



RENDICONTAZIONE OBIETTIVI OPERATIVI E STRATEGICI

DELIBERAZIONE N. X/5514 E DECRETO N. 9607/2016

OBIETTIVI AZIENDALI 2016

INDICATORI ASST (il raggiungimento complessivo di almeno l'80% degli obiettivi operativi permette di accedere alla valutazione degli obiettivi strategici)

- **DGR n. X/5514**
- **PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**
- **INNOVAZIONE E SVILUPPO**
- **PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE**
- **PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO**

OBIETTIVI STRATEGICI ASST

- **DGR n. X/5514**

RENDICONTAZIONE OBIETTIVI 2016 - ASST OVEST MILANESE

| OBIETTIVI OPERATIVI | INDICATORI/ RISULTATI ATTESI | ASST INTERESSATE | RENDICONTAZIONE |
|--|--|------------------|---|
| <p>Rispetto integrale delle regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016</p> | <p>Rispetto dei contenuti e delle tempistiche descritti nei seguenti punti:</p> <p>1. Indirizzi regolatori nell'ambito della programmazione regionale</p> | | <p>Pieno rispetto dei contenuti e delle tempistiche previste dagli indirizzi regolatori nell'ambito della programmazione regionale.</p> <p>Nel 2016, anno di applicazione della riforma, l'azienda si è indirizzata alla gestione delle risorse produttive così da garantire, quale unico soggetto, le attività ed i servizi, cercando di superare la frammentazione dei percorsi di cura tra ospedale e territorio e tra sanitario e sociosanitario.</p> <p>E' proseguito il riordino della Rete d'offerta nei 4 stabilimenti ospedalieri, attraverso il mantenimento ed implementazione di azioni in adempimento dei contenuti previsti dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, in ambito di rispetto dei tassi posti letto, alla rete emergenza urgenza, ai livelli della rete ospedaliera ed al numero delle unità operative afferenti alle diverse discipline.</p> <p>L'integrazione con le funzioni territoriali e le procedure di accreditamento hanno determinato un'intensa attività di verifica e controllo nell'applicazione dei requisiti organizzativi e strutturali richiesti per le attività svolte dalle unità d'offerta sociosanitarie.</p> <p>Stipula dei contratti provvisori e definitivi, entro le scadenze previste da ATS della Città Metropolitana di Milano.</p> <p>In merito agli obiettivi correlati alla programmazione nazionale esiti (PNE), si conferma il raggiungimento degli "Indicatori di patologia" per le attività di ricovero:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicatore 7- Percentuale di pazienti con diagnosi di frattura femore operati entro 2 gg: dati III trimestre portale regionale: > 60% su tutte le sedi dell'ASST. Legnano > 75% con conseguente plus valorizzazione del DRG (5%). ➤ Indicatore 10- Nel portale regionale è presente un avviso che segnala la non disponibilità dell'indicatore I10. |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | | | Per le attività legate all'ambito dell'Accreditamento, della Negoziazione e dei Controlli si rimanda a seguire nella griglia alle specifiche sezioni. OBIETTIVO RAGGIUNTO |
| | <p>2. Indirizzi per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza con particolare attenzione:</p> <p>a. Al rispetto degli indirizzi di appropriatezza</p> | | <p>Pieno rispetto degli indirizzi contenuti nei livelli essenziali di assistenza – LEA. Sono proseguite nel corso del 2016 le azioni avviate con i programmi definiti all'interno del Piano regionale della Prevenzione 2015/2018 (DGR 3654/2015), del piano nazionale e del Patto della Salute (Malattie Infettive e Vaccinazioni, Screening e promozione corretti stili di vita, prevenzione cronicità promozione salute del bambino e della mamma nel percorso nascita).</p> <p>E' applicato a livello aziendale il PDTA per la gestione dei pazienti ricoverati per frattura del femore.</p> <p>Sono stati altresì adottati documenti di gestione di pazienti affetti da diabete, BPCO e scompenso cardiaco con particolare attenzione al tema dell'appropriatezza clinica. L'esito dell'applicazione dei protocolli per la gestione dei pazienti ha condotto alla riduzione dei ricoveri per BPCO rispetto all'anno 2015, del 13% e per i ricoveri per diabete (DRG 294: diabete, età > 35 anni e DRG 295: diabete, età < 36 anni) si registra una riduzione, rispetto all'anno 2015, del 37%.</p> <p>Sono stati attivati i seguenti percorsi di presa in carico del paziente coniugando appropriatezza clinica, gestionale e di allocazione delle risorse di seguito indicati:</p> <p>-STCP: Assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative: le prestazioni sono assicurate da un'équipe formata da medici specialisti, infermieri, OSS, psicologo, assistente spirituale, assistente sociale, quindi multi professionale e multidisciplinare secondo i requisiti della DGR n.4610/12 e della DGR n. 5514/16. La presa in carico previo colloquio con i familiari e/o con il paziente precede di 24/48 ore il primo accesso al domicilio. - PTS: percorso di tele sorveglianza domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave: il servizio è iniziato nel 2010 come percorso sperimentale autorizzato da RL. I pazienti che hanno completato nel 2016 il percorso (n.35), sono stati arruolati secondo criteri indicati da RL e seguiti secondo indicazioni stabilite da protocolli regionali. - PTP: avviato Percorso di Telesorveglianza Sanitaria domiciliare per pazienti con BPCO grave e molto grave. Invece per il POD: Percorso di Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativa post cardiocirurgica è stato redatto un progetto di prossima</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>realizzazione, così come per l'attivazione del Teleconsulto specialistico al MMG (TCS)</p> <p>Sono state altresì attuate azioni per il miglioramento dell'appropriatezza nel campo dell'assistenza alla madre e al neonato. L'appropriatezza dei tagli cesarei aggiornata al 31.12.2016 è la seguente: Presidio Magenta: classi di Robson I, III 2,63% (< del 25 percentile con un plus valorizzazione del DRG del 25%); IIA- IVA 15,06% (= 25 percentile). Presidio Legnano classe Robson I -III 8,25% (< del 75 percentile valorizzazione invariata) IIA-IVA 17,30% (< del 75 percentile valorizzazione invariata).</p> <p>Sono state attuate azioni per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito di diagnostica strumentale e di medicina di laboratorio:</p> <p>1.Appropriata richiesta di esami di Endoscopia Gastrointestinale. Sono state aggiornate le agende in tutti i presidi per presidiare tutte le classi di priorità delle richieste e al fine di poter rispondere al meglio ai tempi di esecuzione richiesti. In tema di appropriatezza prescrittiva, gli specialisti ospedalieri hanno preso parte ad incontri in cui sono stati coinvolti i MMG al fine di presentare ed approfondire quanto già espresso da Regione Lombardia nell'allegato specifico delle Regole del 2016. Avviato programma di incontri rivolto ai colleghi sia ospedalieri che del territorio al fine di rendere sempre più diffusa la conoscenza delle linee di indirizzo per appropriata richiesta di esami endoscopici. Relativamente alla realtà ospedaliera, è stata creata nuova modulistica per richiesta di esami endoscopici, che potrà favorire una miglior adeguatezza in tale campo.</p> <p>2.Appropriatezza prescrittiva ed erogativa per le prestazioni di Medicina di Laboratorio. Rispetto a quanto previsto dal sub Allegato 17, si segnala che il percorso diagnostico microbiologico inerente (Toxoplasmosi) è stato adeguato sia nell'esecuzione che nella rendicontazione amministrativa. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | <p>b. Alla verifica delle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali.</p> | <p>Si attesta l'invio in ATS della Città Metropolitana di Milano degli esiti di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica e l'invio degli esiti di autocontrollo della qualità della documentazione clinica. A seguire nella griglia è riportato il dettaglio.</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Riduzione ricoveri per BPCO e Diabete | | <p>Riduzione ricoveri per BPCO e diabete: con riferimento ai ricoveri con diagnosi principale riconducibile a diabete (DRG 294: diabete, età > 35 anni e DRG 295: diabete, età < 36 anni) si registra una riduzione, rispetto all'anno 2015, del 37%</p> <p>Con riferimento ai ricoveri con diagnosi principale riconducibile a BPCO (DRG 088: malattia polmonare cronica ostruttiva) si registra una riduzione, rispetto all'anno 2015, del 13%. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | c. Al controllo dei flussi e delle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali | | <p>Tutti i flussi e le prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali sono costantemente monitorati, i dati sono trasmessi ai competenti uffici regionali nel rispetto delle scadenze previste. A seguire nella griglia è riportato il dettaglio nelle sezioni specifiche. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | d. Alla realizzazione delle attività previste dai programmi del Piano Regionale della Prevenzione | | <p>Progetto WHP: completamento dell'intero percorso di avvio su tutti i presidi aziendali. Rispetto alle due aree tematiche definite da Regione Lombardia, Area 2 - Contrasto al fumo di tabacco e Area 6 - Promozione del benessere personale e sociale, l'Azienda ha provveduto a rendicontare sul Portale WHP (in data 25 novembre 2016). E' stata predisposta e trasmessa in DG Welfare la relazione finale sulle azioni per l'estensione del divieto di fumo alle pertinenze esterne entro il 15 febbraio 2017 (Inviata con pec in data 15.02.2017).</p> <p>Prevenzione della cronicità: offerta aziendale di "counselling" alle persone con fattori di rischio per le malattie croniche. L'azienda organizza percorsi formativi per i pazienti affetti da diabete mellito e per i loro familiari. Stabilimento di Legnano: tutti i mercoledì dalle 9,30 alle 11,00 l'azienda mette a disposizione per l'attività di "counselling" personale sanitario. Stabilimento di Magenta: il mercoledì e il giovedì dalle 14,30 alle 15,30 terapia educativa. Stabilimento di Abbiategrasso: arruolamento di pazienti che partecipano ad un ciclo di 10 incontri.</p> <p>Prevenzione, sorveglianza e controllo malattie infettive: attraverso le Direzioni Mediche di Presidio viene garantita la sorveglianza epidemiologica e di copertura vaccinale all'interno dei percorsi di cura per le categorie definite a rischio. In ottemperanza alla Deliberazione di RL n. X/3993 del 04.08.2015, nonché alle indicazioni operative di ATS della Città Metropolitana di Milano del 28.10.2016</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>prot. n. 95858, le DMP hanno comunicato ai primari dei reparti ospedalieri coinvolti nei percorsi di cura le modalità di gestione delle vaccinazioni dei soggetti a rischio.</p> <p>Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita: Partoanalgesia h24: Obiettivo consolidato dal 2015. Dati al 31.12.2016: Partoanalgesia n.161 -Visite per Partoanalgesia n.541 E' stata redatta la Carta dei Servizi Punti Nascita, trasmessa nel rispetto della scadenza prevista alla ATS con mail prot. n. 23244 del 29/07/2016 e pubblicata sul sito web istituzionale nell'area homepage (sezione pubblicazioni: Rete Materno Infantile) Partecipazione alla Cabina di Regia del Comitato Percorso Nascita di ATS. Partecipazione ai lavori del gruppo "Allattamento". Compilata indagine conoscitiva sui punti nascita di Magenta e di Legnano. Programmata rilevazione dei tassi di allattamento. Effettuati incontri ospedale-territorio per organizzare attività di promozione e sostegno allattamento al seno condivise.</p> <p>Screening oncologici:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Il numero di prestazioni di screening è legato alla adesione volontaria e presentazione spontanea delle pazienti e non è oggetto di un intervento diretto da parte delle strutture competenti. 2) Le Anatomie Patologiche dell'ASST garantiscono la lettura degli esami citologici cervico-vaginali rispettando i requisiti degli allegati tecnici condivisi. 3) Il personale coinvolto nel processo di screening partecipa attivamente agli incontri previsti aziendali e regionali (es. Breast unit; PDTA polmone). 4) Con nota prot.0047444/2016 il responsabile U.O. Screening di ATS della Città Metropolitana di Milano segnala che la chiusura delle schede paziente con l'inserimento dei dati riferiti alla stadiazione del cancri screen-detected risulta essere in linea con le richieste e sufficientemente tempestiva, in miglioramento rispetto al primo semestre. Non sono pervenute ulteriori note da parte di ATS. <p>Rete regionale per la prevenzione delle dipendenze: Partecipazione di due referenti ASST Ovest Milanese ai tavoli di lavoro organizzati da ATS della Città Metropolitana di Milano sulla programmazione, monitoraggio e verifica dell'attività promossa da ATS ma effettivamente svolta dagli operatori dei servizi (SERT, NOA, CONSULTORI) della ASST. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
|--|--|---|

