



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 7543

Seduta del 18/12/2017

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

DETERMINAZIONI RELATIVE AL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE:
PIATTAFORMA PRIMO

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Dirigente Luca Merlino

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 22 pagine

di cui 16 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

PREMESSO che la peculiarità del sistema sanitario lombardo, sostenuta dall'ulteriore sviluppo con la legge regionale 23/2015 che rende unico il nuovo modello sanitario sul panorama nazionale, necessita dello sviluppo di metodi di valutazione adeguati al modello stesso, anche rispetto ai temi dell'efficientamento, della qualità e dell'efficacia delle cure, attraverso la predisposizione di piani di miglioramento;

RICHIAMATA la d.g.r. n. X/2989 del 23/12/2014 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015*" che:

- al punto 2.3.6. "*Programma di miglioramento continuo*" fornisce le prime indicazioni per lo sviluppo del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione e per la stesura del piano di miglioramento (P.I.M.O.) (punto 2.3.6.1);
- al punto 2.3.6.2, per quanto riguarda le indicazioni per il Piano delle Performance (P.P.) di cui alla legge 150/2009 specifica "*che il P.P. verrà definito tenuto conto di quanto elaborato in sede di Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.); la necessaria integrazione tra questi due strumenti non deve duplicare gli sforzi delle amministrazioni nonché i dati e le informazioni già rendicontate al livello regionale; tuttavia si auspica la continua valorizzazione dello specifico organizzativo di ogni Azienda lombarda*";

RICHIAMATA la d.g.r. n. X/3652 del 05/06/2015 "*Determinazioni relative al <Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (PrIMO)>*" che approva tale Programma destinato a tutte le strutture del Sistema Sanitario lombardo al fine di:

- migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria;
- promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
- monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori;

DATO ATTO che nel documento "*Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione*" (di cui alla d.g.r. n. X/3652/2015) sono contenute le prime indicazioni per lo sviluppo del Programma Integrato di Miglioramento e che le stesse sono state implementate nella piattaforma PrIMO sviluppata all'interno del



Regione Lombardia

LA GIUNTA

Portale di Governo di Regione Lombardia;

RICHIAMATO il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”* che definisce, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera;

RICHIAMATO il Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016 *“Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici”* dove nell'allegato tecnico B *“Metodologia per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure”* sono descritte le indicazioni e i parametri di riferimento per la valutazione e le linee guida per la predisposizione dei piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208;

VISTA la legge regionale n. 23 dell'11/08/2015 che all'art 5 bis *“Osservatorio Epidemiologico Regionale”*, prevede, tra i compiti di cui ai punti d) e g), il controllo di qualità delle prestazioni sanitarie e il miglioramento degli interventi;

RICHIAMATA la d.g.r. n. X/4702 del 29.12.2015 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016”* laddove esplicita:

- per il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione: l'informatizzazione del Programma è realizzata attraverso una piattaforma integrata all'interno della quale si inseriscono: il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, le verifiche interne e l'audit, le valutazioni di performance, il monitoraggio dell'organizzazione attraverso indicatori e indicatori/obiettivi di tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale lombardo attraverso percorsi di sviluppo delle conoscenze del sistema;
- per i Piani di Miglioramento di efficienza delle ASST: la legge di stabilità prevede che le Regioni mettano in atto, rispetto alla loro rete di offerta di servizi ospedalieri, delle azioni di efficientamento e di miglioramento della qualità delle strutture individuando quelle critiche; le attività previste,



Regione Lombardia

LA GIUNTA

coordinate con il Ministero della Salute, proseguono sulla strada già intrapresa negli ultimi anni relativamente alla misurazione e valutazione delle performance nelle aziende sanitarie ed alla integrazione delle politiche volte a promuovere, monitorare e migliorare la qualità (Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione);

RICHIAMATA la d.g.r. n. X/5954 del 5.12.2016 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017*" che:

- al punto 13.2 "*Sviluppo Programma Miglioramento e piattaforma PRIMO*" - elenca le finalità di seguito riportate:
 - migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria;
 - promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
 - monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori;
 - potenziare i processi di presa in carico all'interno delle strutture di ricovero;
- ai punti 13.3, 13.4 e 13.5 "*Aree di sviluppo*" dettaglia i programmi sviluppati e gli indicatori per il monitoraggio interno/esterno e per la valutazione delle performance;

RITENUTO, in coerenza con quanto sopra esposto, di aggiornare il documento "*Programma Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione*" - allegato parte integrante del presente provvedimento - a completamento di quello approvato con d.g.r. n. X/3652/2015, per l'utilizzo della piattaforma PRIMO, la gestione delle aree in essa contenute e la valutazione delle attività integrate ai fini del miglioramento continuo;

RITENUTO, quindi:

- di stabilire che tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale l'utilizzano la piattaforma PRIMO per la gestione di:
 - mappa dei processi e dei rischi



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- > valutazioni/autovalutazioni e monitoraggio dei processi aziendali
- > piano integrato di miglioramento dell'organizzazione
- > obiettivi aziendali/rendicontazione degli obiettivi dei D.G. ASST, ATS, AREU
- > performance aziendali
- > audit clinico/organizzativo
- > quale unica modalità di trasmissione di documenti e report di monitoraggio, verifica e controllo;

VISTI i seguenti atti di programmazione regionale:

- *“Programma Regionale di Sviluppo della X legislatura”* - approvato con d.c.r. n. IX/56 del 28.9.2010;
- *“Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014”* - approvato con d.c.r. n. IX/88 del 17.11.2010 la cui validità è stata prorogata dalla d.g.r. n. X/2989 del 23.12.2014 fino all'approvazione di un nuovo Piano;

