



**RELAZIONE AL PIANO DELLA
PERFORMANCE
Anno 2018**

ASST RHODENSE

<i>Introduzione al Piano della Performance – riferimenti normativi</i>	3
<i>Relazione al Piano della Performance – anno 2018</i>	4
<i>Istituzione, inquadramento territoriale e quadro epidemiologico</i>	5
<i>Denominazione e costituzione dell’Azienda</i>	5
<i>Politica e mission dell’Azienda</i>	8
<i>Linee di Programmazione</i>	9
<i>Risultati raggiunti nell’anno 2018</i>	10
<i>Performance economico finanziaria anno 2018</i>	17
<i>Ulteriori progetti innovativi:</i>	19
<i>L’Organico 2018 dell’ASST Rhodense</i>	22
<i>Sistema di Valutazione del personale</i>	23
<i>Sistema Qualità</i>	24
<i>Risk Management – Piano annuale 2018</i>	24
<i>Piano di Formazione</i>	29
<i>Ulteriori Interventi e Attività</i>	29
<i>Monitoraggio dell’applicazione delle raccomandazioni ministeriali</i>	29
<i>Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione</i>	30
<i>Il Programma Triennale della Trasparenza e l’Integrità</i>	31
<i>Codice di Comportamento</i>	31
<i>Conclusioni</i>	33

Introduzione al Piano della Performance – riferimenti normativi

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

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

Relazione al Piano della Performance – anno 2018

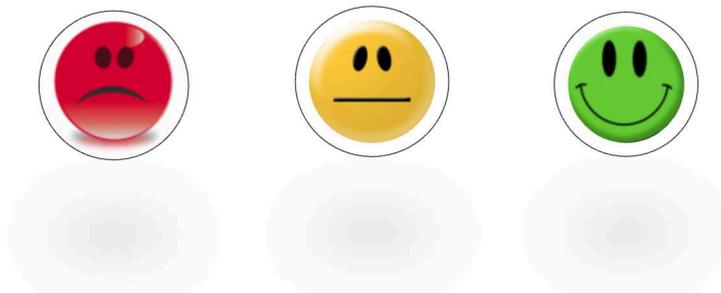
Per quanto concerne il PIANO DELLA PERFORMANCE – ANNO 2018 sono stati confermati, in linea di massima, i contenuti del Piano della Performance degli anni precedenti.

La Relazione al Piano della Performance 2018 in particolar modo 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 2018 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 Linea della stessa, che hanno analizzato gli obiettivi, misurato gli scostamenti, valutato le criticità e soprattutto resa visibile all’esterno la performance dell’Azienda.

Per una maggior chiarezza e trasparenza sul grado di raggiungimento degli obiettivi 2018, allegato alla presente relazione sono stati predisposti due documenti indicanti il grado di raggiungimento del singolo obiettivo:



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, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attività è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale.

Denominazione e costituzione dell'Azienda

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Rhodense, con sede legale a Garbagnate Milanese, viale Forlanini n. 95 – 20024 Garbagnate Milanese – è stata costituita a partire dal 01/01/2016, con Deliberazione n. X/4477 del 10 dicembre 2015, in attuazione della Legge Regionale n. 23 del 11/08/2015 ad oggetto: "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge Regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)".

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

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

Le ASST si articolano rispettivamente in due settori definiti:

- rete territoriale
- polo ospedaliero.

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



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

Nel percorso assistenziale è prevista l'interfaccia permanente con l'utenza in grado di garantire costantemente l'informazione completa, accurata e tempestiva. La formazione è la leva fondamentale quale strumento di perseguimento degli obiettivi

regionali e aziendali coerentemente allo sviluppo professionale continuo in una logica di rafforzamento ed ammodernamento della cultura organizzativa e di realizzazione di una politica di relazione tesa a sviluppare una partecipazione condivisa sulle attività e sulle decisioni sia ospedaliere sia territoriali.

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

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

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

Politica e mission dell'Azienda

La filosofia con cui opera l'Azienda può essere sintetizzata come segue: *"Offrire ai pazienti servizi e prestazioni di diagnosi e cura di qualità in condizioni ambientali, strutturali e di confort curate"*.

La Mission dell'ASST – Rhodense, in coerenza con le linee strategiche indicate nei Piani Sanitari Nazionale e Regionale nonché con le Regole di Sistema di Regione Lombardia per l'anno 2018, è quella di contribuire alla promozione, al mantenimento e al recupero delle condizioni di salute della popolazione, attraverso l'erogazione di prestazioni sia sanitarie sia sociosanitarie, secondo criteri di appropriatezza e qualità, definendo il paziente come bene fondamentale, in un'ottica di presa in carico del paziente nel suo percorso di cura inserito nell'ambito di una integrazione sempre più forte tra ospedale e territorio .

A tal fine risulta di fondamentale importanza la comprensione delle esigenze degli utenti finali e di tutti gli stakeholders, in particolare dello stesso personale operante nell'Azienda e la risposta alle sue legittime aspirazioni.

In particolare, la mission dell'Azienda si esplica nei seguenti ambiti:

- centralità dell'assistito;
- integrazione con l'ATS per la programmazione delle attività attraverso l'individuazione e la soddisfazione dei bisogni di salute, migliorando ed adeguando l'offerta attuale in modo da limitare le fughe dei cittadini residenti verso altre strutture;
- personale come patrimonio culturale e professionale, per garantire le prestazioni di cui il paziente necessita, con il coinvolgimento (quale fattore critico di successo) delle Associazioni di Volontariato;
- innovazione tecnologica e informativa a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti propri del settore sanitario-ospedaliero e per produrre attività di qualità;
- sicurezza dell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e dei dipendenti nel rispetto della normativa vigente;
- qualità perseguita attraverso lo sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità, quale strumento di impostazione metodologica ed organizzativa dei processi aziendali in collegamento con il Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) di cui alla DGR n.X/1185/2015.

L'organizzazione dei servizi aziendali è strutturata per garantire la centralità del cittadino nel sistema aziendale. Nel percorso assistenziale è prevista l'interfaccia permanente con l'utenza in grado di garantire costantemente l'informazione completa,

accurata e tempestiva sia per i servizi offerti all'interno dell'ospedale sia per l'offerta territoriale.