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>3. Investimenti e governo efficienza delle aziende pubbliche;</p> | | <p>Area Acquisti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Unioni formalizzate di acquisto le scadenze del 15.03.2016 “Programmazione degli acquisti relativi agli anni 2016 e 2017 (gare aggregate e da svolgere in autonomia)” e del 30.09.2016 “Prima revisione della programmazione per gli anni 2016 e 2017e programmazione delle procedure d’acquisto per l’anno 2018 (gare aggregate e da svolgere in autonomia)” sono state rispettate mediante l'inserimento nel programma informatico messo a disposizione dal CAESP di tutte le gare in programmazione sia consorziate che singole. Con nota del 11.01.2017 prot.645, Regione Lombardia ha prorogato la scadenza della programmazione acquisti 2017 e 2018 è stata stabilita al 31.01.2017, anziché il 15/01. Pertanto il file compilato con le gare di questa ASST, aggregate e singole, è stato inviato al referente del consorzio CAESP il 26.01.2016 per i conseguenti adempimenti. La ASST dunque, ha ottemperato alla programmazione degli acquisti. ➤ Approvazione Programma biennale degli acquisti di beni e servizi di importo unitario stimato sopra 1 milione di euro entro ottobre di ogni anno: è stata data comunicazione agli uffici regionali entro il 30.10.2016. L'adempimento è stato rispettato sia mediante la tempestiva compilazione (ed invio in regione) del file pervenuto dal ministero il 28.10.2016, sia mediante l'adozione della deliberazione n. 340 del 31.10.2016. ➤ Dispositivi medici: gli acquisti di Dispositivi Medici da Convenzioni ARCA e gare consorziate sono stati pari, per l'anno 2016, a circa il 69% della spesa totale dei DM, dunque superiori al limite minimo del 50%. ➤ Dispositivi medici: dall'analisi del 4^ CET 2016 si è rilevato per quanto riguarda la spesa per DM relativi all'attività ospedaliera un decremento rispetto alle previsioni iniziali di circa il 2%. |
|--|---|--|---|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Flusso consumi dispositivi medici: l'invio del flusso consumo dispositivi medici avviene ogni mese alla scadenza prevista. Mediamente l'accettazione dei record si assesta sul 98%. ➤ La spesa totale derivante dagli acquisti per beni e acquisizioni di servizi da gare consorziate e Convenzioni ARCA e CONSIP è stato pari al 63% della spesa, dunque superiore al limite minimo del 50%. ➤ Flusso contratti: l'obiettivo per l'anno 2016 percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi, sia nel flusso contratti per l'anno 2016. Alla data della rilevazione risultano inseriti nel flusso contratti n.6.337 contratti per un valore totale di €. 8.017.4 91,14 di cui €.3.538.377,09 per RDM. Il dato è rilevato su 12 mesi e quindi complessivo per tutto il 2016. I contratti in essere ma stipulati negli anni precedenti, non vengono ricompresi dal programma peculiare nella rilevazione dell'anno di riferimento. ➤ Monitoraggio flusso grandi apparecchiature sanitarie: avviene con regolarità ed immediatamente a collaudo della nuova apparecchiatura, in accordo con il referente dell'ingegneria clinica di questa ASST, mediante l'inserimento delle variazioni del parco tecnologico nel DB messo a disposizione dal MEF. ➤ Proroghe contratti: la relazione semestrale viene regolarmente effettuata. L'ultima relazione, relativa al II semestre 2016, è stata inviata con nota del 17.01.2017 alla DG Sanità e ricevuta con successo. OBIETTIVO RAGGIUNTO |
| | | | <p>Risk Management I progetti attuati nel 2016 per le aree identificate sono:</p> <p>1) Area Travaglio/Parto: sono stati attivati gruppi di miglioramento (GdM) per la definizione di percorsi condivisi nei due punti nascita relativamente alla gestione della gravidanza fisiologica a termine, travaglio, parto e puerperio; è stata approvata la "PAP80 Procedura per la gestione del Taglio Cesareo secondo codice colore" e il documento è in uso nei due punti nascita.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>2) SEPSI: sono stati attivati AUDIT clinici con lo scopo di valutare l'aderenza alla "PAP62 Percorso diagnostico terapeutico per la gestione della SEPSI in DEA/PS".</p> <p>3) I lavori del GdM per l'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 14 Prevenzione errori terapia con farmaci antineoplastici, iniziati nel 2015, sono proseguiti anche nel 2016 con la condivisione degli schemi chemioterapici e l'implementazione di programma gestionale (PRESCRIVO) per la tracciabilità del processo nelle fasi di prescrizione/preparazione/somministrazione. Il GdM sta rivedendo anche i documenti aziendali già presenti per l'aggiornamento/revisione degli stessi e la definizione delle necessità di ulteriori documenti.</p> <p>4) In fase di revisione del FUT (Foglio unico di Terapia) è stato implementato il MAD190 Scheda ricognizione riconciliazione ed osservazioni terapia; il documento è in sperimentazione nelle UU.OO. di degenza.</p> <p>5) La verifica dell'applicazione della check list in sala operatoria è stata effettuata attraverso AUDIT osservazionali effettuati dal personale della U.O. Qualità, Accreditamento e Risk Management in tutte le Sale Operatorie dell'ASST, nel corso degli AUDIT è stata verificata anche l'applicazione delle indicazioni relative alla corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura (Raccomandazione ministeriale n. 3)</p> <p>La rendicontazione delle attività previste nel "Piano annuale di Risk management anno 2016" è stata trasmessa in Regione con nota prot. n. 37476 il 30.12.2016.</p> <p>Il Data Base Regionale Sinistri, in cui sono inserite le riserve e le prime stime per ciascun sinistro, viene di norma aggiornato su base semestrale. Il primo aggiornamento del 2016 è stato posticipato da Regione Lombardia al 15 settembre, onde consentire l'allineamento delle informazioni delle nuove ASST e ATS. Conseguentemente, con mail del 15.09.2016, si è provveduto a fornire ai competenti uffici regionali i dati relativi all'inserimento sinistri RCTO del primo semestre 2016, all'aggiornamento dei sinistri RCTO dal 1999 al secondo semestre 2015, all'inserimento e aggiornamento delle polizze RCTO. Con e-mail del 29.11.2016, si è proceduto al secondo aggiornamento del Data Base Regionale</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Sinistri. I dati inseriti riguardano i sinistri RCT/O del secondo semestre 2016, l'aggiornamento dei sinistri RCT/O dal 1999 al primo semestre 2016 e l'inserimento e l'aggiornamento delle polizze RCT/O. inserimento e aggiornamento delle polizze RCTO.</p> <p>I dati relativi alle sedute del CVS effettuate nell'anno sono stati rendicontati in Regione con nota n. 37476 del 31/12/2016. Le sedute del CVS svolte nell'anno e regolarmente verbalizzate risultano 18 e i casi valutati risultano n. 189. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | | <p>Politiche del personale</p> <p>Il PGRU è stato oggetto di monitoraggio mensile, nel rispetto delle scadenze fissate da Regione Lombardia, ed in sintesi: scadenza 15.04.2016 – invio 15.04.2016, scadenza 18.05.2016 – invio 18.05.2016, scadenza 15.06.2016 – invio 15.06.2016, scadenza 15.07.2016 – invio 15.07.2016, scadenza 15.08.2016 – invio 12.08.2016, scadenza 15.09.2016 – invio 15.09.2016, scadenza 15.10.2016 – invio 13.10.2016 (a quest'ultimo flusso relativo al mese di Settembre 2016, ha fatto seguito un nuovo flusso "Modello 1 - Monitoraggio PGRU 2016", con scadenza 31.10.2016 che è stata rispettata), scadenza 15.11.2016 – invio 15.11.2016, scadenza 15.12.2016 – invio 15.12.2016.</p> <p>Il monitoraggio mensile ha avuto ricaduta anche sul rispetto delle risorse di budget rendicontate puntualmente con le Certificazioni trimestrali.</p> <p>Relativamente al FLUPER sono state rispettate le seguenti scadenze, senza che le competenti Strutture Regionali abbiano sollevato rilievi di sorta:</p> <p>FLUPER - FLUSSI A e B IV trimestre 2015: scadenza 29.02.2016 - invio 29.02.2016; FLUSSO C: scadenza 23.09.2016 – invio 23.09.2016.</p> <p>FLUPER - FLUSSI A e B (da gennaio a settembre): scadenza 02.12.2016 - invio 02.12.2016.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>I flussi sono stati debitamente evasi, nel rispetto delle scadenze di seguito riportate:</p> <p>Relazione al conto annuale: scadenza 07.05.2016 - invio 03.05.2016;</p> <p>Monitoraggio mensile assenze: sempre rispettata la scadenza del giorno 15 del mese successivo;</p> <p>Monitoraggio congiunturale: IV Trimestre 2015: scadenza 31.01.2016 – invio 08.01.2016; I Trimestre 2016: scadenza 15.04.2016 – invio 15.04.2016; II Trimestre 2016: scadenza 10.07.2016 – invio 07.07.2016; III Trimestre 2016: scadenza 10.10.2016 - invio 6.10.2016; IV Trimestre 2016: Scadenza 10.01.2017 – invio 10.01.2017.</p> <p>Conto Annuale: scadenza 07.6.2016 - invio 06.6.2016.</p> <p>Elenco dei Direttori di Struttura Complessa: scadenza 12.12.2016 - invio 07.12.2016.</p> <p>ECM PROVIDER: rispetto della tempistica di invio del tracciato record relativamente alle attività formative erogate. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | <p>4. Interventi per equità e semplificazione nell'accesso al sistema;</p> | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nuovo flusso 730 precompilato: si è provveduto all'invio del flusso nel rispetto delle disposizioni fornite con nota mail ATS della Città Metropolitana di Milano del 17.10.2016 entro la scadenza prevista (31.01.2017). Si è provveduto altresì, a comunicare ad ATS della Città Metropolitana di Milano, nel termine previsto del 28.11.2016, il referente aziendale per i dati relativi alle Unità di offerta direttamente gestite dalla ASST Ovest Milanese. ➤ Riorganizzazione delle agende di prenotazione (FLUSSO INF MOSA). Il flusso MOSA è stato regolarmente trasmesso. Nell'ottica del miglioramento di comunicazione ed esposizione delle agende: 1) è stata completata la migrazione sistema GP++, che ne consente la corretta gestione ed operatività anche per annullamenti e spostamenti, favorendo |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | | <p>l'utilizzo dei diversi canali di prenotazione (ccr, internet, farmacie); 2) sono state esposte al CCR le agende del progetto CREG, che sono prenotabili direttamente dal Centro Servizi del soggetto erogatore. A seguito delle modifiche del flusso richieste da Lombardia Informatica in base alle specifiche di ottobre/novembre 2016, le nuove funzionalità sono state attivate dalle Software House per il rispetto del termine di invio a partire dal 13.1.2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ricetta dematerializzata: nell'ambito della Ricetta Dematerializzata l'avvio in produzione è avvenuto il 9.11.2016 per la parte Centro Prelievi Legnano mentre per la parte Ambulatoriale è avvenuto il 15.12.2016. ➤ Servizi accoglienza Progetto ambulatori aperti. Il progetto è attivo presso l'U.O. Radiologia di Legnano - Cuggiono per le prestazioni di RMN, TAC ed ecografia (v. nota n. 19688 del 30.6.2016 inviata ad ATS). Si è provveduto a pubblicare i giorni e gli orari dedicati al progetto Ambulatori Aperti sul sito web aziendale al link: http://www.asst-ovestmi.it/home/ambulatoriaperti. ➤ Semplificazione del processo di pagamento dei ticket sanitari: sono attive presso l'ASST n. 5 casse automatiche (1 Legnano ingresso, 1 Legnano PS, 1 Magenta PS, 1 Cuggiono PS, 1 Abbiategrasso PS) presso le quali è possibile effettuare i pagamenti. OBIETTIVO RAGGIUNTO |
| | <p>5. Equilibrio economico finanziario.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bilancio e flussi economici: con provvedimento del Direttore Generale n.281 del 14 settembre 2016, è stato adottato il BPE 2016_V2, approvato da RL con DGR n. X/5704 del 17.10.2016 CET 1 trimestre 2016: 15.04.2016 CET 2 trimestre 2016: 14.07.2016 CET 3 trimestre 2016: 17.10.2016 CET 4 trimestre 2016: 16.01.2017 ➤ INTERCOMPANY: obiettivo richiesto per l'anno 2016 è il pieno allineamento delle partite Intercompany. In occasione delle rendicontazioni trimestrali e della redazione del bilancio d'esercizio l'Azienda ha provveduto ad inviare alle aziende sanitarie pubbliche |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>lombarde i dati per il necessario confronto richiesto dalle regole regionali. L'Azienda ha riconciliato i dati Intercompany e fornito le opportune giustificazioni ai disallineamenti, così come risulta dalla nota integrativa descrittiva del BE 2015.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Percorso triennale della certificabilità dei bilanci: con provvedimento del Direttore Generale n. 244 del 29.07.2016, l'Azienda ha provveduto alla costituzione di un gruppo di lavoro finalizzato a porre in essere tutte le azioni necessarie per l'adempimento degli obblighi del percorso triennale della certificabilità del bilancio aziendale. Tutte le scadenze previste dal cronoprogramma regionale sono state rispettate. L'Azienda ha adottato, con deliberazione DG. n. 396 del 30.12.2016, il nuovo Regolamento di Contabilità e relativi provvedimenti conseguenti al percorso di certificabilità. ➤ I tempi di pagamento si attestano ai 59 giorni. L'indicatore di tempestività dei pagamenti ha scadenza trimestrale e viene pubblicato nei termini di legge, entro il 30 del mese successivo, sul sito internet aziendale. Di seguito si riportano le risultanze dei quattro trimestri 2016, dove l'unità di misura è espressa in giorni: I trimestre 2016: -0,23; II trimestre 2016: -1,99; III trimestre 2016: -1,28; IV trimestre 2016: -1,35. Per garantire il mantenimento delle performances positive sui tempi di pagamento il Servizio Contabilità generale invia a tutti gli ordinatori un file riportante i blocchi delle fatture al fine di sollecitarne la liquidazione e quindi il relativo pagamento. ➤ Fatturazione elettronica: nell'esercizio 2016 a seguito della costituzione della ASST Ovest Milanese sono stati richiesti due codici ufficio al fine di ricevere e contabilizzare su due appositi sezionali le fatture elettroniche di competenza dell'area ospedaliera e dell'area del territorio. Le fatture elettroniche vengono scaricate tempestivamente dall'HUB regionale e viene elaborato un file che tramite un'interfaccia alimenta il sistema ERP; a riprova dell'attenzione posta nella gestione della ricezione della fatturazione elettronica si evidenzia che solo in rari casi le fatture sono |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>state accettate per decorrenza termini. Con riferimento alla fatturazione elettronica attiva nei confronti degli enti pubblici, nel rispetto della normativa nazionale, il servizio contabilità generale e RF provvede a emettere la fattura in formato elettronico ed ad inviarla al cliente per il tramite dello SDI. Il servizio contabilità generale ha sempre risposto puntualmente ad ogni richiesta proveniente da LISPA al fine della corretta funzionalità e utilizzo dell'HUB regionale.</p> <p>➤ Quadratura flussi Co.AN: Flussi di CO.AN. IV CET 2015 trasmesso il 25/01/2016 (scadenza 25/01/2016). Flussi di CO.AN. I CET 2016 trasmesso il 05/07/2016 (scadenza 05/07/2016). Flussi di CO.AN II CET 2016 trasmesso il 04/08/2016 (scadenza 04/08/2016). Flussi di CO.AN III CET 2016 trasmesso il 26/10/2016 (scadenza 28/10/2016). Flussi di CO.AN. Consuntivo anno 2015 trasmesso il 08/06/2016 (scadenza 16/06/2016). Le percentuali di scostamento sono state rispettate. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | <p>1.Invio dei flussi di File F e File R con cadenza mensile e rispetto vincolante della data del 28.02 come invio dei dati complessivi di produzione annuale di File F e File R (per le ATS controllo sui produttori privati).</p> | | <p>1.Si conferma il recepimento delle nuove indicazioni regionali nella rendicontazione del File F. Effettuati tutti gli invii mensili, agli atti del servizio Farmaceutico relativi al periodo gennaio/dicembre che attestano la correttezza del flusso. Si conferma la puntuale rendicontazione del flusso File R, secondo le tempistiche regionali. In fase di implementazione la preparazione dei dati complessivi di produzione annuale, scadenza attesa per il 28.02.2017. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | <p>2.Rete PMA: messa a regime del flusso informativo al Registro Nazionale PMA dei dati di attività clinica validati dai centri PMA, attraverso il data-warehouse regionale.</p> | <p>ASST Papa Giovanni XXIII, ASST di Mantova, ASST Santi Paolo e Carlo</p> | <p>NON APPLICABILE</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>3. Monitoraggio degli adempimenti previsti nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) e nel Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità (PTTI).</p> | <p>3. Il PTPC ed il PTTI sono stati adottati nei termini con delibera n. 10/16 del 29.01.2016. Essi sono stati immediatamente pubblicati 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. 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 DG n. 387 del 27 dicembre 2016). Con deliberazione DG n. 17 del 30 gennaio 2017 è stato adottato il Piano di prevenzione della corruzione e trasparenza 2017/2019.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
|--|---|--|