VAGLIATE ED ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1) di stabilire che tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale utilizzano la piattaforma PRIMO per la gestione di:

- mappa dei processi e dei rischi
- valutazioni/autovalutazioni e monitoraggio dei processi aziendali
- piano integrato di miglioramento dell'organizzazione
- obiettivi aziendali rendicontazione degli obiettivi dei D.G. ASST, ATS, AREU
- performance aziendali
- audit clinico/organizzativo

quale unica modalità di trasmissione di documenti e report di monitoraggio, verifica e controllo;



Regione Lombardia
LA GIUNTA

- 2) di approvare il documento *“Programma Integrato per il Miglioramento dell’Organizzazione”* - allegato parte integrante del presente provvedimento - a completamento di quello approvato con d.g.r. n. X/3652/2015, per l’utilizzo della piattaforma PRIMO, la gestione delle aree in essa contenute e la valutazione delle attività integrate ai fini del miglioramento continuo;
- 3) di pubblicare il presente provvedimento sul BURL.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Pr.I.M.O.

PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

Regione Lombardia con l'introduzione della piattaforma PrIMO - Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione - ha adottato uno strumento di governo del sistema sanitario, che si applica all'interno delle aziende di ricovero per attivare e monitorare i processi che generano attività e valore nelle strutture sanitarie quali la creazione di servizi, i percorsi organizzativi e i percorsi clinico-assistenziali. PrIMO integra la logica della visione economico-finanziaria per recuperare valore dalle attività sanitarie creando così un continuo processo di miglioramento sia nei processi interni sia per incrementare i livelli di soddisfazione degli utenti dei servizi sanitari.

Le indicazioni del presente documento permettono di utilizzare i dati presenti sulla piattaforma PrIMO per attivare e monitorare i processi clinico-organizzativi e le attività aziendali integrando le informazioni derivanti dai contenuti di tutte le diverse aree.

PrIMO è una piattaforma integrata attiva nel Portale di Governo regionale che sviluppa specifici percorsi di sviluppo della conoscenze del sistema e all'interno della quale si inseriscono

- il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione,
- le verifiche interne e le attività di audit,
- le valutazioni di performance,
- il monitoraggio dell'organizzazione attraverso indicatori,
- indicatori/obiettivi per tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale lombardo.

In continuità con quanto implementato nel documento - allegato tecnico - della dgr 3652/15, tale Programma è integrato e portato a completamento con l'implementazione delle aree: AUDIT, VALUTAZIONE e PERFORMANCE e l'integrazione dell'area MONITORAGGIO INTERNO con ulteriori set di indicatori.



SVILUPPO DEL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

In questa parte del documento sono descritte: l'operatività del gruppo di lavoro che ha implementato le attività per lo sviluppo del programma, la descrizione e lo scopo del lavoro, l'impostazione progettuale e metodologica, la sintesi delle attività svolte dal gruppo di lavoro regionale.

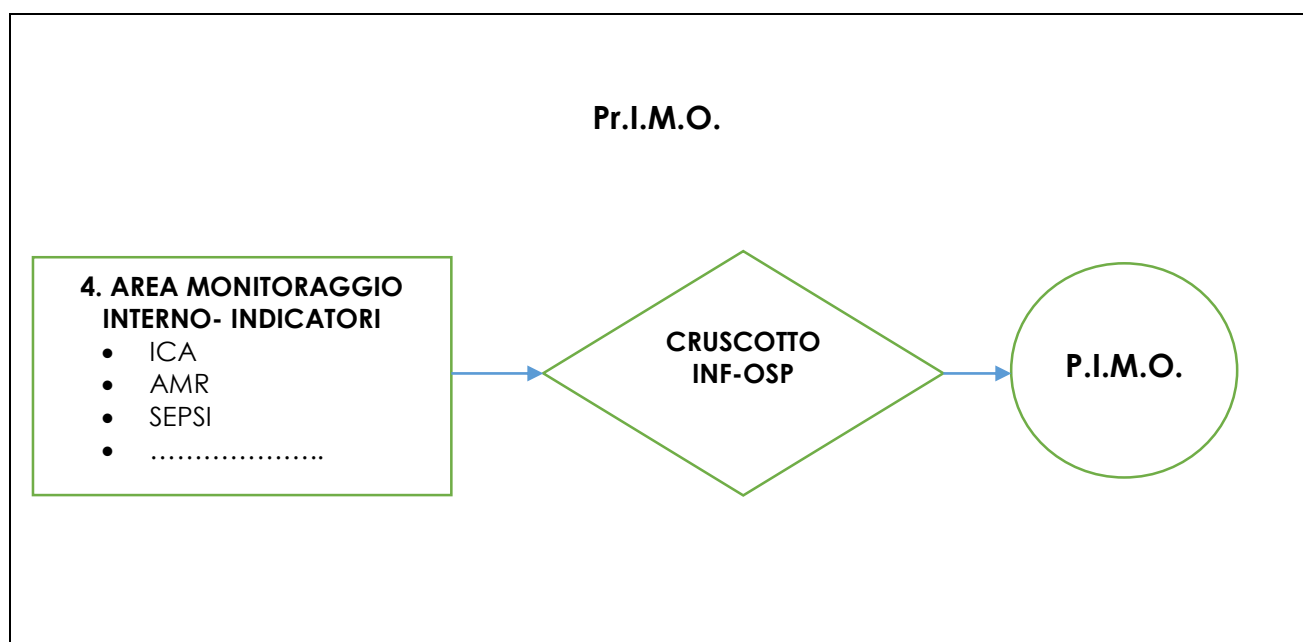
La DG Welfare ha costituito tre gruppi di lavoro che hanno lavorato su specifiche tematiche per integrare gli strumenti che erano già stati definiti nel PrIMO, di seguito descritti.