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 ospedaliere.

Linee di Programmazione

Le Linee di Programmazione che l'Azienda aveva definito per l'anno 2018 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 2018

In sintesi si espongono di seguito le macro aree di obiettivi di valutazione della performance organizzativa:

Macro area	Indicatori			
L.R. 23/2015: seconda fase di attuazione	Riordino Rete d'offerta			
	Accessibilità e tempi di attesa			
	Medicina diffusa			
	Integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali			
	POAS: provvedimenti attuativi anno 2018			
Razionalizzazione della spesa ed efficientamento del Sistema	Riduzione media di sistema pari al 1% per classi omogenee di spesa di Beni e Servizi. Sono inclusi nella voce beni e servizi: Dispositivi Medici Farmaci Consulenze, collaborazioni, interinali e comandi Altri beni e servizi			
	Lavoro somministrato: il costo non potrà superare quello sostenuto nel 2017.			
	Personale gravante su beni e servizi: riduzione della spesa del 5% del minor costo fra il 2016 ed il 2017.			
	Stabilizzazione del personale: applicazione della circolare 3/17 del Ministero della Semplificazione e P.A.			
	Personale a tempo determinato. Nel 2018 il valore medio (FTE) non dovrà essere superiore al valore medio del 2017 (FTE).			
	Acquisti		Sistema degli acquisti: incremento della spesa effettuata attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto al 2017	
			Servizi non sanitari: acquisti attraverso procedure aggregate già preventivate da ARCA	
Programmazione acquisti: rispetto delle scadenze				
Sistema di monitoraggio Beni e Servizi: Flusso consumi dispositivi medici Flusso Contratti Servizi non sanitari				
Investimenti		Applicazione integrale delle linee guida regionali in materia, aggiornate con DDG 13863/2016 del 23 dicembre 2016 che ha recepito le modifiche al Codice dei Contratti (D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.)		

Risk Management	<p>Area travaglio e parto: implementazione Trigger e dei progetti regionali di monitoraggio specifici</p> <p>Infezioni ospedaliere-Sepsi: 1) Utilizzo INFOSP 2) Audit</p> <p>Sicurezza del paziente in sala operatoria: implementazione delle raccomandazioni ministeriali 2 e 3 e loro monitoraggio in conformità alle indicazioni regionali</p> <p>Rischio nell'utilizzo dei farmaci: implementazione delle raccomandazioni ministeriali 17 e 14</p> <p>Partecipazione per quanto di competenza al processo di gestione dei sinistri</p>	
Implementazione l.r. 23/2015 e percorso di presa in carico del paziente	<p>Attuazione della DGR X/ 7655 del 28 dicembre 2017 ad oggetto " Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR X/6551/2017; A partire dall'anno 2018, si dovrà provvedere ad integrare la gamma di servizi per la presa in carico del paziente cronico, anche alle tipologie di servizio socio-sanitario, con particolare riferimento alle seguenti fragilità: demenza, disabilità, salute mentale con doppia diagnosi di dipendenza.</p> <p>Nei tempi indicati da DG Welfare e da ATS, si dovrà provvedere :</p> <ul style="list-style-type: none"> • allo sviluppo di strumenti di analisi predittiva (noti con il termine predictive analytics) che possano permettere in modo automatizzato di quantificare il trend di evoluzione nei prossimi anni delle patologie croniche. • alla diffusione di corretti stili di vita in modo strutturato con l'obiettivo di mantenere sempre più lontano gli utenti da comportamenti che potrebbero sfociare nella manifestazione di una patologia cronica. <p>Si renderà necessario rafforzare la costruzione ed il ruolo delle reti clinico-assistenziali, nella gestione dei percorsi diagnostico terapeutici delle principali patologie, misurandone gli impatti in termini di risultato clinico (outcome) in coerenza con il percorso di presa in carico della cronicità;</p> <p>Vengono confermate, anche per l'anno 2018, le Misure : residenzialità leggera, residenzialità minori disabili gravissimi, RSA aperta, per le quali è prevista un'assegnazione specifica, viene confermata la misura Minori vittime di abuso ex d.g.r. n. X/5342/16 Gli enti gestori delle strutture che intendono svolgere l'attività connessa alle diverse misure devono presentare la propria candidatura all'ATS di riferimento entro il 31 gennaio 2018. Entro il 15 marzo 2018 le persone già beneficiarie delle misure dovranno essere rivalutate, secondo le modalità stabilite dal provvedimento di revisione. Nell'anno 2017, in osservanza a quanto stabilito dalla D.G.R. n. 5954/16, si è</p>	

	<p>effettuata inoltre degli esiti relativi all'azione innovativa a favore dei minori in stato di abbandono inseriti nel percorso di adozione. Considerata l'esiguità della casistica rendicontata e ritenuto di poter ricondurre la stessa all'ambito delle funzioni già assicurate dai Consulenti Familiari, si dà seguito alla chiusura dell'azione innovativa, fermo restando il riconoscimento, all'interno del sopra citato finanziamento complessivo, di casi già in carico nel 2017 che ancora necessitano di una continuità degli interventi.</p> <p>Per quanto concerne la PREVENZIONE sono previsti :</p> <p>1) Ulteriore sviluppo del sistema informativo sovra regionale "Banca dati di progetti, interventi e buone pratiche di prevenzione e promozione della salute (PRO.SA.)", che mantiene valenza di flusso di rendicontazione;</p> <p>2) mantenimento della survey regionale annuale "Stili di vita"; 3) ridefinizione del set di indicatori all'interno del cruscotto Performance della Prevenzione.</p> <p>OFFERTA VACCINALE : 1) nell'ambito della percorso di presa in carico ed in particolare in tutti i PAI dei soggetti cronici arruolati, dovrà essere verificata l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni. 2) dovrà essere conclusa la migrazione dei dati vaccinali del percorso per il riuso di "SI AVR" (gestionale unico per la registrazione della attività vaccinale). 3) Rispetto dell'Obbligo Vaccinale e delle relative comunicazioni</p>	
<p>Modello organizzativo territoriale integrato per la presa in carico del paziente</p>	<p>Dovrà essere completata la trasformazione della rete di offerta lombarda con la piena attuazione dei POT e dei PreSST;</p> <p>RSA Pertini Messa prosecuzione dell'attività di collaborazione con i medici dell'ospedale attraverso l'apertura e l'implementazione delle visite ambulatoriali in RSA</p>	
<p>Modello organizzativo integrato e multidisciplinare fondato su un percorso di continuità assistenziale del paziente: Reti di</p>	<p>Rete Oncologica Lombarda ROL</p> <hr/> <p>Rete Ematologica Lombarda REL</p> <hr/> <p>Rete Nefrologica Lombarda ReNe</p>	

