

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Ovest Milanese

RELAZIONE
SULLA PERFORMANCE
ANNO 2016

SOMMARIO

Premessa.....	3
Organizzazione.....	4
Dati di attività	6
Gestione economica finanziaria	7
Ammodernamento delle tecnologie.....	8
Azioni organizzative a favorire l’Integrazione Ospedale/Territorio	9
Valutazione delle performance anno 2016	12
Trasparenza e anticorruzione	20

Premessa

Il Piano delle Performance 2016-2018 è stato predisposto secondo le disposizioni contenute nel Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 e le linee guida fornite dall'OIV di Regione Lombardia (DGR n. IX/2633 del 6 dicembre 2011) ed è stato adottato dall'Azienda con propria delibera n° 46 del 30 gennaio 2016.

Esso rappresenta il documento strategico programmatico per il triennio che dà avvio al ciclo di gestione delle performance, definendo, in coerenza con le risorse assegnate, quali sono gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance stessa dell'Azienda per il periodo in oggetto.

Attraverso questo documento, quindi, l'Azienda descrive le attività e i progetti attivi che sono rappresentati da indicatori di misurazione.

La Relazione al Piano della Performance – Anno 2016 conclude il ciclo di gestione della performance riferita all'anno trascorso e il suo contenuto vuole rappresentare agli Stakeholders una sintesi dei risultati conseguiti nel corso dell'anno 2016 rispetto a quanto programmato.

Essa ha lo scopo, quindi, di descrivere lo stato di raggiungimento, per l'anno 2016, degli obiettivi definiti in sede di “Piano delle Performance 2016-2018”.

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

La Relazione al Piano della Performance nella sua completezza è visionabile sul sito internet aziendale all'indirizzo: <http://www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparente>: nella sezione “Amministrazione trasparente – Performance”.

30 giugno, 2017

Organizzazione

Con DGR 6549 del 4 maggio 2017 ad oggetto “Determinazioni in ordine al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese, ai sensi e per gli effetti dell’art. 17, c. 4 della Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009, come modificata con Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015 e s.m.i.” è stato approvato da Regione Lombardia il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), con il quale è stato rivisto l’assetto organizzativo attuale al fine di renderlo funzionale agli indirizzi della legge di evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo.

Per quanto riguarda l’assetto organizzativo interno, l’Azienda è così strutturata:

- Dal punto di vista territoriale, in Presidi Ospedalieri, Poliambulatori e ambiti socio-sanitari territoriali;
- Dal punto di vista gestionale e funzionale, in Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici, finalizzati a realizzare un governo clinico e socio-sanitario integrato in grado di generare responsabilità e coinvolgimento di tutto il personale per fornire la risposta più appropriata ai bisogni di salute dei cittadini.

L’assetto dell’ASST Ovest Milanese comprende le seguenti strutture:

Denominazione strutture	Sede
STABILIMENTO OSPEDALIERO DI CUGGIONO	CUGGIONO
STABILIMENTO OSPEDALIERO DI LEGNANO	LEGNANO
OSPEDALE C.CANTU' (Abbiategrasso)	ABBIATEGRASSO
OSPEDALE G.FORNAROLI (Magenta)	MAGENTA
POLIAMBULATORIO	PARABIAGO
CONSULTORIO FAMILIARE PUBBLICO	BUSTO GAROLFO
CONSULTORIO FAMILIARE PUBBLICO	LEGNANO
CONSULTORIO FAMILIARE PUBBLICO	MAGENTA
CONSULTORIO FAMILIARE PUBBLICO	PARABIAGO
CONSULTORIO FAMILIARE PUBBLICO	ABBIATEGRASSO
CONSULTORIO FAMILIARE PUBBLICO	ARLUNO
CONSULTORIO FAMILIARE PUBBLICO	CASTANO PRIMO
CONSULTORIO FAMILIARE PUBBLICO	CUGGIONO
CDD CASTANO PRIMO	CASTANO PRIMO
CDD IL PASSERO	MAGENTA
CDD IL SEME	BUSTO GAROLFO

CDD MAGNAGO	MAGNAGO
CDD PONTEVECCHIO	MAGENTA
CDD RESCALDINA	RESCALDINA
CDD VITTUONE	VITTUONE
HOSPICE DI MAGENTA	MAGENTA
NOA	LEGNANO
NOA	ABBIATEGRASSO
SERT	MAGENTA
SERT	PARABIAGO

Per quanto attiene all'assistenza ospedaliera l'azienda è dotata di:

- ✓ 4 ospedali;
- ✓ 2 poliambulatori territoriali;
- ✓ 8 strutture dedicate all'area salute mentale;

per un totale di 1.396 posti letto totali, posti degenza ordinaria 1.325, posti 71 di DH/DS e 378 letti tecnici (culle, macro attività ambulatoriale, letti per dialisi, subacuti e posti in comunità psichiatriche).

Ospedali	Posti letto totali (Ordinari + DH/DS)	Degenza ordinaria	DH/DS	Subacuti	MAC	BI C	Dialisi	Culle	Posti in Comunità Psichiatriche
				Non rientranti nel numero posti letto totali in quanto posti tecnici/culle					
Legnano	538	518	20	8	38	14	21	20	79
Cuggiono	191	181	10	10	12	5	7	//	//
Magenta	486	457	29	//	32	8	12	30	56
Abbiategrasso	181	169	12	//	17	3	6	//	//
TOTALI	1.396	1.325	71	18	99	30	46	50	135

Gli Ospedali dell'Azienda hanno acquisito nel corso degli anni un ruolo di specializzazione della propria attività al fine di rispondere alle moderne indicazioni di organizzazione sanitaria, che prevede di integrare l'organizzazione di attività affini, diversificando l'indirizzo delle strutture sanitarie per intensità di cura.

