



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

Anno 2019

Redatto ai sensi dell'art. 10, comma 1 lett. b) del D.lgs. 150/2009 s.m.i.



Sommario

1. Presentazione	3
1.1 Mission e principali attività	3
1.2 Organizzazione	4
1.3 L'Azienda in cifre	5
1.3.1 Polo ospedaliero	5
1.3.2 Rete territoriale.....	10
2. Le strategie	12
2.1. Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio 2019.....	12
2.2 Collegamento con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	14
2.3 Programmazione economica finanziaria	16
2.3.1 Area Bilanci	16
2.3.2 Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci	19
2.3.3 Razionalizzazione ed efficientamento della spesa	20
2.3.4 Politiche del Personale	21
4. Il ciclo di gestione della performance – Anno 2019	23
4.1. Esiti valutazione performance organizzativa e individuale	23
4.2. Obiettivi Risorse Aggiuntive Regionali (RAR)	26
4.3. Monitoraggio da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni	29
5. Azioni di Miglioramento del Ciclo di gestione della Performance.....	31
5.1. Customer Satisfaction	31
5.2 Qualità dei processi e servizi erogati.....	32
5.3 Collegamento con il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO).....	33
6. Certificazione UNI EN ISO 9001:2015 – Processo di budget	33
7. Rendicontazione obiettivi Piano della Performance 2019 - 2021	1
8. Esiti PNE e Network - 2019	9
9. Obiettivi produttività comparto - 2019	12



1. Presentazione

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese (ASST) con sede legale in Legnano, Via Papa Giovanni Paolo II - 20025 Legnano - è stata costituita a partire dal 01.01.2016, con D.G.R. n. X/4476 del 10.12.2015, in attuazione della L.R. n. 23 del 11.08.2015 ad oggetto: "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)".

Le ASST come dispone l'art. 7 della L.R. 23/2015, sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica e concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, con risorse proprie, nella logica di presa in carico della persona.

Le ASST si articolano in due settori aziendali rispettivamente definiti polo ospedaliero e rete territoriale che afferiscono direttamente alla direzione generale.

L'ASST Ovest Milanese (di seguito denominata Azienda) eroga i servizi sanitari e sociosanitari attraverso un'articolata rete di Presidi Ospedalieri, strutture ambulatoriali, semiresidenziali e distrettuali, destinati a rispondere in prima istanza ai fabbisogni del territorio afferente agli ambiti distrettuali dell'ex ASL Milano 1 di: Legnano, Magenta, Castano Primo ed Abbiategrasso.

1.1 Mission e principali attività

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese contribuisce attivamente al perseguimento degli obiettivi del Servizio Socio-Sanitario lombardo attraverso l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari finalizzati alla tutela e alla promozione della salute fisica e mentale delle persone, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e gli eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione.

L'ASST eroga prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nelle strutture della rete ospedaliera e territoriale perseguendo l'equità dell'accesso all'assistenza e garantendo elevati livelli di qualità dei servizi per tutti i cittadini residenti. Nell'ambito della rete integrata di offerta, persegue standard di eccellenza anche attraverso l'utilizzo di tecniche e tecnologie sanitarie all'avanguardia, mantenendo una forte attenzione sugli esiti clinici dell'attività, sull'appropriatezza e sull'impiego sostenibile delle risorse economiche. L'umanizzazione delle cure e il rispetto della dignità della persona sono centrali nella definizione dei percorsi di cura e nella gestione delle relazioni tra professionisti dell'Azienda, pazienti e loro famiglie.

L'ASST si impegna a organizzare servizi e percorsi sanitari e socio-sanitari nell'ottica della presa in carico complessiva e continuativa della persona, in particolare nel caso dei soggetti portatori di patologie croniche, in condizioni di fragilità e delle loro famiglie. L'integrazione dei processi e dei servizi sanitari e socio-sanitari, della rete di offerta ospedaliera e territoriale, dell'attività sanitaria e amministrativa, dei professionisti in un'ottica multidisciplinare e multi professionale rappresenta il perno fondamentale su cui l'ASST costruisce i percorsi di cura dei pazienti e il coordinamento della presa in carico. L'ASST, inoltre, gestisce i percorsi e i



processi di tutela della salute in modo coordinato con i soggetti erogatori di diritto pubblico (ATS, altre ASST, Enti Locali, ecc.) e diritto privato (Aziende sanitarie e socio-sanitarie) e riconosce e valorizza il ruolo della famiglia, del volontariato, delle reti sociali e degli enti del terzo settore, nella logica della realizzazione dei principi di sussidiarietà orizzontale e della libera scelta del cittadino.

I professionisti dell'ASST sono impegnati in prima persona nel perseguimento della mission Aziendale, in quanto chiamati a contribuire all'organizzazione e alla gestione dei servizi secondo processi e percorsi innovativi e orientati al miglioramento continuo, oltre a garantire i migliori livelli di professionalità e l'assunzione di responsabilità connesse al proprio ruolo. A fronte di questo impegno, l'ASST vuole offrire ai propri professionisti un ambiente professionale capace di valorizzare le competenze e le capacità distintive, il benessere organizzativo e il riconoscimento del merito.

1.2 Organizzazione

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

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

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), è stato approvato da Regione Lombardia con DGR n. 6549 del 4 maggio 2017 ad oggetto "Determinazioni in ordine al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, c. 4 della Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009, come modificata con Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015 e s.m.i."

Con il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) è stato rivisto l'assetto organizzativo attuale al fine di renderlo funzionale agli indirizzi della legge di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo.

E' possibile visionare l'organigramma completo dell'Azienda al seguente link:

[www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparenteOrganizzazione – Organigramma.](http://www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparenteOrganizzazione-Organigramma)



1.3 L'Azienda in cifre

Personale

Alla data del 31/12/2019, l'Azienda conta n. 4126 dipendenti di area comparto e dirigenza.

1.3.1 Polo ospedaliero

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

L'Azienda è dotata di:

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

Per un totale di 1.371 posti letto, di cui per degenza ordinaria 1.301 e 70 posti letto di DH/DS, ai quali si aggiungono anche 391 posti tecnici (culle, macro attività ambulatoriale, letti per dialisi, subacuti, Hospice Cuggiono e posti in comunità psichiatriche).

Ospedali	Posti letto totali (ordinari + DH/DS)	Degenza ordinaria	DH/DS	Subacuti	MAC	BIC	Dialisi	Culle	Hospice Cuggiono	Posti in Comunità Psichiatriche
				Non rientranti nel numero posti letto totali in quanto posti tecnici/culle						
Legnano	550	530	20	8	38	14	21	20		79
Cuggiono	167	157	10	10	12	5	7	//	11	//
Magenta	453	425	28	//	32	8	12	30		56
Abbiategrosso	201	189	12	//	19	3	6	//		//
TOTALI	1371	1301	70	18	101	30	46	50	11	135



Nei **poliambulatori territoriali**, presenti a Parabiago e a Legnano (rimasto nell'area della vecchia sede ospedaliera), sono organizzate solo attività ambulatoriali che, per loro caratteristica, non necessitano di un elevato impegno assistenziale ma hanno elevato valore di servizio pubblico al cittadino. Le attività quantitativamente più rilevanti tra quelle svolte sono quelle di punti prelievo, odontoiatria, oftalmologia, oltre a diverse specializzazioni di area sia medica che chirurgica. Presso il poliambulatorio di Legnano, rimasto nell'area della vecchia sede ospedaliera, sono attivi un punto prelievi ed alcuni ambulatori specialistici.

Nell'ambito della **Salute Mentale**, l'Azienda è dotata di strutture territoriali, semiresidenziali e residenziali che ospitano le numerose e capillari attività di assistenza, supporto e recupero alla quale è dedicata una forte attenzione, essendo dotata di due degenze di psichiatria negli ospedali di Legnano e Magenta, e di una fitta rete residenziale, diurna ed ambulatoriale, che consente un soddisfacente legame dei servizi con il territorio.

Principali attività del Polo Ospedaliero

➤ Attività di Ricovero

L'attività di ricovero ha visto un trend di incremento di casistica di sempre maggiore complessità clinica e tecnologica che documenta un sempre più appropriato impiego dei ricoveri per acuti, anche in termini di setting di erogazione delle prestazioni, con l'obiettivo di promuovere ulteriormente l'appropriatezza e l'efficacia dei servizi.

A tal proposito, si registra infatti un aumento del peso medio dei DRG che passa da 1,181 del 2018 a 1,206 del 2019.

In termini di performance si osserva l'incremento a livello aziendale della complessità di casistica di ricoveri (peso medio DRG) rispetto all'anno precedente (ICM=1,03 anno 2019 e ICM=1,02 anno 2018), sostanzialmente in pari proporzione sia per DRG Chirurgico che per DRG Medico.

A conferma delle azioni di promozione dell'appropriatezza si osserva altresì, in lieve riduzione anche il dato di degenza media dell'anno corrente rispetto all'anno precedente, che passa da 7,2 gg a 7,1 gg con un indice comparativo di performance (ICP) di 0,99 per l'anno 2019 contro 1,02 del 2018.

Rispetto all'esercizio 2018, va considerato che per il 2019 l'attività di Cure Palliative Residenziali è stata rendicontata attraverso un nuovo sistema informativo (flusso Cure Palliative). Tale nuova modalità prevede una remunerazione a tariffa e non più a sistema DRG (flusso SDO).

Stabilimento Ospedaliero e regime di ricovero	Valore 2018	Valore 2019	N. Casi 2018	N. Casi 2019
LEGNANO				
Ricovero Ordinario	83.342.818	85.255.472	18.599	18.715
Day Hospital	2.409.180	2.756.590	1.996	2.202
Totale LEGNANO	85.751.998	88.012.062	20.595	20.917
CUGGIONO				



Ricovero Ordinario	6.904.305	5.278.443	1.908	1.474
Day Hospital	1.736.736	2.374.263	1.192	1.520
Cure Subacute	208.690	262.240	62	87
Totale CUGGIONO	8.849.731	7.914.946	3.162	3.081
MAGENTA				
Ricovero Ordinario	43.161.008	41.247.225	12.426	11.931
Day Hospital	1.995.132	1.750.362	1.638	1.469
Totale MAGENTA	45.156.140	42.997.587	14.064	13.400
ABBIATEGRASSO				
Ricovero Ordinario	6.401.112	7.524.498	1.796	1.878
Day Hospital	1.484.450	1.698.094	1.093	1.207
Totale ABBIATEGRASSO	7.885.562	9.222.592	2.889	3.085
TOTALE	147.643.431	148.147.187	40.710	40.483

Nella tabella seguente sono riportati i DRG per tipologia (chirurgico o medico):

Tipo DRG	N. Casi 2018	N. Casi 2019	% 2018	% 2019
Chirurgico	10.251	10.340	49,8%	49,4%
Medico	10.344	10.577	50,2%	50,6%
Totale LEGNANO	20.595	20.917		
Chirurgico	1.768	1.946	55,9%	63,2%
Medico	1.394	1.135	44,1%	36,8%
Totale CUGGIONO	3.162	3.081		
Chirurgico	5.403	5.010	38,4%	37,4%
Medico	8.661	8.390	61,6%	62,6%
Totale MAGENTA	14.064	13.400		
Chirurgico	1.512	1.671	52,3%	54,2%
Medico	1.377	1.414	47,7%	45,8%
Totale ABBIATEGRASSO	2.889	3.085		
TOTALE	40.710	40.483		

Mentre nella tabella che segue sono riportati i primi 10 DRG in base al loro valore economico dell'esercizio 2019:

DRG	Valore 2018	Valore 2019	N. Casi 2018	N. Casi 2019
104 Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	5.519.646	6.451.124	223	272



544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	4.627.246	4.713.844	483	496
127 Insufficienza cardiaca e shock	3.956.390	4.129.387	1.164	1.214
557 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	3.992.448	3.901.919	483	473
541 Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	3.378.874	3.816.169	52	58
373 Parto vaginale senza diagnosi complicanti	3.446.100	3.393.782	1.538	1.531
002 Craniotomia, età > 17 anni senza CC	2.341.367	2.785.065	195	230
576 Settlicemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	2.482.207	2.780.096	498	565
089 Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	2.330.936	2.431.390	633	672
014 Emorragia intracranica o infarto cerebrale	2.346.314	2.223.830	583	569

➤ Attività ambulatoriale

L'andamento generale dell'attività ambulatoriale risulta per l'anno 2019 migliorativa rispetto ai valori erogati nel 2018, con un incremento complessivo del 3,7% del valore della produzione .

L'analisi dei dati evidenzia una crescita che si concentra in modo rilevante sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale maggiormente critiche in ambito di governo dei tempi di attesa:

- SET 14 prestazioni di cui al progetto sperimentale per la riduzione delle liste di attesa ex DGR 1046/2019;
- SET 42 prestazioni maggiormente critiche in termini di tempi di attesa, comprensive delle 14 previste dal progetto, che sono oggetto di monitoraggio regionale mensile e registrano un incremento in termini generali del 3%, corrispondente a circa 7100 prestazioni aggiuntive rispetto al 31/12/2018.

Struttura erogatrice	Valore lordo 2018	Valore lordo 2019	Delta Valore	N. Prest. 2018	N. Prest. 2019	Delta Prest.
OSP. ABBIATEGRASSO	7.988.028	8.660.008	671.980	363.093	365.256	2.163
OSP. CUGGIONO	6.493.383	6.723.699	230.316	363.282	371.047	7.765
OSP. LEGNANO	35.100.325	36.290.760	1.190.435	1.924.717	1.969.095	44.378
OSP. MAGENTA	19.765.001	20.276.504	511.503	1.409.007	1.450.890	41.883
AMB. PARABIAGO	608.807	605.456	-3.351	119.582	119.063	-519
TOTALE	69.955.544	72.556.428	2.600.884	4.179.681	4.275.351	95.670

(Dati al netto della libera professione e solvenza)

➤ Attività di Pronto Soccorso

All'interno della rete di emergenza urgenza lo stabilimento di Legnano è stato riconosciuto da Regione Lombardia come DEA di II livello, mentre lo stabilimento di Magenta è sede di DEA di I livello; la ASST assicura un'offerta adeguata al territorio del distretto in ambedue i Presidi Ospedalieri presenti, Legnano/Cuggiono e Magenta/Abbiategrasso.



Stabilimenti Ospedalieri	Numero accessi in PS anno 2019
Ospedale Civile di Legnano	72.662
Ospedale Civile G. Fornaroli – Magenta	65.308
Ospedale Di Circolo C. Cantù – Abbiategrasso	13.813
Ospedale S.S. Benedetto e Geltrude di Cuggiono	10.440
Totale	162.223

Colore Triage	Accessi 2019
ROSSO	2.939
GIALLO	23.707
VERDE	114.953
BIANCO	20.624

Fasce orarie accesso	Accessi 2019
0-7	21.406
8-12	58.573
13-17	45.920
18-22	36.324

➤ Cure Palliative

Va specificato che nell'esercizio 2019, rispetto all'esercizio 2018, l'attività di Cure Palliative è stata rendicontata attraverso un nuovo sistema informativo (flusso Cure Palliative).

Tale nuova modalità di rendicontazione, che prevede una remunerazione a tariffa e non più a sistema DRG (flusso SDO), ha riguardato l'Hospice di Cuggiono, in quanto l'Hospice di Magenta ha sempre svolto le sue funzioni come Hospice territoriale.

Nella tabella sottostante il valore netto finanziato per l'esercizio 2019

Unità di offerta	Produzione
Cure palliative domiciliari	735.053,00
Hospice Cuggiono	1.161.336,00
Hospice Magenta	656.040,00
TOTALE	2.552.429,00



➤ Sub Acuti

Le prestazioni di ricovero per subacuti sono effettuate presso lo stabilimento ospedaliero di Cuggiono. Nell'anno 2019 si evidenzia sia un incremento nel numero dei ricoveri (passati da n. 62 del 2018 a n. 87 del 2019) che un aumento del valore economico (euro 208.690 nel 2018 ed euro 262.240 nel 2019).

1.3.2 Rete territoriale

La rete territoriale della ASST Ovest Milanese, secondo quanto disposto dalla L.R. n. 33/2009 e s.m.i. art. 7, comma 12, eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, le cure intermedie e garantisce le funzioni e prestazioni medico-legali.

La rete territoriale eroga, altresì, le prestazioni distrettuali che erano erogate dalla ex ASL Milano 1, ad eccezione di quelle ad oggi espressamente attribuite alla ATS (Agenzia di Tutela della Salute).

Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari, eventualmente delegate dalla ATS o dalle autonomie locali, in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse con modalità di presa in carico in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità.

La rete territoriale comprende gli ambiti degli ex distretti appartenenti all'ASL Milano 1 di:

- **Legnano** (copre un'area di circa 96.11 Km²) e comprende 11 Comuni: Busto Garolfo, Canegrate, Cerro Maggiore, Dairago, Legnano, Nerviano, Parabiago, Rescaldina, S. Giorgio su Legnano, S. Vittore Olona, Villa Cortese, con una popolazione residente al 1° gennaio 2018 di 188.681* abitanti.
- **Castano Primo** (copre un'area di circa 119 Km².) e comprende 11 Comuni: Arconate, Bernate Ticino, Buscate, Castano Primo, Cuggiono, Inveruno, Magnano, Nosate, Robecchetto con Induno, Turbigo, Vanzaghella, con una popolazione residente al 1° gennaio 2018 di 69.342* abitanti.
- **Magenta** (copre un'area di circa 137 Km²) comprende 13 Comuni: Arluno, Bareggio, Boffalora sopra Ticino, Casorezzo, Corbetta, Magenta, Marcallo con Casone, Mesero, Ossona, Robecco sul Naviglio, S. Stefano Ticino, Sedriano, Vittuone, con una popolazione residente al 1° gennaio 2018 di 128.884* abitanti.
- **Abbiategrasso**, (copre un'area di circa 207 Km²) e comprende 15 Comuni: Abbiategrasso, Albairate, Besate, Bubbiano, Calvignasco, Cisliano, Cassinetta di Lugagnano, Gaggiano, Gudo Visconti, Morimondo, Motta Visconti, Ozzero, Rosate, Vermezzo, Zelo Surrigone, con una popolazione residente al 1 gennaio 2018 di 82.796* abitanti.