Il gruppo di lavoro regionale Pr.I.M.O. - GESTIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA – SEPSI ha programmato le attività con i seguenti obiettivi :

- individuare i processi e i percorsi di miglioramento per la gestione delle infezioni correlate all'assistenza e le sepsi;
- coordinare le attività svolte in tema di infezioni nosocomiali per adottare una serie di misure organizzative e gestionali per ridurre la probabilità di instaurarsi di situazioni a rischio e per monitorare il percorso del paziente;
- formulare indicatori utili allo sviluppo di un data set per le aree del miglioramento clinico ed organizzativo, l'analisi dei trend e l'evidenza dei miglioramenti ottenuti.

Il gruppo ha avviato un percorso di studio e analisi sulle tematiche in analogia con quanto indicato da Regione Lombardia, con le ricerche svolte da strutture selezionate e dai tavoli tecnici per intervenire con azioni di contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, alle sepsi e all'antimicrobicoresistenza.

Il gruppo di lavoro ha definito un **sistema di indicatori** disponibile sulla sezione **cruscotto INF-OSP** per monitorare i fenomeni e l'efficacia delle azioni intraprese inserite nel **PIMO** all'interno della piattaforma **PrIMO**.

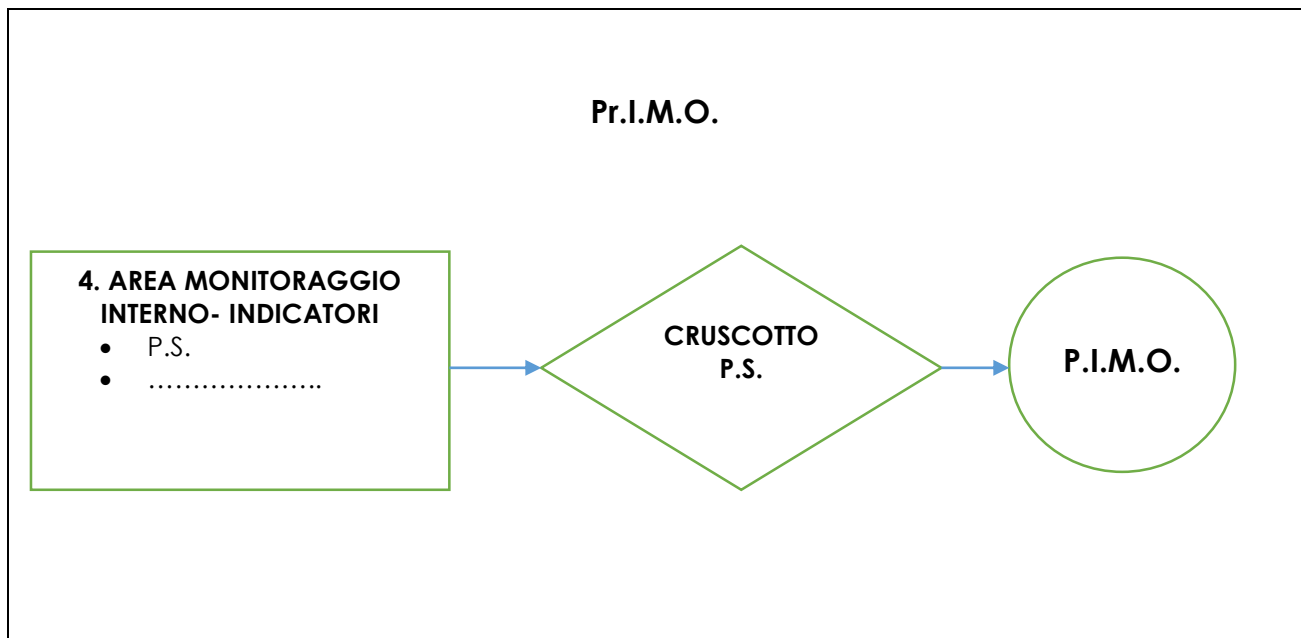


Le attività specifiche sono descritte in un documento tecnico/operativo che, con un successivo atto, sarà trasmesso a tutti i referenti aziendali coinvolti nella gestione di questo ambito.

Il gruppo di lavoro che ha progettato gli indicatori PS - PrIMO, all'interno del **Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) per la riorganizzazione dell'emergenza urgenza** ha programmato le attività con i seguenti obiettivi:

- individuare proposte di riorganizzazione della rete di emergenza urgenza e delle reti di patologia tempo-dipendenti;
- definire ed individuare indicatori di performance relative ai percorsi di Pronto Soccorso in particolare:
 - o analisi dei tempi d'attesa prima della presa in carico
 - o analisi dei tempi di permanenza
 - o analisi dei tempi di accesso
 - o analisi delle code

Il gruppo di lavoro ha definito un sistema di indicatori disponibile sulla sezione **cruscotto PS** per monitorare i tempi di intervento, garantire la tempestività, la correttezza e la qualità delle informazioni fornite per intervenire in tempi utili sulle criticità rilevate valutando opportuni interventi e le azioni di miglioramento nell'organizzazione del PS inserendole nel **PIMO** all'interno della piattaforma **PrIMO**



Le attività specifiche sono descritte in un documento tecnico/operativo che, con un atto successivo, sarà trasmesso a tutti i referenti aziendali coinvolti nella gestione di questo ambito.