Dati di attività

Ricoveri

Attività Ospedaliera	Q.tà 2016	Q.tà 2015	Diff. Q.tà	Diff. % Q.tà	Valore 2016 (*)	Valore 2015 (*)	Diff. Valore	Diff. % Valore
Ricovero Ordinario	36.128	37.256	-1.128	-3,12%	138.520.511	142.026.475	-3.505.964	-2,53%
Day Hospital	6.378	5.574	804	12,61%	8.364.753	6.820.252	1.544.501	18,46%
Cure Subacute	88	70	18	20,45%	220.360	184.190	36.170	16,41%
TOTALE	42.594	42.900	-306	-0,72%	147.105.624	149.030.917	-1.925.293	-1,31%

(*) Valori al netto delle endoprotesi

Ambulatoriale (Valorizzato con tariffa 28/SAN)

Regime Erogazione	Quantità 2016	Quantità 2015	Diff. Q.tà	Diff. % Q.tà	Valore 2016	Valore 2015	Diff. Valore	Diff. % Valore
A Carico SSN	4.114.210	4.582.864	-468.654	-10,2 %	70.183.704	72.330.919	-2.147.215	-3,0 %
Solvenza	2.538	3.282	-744	-22,7 %	46.619	56.625	-10.005	-17,7 %
Libera Professione	97.967	77.488	20.479	26,4 %	1.763.817	1.703.456	60.361	3,5 %
Stranieri Comunitari e/o Convenzionati	413	356	57	16,0 %	12.662	8.504	4.158	48,9 %
Stranieri Extracomunitari Indigenti - a Carico SSN	1.022	865	157	18,2 %	11.956	9.412	2.543	27,0 %
Stranieri Extracomunitari Indigenti - Non a Carico SSN	2.799	3.059	-260	-8,5 %	113.498	102.819	10.678	10,4 %
N Naviganti	86	149	-63	-42,3 %	948	1.203	-255	-21,2 %
Altro	27	148	-121	-81,8%	220	2.979	-2.758	-92,6%
TOTALE	4.219.062	4.668.211	-449.149	-9,62%	72.133.424	74.215.917	-2.082.494	-2,81%

Accessi in Pronto Soccorso

Colore Triage	Accessi 2016	Accessi 2015	Differenza
ROSSO	1.968	1.656	312
GIALLO	18.254	17.465	789
VERDE	114.907	113.913	994
BIANCO	20.706	17.150	3.556
TOTALE	155.835	150.184	5.651

Gestione economica finanziaria

Si riporta di seguito il prospetto riepilogativo del conto economico aziendale 2016 in cui sono evidenziati, per macro voci di bilancio, i valori di ricavo e di costo dell'esercizio 2016 relativi al Polo Ospedaliero, Rete Territoriale ed Emergenza/Urgenza 118.

Si evidenzia che poiché l'ASST è stata costituita con decorrenza 1 gennaio 2016, non sono stati riportati in bilancio i valori di ricavo e costo relativi all'anno 2015.

Dal prospetto, si evince che l'esercizio 2016 chiude in pareggio, permettendo così il raggiungimento dell'obiettivo economico-finanziario.

Cod.	Voce	2015	2016	
		<i>Valore netto al 01/01/2016</i>	<i>Valore netto al 31/12/2016</i>	<i>Variazione</i>
		A	B	(B-A)
	RICAVI			
AOIR01	DRG	-	147.147	147.147
AOIR02	Funzioni non tariffate	-	29.643	29.643
AOIR03	Ambulatoriale	-	56.687	56.687
AOIR04	Neuropsichiatria	-	1.898	1.898
AOIR05	Screening	-	865	865
AOIR06	Entrate proprie	-	19.516	19.516
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	-	9.315	9.315
AOIR08	Psichiatria	-	8.779	8.779
AOIR09	File F	-	28.624	28.624
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	-	156	156
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	-	66.154	66.154
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	-	1.548	1.548
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	-	1.474	1.474
AOIR15	Prestazioni sanitarie	-	14.100	14.100
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	-	385.906	385.906
	COSTI			
AOIC01	Personale	-	195.043	195.043
AOIC02	IRAP personale dipendente	-	12.532	12.532
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	-	7.803	7.803
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	-	169.440	169.440
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	-	2.984	2.984
AOIC06	Altri costi	-	6.774	6.774
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	-	6.731	6.731
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	-	536	536
AOIC17	Integrativa e protesica	-	4.112	4.112
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	-	405.955	405.955
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	-	20.049	20.049
	Risultato economico	-	-	-

(Valori in euro/1.000)

Costo del personale

Le politiche del personale sviluppate nel corso dell'esercizio 2016 hanno teso a contemperare le seguenti due distinte esigenze:

- ✓ i vincoli derivanti da disposizioni a livello nazionale e regionale, con un pressante richiamo al contenimento/razionalizzazione dei costi, mantenendo comunque i livelli prestazionali;
- ✓ il nuovo quadro di contesto, caratterizzato da significativi cambiamenti quali – a mero titolo esemplificativo – istituzione delle nuove Aziende Sanitarie, integrazione sociosanitaria, Ospedali per intensità di cure, PDTA, spending review.

Ciò ha comportato un significativo intervento di promozione della centralità del processo di aziendalizzazione rispetto sia all'evoluzione normativa sia alla programmazione degli interventi (a tal proposito la decisione di collegare le RAR 2016 ad un'iniziativa FAD sulla Legge di riordino del Sistema sociosanitario lombardo n. 23/2015).

E' stata, poi, riservata una forte attenzione al ruolo delle diverse aree professionali e competenze tecniche, assicurando le responsabilità e le incombenze affidate – in modo particolare – al personale del ruolo sanitario (Dirigente e non) nonché al personale del ruolo tecnico di supporto, prevedendo modelli gestionali che hanno teso al perseguimento delle "best practices", così da assicurare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni.

Le manovre assunzionali sono state condotte nel rispetto delle DGR X/3991 del 04/08/2015, X/4338 del 20/11/2015 e X/5454 del 25/07/2016.

Il costo del personale ha trovato piena copertura in quanto definito in sede decreto di assestamento.

Al riguardo, il reclutamento di personale ha riguardato soprattutto le seguenti aree:

- ✓ Quella dell'Emergenza Urgenza, per far fronte sia all'elevato numero di accessi dei pazienti ai DEA/PS Aziendali sia alla complessità dei casi (si evidenzia il DEA di Legnano, anche in considerazione dell'insistenza dell'Elisuperficie). Nella fattispecie, in esito a pubblico concorso, si è pervenuto al consolidamento a tempo indeterminato di ben 12 Medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza ivi già operanti a tempo determinato, nell'auspicio di dare stabilità alle singole équipe;
- ✓ l'Area Chirurgia e quella Medica, al fine di dare una puntuale risposta alla richiesta di prestazioni nonché di assicurare il servizio di guardia adeguato rispetto alle esigenze organizzative.

Il reclutamento ha interessato anche l'instaurazione di rapporti di supplenza di personale assente con diritto alla conservazione del posto.