**Dati ISTAT aggiornati al 1 gennaio 2018*

La rete socio sanitaria dell'ASST Ovest Milanese eroga i propri servizi sanitari e socio sanitari attraverso le seguenti strutture:

- n. 8 Consultori Familiari;



- n. 2 SerD;
- n. 2 NOA;
- n. 7 CDD;
- n. 2 Hospice.

Oltre alle attività indicate nella tabella di cui sopra, si riportano di seguito le ulteriori attività territoriali:

- cure primarie (collaborazione con ATS della Città Metropolitana di Milano per le attività di professionisti – MMG, PLS, continuità assistenziale-distrettuale);
- assistenza farmaceutica: gestione acquisti per gli assistiti domiciliari, gestione magazzino, distribuzione, ecc.;
- protesica e ausili: gestione acquisti per gli assistiti domiciliari, gestione magazzino, distribuzione, ecc., distrettuale;
- nutrizione artificiale domiciliare, ossigeno terapia domiciliare;
- ufficio scelta e revoca;
- area degli interventi alla famiglia;
- area delle dipendenze;
- area della promozione della salute;
- area della valutazione multidimensionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche: accertativa e valutativa (commissioni mediche per invalidità civile, handicap, disabilità, cecità, sordità, commissioni patenti, collegio medico per inabilità, etc.); certificativa (certificazioni per idoneità alla guida, porto d'armi, "pass" disabili, ecc); necroscopica.

Il trasferimento dei servizi territoriali dalla sede di Legnano - via Savonarola alla sede del vecchio ospedale cittadino, ha permesso di avviare l'attività che darà vita al PreSST di Legnano, già oggetto di un piano di lavori che vedrà la confluenza all'interno del perimetro entro cui era ubicato l'ex Ospedale di Legnano di attività sanitarie a basso contenuto assistenziale e clinico, attività socio assistenziali e attività di informazione e orientamento a favore di pazienti cronici e fragili e dei relativi servizi di supporto, il 15 dicembre 2018 ha preso avvio la sperimentazione del "Punto Unico" per i cittadini.

L'attività degli ambulatori vaccinali in tutte le sedi ambulatoriali dell'azienda è proseguita secondo le direttive di ATS. Inoltre, è proseguita la collaborazione con la pediatria ospedaliera per le vaccinazioni ai bambini in ambiente protetto e la sperimentazione per il progetto "Maternal Immunization" che coinvolge i consultori familiari, le ostetricie/ginecologie e la UOC Integrazione Percorsi Materno Infantili.

Nel corso del 2019 l'attività vaccinale erogata nelle quattro sedi principali e in quelle secondarie è stata oggetto di riorganizzazione sia in termini di implementazione dell'offerta vaccinale e sia in termini di sicurezza erogativa delle prestazioni. Le attività vaccinali programmate effettuate presso le sedi periferiche di Bareggio, Busto Garolfo e Castano Primo sono state conferite alle sedi principali.



Il miglioramento della pianificazione delle attività vaccinali ha consentito di raggiungere i tassi di copertura previsti negli obiettivi aziendali, in particolare la copertura di almeno il 95% della 1° dose MPR.

2. Le strategie

2.1. Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio 2019

Il contesto di sistema entro cui l'Azienda è stata chiamata ad operare nell'anno 2019 è stato determinato da quanto contenuto nella D.G.R. n. XI/1046 del 17.12.2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019", in cui vengono definite le aree di priorità e gli obiettivi da perseguire.

Le aree di priorità degli obiettivi sono da un lato gli interventi che migliorano l'accesso ai servizi, l'appropriatezza/efficacia degli interventi, la continuità delle cure e la presa in carico dei pazienti cronici, dall'altro gli interventi organizzativi e gestionali, capaci di integrare le attività delle aziende stesse per ottenere una diffusione delle buone pratiche dei diversi processi tecnico-professionali e amministrativi a livello di sistema.

In particolare, l'Azienda ha proseguito nell'implementazione degli obiettivi prioritari per il Sistema Socio Sanitario Regionale contenuti nel Programma regionale di sviluppo della XI Legislatura, adottato con D.C.R. n. XI/64 del 10.07.2018, rappresentati dal:

- Completamento del modello regionale di presa in carico della cronicità, che ha avviato la sua realizzazione iniziale nel 2018 con l'avvio della presa in carico dei pazienti.
- Riordino della rete secondo i criteri che considerino l'accessibilità ai servizi, la loro distribuzione sul territorio, la completezza e la qualità dell'offerta (L.R. 23/2015 e DM 70/2015)
- Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali attraverso l'attivazione di interventi mirati fra loro integrati.

Il contesto normativo e lo scenario di riferimento per la definizione del quadro di sistema e delle fonti di finanziamento per l'anno 2019 si è delineato facendo riferimento alla Legge n. 145 del 30.12.2018 ad oggetto "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021".

Presa in carico pazienti cronici

Nel corso del 2019 è proseguita la realizzazione della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili secondo quanto previsto dal nuovo modello di assistenza sociosanitaria introdotto con la LR 23/2015, la cui attuazione è stata pianificata da Regione Lombardia da ultimo con la DGR n. X/7655 del 28 dicembre 2017 "Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n. X/6551 del 04/05/2017", tenendo altresì conto della nuova ed ulteriore modalità di presa in carico da parte del MMG/PLS in forma singola, introdotta con la DGR n. XI/754 del 5/11/2018.

Rimane pertanto confermato il modello organizzativo avviato, nel quale l'ASST Ovest Milanese svolge il ruolo di Gestore, assicurando per ogni assistito un percorso individuale che prevede:



- l'accoglienza;
- la sottoscrizione del "Patto di Cura" e la raccolta dei consensi;
- la valutazione dei bisogni socio-sanitari-assistenziali;
- l'individuazione del Clinical Manager (medico di riferimento),
- l'individuazione del Case Manager (di norma Infermiere di riferimento o in alcuni casi Assistente Sociale di riferimento);
- la stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI);
- la programmazione e prenotazione di visite specialistiche e di esami ed ogni altra prestazione, la fornitura di ausili/presidi, l'attivazione di ammortizzatori sociali/familiari (es. invalidità, accompagnamento, esenzioni, ecc.);
- il monitoraggio proattivo dell'assistito, il raccordo con tutta la rete socio-sanitaria del territorio compresi i servizi sociali comunali.

Nel rispetto delle regole regionali di gestione del SSR 2019 (DGR 1046 del 17/12/2018) al termine del 2019, si è registrata la seguente situazione:

- n. 159 manifestazioni di interesse;
- n. 90 pazienti che non si presentano/non sottoscrivono patto di cura;
- n. 69 patti di cura sottoscritti;
- n. 57 piani assistenziali individuali (PAI).
- n. 148 PAI 2018 rinnovati.

In tale contesto l'ASST ha svolto anche il ruolo di erogatore a supporto sia dei Gestori in forma associata (es. cooperative di MMG) come già previsto dalla DGR 6551/2018, che dei MMG/PLS in forma singola secondo il nuovo modello introdotto con la DGR 754/2018.

A seguito della sottoscrizione dell'addendum contrattuale con il Gestore Cooperativa GST di Legnano, sono stati messi a disposizione gli slot delle prestazioni destinate ai pazienti arruolati dalla Cooperativa stessa ed è stato avviato il relativo processo di prenotazione mediante il sistema regionale GP++.

La sottoscrizione dell'addendum segue a quanto avviato da Regione Lombardia con la DGR 754/18 "Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ed approvazione del protocollo d'intesa tra l'Assessorato al Welfare e la Federazione regionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Lombardia", in base alla quale l'attenzione alla presa in carico del paziente cronico si sposta dalla medicina specialistica (ASST – ospedali) alla medicina territoriale (MMG – PDF). Tale prospettiva rende sempre più importante progettare forme di collaborazioni fra la ASST e i MMG/PDF attraverso l'offerta dei PreSST e dei POT, per la ricomposizione della domanda e facilitare l'accesso ai servizi dei cittadini. La presenza e l'integrazione tra l'attività dei Medici di Medicina Generale e le altre



attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, garantisce unitarietà ed equità nell'accesso al sistema del cittadino nonché una gestione efficace dei percorsi di presa in carico delle persone.

Per supportare e facilitare il percorso di arruolamento dei pazienti è stata inoltre rafforzata l'attività di comunicazione riferita all'attivazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e fragile mediante i sei punti di informazione già attivati nelle sedi aziendali, in aggiunta al numero telefonico ed all'indirizzo e-mail dedicati.

Le varie fasi del percorso di presa in carico sono gestite mediante la piattaforma informatica PHM di Dedalus, già sperimentata nel 2018, di cui si prevede l'ulteriore evoluzione e l'adeguamento in risposta alle esigenze informative e di tracciabilità dettate dai diversi ruoli di gestore ed erogatore che l'ASST è chiamata a svolgere. Il percorso di riforma regionale di PIC sarà ulteriormente qualificato in relazione allo sviluppo aziendale dell'area del "care" rivolta alla popolazione cronica e fragile/disabile.

Telemedicina

Per garantire una completa presa in carico dei pazienti cronici ed una maggiore appropriatezza gestionale, anche con metodiche di telemedicina, tutti gli ospedali assicurano una piena integrazione con la rete territoriale grazie a strumenti e tecnologie idonei a facilitare la continuità di interazione tra l'ospedale ed il territorio con il coinvolgimento di tutti gli attori (specialisti ospedalieri, MMG/PLS, pazienti e care giver).

Oltre all'implementazione del servizio di telemedicina domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave arruolati nel 2010 in via sperimentale e proseguito secondo i criteri e protocolli regionali, si prevede l'estensione del servizio di telesorveglianza per pazienti affetti da BPCO e diabete in esito alla procedura di aggiudicazione indetta dall'ASST.

2.2 Collegamento con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Le attività intraprese ed effettuate nell'anno 2019 in ordine alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, sono specificate nel documento di programmazione redatto secondo le disposizioni normative in materia e dei Piani Nazionali emanati dall'ANAC.

Tale documento è stato approvato con deliberazione n. 42 del 31/01/2020. Nel presente documento di programmazione, in attuazione della legge 190/2012, del d.lgs. n. 33/2013, e del Piano Nazionale Anticorruzione 2019 adottato da ANAC con Deliberazione n.1064 del 13/11/2019, sono stati specificati i compiti del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza ed indicate le misure organizzative da attuare al fine di prevenire il rischio di corruzione.

Il provvedimento ed il relativo piano sono stati pubblicati sul sito internet aziendale - in Area Trasparenza, sia nella sezione "Disposizioni Generali" che nella sezione "Altri contenuti-corruzione" e ne è stata data comunicazione a tutto il personale.



L'elenco totale dei processi mappati è contenuto nel "Registro dei Rischi" (Allegato alla deliberazione n. 42/2020).

Per ogni processo rilevato come potenzialmente a rischio sono state indicate le misure di prevenzione che sono state adottate nel corrente anno utili a ridurre il rischio con indicazione delle relative azioni, della tempistica e delle modalità di monitoraggio e controllo dell'efficacia.

In ottemperanza alle disposizioni definite dall'ANAC che prevedono la necessità di assicurare l'integrazione del ciclo delle performance con gli strumenti ed i processi relativi alla qualità dei servizi ed in generale alla prevenzione dell'anticorruzione, l'Azienda ha provveduto ad inserire negli strumenti del ciclo delle performance in qualità di obiettivi ed indicatori per la prevenzione anticorruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere nel Registro dei Rischi allegato tecnico al PTPC. In particolare nell'anno 2019 negli obiettivi di budget l'Azienda ha assegnato a tutte le strutture amministrative, un medesimo obiettivo strategico legato all'assolvimento delle disposizioni in materia di anticorruzione e trasparenza.

Entro la scadenza prevista dalla normativa nazionale (art.1, comma 14 L. 190/2012), il RPCT ha predisposto la relazione annuale sull'andamento del piano e degli istituti correlati. Il documento è stato pubblicato all'interno della sezione Amministrazione Trasparente, sotto-sezione Altri contenuti-Corruzione.

In ottemperanza a quanto disposto dalla delibera ANAC n. 141 del 27 febbraio 2019 "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2019 e attività di vigilanza dell'Autorità", nel corso del mese di marzo il RPCT ha effettuato, in collaborazione con i Responsabili aziendali competenti alla produzione/pubblicazione dei dati nell'apposita area web dedicata all'"Amministrazione Trasparente", un'attività preliminare con particolare riferimento alla completezza, all'aggiornamento e all'apertura del formato di ciascun documento dato e informazione oggetto della griglia di rilevazione prevista dalla succitata deliberazione ANAC.

In esito alla verifica effettuata, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ha proceduto, nella seduta del 11 aprile 2019, alla certificazione dell'assolvimento di specifici obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2019.

La griglia di rilevazione di sintesi, con evidenza delle criticità rilevate, e l'attestazione sono state pubblicate entro la scadenza prevista da ANAC (30 aprile 2019) - nell'apposita area web aziendale dedicata all'"Amministrazione Trasparente".

Non sono state irrogate sanzioni in materia di trasparenza ai sensi dell'art. 47 del d.lgs. n. 33/2013, in quanto non sono state rilevate inadempienze.

Inoltre in ottemperanza a quanto previsto dal Piano formativo 2019, è stato predisposto un corso FAD dal titolo "Prevenzione della Corruzione: La nuova disciplina sul Whistleblowing (ex L. 179/2017)" attivo sulla piattaforma aziendale dal 06/08/2019 al 31/12/2019. L'obiettivo del corso è quello di formare tutti i dipendenti sulle disposizioni normative di tutela degli autori che segnalano illeciti di cui siano venuti a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro.

I dipendenti iscritti al presente corso FAD sono stati n.4322 di cui n.3366 lo hanno completato (pari al 77,88% degli iscritti).



La documentazione del corso è stata redatta dal Responsabile Anticorruzione e Trasparenza dell'Azienda. Il prodotto formativo sia per il numero dei partecipanti che per la tematica rappresentata, ha riscontrato un buon gradimento.

Dall'esito dei questionari di gradimento si evidenzia infatti un buon apprezzamento dei partecipanti sia per la chiara esposizione dell'argomento che per la qualità del materiale didattico

Anche rispetto al tema del "Conflitto di interesse" è stata pubblicata a fine novembre sulla "Bacheca del dipendente, un contributo informativo di approfondimento sugli aspetti legati alla prevenzione delle situazioni in cui potrebbe configurarsi un conflitto di interessi e conseguentemente dare origine a fenomeni di corruzione.

2.3 Programmazione economica finanziaria

2.3.1 Area Bilanci

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, modificato dall'art. 3 comma 1, lettera b del Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n.74, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance deve avvenire in coerenza con gli obiettivi di bilancio indicati nei documenti programmatici di cui alla legge 31 dicembre 2009, n. 196, e di cui alla normativa economica e finanziaria applicabile alle regioni e agli enti locali e il loro conseguimento costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrative.

Pertanto l'obiettivo di bilancio di questa Azienda è quello di assicurare l'equilibrio economico finanziario, sia a livello di polo ospedaliero che di rete territoriale, sulla base delle risorse assegnate da Regione Lombardia.

Alla data di redazione del presente documento, il Bilancio d'esercizio 2019 è in fase di elaborazione.

Al fine di fornire comunque un indirizzo di tipo economico al documento relativo alle performance, si riportano di seguito i dati relativi al Conto Economico Trimestrale (CET) del IV trimestre 2019.