Patologia		
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	<p>Le ASST in accordo con le ATS dovranno individuare specifici temi progettuali inerenti alle situazioni di fragilità in area materno infantile.</p> <p>Entro aprile 2018 dovrà essere definito il progetto prevedendone l'operatività dal secondo semestre e la relazione finale con entro febbraio 2019</p>	
Rete delle Cure Palliative	<p>Prosecuzione del processo di evoluzione del modello organizzativo della rete di cure palliative in applicazione della D.G.R. n. X/5918/2016 e della successiva D.G.R. n. X/6691/2017</p>	
Rete della Terapia del dolore	<p>Proseguimento del percorso avviato con le deliberazioni Regionali n. 4610/2012, n. 2563/2014, n. 4983/2016 che hanno disciplinato in maniera complessiva il modello organizzativo specifico</p>	
Rete emergenza-urgenza	<p>Presenza delle specialità individuate dal DM 70/2015 e la disponibilità di personale medico presente h 24 o in pronta disponibilità</p> <p>N. di accessi in PS e incidenza sugli accessi in PS dei codici più critici (giallo e rosso)</p> <p>Incidenza dei ricoveri extra-budget</p> <p>Ruolo di ciascun presidio all'interno delle reti di patologia tempo-dipendenti</p>	
Salute Mentale	<p>Riduzione delle liste di attesa per prestazioni relative all'autismo e di logopedia - D.G.R. n. X/4981/2016 e D.G.R. n. X/6965/2017</p> <p>Progetti NPIA: proseguimento dei progetti territoriali esistenti e trasversalità degli stessi nelle aree prioritarie di intervento</p> <p>Programmi innovativi psichiatria: intervento precoce /area giovani, disturbi emotivi comuni/emergenti</p> <p>Raccordo tra psichiatria, NPIA, psicologia e dipendenze</p> <p>Programmi innovativi psichiatria: prosecuzione.</p>	

Tempi di attesa	<p>Area di Governo dei Tempi di attesa: formalizzazione Piani aziendali di governo dei tempi di attesa-Anno 2018 (nei PGTAZ devono essere ricomprese anche le prestazioni di screening mammografico e screening del colon retto)</p> <p>Prosecuzione del Progetto Ambulatori Aperti</p> <p>Attenzione da parte dei medici prescrittori all'utilizzo della classe di priorità e rispetto della appropriatezza di prescrizione e di effettuazione delle prestazioni</p>	
Screening	<p>Messa a disposizione dei programmi di screening: opportuni volumi di prestazioni per garantire una adeguata copertura della popolazione e collaborazione ASST/ATS nella rendicontazione delle stadiazioni dei cancri screen detected</p> <p>Aumento della popolazione coinvolta nei programmi di screening (obiettivo LEA)</p> <p>Piena rispondenza alle richieste di ATS relative all'ampliamento delle classi di età di screening colon retto e mammella (DDG n. 3711 del 04/04/2017), attivare il programma di screening della cervice uterina su tutto il territorio regionale in coerenza con la DGR n.7013 del 31/07/2017.</p>	
Farmaceutica e assistenza protesica ed integrativa	<p>Monitoraggio spesa File F</p> <p>Risorse farmaci alto costo innovativi oncologici: monitoraggio e governo delle voci di spesa nel rispetto delle risorse assegnate.</p> <p>Flussi File F e File R: obiettivo delle Aziende Sanitarie trasmettere le correzioni entro e non oltre i due mesi successivi</p>	
Negoziazione contratti	<p>Sottoscrizione contratti sanitari e sociosanitari provvisori: entro gennaio 2018.</p> <p>Sottoscrizione contratti definitivi: entro 15 maggio 2018.</p> <p>Eventuali rimodulazioni del budget entro il 31 ottobre 2018.</p> <p>Sottoscrizione contratto provvisorio Programmi innovativi in salute mentale.</p> <p>Sottoscrizione contratto provvisorio progetti NPIA</p>	
	<p><u>Prestazioni di ricovero</u> La valorizzazione dei 108 DRG ad elevato rischio di in appropriatezza: riduzione in misura < =20% rispetto ai DRG "appropriati".</p> <p><u>Prestazioni ambulatoriali</u> Mantenimento standard già definiti con i provvedimenti delle annualità precedenti. Verrà scorporato un budget (regionale) per le prestazioni effettuate dai soggetti presi in carico, stimato sulla base degli arruolati nei primi mesi del 2018.</p> <p><u>Funzioni non tariffabili</u> In attesa di provvedimento contenenti standard di riferimento.</p> <p><u>Applicazione dei nuovi LEA</u> In attesa di provvedimenti di competenza del Ministero della Salute: saranno pertanto adottati nel corso del 2018 i conseguenti atti regionali.</p> <p><u>Telemedicina</u></p>	