Il **gruppo di lavoro regionale Pr.I.M.O. - Continuità di Cura** ha organizzato i lavori con le seguenti finalità:

- attivare percorsi di presa in carico che promuovano un processo di integrazione ospedale/territorio e tra le attività sanitarie e sociosanitarie,
- individuare processi e percorsi di miglioramento comuni a tutte le strutture di ricovero e cura,
- formulare indicatori utili allo sviluppo di un data set per le aree del miglioramento clinico ed organizzativo, l'analisi dei trend e l'evidenza dei miglioramenti ottenuti.

al tavolo di lavoro hanno partecipato, come richiesto dalla D.G.W., gli Assistenti Sociali dei Servizi Sociali Ospedalieri e, in assenza di queste figure, i responsabili aziendali delle direzioni.

Le attività sono state suddivise in due aree di intervento.

La prima denominata "**interventi del Servizio Sociale Professionale Ospedaliero nei confronti della fragilità**" con l'obiettivo di attivare modalità organizzative di presa in carico di persone in condizioni di cronicità e fragilità dando una risposta integrata per garantire la continuità di cura e quindi l'accesso alla rete dei servizi con appropriatezza delle prestazioni; la seconda "**intervento del Servizio Sociale Professionale Ospedaliero nello sviluppo del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione**" con l'obiettivo di integrare, progettando nuovi indicatori, l'area sociale negli standard della check-list di autovalutazione.

Al termine dei lavori dei due sottogruppi hanno elaborato:

1. l'edizione della nuova check-list di autovalutazione integrata con indicatori sociali per la presa in carico di persone in condizioni di cronicità e fragilità;
2. la predisposizione della scheda di valutazione sociale;
3. le prime linee guida per la presa in carico dei pazienti anziani fragili.

1. Check-list di autovalutazione

Sono state esaminate dal gruppo di lavoro le 11 Aree della check-list di autovalutazione individuate perché gli standard in esse contenuti potevano essere integrati considerando le sinergie del percorso assistenziale, visto come un macro-processo integrato tra cura e presa in carico ai diversi livelli della rete assistenziale tra territorio e ospedale, che corrisponde alla intera gestione della salute della persona.

Sono state rilevate le attività svolte nella prassi quotidiana di 19 Ospedali pubblici e privati ed analizzati i processi, le attività di valutazione sono state integrate nelle seguenti aree:

PVP – Percorso di Valutazione del Paziente

- definizione delle categorie di pazienti per i quali si rende necessaria una valutazione sociale di analisi dei bisogni che incidono sul percorso di cura

- confronto tra le procedure già in atto che consentono un precoce intervento sociale, attraverso sollecite modalità di segnalazione, da parte dei reparti, dei pazienti a rischio di fragilità sociale

CCC – Coordinamento e Continuità delle Cure

- Individuazione delle modalità più adeguate per comunicare trasversalmente con tutti i reparti/professionisti coinvolti nel percorso di cura.
- Analisi degli strumenti in uso (comunicazioni dirette tra operatori, tramite mail, Intranet aziendale, segnalazioni in cartella clinica)

DIM – Dimissioni

- Definizione di protocolli utili a coordinare gli interventi socio-sanitari per la continuità di cura post-dimissione
- Modalità di gestione del rapporto Ospedale-Famiglia / Ospedale-Servizi territoriali in funzione del contesto di riferimento del paziente

2. Predisposizione della scheda di valutazione del rischio sociale

Di seguito il modello proposto dal gruppo di lavoro Continuità di Cura per la valutazione dei pazienti a rischio sociale, complementare alle informazioni e ai dati raccolti durante la valutazione iniziale. La scheda deve essere compilata per segnalare al servizio sociale le situazioni che potrebbero essere a rischio di fragilità.

GRIGLIA DI RILEVAZIONE RISCHIO SOCIALE

Scopo dell'utilizzo della "GRIGLIA DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO SOCIALE" è favorire l'integrazione tra le prestazioni sanitarie e sociali, finalizzate alla Continuità di Cura. La GRIGLIA può essere utilizzata come strumento per attivare la richiesta di intervento del Servizio Sociale Professionale Ospedaliero.

PREMESSA

L'operatore sanitario della U.O. che effettua la valutazione iniziale del paziente che accede alla struttura può rilevare la necessità di approfondire aspetti sociali che potrebbero influire nel percorso di cura.

OBIETTIVO

Individuare le condizioni di "Rischio Sociale" per l'attivazione di interventi sociali.

MODALITA' OPERATIVA

1. SEGNALAZIONE AL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

L'operatore sanitario che individua possibili ostacoli di natura sociale nel percorso di cura della persona, segnala entro 72 ore dalla valutazione iniziale la necessità di una "Valutazione Sociale":

evidenziando almeno 2 Item presenti nella GRIGLIA DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO SOCIALE (rispettivamente 1 nell'area "GRADO DI AUTONOMIA" e 1 nell'area "SOSTEGNO FAMILIARE")

oppure indicando eventuali condizioni tutelate dalla legislazione vigente ("OBBLIGO DI LEGGE").

2. VALUTAZIONE SOCIALE

Il Servizio Sociale Professionale Ospedaliero (SSPO), ricevuta la segnalazione, valuta le condizioni di fragilità sociale e la necessità di presa in carico, dandone restituzione all'operatore/U.O. richiedente.

Per le persone prese in carico il SSPO avvia un programma di interventi, definisce le priorità per la sua attuazione e la possibilità di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari (territoriali o residenziali), restituendo l'esito alla U.O. coinvolta nel percorso di cura, attraverso le modalità operative aziendali.

Note per la compilazione

1 - GRADO DI AUTONOMIA

Vengono rilevate una o più situazioni che possono condizionare la gestione autonoma della vita quotidiana e/o del percorso di cura al domicilio.