SK Polo Ospedaliero (valori in euro)

Cod.	Voce	2018	2019	
		<i>Budget al 4° trimestre 2019</i>	<i>Rendiconto al 4° trimestre 2019</i>	<i>Variazione</i>
		A	B	(B-A)
	RICAVI			
AOIR01	DRG	144.930.206	144.571.399	- 358.807
AOIR02	Funzioni non tariffate	28.339.552	28.339.552	-
AOIR03	Ambulatoriale	55.921.737	55.884.032	- 37.705
AOIR04	Neuropsichiatria	1.915.937	1.873.149	- 42.788
AOIR05	Screening	860.000	757.846	- 102.154



AOIR06	Entrate proprie	15.582.000	15.576.684	-	5.316
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	8.703.000	8.144.258	-	558.742
AOIR08	Psichiatria	8.702.235	8.504.268	-	197.967
AOIR09	File F	39.079.806	40.099.420		1.019.614
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	-	61.292		61.292
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	44.510.115	49.001.832		4.491.717
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	-	316.889		316.889
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	-	130.512		130.512
AOIR15	Prestazioni sanitarie	11.001.527	10.705.775	-	295.752
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	359.546.115	363.966.908		4.420.793
	COSTI				
AOIC01	Personale	184.592.431	186.080.448		1.488.017
AOIC02	IRAP personale dipendente	11.838.446	11.896.451		58.005
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	7.192.000	6.633.258	-	558.742
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	166.471.002	169.440.240		2.969.238
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	2.915.000	2.909.000	-	6.000
AOIC06	Altri costi	6.171.305	6.579.643		408.338
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	3.656.000	9.615.125		5.959.125
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	-	105.862		105.862
AOIC17	Integrativa e protesica	-	-		-
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	382.836.184	393.260.027		10.423.843
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	23.290.069	29.293.119		6.003.050



Risultato economico	-	-	-
---------------------	---	---	---

SK Rete Territoriale (valori in euro)

		Budget al 4° trimestre 2019	Rendiconto al 4° trimestre 2019	Variazione
		A	B	(B-A)
	RICAVI			
AOIR01	DRG	-	-	-
AOIR02	Funzioni non tariffate	-	-	-
AOIR03	Ambulatoriale	-	-	-
AOIR04	Neuropsichiatria	-	-	-
AOIR05	Screening	-	-	-
AOIR06	Entrate proprie	3.196.000	2.831.408	- 364.592
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	269.000	255.233	- 13.767
AOIR08	Psichiatria	-	-	-
AOIR09	File F	-	-	-
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	-	-	-
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	32.067.898	32.951.039	883.141
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	-	9.590	9.590
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	-	134.186	134.186
AOIR15	Prestazioni sanitarie	1.457.520	1.457.520	-
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	36.990.418	37.638.976	648.558
	COSTI			
AOIC01	Personale	16.092.814	16.005.256	- 87.558
AOIC02	IRAP personale dipendente	1.025.132	1.019.827	- 5.305



AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	227.000	221.828	-	5.172
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	13.535.000	13.664.646		129.646
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	39.000	39.000		-
AOIC06	Altri costi	265.000	251.143	-	13.857
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	27.000	473.288		446.288
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	-	5.898		5.898
AOIC17	Integrativa e protesica	5.779.472	5.958.090		178.618
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	36.990.418	37.638.976		648.558
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	-	-		-
	Risultato economico	-	-		-

2.3.2 Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci

Nel corso del 2019, si è ottemperato a quanto previsto dalle linee guida regionali riguardanti l'Area E) Rimanenze. Nel rispetto delle scadenze regionali previste per le singole aree, si è proceduto alla raccolta dei contributi delle strutture coinvolte nella stesura delle procedure previste e alla loro sistematizzazione.

Nello specifico, sono state adottate le procedure riguardanti l'area Rimanenze con deliberazione n. 161 del 30.05.2019 e loro invio in Regione corredate da check list in data 31 maggio (scadenza regionale 31.05.2019). Regione Lombardia ha provveduto ad aggiornare le Linee Guida relative all'Area G) disponibilità liquide e all'Area F) Crediti e Ricavi, primo invio in data 5 febbraio 2019 e aggiornate in data 18 aprile 2019 rev1. Per l'area G) è stata predisposta, inviata in Regione e caricata sul portale SCRIBA la proposta di procedura nel rispetto della scadenza regionale (30.06.2019) mentre per l'area F) crediti e ricavi si sta provvedendo alla raccolta dei contributi delle UOC coinvolte nella stesura e alla loro sistematizzazione (scadenza regionale 31.07.2019). Inoltre si è provveduto, come da richiesta di Regione Lombardia del 13.06.2019, all'invio di un prospetto contenente l'aggiornamento sullo stato di attuazione del percorso PAC (scadenza regionale 21.06.2019).

Con nota regionale del 24 giugno 2019 Regione Lombardia ha provveduto a trasmettere la prima versione delle linee guida relative l'area I) Debiti e costi. Per quanto riguarda le giornate di formazione previste in merito



all'area I) Debiti e costi, si è provveduto all'individuazione dei partecipanti e al caricamento nel portale SCRIBA del documento in data 13.06.2019 (scadenza regionale 15.06.2019) mentre per le aree F) e G) la scadenza regionale per l'individuazione dei partecipanti è il 31.07.2019.

Con nota regionale del 24 settembre 2019 Regione Lombardia ha trasmesso le linee guida aggiornate relative all'area I) Debiti e Costi rev1 al 18/07/2019.

Entro il 21 ottobre 2019 sono state adottate con delibera del Direttore Generale le procedure relative all'area F) Crediti e Ricavi e G) Disponibilità Liquide.

Per l'area I) Debiti e Costi, vista la complessità delle procedure, sono state definite due scadenze per la redazione della proposta di procedura, 5 novembre 2019 per le procedure da 6.1 a 6.5 relative agli acquisti e 20 novembre 2019 per le procedure da 6.6 a 6.10 relative al personale.

Sono state previste due giornate di formazione, 25 novembre 2019 per le procedure da 6.1 a 6.5 e 3 dicembre 2019 per le procedure da 6.6 a 6.10.

In applicazione alle disposizioni contenute nella nota regionale del 13 dicembre 2019 Regione Lombardia sono state adottate, con deliberazione n. 390 del 24 dicembre 2019 del Direttore Generale, le procedure relative all'area I) Debiti e Costi, inoltre è stata prodotta la Check List fornita dai competenti servizi regionali relativa all'area A) Requisiti Generali.

La suddetta documentazione è stata depositata sulla piattaforma SCRIBA nelle modalità previste dalla nota regionale nel rispetto della scadenza prevista.

2.3.3 Razionalizzazione ed efficientamento della spesa

In continuità con il l'esercizio precedente, l'Azienda, per rispondere all'esigenza di razionalizzazione della spesa sanitaria nell'aggregato dei Beni & Servizi, ha perseguito l'obiettivo di efficientamento ed appropriato uso dei fattori produttivi attraverso:

- L'adesione piena e puntuale al sistema di acquisti centralizzati (Arca S.p.a. e Consip S.p.a.);
- L'utilizzo dei benchmarking regionali per incrementare l'efficienza del singolo processo produttivo;
- La definizione degli obiettivi sui consumi dei fattori produttivi a maggiore impatto di spesa (in particolare per i dispositivi medici ad alto costo).

L'Azienda ha garantito il rispetto degli obiettivi economici per singole aree omogenee di spesa di B&S, così come di seguito definite:

- Area Dispositivi Medici;
- Area Farmaci Ospedalieri;
- Area Altri Beni e Servizi;
- Consulenze, collaborazioni, interinali e comandi.

Infatti, il valore riferito all'assestamento del bilancio di esercizio 2019 rispetta quanto indicato nell'ultimo Decreto di assegnazione.



2.3.4 Politiche del Personale

Fabbisogno del personale

Al riguardo, considerato che nel corso dell'anno 2018 si è avuto un numero di assunzioni superiori alle cessazioni di 51 unità (16 della dirigenza medica, 1 della dirigenza SPTA e 34 del comparto) e che il turnover complessivo è risultato pari al 114% per l'area del comparto ed al 116% per l'area della dirigenza, il rispetto del budget ha richiesto significative manovre di contrazione del turn over, in virtù delle quali, la consistenza di personale alla data del 31/12/2019 è risultata pari a complessive 4091 unità (**escluso il personale supplente**), di cui 3350 unità per il personale del comparto e 741 unità per quello delle dirigenze, in netto decremento rispetto al dato riferito alle tre aree contrattuali al 31/12/2018.

Il raffronto fra i dati del personale al 31.12 di ciascuna annualità è riportato come segue:

Macroprofilo	Area	31/12/18	31/12/19	diff
DIRIGENZA MEDICA	PERSONALE DIRIGENTE	662	659	-3
DIRIGENZA SANITARIA	PERSONALE DIRIGENTE	59	58	-1
DIRIGENZA PROFESSIONI SANITARIE	PERSONALE DIRIGENTE	1	2	1
DIRIGENZA PROFESSIONALE	PERSONALE DIRIGENTE	4	4	0
DIRIGENZA TECNICA	PERSONALE DIRIGENTE	1	1	0
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	PERSONALE DIRIGENTE	19	17	-2
	Totale personale dirigente	746	741	-5
PERSONALE INFERMIERISTICO	PERSONALE DEL COMPARTO	1.724	1.704	-20
PERSONALE TECNICO SANITARIO	PERSONALE DEL COMPARTO	223	224	1
PERSONALE VIGILANZA ISPEZIONE	PERSONALE DEL COMPARTO	17	16	-1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	PERSONALE DEL COMPARTO	167	166	-1
ASSISTENTI SOCIALI	PERSONALE DEL COMPARTO	37	38	1
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	PERSONALE DEL COMPARTO	269	257	-12
PERSONALE RUOLO TECNICO OTA-OSS	PERSONALE DEL COMPARTO	544	525	-19
AUSILIARI	PERSONALE DEL COMPARTO	40	39	-1
ASSISTENTI RELIGIOSI	PERSONALE DEL COMPARTO	3	3	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	PERSONALE DEL COMPARTO	387	378	-9
	Totale personale del comparto	3.411	3.350	-61
	Totali	4.157	4.091	-66

Inoltre, in linea con le più recenti disposizioni nazionali e regionali, l'espletamento di pubblici concorsi come pure l'utilizzo di graduatorie concorsuali di altri Enti del comparto, ha consentito di contrarre il ricorso ai rapporti di lavoro a tempo determinato a favore di quelli a tempo indeterminato.

Benessere organizzativo

Le amministrazioni pubbliche, come previsto dall'articolo 7 del Decreto Legislativo 30 marzo, n. 165 ad oggetto "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni", sono tenute a



garantire la parità e le pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro, così come un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo.

I temi delle pari opportunità sono affrontati a livello nazionale, in particolare il Ministro per la pubblica amministrazione e il sottosegretario delegato alle pari opportunità hanno emanato la Direttiva n. 2 del 26 giugno 2019 sulle "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche". Tale Direttiva prevede che, in ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive debba essere considerato come documento allegato al piano della performance.

L'Azienda, nel corso del 2019, ha organizzato due edizioni della serie "Conversazioni felici" sull'adolescenza a beneficio dei dipendenti nel loro ruolo genitoriale e un convegno dal titolo "Donne: salute e lavoro, uomini: salute e lavoro".

Nell'ambito del WHP, tutti gli anni l'Azienda aderisce alle iniziative di benessere organizzativo; nel 2019 le aree di interesse sono state le seguenti:

- Alimentazione e attività fisica
- Tabagismo
- Contrasto comportamenti addittivi (alcool, droghe, gioco d'azzardo)
- Screening
- Sicurezza stradale

Inoltre, fuori dal progetto WHP, è stato organizzato un corso in aula con role playing sul tema della violenza a danno degli operatori sanitari.

Per quanto riguarda il tema della violenza di genere, l'Azienda ha organizzato il convegno "Decidi tu - violenza di genere - il coraggio di vivere senza paura", rivolta a operatori sanitari e socio sanitari interni ed esterni.

Inoltre fa parte della Rete Ticino Olona Network, promossa e coordinata dai consultori aziendali a cui partecipano i Piani di zona di riferimento territoriale.

Infine l'Azienda ha in adozione uno specifico protocollo aziendale per la presa in carico della donna vittima di violenza domestica e sessuale.

Si segnala altresì che l'attuale Comitato Unico di Garanzia, costituito con atto deliberativo n. 152 del 24 maggio 2016, è in attesa di essere rinnovato.

Proprio nella logica della stretta connessione tra questi ambiti della performance e le attività aziendali, il NVP ha provveduto a strutturare dei colloqui per il confronto annuale con il CUG, al fine di mantenere uno stretto allineamento tra le attività proposte e il loro impatto sugli sfaccettati ambiti che vanno a costituire la performance organizzativa.



4. Il ciclo di gestione della performance – Anno 2019

Il processo di misurazione e valutazione della performance si concretizza nel ciclo di gestione della Performance ed è fondato sui seguenti elementi fondamentali: attori, indicatori, target, processo, ambiti di valutazione e criteri e scale di valutazione.

Nel corso del 2019 l'ASST ha attivato il ciclo di gestione della performance, in ottemperanza alle disposizioni di cui al D. Lgs. 150/2009, basato sul "Sistema di misurazione e valutazione della performance" che prevede lo sviluppo del processo di valutazione sui tre livelli (aziendale, organizzativo e individuale), secondo le fasi:

1. definizione degli obiettivi

a) obiettivi di interesse regionali in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019 declinati con delibera di Giunta Regionale n. XI/1046 del 12/12/2018;

b) obiettivi aziendali di interesse regionale su cui è misurata la **performance aziendale**, assegnati per il 2019 con delibera di Giunta Regionale n. XI/1681 del 27/05/2019;

c) obiettivi di budget assegnati ai Centri di Responsabilità su cui è misurata la **performance organizzativa**;

2. **monitoraggio** per verificare lo stato di attuazione degli obiettivi;

3. **misurazione e valutazione** della performance:

a) della performance aziendale da parte della Regione;

b) della performance organizzativa – Area dirigenza da parte del Nucleo di Valutazione;

c) della performance organizzativa – Area comparto da parte del Nucleo di Valutazione;

d) della performance individuale - Area dirigenza da parte dei valutatori;

e) della performance individuale - Area comparto da parte dei valutatori;

4.1. Esiti valutazione performance organizzativa e individuale

Esiti valutazione performance organizzativa area Dirigenza

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

% di raggiungimento \leq 50% Nessuna retribuzione di risultato;

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

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

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



All'interno delle singole strutture la suddivisione fra i singoli dirigenti del budget effettivo spettante a seguito della valutazione del Nucleo di Valutazione è stata operata tenuto conto delle seguenti variabili:

- Coefficiente di apporto
- Tipologia del rapporto di lavoro
- Numero di giornate lavorative utili in corso di anno – escluse le assenze per malattia, ivi comprese le gravi patologie, le aspettative a vario titolo e i congedi.

In caso di raggiungimento di almeno 6 mesi di giorni utili, verranno considerati validi ai fini della corresponsione del saldo della retribuzione di risultato anche le assenze per gravi patologie.

Nel 2019 sono state formulate n.77 schede di budget; il processo relativo agli esiti conclusivi degli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità è ancora in fase di valutazione, vista la situazione legata all'emergenza epidemiologica da COVID – 19.

Esiti valutazione performance individuale area Dirigenza

All'interno delle singole strutture la suddivisione fra i singoli Dirigenti del budget spettante, pari al budget teorico destinato alla performance individuale, è operata tenuto conto delle seguenti variabili definite dalla Preintesa con le Rappresentanze sindacali della Dirigenza del 02.10.2019:

- Coefficiente di apporto
- Coefficiente di valutazione
- Tipologia del rapporto
- Numero di giornate lavorative utili in corso di anno– escluse le assenze per malattia, ivi comprese le gravi patologie, le aspettative a vario titolo e i congedi.

Nel caso di attribuzione di un punteggio inferiore a 26 al dirigente interessato, non sarà attribuita la quota legata al raggiungimento della performance organizzativa.

Gli esiti di valutazione dell'apporto individuale sono, ad oggi, in fase di predisposizione stante la situazione legata all'emergenza epidemiologica da COVID – 19.

Esiti valutazione performance organizzativa area Comparto

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



Ai singoli dipendenti la quota da erogare è rapportata inoltre ai giorni lavorativi utili/365 (sono esclusi dai giorni lavorativi utili le aspettative non retribuite, le malattie - eccezion fatta per i primi 45 giorni nel corso dell'anno e per le gravi patologie-, i congedi a vario titolo).

In caso di raggiungimento di almeno 6 mesi di giorni utili, sono considerati validi ai fini della corresponsione del saldo della produttività anche i primi 45 giorni di malattia nel corso dell'anno, le gravi patologie ex art. 43 CCNL 21/05/2018 e il congedo di maternità o paternità (interdizione obbligatoria).

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

Nel 2019 tutto il comparto afferente alle Unità Operative/Servizi o altra articolazione organizzativa (Moduli funzionali) hanno raggiunto il punteggio massimo (= 100%).

Esiti valutazione performance individuale area Comparto

La quota della performance individuale è stata erogata in un'unica soluzione al termine del processo di valutazione da parte della UOC Gestione Risorse Umane.

Di seguito gli esiti conclusivi:

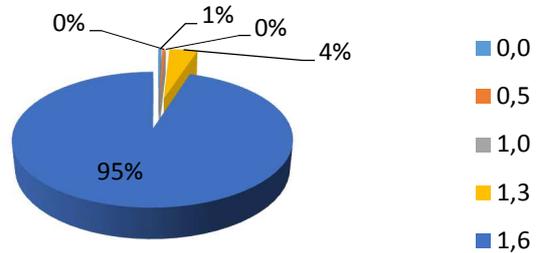
<p style="text-align: center;">Tabella parametri - comparto categoria A</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>n. dipendenti</th> <th>Parametro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0,0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1,0</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>1,3</td> </tr> <tr> <td>35</td> <td>1,6</td> </tr> </tbody> </table>	n. dipendenti	Parametro	0	0,0	2	0,5	1	1,0	8	1,3	35	1,6	<p style="text-align: center;">Esito valutazione individuale - comparto cat. A</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punteggio</th> <th>Percentuale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,0</td> <td>76%</td> </tr> <tr> <td>0,5</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>1,0</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>1,3</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>1,6</td> <td>18%</td> </tr> </tbody> </table>	Punteggio	Percentuale	0,0	76%	0,5	0%	1,0	4%	1,3	2%	1,6	18%
n. dipendenti	Parametro																								
0	0,0																								
2	0,5																								
1	1,0																								
8	1,3																								
35	1,6																								
Punteggio	Percentuale																								
0,0	76%																								
0,5	0%																								
1,0	4%																								
1,3	2%																								
1,6	18%																								
<p style="text-align: center;">Tabella parametri - comparto categoria B-Bs</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>n. dipendenti</th> <th>Parametro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6</td> <td>0,0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>1,0</td> </tr> <tr> <td>96</td> <td>1,3</td> </tr> <tr> <td>822</td> <td>1,6</td> </tr> </tbody> </table>	n. dipendenti	Parametro	6	0,0	3	0,5	12	1,0	96	1,3	822	1,6	<p style="text-align: center;">Esito valutazione individuale - comparto cat. B-Bs</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punteggio</th> <th>Percentuale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,0</td> <td>88%</td> </tr> <tr> <td>0,5</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>1,0</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>1,3</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>1,6</td> <td>10%</td> </tr> </tbody> </table>	Punteggio	Percentuale	0,0	88%	0,5	0%	1,0	1%	1,3	1%	1,6	10%
n. dipendenti	Parametro																								
6	0,0																								
3	0,5																								
12	1,0																								
96	1,3																								
822	1,6																								
Punteggio	Percentuale																								
0,0	88%																								
0,5	0%																								
1,0	1%																								
1,3	1%																								
1,6	10%																								



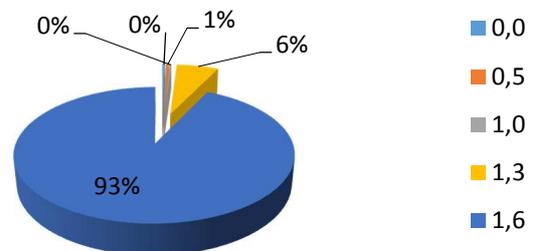
Tabella parametri - comparto categoria C		n. dipendenti	Parametro
		1	0,0
		1	0,5
		0	1,0
		9	1,3
		212	1,6

Tabella parametri - comparto categoria D-Ds		n. dipendenti	Parametro
		9	0,0
		10	0,5
		6	1,0
		136	1,3
		2114	1,6

Esito valutazione individuale - comparto cat. C



Esito valutazione individuale - comparto cat. D-Ds



4.2. Obiettivi Risorse Aggiuntive Regionali (RAR)

Nell'ambito delle Risorse Aggiuntive Regionali - Anno 2019, approvate dall'Ente Regione con DGR n. XI/1982 del 22.07.2019 - personale della Dirigenza Medica e Veterinaria e Dirigenza Professionale Sanitaria, Tecnica e Amministrativa - e con DGR n. XI/1727 del 10.06.2019 - personale dell'area del comparto - l'ASST Ovest Milanese riferendosi ai macro-obiettivi specificati nelle predette DGR, ha individuato e assegnato al personale dipendente specifici obiettivi.