	Costituzione Gruppo di approfondimento Tecnico (G.A.T.) finalizzato a valutare quali tariffe sia opportuno riconoscere agli erogatori pubblici e privati accreditati per l'erogazione delle anzidette prestazioni.	
Attività di controllo	Almeno il 14% delle attività di ricovero sono soggette a controlli. Una quota fino a 7 punti percentuali (fino al 3% di qualità documentale e fino al 4% di congruenza ed appropriatezza generica) dei 14 sopra previsti potrà essere riferita ad attività di autocontrollo effettuate a cura dei soggetti erogatori. Piano di controllo aziendale entro il 31.01.2018	
Flussi informativi	Piena copertura dei flussi informativi rispetto alle anagrafiche trasmesse al Ministero della Salute. Presenza in anagrafica dei "Flussi Informativi Ministeriali" della copertura rispetto a tutti i flussi informativi delle prestazioni erogate (SDO, Prestazioni Ambulatoriali, Pronto Soccorso, CEDAP, Aborti Spontanei Mod D/1 Interruzioni Volontarie della Gravidanza Mod D12, ecc.). Si confermano tutte le precedenti disposizioni riguardanti il flusso e i controlli applicati, sia specifici sulle informazioni rilevate che di congruenza rispetto al flusso SDO. Rispetto di tutti i flussi sanitari e sociosanitari entro le tempistiche definite da Regione Lombardia. Piano annuale SISS	
Trasparenza e prevenzione della corruzione	Adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) aziendale 2018-2020 entro la scadenza del 31/01/2018 Monitoraggio semestrale PTPC aziendale 2018-2020 Misure relative alla trasparenza: monitoraggi trimestrali P.T.T.I. aziendale 2018-2020 Misure relative alla trasparenza: dichiarazione annuale del NVP circa il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati (art. 14,15 e 22 del d.lgs. N. 97/2016) Adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) aziendale 2018-2020 entro la scadenza del 31/01/2018	
Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (Pr.I.M.O.)	Migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria Promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale Monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso: 1) Indicatori SEPSI 2) Indicatori PS Potenziare i processi di presa in carico all'interno delle strutture di ricovero	



**Programma Internal
Auditing**

Piano di Audit aziendale entro il 31 gennaio 2018

Relazione di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate nel 2017 entro il 28 febbraio 2018

Relazione semestrale di monitoraggio delle attività di audit effettuate al 30 giugno, entro luglio 2018.





Performance economico finanziaria anno 2018

	2018	2017	Variazione %
Ricoveri ordinari	24.458	24.409	0,20%
Day hospital	3.973	4.026	-1,30%
Subacute	375	391	-4,10%
Ricoveri totali	28.806	28.826	-0,10%
Indicatori utilizzo posti letto	91%	90%	
Peso medio DRG	0,974	0,982	
Accessi in Pronto Soccorso	113.632	109.501	3,6%
Prestazioni in Pronto Soccorso	1.171.667	1.109.467	5,3%

RICAVI DA PRODUZIONE RICOVERI

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

	2017	2018	Variazione %
Ricovero per pazienti di Regione Lombardia	€ 92.514.373,00	€ 91.617.296,00	-1%
Ricoveri per pazienti di fuori regione	€ 2.568.112,00	€ 2.567.352,00	0%
TOTALE	€ 95.082.485,00	€ 94.184.648,00	-1%

RICAVI DA PRODUZIONE AMBULATORIALE

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

	2017	2018	Variazione %
Ricavi MAC (macroattività ambulatoriale complessa)	€ 3.519.719,00	€ 3.589.847,00	2%
Prestazioni Ambulatoriali	€ 34.086.908,00	€ 34.725.230,50	2%
TOTALE	€ 37.606.627,00	€ 38.315.077,50	2%



	ASST RHODENSE 706	Valore netto al 31/12/2017	Valore netto al 31/12/2018	Variazione
		A	B	(B-A)
	RICAVI			
AOIR01	DRG	91.628	90.359	- 1.269
AOIR02	Funzioni non tariffate	21.895	22.123	228
AOIR03	Ambulatoriale	37.989	38.641	652
AOIR04	Neuropsichiatria	3.221	3.109	- 112
AOIR05	Screening	466	532	66
AOIR06	Entrate proprie	21.917	22.617	700
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	4.421	4.660	239
AOIR08	Psichiatria	9.859	9.394	- 465
AOIR09	File F	9.764	12.507	2.743
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	244	200	- 44
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	43.338	51.630	8.292
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	1.225	1.251	26
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	4.302	3.102	- 1.200
AOIR15	Prestazioni sanitarie	17.751	17.153	- 598
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	268.020	277.278	9.258
	COSTI			
AOIC01	Personale	176.091	177.791	1.700
AOIC02	IRAP personale dipendente	11.419	11.315	- 104
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	3.640	3.774	134
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	115.642	115.926	284
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	1.387	1.204	- 183
AOIC06	Altri costi	3.605	6.723	3.118
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	5.930	6.465	535
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	931	307	- 624
AOIC17	Integrativa e protesica	5.190	5.989	799
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	323.835	329.494	5.659
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	55.815	52.216	- 3.599
	Risultato economico	-	-	-

(Valori in migliaia di Euro)

Ulteriori progetti innovativi:

Nel corso del 2018, le progettualità individuate come prioritarie dalla Direzione Strategica sono state sviluppate lungo tre direttrici:

1. Potenziamento dell'utilizzo efficiente delle risorse disponibili, che ha visto:

- L'ampliamento dei posti letto di degenza breve (da lunedì a venerdì) a tutte le UU.OO. chirurgiche del P.O. di Garbagnate Mil.se in relazione al numero di interventi trasferibili in questo regime.

Tale riorganizzazione ha come obiettivi: 1. una maggior appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario; 2. un ulteriore potenziamento della pre-ospedalizzazione; 3. una disattivazione dei posti letto nel corso del fine settimana con conseguente risparmio di risorse umane e riallocazione delle stesse per lo svolgimento di altre attività.

Complessivamente il numero dei dimessi dalle UU.OO. chirurgiche di Garbagnate Mil.se, in regime ordinario, è stato + 265 rispetto al 2017.

- Il prolungamento dell'orario di apertura di ambulatori ed erogazione di servizi diagnostici, focalizzato sull'aumento dell'offerta di prestazioni con tempi di attesa oltre la priorità assegnata. Ove possibile, è stato promosso l'accesso in orari e giornate più favorevoli ai cittadini anche mediante l'erogazione di prestazioni ad accesso diretto (ad es. TAC encefalo senza MdC e TAC addome senza MdC presso il P.O. di Garbagnate Mil.se).

