di Gestione di Sovraffollamento e di iperafflusso verso i PP.SS. aziendali.

Sono stati implementati strumenti a supporto della gestione dei posti letto:

- f. programmazione "livellata" delle dimissioni

Strumento predittivo che attraverso l'analisi dei dati storici stima l'offerta di posti letto che ogni giorno (7 giorni su 7) deve essere resa disponibile per soddisfare la domanda tenendo conto della variabilità infrasettimanale e stagionale;

- g. cruscotto posti letto

Quadro visibile e costantemente aggiornato della situazione dei posti letto (letti occupati, letti 'bloccati', letti liberabili entro un tempo definito in base alla previsione della dimissione del paziente ecc.) che serve al Nucleo di Bed Management per una gestione centralizzata ed ottimale della risorsa letto.

Il processo e le responsabilità sono disciplinate dalla procedura PRG DIR 65 Rev.01 “REGOLAMENTO DI GESTIONE DEI POSTI LETTO”.

OBIETTIVO	QUALITÀ DELLE CURE EROGATE
	Individuare le aree di potenziale miglioramento, indirizzando gli audit clinici
DESCRIZIONE	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
INDICATORE	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 Piano Nazionale Esiti e del Network delle Regioni, attraverso il portale regionale, è proseguito per tutto il 2021, pur non potendo confrontare la qualità delle prestazioni erogate dall'ASST Rhodense rispetto allo storico aziendale e ai benchmark Regionali, a causa della continua riorganizzazione dei reparti, dell'attività chirurgica e la conseguente variazione anche del case-mix dei pazienti.

A fine 2021 è stato condotto un audit documentale, su un campione di cartelle chiuse e aperte, di tutte le UOC di Degenza dei 4 Presidi Ospedalieri. L'audit documentale era finalizzato a verificare, dopo 2 anni di pandemia COVID, gli ambiti carenti e necessitanti di intervento per il 2021. Ciò ha portato a programmare, per il 2022, la revisione di alcune procedure (es consenso informato, sepsi, accessi vascolari, prescrizione e somministrazione terapia) e la programmazione di alcuni eventi formativi.

Sono stati condotti anche alcuni audit documentali puntuali a seguito di incident report che sono esitati nella emissione o revisione di alcune procedure (es trasfusione, identificazione paziente).

1. I dati del portale regionale non sono stati pubblicati sul sito perché l'assegnazione alle classi e la valutazione dei trend sono condizionati da parecchi bias dovuti alla pandemia COVID (case mix, trasferimento di reparti tra un presidio e l'altro, etc.).
2. Programmate 2 riunioni /effettuate 2 riunioni (con DMP e SIPO)
3. Programmati 1 audit documentale su tutte le UU.OO. / effettuato 1 audit documentale su tutte le UU.OO. (100%)
Programmati 22 audit a seguito di eventi critici / effettuati 22 audit (100%)
4. Riviste 9 procedure aziendali.

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

RISULTATI OTTENUTI

Nel periodo 15 novembre 2021 – 31 gennaio 2022 è stata effettuata una valutazione sulla completezza della documentazione sanitaria nonché della qualità della compilazione, secondo il campionamento di seguito riportato:

PRESIDIO	Cartelle
Bollate	10
Garbagnate	89
Passirana	20
Rho	75
Totale complessivo	194

Dall'analisi documentale, rispetto all'argomento passaggio in cura ospedale/territorio, si è analizzata la completezza della documentazione riferita alla presenza della scala di Brass e della scala di Braden i cui risultati sono di seguito riportati:

Scala di Brass dimissioni difficili

% documentazione completa	% documentazione incompleta	% documentazione assente
79.76	17.86	2.38

Si evidenziano di seguito i punteggi rilevabili attraverso la scala di Brass e documentati in specifica procedura, dimissione protetta, revisionata in data 7 febbraio 2022.

Punteggio per Brass bassa: da 0 a 10

Punteggio per Brass media: da 11 a 19

Punteggio per Brass alte: da 20 a 40

Per quanto riguarda il punteggio basso non è prevista la dimissione protetta (il paziente viene dimesso ordinariamente).

Per i punteggi medio o alto si attivano, rispettivamente, le dimissioni protette al domicilio o ad altro reparto o istituzione.