Tale esigenza si è fatta ancora più pressante nell'Area del Comparto, anche per fronteggiare le assenze legate alla doverosa applicazione di disposizioni normo-contrattuali che fanno registrare un continuo incremento.

Le supplenze hanno comunque concorso a garantire il rispetto delle disposizioni di cui alla Legge 161/2014 in tema di orario di lavoro e di riposi.

Ammodernamento delle tecnologie

Gli investimenti assegnati all'Azienda per l'ammodernamento tecnologico sono stati destinati alla sostituzione di dispositivi medici e apparecchiature obsolete con l'obiettivo di soddisfare benefici potenziali derivanti:

- Dall'incremento della qualità
- Dal risparmio delle risorse per gli interventi manutentivi
- Dalla riduzione degli eventi avversi riconducibili al malfunzionamento delle apparecchiature tecnologiche sanitarie

I criteri che hanno portato alla definizione del piano investimenti, stabilendo le priorità di sostituzione, hanno necessariamente tenuto in considerazione fattori quali:

- Vetustà/obsolescenza tecnologica
- Gravi e certificate non conformità alle normative di sicurezza
- Elevati tassi di guasto con lunghi periodi di fermo macchina
- Costi di manutenzione elevati
- Impossibilità di interventi manutentivi in considerazione dell'età dell'apparecchiatura

Nell'ambito dei finanziamenti assegnati dalla Regione destinati all'ammodernamento tecnologico, piuttosto che nell'ambito di fondi propri di reparto, si è proceduto nel corso dell'anno 2016 all'acquisto di dispositivi medici, apparecchiature elettromedicali e tecnico scientifiche per un onere di € 790.967,83= iva compresa (valore riferito all'ordinato 2016).

Azioni organizzative a favorire l'Integrazione Ospedale/Territorio

Nell'ambito della presa in carico dei pazienti cronici e fragili, riveste particolare rilievo la costituzione della Rete Integrata di Continuità Clinico-Assistenziale, quale strumento utile ai fini dell'integrazione fra la componente sanitaria e sociosanitaria e per l'attuazione nell'ambito della ASST, della presa in carico delle persone in condizioni di cronicità e fragilità, garantendo continuità e appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle Unità d'Offerta deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

La rete si caratterizza, così come altresì previsto dalla DGR n. X/6164 del 30/1/2017, per il lavoro centrato sulla persona e sui suoi contesti di vita. I servizi territoriali e ospedalieri che si attivano in sinergia per la presa in carico del paziente fragile e cronico afferiscono all'area della Fragilità come lo Sportello ADI – Voucher, lo Sportello Fragilità, l'Ambulatorio di Continuità Assistenziale dei presidi ospedalieri, l'equipe di valutazione multidimensionale, l'assistenza farmaceutica, la protesica e ausili. Gli sportelli sono distribuiti sul territorio dell'ASST nelle aree del Legnanese, Magentino, Abbiatense, Castanese.

In questo ambito l'ASST ha validato alla fine del 2016 un protocollo relativo alle "Dimissioni protette dell'anziano fragile" che coinvolge sia servizi ospedalieri che territoriali al fine di seguire il paziente nel suo percorso ospedaliero e al domicilio individuando un care giver e approntando tutti i servizi necessari. Il protocollo verrà sperimentato e rivalutato nel 2017 ed eventualmente implementato con azioni di "dimissioni protette" anche dal Pronto Soccorso.

Nell'ottica della presa in carico dei pazienti, l'Azienda ASST Ovest Milanese ha già avviato attività e collaborazioni che garantiscono la multidisciplinarietà e la multi professionalità necessarie a fornire le corrette risposte non solo alle fasi acute di malattia, come tipicamente avviene in ospedale, ma alle fasi croniche, alle fasi di prevenzione sia primaria che secondaria che terziaria, andando ad agire direttamente sulla promozione dei corretti stili di vita da un lato, e sulla corretta e totale presa in carico del paziente dall'altro.

Di seguito si riportano le principali attività svolte nel corso del 2016 dall'ASST. Per concentrare l'attenzione nell'area della fragilità, all'inizio dell'anno è stato attivato un tavolo di lavoro con l'obiettivo di definire i percorsi per la gestione dei pazienti fragili.

In particolare il gruppo ha l'obiettivo di concentrarsi sui percorsi dei pazienti con frattura del femore, ictus, demenza. Nell'ambito dei lavori del tavolo finora sono stati tracciati i protocolli per la presa in carico nei tre percorsi in esame ed è stato organizzato un convegno per la costruzione di una rete integrata del paziente con demenza, al quale sono stati invitati tutti gli attori presenti sul territorio

che a vario titolo intervengono nel percorso del paziente con demenza (ATS, MMG, Enti Gestori, RSA, Associazioni di volontariato, operatori delle strutture ospedaliere).

Per la gestione del paziente con frattura del femore è stato anche definito un protocollo condiviso tra i due ospedali sede di DEA per garantire l'intervento entro 48 ore dall'accesso in pronto soccorso.

Nell'ambito della gestione del paziente cronico, principalmente affetto da BPCO, scompenso cardiaco e diabete, è stato avviato un percorso di confronto tra gli ospedali ed i servizi territoriali (Direzioni Mediche, SITRA, Sportelli Fragilità, Direzioni degli ambiti territoriali, Dipartimento area medica e area cardiovascolare) con l'obiettivo di assicurare la continuità assistenziale ed un'appropriata presa in carico territoriale, attraverso interventi proattivi e di medicina di iniziativa atti a garantire al paziente il miglior compenso clinico, ritardando il più possibile il danno d'organo con conseguenze in termini di invalidità/disabilità.

Al termine dell'analisi è stato previsto un percorso formativo per divulgare il nuovo protocollo agli operatori coinvolti.

E' stato attivato inoltre un tavolo di lavoro per la stesura di un protocollo relativo alla gestione del paziente critico a domicilio, in cui siano identificati gli interventi da offrire ai pazienti dimessi e che sono assistiti a domicilio per il cambio cannula o per il cambio PEG, e che periodicamente vengono inviati in ospedale per esami di controllo.

Nell'ambito pediatrico sono stati attivati dei gruppi di lavoro per analizzare i percorsi dei bambini e degli adolescenti con disturbi cognitivi e sui minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria.

In particolare è stata stretta una collaborazione con l'Istituto Pediatrico IRCCS "Giannina Gaslini" attraverso la quale ciascun soggetto mette a disposizione dell'altro le proprie capacità e competenze in relazione alle patologie acute del bambino e dei disturbi cognitivi, al fine di favorire il continuo miglioramento delle procedure sanitarie ed il livello qualitativo delle due Aziende. I temi principali che saranno approfonditi sono la telemedicina sui bambini per diagnosi di secondo livello e lo sviluppo di una rete per la gestione del bambino autistico.