I progetti Macro obiettivo n. 4 e n. 6 sono stati presentati e realizzati come di seguito riportato:

Finalità

Le finalità perseguite sono:

- Per il progetto Macro obiettivo n. 4: incrementare il livello di sicurezza relativamente alle terapie farmacologiche, sia in ospedale che sul territorio, attraverso maggiore diffusione e informazione agli operatori sanitari delle indicazioni contenute nelle Raccomandazioni ministeriali in materia, in particolare la n. 17 e la n.18;



- Per il progetto Macro obiettivo n. 6: promuovere maggiori livelli di consapevolezza rispetto ai dati di propria competenza oggetto di pubblicazione e aggiornamento sulla sezione “Amministrazione trasparente”.

Modalità di fruizioni e cronoprogramma

Al fine di dar seguito a quanto previsto dalle sopra richiamate DGR, la Direzione, per l’anno 2019, ha previsto un forte coinvolgimento dei Direttori/Responsabili/Coordinatori, i quali hanno perseguito le predette finalità attraverso n. 2 progetti che hanno previsto le azioni riportate nella seguente tabella:

Progetto Macro obiettivo n. 4			
Azione		Area comparto	Aree dirigenziali
		Scadenza	Scadenza
I Step	Partecipazione ad attività informativa rivolta a tutto il personale mediante la distribuzione di materiale informativo (trasmissione via mail)	30.06.2019	02.09.2019
I Step	Somministrazione e compilazione da tutto il personale del questionario informativo/formativo	25.09.2019	11.10.2019
II Step	Partecipazione a riunioni di équipe/struttura con registrazione delle presenze attraverso le firme dei partecipanti ed evidenza nei verbali di individuazione di criticità nell’applicazione e relative azioni di miglioramento.	31.12.2019	31.12.2019

Progetto Macro obiettivo n. 6			
Azione		Area comparto	Aree dirigenziali
		Scadenza	Scadenza
I Step	Partecipazione ad attività informativa rivolta a tutto il personale mediante la distribuzione di materiale informativo sulla tenuta del sito web istituzionale via mail (trasmissione via mail)	30.06.2019	02.09.2019
I Step	Somministrazione e compilazione da tutto il personale del questionario informativo/formativo	25.09.2019	11.10.2019



II Step	Partecipazione a riunioni di équipe/struttura con registrazione delle presenze attraverso le firme dei partecipanti ed evidenza nei verbali di individuazione di criticità nell'applicazione e relative azioni di miglioramento.	31.12.2019	31.12.2019
II Step	Supporto al dirigente per la preparazione dei documenti propedeutici alla implementazione e tenuta del sito web istituzionale "Amministrazione trasparente" nella sezione dati ulteriori per ciascuna unità operativa	31.12.2019	//
II Step	Predisposizione d'intesa con il Dirigente responsabile dei documenti propedeutici alla implementazione e tenuta del sito web istituzionale "Amministrazione trasparente" nella sezione dati ulteriori per ciascuna unità operativa	//	31.12.2019

In sede di contrattazione decentrata, avvenuta per le due Aree Dirigenziali in data 01.08.2019 e per il personale del Comparto in data 14.06.2019, si sono concordati i seguenti criteri di distribuzione:

Grado di apporto individuale

I Step

- 1) Partecipazione all'attività informativa, compilazione e restituzione del questionario= erogazione 40% quota RAR spettante;
- 2) NON partecipazione all'attività informativa, compilazione e restituzione del questionario = NON erogazione quota 40% RAR spettante e NON partecipazione al II step

II Step

- 3) Partecipazione a riunioni di équipe/struttura con sottoscrizione dei verbali= erogazione 60% quota RAR spettante
- 4) NON partecipazione a riunioni di équipe/struttura con sottoscrizione dei verbali= NON erogazione quota 60% RAR spettante e saldo negativo nel caso in cui il dipendente abbia partecipato e superato il I step.

Nella tabella sottostante si riportano i dati di sintesi:

<u>DIRIGENZA MEDICA</u>
TOTALE DIPENDENTI CON % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO = 0: n. 59
TOTALE DIPENDENTI CON % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO = 100: n. 607
<u>DIRIGENZA S.P.T.A.</u>
TOTALE DIPENDENTI CON % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO = 0: n. 4



TOTALE DIPENDENTI CON % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO = 100: n. 79
<u>COMPARTO</u>
TOTALE DIPENDENTI CON % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO = o: n. 88
TOTALE DIPENDENTI CON % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO = 100: n. 3371

4.3. Monitoraggio da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, secondo quanto stabilito dal regolamento di funzionamento approvato con provvedimento aziendale n. 388 del 29/12/2016, ha il compito di verificare i risultati raggiunti dalle singole articolazioni organizzative e dall'Azienda nel suo complesso al riguardo alla qualità ed alla quantità dei servizi erogati, alla economicità ed all'efficacia delle gestione.

Nell'anno 2019, le attività di verifica e di monitoraggio da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, si sono svolte nelle seguenti date:

SEDUTA	ORDINE DEL GIORNO
10 Gennaio 2019	Obiettivi comparto 2018 – verifica andamento obiettivi IV trimestre 2018.
21 febbraio 2019	Obiettivi specialisti ambulatoriali anno 2018: attestazione conclusione progetti; Progetti RAR Comparto-Dirigenza anno 2018: attestazione conclusione progetti; Sistema misurazione della Performance.
11 aprile 2019	Obiettivi comparto 2019 - stato avanzamento I trimestre 2019; Attestazione assolvimento obblighi di pubblicazione ex D.lgs. n. 33/2013.
27 maggio 2019	Saldo retribuzione di risultato dirigenza anno 2018.
25 giugno 2019	Validazione progetti RAR comparto 2019; Validazione Relazione sulla Performance anno 2018.
12 luglio 2019	Obiettivi area comparto anno 2019 – stato avanzamento II Trimestre 2019.
9 ottobre 2019	Obiettivi comparto 2019 - stato avanzamento terzo trimestre 2019; Primo stato avanzamento RAR comparto 2019; Progetti RAR dirigenza 2019; Rinegoziazione di obiettivi/indicatori obiettivi dirigenza anno 2019.
11 novembre 2019	Obiettivi retribuzione di risultato dirigenza – stato avanzamento I semestre 2019; Primo stato avanzamento RAR dirigenza 2019.
16 dicembre 2019	Incontro congiunto con il Collegio Sindacale ai sensi del Regolamento aziendale adottato con deliberazione n. 388/16; Obiettivi retribuzione di risultato dirigenza: valutazione e validazione degli obiettivi in sospenso.



Si specifica che i verbali relativi alle sedute sopra richiamate sono pubblicate nel sito web istituzionale, nell'area Amministrazione Trasparente, sezione controlli e rilievi sull'amministrazione.

Si sottolinea altresì che il NVP ha provveduto ad adeguati allineamenti con il Collegio Sindacale aziendale, per confronto diretto sui punti di reciproco interesse.



5. Azioni di Miglioramento del Ciclo di gestione della Performance

L'obiettivo dell'implementazione del ciclo delle performance e del relativo sistema di misurazione e valutazione è quello di innescare un processo di miglioramento della performance dell'Azienda a livello organizzativo ed individuale.

Nello specifico, nel corso dell'anno 2019 si è cercato di dare una maggiore tracciabilità di tutte le differenti attività che riguardano il ciclo di gestione della performance, andando a creare una formalizzazione e con una certificazione non solo dei nodi componenti il ciclo ma dei principali attori, così da poter presentare il tutto in un documento trasparente e chiarificatore.

Laddove dovessero emergere ulteriori necessità, sono previste possibili variazioni, anche sulla scorta degli eventuali riscontri ricevuti da parte del NVP oppure di tutti gli attori che sono coinvolti all'interno dello stesso.

5.1. Customer Satisfaction

La normativa vigente prevede che i cittadini, anche in forma associata, partecipino al processo di misurazione delle performance organizzative attraverso la comunicazione del proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati. Tale soddisfazione viene rilevata attraverso il monitoraggio delle segnalazioni, reclami, osservazioni e suggerimenti degli utenti, nonché attraverso indagini di Customer Satisfaction ad hoc.

Nel 2019 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda, ha ricevuto n. 250 segnalazioni/reclami e n. 126 encomi.

Inoltre, la rilevazione della soddisfazione degli utenti viene effettuata per le prestazioni di natura ambulatoriale e per le degenze (Customer Satisfaction) mediante la somministrazione di questionari, volti a rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza. A tal fine, nel corso del 2019, è stata predisposta e pubblicata sul sito aziendale la nuova procedura aziendale "Istruzione Operativa Aziendale Gestione Questionari Customer Satisfaction" - Mod. IAP66.

I dati di riepilogo dei questionari relativi ad ogni singola Unità Operativa, vengono inseriti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico in una scheda riassuntiva che viene inviata ad ogni singolo Responsabile di struttura con l'obiettivo che i dati di sintesi ricevuti, siano da utilizzare come spunti di miglioramento per la propria attività.

I dati dei questionari raccolti, come da indicazione regionale, sono stati puntualmente trasmessi in Regione Lombardia attraverso la piattaforma SMAF.



5.2 Qualità dei processi e servizi erogati

Nel corso dell'anno 2019 è stato implementato un Piano di Miglioramento Aziendale (sulla base dell'articolo 3 del contratto sanitario 2019 sottoscritto con ATS Milano Città Metropolitana), che ha previsto il monitoraggio di alcuni indicatori, tra i quali:

✓ Volumi e indicatori area cardiologica

Allo scopo di evidenziare eventuali criticità e implementare successive azioni di miglioramento, nel corso del 2019 è stata condotta un'attività di AUDIT con focus specifico sulle TAVI; in particolare, su un campione pari al 10% dei casi relativi al I° semestre 2019, è stata effettuata una valutazione del percorso PERIOPERATORIO dei pazienti trattati (10 casi analizzati).

L'età media dei pazienti è risultata pari a 80,9 anni.

Tre dei ricoveri analizzati sono di tipo urgente; i restanti casi sono interventi programmati con pre-ospedalizzazione.

La degenza è stata mediamente pari a 19,2 giorni ma si segnala un ricovero per mediastinite con successiva necessità di TAVI con degenza pari a 58 giorni.

Tutti i pazienti presentano plurime comorbidità tra cui diabete, IRC, ipertensione arteriosa e pregresso intervento di sostituzione valvolare aortica.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a approfondito studio pre-operatorio (coronarografia ed eventuale angio-TAC) e a nefroprotezione.

La dimissione è avvenuta, nella quasi totalità dei casi, verso regime riabilitativo.

✓ Indicatori area muscoloscheletrico / osteoarticolare

Allo scopo di evidenziare eventuali criticità e implementare successive azioni di miglioramento, nel corso del 2019 è stata condotta un'attività di AUDIT al fine di valutare l'aderenza alla procedura aziendale PAP81 "Gestione del paziente con frattura di femore prossimale" e l'appropriatezza del FAST TRACK aziendale.

Per il Presidio Legnano-Cuggiono sono stati analizzati 16 casi di frattura di femore: 6 casi sono stati esclusi dal calcolo dell'indicatore secondo i relativi criteri; 4 casi sono stati operati entro 2 giorni dalla data del ricovero; 6 casi sono stati considerati critici e, valutate le cartelle cliniche, meritevoli comunque di esclusione per la presenza di comorbidità e conseguente necessità di inquadramento del paziente.

Per il Presidio Magenta-Abbiategrasso sono stati analizzati 21 casi di frattura di femore: 14 casi sono stati operati entro 2 giorni dalla data del ricovero. 7 casi sono stati considerati critici e, valutate le cartelle cliniche, meritevoli comunque di esclusione per la presenza di comorbidità e conseguente necessità di inquadramento del paziente.

✓ Percorso Nascita

Al fine di implementare l'appropriatezza del percorso nascita, con una conseguente riduzione della percentuale di Tagli Cesarei Primari e un aumento dell'attività di Analgesia Epidurale, nel corso del 2019 sono state realizzate specifiche brochure informative quali "PUNTI NASCITA – Prestazioni Offerte", "Screening prenatale



non invasivo delle cromosomopatie e diagnosi prenatale invasiva”, “Dall’attesa al primo anno di vita del bambino: le proposte dei Consulenti Familiari”.

E’ stata, inoltre, implementata un’attività di counseling dedicato nell’ambito della presa in carico della donna gravida durante il quale vengono raccolti i bisogni della gestante al fine di indirizzarla in modo specifico.

✓ Riduzione delle Ospedalizzazioni

Nel corso dell’anno 2019 si è proceduto a un campionamento con conseguente verifica puntuale delle cartelle cliniche relative ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza. Questa attività ha consentito di verificare la correttezza della codifica e contemporaneamente di identificare le aree che necessitano di un processo di riorganizzazione aziendale verso setting differenti di presa in carico.

Contemporaneamente si è proceduto a un monitoraggio puntuale della quota di DRG a rischio di inappropriatezza per singola Unità Operativa e allo stesso tempo sono state individuate e implementate modalità organizzative volte alla riduzione di tale percentuale.

L’analisi dei dati mostra un trend in diminuzione in merito alla % di DRG ad alto rischio di inappropriatezza: nel 2018 la quota complessiva è stata pari al 18.8% mentre al 31/12/2019 tale % si è abbassata al 16,84%.

5.3 Collegamento con il Piano Integrato di Miglioramento dell’Organizzazione (PIMO)

Nel corso del 2019 Regione Lombardia ha avviato l’attività di aggiornamento della piattaforma, sospendendo temporaneamente i monitoraggi previsti (quali check list di autovalutazione aziendale e Monitoraggio trimestrale degli indicatori del Piano Integrato per il Miglioramento dell’Organizzazione) in attesa di aggiornamento della stessa.

A Luglio 2019 sono stati caricati i dati relativi all’Audit Breast Unit in riferimento all’anno 2018.

In data 23 Dicembre 2019, è stata pubblicata la DGR n. XI/2700 “Determinazioni relative al programma integrato di miglioramento dell’organizzazione triennio 2020 – 2022”, con le indicazioni per l’implementazione dello stesso all’interno delle Aziende

6.Certificazione UNI EN ISO 9001:2015 – Processo di budget

Il processo di certificazione è iniziato ad aprile del 2018 con l’inizio della stesura dei documenti di inquadramento della UOC Programmazione e Controllo quali: analisi di contesto, funzionigramma ed organigramma. Per poter redigere i documenti sono stati utilizzati come fonte il POAS aziendale, approvato da Regione Lombardia con Deliberazione n. X/6549 – seduta del 04/05/2017 con oggetto “Determinazioni in ordine al piano di organizzazione aziendale strategico dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese ai sensi e per gli effetti dell’art. 17, C. 4 della Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009, come modificata con Legge



Regionale n. 23 del 11 agosto 2015 e s.m.i.”, ed il relativo funzionigramma (entrambi i documenti sono disponibili sul sito aziendale dell’ASST Ovest Milanese).

I processi oggetto della certificazione sono inerenti alle UOS presenti nella struttura complessa Programmazione e Controllo, ovvero: UOS Internal Auditing, UOS Controllo di Gestione e UOS Gestione Flussi. Per tutte e tre sono state redatte delle procedure finalizzate a fornire indicazioni univoche per le specifiche attività da condurre. Sono stati inoltre evidenziati i rischi specifici, attraverso la compilazione della MAD54 - documento redatto e di gestione della UOC Qualità e accreditamento dunque standard a livello aziendale - e valutati gli indicatori per un miglior monitoraggio delle attività.

I processi che sono stati individuati ai fini della certificazione sono:

- Gestione flussi informativi sanitari e sociosanitari (procedura di riferimento: pupo1);
- Internal Audit (procedura di riferimento: PUP02);
- Processo di Budget (procedura di riferimento: PUP 03);
- Flusso COAN regionale (procedura di riferimento: PUP04);
- Controlli NOC ambulatoriale (procedura di riferimento: PUP05).