Si segnala un aumento delle prestazioni in regime ambulatoriale pari a 325.109, +17% rispetto al 2017, le Specialità su cui si segnalano gli incrementi più significativi sono:

- per l'area chirurgica, entrambe le Chirurgie Generali e la Chirurgia Vascolare;
- per l'area diagnostica, entrambi i Servizi di Radiologia;
- per l'area medica, l'Oncologia, la Nefrologia e la Riabilitazione Generale Geriatrica.

- L'apertura di un polo unico aziendale di elettrofisiologia ed impiantistica (U.O.S.D. Elettrofisiologia), presso il Presidio di Rho a novembre 2017. La presenza di una sala e di una equipe dedicata ha permesso nel 2018 di ampliare l'offerta e di trattare un numero maggiore di pazienti con risultati positivi sia in termini di qualità di vita che di prognosi.

- La predisposizione dei Piani di Sovraffollamento dei Pronto Soccorso aziendali con potenziale attivazione di ulteriori 14 posti letto oltre alla dotazione standard (8 PL nel P.O. di Rho e 6 PL nel P.O. di Garbagnate Mil.se) per fronteggiare le situazioni di iper-afflusso nel periodo invernale.

Complessivamente il numero degli accessi nei Pronto Soccorso Aziendali segna un + 4.131 rispetto al 2017.

2. Miglioramento dell'accessibilità e presa in carico dei pazienti, con progettualità specifiche nei seguenti ambiti:

- Breast Unit (Centro di Senologia Aziendale), all'interno del nuovo percorso per la presa in carico della donna affetta da carcinoma mammario è stato prodotto un protocollo sanitario con la Clinica San Carlo di Paderno Dugnano. L'obiettivo strategico è di offrire alle donne residenti nel territorio del Distretto Rhodense una modalità di presa in carico e di gestione delle prestazioni guidate da principi e comportamenti omogenei, indipendentemente dalla struttura scelta e, laddove possibile, definire delle sinergie tra le due aziende per consentire alle donne l'accessibilità dei servizi sul territorio. Le pazienti saranno seguite in maniera omogenea, condivisa e in linea con la qualità delle evidenze derivate da studi scientifici rilevanti.
- Ritiro dei referti degli esami di laboratorio in Farmacia, per facilitare l'accesso dei cittadini e ridurre gli spostamenti inutili è stato avviato il progetto denominato "Hai fatto un prelievo? Ritira i risultati in Farmacia" che, nella fase iniziale, coinvolge tre Centri prelievi dell'ASST e quattro Farmacie territoriali. L'obiettivo è garantire di anno in anno una maggiore capillarità territoriale, coinvolgendo sempre più Farmacie. Questo percorso di collaborazione è finalizzato ad agevolare in particolare la presa in carico di cittadini cronici e fragili.
- Dematerializzazione delle prescrizioni dei farmaci, dal mese di luglio 2018 grazie ad una sperimentazione per la dematerializzazione delle ricette avviata dall'ASST e dalle farmacie del territorio congiuntamente alle cooperative di medici di medicina generale, i cittadini possono ritirare i propri farmaci direttamente in farmacia senza recarsi dal proprio medico di famiglia o dallo specialista ospedaliero per il ritiro della ricetta formato cartaceo, fino ad oggi indispensabile.

3. Perseguimento dell'efficienza organizzativa ed integrazione Ospedale-Territorio:

- Con l'obiettivo di ricostruire la filiera erogativa tra ospedale e territorio e soprattutto di rispondere ai bisogni di persone a rischio di fragilità sanitaria o sociosanitaria, che necessitano di una presa in carico integrata con lo sviluppo di un progetto individuale, è stata revisionata la procedura per la pianificazione delle dimissioni ospedaliere protette, coinvolgendo gli Enti locali per gli ambiti di competenza (sperimentazione con i Comuni del distretto del Rhodense).
- Al fine di promuovere e rinforzare la presa in carico integrata a livello territoriale a favore delle vittime di violenza, sono state realizzate le seguenti azioni tutte orientate a favorire l'accesso alla rete dei servizi:
 - specifiche attività di formazione, sensibilizzazione e comunicazione volte a ricomporre le conoscenze, le risorse e gli apporti dei diversi servizi (Consultori, Comuni, FF.OO, Ente del Terzo Settore, gestore del CAV, ASST);
 - redazione a cura della Direzione Sociosanitaria in collaborazione con il Dipartimento di Emergenza e Urgenza il "Protocollo operativo per il soccorso e l'assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza", in applicazione delle "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio sanitaria alle

donne vittime di violenza” con l’obiettivo di assicurare alle vittime una presa in carico sollecita, mirata ed in grado di connettere immediatamente il PS con la rete extra ASST.

- inaugurazione, nel mese di maggio 2018, di due sportelli di aiuto. Il Centro Anti Violenza, infatti, nel territorio dell’ASST Rhodense riesce ad offrire una risposta capillare grazie alla messa a disposizione, a titolo gratuito, di uno spazio presso il POT di Bollate ed uno presso il Comune di Rho.

- L’apertura di un nuovo reparto di degenza di Cure Subacute all’interno del POT di Bollate (per un numero di 24 posti letto). Il nuovo reparto soddisfa una reale e specifica necessità di cura medica ed assistenziale a bassa intensità potenziando la capacità erogativa del P.O.T. di Bollate ed attiva modelli di erogazione idonei ad efficientare i processi di degenza ospedaliera per acuti correggendo, attraverso idonea proposta di “servizio alternativo”, possibili sconfinamenti verso l’inappropriatezza della degenza.

Il numero di giornate di degenza è stato incrementato da 10.082 a 11.605 (+1.523 giorni).