Inoltre è stato avviato un progetto sperimentale, in collaborazione con l'Istituto Sacra Famiglia, che prevede la formazione dei PDF e degli operatori della NPI del territorio dell'ASST per la diagnosi precoce di autismo. Il progetto nasce con l'obiettivo principale di costruire una rete integrata del sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali ed educativi e terzo settore, in coerenza con quanto definito dalla Legge n. 18 agosto 2015, n. 134 "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie" e dalla L.R. 29 giugno 2016, n. 15 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", Capo II, art. 54.

I risultati attesi previsti nel progetto sono:

- Implementare la cultura e conoscenza inerenti il Disturbo dello Spettro Autistico: oltre al corso di formazione per i pediatri, è stato organizzato un evento formativo e informativo su "Autismo diversa comunicazione..." nel territorio di Castano/Cuggiono;
- Migliorare il processo di diagnosi precoce ed appropriata in età compresa tra i 24 e 48 mesi: a 11 pediatri del territorio ASST OVESTMI, in via sperimentale, è stata rivolta una formazione specifica consigliando l'utilizzo dello strumento scientifico "CAMPANELLI VERDI E ROSSI" per lo screening precoce nei Disturbi dello Spettro Autistico per bambini da 0 a 3 anni. Con questo strumento sono stati individuati 29 bambini (21 territorio di Castano/Cuggiono, 8 territorio di Magenta) e inviati alla NPIA di riferimento per la diagnosi precoce.
- Presa in carico abilitativa entro 60 giorni dalla diagnosi: la presa in carico è avvenuta per tutti nei tempi previsti come esplicitato nel progetto;
- Stesura da parte dei componenti del gruppo di progetto di un Piano di Interventi Individualizzato: l'equipe ha strutturato il seguente iter operativo:

- ✓ 1° visita presso il Servizio Accoglienza di Sacra Famiglia (ISF). L'équipe di Fondazione Sacra Famiglia effettua la valutazione funzionale e la stesura del Piano Abilitativo Personalizzato (PAP). Lo invia alla neuropsichiatra che ha rilasciato la diagnosi per la condivisione.
 - ✓ L'équipe convoca la famiglia presso il Servizio Accoglienza di Sacra Famiglia per la restituzione e condivisione del Piano di Intervento
 - ✓ L'operatore dei servizi territoriali, dopo che la famiglia ha accettato e sottoscritto l'intervento proposto e firmato il PI, provvede ad inviare comunicazione al pediatra di famiglia (PDF) e alla neuropsichiatra di riferimento.
 - ✓ Per i bambini in carico sono stati fatti circa nr. 40 incontri, due per ciascun bambino preso in carico, (1 per la prima visita e 1 per la restituzione, indipendentemente dal progetto IN AUT), sono stati inoltre fissati diversi incontri di valutazione e di verifica le convocate dall'operatore dei servizi territoriali e coinvolgono gli operatori della NPIA e operatori di ISF.
 - ✓ Con gli 11 PDF sono stati effettuati colloqui almeno una volta per ciascun utente per un totale di n. 41 incontri. Inoltre per i vari aggiornamenti di verifica e in casi di particolari problematiche sono stati effettuati con gli 11 PDF almeno n. 80 contatti.
 - ✓ L'operatore dei servizi territoriali ha presentato i soggetti presi in carico e il progetto alle assistenti sociali di ciascun comune di residenza sia per una collaborazione sugli aspetti della situazione familiare sia per il supporto per l'erogazione dell'educativa scolastica. I contatti con il segretariato sociale sono frequentissimi;
- Attuazione di metodi ed utilizzo di strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili: in relazione alla fase di screening l'utilizzo di "CAMPANELLI VERDI E ROSSI" permette al pediatra e ai genitori un approccio chiaro, ma poco invasivo alle problematiche dell'autismo e un invio appropriato alla NPIA. In relazione alla fase di abilitazione le attività vengono svolte prevalentemente dall'equipe di Sacra Famiglia che è un centro di eccellenza per il trattamento dell'autismo.

Sul tema dei disturbi dello spettro autistico è stata sviluppata un'ulteriore progettualità che vede la collaborazione tra l'UONPIA dell'ASST Ovest Milanese ed il Servizio di riabilitazione dell'età evolutiva dell'Istituto Golgi-Redaelli, che ha come obiettivo la riduzione dei casi in attesa di valutazione per l'inquadramento diagnostico.

Sempre in ambito pediatrico è stato attivato un tavolo di lavoro per la valutazione sui minori adolescenti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, in collaborazione con l'Azienda Consortile dell'ambito territoriale di Magenta.

Nell'ambito materno infantile inoltre è stato attivato un gruppo di ostetriche appartenenti agli ospedali ed ai consultori con l'obiettivo di costruire un percorso integrato dei corsi di preparazione al parto, favorendo la messa in comune di conoscenze e di risorse e l'omogeneità degli argomenti trattati, prevedendo anche degli interventi ad hoc per coloro che siano interessati a specifiche procedure (parto in acqua, parto analgesia, ...).

Nel corso dei lavori finora svolti, sono state avanzate delle proposte per definire dei percorsi integrati tra ospedale e territorio, finalizzati a migliorare la comunicazione con gli utenti e favorire un migliore scambio di informazioni tra gli operatori che organizzano i corsi.

Prosegue, sempre all'interno dell'area materno infantile, la condivisione di percorsi trasversali multi professionali tra i due punti nascita per la gestione della gravidanza fisiologica e patologica.

Inoltre prosegue la collaborazione tra il Servizio di Psicologia ed i consultori per la presa in carico delle mamme che presentano disturbi post-partum.

Per quanto riguarda la gestione del paziente oncologico sono stati avviati gruppi di lavoro multidisciplinari per la definizione di protocolli aziendali relativi alla breast unit e al tumore del polmone.

E' stata avviata un'analisi sull'attuale gestione delle sedute operatorie nei quattro blocchi operatori dell'azienda per favorire l'utilizzo efficiente delle sale e per garantire il rispetto dei tempi di attesa con particolare riguardo ai pazienti oncologici.

Con riferimento al protocollo di intesa della rete anti violenza Ticino-Olona, l'ASST ha revisionato il protocollo "Gestione vittime di violenza in DEA" e procederà alla formazione degli operatori coinvolti.