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

| OBIETTIVI | INDICATORI | DEST. | RENDICONTAZIONE |
|--|--|--------------------------------------|---|
| <p>Promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incrementare quali-quantitativamente azioni Programma WHP su corretta alimentazione e prevenzione tabagismo - consolidare pratiche (Punti nascita, Consultori, etc.), per la promozione allattamento al seno raccomandate da WHO/ UNICEF anche in raccordo con programmi di comunità promossi da ATS | <p>1. Azioni per l'estensione del divieto di fumo alle pertinenze esterne in applicazione al Decreto legislativo 12 gennaio 2016, n. 6 e attività (ivi compresi esiti controlli) intraprese in tutti gli ambienti: report analitico su attività e impatto da inviare a DG Welfare entro 15.02.2017</p> <p>2. Azioni per incremento di offerta di consumo di frutta-verdura, pane a basso contenuto sale (Protocollo "Meno sale nel pane") nelle mense (bar interni, vending, convenzioni, etc.): report analitico su attività da inviare a DG Welfare entro 15.02.2017</p> | TUTTE | <p>1. L'Azienda ha implementato le azioni per l'estensione del divieto di fumo alle pertinenze esterne, ha aggiornato, in applicazione del Decreto legislativo 12 gennaio 2016 n. 6, il Regolamento aziendale con provvedimento del Direttore Generale n. 208 del 07.07.2016. Il Regolamento è stato oggetto di informativa attraverso la pubblicazione sulla intranet aziendale e affissione di specifica cartellonistica negli ambienti interessati. Inoltre si conferma che vengono effettuati i relativi controlli sull'osservanza del divieto di fumo nelle pertinenze esterne.</p> <p>2. Le azioni dirette ad incrementare l'offerta del consumo di frutta-verdura e di pane a basso contenuto di sale sono state implementate a far data dal 2014 nell'ospedale di Legnano ed estese nel 2015 negli Ospedali di Cuggiono, Magenta e Abbiategrasso con diverse "personalizzazioni" in base alle realtà ospedaliere. Tali azioni sono state proseguite anche nel corso del 2016.</p> <p>Con pec del 15.02.2017, l'Azienda ha trasmesso alla DG Welfare, la relazione di sintesi contenente le Buone Pratiche attuate in tema di tabagismo e di corretta alimentazione.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | Partecipazione ad iniziative regionali (formazione, gruppi di lavoro, attività di sorveglianza, etc.) | Polo ospedaliero e rete territoriale | Partecipazione alla Cabina di Regia del Comitato Percorso Nascita di ATS. Partecipazione ai gruppi di lavoro PIL, in particolare attivando le iniziative previste nell'area tematica "Promozione stili di vita favorevoli alla salute e prevenzione fattori di rischio nei primi 1000 giorni di vita", di cui: |

| | | | |
|--|---|-------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Compilata indagine conoscitiva sui punti nascita di Magenta e di Legnano e sui consultori familiari. - Entro la scadenza prevista del 21.12.2016, l'Azienda ha provveduto a trasmettere in ATS della Città Metropolitana di Milano "Autovalutazione sintetica Standard UNICEF (10 passi) per gli ospedali - Edizione 2016". - Effettuati incontri ospedale-territorio per organizzare attività di promozione e sostegno allattamento al seno condivise. <p>A seguire nella griglia è riportato il dettaglio nell' indicatore Promozione e sostegno allattamento al seno. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| Screening oncologici: mantenimento/miglioramento delle attività | <ol style="list-style-type: none"> 1. Messa a disposizione dei programmi di screening delle ATS di volumi di prestazioni diagnostiche appropriate per garantire una adeguata copertura della popolazione 2. Partecipazione dei radiologi che intervengono nei percorsi di screening alla revisione dei casi dei tumori di intervallo come da proposta ATS >90% dei radiologi partecipanti (da evidenziarsi in apposito report ATS) 3. Stadiazione dei tumori screen detected: invio dei referti delle stadiazioni effettuate dalle anatomiche patologiche della ASST alle | TUTTE | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sono stati messi a disposizione i volumi di prestazioni necessari a coprire gli inviti dei pazienti inviati da parte di ATS della Città Metropolitana di Milano, sia per numero di prestazioni, che per qualità delle prestazioni effettuate. 2. E' stato trasmesso da ATS il materiale relativo alla revisione dei tumori di intervallo, con rendicontazione (e trasmissione ad ATS prima del 24.12.2016) da parte di tutti i Radiologi (100%) interessati all'attività di screening. 3. Viene effettuato l'invio dei referti delle stadiazioni effettuate dalle anatomiche patologiche della ASST alla ATS (>95% delle richieste di ATS). Inoltre, con nota ATS prot. n. 0047444/2016, si segnala che la chiusura delle schede paziente con l'inserimento dei dati riferiti alla stadiazione del tumore screen-detected risulta essere in linea con le richieste e sufficientemente tempestiva, in miglioramento rispetto al primo semestre. 4. Dall'analisi delle prestazioni effettuate relative allo screening del colon rettole, si attesta che i tempi di attesa per approfondimento diagnostico 2°livello inferiori a 30 gg da FOBT positivo risultano complessivamente pari al 69%. I dati variano da presidio a presidio attestando: Presidio Legnano 81% (esclusi i tempi di contatto) Presidio Cuggiono 36% (esclusi i tempi di contatto) |