Durante la rilevazione effettuata sulla documentazione sanitaria si è anche preso in esame la presenza e la completezza della scala di Braden (lesioni da pressione) considerando questo elemento quale ulteriore aggravante in termini di dimissione protetta. I valori rilevati sono i seguenti:

% documentazione completa	% documentazione incompleta	% documentazione assente
74.87	14.14	10.99

In linea generale, la valutazione, in termini di presenza e completezza delle scale (Brass e Braden) nella documentazione sanitaria, si ritiene positiva in quanto è stato superato il valore soglia del 50%.

INDICATORI DI ECONOMICITA'

OBIETTIVO	ECONOMICITÀ Percorso di certificabilità dei bilanci
DESCRIZIONE	Monitoraggio e corretta rendicontazione secondo le procedure approvate
INDICATORE	Rispetto delle date inserite nelle procedure

RISULTATI OTTENUTI

Malgrado le difficoltà dovute all'introduzione del nuovo sistema amministrativo contabile, si è comunque rispettato quanto previsto dalle procedure PAC.

Per ciò che concerne le immobilizzazioni, ad esempio, si è preferito - in attesa del perfezionamento del registro cespiti della nuova società - utilizzare fino a settembre il vecchio sistema contabile, in modo da poter gestire tempestivamente i movimenti dei cespiti aziendali, dal loro arrivo in azienda alla loro dismissione.

Anche la possibilità di generare solleciti direttamente dalle procedure non è stata immediatamente disponibile, ma è stata implementata in seguito, ecc.

Sono poi state riviste, sempre in ragione dell'introduzione del nuovo sistema amministrativo contabile, le istruzioni operative per la rilevazione a fine anno delle giacenze di reparto.

Come precisato in precedenza, il cambio del sistema amministrativo contabile (evento non proprio ordinario, visto che l'ultimo cambio risale al 2008) ha sicuramente determinato, soprattutto nei mesi immediatamente successivi al passaggio al nuovo sistema (25 maggio 2021), un rallentamento dell'attività contabile, con conseguente mancato rispetto delle scadenze previste dal PAC. Un esempio è il termine della registrazione delle fatture pervenute tramite hub (15 gg). Il tempo medio di registrazione delle fatture nel precedente sistema era di 3 min., al momento del passaggio al nuovo sistema il tempo medio di registrazione dei medesimi documenti era di 8 min., con un logico mancato rispetto dei tempi previsti dalle procedure.

Attualmente, a seguito di introduzione di correttivi al sistema da parte della società e avendo potenziato il numero dei collaboratori dedicati alla registrazione delle fatture, il tempo di registrazione delle fatture passive previsto dalle procedure PAC è ampiamente rispettato.

Analogamente si è avuto un allungamento dei tempi di liquidazione dei medesimi documenti, in un primo tempo abbastanza generalizzato, in ragione di alcune criticità presenti nel programma. Attualmente il problema è in gran parte risolto (ci sono uffici che liquidano le fatture in tre giorni), ma si presenta ancora in alcuni casi, principalmente per le fatture da collegare a molteplici linee d'ordine, situazione legata anche ad un uso distorto degli ordini, vale a dire al loro utilizzo anche ai fini della contabilità analitica, anziché ricorrere ai ribaltamenti.

Quanto sopra esposto non ha comunque compromesso, grazie agli sforzi compiuti da buona parte degli uffici che sono stati coinvolti nel passaggio al nuovo amministrativo contabile, il rispetto dei contenuti delle procedure PAC.



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

RISULTATI OTTENUTI

Il piano è stato approvato con il bilancio preventivo 2021 ed è stato costantemente monitorato ed aggiornato.

Il controllo è effettuato dall'UOC Economico Finanziaria che aggiorna costantemente il Piano, a seguito di richiesta e di rilascio di parere contabile. I fondi sono messi a disposizione degli ordinatori di spesa solo a seguito di richiesta supportata da parere contabile.

Tutti gli investimenti effettuati nel 2021 sono finanziati con fondi regionali o con altre riserve di patrimonio netto, come previsto nel piano approvato.



OBIETTIVO	ECONOMICITÀ Rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori (30-60 gg.)
DESCRIZIONE	Mantenimento dell'indice di tempestività dei pagamenti dei fornitori <u>NEGATIVO</u> , a fronte della effettiva disponibilità di cassa
INDICATORE	Indice di tempestività dei pagamenti

RISULTATI OTTENUTI

Sempre a causa dell'introduzione del nuovo amministrativo contabile l'indice di tempestività dei pagamenti, SEMPRE NEGATIVO, ha subito un peggioramento (1,91 gg.); Questo peggioramento è dovuto principalmente all'allungamento dei tempi di liquidazione delle fatture da legare a più righe d'ordine.