2 - SOSTEGNO FAMILIARE / CAREGIVER

- Assenza totale del familiare/caregiver
- Familiare/caregiver in difficoltà
- Le persone che lo assistono non riescono a far fronte ai suoi bisogni socio-sanitari
- Abita da solo/a
- Presenza di condizioni cliniche/assistenziali da monitorare
- Incuria
- Condizioni igieniche personali considerate scadenti
- Non ha parenti diretti e/o persone di riferimento per la quotidianità

COGNOME NOME	
N° Cartella Clinica	
Reparto / UO	
Operatore	
Data	
GRIGLIA DI RILEVAZIONE	
RISCHIO SOCIALE	
1 - GRADO DI AUTONOMIA	
Persona non autosufficiente	
Scarsamente orientato spazio/tempo	
Ricoveri ripetuti	
Mancate terapie	
Dipendenze	
Tentato suicidio	
Altro	
2 - SOSTEGNO FAMILIARE / CAREGIVER	
Assenza totale familiare/caregiver	
Familiare/caregiver in difficoltà	
Abita da solo	
Senza fissa dimora	
Incuria	
Altro	
SEGNALARE AL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE	
Se in entrambi i punti 1 e 2 è presente almeno 1 item	
OBBLIGO DI LEGGE	
Neonato non riconosciuto	
Minore non accompagnato	
Puerpera infra-sedicenne	
Sospetto maltrattamento	
Sospetto abuso sessuale	
Ricevuto il	
Operatore SSP	

3. Prime linee guida per la presa in carico dei pazienti anziani fragili

E' stata avviata una analisi in merito alla definizione di "Fragilità", che ha consentito di costruire e condividere una traccia di riferimento dove, a partire da alcuni elementi normativi e relativi all'analisi di contesto con le seguenti modalità:

- sono stati inquadrati gli aspetti relativi ai paradigmi di riferimento ed alle teorie sul tema della fragilità;
- sono state raccolte ed analizzate le varie possibili definizioni e gli indicatori correlati ai concetti di salute, fragilità sociale e resilienza;
- sono stati mappati gli strumenti di valutazione, sempre con attenzione alla valutazione della fragilità sociale;

- sono stati esaminati i documenti relative alla buone prassi e vagliate alcune esperienze operative realizzate da partecipanti al sottogruppo appartenenti a contesti organizzativi nei quali il servizio sociale ospedaliero, per storia, collocazione e risorse a disposizione, ha potuto strutturare soluzioni e percorsi significativi .

Il lavoro effettuato ha consentito di costruire un patrimonio di conoscenza condivisa sul tema della fragilità intesa, dal punto di vista teorico, come disequilibrio bio-psico sociale, ma analizzata soprattutto con riferimento all'operatività professionale.

Successivamente il gruppo di lavoro ha ritenuto fondamentale ancorare alla raccolta di dati quantitativi ed elementi qualitativi, caratterizzanti le singole realtà organizzative, la prosecuzione dei lavori. E' stata predisposta una scheda di raccolta dati qualitativi e quantitativi della gestione del paziente anziano fragile negli ospedali lombardi. Lo strumento ha consentito di acquisire elementi di conoscenza rispetto alle varie strutture di ricovero ospedaliero. Alla luce dell'analisi dei dati raccolti e con particolare riferimento a:

- assenza di strumenti di rilevazione della fragilità sociale nelle strutture ospedaliere
- prevalenza dell'intervento del S.S.O. nei confronti di pazienti anziani

il gruppo ha ritenuto fondamentale lavorare alla individuazione degli ambiti di valutazione e dei possibili indicatori di riferimento da utilizzare nell'assessment dei pazienti anziani; il lavoro è sintetizzato nel documento **“Interventi del servizio sociale ospedaliero nei confronti di pazienti anziani fragili”** non inserito in questo allegato ma tenuto agli atti.

Oltre alla verifica dell'impatto che lo strumento di rilevazione del rischio sociale ha nei differenti contesti organizzativi, il sottogruppo proseguito l'intervento di uniformazione dei processi interni alle differenti organizzazioni condividendo le procedure relative ad alcuni ambiti per i quali la segnalazione al servizio sociale è obbligatoria (neonati non riconosciuti; puerpere infra sedicenni). Il gruppo, dopo aver preso in esame varie procedure, ha convenuto di definire le seguenti attività per sviluppare il percorso avviato:

- **uniformare**, senza omologare, **processi e procedure** inerenti l'intervento del Servizio Sociale Ospedaliero,
- **predisporre una Job Description** condivisa del ruolo professionale dell'assistente sociale in ospedale,
- condividere i **percorsi di dimissioni protette esistenti**,
- avviare **percorsi di ricerca intervento**, che consentano di formulare ipotesi di percorsi di continuità di cura **correlati a specifici ambiti di fragilità sociale**,
- **mappare e monitorare le modalità di raccordo tra ospedale e territorio** anche alla luce delle indicazioni normative relative all'istituzione della Rete RICCA.

La formulazione di un percorso condiviso a livello regionale, con contributi professionali specifici, consente di arricchire i percorsi di continuità di cura. Ù

Il gruppo di lavoro regionale per lo **sviluppo del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione** è composto dai responsabili aziendali della qualità degli enti ospedalieri regionali, è parte integrante delle attività di DGW per il miglioramento della qualità, con i seguenti obiettivi:

- sviluppo del Piano di Miglioramento aziendale;
- verifiche sui piani di Miglioramento aziendali attuati;
- indicazioni e valutazioni sui processi di autovalutazione attivati;
- visite di verifica in loco;

è coinvolto in tutte le fasi di realizzazione del contratto d'appalto con Ernst&Young per il "Servizio di supporto al Programma di Miglioramento della qualità delle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale, in favore della Regione Lombardia" operando in sinergia con la Direzione Generale Welfare per gli anni 2017 e 2018.