| | | | |
|---|--|----------------------------|--|
| | <p>ATS (>95% delle richieste di ATS)</p> <p>4. Screening colon rettale - tempi di attesa per approfondimento diagnostico 2°livello inferiori a 30 gg da FOBT positivo: ≥ 70%</p> | | <p>Presidio Magenta 92%(esclusi i tempi di contatto) Presidio Abbiategrasso 65%(esclusi i tempi di contatto)</p> <p>I dati riferiti sono stati forniti dalla ATS di riferimento.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| <p>Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività</p> | <p>Tempestività/completezza delle segnalazioni alle ATS di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche, tubercolosi e MTS</p> | <p>TUTTE</p> | <p>Dal 01.01.2016 al 31.12.2016 complessivamente sono stati segnalati n.262 casi (di cui 247 nel Presidio di Legnano e 15 nel Presidio di Magenta).</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| <p>Ambienti di lavoro: mantenimento/miglioramento delle attività</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Inserimento in Ma.P.I. delle denunce di malattie professionali con definizione del nesso in almeno l'80% dei casi inseriti. - Servizio segnalazioni m.p. (mesoteliomi, tumori naso-sinusali, vescica e polmoni): trasmissione online del 100% delle segnalazioni (Fonte COR) - Aggiornamento del protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto, in sinergia con le indicazioni | <p>Solo Sedi UOOML</p> | <p style="text-align: center;">NON APPLICABILE</p> |

| | | | |
|--|--|-----------------------|---|
| | del Ministero della Salute e del Coordinamento Interregionale PSILL ed in esito al progetto CCM 2012 | | |
| Sicurezza cittadino/consumatore/lavoratore: mantenimento/miglioramento delle attività | - Gestione delle segnalazioni di non conformità ai Regolamenti REACH e CLP: partecipazione al monitoraggio delle segnalazioni di non conformità, contribuendo, se del caso, al perfezionamento degli attuali flussi informativi: trasmissione esiti al MS (PRP P.9.11.2) | Solo Sedi UOOML e CAV | NON APPLICABILE |
| Invio telematico dei certificati di infortunio da parte dei Pronto Soccorso | - Implementazione della modifica relativa ai campi ragione sociale dell'impresa e cause e circostanze dell'infortunio da parte di tutte le aziende e trasmissione online del 100% dei certificati | TUTTE | I certificati INAIL vengono inseriti nel portale SISS. I campi ragione sociale dell'impresa e cause e circostanze dell'infortunio, essendo obbligatori, sono inseriti per ogni certificato. I certificati INAIL inviati dall'Azienda al 31.12.2016 sono 2.976. OBIETTIVO RAGGIUNTO |

INNOVAZIONE E SVILUPPO

| OBIETTIVI | INDICATORI | DEST. | RENDICONTAZIONE |
|---|---|------------------------------|--|
| 4.6 Azioni e misure innovative area sociosanitaria integrata | <p>Salvaguardia del diritto di fragilità e appropriatezza degli interventi attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosecuzione, nel rispetto anche di quanto stabilito dalla DGR n. 5342 del 27.06.2016, delle azioni innovative, delle misure e delle sperimentazioni e delle relative attività di verifica e controllo • Predisposizione di una relazione che descriva dal punto di vista qualitativo e quantitativo lo sviluppo delle azioni innovative, delle sperimentazioni e delle misure attivate in ogni ambito territoriale. <p>Il contenuto essenziale della relazione e il format cui attenersi saranno oggetto di successive indicazioni da parte di DG Welfare</p> | TUTTE | <ul style="list-style-type: none"> • In relazione a quanto previsto dalla DGR n. 5342 del 27.06.2016 sono proseguite attraverso diverse progettualità, le azioni innovative a salvaguardia del diritto di fragilità. • E' stata predisposta relazione che descrive lo sviluppo delle azioni innovative, delle sperimentazioni e delle misure attivate. (Vedi allegato n. 1) <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| 4.8.1 Reti di patologia | <p>Rete Stroke</p> <p>1. Corretta applicazione dei PDTA di riferimento.</p> | Tutte le ASST che gestiscono | <p>1. Vi è stata una completa applicazione del PDTA aziendale e delle indicazioni del GAT regionale per tutti i pazienti con Stroke.</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | <p>2. Pieno utilizzo dell'archivio regionale Stroke.</p> <p>3. Evidenza della gestione di almeno l'80% dei casi acuti di ictus presso la Stroke Unit aziendale o dell'invio dei pazienti ad altra Stroke Unit regionale.</p> <p><i>Gli indicatori sono definiti e declinati nel Portale di Governo regionale.</i></p> | casi acuti di ictus | <p>2. Inserimento di tutti i pazienti nell'Archivio Regionale (ultimo rilevamento dicembre 2016 pazienti n. 436)</p> <p>3. Gestione di casi acuti 84% dei pazienti con ictus in StrokeUnit.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | <p>Rete Stemi</p> <p>1. Corretta applicazione dei PDTA di riferimento.</p> <p>2. Evidenza dell'adesione attiva del 100% delle cardiologie e UTIC al Registro Stemi.</p> <p><i>Gli indicatori sono definiti e declinati nel Portale di Governo regionale.</i></p> | Tutte le ASST che gestiscono l'infarto miocardico acuto | <p>1. In assenza di un PDTA di riferimento locale per lo STEMI si fa riferimento alle linee guida europee. Per la loro applicazione omogenea sulle strutture aziendali è stato elaborato un "Protocollo del paziente con STEMI" da parte dei gruppi di lavoro coinvolti (che comprendono le strutture del dipartimento cardiovascolare nonché i Pronto Soccorso e le UU.OO. Anestesia e Rianimazione). Il documento finale è in corso di preparazione.</p> <p>2. Il registro STEMI è attivo ed in corso di continuo aggiornamento. Tutti i casi del 2016 sono stati inseriti.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| <p>4.8.10 Sistema trasfusionale regionale</p> | <p>Consolidamento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano annuale di programmazione e compensazione regionale ed extraregionale delle unità di sangue su indicazione della</p> | ASST sede di Servizi Trasfusionali | <p>La programmazione concordata con AREU è stata pienamente rispettata, con soddisfazione sia del fabbisogno trasfusionale interno aziendale che delle convenzioni annuali stipulate con gli ospedali carenti.</p> <p>E' documentabile un continuo trend di riduzione dei consumi interni di emazie, plasma fresco congelato e albumina a seguito dell'implementazione di stretti protocolli di sorveglianza sull'appropriatezza prescrittiva (Patient Blood</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | Struttura Regionale di coordinamento (nota AREU prot. 175 12/01/2016). | | Management, Trasfusione di singola unità, Richiesta personalizzata albumina, Linee guida interne per il corretto uso del plasma). OBIETTIVO RAGGIUNTO |
| 4.8.11 Sistema Regionale Trapianti | <ol style="list-style-type: none"> 1. Promozione attiva della cultura della donazione anche attraverso il mantenimento del numero di donatori segnalati nell'anno precedente. 2. Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale. 3. Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione. 4. Numero di prelievi multitessuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2015, e comunque non inferiore a 3. 5. Piena adesione alle politiche regionali sui trapianti e mantenimento dei livelli operativi degli anni precedenti. | Tutte le ASST che gestiscono attività trapianto logica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Legnano: Gen-dic 2015: su 16 accertamenti, 10 prelievi multiorgano. Gen-dic 2016: su 16 accertamenti, 8 prelievi multiorgano. Magenta: Gen-dic 2015: su 1 accertamenti, 1 prelievo multiorgano Gen-dic 2016: su 3 accertamenti, 2 prelievo multiorgano Totale aziendale Gen-dic 2015: 17 Totale aziendale Gen-dic 2016: 19 2. Il numero dei donatori di cornee è pari al 6,4% (1.01.2016- 31.12.2016), risultante da un totale di n. 1719 decessi /n. 110 prelievi. 3. A livello aziendale, si attesta che il numero dei donatori di tessuti ossei è superiore al 10% degli interventi (1.01.2016- 31.12.2016) pari al 16,7%, risultante da n. 167 interventi/n. 27 epifesi prelevate. 4. Per quanto riguarda il prelievo multitessuto da donatore a cuore fermo, nei 4 Ospedali ASST Ovest Milanese non è stato ancora possibile effettuarli, anche se si stanno allestendo i percorsi organizzativi, e la formazione del personale sanitario. 5. Sono stati organizzati a livello aziendale i seguenti corsi formativi: -Prelievo delle epifisi femorali e teche craniche (gruppo di miglioramento, n. 6 incontri a far data dal 26.04.2016 al 31.12.2016). -Prelievo cornee (gruppo di miglioramento, n. 6 incontri a far data dal 18.04.2016 al 31.12.2016). -Gestione del prelievo multiorgano e multitessuto in sala operatoria (corso in due edizioni: primo semestre date 10 e 16 maggio 2016, secondo semestre date 28 e 31 ottobre 2016). 6. La ASST Ovest Milanese non dispone di centro trapianti in sede. Nel 2016 2 pazienti della nostra azienda sono stati trapiantati di rene da donatore vivente ed hanno fatto l'intervento a Niguarda e a Novara. |

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---|
| | <p>6. Incremento del numero di trapianti da vivente (Tx rene).</p> <p>7. Rispetto del 100% del debito informativo con uso del programma Donor Action/Donor Manager, completo inserimento dei dati nel SIT (lista d'attesa riceventi, comunicazione entro 48 ore al Centro Regionale di Riferimento del trapianto effettuato, da cadavere e da vivente).</p> | | <p>Nel 2015 i trapianti da vivente erano stati 3.</p> <p>7. Si attesta il rispetto del 100% del debito informativo con uso del programma Donor Action/Donor Manager.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO, eccetto per indicatore n. 2/4 che risultano parzialmente raggiunti</p> |
| <p>4.8.9 Rete per l'assistenza alla madre e al neonato</p> | <p>Adozione di protocolli sul rischio in sala parto</p> <p>Ogni azienda in cui siano presenti sale parto deve certificare l'operatività dei seguenti protocolli:</p> <p>1. Protocollo che definisca le priorità nell'effettuazione del taglio cesareo (applicazione codici colore per il taglio cesareo).</p> <p>2. Protocollo organizzativo per attività ambulatoriale del percorso per la gravidanza a basso rischio/fisiologica.</p> | <p>ASST sede di punti nascita</p> | <p>L'azienda si è dotata dei seguenti protocolli:</p> <p>1. Adozione del protocollo Taglio Cesareo codice colore PAP 80 Rev. 0 applicato in Azienda dall'aprile del 2016.</p> <p>2. Protocolli organizzativi per attività ambulatoriale del percorso per la gravidanza a basso rischio/fisiologica applicati nei 2 punti nascita dal 2015. Nel 2016 sono stati discussi nei gruppi di lavoro trasversali per la definizione di un unico PDTA. Il documento è stato predisposto e sottoposto alla verifica dei Direttori responsabili.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |

| | | | |
|--|---|-----------------------------------|---|
| | <p>Implementazione Trigger</p> <p>Relazione sulla attivazione del “sistema Trigger” presso i singoli Punti Nascita con numero eventi trigger segnalati e tipologia (seguiranno indicazioni tecniche)</p> | <p>ASST sede di punti nascita</p> | <p>Attivato il sistema Trigger nei punti nascita. I dati sono rilevati attraverso il CeDAP per tutti i parti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Punto nascita di Legnano: 10 trigger in 10 CeDAP ➤ Punto nascita di Magenta: 11 trigger in 10 CeDAP <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | <p>Promozione e sostegno allattamento al seno</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione a survey regionali dedicate 2. Presenza di programmi integrati tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale coerenti con gli obiettivi del Comitato Percorso Nascita Locale entro il 31.12.2016 | <p>ASST sede di punti nascita</p> | <p>1.I componenti aziendali del Comitato Percorso Nascita ATS della Città Metropolitana di Milano, individuati con nostra nota prot. n. 11974 del 22.04.2016, hanno partecipato agli incontri organizzati dalla cabina di regia Percorso Nascita, in particolare a quelli riferiti alle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Parto ➤ Puerperio ➤ Gravidanza-Allattamento <p>Inoltre, entro la scadenza prevista del 27.09.2016, con nostra nota prot. 27955 del 22.09.2016, è stata trasmessa in ATS della Città Metropolitana di Milano, l’indagine conoscitiva Punti nascita/integrazione Ospedale –Territorio, con la quale si è provveduto alla ricognizione delle esperienze e dei servizi in tema di accompagnamento e assistenza alla nascita, compilato per Punto nascita e per sede di consultori familiari.</p> <p>2.Nel 2016 l’Azienda ha organizzato diversi incontri a cui hanno partecipato le ostetriche del Polo Ospedaliero e della Polo Territoriale per definire programmi condivisi relativamente ai percorsi di accompagnamento alla nascita da realizzarsi presso i reparti di maternità dei punti nascita Legnano e Magenta e presso i consultori familiari del Polo Territoriale. Le ostetriche realizzano diversi tipi di corsi di accompagnamento alla nascita, condividendo le modalità di controllo del periodo gestazionale, di assistenza al parto, del puerperio e della gestione del bambino nei primi anni di vita. Tra le finalità perseguite, a tutela della mamma e del bambino, quella di promuovere la cultura dell’allattamento esclusivo al seno.</p> |