Il 25 novembre 2016(giornata mondiale contro la violenza sulle donne) è stato organizzato un convegno con il coinvolgimento di tutti gli attori presenti sul territorio che collaborano a vario titolo per contrastare la violenza sulle donne (forze dell'ordine, rete anti violenza, Pronti Soccorso dell'ASST)

Si sottolinea inoltre che all'atto della costituzione dell'Azienda è stato previsto che la gestione di alcune funzioni territoriali fossero concentrate nell'ASST Ovest Milanese oppure nella Rhodense: Medicina Legale, Protezione Giuridica, Magazzino farmaceutico e Centro Adozioni. Per consentire lo svolgimento omogeneo delle attività sul territorio delle due Aziende, sono state sottoscritte 4 convenzioni attraverso cui sono state condivise le strategie e le modalità di coordinamento delle attività di ciascun settore.

Valutazione delle performance anno 2016

Il processo di misurazione e valutazione è stato svolto secondo uno schema logico temporale che contempla le seguenti fasi:

- ✓ Definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere, risultati, indicatori e allocazione risorse
- ✓ Monitoraggio in corso d'esercizio (di norma trimestrale) e attivazione interventi correttivi in caso di scostamenti dall'obiettivo
- ✓ Misurazione della performance organizzativa ed individuale
- ✓ Rendicontazione dei risultati

La valutazione dei risultati costituisce la misurazione di quanto realizzato dalla struttura organizzativa in relazione agli obiettivi di gestione fissati, dei risultati raggiunti e del personale che ha partecipato al conseguimento.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ha verificato l'avanzamento in corso d'anno delle attività, ai fini dell'erogazione degli incentivi.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi è stato valutato sulla base di indicatori di risultato ad hoc predefiniti. La verifica degli obiettivi deve avere cadenza periodica di norma almeno trimestrale e in linea con le direttrici della Regione.

La verifica intermedia è avvenuta con rendicontazione periodica attraverso la resa delle evidenze documentali necessarie a dare contezza dell'esito delle azioni e dei risultati di periodo.

La verifica finale è avvenuta con rendicontazioni finale attraverso la resa delle evidenze documentali conclusive necessarie a dare contezza delle azioni e dei risultati definitivi.

La conclusione delle procedure sopra indicate consente la corresponsione della Retribuzione di risultato (personale dirigente) e della Produttività collettiva (personale del Comparto).

La retribuzione di risultato e la produttività collettiva sono stati proporzionali alla percentuale di raggiungimento ottenuta, applicata secondo gli schemi di cui agli Accordi Integrativi Aziendali.

In tema di fondi per la retribuzione di risultato e premio per la qualità della prestazione individuale, per il personale già afferente alla ex Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano" e per quello afferente alla ex ASL Provincia di Milano 1, transitati in questa ASST, hanno trovato applicazione, per l'anno 2016, gli accordi decentrati validi negli enti di provenienza per l'anno 2015.

Per l'anno 2017, l'Amministrazione ha concordato con le Organizzazioni Sindacali delle due Aree Dirigenziali, di pervenire alla definizione e sottoscrizione di un unico accordo decentrato in tema di valutazione delle risorse umane, che preveda una revisione della metodologia, dei processi e degli strumenti di valutazione per la "verifica dell'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi di risultato" e per la "verifica della professionalità espressa".

OBIETTIVI area DIRIGENZA

Esiti valutazione performance Organizzativa

La determinazione del *budget effettivo* delle strutture, si ottiene applicando al *budget teorico*, la percentuale del grado di raggiungimento degli obiettivi, operata da Nucleo di Valutazione. Il riconoscimento economico, avviene come segue:

% di raggiungimento \leq 50% Nessuna retribuzione di risultato

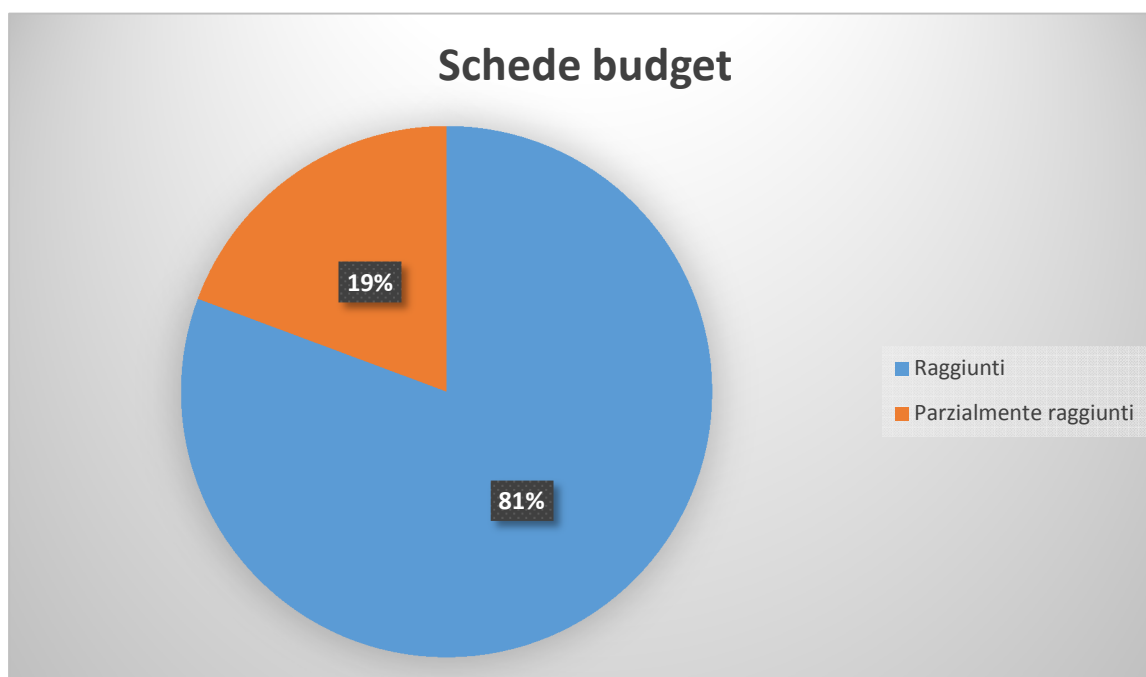
% di raggiungimento $>$ 50% Retribuzione di risultato uguale alla percentuale validata dal NVP

Nel caso in cui non venga raggiunta una percentuale superiore al 50% non si procederà all'attribuzione della quota legata alla performance individuale.