Le attività del gruppo di lavoro sono descritte nel presente allegato e in documenti tecnico/operativi che verranno trasmessi e presi in carico dagli Enti come regole di gestione dell'intero programma.

I gruppi di lavoro regionali sono stati formalmente costituiti come di seguito elencato:

1. **Gruppo di lavoro regionale P.I.M.O. - GESTIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA – SEPSI** con ddg N. 4618 del 05/06/2015
2. **Gruppo di lavoro regionale P.I.M.O. Continuità di Cura** con nota del D.G. Salute del 18.08.2015
3. **Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) per la riorganizzazione dell'emergenza urgenza** con nota n. 16795 del D.G. Salute
4. **Gruppo di lavoro regionale per lo sviluppo del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione** con ddg n. 4877 del 30 maggio 2016

FORMAZIONE

Sono stati predisposti incontri informativi, rivolti ai referenti aziendali del programma, in merito all'utilizzo della piattaforma Pr.I.M.O. con l'obiettivo di realizzare la gestione delle informazioni contenute nelle aree con modalità omogenee. In particolare sulle sezioni della Check-List di autovalutazione e del PIMO.

Durante gli incontri gli utenti hanno potuto:

- rivedere la modalità di accreditamento e accesso al portale regionale
- apprendere le caratteristiche principali delle funzioni del portale Pr.I.M.O., in particolare:
 - o Funzione HOME, pensata per la comunicazione delle News agli utenti e per la segnalazione di attività e scadenze
 - o Funzione Check-List di autovalutazione contenente normativa di riferimento e requisiti di accreditamento collegati con le domande e risposte della Check-list di autovalutazione

- Funzione PIMO contenente la rendicontazione dei piani di miglioramento in base alla frequenza dei monitoraggi previsti

Gli aggiornamenti sull'evoluzione del programma sono effettuati attraverso FAQ e bacheca della piattaforma.

SISTEMA INFORMATIVO PER LA RENDICONTAZIONE DEI DATI RELATIVI ALLE ATTIVITÀ Pr.I.M.O.

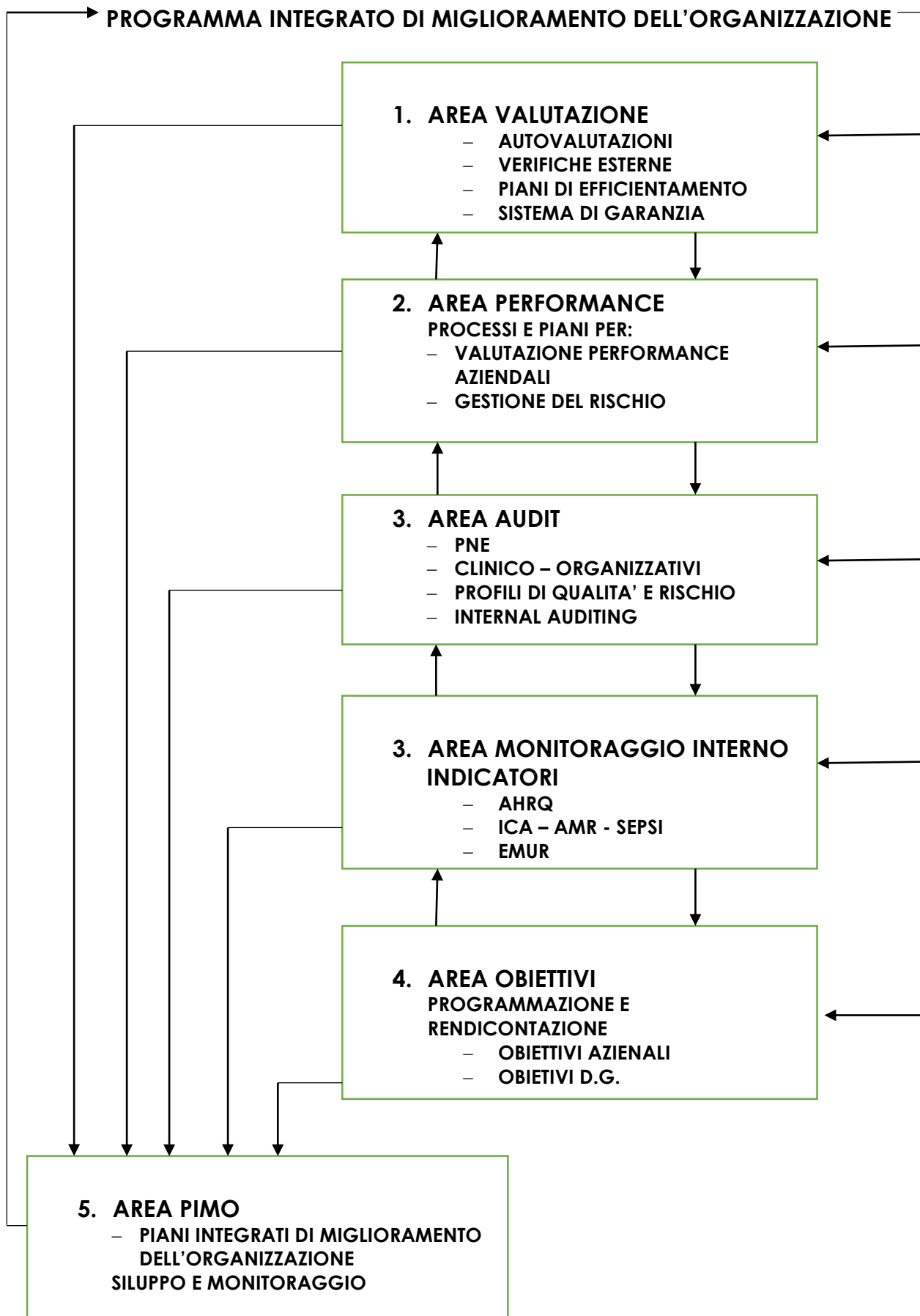
Le attività sviluppate nel triennio hanno consolidato l'architettura del programma PrIMO attribuendo per ogni area individuata i percorsi per la realizzazione degli argomenti contenuti nella stessa, di seguito descritti.