| | | | |
|--|--|-------|---|
| | | | <p>Presso gli ospedali di Magenta e Legnano, sono stati organizzati degli incontri dedicati alle mamme (rispettivamente nelle date del 12 e 14 dicembre 2016) al fine di far conoscere il luogo ove avverrà il parto e il personale che accoglierà la futura mamma. Inoltre, i Consulenti Familiari organizzano incontri successivi alla nascita, dedicati alla promozione della salute, di una corretta alimentazione e di sani stili di vita alla cura del bambino (allattamento, svezzamento, etc.) e alla coppia, valorizzando lo scambio di esperienze e riflessioni comuni.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| 6.3 Iniziative di semplificazione | <p>Comunicazione istituzionale: partecipazione attiva dei referenti aziendali della comunicazione al tavolo di coordinamento permanente istituito dalla ATS di riferimento territoriale per l'implementazione coordinata dei contenuti dei portali web e della comunicazione in generale a seguito delle modifiche introdotte dalla l.r. 23/2015.</p> | TUTTE | <p>Partecipazione da parte del Responsabile Comunicazione interna ed esterna alla prima riunione del tavolo di Coordinamento ATS della Città Metropolitana di Milano e ASST in data 07.09.2016.</p> <p>Partecipazione alla seconda riunione in data 15.11.2016.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |

| | | | |
|--|---|--------------|---|
| <p>6.5 Prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne e i minori</p> | <p>Miglioramento della gestione in Pronto soccorso delle violenze di genere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adeguamento delle procedure alle indicazioni del piano quadriennale regionale per quanto riguarda i pronto soccorso (procedura interna, segnalazione e diagnosi ICD9, identificazione di un referente aziendale, come da piano quadriennale) • Introduzione della valutazione dei fattori di rischio secondo dangerous assessment mediante scheda informatizzata associata al verbale di PS • Incremento delle segnalazioni/ raccolta dati • Evidenza di un protocollo aziendale di gestione. • Individuazione di un referente aziendale per la violenza sulle donne | <p>TUTTE</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nel 2015 è stato formalizzato un protocollo sulla gestione delle violenze di genere che ha uniformato le attività svolte nei due Presidi, il protocollo nel 2016 è stato oggetto di tavoli di lavoro per l'aggiornamento. ➤ E' stato formalizzato in data 14.07.2016 un Protocollo di Intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione e contrasto della violenza di genere (Network Antiviolenza Ticino Olona 2). Il tavolo di lavoro Interistituzionale vede coinvolti diversi stakeholders tra cui la ASST Ovest Milanese che ha individuato il proprio referente aziendale. ➤ In corso tavoli di lavoro aziendali per segnalazione e diagnosi ICD9 e per la valutazione dei fattori di rischio secondo Dangerous assessment. ➤ Effettuata attività di formazione agli operatori coinvolti. Evento/Giornata dedicata al tema il 25.11.2016 presso l'aula Biasioli di Magenta. ➤ Raccolte le segnalazioni nei PS: con nota prot. 28243 del 26.09.2016, in ottemperanza alla richiesta da parte D.G. Welfare e D.G. Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale di cui alla nota prot. n. 14633 del 9.9.2016, è stato trasmesso il questionario di rilevazione dei dati delle attività svolte dal dipartimento di emergenza e urgenza dell'ASST Ovest Milanese di competenza anno 2015. ➤ Dato anno 2015 n. 140 segnalazioni; Dato anno 2016: n. 183 segnalazioni <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
|--|---|--------------|---|

| | | | |
|---|--|--------------|--|
| <p>6.6 Cooperazione internazionale</p> | <p>Collaborazioni internazionali in ambito sanitario</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ricognizione dei progetti europei ed internazionali in ambito sanitario 2. Invio di una relazione annuale sulle attività realizzate nel 2016 | <p>TUTTE</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Progetti europei: rispetto alle collaborazioni internazionali in ambito sanitario, l'azienda attraverso il reparto di neurologia partecipa al: <ul style="list-style-type: none"> -Registro SITS – Safe Implementation of Treatments in Stoke (Registro Europeo dei pazienti sottoposti a trombolisi). -Registro EURALS (Registro Europeo per lo studio dei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica). <p>Inoltre l'Azienda partecipa a studi terapeutici osservazionali di pazienti affetti da Sclerosi Multipla in terapia immunomodulante, e ha altresì partecipato ad uno studio terapeutico randomizzato per i pazienti affetti da malattia rara CIDP (polineuropatia cronica demielinizzante).</p> <p>In ambito di Salute Mentale, l'azienda attraverso il Centro di Riabilitazione a Media Assistenza (CRM) della UOP n. 43 ha partecipato nel corso del 2016 al processo di Visiting. Tale esperienza di formazione ed autovalutazione sul funzionamento e modello delle comunità terapeutiche si ispira ad analogo modello promosso dall' International Network of Democratic Therapeutic Communities a cui l'associazione proponente che ha effettuato tale formazione -Mito e Realtà- è affiliata.</p> <p>Inoltre il Centro Immuno Trasfusionale Aziendale partecipa in modo permanente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Steering Committee UKNEQAS for Leucocyte Immunophenotyping, con compiti di progettazione, verifica e monitoraggio degli schemi internazionali di External Quality Assessment per la diagnostica immunologica e Oncoematologia, certificati ISO 17043. -al progetto internazionale "BI-Society" che unisce le iniziative didattiche di Analisi Cellulari Cliniche Europee e Statunitensi, attraverso una commissione congiunta delle rispettive società scientifiche del settore, ESCCA (europea) e ICCS/CCEN (americana). Agli esponenti ESCCA, vengono periodicamente richiesti di effettuare corsi e seminari nelle sedi europee e americane dove si svolgono i programmi educazionali accreditati. <p>Il Servizio di Anatomia Patologica ha preso parte ai seguenti progetti: Progetto ORDET – INT Milano</p> |
|---|--|--------------|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>-HERA – Protocollo BIG 01 – 01/BO16348B Protocollo WO20967 TAILOR-AIFA AMICOR Studio Prospettico Multicentrico Lombardo -Protocollo ETNA-Eudract n.2012-00348141.</p> <p>2. Beni dismessi</p> <p>In continuità con l’anno 2015, è proseguito l’iter di dismissione delle apparecchiature elettromedicali in linea con quanto stabilito dalle determinazioni aziendali n. 655/15 e n.131/16.</p> <p>Sono state ritirate le seguenti apparecchiature:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ n. 1 TAC in data 01.09.2016 (Stabilimento Abbiategrasso) ✓ n. 1 TAC in data 01.02.2017 (Stabilimento di Magenta). <p>Entro i 6 mesi dall’ultima dismissione sarà trasmessa la relazione finale ai sensi della DGR n. X/2637 del 14.11.2014.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
|--|--|--|--|

PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE

| OBIETTIVI | INDICATORI | DEST. | RENDICONTAZIONE |
|------------------------------|---|---------------------------|--|
| Salute mentale e NPIA | <p>Confermato l'indicatore riportato nella delibera delle regole 2016 che prevede che il budget 2016 per gli interventi in 43san non debba essere superiore a quello del 2015 (Rif paragrafo 4.6). Saranno applicati all'indicatore i seguenti criteri di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione della spesa extra contratto (totale 43san adulti + 43 san minori) di una percentuale maggiore o uguale a 5% rispetto al 2015 : 100% - Riduzione della spesa extra contratto di una percentuale compresa tra 0 e 5% : 95% - Spesa extra contratto 2016 = spesa extra contratto 2015: 90% - Spesa extracontratto aumentata fino al 5%: 75 - Spesa extracontratto con aumento superiore a 5%: 50% | Tutte le ASST interessate | <p>Costi 43/SAN 2015 Psichiatria: 1.696.200,89 NPIA: 215.279,50 Totale: 1.911.480,39</p> <p>Costi 43/SAN 2016 Psichiatria: 1.451.485,69 NPIA: 355.639,80 Totale: 1.807.125,49</p> <p>Differenza Psichiatria: -244.715,2 NPIA: +140.360,3 Differenza: -104.354,9</p> <p>Rispetto al 2015 si attesta una riduzione della spesa del 5,46%</p> <p>I dati riferiti sono stati forniti dalla ATS di riferimento</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |

PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO

| OBIETTIVI | INDICATORI | DEST. | RENDICONTAZIONE |
|---|---|--------------|---|
| <p>Appropriatezza prescrittiva Prescrizioni secondo le indicazioni fornite dalla normativa della Regione Lombardia e dalla normativa nazionale</p> | <p>Indicatore: Informazione e formazione dei prescrittori interni con organizzazione di almeno 1 evento formativo</p> | <p>TUTTE</p> | <p>Si è provveduto nel corso dell'anno ad inviare a tutti i Direttori delle UU.OO. diverse comunicazioni in merito all'appropriatezza prescrittiva con le note di seguito riportate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nota n. 505 del 04.02.2016 - nota n. 957 del 03.03.2016 - nota n. 958 del 03.03.2016 - nota n. 1589 del 05.04.2016 - nota n. 1725 del 13.04.2016 - nota n. 2566 del 25.05.2016 - nota n. 4105 del 09.08.2016 - nota n. 6065 del 24.11.2016 <p>Inoltre in data 30.12.2016, con nota n. 6523, è stato trasmesso il documento contenente le linee guida per l'appropriato utilizzo della classe di priorità U (bollino verde) a tutti i Direttori di Unità Operativa per la diffusione a tutto il personale medico. In data 2 e 5 dicembre a Legnano e 6 e 14 dicembre a Cuggiono sono stati effettuati, da parte del SIA, momenti di formazione rivolti al personale Dirigente Medico inerenti la gestione ambulatoriale della nuova ricetta elettronica. (DMP Legnano). E' stata inoltre predisposta e trasmessa una nota formativa per i responsabili delle U.O. da estendere a tutti i collaboratori contenente indicazioni relative all'appropriatezza prescrittiva in ambito di diagnostica strumentale, di medicina di laboratorio in ambito farmaceutico. (Nota prot. 5039 del 28.11.2016)</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| <p>POTENZIAMENTO DEI FLUSSI INFORMATIVI E QUALITÀ DEI DATI:</p> | <p>Prestazioni ambulatoriali: 1. Qualità della rilevazione - errori</p> | <p>TUTTE</p> | <p>Prestazioni ambulatoriali: 1. Al 31.12.2016 la percentuale delle prescrizioni contenenti errori gravi si assesta allo 0,68%</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni ambulatoriali • Prestazioni di Pronto Soccorso • Flussi Ministeriali • Rilevazione della abortività volontaria e spontanea | <p>gravi: percentuale di prescrizioni ambulatoriali contenenti errori "gravi" inferiore al 1%</p> <p>2. Tempestività della rilevazione: non più del 1% di record 28SAN oltre la scadenza prevista</p> <p>Prestazioni di Pronto Soccorso: Completezza della rilevazione: scostamento rispetto a quanto rilevato con il flusso 28/SAN non superiore al 5%</p> <p>Flussi Ministeriali: Percentuale di modelli dei Flussi Ministeriali segnalati oltre il termine stabilito dalle regole inferiore al 1%</p> <p>Rilevazione della abortività volontaria e spontanea:</p> <p>1. Scostamento massimo del 2% tra le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) rilevate con le SDO e quelle rilevate con il</p> | | <p>2. Al 31.12.2016 il 100% dei record sono stati inviati entro la scadenza prevista</p> <p>Prestazioni di Pronto Soccorso: Al 30.11.2016 lo scostamento si assesta al 3,9%.</p> <p>Flussi ministeriali: I flussi informativi ministeriali sono stati tutti inseriti nel portale regionale nel rispetto delle scadenze previste (31 gennaio - 30 aprile - 31 luglio e 31 ottobre- 31 gennaio 2017) - percentuale di modelli oltre il termine stabilito inferiore al 1%.</p> <p>Rilevazione della abortività volontaria e spontanea: Il flusso viene inserito online tramite il menù del SISS rispettando quanto riportato nei modelli D11 e D12 compilati dalle UU.OO. Ostetricia Ginecologia. Le DMP e l'Ufficio flussi provvedono a verificare e controllare in modo sistematico la congruenza con le SDO e alle eventuali correzioni. I due flussi pertanto presentano uno scostamento inferiore al 2%. Rilevazione della abortività volontaria e spontanea:</p> <p>1. Al 31.12.2016 non si registrano scostamenti superiori al 2% tra i due flussi IVG e SDO</p> |
|---|--|--|---|