L'Organico 2018 dell'ASST Rhodense

Andamento del Personale - ANNO 2018							
UNITA**	31 gen	28 Feb	31 Mar	30 Apr	31 Mag	30 Giu	Media Semestre
AMMINISTRATIVI	380	377	377	377	387	388	381
ASSISTENTI RELIGIOSI	2	2	2	2	2	2	2
ASSISTENTI SOCIALI	48	48	48	48	48	48	48
AUSILIARI	13	13	13	13	13	13	13
INFERMIERI	1378	1369	1370	1368	1364	1362	1368,5
RUOLO TECNICO - ALTRO PERSONALE	389	389	388	387	388	388	388,17
RUOLO TECNICO - OTA/OSS	499	503	505	514	518	524	510,5
TECNICI DELLA RIABILITAZIONE	214	213	212	216	217	216	214,67
TECNICI DI VIGILANZA E ISPEZIONE	17	17	17	17	17	17	17
TECNICI SANITARI	160	159	161	160	159	160	159,83
Totale COMPARTO	3100	3090	3093	3102	3113	3118	3102,67
DIRIGENTI MEDICI	556	558	558	563	561	558	559
Totale MEDICI	556	558	558	563	561	558	559
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	11	11	11	11	11	11	11
DIRIGENTI SANITARI	54	55	56	57	58	58	56,33
DIRIGENTI T/P	5	5	5	5	5	5	5
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2	2	2	2	2	2	2
Totale DIRIGENTI NON MEDICI	72	73	74	75	76	76	74,33

UNITA**	31 Lug	31 Ago	30 Set	31 Ott	30 Nov	31 Dic	Media Semestre
AMMINISTRATIVI	388	387	387	383	387	385	386,17
ASSISTENTI RELIGIOSI	2	2	2	2	2	2	2
ASSISTENTI SOCIALI	48	49	49	48	48	48	48,33
AUSILIARI	13	13	13	13	12	12	12,67
INFERMIERI	1355	1359	1363	1376	1383	1376	1368,67
RUOLO TECNICO - ALTRO PERSONALE	388	387	387	384	382	381	384,83
RUOLO TECNICO - OTA/OSS	519	520	517	515	510	510	515,17
TECNICI DELLA RIABILITAZIONE	217	217	217	217	217	217	217
TECNICI DI VIGILANZA E ISPEZIONE	17	17	17	17	17	17	17
TECNICI SANITARI	158	157	157	159	163	165	159,83
Totale COMPARTO	3105	3108	3109	3114	3121	3113	3111,67
DIRIGENTI MEDICI	561	558	554	550	550	549	553,67
Totale MEDICI	561	558	554	550	550	549	553,67
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	11	11	11	11	11	11	11
DIRIGENTI SANITARI	59	59	61	61	61	60	60,17
DIRIGENTI T/P	5	5	5	5	5	5	5
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2	2	2	2	2	2	2
Totale DIRIGENTI NON MEDICI	77	77	79	79	79	78	78,17

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



Sistema di Valutazione del personale

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

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

A tali documenti è stata data ampia diffusione tramite pubblicazione sul sito intranet aziendale, (<http://intranet.salvini.it/sistema-valutazione2018.html>).

Nel rispetto delle direttive regionali, nel corso del 2018 sono state erogate quote di incentivazione esclusivamente previa valutazione dello stato di avanzamento degli obiettivi assegnati .

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

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

Per quanto attiene il personale della disciolta ASL Provincia di Milano 1 e Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano, per l'anno 2018 si prosegue con il sistema di valutazione già in uso nelle aziende di provenienza.

Sistema Qualità

Con tale organizzazione l'Azienda ha posto le basi per lo sviluppo della qualità dei servizi erogati in quanto meglio consente la valorizzazione delle risorse, lo sviluppo di progetti innovativi che coinvolgono tutte le figure professionali il cui ruolo è determinante per il raggiungimento dei risultati.

Il processo di diffusione del miglioramento continuo della qualità ha permesso all'Azienda di raggiungere soddisfacenti livelli di gestione dell'apparato documentale, base per descrivere i principi e le finalità di ogni organizzazione, garantendo così il diffondersi della "cultura organizzativa" letta anche attraverso i sistemi di gestione della Qualità. Di fatto, una maggior presa di coscienza delle realtà certificate delle criticità e delle opportunità di miglioramento, suggerite anche dagli auditor di terza parte, ha permesso una più capillare diffusione di strumenti di registrazione delle attività e di documenti che le descrivano nel dettaglio. Ciò è ancora più significativo quando questi documenti vengano utilizzati anche dalle unità operative non ancora certificate, ma che ne assumono valenza e capacità di gestione. Una precisazione va fatta per quanto attiene l'area dei laboratori di analisi che hanno intrapreso tutte le attività propedeutiche alla loro riorganizzazione per linee di produzione.

Risk Management – Piano annuale 2018

A decorrere dal luglio 2016, la funzione di risk manager è stata attribuita al Responsabile della Struttura Complessa "Qualità, Accreditamento e Risk Management" confluita in staff alla Direzione Generale.

Questo cambiamento di assetto ha permesso l'implementazione di una nuova strategia, con l'avvio di un percorso volto a integrare e rendere coerenti le attività specifiche dei tre ambiti. La gestione del rischio clinico, infatti, non può prescindere dalla analisi e dal supporto al miglioramento dei processi lavorativi, che a sua volta traggono vantaggio dalla impostazione metodologica della ISO 9001:2015, che trova il suo fondamento nella valutazione dei rischi e opportunità connesse con l'organizzazione aziendale. Tale attività deve porre degli obiettivi di miglioramento, tra i quali è necessario considerare anche quelli fissati a livello regionale come requisiti organizzativi minimi di accreditamento e come standard di riferimento nei diversi sistemi di valutazione adottati (PriMO, PNE, NW regioni).

Nello specifico, la funzioni di risk management, in linea con le indicazioni regionali, si propone di identificare i rischi associati alle attività sanitarie e/o ai processi operativi, quantificarli ed analizzarli, monitorare i processi e i cambiamenti, con l'obiettivo ultimo di minimizzare i danni e ottimizzare le opportunità.

La funzione si integra con il "Gruppo di Coordinamento per l'attività di gestione del rischio", organismo collegiale multiprofessionale aziendale, che rappresenta un

riferimento tecnico-professionale per la presa in carico, la progettazione e la concretizzazione della gestione del rischio in Azienda.