Eventuali avanzi derivanti dalla differenza fra il *budget teorico* ed il *budget effettivo* delle varie strutture, sono ridistribuiti – sino ad esaurimento del fondo – alle equipe che abbiano registrato una percentuale di raggiungimento degli obiettivi superiori al 70%, in base alla percentuale riconosciuta.

Nel 2016:

- ✓ Numero Centri di Responsabilità che hanno ottenuto il punteggio massimo pari al 100%: 71 (81%)
- ✓ Numero Centri di Responsabilità che hanno ottenuto il punteggio inferiore al 50%: 0
- ✓ Numero Centri di Responsabilità che hanno ottenuto il punteggio compreso tra il 50% e il 70%: 0
- ✓ Numero Centri di Responsabilità che hanno ottenuto il punteggio compreso tra il 70% e il 100%: 17 (19%)



Programma nazionale Esiti (PNE)

Nel 2016 la Direzione Sanitaria ha definito gli indicatori di esito/volume per ciascun Centro di Responsabilità afferenti ai dipartimenti di Area Medica, Area Chirurgica, Area Cardiovascolare e Area Materno-Infantile.

L'esito del monitoraggio effettuato attraverso le reportistiche presenti nel Portale Programma Nazionale Esiti validate dallo staff della Direzione Sanitaria, risulta positivo per tutti gli indicatori presi in analisi.

PNE 2016 - Dati 2015	LEGNANO					MAGENTA					CUGGIONO					ABBIATEGRASSO				
INDICATORE DI ESITO	N	% GREZZA	% ADJ	RR	P	N	% GREZZA	% ADJ	RR	P	N	% GREZZA	% ADJ	RR	P	N	% GREZZA	% ADJ	RR	P
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	333	6,61	7,64	0,85	0,448	252	9,13	9,93	1,1	0,659	6	0	-	-	-	3	33,33	-	-	-
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	398	1,76	1,85	0,68	0,308															
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	245	12,24	11,19	0,93	0,672	72	6,94	6,05	0,5	0,124	38	2,63	-	-	-	55	9,09	6,15	0,51	0,142
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	300	1,33	1,31	0,55	0,24															
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	140	1,43	1,31	0,75	0,681															
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	210	76,67	74,62	1,08	0,072	155	69,03	72,81	1,05	0,281	113	84,96	80,69	1,17	0,002	76	78,95	77,75	1,12	0,061
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	165	4,24	4,82	0,83	0,616	171	3,51	3,77	0,65	0,288	18	0	-	-	-	60	6,67	8,29	1,42	0,475
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	165	58,18	56,7	1,04	0,591	171	45,61	44,73	0,82	0,02	18	11,11	-	-	-	60	35	32,97	0,6	0,006
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	197	8,12	9,7	0,8	0,391	91	10,99	9,77	0,81	0,515	15	20	-	-	-	29	10,34	-	-	-
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	151	13,91	14,11	1,06	0,789	79	8,86	8,94	0,67	0,271	61	13,11	14,86	1,11	0,743	72	9,72	10,22	0,77	0,459

PNE 2016 - Dati 2015	LEGNANO	MAGENTA	CUGGIONO	ABBIATEGRASSO
INDICATORE DI VOLUMI	N	N	N	N
IMA: volume di ricoveri	413	354	67	4
Intervento chirurgico per T cerebrale: volume di craniotomie	155			
Ictus ischemico: volume di ricoveri	271	114	22	41
BPCO: volume di ricoveri ordinari	207	113	69	115
AIDS: volume di ricoveri	51			
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	239	184	124	90
Parti: volume di ricoveri	912	1446		
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	233	223	23	92
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	64	63	7	17
Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	74			
Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	11	1		
Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri	157			

ESITI VALUTAZIONE DELL'APPORTO INDIVIDUALE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET - ANNO 2016 -

TABELLA PARAMETRI - P.T.A.	
NUMERO DIPENDENTI	PARAMETRO
0	0
0	1
0	1,25
0	1,5
1	1,75
21	2

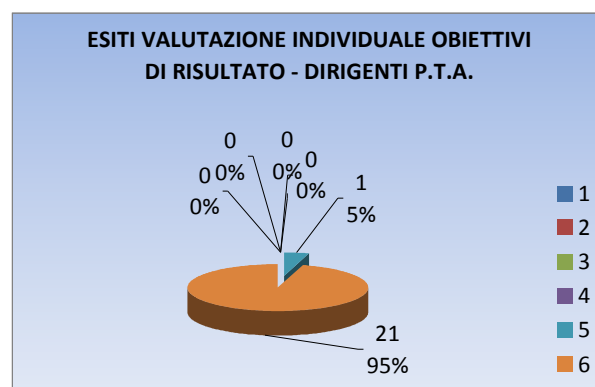


TABELLA PARAMETRI - SANITARI NON MEDICI	
NUMERO DIPENDENTI	PARAMETRO
0	0
0	1
0	1,25
1	1,5
14	1,75
52	2

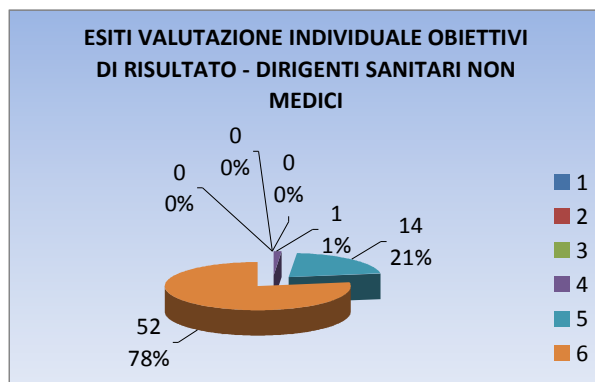
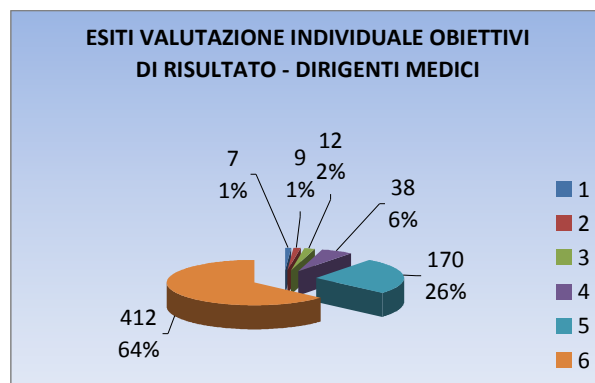