| | | | |
|---|---|--------------|--|
| | <p>flusso ISTAT (modello D.12)</p> <p>2. Scostamento massimo del 2% tra gli aborti spontanei rilevati con le SDO e quelli rilevati con il flusso ISTAT (modello D.11)</p> | | <p>2. Al 31.12.2016 non si registrano scostamenti superiori al 2% tra i due flussi aborti spontanei e SDO.</p> <p>Come da indicazioni contenute nella mail del 02.02.2017 pervenuta da Regione Lombardia (Struttura competente), l'Azienda entro la scadenza prevista del 24.02.2017, provvederà come da richiesta a caricare nel portale dedicato eventuali aggiornamenti conclusivi rispetto ai dati anno 2016.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| <p>Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle DGR n. X/2313/2014 e n. X/4702/2015.</p> | <p>Controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 7 ottobre 2016, del 7% delle prestazioni di ricovero di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quota "fino al" 4% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza; - quota "fino al" 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, soggetta a verifica di concordanza da parte | <p>TUTTE</p> | <p>L'invio alla ATS Città Metropolitana Milano degli esiti di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica è avvenuto in data 30.9.2016 con nota protocollo aziendale n.28727. L'invio alla ATS Città Metropolitana Milano degli esiti di autocontrollo della qualità della documentazione clinica è avvenuto in data 23.9.2016 con nota protocollo aziendale n.28050. L'invio alla ATS Città Metropolitana Milano del Piano dei Controlli aziendale è avvenuto in data 22.01.2016 con nota protocollo aziendali n. 1581</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |

| | | | |
|--|---|-------|--|
| | <p>del NOC della ATS di pertinenza.</p> <p>Invio del Piano dei Controlli aziendale alla ATS di pertinenza entro il 31.01.2016.</p> | | |
| <p>Realizzazione del PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE</p> | <p>Entro MARZO 2017 dovranno essere predisposti ed inseriti nella piattaforma PIMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione strutturato con l'evidente integrazione delle informazioni provenienti dagli indicatori di ambito e del monitoraggio interno 100% - la check-list di autovalutazione 100% - rapporti di audit interno ed esterno 100% | TUTTE | <p>Gli adempimenti relativi alla piattaforma del portale regionale sono stati assolti (autovalutazione semestrale, caricamento indicatori e partecipazione ai tavoli di lavoro e incontri regionali).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si attesta il raggiungimento del 100% degli indicatori previsti. - Validate le check-list di autovalutazione- I semestre 2016- una per ognuno dei quattro ospedali in data 31.08.2016. - Validate le check-list di autovalutazione- II semestre 2016- una per ognuno dei quattro ospedali in data 31.01.2017. <p>Effettuato audit interni i cui esiti sono stati pubblicati sulla piattaforma del portale regionale, entro la scadenza prevista (30.06).</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| <p>Sviluppo della funzione di Internal Audit</p> | <p>Dovrà essere garantita la funzione di I.A. seguendo le indicazioni descritte nella dgr 2989 del 23.12.2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attuazione del Piano di Internal Audit - Aderenza alle raccomandazioni scaturite dal Piano di Internal Audit | TUTTE | <p>L'ASST Ovest Milanese ha aggiornato la funzione di Internal Auditing con deliberazione del DG n. 69 del 30 marzo 2016; secondo gli adempimenti previsti dalle Regole di Sistema. Con deliberazione aziendale n. 396 del 30.11.2015 è stato altresì approvato il Regolamento di Internal Auditing, conforme alla L.R. 33/2009 e alla L.R. 17/2014, a supporto dell'attività svolta dalla funzione di Internal Audit. Con provvedimento del Direttore Generale n. 405 del 14.12.2015, è stato adottato il Piano di Audit Anno 2016, in aderenza con le raccomandazioni. Effettuata attività formativa ad hoc sul tema Internal auditing e su conduzione di audit. Entro la</p> |

| | | | |
|---|---|-------|--|
| | | | scadenza del 28.02 p.v. sarà rendicontata l'attività del 2016. OBIETTIVO RAGGIUNTO |
| Prosecuzione, in collaborazione con le ATS, delle attività di implementazione e approfondimento degli studi orientati alla realizzazione di strumenti per il controllo e l'inibizione dei comportamenti prescrittivi inappropriati. | Partecipazione, su indicazione delle ATS territorialmente competenti, a gruppi di esperti volti alla produzione di indicazioni utili all'omogeneizzazione delle modalità di comportamento in ordine all'utilizzo della priorità "U" (Bollino Verde). | TUTTE | Avvenuta partecipazione alla prima riunione ad hoc tenutasi in ATS della Città Metropolitana di Milano il 17.11.2016, a cui hanno partecipato professionisti sanitari di area cardiologica e di radiologia. ATS della Città Metropolitana di Milano, con nota prot. n. 113936 del 16.12.2016, ha trasmesso il Documento relativo all'Appropriato Utilizzo della Classe di Priorità U (bollino verde) – Linee di Indirizzo, condiviso con il personale aziendale. OBIETTIVO RAGGIUNTO |
| Applicazione contenuti dgr n. 1775/2011 e smi e della dgr n. 3993/2015: monitoraggio ex ante Attività Istituzionale, Attività Libero Professionali Intramoenia, Allargata ed in regime di Solvenza - A.L.P.I. e S. Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Effettuazione di almeno 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto del monitoraggio regionale e di 2 rilevazioni nazionali ex ante Attività Istituzionale, Attività Libero Professionali Intramoenia, Allargata ed in regime di Solvenza - A.L.P.I. e S. Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015. 2. Evidenza della predisposizione e trasmissione dei Piani | TUTTE | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sono state effettuate tutte le rilevazioni periodiche di prevalenza dei tempi di attesa sia per la specialistica ambulatoriale che per le prestazioni di ricovero nel rispetto delle modalità di raccolta dati e delle tempistiche di invio degli stessi di cui al "Disciplinare Tecnico Ambulatoriale, Ricoveri e Radioterapia" e successive comunicazioni, con relativa validazione dei dati sul Portale RL_MTA fino al mese di luglio, dal mese di agosto sul portale SMAF. In occasione dei periodici monitoraggi, relativi alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, tutte le prestazioni registrate sono state erogate entro soglia. Si attesta che il 95% dei primi accessi è avvenuto nei tempi previsti. 2. Trasmissione da parte della Direzione Sanitaria dei PGTA in Regione e ATS: <ul style="list-style-type: none"> - 1° semestre con nota n° 5608 del 26.02.2016. - 2° semestre con nota n° 23220 del 29.07.2016. L'azienda, così come rendicontato attraverso i PGTAz, per ottenere un miglioramento dei tempi di attesa interviene attraverso: <ul style="list-style-type: none"> - Rilevazioni mensili di prestazioni ambulatoriali e ricovero a livello regionale, nazionale ed aziendale. - Apertura agende ad hoc per eventuali situazioni critiche. - Adesioni a progetti su erogazione di prestazioni particolari, quali Risonanza magnetica, TAC e doppler. |

| | | | |
|---|--|--------------|--|
| <p>Interventi di miglioramento e trasparenza dei tempi di attesa in attuazione di quanto stabilito con DGR 1775/2011 e con ex d.lgs. 33/2013.</p> | <p>attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz) Attuazione dei disposti del punto 3.3.6. della D.g.r. n. X/1185/2013 - “Interventi di miglioramento dei tempi di attesa”</p> | | <p>Inoltre l’Azienda, avendo aderito al progetto “Ambulatori Aperti”, prevede l’erogazione aggiuntiva di particolari prestazioni in determinate fasce orarie. Si attesta la pubblicazione sul sito aziendale, secondo quanto disposto dal D.Lgs 33/2013, delle liste di attesa, sia di ricovero che ambulatoriale. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| <p>Mantenimento/miglioramento della rilevazione di Customer Satisfaction.</p> <p>Miglioramento della qualità percepita rilevata attraverso il flusso di Customer Satisfaction</p> <p>Monitoraggio della qualità percepita nei percorsi di tele sorveglianza sanitaria domiciliare e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative in attuazione dei disposti della DGR X/3993/15 e alla DGR X/4702/15</p> | <p>1. Numerosità dei questionari raccolti 2016 => 2015</p> <p>2. Punteggio medio ottenuto nei questionari raccolti nel flusso 2016 => 2015</p> <p>3. Raccolta dei questionari relativi ai percorsi di tele sorveglianza sanitaria domiciliare e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative</p> | <p>TUTTE</p> | <p>1. I questionari raccolti nel 2016 sono: - n. 5490 Area ambulatoriale - n. 3740 Area ricoveri Nel 2015 risulta essere stati 9186.</p> <p>2. In attesa di indicazioni specifiche su indicatore da parte di ATS. (Agli atti mail inviata da ASST ad ATS in data 12.12.2016).</p> <p>3. Raccolta effettuata, flusso inviato in ATS della Città Metropolitana di Milano il 09.01.2017. Raccolti n. 32 questionari per i Percorsi di tele sorveglianza sanitaria (29 alta intensità) e n. 66 questionari relativi alle cure palliative. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| <p>Accreditamento, negoziazione e contrattualizzazione</p> | <p>1. Allineamento dell’assetto accreditato alle previsioni da l.r.23/2015</p> <p>2. Rispetto delle scadenze stabilite dalle indicazioni regionali per la sigla dei contratti (ricoveri,</p> | <p>TUTTE</p> | <p>1. A seguito dei sopralluoghi effettuati dalla ATS della Città Metropolitana di Milano nel corso del 2016, si attesta il mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle Unità di Offerta sociosanitarie che a seguito della L.R. 23/2015, afferiscono alla ASST Ovest Milanese.</p> <p>2. Le scadenze stabilite dalle indicazioni regionali, sono state rispettate e nello specifico: <u>Contratto socio sanitario:</u></p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>specialistica ambulatoriale, subacute, psichiatria e neuropsichiatria infantile, nuove reti sanitarie) 100%</p> <p>3. Rispetto degli obiettivi di miglioramento assegnati alle specifiche AO nell'ambito dell'attività della negoziazione</p> | | <p>-Trasmissione ad ATS delle schede provvisorie budget strutture socio sanitarie accreditate sottoscritte in data 14.01.2016 (scad. 15.01.2016);</p> <p>-trasmissione contratto annuale sottoscritto ad ATS in data 28.04.2016 (scad.30.04.2016);</p> <p>-trasmissione addendum CDD di Rescaldina sottoscritto ad ATS in data 11.10.2016 (nuovo accreditamento per cambio sede della struttura);</p> <p>-trasmissione ad ATS della rimodulazione e sottoscrizione di nuove schede budget 2016 per alcune strutture socio sanitarie in data 28.11.2016 (Scad. 30.11.2016).</p> <p><u>Contratto Sanitario:</u></p> <p>-trasmissione ad ATS del contratto provvisorio sottoscritto in data 15.01.2016 (scad. 15.01.2016);</p> <p>-Trasmissione ad ATS del contratto annuale sottoscritto in data 27.05.2016 (scad.27.05.2016).</p> <p><u>Progetti di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza 2016:</u></p> <p>-con deliberazione n.245 del 29.07.2016 si è provveduto alla presa d'atto del contratto integrativo con ATS per l'attuazione dei rapporti giuridici ed economici in attuazione del decreto della direzione generale welfare n.2394 del 31.03.2016.</p> <p><u>Programmi innovativi in salute mentale – anno 2016:</u></p> <p>- con deliberazione n. 246 del 29.07.2016, si è provveduto alla sottoscrizione del contratto integrativo con ATS per l'attuazione dei rapporti giuridici ed economici in attuazione del decreto della DGW n.2395 del 31.03.2016 – programmi innovativi in salute mentale – anno 2016.</p> <p><u>Riduzione liste di attesa diagnosi e trattamento in neuropsichiatria:</u></p> <p>Con deliberazione n.986 del 24.08.2016 si è provveduto alla sottoscrizione del contratto integrativo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici con ATS in attuazione della deliberazione n.4981 del 30.03.2016-piano di intervento NPJA – anno 2016</p> <p>3. Gli adempimenti e le scadenze previsti dal summenzionato contratto sanitario, sono regolarmente monitorati da controlli periodici e non si rilevano criticità.</p> |
|--|---|--|---|