Il PrIMO è il programma che, attraverso l'utilizzo dell'omonima piattaforma, permette alle aziende di integrare e omogeneizzare i processi, di gestire le informazioni attraverso il sistema di indicatori di monitoraggio, di valutare le performance nei diversi ambiti dell'organizzazione, di individuare le azioni di miglioramento. La piattaforma permette la circolarità delle informazioni contenute in ogni area, valorizza le connessioni tra le stesse creando integrazione, gestisce la programmazione per assicurare il miglioramento continuo dell'organizzazione aziendale.



L'intero programma si configura come un processo decisionale, in fasi, comprende un insieme di relazioni che descrivono il funzionamento dell'organizzazione e come tende al miglioramento continuo in base alle sue potenzialità. I responsabili aziendali del PrIMO sono garanti della gestione dei processi, della integrazione tra le aree, della valutazione attraverso indicatori e della coerenza degli obiettivi per il miglioramento delle performance aziendali.

Ogni fase del programma concorre al ciclo di miglioramento e crea valore.



REGOLE PER L'UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA PRIMO

Per la gestione degli strumenti CHECK-LIST DI AUTOVALUTAZIONE/VALUTAZIONE, il PIMO, per le attività di AUDIT – clinico organizzativo e profili di qualità e rischio e per quelle legate alla Rendicontazione Obiettivi DG, sono state predisposte linee guida tecnico/operative per l'utilizzo della piattaforma PRIMO.

Le istruzioni operative, per ognuno degli strumenti citati (CHECK-LIST e PIANI) costituiscono un archivio informatico consegnato agli Enti. Tali istruzioni sono puntualmente e costantemente aggiornate per ogni evoluzione della piattaforma al fine di permettere a tutti gli operatori l'operatività sul programma.

Per garantire la circolarità e l'univocità delle informazioni gestite nel programma è importante sottolineare che:

- lo **strumento CHECK-LIST** contiene items strutturati forniti direttamente dal sistema, prevede la compilazione e la validazione dei dati inseriti;
- lo **strumento PIANO** contiene obiettivi e indicatori forniti direttamente dal sistema, prevede la valutazione e la compilazione di azioni di miglioramento.

PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE DESCRIZIONE DELLE AREE

1. AREA VALUTAZIONE

In questa area si integrano gli strumenti di verifica, check-list ed i piani che contengono gli obiettivi che riguardano prioritariamente la qualità dell'assistenza:

- **AUTOVALUTAZIONE/VERIFICHE ESTERNE – strumento CHECK-LIST**
Le check-list pubblicate sono strutturate come strumento unitario per rendere omogenea la modalità di valutazione di processi condivisi.
L'autovalutazione e le verifiche sono effettuate attraverso una check-list disponibile sulla piattaforma.
La compilazione della check-list di autovalutazione, una per ogni Ente/Presidio, è semestrale, caricata sulla piattaforma, validata dal Direttore Generale Aziendale.
La check-list per le verifiche esterne, una per ogni Ente/Presidio, è compilata dal valutatore esterno in tempi decisi e comunicati dalla DG Welfare, caricata sulla piattaforma, validata dal Direttore Generale Aziendale con la possibilità di inserire commenti contestualmente alla presa d'atto della verifica.

Le check-list sono archiviate e storicizzate nella piattaforma così come tutti i documenti allegati.

- **PIANI DI EFFICIENTAMENTO – strumento PIANO**

I piani pubblicati in questa area della piattaforma PRIMO, sono strutturati seguendo

le modalità indicate dalle normative – [**decreto 2 aprile 2015 , n. 70** del MINISTERO DELLA SALUTE “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera e **decreto 21 giugno 2016** del MINISTERO DELLA SALUTE “Piani di cui all’articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici] e articolati in obiettivi che riguardano prioritariamente la qualità dell’assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza.

In questi piani, per ogni azienda/istituto, sono inseriti gli ambiti e i parametri relativi alla qualità ed agli esiti delle cure così come individuati nell’allegato tecnico B – DM 21 giugno 2016 “Metodologia per l’individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure” – ed i relativi indicatori per la valutazione.

Questi indicatori, calcolati e inseriti nel Portale di RL, sono integrati nella piattaforma PRIMO per monitorare la qualità dell’assistenza e valutare, nel caso di scostamenti, il contestuale inserimento del piano di rientro.

- SISTEMI DI GARANZIA per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria - **strumento PIANO**

Quest’area della piattaforma contiene la valutazione delle dimensioni dei processi di erogazione attraverso un cruscotto di indicatori relativi ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) individuati in termini di prestazioni e servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto ad assicurare ai propri assistiti, coerentemente con le risorse programmate del SSN ed erogati in condizioni di appropriatezza, adeguato livello qualitativo ed efficienza.