TABELLA PARAMETRI - MEDICI	
NUMERO DIPENDENTI	PARAMETRO
7	0
9	1
12	1,25
38	1,5
170	1,75
412	2



OBIETTIVI area COMPARTO

Esiti valutazione performance Organizzativa

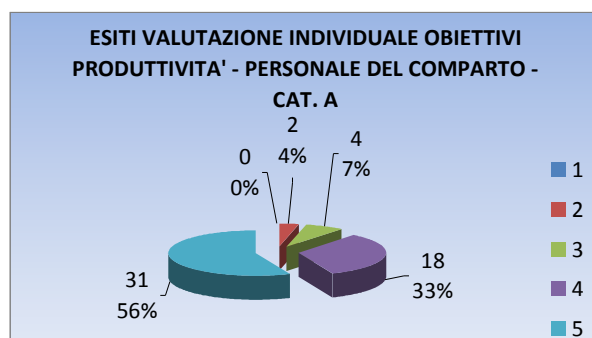
Il budget teorico di struttura è costituito sulla base della somma di tutti i coefficienti di categoria individuati, correlati all'entità del personale in forza alle articolazioni organizzative cui vengono assegnati gli obiettivi nell'anno, al periodo di assegnazione, alla tipologia del rapporto intrattenuto (tempo pieno/part-time), nonché alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi. Si intendono riassorbite le eventuali supplenze.

Ai singoli dipendenti la quota da erogare sarà rapportata inoltre ai giorni lavorativi utili/365 (sono esclusi dai giorni lavorativi utili le aspettative non retribuite, le malattie - eccezion fatta per le gravi patologie-, i congedi a vario titolo escluso il congedo di maternità o paternità).

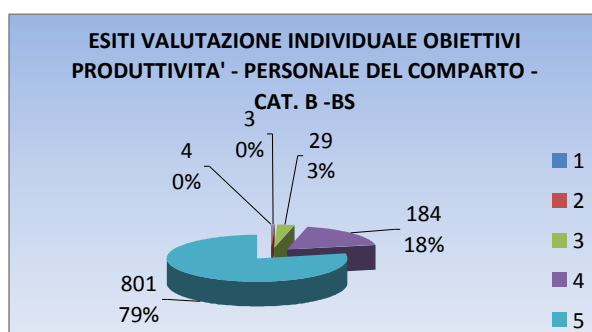
Nel 2016 tutto il comparto afferente alle U.O./servizio o altra articolazione organizzativa (Moduli funzionali) ha raggiunto il punteggio massimo (=100%).

ESITI VALUTAZIONE DELL'APPORTO INDIVIDUALE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI PRODUTTIVITA' - ANNO 2016 -

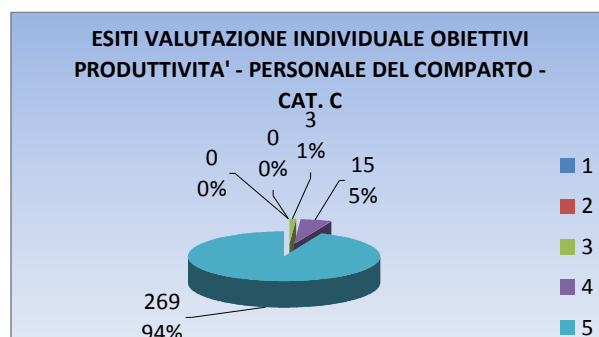
CATEGORIA A	
NUMERO DIPENDENTI	PARAMETRO
0	0
2	0,5
4	1
18	1,3
31	1,6



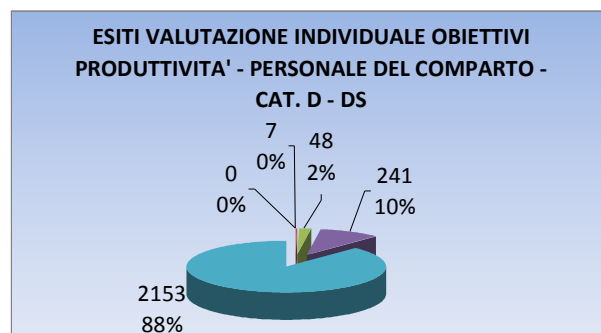
CATEGORIA B - BS	
NUMERO DIPENDENTI	PARAMETRO
4	0
3	0,5
29	1
184	1,3
801	1,6



CATEGORIA C	
NUMERO DIPENDENTI	PARAMETRO
0	0
0	0,5
3	1
15	1,3
269	1,6



CATEGORIA D - DS	
NUMERO DIPENDENTI	PARAMETRO
0	0
7	0,5
48	1
241	1,3
2153	1,6



Obiettivi RAR

Gli obiettivi aziendali RAR del 2016 comprendono gli obiettivi assegnati dalla Regione e collegati alle risorse aggiuntive regionali per il 2016 (delibere della Giunta Regionale n. ri X/5386 e x/5387 del 11.07.2016).

Sia per il comparto sia per la dirigenza è stato previsto come progetto RAR, un evento formativo (FAD) finalizzato a:

- ✓ Implementare la conoscenza e l'evoluzione del SSR in applicazione della L.R.23/15 e L.R. 15/16 (comparto e dirigenza);
- ✓ Diffondere i contenuti e la conoscenza su Linee guida dei POAS, ex DGR X/5513 del 02.08.2016 (solo dirigenza);
- ✓ Diffondere la conoscenza e i contenuti relativi agli adempimenti previsti dal DM 70/2015(solo dirigenza).

In sede di accordi si sono definiti i seguenti criteri di valutazione per il raggiungimento dell'obiettivo:

- ✓ Per il comparto l'obiettivo si è inteso raggiunto con superamento del test di apprendimento pari al 100% delle risposte corrette (senza limitazione alla ripetizione del test);
- ✓ Per la dirigenza l'obiettivo si è inteso raggiunto, rispondendo in modo corretto al 90% delle domande proposte (ossia 14 domande su 16), senza possibilità di ripetere il test.

Nella seguente tabella di sintesi riepilogativa dei risultati conclusivi del personale suddiviso in comparto e dirigenza, dove si evidenziano il numero di coloro che hanno superato /non superato.