| | | | OBIETTIVO RAGGIUNTO |
|--|---|-------|--|
| Concentrazione delle analisi di laboratorio in un unico punto aziendale di Laboratorio (progetti esecutivi aziendali o interaziendali validati da ATS); | Presentazione di un piano di riordino aziendale o interaziendale in aderenza agli indirizzi regionali in materia di riordino delle attività di Medicina di Laboratorio condiviso con RL e la ATS di riferimento | TUTTE | <p>Nell'anno 2016, al fine di concentrare ulteriormente il piano di riordino aziendale dell'area dei laboratori di analisi, sono proseguite le attività di seguito descritte, in continuità con le precedenti annualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrazione dei Laboratori di Chimica Clinica aziendali sotto unica Direzione. - Completamento e ottimizzazione dell'integrazione informatica aziendale, propedeutica alla realizzazione delle azioni previste nel progetto. - Ottimizzazione del flusso del trasporto dei campioni biologici tra le 4 sedi ospedaliere. - Centralizzazione in unica sede delle diagnostiche multi parametriche specialistiche Autoimmunità e Allergologia e di 20 linee analitiche di tipologia P3. - Centralizzazione su 2 poli aziendali esame urine chimico-fisico e sedimento. - Con il supporto del Laboratorio Analisi è stata centralizzata a Legnano la residuale attività analitica trasfusionale; permane, sempre con il supporto del Laboratorio Analisi, la sola attività di donazione, in attesa di gestione autonoma da parte del Centro Trasfusionale. - Reingegnerizzazione area TLA (analitica e preanalitica) a supporto della centralizzazione; sono state implementate anche altre innovazioni tecnologiche, aperte a future centralizzazioni intra e interaziendali. - Avvio ridisegno unitario SGQ da integrare, nel 2017, con i requisiti della nuova norma ISO. - Le sedi di Abbiategrasso e di Cuggiono eseguono analisi di tipo P1 e pochi altri analisi di tipo P2 che possono essere processati, senza dispendio economico ed organizzativo sulla stessa strumentazione, con l'obiettivo di evitare campionamenti multipli. - L'assetto organizzativo attuale configura, per il Laboratorio Analisi attività h24 a Legnano e Magenta e h12 sui due poli di Abbiategrasso e Cuggiono, con avvio, dal 2° semestre 2016 di una Pronta Disponibilità integrata Magenta/Abbategrasso. <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |

| | | | |
|---|--|--------------|---|
| <p><u>PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI MEDICINALI</u></p> <p>INIBITORI DI POMPA PROTONICA</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Percentuale di pazienti in trattamento con IPP sul totale della popolazione Per i pazienti in trattamento con IPP si intendono soggetti con età superiore o uguale a 18 anni con la prescrizione di almeno una confezione di IPP in Nota 1 o 48 rapportati alla popolazione con età superiore o uguale a 18 anni. 2. Spesa pro-capite 3. N.DDD di IPP consumate in ospedale totale di soggetti dimessi **** <p>Nel 2016 corretta informazione da parte di ATS e ASST ai prescrittori sulle indicazioni di appropriatezza prescrittiva di cui alle note AIFA 1 e 48:</p> <p>Per ASST: invio di almeno una comunicazione ai prescrittori a firma della Direzione Strategica</p> | <p>TUTTE</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. La percentuale di pazienti in trattamento con IPP sul totale della popolazione è un parametro che può essere misurato sui consumi territoriali. 2. Parametro di competenza ATS. 3. Il valore complessivo in DDD calcolato sui consumi dell'anno 2016 (fonte consumi Khalix) è 347.171 mentre il dato delle SDO (fonte Controllo di Gestione) riferito ai primi 11 mesi è 38.847 che, stimato per 12 mesi è pari a 42.379. Il rapporto vale 8,19, già inferiore all'obiettivo 2017. <p>Predisposta comunicazione a firma della Direzione Sanitaria trasmessa a tutti i prescrittori interni e specialisti convenzionati. (Nota prot. 1379 del 28.12.2016)</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
|---|--|--------------|---|

| | | | |
|---|---|-------|---|
| PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI MEDICINALI STATINE | <p>Percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo</p> <p>OBIETTIVO</p> <p>-Nel 2016 corretta informazione da parte di ATS e ASST ai prescrittori sulle indicazioni di appropriatezza prescrittiva di cui alle note AIFA 13.</p> <p>Per ASST: invio di almeno una comunicazione ai prescrittori a firma della Direzione Strategica</p> | TUTTE | <p>La percentuale di molecole a brevetto scaduto sul totale del gruppo è un parametro che può essere misurato sui consumi territoriali.</p> <p>Predisposta comunicazione a firma della Direzione Sanitaria trasmessa a tutti i prescrittori interni e specialisti convenzionati. (Nota prot. 1379 del 28.12.2016)</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
|---|---|-------|---|

RENDICONTAZIONE INDICATORI OBIETTIVI STRATEGICI 2016 ASST

| ASST | | | |
|---------------------------------------|--|------------------|--|
| OBIETTIVI STRATEGICI | INDICATORI/ RISULTATI ATTESI | ASST INTERESSATE | RENDICONTAZIONE |
| Attuazione legge regionale n. 23/2015 | <p>1. Sottoscrizione della contrattazione integrativa aziendale entro il 31 dicembre 2016</p> | TUTTE | <p>L'Azienda ha predisposto le bozze dei Contratti Integrativi Aziendali per le due Aree della Dirigenza e del Comparto (quest'ultimo in collaborazione del SITRA) che, dopo valutazione da parte della Direzione Strategica verranno inviate alle OO.SS. e alla R.S.U. per la loro sottoscrizione.</p> <p>Come indicato dalla nota prot. G1.2016.0037687 del 06.12.2016 della Direzione Generale Welfare si è provveduto a sottoscrivere:</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - In data 20.12.2016 l'Accordo decentrato con la RSU e le OO.SS. del Comparto in tema di fondi provvisori anno 2016; cronoprogramma armonizzazione contrattuale anno 2017. - In data 22.12.2016 l'Accordo decentrato con le rappresentanze sindacali delle due Aree della Dirigenza in tema di: fondi contrattuali provvisori; cronoprogramma armonizzazione contrattuale anno 2017. <p>La documentazione è agli atti dell'Ufficio Relazioni Sindacali del Servizio Risorse Umane.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | <p>2. Predisposizione e avvio dei programmi di sviluppo per l'integrazione dei sistemi informativi aziendali e interaziendali</p> | <p>In attuazione della DGR X/4702 del 29/12/2015 sono state attuate tutte le attività previste nella Fase 1 dei Primi interventi sui Sistemi Informativi entro il 31.12.2015 relativamente ai Sistemi applicativi di area ospedaliera, del Protocollo Informatico, dei Servizi di comunicazione aziendale e dei Service Provider; inoltre sono state avviate e concluse le attività previste nella fase 2 (entro il 31.12.2016) relativamente all'applicazione del nuovo sistema di Codifica Unificata degli Enti e delle Strutture (CUDES) ai Flussi Informativi.</p> <p>In merito ai servizi di comunicazione digitale è stata fatta la sostituzione del sistema di posta elettronica e la relativa estensione a tutto il personale ex-ASL confluito in ASST. In ambito connettività è stata effettuata la migrazione delle sedi ex-ASL MI1 sulla rete ASST. Per quanto concerne la diffusione della ricetta elettronica/dematerializzata (progetto DEM) sono state messe in produzione le parti CUP-LIS ed AMB per il Centro Prelievi e per l'ambulatoriale. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | <p>3. Formalizzazione e trasmissione a Regione Lombardia dell'accordo in sede di Collegio dei Direttori sull'affermamento del personale dei servizi centrali (seconda fase)</p> | <p>In attuazione della DGR X/5114 del 29.4.2016 e sulla scorta del Protocollo d'Intesa sottoscritto in data 06.09.2016 tra questa ASST e l'ATS della Città Metropolitana di Milano, sono state promosse e perfezionate le procedure finalizzate alla individuazione del personale del Comparto in forza ai servizi amministrativi centralizzati provenienti dalla ex ASL MI 1 che ha manifestato interesse a trasferirsi presso l'ASST. La procedura, nei termini di cui alla "Fase 1" della citata DGR, ha consentito il reperimento delle 24 unità trasferende e l'esito è stato comunicato all'ATS della Città Metropolitana di Milano con nota 12.10.2016 – prot. n. 30041 per il seguito di competenza.</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | | <p>Successivamente la Direzione Generale Welfare con decreto nr. 14037 del 29.12.2016, ha provveduto ad assegnare alla ASST Ovest Milanese il personale dei servizi amministrativi centralizzati a far data del 01.01.2017.</p> <p>(Elenco del personale allegato al suindicato Decreto quale parte integrante e sostanziale). OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | 4. Definizione e trasmissione a Regione Lombardia del POAS entro i termini stabiliti | | <p>L'azienda ha adottato la proposta di Piano di Organizzazione Aziendale Strategico con provvedimento del Direttore Generale n. 321/2016 del 27.10.2016.</p> <p>Ha trasmesso entro il termine del 28.10.2016 (prot. n. G1.2016.0034092) tutta la documentazione richiesta dalle linee guida regionali e correlate indicazioni operative. OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | 5. Approvazione entro il 30 novembre 2016 del programma per l'attuazione della l.r. n. 23/2015 nell'area urbana di Milano | L'indicatore 5 solo per ASST di Milano) | NON APPLICABILE |
| | 6. Gestione in autonomia delle funzioni e delle strutture transitate a seguito del riassetto organizzativo | TUTTE | <p>Nell'ASST Ovest Milanese sono confluite dall'ex ASL:</p> <p>4 strutture complesse corrispondenti ai Distretti di Legnano, Magenta, Castano Primo, Abbiategrasso che gestiscono le seguenti funzioni: Scelta e Revoca, Rimborsi, Protesica, Distribuzione Diretta, Certificazioni medico-legali, Sportello Voucher, Servizio Fragilità, Servizio Assistenza Specialistica.</p> <p>Sono transitate altresì:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una struttura complessa per la funzione relativa alla di Medicina legale. • Una struttura semplice dipartimentale relativa alla funzione di Protezione giuridica <p>che in base ad accordi con l'ASST Rhodense svolgono parte dell'attività per conto di quest'ultima.</p> <p>La struttura della ex ASL con funzioni attinenti alle adozioni, trasferita presso l'ASST Rhodense, svolge parte dell'attività per conto dell'ASST Ovest Milanese.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>Altre unità di personale provenienti dall'ex ASL hanno implementato le attività dei servizi centrali.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | <p>7. Definizione delle nuove modalità di offerta vaccinale: realizzazione del modello organizzativo ATS/ASST, secondo le specifiche indicazioni regionali (decreto del 24 aprile 2016 n 3682)</p> | <p>Definite le modalità organizzative per l'offerta vaccinale tra ATS della Città Metropolitana di Milano e le ASST di riferimento comprendenti i territori delle ex aree di afferenza, tra cui questa Azienda, in linea con le specifiche indicazioni regionali. Il piano di riorganizzazione è stato formalizzato in data 21.11.2016 e trasmesso in Regione Lombardia con nota ATS della Città Metropolitana di Milano prot. n. 107092 del 01.12.2016.</p> <p>Con Decreto della Direzione Generale Welfare n. 14037 del 29.12.2016 ad oggetto "Attuazione della L.R. 23/2015: assegnazione alla ASST Ovest Milanese del personale dei servizi amministrativi centralizzati e del personale preposto all'attività erogativa delle vaccinazioni", Regione Lombardia ha provveduto ad assegnare il personale dedicato all'attività vaccinale a far data dal 01.01.2017.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | <p>8. Integrazione area sanitaria e socio sanitaria in ATS nei programmi di promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentale e nel raccordo ATS/ASST per garantire continuità alle attività nei Consultori e nei percorsi di presa in carico individuale su fattori di rischio MCNT</p> | <p>Partecipazione di due referenti ASST Ovest Milanese ai tavoli di lavoro organizzati da ATS della Città Metropolitana di Milano sulla programmazione, monitoraggio e verifica dell'attività promossa da ATS, svolta dagli operatori dei servizi (SERT, NOA, CONSULTORI) della ASST. Agli atti report di monitoraggio attività PIL, condivise tra ATS/ASST.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| | <p>9. Attuazione delle disposizioni organizzative ed operative previste</p> | <p>NON APPLICABILE</p> |