La funzione inoltre partecipa al "Comitato Valutazione Sinistri", organismo di primaria importanza nella gestione dei sinistri

L'attività di risk management negli ultimi tre anni ha tenuto conto del processo avviato negli anni precedenti, ed è stata quindi implementata senza creare discontinuità con il passato, valorizzando le esperienze aziendali precedentemente attuate. Le linee di intervento, coerenti con le indicazioni regionali, già sviluppate ed alle quali si vuol dare continuità nel 2019, sono le seguenti:

- Gestione del rischio in ambito ostetrico-neonatologico

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

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

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

E' stato approvato il protocollo della gestione della sepsi in gravidanza, raccogliendo le indicazioni regionali in merito

In coerenza con le azioni intraprese sono state implementate una serie di attività formative/informative in merito alla gestione di aspetti legati alla sicurezza dei pazienti in blocco parto: diffusione e corretto utilizzo della scheda MEOWS, gestione della emorragia post partum, assistenza al neonato asfittico

- Sepsi

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

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

E' stato convocato un apposito gruppo di miglioramento per effettuare la revisione del protocollo Aziendale in merito alla gestione della Sepsis.

In merito alla prevenzione delle infezioni ospedaliere sono state implementate le seguenti azioni:

- E' stata effettuata una revisione del sistema di segnalazione delle infezioni ospedaliere in modo da uniformare i comportamenti dei Presidi e rendere il sistema stesso più aderente alla realtà operativa.
- E' stata avviata la procedura di stesura di un analogo documento da applicare presso la RSA S. Pertini. Se i principi di fondo sono, infatti, applicabili anche in tale realtà, la tipologia di pazienti e la peculiarità organizzativa della struttura richiedono una diversa declinazione ed implementazione del sistema di rilevazione delle infezioni ospedaliere.
- E' stato avviato uno studio per la implementazione di un sistema di rilevazione delle infezioni ospedaliere, che integri i dati desunti dalla segnalazione spontanea. Il sistema si basa sulla analisi dei casi selezionati in base dei dati desunti dagli indicatori AHRQ, forniti dal portale di governo regionale.
- Nell'ambito della collaborazione con il CIO del Presidio di Garbagnate sono stati effettuati i seguenti interventi:
 - o Conduzione di un audit in merito alla gestione del CVC in dialisi
 - o Conduzione di un gruppo di miglioramento in merito alle infezioni da catetere vascolare nella Terapia intensiva.
- E' stata garantita la partecipazione all'evento "Open H – festa della salute 2018" dell'ASST Rhodense, che ha avuto luogo il 15 settembre 2018, con un desk tematico a carattere informativo/educativo sul lavaggio delle mani.
- Sicurezza del paziente in sala operatoria

E' stato effettuato un audit per verificare l'aderenza alle indicazioni contenute nel protocollo aziendale in merito alla antibiotico profilassi pre-operatoria. I risultati sono stati oggetto di comunicazione al CIO e saranno la base di partenza per la revisione del protocollo stesso ad opera di un costituendo apposito gruppo di lavoro. L'attività si inserisce in un contesto più ampio delle attività avviate in azienda in merito alla antibiotic stewardship.

E' stata sperimentata, secondo le indicazioni regionali, la Check list 2.0 per la verifica della sicurezza del paziente in blocco operatorio.

E' stata ampliata la diffusione della nuova "check list semplificata", implementata nel corso del 2017, con la progressiva applicazione alle procedure invasive e agli interventi in BOCA. La check list è ricompresa all'interno di un documento integrato, che costituisce una scheda unica che segue il paziente in tutto il percorso peri-operatorio.

E' stato avviato il percorso di revisione dei documenti aziendali, connessi con la gestione della sicurezza dei pazienti in sala operatoria. La revisione tiene conto delle indicazioni contenute nelle specifiche linee guida OMS 2016 e CDC 2017 e persegue i seguenti obiettivi: uniformare i comportamenti degli operatori nei due blocchi operatori dell'azienda ed integrare i documenti aziendali finora prodotti.

E' stata avviata la revisione del percorso del paziente nel pre ricovero centralizzato dei Presidi Aziendali.

- Responsabilità sanitaria e linee guida

E' stata avviata la revisione dei documenti aziendali connessi con la sicurezza dei pazienti, con particolare riguardo a quelli in scadenza (data di approvazione superiore a tre anni), al fine di migliorare l'integrazione fra gli stessi. Nello specifico sono stati revisionati i seguenti documenti:

- Igiene delle mani
- Trasporto neonatale STEN
- La stabilizzazione ed il trasporto protetto neonatale
- Prevenzione del suicidio
- Gestione dei medicinali
- Gestione farmaci LASA
- Corretta identificazione del paziente

Per migliorare la diffusione e la fruibilità dei documenti a valenza aziendale da parte degli operatori, sono state avviate le seguenti attività:

- revisione ed omogeneizzazione dei criteri e delle modalità di denominazione e numerazione dei documenti aziendali, che verrà recepita nel sistema di gestione della qualità
- creazione di un portale unico sulla intranet aziendale, che permetterà di reperire e consultare più facilmente il patrimonio documenta ad oggi frammentato nei siti delle singole funzioni aziendali

- Agiti etero aggressivi

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

In tale ambito sono attivi alcuni percorsi di formazione:

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



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

In merito all'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali, l'Azienda ha ad oggi implementato documenti specifici per tutte le raccomandazioni emanate. I documenti hanno una validità massima triennale, là dove non venga effettuata una revisione in tempi più brevi, a seguito di nuove indicazioni di letteratura o dalla risultanza di eventuali analisi di situazioni contingenti.

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

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

Una descrizione completa ed in dettaglio della attività svolta nel 2018 è contenuta nella "Relazione conclusiva del piano Risk Management 2018", e pubblicata sul sito intranet aziendale al seguente link:

http://intranet.salvini.it/Risk_new/PIANI%20ANNUALI/Piani-2017-2018/PIANO-risk-management-2018.pdf



Piano di Formazione

Nel 2018 sono state progettate e realizzate specifiche attività di aggiornamento per il personale dell'Azienda. Tali attività hanno contribuito a sostenere le finalità dei progetti sopra citati, considerato che la formazione riveste un'importanza strategica nel miglioramento continuo delle conoscenze e delle competenze degli operatori sanitari.