RENDICONTAZIONE PROGETTI RAR 2016

COMPARTO

Nr. utenti abilitati	3396
Nr. utenti che hanno completato il corso FAD	3180
Nr. utenti presenti in aula	27
Nr. tot. utenti che hanno fruito il corso	3207
Totale utenti che non hanno fruito il corso	189

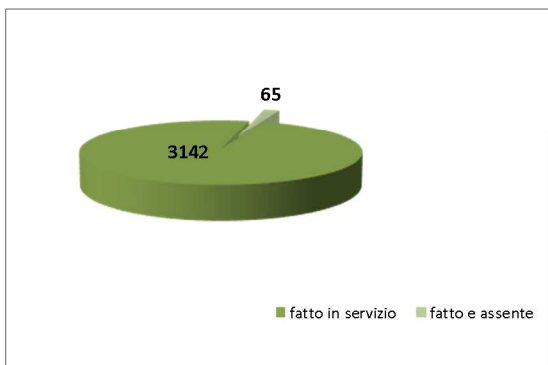
SUPERATO (100% dell'importo)	ASSENTI NEL PERIODO 3/11/16-31/12/16 (50% dell'importo)	NON SUPERATO
3207	104	85

DIRIGENZA

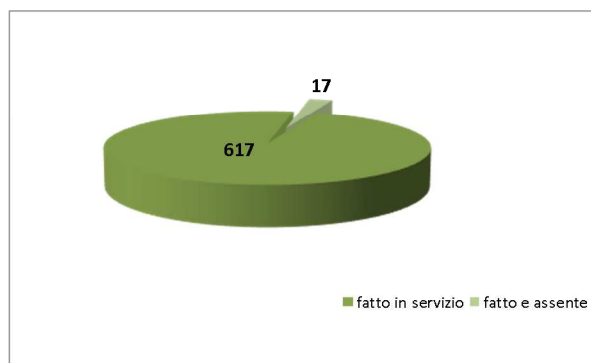
Nr. utenti abilitati	734
Nr. tot. utenti che hanno fruito il corso	634
Totale utenti che non hanno fruito il corso	100

SUPERATO (100% dell'importo)	ASSENTI NEL PERIODO 3/11/16-31/12/16 (50% dell'importo)	NON SUPERATO
634	49	51

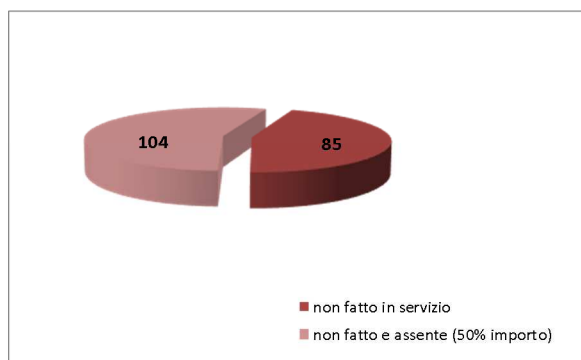
DIPENDENTI CHE HANNO FRUITO CON SUCCESSO IL CORSO



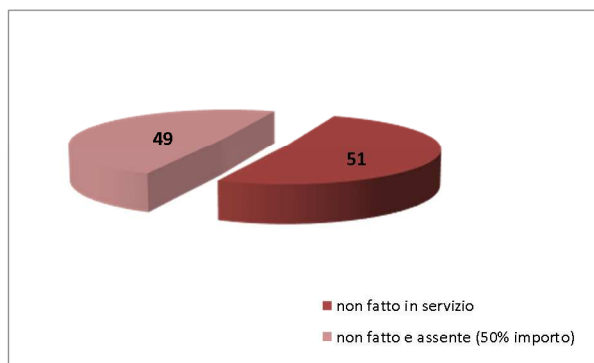
DIRIGENTI CHE HANNO FRUITO CON SUCCESSO IL CORSO



DIPENDENTI CHE NON HANNO FRUITO IL CORSO



DIRIGENTI CHE NON HANNO FRUITO IL CORSO



Trasparenza e anticorruzione

Il Piano Triennale Prevenzione Corruzione ed il Piano Triennale Trasparenza Integrità sono stati adottati nei termini con delibera n. 10/16 del 29.01.2016. Essi sono stati immediatamente pubblicati sul sito web aziendale <http://www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparente> ed è stata fornita informazione e formazione al personale interessato, affinché ne fossero conosciuti obblighi ed adempimenti.

Si è altresì adempiuto a quanto previsto in tema di giornata della trasparenza con la partecipazione all'evento "La cura nel cuore di Legnano", svoltosi il 17.09.2016. Le misure previste nel PTPC prevedevano un monitoraggio semestrale o annuale, agli atti dei responsabili la documentazione ad evidenza dell'esito. Si è provveduto, entro il termine previsto dalla normativa, agli adempimenti previsti dal D.lg. 97/16, con l'adozione di specifico Regolamento per l'accesso agli atti (deliberazione DG. n. 382 del 22 dicembre 2016), sono state altresì apportate le modifiche alla pagina web dell'Amministrazione Trasparente per adeguarla alle nuove Linee Guida dell'ANAC (Delibera n.1310 del 28 dicembre 2016)

Sono state inoltre realizzate attività formative specifiche, sia in house, con docenze assicurate dai componenti del gruppo di lavoro anticorruzione, sia con intervento in sede di un formatore altamente specializzato, che ha approfondito il tema dell'anticorruzione in relazione alle modifiche organizzative in atto. Il Responsabile della prevenzione della Corruzione ed il Responsabile della Trasparenza hanno adottato la relazione annuale circa le attività svolte nel corso dell'anno, gli esiti sono presenti nell'area Amministrazione Trasparente. In ossequio al principio della rotazione degli incarichi, ed alla indicazione dell'ANAC è stato assegnato ad un nuovo dirigente l'incarico, che prevede l'unificazione delle funzioni di Responsabile Anticorruzione e Trasparenza. (Deliberazione Direttore Generale n. 387 del 27 dicembre 2016).

Conclusioni

In data 23 febbraio 2017 l'Azienda ha inviato in Regione la rendicontazione finale degli obiettivi di interesse regionale aggiornata al 31.12.2016 e redatta sul modello fornito dagli uffici regionali competenti, ai sensi di quanto declinato nella DGR n. X/5514 del 02.08.2016 e nel Decreto n. 9607 del 03.10.2016 assegnati al Direttore Generale.

Allegato tecnico n. 1 "Rendicontazione obiettivi operativi e strategici Deliberazione n. X/5514 e Decreto n. 9607/2016".