Per quanto riguarda il processo di budget (Allegato 1 della Relazione), la procedura si applica al processo di budget inteso quale insieme di regole aziendali che definiscono in modo esplicito e trasparente il processo per giungere alla formalizzazione delle risorse e degli obiettivi di budget da assegnare ai Centri di Responsabilità.

Il budget può essere definito come un documento che raccoglie gli obiettivi da perseguire e le risorse da impiegare nell’anno. La struttura del budget è per centri di responsabilità. Il budget si configura come un documento formale che esprime in termini quantitativi e qualitativi il programma dell’azienda, le risorse disponibili ed i risultati da perseguire.

La procedura ha per oggetto la disciplina del processo di negoziazione del budget e dei connessi obiettivi delle strutture della ASST Ovest Milanese definiti sulla base delle indicazioni nazionali e regionali.

Va evidenziato che con DGR n. XI/1061/2018 di Regione Lombardia sono stati nominati i Direttori Generali con carica a partire dal 1 gennaio 2019. In seguito al nuovo Direttore Generale sono stati nominati, con Deliberazione aziendale numero 44 - 45 - 46 del 11/02/2019 i Direttori Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario.

Il sistema qualità esistente potrebbe subire modifiche al fine di adeguarlo alla realtà organizzativa, amministrativa, contabile aziendale costantemente in evoluzione e di riflesso anche alla realtà organizzativa, amministrativa, contabile di struttura.



7. Rendicontazione obiettivi Piano della Performance 2019 - 2021

Area	Obiettivo	Indicatore	Azioni attuate	Target raggiunto %
Impiego delle Risorse Economiche	1. Mantenimento dell'equilibrio di bilancio	1. Ricavi totali/costi totali=1	1. Il rapporto tra i ricavi totali ed i costi totali è pari a 1.	100%
	2. Rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori (30-60 gg)	2. Indice di tempestività dei pagamenti	2. La media dei giorni pagamenti nel 2019 è stata di 30 giorni. L'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'esercizio 2019 risulta pari a -24,83, dove la media complessiva è stata di 35 giorni. Sulla base delle indicazioni del DPCM del 22/09/2014 si segnala che, così come stabilito all'art. 9 comma 5 (ossia che "sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione o contenzioso"), le situazioni di contenzioso non rientrano nel calcolo degli indicatori di cui sopra.	100%
	3. Rispetto degli obiettivi per beni e servizi per singola area (DM, Farmaci Ospedalieri, Altri Beni e Servizi, Consulenze, collaborazioni, interinali e comandi)	3. Monitoraggio trimestrale in sede di certificazione trimestrale	3. Il valore riferito all'assestamento del bilancio di esercizio 2019 rispetta quanto indicato nell'ultimo Decreto di assegnazione.	100%
Appropriatezza e Qualità dell'assistenza	1. DRG inappropriati	1. Rapporto tra DRG a rischio inappropriato/non a rischio <= 18%	1. Rapporto tra DRG a rischio inappropriato/non a rischio: 16,84% (dato estratto dal Portale di governo regionale)	100%
	2. Classi CND di Dispositivi Medici	2. Costo CND/attività Anno 2019 <= Anno 2018		
	3. Appropriatezza sedute operatorie	3. Inizio seduta entro ore 08,15: >=80 % delle sedute totali	2. L'obiettivo è stato declinato alle UUOO di area cardiologia e ortopedica sulla base della DGR n. XI/1681 del 27/05/2019.	100%
	4. PrIMO	4. Monitoraggio trimestrale degli indicatori del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione per il triennio 2018-2020		
	5. RM			



	<p>5. Predisposizione del Piano annuale di RM entro il 31.03.2019 e monitoraggio delle aree di rischio prioritarie</p>	<p>3. Complessivamente, a livello aziendale, la % di raggiungimento è risultata superiore all' 80%.</p> <p>4. Nel 2019 sono stati temporaneamente sospesi i monitoraggi degli indicatori presenti sulla piattaforma PRIMO in attesa di aggiornamento della stessa. A Luglio 2019 sono stati caricati i dati relativi all'Audit Breast Unit in riferimento all'anno 2018.</p> <p>5. Con provvedimento aziendale n. 93 del 21/03/2019, l'Azienda ha approvato il Piano annuale Risk Management Anno 2019. Sono state monitorate le aree di rischio e si è dato riscontro della rendicontazione delle attività di RM 2019 secondo le indicazioni fornite da Regione Lombardia. (Scadenza 31/01/2020).</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>
<p>Rete dell'offerta, DM 70, Reti di Patologia e nuova organizzazione territoriale ai sensi della L.R. 23/2015</p>	<p>1. Rete di Assistenza Materno-Neonatale e Pediatrica adolescenziale: a) Percorso Nascita Fisiologico b) Promozione e Mantenimento dell'allattamento secondo le indicazioni UNICEF c) RIMI: Presa in carico dei minori che accedono al PS con acuzie psichiatriche</p> <p>2. Rete delle Malattie Rare: Aggiornamento Registro Lombardo malattie Rare</p> <p>3. Psichiatria: Registro contenzioni</p> <p>4. Dipendenze: a) Diagnosi precoce b) Gioco d'azzardo</p> <p>5. Screening oncologici</p>	<p>1. a) Implementazione e monitoraggio condiviso con ATS del percorso sulla gestione della gravidanza a basso rischio secondo le indicazioni della DGR n. XI/286 del 28/06/2018 b) Monitoraggio del tasso di allattamento c) N. minori con acuzie psichiatriche ricoverati in pediatria o in Psichiatria di riferimento e dal punto nascita al territorio.</p> <p>2. N. individuate/N. schede di diagnosi compilate nel Registro Lombardo Malattie Rare=1</p> <p>3. a) Inserimento episodi contenzione in Psiche Web=100%</p>	<p>1. a) Percorso Nascita Fisiologico (prenatale e postnatale): è stato effettuato il monitoraggio sulle azioni intraprese previste dalla DGR n. XI/286 del 28/06/2018 e dal DDGW n. 14243 del 05/10/2018 condiviso con gli uffici regionali competenti.</p> <p>b) L'Azienda ha adottato pratiche per sostenere e promuovere l'allattamento materno. In ogni Unità Operativa di Pediatria e Neonatologia viene favorito l'allattamento al seno sia durante la permanenza in ospedale sia attraverso servizi dedicati dopo la dimissione al domicilio. A tal proposito l'UNICEF e l'OMS (Organizzazione Mondiale</p> <p>100%</p> <p>100%</p>



6. POT	<p>b) N. Contenzioni 2019 < N. contenzioni 2018 riguardo di disturbi psichiatrici maggiori</p> <p>4. Avvio di azioni specifiche entro il 30.06.2019 volte alla diagnosi precoce del disturbo da uso di sostanze</p> <p>5. Messa a disposizione dei programmi di screening di opportuni volumi di prestazioni per garantire un'adeguata copertura della popolazione e rispetto dei tempi di attesa in caso di positività allo screening secondo le indicazioni contenute nella DGR n. XI/1046 del 17.12.2018</p> <p>6. Implementazione POT di Cuggiono</p>	<p>della Sanità) hanno redatto un decalogo di misure che ogni struttura sanitaria deve dimostrare di rispettare prima di poter essere riconosciuta "Ospedale Amico dei Bambini" e "Comunità Amica dei Bambini. Sono stati predisposti degli spazi dedicati per l'allattamento all'interno dei Presidi Ospedalieri ed i Consultori aziendali forniscono supporto ai genitori sulle tematiche di allattamento e svezzamento nel primo anno di vita del bambino.</p> <p>c) N. minori con acuzie psichiatriche ricoverati in pediatria o in Psichiatria: 53 100%</p> <p>2. Sono stati individuati 39 casi nuovi di malattie rare, inseriti tutti nel registro delle malattie rare =100% 100%</p> <p>3. a) Il 100% degli episodi di contenzione sono stati inseriti in Psiche Web oltre ad essere registrati nel Registro cartaceo delle contenzioni e riportati in apposito modulo aziendale inserito in cartella clinica dal quale risultano motivazioni, inizio e fine, provvedimenti terapeutici, medico proscrittore e operatori presenti. 100%</p> <p>b) N. contenzioni 2019: 105 100% N. contenzioni 2018: 125</p> <p>4. In continuità con il 2018, sono state mantenute ed ulteriormente sviluppate le azioni specifiche volte alla diagnosi precoce del disturbo da uso di sostanze ed altre manifestazioni correlate di disagio psichico, anche in funzione di una diagnosi differenziale, in collaborazione con la NPIA, 100%</p>
--------	--	--



			<p>Psichiatria, Consultori, Pediatria, Enti del Privato Sociale. Agli atti della Programmazione e Controllo la relazione finale a cura del Responsabile della UOC Dipendenze contenente lo sviluppo delle azioni intraprese.</p> <p>5. Rispetto ai programmi di screening contrattualizzati, sono state garantite ed erogate tutte le prestazioni in funzione della richiesta di ATS Città Metropolitana Milano. Gli obiettivi programmatici e gli indicatori di qualità sono stati valutati positivamente da ATS Città Metropolitana Di Milano. 100%</p> <p>6. Implementazione del POT di Cuggiono: in divenire la realizzazione della progettazione definitiva ed esecutiva. Nel mese di novembre 2019 è stato trasmesso in Regione Lombardia il progetto esecutivo. 100%</p>
Performances ed Esiti	1. Programma Nazionale Esiti – PNE e Network delle Regioni	1. Monitoraggio trimestrale degli indicatori previsti dalla DGR n. XI/415 del 02.08.2018 attraverso l'analisi dei dati restituiti sul Portale di Governo Regionale (A seguire il dettaglio degli indicatori)	1. Per tutto l'anno 2019, si è provveduto al monitoraggio trimestrale dei dati pubblicati nel Portale di governo regionale e alla condivisione dei dati con tutte le UU.OO. coinvolte. (Dettaglio indicatori nel capitolo dedicato agli Esiti PNE e Network 2019). 100%
Accessibilità e soddisfazione utenza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempi di attesa 2. Customer Satisfaction: % di giudizi positivi 3. Reclami 4. Trasparenza 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015 2. N. risposte pari a 6 e 7 per la domanda relativa alla soddisfazione complessiva / N. totale risposte * 100 3. Reclami ricevuti/1000 ricoveri 4. N. richieste di accesso civico e N. richieste di accesso generalizzato 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sono stati presi come riferimento i tempi di attesa rilevati in occasione dei periodici monitoraggi regionali/nazionali e i tempi di attesa calcolati nel flusso 28/SAN 90% 2. N. encomi ricevuti:126 100% 3. N. reclami/segnalazioni ricevuti :250 100%



			4. Non sono pervenute richieste di accesso civico. N. richieste di accesso generalizzato = 1	100%
Benessere organizzativo e Pari Opportunità	Rilevazione dati correlati al: 1. Benessere organizzativo 2. Pari Opportunità	1. N. di iniziative previste dal Piano Triennale di azioni positive 2017-2019 del Comitato Unico di Garanzia 2. a) N. dipendenti di genere femminile/ N. Dipendenti totale b) N. dirigenti di genere femminile/N. dirigenti totale	1. Nel triennio 2017-2019 sono state organizzate le seguenti iniziative: 4 edizioni del convegno sulla medicina di genere; un corso sul benessere organizzativo rivolto ai coordinatori infermieristici; 4 edizioni di un corso di formazione dal titolo Conversazioni felici sul tema della nutrizione. Inoltre L'Azienda ha partecipato alle iniziative nazionali promosse da ONDA e ha aderito al bando Bollini Rosa di Onda. (Dettaglio delle attività nella Relazione Annuale del CUG). 2. a) 3215 dipendenti di genere femminile su un totale di 4126 dipendenti. b) 408 dirigenti di genere femminile su un totale di 749 dirigenti.	100% 100%
Sistemi Informativi	1. Prenotazioni ed accoglienza 2. FSE 3. Ricetta dematerializzata	1. a) Pubblicazione quotidiana informazioni intera offerta ambulatoriale b) Invio quotidiano notifiche relative a tutti gli appuntamenti registrati 2. Pubblicazione completa e tempestiva di tutti i referti prodotti compresi quelli prodotti in intramoenia 3. Raggiungimento target specifico percentuale di prescrittori in modalità dematerializzata.	1. E' stata garantita la pubblicazione delle agende - ad eccezione di quelle non prenotabili direttamente, sul Portale MOSA così da garantire la visibilità e la possibilità di prenotazione anche tramite il Contact Center regionale. 2. Pubblicazione completa e tempestiva di tutti i referti prodotti compresi quelli prodotti in intramoenia: Tempestività di notifica referti LIS 98% Tempestività di notifica referti PS 98% Tempestività di notifica referti AMB97% Tempestività di notifica referti RIS100% Tempestività di notifica referti LDI97%	100% 89%



			<p>Completezza referti LIS 99%</p> <p>Completezza referti PS 87%</p> <p>Completezza referti AMB 65%</p> <p>Completezza referti RIS 122%</p> <p>Completezza referti LDIM 118%</p> <p>(Fonte dato ARIA Spa)</p>
			<p>3. Prescrittori in modalità dematerializzata: 100% 85%</p>
Governo farmaceutico e di assistenza protesica	<p>1. Farmaceutica</p> <p>a) PT online</p> <p>b) Promozione farmaci biosimilari</p> <p>2. Assistenza protesica e integrativa</p>	<p>a) N. Piani Terapeutici informatizzati Anno 2019 >=N. Piani informatizzati Anno 2018 prescritti dagli specialisti</p> <p>b) Incremento del N. di pazienti in terapia con biosimilari</p> <p>1. Definizione di una procedura Aziendale relativa alla effettuazione di controlli sulle prestazioni erogate in abbinamento al processo di liquidazione delle fatture</p>	<p>1. a) N. Piani Terapeutici informatizzati Anno 2019: 5243</p> <p>N. Piani Terapeutici informatizzati Anno 2018: 4184</p> <p>b) Sono state attivate convenzioni ARCA per l'acquisto di 9 principi attivi biosimilari) e di 6 dei loro originatori di riferimento. Nel monitoraggio dei dati, come indicato nelle regole di sistema, oltre ai farmaci adalimumab e trastuzumab, sono stati considerati i principi attivi indicati nelle regole 2018 prescritti dall'ente. (Dal confronto dei dati ANNO 2019 ANNO 2018, si evidenzia un risparmio complessivo ed un incremento di pazienti trattati (+ 294) realizzato con la prescrizione di farmaci biosimilari e i relativi originatori di riferimento.</p> <p>2. L'Azienda procede mensilmente al controllo delle fatture prima di procedere alla corretta liquidazione. Il controllo si rende necessario al fine di individuare eventuali fatture che risultano incongruenti agli ausili di protesica prescritti dagli specialisti e</p>



			destinati a pazienti residenti nell'ambito territoriali della ASST.	
Area Socio sanitaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presa in carico del paziente cronico 2. Rete Cure Palliative 3. Assistenza domiciliare integrata 4. Disabilità 5. Autismo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. a) L'Azienda deve sottoscrivere il n. dei patti di cura pari all'80% delle manifestazioni di interesse dichiarate nell'anno 2018. b) L'Azienda deve redigere e pubblicare n. di PAI pari all'80% dei n. di patti di cura sottoscritti nel 2018 2. Implementazione degli strumenti per l'identificazione del bisogno di cure palliative e la valutazione multidimensionale del paziente (Sub allegati E ed F ex DGR n. XI/1046/2018) 3. Monitoraggio della spesa ADI e dei voucher emessi 4. Implementazione di azioni dedicate ai pazienti affetti da autismo 	<p>1. a) Patti di cura anno 2019 su manifestazioni di interesse anno 2018: 100%</p> <p>b) PAI anno 2019 su Patti di cura anno 2018: 90%</p> <p>2. Nel rispetto delle normative vigenti, gli allegati E ed F sono stati attivati dal 1 gennaio 2019 in tutti i setting di cura delle cure palliative Hospice e UCPdom; tali allegati sono stati discussi sia nelle riunioni di equipe che con le diverse unità operative. In occasione dei sopralluoghi di verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento effettuati da ATS, è stata verificata l'implementazione delle schede dei sub allegati E ed F di cui alle Regole di Sistema 2019 (DGR N. XI/ 1046 del 17/12/2018).</p> <p>3. La spesa ADI e i voucher emessi sono stati monitorati costantemente; sono state implementate misure correttive della spesa indirizzate al controllo della sussistenza dei requisiti di accesso all'ADI e alla verifica della dimissibilità.</p> <p>4. L'Azienda ha provveduto a presentare in Regione Lombardia un progetto con lo scopo di attuare interventi precoci tempestivi ed omogenei sul territorio durante le prime fasi dello sviluppo. In continuità con le esperienze cliniche precedenti, l'Azienda ha proseguito con la presa in carico precoce attraverso</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>



			percorsi terapeutici personalizzati; con la presa in carico globale del paziente autistico entro tre mesi dalla diagnosi con approccio multi professionale e interdisciplinare; con il sostegno della famiglia e con la sensibilizzazione e formazione dei professionisti sanitari, socio sanitari, sociali etc.	
Negoziazione Area Sociosanitaria	1. Sottoscrizione contratti provvisori e definitivi	1. Rispetto delle scadenze previste dalle Regole di sistema 2019 (Entro 31.01.2019 Sottoscrizione provvisorio/ Entro 30.05.2019 Sottoscrizione definitivo)	1. Invio dei contratti provvisori e definitivi secondo le tempistiche previste dalla DGR n. XI/2672/2019. Rimodulazione contratto sociosanitario entro la scadenza prevista (17/12/2019). Rimodulazione contratto sanitario entro la scadenza prevista (10/12/2019).	100%
Prevenzione	1. Vaccinazioni	1. Implementazioni di azioni finalizzate al raggiungimento/mantenimento delle coperture previste per i vaccini secondo l'offerta vaccinale prevista dal PRPV 2017-2019 (per classi di età e per categorie a rischio)	1. Sono state recepite tutte le indicazioni specifiche regionali ed intraprese azioni a livello aziendale per la promozione dell'offerta vaccinale secondo le disposizioni contenute nel PRPV 2017-2019.	100%