Questi indicatori, calcolati e inseriti nel Portale di RL, sono integrati nella piattaforma PRIMO per monitorare la qualità dell’assistenza e valutare quali sono azioni di miglioramento da intraprendere, definirle e monitorarle. L’attività è gestione diretta della DGW.

2. AREA PERFORMANCE

- PERFORMANCE AZIENDALE - **strumento PIANO**

Il Piano della Performance è un documento di programmazione triennale adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio [Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150].

Nel piano pubblicato in questa area della piattaforma PRIMO, sono rappresentati gli indirizzi e gli obiettivi strategici/ operativi aziendali. Per ciascun obiettivo sono selezionati indicatori utili alla misurazione e alla valutazione della performance dell’amministrazione.

- **GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO - strumento PIANO**

Nel piano pubblicato in questa area della piattaforma PRIMO, descritte le analisi dei rischi e la loro gestione.

3. AREA AUDIT

- **AUDIT PNE – strumento CHECK-LIST**

Questa attività di audit è effettuata attraverso una specifica modalità che prevede la ri-valutazione delle attività delle prestazioni di ricovero attraverso la verifica, su un campione di cartelle cliniche selezionate, per ogni indicatore del Programma Nazionale Esiti.

La compilazione della check-list, strutturata per ogni Ente, è organizzata seguendo le indicazioni che annualmente AGENAS trasmette a Regione Lombardia. Nella piattaforma sono inseriti tutti gli indicatori di competenza per ogni singolo Ente, il verbale strutturato e i documenti adottati utili per la restituzione della verifica degli indicatori.

In presenza di scostamenti dai valori standard e/o di criticità l'obiettivo-azione di miglioramento individuato viene inserito nel PIMO.

- **AUDIT CLINICO-ORGANIZZATIVI – strumento CHECK-LIST**

Questa attività di audit è effettuata attraverso una check-list strutturata per ogni Ente seguendo le indicazioni di DGW. Nella piattaforma è inserita la check-list logistico organizzativa compilata con i dati dell'area auditata (strutturata per aree specialistiche), il verbale e i documenti utili per la valutazione, attraverso indicatori inseriti nel Portale di Governo Regionale.

In presenza di scostamenti dai valori soglia e criticità l'obiettivo-azione di miglioramento viene riportata nel PIMO.

- **AUDIT PROFILI DI QUALITA' E RISCHIO – strumento CHECK-LIST**

Questa attività di audit è effettuata per ambito clinico seguendo le indicazioni di DGW. Nella piattaforma sono inseriti: i dati clinici, attraverso indicatori inseriti nel Portale di Governo Regionale, le informazioni provenienti dall'area della gestione del rischio, i dati della customer, il verbale e i documenti utili per la valutazione.

In presenza di criticità l'obiettivo-azione di miglioramento viene riportata nel PIMO.

- **INTERNAL AUDIT – documenti**

Nella piattaforma PRIMO, con scadenza annuale, viene pubblicata la Pianificazione annuale dell'attività di audit trasmessa dal Responsabile IA (RIA) trasmetterà che dovrà essere eseguita nell'anno. Le attività di audit pianificate potranno altresì utilmente comprendere aspetti inerenti l'applicazione delle misure anticorruzione.

Semestralmente il RIA aziendale redige una relazione semestrale di monitoraggio delle attività di audit effettuate, ad integrazione di quanto pubblicato.

I documenti sono archiviati e storicizzati nella piattaforma.

4. AREA MONITORAGGIO INTERNO

- INDICATORI di monitoraggio interno fondamentali per creare circolarità nella valutazione e miglioramento continuo del sistema azienda. Attraverso il costante monitoraggio degli indicatori si sviluppano, attraverso il collegamento con le check-list inserite nel programma PrIMO, gli obiettivi e le relative azioni da inserire nel piano di miglioramento, PIMO.

L'autovalutazione e il piano di miglioramento hanno identificato la maggior parte delle aree e degli ambiti entro i quali sviluppare indicatori; le aree rappresentano dei macro contenitori all'interno dei quali ogni singola azienda focalizza i processi dell'organizzazione, crea, attraverso un sistema di audit interno una verifica di adeguamento ai requisiti che permettono il raggiungimento degli standard. Il sistema di monitoraggio interno permette di controllare tutte le aree e i processi aziendali ed individuare gli ambiti di miglioramento.

5. AREA OBIETTIVI

- RENDICONTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI ASST, ATS, AREU
- OBIETTIVI AZIENDALI

In questa area vengono registrati, annualmente, gli esiti della rendicontazione degli obiettivi dei DG e quelli aziendali seguendo le regole e le indicazioni riportate nelle delibere di riferimento.

6. AREA P.I.M.O.

- PIANO INTEGRATO di MIGLIORAMENTO dell'ORGANIZZAZIONE - **strumento PIANO**

Il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione è un atto aziendale che integra le funzioni aziendali e i diversi strumenti di pianificazione e programmazione. E' lo strumento di integrazione delle funzioni a livello aziendale che evidenzia le priorità e la sostenibilità del miglioramento, uniforma la raccolta degli elementi di misura.

Nella piattaforma il PIMO è strutturato in ambiti che rappresentano l'intera complessità dell'organizzazione aziendale e per ogni ambito sono individuati gli elementi di ingresso misurabili attraverso un set di indicatori, individuati dal sistema, che ogni azienda deve calcolare e monitorare. Per ogni elemento misurabile il piano prevede l'individuazione degli obiettivi di miglioramento e le relative azioni.

Il PIMO è disponibile sulla piattaforma, è alimentato con scadenza annuale e monitorato semestralmente.

I Piani di miglioramento sono archiviati e storicizzati nella piattaforma così come tutti i documenti allegati.