Ulteriori Interventi e Attività

Attività di ascolto e mediazione trasformativa

Il Servizio di Ascolto e Mediazione dei conflitti avviato nel 2011 ha continuato l'attività anche nell'anno 2018 nell'ottica di prevenire e contenere le conflittualità tra operatori sanitari e cittadini, con il supporto anche di un gruppo di lavoro dedicato, denominato "Gruppo di Ascolto e Mediazione" (GAM) con la finalità di vagliare preventivamente i casi pervenuti in azienda e trasmetterli ai mediatori perché verifichino la presenza dei requisiti necessari per l'attivazione dei colloqui di mediazione trasformativa.

Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali

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

Nel corso del 2018 è proseguita l'attività di monitoraggio dell'applicazione delle stesse consolidando le attività in tema di: chirurgia sicura, corretta identificazione del paziente in tutte le fasi assistenziali, prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari nel dipartimento di salute mentale, gestione dei trasporti dei pazienti critici e dei pazienti del dipartimento di salute mentale. Risultano implementate 16 raccomandazioni ministeriali su 17 in quanto si è ritenuto che la raccomandazione n. 10 (Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati) non sia ad oggi applicabile, a fronte di un consumo di farmaci residuale su pazienti ricoverati, ma in cura presso altre strutture ospedaliere.

Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione

Con deliberazione n. 56 del 29.01.2018 è stato approvato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2018 -2020 dell'ASST Rhodense, contenente, quale parte integrante, il Programma Triennale Trasparenza ed integrità (PTTI).

Il PTPC 2018-2020 è stato elaborato tenendo conto delle disposizioni dell'ANAC contenute nella determinazione n. 12 del 28.10.2015, nella delibera n. 831 del 3 agosto 2016 e nella deliberazione n. 1208 del 22 novembre 2017.

A seguito dell'intervenuta approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) da parte della Regione Lombardia (DGR n. 6609 del 19.05.2017), si è proceduto all'aggiornamento dei processi a rischio di corruzione, con particolare riferimento all'individuazione delle strutture aziendali di nuova istituzione preposte all'applicazione delle azioni previste per il verificarsi di eventi corruttivi, alla ponderazione delle singole attività di rischio ed all'inserimento di ulteriori attività di rischio connesse ai procedimenti di competenza, con l'individuazione delle relative misure di prevenzione.

Ai fini della completa mappatura delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, è stato chiesto ai Referenti del RPCT di procedere al monitoraggio dei rischi attribuiti ai rispettivi ambiti, all'analisi dei rischi, alla verifica della corretta valutazione degli stessi ed all'inserimento di eventuali ulteriori attività di rischio connesse ai procedimenti di competenza con l'individuazione delle relative misure di prevenzione.

Nello specifico, oltre alle aree di rischio obbligatorie e comuni a tutte le pubbliche amministrazioni, elencate nell'art. 1, c. 16, L. n. 190/2012, sono state individuate, in considerazione delle peculiarità funzionali ed organizzative aziendali, ulteriori aree di rischio specifiche, identificando all'interno di ciascuna area diverse attività di rischio.

Nel corso del 2018 si è proceduto al monitoraggio semestrale dello stato di attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPC, attraverso la richiesta ai referenti del RPCT di trasmissione di relazioni e documentazione.

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

L'adozione del P.T.P.C. ed i suoi aggiornamenti sono adeguatamente pubblicizzati sul sito internet istituzionale e nell'Area intranet aziendale.

Il Programma Triennale della Trasparenza e l'Integrità

Allo scopo di dare attuazione al principio di trasparenza, che rappresenta una misura di rilievo e di fondamentale importanza per la prevenzione della corruzione, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia, l'ASST Rhodense ha provveduto a redigere il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.), quale apposita sezione del PTPC 2018-2020.

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità definisce le misure, i modi e le iniziative per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal quadro normativo vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'Azienda.

Adempimenti relativi al Programma Triennale per la Trasparenza

Ai fini della redazione del P.T.T.I. 2018-2020, a seguito dell'intervenuta approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) da parte della Regione Lombardia (DGR n. 6609 del 19.05.2017) il RPCT ha attivato una serie di consultazioni con i diversi Uffici interessati, al fine di individuare:

- il soggetto/Ufficio responsabile di ogni singolo flusso o dato;
- una più dettagliata tempistica di pubblicazione.

Come previsto nel P.T.T.I. 2018-2020, nel corso dell'anno 2018 sono stati effettuati 4 monitoraggi trimestrali che hanno riguardato la totalità degli obblighi di pubblicazione, dai quali non sono emerse criticità negli adempimenti previsti in materia di trasparenza.

Inoltre, in ossequio alla normativa vigente, si è proceduto alla pubblicazione sul sito istituzionale dell'attestazione annuale da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. g) d.lgs. n. 150/2009, relativa all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, al 31 marzo 2018, delle specifiche categorie di dati individuati dall'ANAC nella delibera n. 141 del 21.02.2018.

Codice di Comportamento

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

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



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

Conclusioni

Nel corso del mese di giugno 2019 l'Azienda ha pubblicato sul portale PRIMO nell'area dedicata agli obiettivi dei Direttori Generali, la rendicontazione degli obiettivi aziendali di interesse regionale aggiornata al 31.12.2018 e redatta sul modello fornito dagli uffici regionali competenti, ai sensi di quanto declinato nella Dgr N. X_7600 20.12.2017 e nella Dgr N° XI / 415 Seduta del 02/08/2018

In allegato al presente documento n. 2 report riassuntivi nei quali è possibile verificare nel dettaglio il grado di raggiungimento di ogni singolo obiettivo assegnato nell'anno 2018 ivi compresi gli obiettivi specifici di cui all'art. 4 Contratto integrativo ATS.