8. Esiti PNE e Network - 2019

Programma Nazionale Esiti

AREA CLINICA	INDICATORE (CODICE)	INDICATORE (DESCRIZIONE)	VALUTAZIONE	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni	2	100,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	1	100,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	4	0,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO4	By-pass aortocoronarico: mortalità a trenta giorni	1	100,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO5	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a trenta giorni	3	50,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto del aorta addominale: mortalità a trenta giorni	1	100,00%
CHIRURGIA GENERALE	CHGEN1	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	2	100,00%
CHIRURGIA GENERALE	CHGEN2	Colecistectomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui	2	100,00%
GRAVIDANZA E PARTO	GRAV1	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1	100,00%
GRAVIDANZA E PARTO	GRAV2	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	2	100,00%
GRAVIDANZA E PARTO	GRAV3	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	3	50,00%
NERVOSO	NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	1	100,00%
NERVOSO	NERVO2	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a trenta giorni dal intervento di craniotomia	3	50,00%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO1	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	3	50,00%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella	3	50,00%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO3	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a trenta giorni	1	100,00%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	2	100,00%



CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	2	100,00%
OSTEOMUSCOLARE	OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	2	100,00%
OSTEOMUSCOLARE	OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	2	100,00%
RESPIRATORIO	RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	2	100,00%

Network delle Regioni

Periodo	Indicatore	Descrizione Indicatore	Numeratore	Denominatore	Valore	Fascia (Rif. Network)	Fascia (Rif. Regione)	Valore Regionale	Fascia Regionale
2019	C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	11,218	308	36,42	4	5	29,54	2
2019	C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	1,626	31	52,45	5	3	73,69	5
2019	C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	2,981	84	35,49	4	5	19,04	1
2019	C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	1,181	24	49,21	5	5	28,25	2
2019	C14.4	% di ricoveri medici oltresoglia? 65 anni	755	9,49	7,96	5	4	5,71	5
2019	C16.1	Percentuale accessi con codice giallo visitati entro 30 minuti	19,735	22,943	86,02	2	2	69,80	4
2019	C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	15,943	11,246	1,42	5	4	0,38	3
2019	C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	9,631	15,953	0,60	4	4	-0,37	2
2019	C4.4	% colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	251	386	65,03	2	2	31,72	4
2019	C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	358	478	74,90	2	4	74,57	2
2019	C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	135	172	78,49	3	5	89,60	2
2019	C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)	160	773	20,70	2	3	21,49	2



2019	C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	59	1,652	3,57	2	1	6,31	3
2019	C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	28	518	5,41	4	3	4,58	4
2019	D9	Abbandoni da Pronto Soccorso	7,918	149,22	5,31	5	4	5,48	5



9. Obiettivi produttività comparto - 2019

Modulo Funzionale	N° Obiettivo	OBIETTIVO SPECIFICO	Indicatore al 31/12	Monitoraggio al 31/12
Affari Generali e Legali_1	AO1.01	Recupero di n. 600 crediti derivanti dal mancato pagamento dei tickets per prestazioni di Pronto Soccorso qualificate come Codici Bianchi. Gestione, interruzione dei termini di prescrizione ove necessario e inserimento nei ruoli dell'Agenzia delle Entrate ove possibile.	Gestione/valutazione del residuo 30% dei codici bianchi e inserimento a ruolo ove possibile.	Alla data odierna sono stati inseriti nell'applicativo dell'agenzia delle Entrate ulteriori 202 crediti, per un totale di 628, superando quindi il totale richiesto. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Affari Generali e Legali_2	AO1.02	Miglioramento del processo di gestione dei sinistri nell'ambito della comunicazione agli esercenti le professioni sanitarie: dall'avvio di una trattativa stragiudiziale a definizione di un sinistro e/o dell'instaurazione di un giudizio nei confronti dell'ASST Ovest Milanese (ex art. 13 legge n. 24/2017)	Avvio della sperimentazione della bozza dello strumento di miglioramento per un periodo di 6 mesi. Relazione del Responsabile	La sperimentazione dello strumento di miglioramento è stata avviata all'inizio del mese di ottobre 2019 e terminerà alla fine del mese di marzo 2020, come specificato nella relazione del responsabile, agli atti nell'applicativo aziendale (OBTV Comparto).
Affari Generali e Legali_4 - URP	AO1.04	Potenziamento delle procedure informatiche per l'inserimento ed elaborazione dei questionari Customer Satisfaction e comunicazione ai reparti elaborazioni dati recepiti nel 2018.	Verifica inserimento dati complessivi dell'ultimo trimestre anno 2019. Trasmissione della bozza di procedura alla UOC Qualità e Accreditamento.	L'inserimento dei dati relativi al quarto trimestre è stato completato in base alle buste pervenute all'URP. La bozza della procedura è stata inviata alla UOC Qualità con e-mail del 17 dicembre u.s. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Centrale Servizi_1 - Servizio Portineria, Centralino	AO2.01	Aggiornamento rubrica telefonica aziendale	Effettuazione del 100% della rilevazione nel rispetto di apposita istruzione operativa; consegna via mail della rubrica aggiornata al Responsabile.	Come da indicatore, sulla base della attestazione del Coordinatore pervenuta in data 20/12/2019, con la quale si conferma che le rilevazioni effettuate sono in linea con quanto richiesto. Su un numero totale di circa 2200 numeri telefonici aziendali, ne sono stati verificati 2200, pari al 100%. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Centrale Servizi_2 - Libera Professione	AO2.02	Verifica del corretto svolgimento dell'attività lp (ambulatoriale: fasce orarie autorizzate; ricovero: solo professionisti in intramoenia)	Controlli a campione: data/ora 100 referti su Galileo vs. orari autorizzati; corrispondenza nominativi consuntivo economico e registro Ormaweb per tutti gli interventi in lp	E' stato effettuato un controllo a campione sui referti emessi mediante l'applicativo con Galileo dai medici dei 4 Presidi relativamente al IV trimestre 2019 (al 19/12/2019). La verifica dell'orario di elaborazione del referto in raffronto alla fascia oraria di autorizzazione dell'attività lp, non ha fatto rilevare particolari anomalie, pur evidenziando che alcuni medici non utilizzano ancora l'applicativo Galileo ed altri non firmano digitalmente il referto.



Centrale Servizi_3 - Ufficio Accoglienza (CUP e Area Servizi)	AO2.03	Rispetto delle scadenze di invio e riduzione degli errori contenuti in 28/SAN da valutare per singolo settore (CUP, Radiologia, Lab. Analisi, CT, Microbiologia, Medicina Nucleare; Malattie Infettive; NPI Legnano, Fisiatria).	Sommatoria records per singolo settore mesi di gennaio/febbraio estratti dall'Ufficio flussi da restituire entro il giorno 3 del mese successivo: sommatoria records rapporto record errati/record totali < 1% (attestazione Ufficio flussi).	Dopo l'invio del Flusso 28SAN, vengono restituiti da Regione Lombardia una serie di report che riportano informazioni riguardanti i dati inviati. In particolare il report SO1, indica la quantità di record che contengono almeno un errore grave rispetto al totale dei record inviati. Nel periodo Gennaio - Novembre, su 1135719 record inviati, sono stati restituiti 4464 errori, pari allo 0,39%. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Centrale Servizi_4 - Ufficio Presa in carico.	AO2.04	Arruolamento e presa in carico dei pazienti cronici: rispetto tempistiche per sottoscrizione patto di cura e visita PAI	Rispetto tempi di contatto utente per appuntamento sottoscrizione patto di cura (entro 5 gg. dal ricevimento mail CCR): verifica tramite estrazione da portale MOSA al 23/12/19. Verifica disponibilità visita PAI: invio mail di sollecito per appuntamento PAI al Clinical Manager mail entro 35 giorni dalla firma del Patto di cura (ovvero 10 giorni prima della scadenza per la stesura del PAI) - rendicontazione al 20/12/19 tramite file di riepilogo "Elenco pazienti sottoscrizione Patto di Cura" (Raggiungimento di almeno il 90% dei contatti inseriti in MOSA alla data sopra riportata e degli invii di mail ai Clinical Manager con PAI in scadenza come sopra riportato)	Nel periodo di riferimento è stato rispettato il termine di 5 giorni entro cui sono stati contattati gli utenti interessati alla presa in carico. Rispettato anche la verifica della disponibilità visita PAI. Sono stati fissati gli appuntamenti PAI dal Clinical Manager. L'attestazione del raggiungimento del 100% degli appuntamenti fissati, corredata dai file di estrazione manifestazione d'interesse periodo 21/09/19-19/12/19 e di resoconto appuntamenti PAI è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Centrale Servizi_6 - Uff. Scelta e Revoca Abbiategrasso, Uff. rimborsi Magenta.	AO2.06	Aggiornamento anagrafica regionale a supporto degli Uffici Scelta e Revoca di Legnano e Magenta.	Smaltimento pratiche pervenute al 30/11/19 mediante attestazione della referente (raggiungimento di almeno 80% delle pratiche pervenute)	Lo smaltimento delle pratiche pervenute al 18/12/2019 è in linea con l'indicatore. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Centrale Servizi_7 - Uff. Scelta e Revoca Castano	AO2.07	Gestione pratiche di rimborso Italia ed estero a supporto Ufficio SR di Legnano.	Smaltimento pratiche pervenute al 30/11/19 mediante attestazione della referente (raggiungimento del 100% dello smaltimento delle pratiche pervenute alla data sopra riportata)	Lo smaltimento delle pratiche pervenute al 18/12/2019 è in linea con l'indicatore. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).



Centrale Servizi_8 - Uff. Scelta e Revoca Cuggiono	AO2.08	Invio centralizzato inviti ai 14enni per nuova scelta del medico per tutto il territorio della Asst OM	Invio lettere agli assistiti in scadenza dicembre - febbraio; attestazione della referente (raggiungimento del 100% delle lettere inviate inerenti la scadenza sopra riportata)	Lo smaltimento delle pratiche pervenute al 18/12/2019 è in linea con l'indicatore La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Centrale Servizi_9 - Uff. Scelta e Revoca Legnano, Magenta	AO2.09	Gestione richieste via e-mail e operazioni nel sistema NAR entro 5 giorni dalla ricezione.	Compilazione elenco pratiche gestite nel 4° trimestre; attestazione della referente (raggiungimento di almeno 90% dell'inserimento delle pratiche pervenute)	Lo smaltimento delle pratiche pervenute al 18/12/2019 è in linea con l'indicatore La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Direzione Medica Presidio Magenta- Legnano_1 - Controllo Infezioni	AO3.01	Realizzazione istruzione operativa per gestione informatizzata delle segnalazioni di malattia infettiva sul portale regionale	Implementazione della Istruzione operativa e trasmissione alla UOC Qualità e Accreditemento. Indicatore: Evidenza della trasmissione.	Il documento definitivo dell'istruzione operativa è stato verificato/approvato sia dal Direttore Medico del PO Legnano-Cuggiono che dal Direttore Medico del PO Magenta-Abbiategrasso (cfr allegato con firme) e trasmesso per le vie brevi in data 28/11/2019 alla UOC Qualità e Accreditemento (cfr. allegato frontespizio istruzione operativa con firma per ricevuta) La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Direzione Medica Presidio Legnano_2	AO3.02	Appropriatezza prescrittiva specialistica ambulatoriale: verifica della corretta compilazione delle impegnative elettroniche da parte dei medici specialisti prescrittori dell'ospedale. N. totale annuo di impegnative da controllare pari a 1200.	Effettuazione monitoraggio sull'appropriatezza prescrittiva a campione sulle impegnative redatte. N. 350 impegnative controllate ed eventuali segnalazioni alle UU.OO. interessate.	Durante il corso del quarto trimestre è stato effettuato, come da indicatore, il monitoraggio sull'appropriatezza prescrittiva su un campione di 350 impegnative redatte dagli Specialisti ospedalieri afferenti al PO Legnano-Cuggiono. La relativa documentazione è agli atti della Direzione Medica
Direzione Medica Presidio Legnano_3	AO3.03	Controllo di registri di prenotazione ricoveri al fine di verificare la completezza della compilazione come previsto dalla vigente normativa in materia e in attuazione di quanto previsto dal "Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2019-2021"	"Controllo a campione per un periodo temporale di prenotazione di un mese di n. 1 registro di prenotazione ricoveri, e invio comunicazioni al Direttore U.O. interessata dell'esito delle verifiche e/o richieste chiarimenti."	Come da indicatore è stato verificato n° 1 registro di prenotazione ricoveri e più precisamente della UOC Ostetricia Ginecologia. Il verbale sull'esito del controllo è stato notificato al Direttore UOC con nota n. 6038 del 22/11/2019, disponibile agli atti della Direzione Medica di Presidio
Direzione Medica Presidio Magenta_2	AO3.04	Realizzazione istruzioni operative per gestione di: - Denunce di nascita. - Trasporti in ambulanza.	Trasmissione formale delle istruzioni operative definitive alla UO Qualità e Accreditemento.	Entrambe le istruzioni operative sono state completate e trasmesse formalmente con nota 5966 del 29/11/2019 alla UO Qualità e Accreditemento che ha provveduto a pubblicarle in Qweb. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV



				Comparto).
Servizio Acquisti Appalti_1 - Cucine	AO4.01	Riduzione dello spreco connesso alla somministrazione degli alimenti	Relazione finale (elaborazione dati, valutazione e definizione interventi)	Al fine di ridurre lo spreco alimentare e, contemporaneamente, tutelare lo stato di nutrizione dei degenti, oltre alla condivisione dei processi operativi si è condotto un monitoraggio basato su comprovati indicatori di processo, di attività e di esito, tra i quali si è optato, nella fattispecie, per il rilevamento dei residui alimentari per ottimizzare la produzione dei pasti, tenendo conto delle preferenze dei pazienti, delle scelte e delle necessità. L'indicatore di performance individuato - basato sul metodo semi-quantitativo (rif. Rapporto ISTISAN 09/42) - è la VALUTAZIONE DEI RESIDUI DI CIBO NEI VASSOI, mediante rilevazioni periodiche registrate e attestate sulla scheda predisposta dagli operatori aziendali addetti al Servizio Ristorazione. Relazione finale (elaborazione dati, valutazione e definizione interventi) ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Servizio Acquisti Appalti_2 - Autisti	AO4.02	Progetto di sensibilizzazione alla guida sicura per i dipendenti di aziende che guidano per lavoro	"Verifica della corretta applicazione di quanto appreso da parte del referente. Relazione finale."	Sulla base di quanto sottoscritto dal dirigente responsabile, nel periodo di riferimento, al fine di verificare la corretta applicazione di quanto illustrato nel workshop di guida sicura, il referente del servizio autisti ha affiancato ogni autista in una guida e, attraverso apposita checklist, verificato il rispetto dei criteri di guida ritenuti fondamentali. L'esito della rilevazione ha confermato la messa in atto da parte del personale coinvolto, di quanto appreso nelle giornate di formazione. Sulla base di quanto sopra si considera raggiunto l'obiettivo.
Servizio Acquisti Appalti_3 - Gestione contratti H/T	AO4.03	Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) del Bilancio ex DGR n.7009/2017 per le parti/attività di competenza	Adempimenti indicazioni linee guida regionali e relative scadenze (100%)	In data 05/11/2019 nel rispetto della scadenza stabilita da Regione Lombardia sono state trasmesse le bozze delle procedure PAC per l'Area I) Debiti e Costi. In data 25/11/2019 personale della UOC Acquisti e Appalti ha partecipato ad incontro formativo presso Regione Lombardia. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).