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------|---|
| | <p>dalla legge regionale 29 giugno 2016 n° 15 in materia di Sanità Pubblica Veterinaria e sicurezza alimenti di origine animale.</p> | | |
| | <p>REPORT (MAX 5 PAGINE) DAL QUALE EMERGANO LE 3 AZIONI PIÙ SIGNIFICATIVE MESSE IN CAMPO NELL'ATTUAZIONE DELLA RIFORMA E I RISULTATI RAGGIUNTI.</p> | | <p>Vedi allegato n. 2</p> |
| <p>Riordino Rete d'Offerta</p> | <p>1. Declinazione dell'integrazione tra l'ambito sanitario, sociosanitario e sociale con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Area delle dimissioni ospedaliere- cure intermedie/sub acute; • Area del sostegno alla domiciliarità (CREG- MMG- ADI); | <p>1) tutte le ASST</p> | <p>In relazione all'integrazione sociosanitaria, sanitaria e sociale sono state intraprese delle azioni che promuovono e migliorano il percorso del paziente fragile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cure intermedie: incontro di confronto fra ospedale, territorio, enti erogatori e MMG (11.05.2016) volto a migliorare l'invio e la presa in carico del paziente. - Inoltre questa azienda, con lo scopo di favorire l'integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali finalizzate alla Continuità di Cura, ha elaborato/revisionato un Protocollo sulle Dimissioni Protette. - Con deliberazione n. 255/16 del 23.08.2016 è stato approvato il progetto ambulatori CREG, mediante il quale è stato definito un volume di offerta aggiuntiva per le prestazioni ambulatoriali previste dai Piani di Assistenza Individuali (PAI) stabiliti dai MMG (Cooperativa GST). - Inoltre, al fine di favorire l'aggregazione, sviluppare l'integrazione e la comunicazione con gli specialisti ospedalieri per la gestione integrata dei pazienti cronici e fragili, questa ASST ha proposto incontri con i MMG per la condivisione di progettualità specifiche. - Avvio di gruppi di lavoro sul paziente con demenza e Alzheimer che coinvolge oltre ai servizi della ASST anche ATS della Città Metropolitana di Milano, gli Enti Erogatori e gli organismi del volontariato. |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Implementazione e valorizzazione dei POT; • Avvio dei Presst; • Individuazione delle UCCP tenendo conto delle AFT dei medici convenzionati e dei POT/PRESST <p>2. Applicazione dei requisiti del Decreto 02/04/2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera</p> <p>3. Implementazione della Rete Interaziendale Milano Materno-Infantile (R.I.M.M.I.)</p> | <p>2) tutte le ASST</p> <p>3) ASST della Città di Milano</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Nell'ambito della ASST Ovest Milanese è in attivazione un PRESST a Legnano, nella sede del "Vecchio ospedale", dove sono stati trasferiti i servizi e le attività territoriali della fragilità, protesica, scelta e revoca, a questi servizi saranno affiancati gli ambulatori già presenti e altri servizi per i cittadini di natura socio assistenziale, previsti nell'ambito della Cittadella delle Sussidiarietà, nell'ottica della presa in carico del paziente e della continuità assistenziale. - In avvio implementazione del POT di Cuggiono <p>L'ASST ha organizzato la propria rete di offerta ospedaliera e la rete dell'emergenza/urgenza in linea con i principi ispiratori della L 23/15 attraverso la previsione di due presidi ospedalieri unici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presidio unico ospedaliero di Legnano-Cuggiono costituito dagli stabilimenti Ospedale Civile di Legnano e Ospedale S.S. Benedetto e Geltrude di Cuggiono; - Presidio unico ospedaliero di Magenta-Abbiategrasso, costituito dagli stabilimenti Ospedale Fornaroli di Magenta e Ospedale Cantù di Abbiategrasso. <p>I quattro ospedali assicurano una piena integrazione con la rete territoriale per garantire, anche con metodiche di telemedicina, una corretta presa in carico dei pazienti cronici e una maggiore appropriatezza gestionale; allo stesso tempo si integrano con la rete dell'emergenza/urgenza territoriale. A tal proposito è stata attivata la telemedicina tra gli ospedali di Magenta, Abbiategrasso e Legnano per il trattamento del paziente con ictus. Per quanto concerne la rete dell'emergenza/urgenza, in linea con i volumi e con il bacino d'utenza previsti dal DM 70/15, l'organizzazione rispecchia il modello di hub and spoke che prevede un DEA di secondo livello a Legnano, con elisuperficie con prossima attivazione h24 e medicina d'urgenza e un DEA di primo livello a Magenta con osservazione breve intensiva. Per quanto riguarda gli ospedali di Abbiategrasso e Cuggiono vengono mantenuti punti di erogazione di prestazioni per urgenze mediche e chirurgiche per un arco di 12 ore giornaliere. Inoltre, il modello hub and spoke, in accordo con AREU, prevede il trasferimento dei pazienti da parte di AREU nella sede aziendale più idonea alla patologia e una stabilizzazione e successivo trasferimento dei pazienti auto presentatisi nelle sedi spoke affetti da patologia/sintomi che necessitino di maggiore assistenza. Per quanto riguarda la connotazione specialistica dei due presidi unici aziendali si prevede che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ospedale di Legnano, sede di DEA di II livello, assuma una connotazione a maggiore indirizzo traumatologico e chirurgico specialistico, con la presenza |
|--|---|--|--|

| | | | |
|-----------------|--|-------|---|
| | | | <p>delle alte specialità di neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale e chirurgia vascolare, mantenendo un ambito medico plurispecialistico ed interventistico in particolare per la gestione dell'ictus attraverso la Stroke unit; verrà sviluppata una completa presa in carico del paziente emato-oncologico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ospedale di Magenta, sede di DEA di I livello, incrementi la propria vocazione chirurgica e sviluppi ulteriormente gli ambiti di patologia medica plurispecialistica; verrà sviluppata una completa presa in carico del paziente emato-oncologico. Sarà polo di riferimento aziendale per la Rete Integrata Materno Infantile nella gestione clinico assistenziale dei due punti nascita nel percorso di accompagnamento della mamma e del bambino; in ambito diagnostico sarà sede unica aziendale della direzione del Laboratorio analisi e della Immunologia-ematologia e Centro Trasfusionale. <p>Negli ospedali connotati come "spoke" dei presidi unici aziendali si prevede che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ospedale di Cuggiono garantisca una corretta presa in carico di pazienti dell'area medica a forte impronta geriatrica integrata sia con l'ospedale di Legnano sia con il territorio di riferimento, sviluppando a livello aziendale un percorso di presa in carico del paziente cardiopatico e pneumopatico con attività mirata alla gestione del paziente che necessita di riabilitazione cardiotoracopolmonare; mantenga la competenza aziendale sulle Cure Palliative e terapia del dolore; oltre che sviluppare attività chirurgiche a bassa intensità e complessità, sempre in piena integrazione con l'ospedale di Legnano. - L'ospedale di Abbiategrasso garantisca una corretta presa in carico di pazienti dell'area medica in forte integrazione sia con l'ospedale di Magenta, sia con il territorio di riferimento; sviluppi a livello aziendale un percorso di presa in carico del paziente diabetico con attività mirata alla gestione del paziente affetto da patologia del "piede diabetico" in sinergia con l'alta specialità di chirurgia vascolare di Legnano; parimenti verranno sviluppate attività chirurgiche a bassa intensità e complessità ed un'attività di riabilitazione neuro-motoria, sempre in piena integrazione con l'ospedale di Magenta. <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |
| Tempi di Attesa | Implementazione di percorsi dedicati ai pazienti cronici con contestuale | TUTTE | Con deliberazione n. 255/16 del 23.08.2016 è stato approvato e attivato il progetto ambulatori CREG, mediante il quale è stato definito un volume di offerta aggiuntiva per le prestazioni ambulatoriali previste dai Piani di Assistenza Individuali (PAI) |

| | | | |
|--------------|--|---|--|
| | miglioramento dell'accessibilità per le patologie acute | | stabiliti dai MMG (Cooperativa GST), al fine di garantirne l'accesso nel rispetto dei tempi clinicamente indicati. OBIETTIVO RAGGIUNTO |
| Investimenti | <p>1) Attuazione interventi del VI atto integrativo con rispetto del cronoprogramma e dei costi</p> <p>2) Rispetto del cronoprogramma stabilito per la realizzazione dei Presidi Ospedalieri Territoriali</p> <p>3) //</p> <p>4) Rispetto del cronoprogramma dell'intervento di riqualificazione dell'ospedale San Gerardo</p> | <p>1) Le ASST inserite nel programma ex DGR 855/2013</p> <p>2) ASST Nord Milano, Bergamo Est, Garda, Franciacorta, Valtellina e Alto Lario, Melegnano e Martesana, Rhodense, Grande Ospedale Metropolitano Niguarda</p> | <p>In continuità con la DGR n. X/855 del 25.10.2013, sono proseguite le procedure per gli interventi di adeguamento strutturale ed impiantistico e messa a norma del Presidio Ospedaliero di Abbiategrasso. Tutti gli interventi si sono realizzati nel rispetto delle regole contenute nel provvedimento sopra richiamato. (Vedi allegato n.3)</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> |

| | | | |
|--|--|---------------------|--|
| | | 3) // | |
| | | 4) ASST di Monza | |