Servizio Acquisti Appalti_4 - Gestione contratti H/T	AO4.04	Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) del Bilancio ex DGR n.7009/2017: procedura relativa all'iter amministrativo-contabile inerente la gestione del ciclo passivo	Adozione della procedura relativa all'iter amministrativo -contabile inerente il monitoraggio dei tempi di pagamento	La procedura relativa all'iter amministrativo -contabile inerente il monitoraggio dei tempi di pagamento risulta adottata nel mese di dicembre 2019 La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Servizio Acquisti Appalti_5 - PAC	AO4.05	Implementazione delle regole previste per le procedure negoziate per forniture e servizi ritenuti infungibili per le richieste di attrezzature sanitarie e scientifiche con caratteristiche di infungibilità/esclusività, in applicazione del punto 2.6.6 della DGR XI/1046 del 17.12.2018.	Raggiungimento di almeno l'80% dei provvedimenti di acquisto di DM infungibili/esclusivi adottati dall'1.1.2019 al 31.12.2019 secondo l'obiettivo specifico.	Alla data del monitoraggio sono stati adottati n.17 provvedimenti di acquisto di beni infungibili con una percentuale del 100% di conformità rispetto all'obiettivo specifico. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Medicina Legale	AO5.02	Redazione di vademecum con istruzioni organizzativo - operativo - gestionali per il buon funzionamento delle commissioni di accertamento dell'invalidità civile.	Stesura definitiva del vademecum secondo le indicazioni del Direttore UOC pervenute al personale entro il 31.10.	E' stata acquisita la versione definitiva del vademecum elaborato secondo le indicazioni del Direttore UO. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Medicina Legale	AO5.03	Revisione della casistica degli accertamenti sui soggetti di minore età, per riconoscimento di invalidità / handicap svolti nel triennio 2016 - 2018 e rendicontazione secondo format strutturato da Regione Lombardia, come azione volta a favorire la revisione quali-quantitativa degli accertamenti sui soggetti minori, propedeutica alle attività richieste dalle modifiche del D.Lgs. 66/2017	Estrazione dati relativi alle visite di invalidità e Handicap sui minori per il triennio 2016-2018. Indicatore: compilazione format con i dati estratti dal DB "Caribel", secondo le indicazioni fornite da Regione Lombardia. Relazione del Responsabile.	In data 24.12 inviati i file relativi alla 'Revisione della casistica relativa agli accertamenti su soggetti di minore età per riconoscimenti di invalidità / handicap svolti nel triennio 2016-2018 e rendicontazione secondo format strutturato della DGW' - Fase per conto di ASST Ovest M.se e Rhodense. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Programmazione e Controllo	AO6.01	Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) del Bilancio ex DGR n.7009/2017	Adempimenti indicazioni linee guida regionali e relative scadenze (100%)	Nel corso del quarto 2019, si è ottemperato a quanto previsto dalle disposizioni Regionali riguardanti l'area F) Crediti e Ricavi e l'area I) Debiti e Costi e l'area A) Requisiti generali Nel rispetto delle scadenze regionali previste per le singole aree, si è proceduto alla raccolta dei contributi delle UOC coinvolte nella stesura delle procedure previste, alla loro sistematizzazione e –nello specifico: Area F) Crediti e Ricavi Definizione e Approvazione delle procedure definitive con deliberazione del Direttore Generale n. 303 del 21/10/2019 e loro invio in Regione nella stessa data (scadenza regionale 21 ottobre2019);



				<p>Area I) Debiti e Costi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Predisposizione e trasmissione delle proposte delle procedure in Regione con note del Direttore Generale del 5 novembre 2019 (per le procedure relative all'area acquisti di beni, servizi e prestazioni) e del 20 novembre 2019 (per le procedure relative all'area del personale) unitamente agli esiti dell'autovalutazione effettuata attraverso le check list di controllo previste dalle linee guida regionali in materia (scadenze regionali 5 novembre-20 novembre 2019); -Definizione e Approvazione delle procedure con deliberazione del Direttore Generale n 390 del 24 dicembre 2019 (scadenza regionale 31 dicembre 2019) <p>Area A) Requisiti generali</p> <p>Compilazione della check list regionale di verifica degli obiettivi/azioni relativi a tale area, e suo invio in Regione con nota del direttore generale del 30 dicembre 2019 (scadenza regionale 31 dicembre)</p>
Programmazione, Gestione e Integrazione Rete Sociosanitaria - Ufficio Protesi.	AO7.01	"Recupero degli ausili, al domicilio dell'assistito, prescritti attraverso l'applicativo regionale Assistant-RL e non più necessari per decesso del paziente."	Attivazione del ritiro degli ausili non più necessari per decesso del paziente, relativa a prescrizioni dell'anno, mediante l'applicativo Assistant-RL. Indicatore: N di attivazioni ritiro ----- > 90% N Ausili ritirabili	Il monitoraggio effettuato al 23 dicembre 2019 vede per il periodo gennaio – dicembre 2019 un numero di decessi pari a 1616 assistiti cui risultano associate un totale di 3056 prescrizioni registrate nell'applicativo regionale Assistant-RL per un totale di 5192 ausili. La procedura per il ritiro è stata correttamente attivata per un totale di 5192 di questi ausili. L'indicatore risulta dunque: $5192 \text{ (n. attivazioni ritiro)} / 5192 \text{ (n. ausili ritirabili)} = 100\%$ Sulla base di quanto sopra, si considera l'obiettivo pienamente raggiunto.
Qualità, accreditamento e Risk Management	AO8.01	Monitoraggio interno sepsi - Adesione ai protocolli aziendali - (DGR XI/1046 DEL 17/12/2018).	Relazione finale con evidenza degli esiti emersi dal monitoraggio u un campione di nr. 20 casi di sepsi.	Nel periodo di riferimento sono state valutate 20 cartelle cliniche, con l'ausilio della check list "Diagnosi presunta di sepsi o shock settico". Ad evidenza del grado di raggiungimento, si allega relazione finale con evidenza degli esiti emersi dal monitoraggio su campione scelto, condivisa con tutti gli operatori nei giorni 16-17-19 dicembre 2019. Sulla base di quanto sopra, si considera l'obiettivo pienamente raggiunto.



Servizio Contabilità Generale e Risorse Finanziarie	A09.01	Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) del Bilancio ex DGR n.7009/2017: procedura relativa all'iter amministrativo-contabile inerente la gestione del ciclo passivo	Adozione della procedura relativa all'iter amministrativo -contabile inerente il monitoraggio dei tempi di pagamento	La UOC Contabilità Generale e R.F., come si evince dall'aggiornamento della documentazione relativa alla certificazione ISO (agli atti), in occasione della revisione ISO prevista per il mese di dicembre ha adottato la procedura inerente il monitoraggio dei tempi di pagamento. Sulla base di quanto sopra, si considera l'obiettivo raggiunto.
Servizio Farmaceutico - Area amministrativa/Logistica	A10.01	Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) del Bilancio ex DGR n.7009/2017 per le parti/attività di competenza	Adempimenti indicazioni linee guida regionali e relative scadenze (100%)	In applicazione della nuova procedura PAC 3.2B "Rilevazioni inventariali presso il magazzino di I° livello farmaceutico", in vigore dal 30.5.2019, in data 27 e 28 novembre scorso si è effettuato la rilevazione inventariale presso il magazzino del Servizio Farmaceutico di Magenta secondo indicazioni definite dalle linee guida regionali. A Legnano, nel corso dell'anno, sono stati effettuati invece inventari ciclici a rotazione dei beni a magazzino, come descritti nella procedura.
Servizio Farmaceutico - Area amministrativa/Logistica	A10.02	Revisione dei documenti esistenti, relativi all'addestramento del personale infermieristico di nuovo inserimento.	Validazione dei nuovi documenti a cura del Responsabile e trasmissione alla UOC Qualità e Accreditamento.	I due documenti in bozza sono stati resi definitivi e codificati secondo il Sistema Qualità del Servizio Farmaceutico: MUP19 DIARIO ADDESTRAMENTO LABORATORIO TPN MUP20 DIARIO ADDESTRAMENTO LABORATORIO UFA Nel documento, oltre alle firme del Tutor e dell'Addestrato previste per ogni attività indicata, è richiesta anche la firma del farmacista per quelle attività svolte sotto la sua supervisione.
Servizio Farmaceutico - Area tecnico infermieristica	A10.03	Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) del Bilancio ex DGR n.7009/2017: procedura relativa all'iter amministrativo-contabile inerente la gestione del ciclo passivo	Adozione della procedura relativa all'iter amministrativo -contabile inerente il monitoraggio dei tempi di pagamento	Il report inviato dalla contabilità Generale "Fatture Bloccate al" viene abitualmente inoltrato agli ordinatori del Servizio Farmaceutico per la gestione dei blocchi: manca carico, differenza prezzo, differenza imposta o in contestazione. Ogni ordinatore prende in carico i blocchi relativi ai propri ordini e, attraverso un'analisi della documentazione, verifica la congruenza dei blocchi e risolve o propone soluzioni alla contabilità compilando il campo note. La gestione dei blocchi richiede di norma 5 giorni lavorativi, fatte salve eventuali pratiche che richiedono il reperimento di nuova o ulteriore documentazione. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).



Servizio Medico Competente	A11.01	Prevenzione delle MCNT (Malattie Croniche Non Trasmissibili) attraverso la promozione di corretti stili di vita, con particolare riferimento al tabagismo.	Elaborazione finale dati. Lavoratori fumatori con realizzazione di counseling per il 100% dei lavoratori fumatori visitati. Indicatore: Relazione del Responsabile.	Nel corso del 2019 sono stati visitati 1995 lavoratori e indagati per l'abitudine al fumo. Ai fumatori è stata somministrata, una volta approntata, la scheda anamnestica e consegnato il materiale informativo. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Servizio Prevenzione e Protezione	A12.01	Analisi dei processi propri dell'attività del SPP, propedeutica all'avvio dell'implementazione di un SGSL (Sistema Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro), sulla base di un modello conforme ai requisiti previsti dall'art. 30 D.Lgs. 81/08	Revisione delle procedure e dei documenti correlati, alla luce dei risultati dell'analisi dei processi e del confronto con l'UOC Qualità. Cronoprogramma azioni successive (mappatura altri processi, programma di audit, ecc.) finalizzate all'implementazione di un SGSL	A seguito del confronto con l'ufficio Qualità, sono state revisionate le schede MAD54 inerenti la formazione (caso 1) e la valutazione del rischio. Ad evidenza del risultato sono disponibili, nel software aziendale di rendicontazione, la MAD 54 specifica per la formazione e MAD 54 specifica per la valutazione del rischio. Il cronoprogramma prevede la revisione delle schede MAD54 inerenti la formazione (caso 2-5).
Servizio Risorse Umane_1 - Tutti i settori	A13.01	Affiancamento ad un dirigente del servizio per verifiche a campione che alle timbrature corrisponda l'effettiva presenza in servizio del personale	Effettuazione di almeno 18 accessi presso UU.OO. /Servizi/Uffici aziendali diverse nel trimestre, con redazione di sintetico verbale per ciascun accesso	Alla data del 31 dicembre 2019 sono state effettuate 18 verifiche delle presenze. Agli atti nell'applicativo la documentazione comprovante il raggiungimento dell'obiettivo in linea con l'indicatore.
Servizio Risorse Umane_2 - Tutti i settori	A13.02	Controllo sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 pervenute alle diverse articolazioni del servizio.	Verifica di tutte le autocertificazioni prodotte nel periodo di riferimento (100%). Indicatore: Relazione del dirigente responsabile.	Alla data del 31 dicembre 2019 sono state prodotte 79 nuove autocertificazioni e tutte 79 sono state sottoposte a verifica, pari al 100%, come relazionato dal Dirigente Responsabile del SRU. Agli atti nell'applicativo la documentazione comprovante il raggiungimento dell'obiettivo in linea con l'indicatore.
Servizio Risorse Umane_3 - Ufficio Formazione e Personale convenzionato	A13.03	Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) del Bilancio ex DGR n.7009/2017: procedura relativa all'iter amministrativo-contabile inerente la gestione del ciclo passivo	Adozione della procedura relativa all'iter amministrativo -contabile inerente il monitoraggio dei tempi di pagamento	Con riferimento alla nota mail del 3.12.019 della Responsabile della UOC Contabilità Generale e Risorse Finanziarie e alla nota mail del 20.12.2019 con la quale si è provveduto a trasmettere all'Ufficio Auditing la procedura relativa all'iter amministrativo-contabile. Agli atti nell'applicativo il file riportante la procedura predisposta dagli uffici competenti e che verrà adottata dopo le osservazioni/modifiche indicate dalla UOC Contabilità.
Servizio Tecnico Patrimoniale	A14.01	Realizzazione delle opere in esecuzione degli interventi di cui alla D.G.R. X/2111 del 11/07/2014 relativi alla "Ristrutturazione/ampliamento con messa a norma e adeguamento impiantistico del P.O. di	Consuntivo annuale delle opere già realizzate e valutazione sullo stato di avanzamento complessivo delle opere e monitoraggio del trimestre sul portale MEF	RISTRUTTURAZIONE/AMPLIAMENTO CON MESSA A NORMA E ADEGUAMENTO IMPIANTISTICO AI FINI DELLA SICUREZZA DEL PRONTO SOCCORSO OSPEDALE DI MAGENTA - D.G.R. X/2111 del 07.07.2014 -



		Magenta per la creazione del nuovo pronto soccorso, della D.G.R. X/5136/2016 e D.G.R. n. X/5510/2016 (VII° accordo programma quadro) per interventi mirati alla razionalizzazione area chirurgica ed area materno-infantile, dello stabilimento ospedaliero di Magenta, e delle determinazioni conseguenti alla DGR X/821/2013 e X/5509/2016 per gli interventi di recupero e riqualificazione del Vecchio Ospedale sito in via Candiani, 2 Legnano da adibire a servizi ed uffici (lotto n.1 - recupero edifici n. 1 e 3)		Nel corso del IV trimestre, è stato emesso il SAL n. 9 di cui alla determinazione n. 2197 del 29.10.2019. Il certificato di avvenuta ultimazione dei lavori è stato emesso in data 23.10.2019. Nel prossimo trimestre del prossimo anno si darà corso alla fase di collaudo. Il monitoraggio degli interventi è stato eseguito sul portale del MEF nel mese di ottobre, per il trimestre di riferimento. Al momento il totale delle lavorazioni completate è corrispondente al 100%.
Servizio Tecnico Patrimoniale	A14.02	Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) del Bilancio ex DGR n.7009/2017: procedura relativa all'iter amministrativo-contabile inerente la gestione del ciclo passivo	Adozione della procedura relativa all'iter amministrativo -contabile inerente il monitoraggio dei tempi di pagamento	Durante l'ultimo trimestre è stata conclusa da parte del Gruppo di Miglioramento la procedura, che è stata adottata e sarà oggetto nel prossimo trimestre di puntuale determinazione da parte del Dirigente Responsabile. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Sistemi Informativi Aziendali	A15.01	Nuova Gestione Fleet Management: definizione, configurazione, installazione del servizio. In termini di presidio locale e remoto, infrastruttura di connessione, collegamento con le aree applicative e definizione delle "knowledge base" (KB).	Personalizzazione del modulo web per la gestione dei ticket a livello dei Sistemi Informativi. Indicatore: Relazione del Responsabile.	Il modulo web personalizzato per la gestione dei ticket a livello dei Sistemi Informativi è stato reso disponibile da fornitore. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Sistemi Informativi Aziendali	A15.02	Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) del Bilancio ex DGR n.7009/2017: procedura relativa all'iter amministrativo-contabile inerente la gestione del ciclo passivo	Adozione della procedura relativa all'iter amministrativo -contabile inerente il monitoraggio dei tempi di pagamento	Come previsto dalla procedura i report di monitoraggio vengono inviati dalla Contabilità Generale ai servizi ordinatori dei Sistemi Informativi che provvedono ad analizzare le eventuali cause di blocco dei pagamenti. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Segreterie Direzioni	A16.01	Creazione di un archivio strutturato su determinati argomenti di carattere generale (organismi aziendali, normativa regionale, statale) attraverso una cartella condivisa sul server aziendale.	Gestione/Inserimento della documentazione nella cartella condivisa. Relazione della attività condotta.	La creazione e successiva gestione dell'archivio condiviso tra le segreterie di Direzione Generale, Sanitaria, Sociosanitaria e Amministrativa è risultata molto utile nell'espletamento delle attività specifiche di ogni ufficio. La cartella archivio strutturata in sottocartelle tematiche di carattere Generale, Aziendale e specifiche per Direzione, è aggiornata costantemente e implementata dei documenti di comune utilità. Sulla base di quanto sopra, si considera l'obiettivo raggiunto.



Segreteria Unica Territoriale	A16.02	Creazione di un archivio strutturato su determinati argomenti di carattere generale, inerente l'attività delle rispettive direzioni di afferenza, attraverso una cartella condivisa sul server aziendale.	Creazione della cartella condivisa. Gestione/Inserimento della documentazione nella cartella condivisa. Relazione della attività condotta.	Il lavoro è continuato nella raccolta e condivisione di materiale e informazioni necessarie alla gestione di bisogni e quesiti che pervengono da utenza esterna. Nella documentazione a supporto, la relazione del responsabile (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Protezione Giuridica	A17.01	Consolidamento attività di consulenza su protezione giuridica e DAT nei due presidi, rivolta a utenti interni ed esterni	Numero richieste evase/ Numero di richieste pervenute, attestate dal foglio di lavoro. Attività di promozione del servizio. Relazione sintetica del Responsabile.	Nel periodo di riferimento sono pervenute n. 200 richieste, di cui: n. 28 ospedale Abbiategrasso n. 16 ospedale Cuggiono n. 31 ospedale Magenta n. 27 ospedale Legnano n. 98 ufficio a Parabiago Tot. n. 200 consulenze evase. Attività di promozione pervenute n. 22 di cui: n. 1 incontro di formazione e n. 21 incontri di sensibilizzazione Tot. n. di richieste evase n. 22
Ambulatori	So1.01	Corretta rendicontazione delle prestazioni per esterni (prestazioni specialistica ambulatoriale gestite dagli erogatori degli ambulatori) attraverso l'accuratezza della registrazione e tempestività dell'inserimento della prestazione.	Miglioramento nella rendicontazione delle prestazioni di competenza, utilizzando il software aziendale. Indicatore: % Registr. Corrette AC \geq 95%	Il verifica della corretta rendicontazione delle prestazioni ambulatoriali è stata effettuata da personale SITRA dell'Area Monitoraggio Obiettivi e Indicatori, su tutti i dati estratti dal sistema informatico e riferiti al periodo 01/10/2019 - 20/12/2019, per un totale di 19890 record estratti. Tutti i settori interessati, con una percentuale di registrazione superiore al 95% sono in linea con l'indicatore.
Ambulatorio Prericovero Chirurgico	So1.02	Corretta raccolta di consenso al trattamento dei dati sensibili.	Informatizzazione delle liste di attesa: Inserimento in Acceweb dei dati delle schede APRO compilate nel quarto trimestre. Verifica e attestazione a cure del SITRA.	Da controlli effettuati nelle date 28/11 e 20/12/2019, alla presenza della coordinatrice del M.F. "Ambulatorio Prericovero" e finalizzata ad accertare la corretta e puntuale registrazione dei dati presenti nelle schede "APRO" nel sistema informatizzato di creazione delle liste di attesa (modulo Acceweb), si è verificata la completa adesione a quanto richiesto, e cioè la registrazione dei dati nella stessa giornata di effettuazione della visita di prericovero. Sono state escluse dalla verifica le schede APRO non correttamente compilate e, come da indicazioni della Direzione Medica, reinviati allo specialista. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).



Blocchi Operatori	So2.01	Sicurezza del paziente in sala operatoria. Applicazione della check list quale strumento efficace nel migliorare la qualità e sicurezza del paziente da sottoporre a procedure invasive. Tracciabilità della documentazione sanitaria: tenuta in ordine, completezza e aggiornamento della documentazione (MAP-09) - "LISTA RISCONTRO MATERIALE UTILIZZATO DURANTE L'INTERVENTO"	Controllo mensile di almeno 10 schede MAP-09. Verifica sul campo dell'effettiva applicazione della MAP-09 mediante adozione di apposita checklist (una verifica a trimestre). Indicatore: (schede compilate correttamente) / (schede verificate) = 1 Checklist di verifica: 100% item positivi.	Come richiesto da indicatore di periodo, sono state controllate dal coordinatore dell'Area Sale Operatorie n°30 schede MAP09 (revisione n° 5) per ogni blocco operatorio e tutte sono risultate compilate correttamente anche nel quarto trimestre. Verificata sul campo la corretta applicazione della MAP09 e tutti (100%) gli item sono risultati positivi. Sulla base di quanto sopra, si ritiene raggiunto l'obiettivo di periodo. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Consultori, Ostetricie, Blocco Parti, Neonatologia	So3.02	Realizzazione di un modello integrato unificato aziendale del Corso di Accompagnamento alla Nascita (CAN)	Attivazione di 2 corsi sperimentali (uno a Legnano e uno a Magenta) sulla base del nuovo progetto approvato, pari al 100%.	La riformulazione dell'indicatore relativo al quarto trimestre prevede la attivazione di due corsi di accompagnamento alla nascita da effettuarsi, uno a Magenta e uno a Legnano, secondo il nuovo progetto sperimentale, il quale prevede una nuova offerta di moduli tematici a cui la donna può partecipare liberamente, secondo le proprie esigenze. Entrambi i corsi sono stati attivati nel mese di Novembre (7 Novembre Legnano, 27 Novembre Magenta) e, secondo la calendarizzazione termineranno nel mese di Gennaio 2020. Sulla base di quanto sopra, si considera l'obiettivo raggiunto al 100%.
Corso di laurea in Infermieristica e master	So4.01	Adeguamento di procedure e strumenti ai criteri ed indicatori predisposti dell'Università degli Studi di Milano per il Corso di Laurea in Infermieristica	- Valutazione delle conoscenze e delle abilità acquisite dagli studenti. - Produzione del documento di report dei protocolli e delle procedure per ogni sede di tirocinio basate sulle evidenze scientifiche. - Invio dei flussi di rendicontazione tramite piattaforma software. Indicatore: - Relazione dell'attività svolta.	È stata svolta l'attività prevista per il quarto trimestre riportata nella Relazione quarto trimestre inclusiva della relativa documentazione ad evidenza dei risultati di periodo. Sulla base di quanto sopra si ritiene l'obiettivo in linea con quanto richiesto.
DEA - PS	So5.01	Applicazione PAP85 (Procedura aziendale di gestione delle donne vittime di violenza domestica e sessuale che accedono ai DEA/PS) Miglioramento nella fase di riconoscimento/rilevazione dei casi di violenza di genere.	Valutazione di aderenza al protocollo aziendale mediante la scheda MDDO4. Analisi di cinque episodi con sintesi delle eventuali criticità emerse.	Legnano: Nel quarto trimestre sono giunte in Pronto soccorso altre 21 donne accettate per violenza di genere. Sono quindi 71 le donne che si sono presentate per maltrattamenti nel 2019. Di questi casi ne sono stati analizzati 5 valutando l'aderenza alla scheda MDDO4 del protocollo aziendale (PAP 85). Dalla



				<p>valutazione si evince che la documentazione è stata compilata correttamente seguendo la check list in uso.</p> <p>Cuggiono: Nel quarto trimestre sono stati Valutati 5 episodi, in 2 non era indicato a chi fosse affidata la paziente e 2 erano registrati in codice verde</p> <p>Magenta: Nel quarto trimestre i casi di violenza di genere rendicontati sono stati 8, 5 dei quali sono stati analizzati mediante la scheda MDD-04. Tutte le MDD-04 sono state compilate correttamente e sono in linea con quanto previsto dalla PAP-85</p> <p>Abbiategrasso: Nel quarto trimestre analizzati i quattro casi che sono stati accettati nel trimestre Tutte le MDD-04 sono state compilate correttamente e sono in linea con quanto previsto dalla PAP-85</p> <p>La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).</p>
Degenze	So6.01	Corretta applicazione del protocollo di dimissioni protette.	<p>Rilevazione aderenza (aumento della concordanza rispetto al periodo precedente). Indicatore: N° di segnalazioni appropriate/ N° brass pervenute (≥ trimestre precedente)</p>	<p>Sulla base dei dati forniti dai coordinatori delle equipe di dimissioni protette si evince che tutti i Moduli di degenza coinvolti hanno raggiunto l'obiettivo, essendo in linea con quanto richiesto a indicatore. Nello specifico:</p> <p>MAGENTA: - Medicina 1 - terzo trimestre, 90 %; quarto trimestre, 99% - Medicina 2 - terzo trimestre, 80%; quarto trimestre, 99% - Geriatria - terzo trimestre, 83%; quarto trimestre, 93% - Oncologia - terzo e quarto trimestre, 100% - Cardio-Nefro terzo trimestre, 95%; quarto trimestre 100% - Ortopedia - terzo e quarto trimestre, 100% - Chirurgia-Urologia - terzo e quarto trimestre, 100% - Ginecologia - terzo e quarto trimestre, 100%</p> <p>ABBIATEGRASSO: - Tutti i settori sono al 100%</p> <p>LEGNANO: - Tutti i settori sono al 100%</p>



				CUGGIONO: - Tutti i settori sono al 100%
Cure Palliative Hospice e domiciliari	So6.02	Adeguamento della documentazione clinico assistenziale in aderenza al nuovo flusso informativo per le cure palliative	Verifica correttezza dati: Numero errori non bloccanti restituiti inferiore al periodo precedente.	Nell' ultimo trimestre si è verificata una netta diminuzione degli errori non bloccanti segnalati, come di seguito riportato. Errori segnalati III trimestre: 20 Errori segnalati IV trimestre: 4 Nella documentazione ad evidenza dei risultati di periodo i file di rendicontazione degli errori (applicativo aziendale OBTV Comparto).
S.P.D.C.	So6.03	Corretta applicazione del protocollo di dimissioni protette.	Rilevazione aderenza. N° di Brass discusse in equipe/N° PZ con rischio dimissioni difficili (≥ trimestre precedente) Verbale a cura del SITRA.	Nel trimestre di riferimento è stata completata l'analisi e la discussione dei casi affrontati durante le consegne giornaliere tra i professionisti dell'équipe assistenziale nel periodo ottobre - dicembre 2019. L'esito complessivo della valutazione di rischio sociale è risultato positivo per il 100% dei casi discussi. Gli incontri organizzati con il personale dei CPS di riferimento hanno permesso di approfondire e discutere le criticità assistenziali nonché trovare insieme soluzioni organizzative.
MAC - BIC	So7.01	Corretta registrazione e rendicontazione della documentazione MAC e BIC nel rispetto delle tempistiche previste.	Rispetto delle scadenze e delle modalità di registrazione nell'applicativo Aceweb. Chiusura amministrativa del 100% delle pratiche relative al trimestre contenenti lettera di dimissione definitiva, di fine ciclo o di successivo passaggio a follow-up. Indicatore: MAC chiuse/MAC chiudibili = 1 Attestazione a cura del SITRA.	Secondo le indicazioni della Direzione Sanitaria, tutte le pratiche amministrative devono essere obbligatoriamente chiuse entro la fine dell'anno. Per i pazienti per cui sono previsti ulteriori accessi successivamente al 31 .12 p.v. andrà riemessa una nuova impegnativa. Ottemperando a quanto richiesto dalla Direzione Sanitaria, TUTTE le pratiche sono state regolarmente chiuse, pari al 100%. BIC Dalla estrazione dei dati effettuata mensilmente dal CDG, è emerso che tutte le prestazioni effettuate in regime BIC sono state regolarmente e correttamente inserite a sistema per quanto riguarda la chiusura della pratica amministrativa. Sulla base di quanto sopra si ritiene l'obiettivo in linea con quanto richiesto.



<p>Radiologie - Medicina Nucleare, Laboratori, AnatPatol, Trasfusionale, Microbiologia, Sterilizzazione, CDD, UTIC. Servizio Vaccinazioni.</p>	<p>S09.01</p>	<p>Revisione della documentazione per uniformare le linee di attività nei settori appartenenti alla stessa area secondo le priorità definite in accordo con UO Qualità e Accreditamento.</p>	<p>Trasmissione della documentazione revisionata alla UO Qualità e Accreditamento e implementazione delle procedure prodotte. Relazione sulla attività condotta.</p>	<p># Centrali di Sterilizzazione: Il gruppo di lavoro ha prodotto come da cronoprogramma il "Modulo di trattamento strumentario chirurgico (MUD 09)".</p> <p># Area Laboratori: Il gruppo di lavoro ha condiviso la procedura di smistamento del materiale biologico consegnato presso i laboratori aziendali, l'istruzione operativa relativa all'utilizzo dei data-logger ed il suo modulo allegato per il controllo manuale delle temperature di trasporto. E' stata inoltre condivisa l'istruzione operativa per l'addestramento degli operatori coinvolti nella ricezione e smistamento del materiale biologico movimentato e la scheda con le relative attività formative. La documentazione è stata inviata alla UOC Qualità e Accreditamento come previsto dall'indicatore al 31/12/2019.</p> <p># Servizio Vaccinazioni: La procedura prodotta PAP VACCINAZIONI 17_12_2019 revo.doc è stata trasmessa alla UO Qualità e accreditamento e implementata, in aderenza con quanto richiesto a indicatore.</p> <p># Area Diagnostica per immagini: Trasmessa alla UO Qualità e Accreditamento la seguente documentazione revisionata: 1) scheda di valutazione delle performances dell'addestramento in MOC, scheda di inserimento/addestramento con le attività previste, e scheda di abilitazione all'esecuzione di prestazioni di tale indagine 2) scheda di valutazione delle performances dell'addestramento in amministratore di sistema, scheda di inserimento/addestramento con le attività previste, scheda di abilitazione all'esecuzione di tale attività. Nella riunione di U.O. del 17 dicembre, viene data applicazione alla documentazione prodotta.</p> <p># UTIC: Trasmessa la documentazione revisionata alla UO Qualità e Accreditamento e le procedure prodotte sono state approvate e pronte per la pubblicazione.</p>
--	---------------	--	--	---



				<p>I gruppi hanno lavorato insieme condividendo i contenuti e la stesura dei documenti, in accordo e supervisione per la parte di competenza con i Direttori interessati.</p> <p># CDD: elaborata e trasmessa alla UO Qualità e Accreditamento la "Procedura per la stesura del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) in Centro Diurno Disabili (CDD).</p>
Centro Prelievi	S09.02	Implementazione della nuova procedura di identificazione PZ e del materiale biologico.	<p>Stesura finale della procedura e scheda di addestramento.</p> <p>Trasmissione dei documenti alla UOC Qualità e Accreditamento.</p>	<p>Al fine di uniformare la procedura di identificazione dell'utente e del materiale biologico presso i centri prelievi, coinvolgendo tutti gli operatori interessati, si è provveduto alla realizzazione della seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedura relativa all'identificazione dell'utente e del materiale biologico con allegata una Flow Chart identificativa del percorso (PDP12) - istruzione operativa per l'utilizzo della strumentazione dedicata all'identificazione dell'utente e del materiale biologico (IDP12), - istruzione operativa dedicata all'addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo della strumentazione atta all'accettazione ed al prelievo del materiale biologico presso il centro prelievi (IDP15) - modulo per la valutazione dell'avvenuto addestramento (MUP43) <p>Tutto il personale coinvolto a vario titolo ha contribuito al raggiungimento dell'obiettivo ed è stato informato dell'attività svolta.</p> <p>La documentazione è stata inviata alla UOC Qualità e Accreditamento come previsto dall'indicatore al 31/12/2019.</p>
Area Forniture Territoriali presidi e ausili	S09.03	Stesura della documentazione (istruzioni operative) per uniformare le linee di attività nei settori appartenenti alla stessa area secondo le priorità definite in accordo con UO Qualità e Accreditamento.	<p>Trasmissione della documentazione alla UOC Qualità e Accreditamento.</p> <p>Relazione sulla attività condotta.</p>	<p>Nel trimestre di riferimento è stato completato il percorso per il raggiungimento dell'obiettivo</p> <p>Condivisi e applicati i documenti prodotti ai fini del perfezionamento con supervisione UOC Qualità e Accreditamento</p> <p>Invio UOC Qualità e Accreditamento.</p> <p>La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).</p>



Pediatria	SO9.04	Revisione della "Valutazione Infermieristica Iniziale - Pediatria" - MAD210 e successiva implementazione.	Implementazione del documento definitivo. Relazione sulla attività condotta.	L'utilizzo a pieno regime della nuova MAD 210 risulta efficace per evidenziare le criticità sociali economiche o psicologiche del nucleo familiare del minore ricoverato. Di conseguenza vengono attivati i contatti utili a supportare la famiglia, andando a coinvolgere i diversi servizi territoriali a seconda delle problematiche rilevate: servizi sociali, consultorio, ambulatorio dei disturbi perinatali (in caso di depressione post-partum), neuropsichiatria, insegnanti delle scuole dell'obbligo (in caso di patologie croniche). In conclusione il gruppo infermieristico sentito nella riunione del 13 dicembre esprime soddisfazione per la completezza della scheda di valutazione infermieristica iniziale (MAD210).
Rianimazioni	S10.01	Stesura e implementazione di due procedure inerenti: - Gestione tracheostomia; - Gestione drenaggio toracico.	Stesura finale della procedura. Indicatore: Produzione del documento definitivo.	Come da cronoprogramma: -Sono state effettuate riunioni per condividere con tutto il personale le bozze delle due procedure elaborate: 28/10/19 presso la Rianimazione di Legnano e ripetuta il 31/10/19 presso la Rianimazione di Magenta. Successivamente i documenti sono stati redatti nella versione definitiva. -Sono state effettuate riunioni per condividere le procedure definitive: 9/12-13/12 a Legnano e 16/12 a Magenta. -Presi accordi con la Qualità, in attesa di approvazione aziendale delle procedure elaborate. In allegato procedure definitive, convocazione e fogli firme riunioni (28/10), (9-13-16/12). La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).
Comunità Protette	S11.01	Miglioramento nella prevenzione delle cadute nel paziente con grave diagnosi psichiatrica ricoverato presso le strutture residenziali: Stesura documento specifico.	Stesura documento definitivo.	Redatto il documento specifico sulla prevenzione delle cadute nel paziente con grave diagnosi psichiatrica ricoverato presso le strutture residenziali. Presentato e condiviso in riunione il giorno 16/12/19. Il documento è stato inviato alla UO Qualità e Accreditamento. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).



CPS - NOA - SERT	S11.02	Implementazione della cartella informatizzata.	Utilizzo dell'applicativo per tutti i nuovi accessi, e passaggio al formato elettronico di almeno 30 pratiche cartacee per operatore, aperte prima de 01/04/2019. Attestazione a cura del SITRA	La verifica di quanto rendicontato è stata effettuata dalla Coordinatrice di Area ed attesta l'allineamento del risultato con quanto previsto dall'indicatore di periodo. Nel dettaglio: CPS_Legnano Inserito in Point 1736 cartelle elettroniche su 1736 utenti, la copertura rilevata alla data odierna risulta del 100%. CPS_Abbiategrasso L'utilizzo dell'applicativo per i nuovi accessi è prassi consolidata. Riguardo alle pratiche precedenti al 01/04/2019, sono state inserite tutte, pari al 100% Dipendenze L'applicativo viene utilizzato per tutti i nuovi accessi anno 2019, oltre che per tutti i pazienti già in carico, come si evince dai verbali delle riunioni di monitoraggio agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto), CPS_Magenta Ogni operatore ha inserito almeno 30 cartelle cartacea. L'utilizzo dell'applicativo è diventato di prassi. Per il pregresso, sono state inserite il 100% delle pratiche. CPS_Cuggiono Inserimento sull'applicativo di 890 cartelle dal 1/10/2019 al 20/12/2019, con una media di 110 ad operatore. CPS_Parabiago Nel terzo trimestre è stato utilizzato l'applicativo per tutti i nuovi accessi. Inoltre, ogni operatore ha garantito il passaggio al formato elettronico di 1108 cartelle elettroniche, con una media di 100 ad operatore.
N.P.I.	S11.03	Implementazione della cartella informatizzata.	Utilizzo dell'applicativo per tutti i nuovi accessi, e passaggio al formato elettronico per pazienti in trattamento nel trimestre di riferimento. Attestazione a cura del SITRA	Sulla base di quanto riportato nelle relazione a cura del SITRA, effettuate le verifiche di corrispondenza tra elenchi nominativi di PZ in trattamento e l'elenco delle liste dei nuovi trattamenti, si dichiara quanto segue: -Nuovi accessi nel trimestre - 270 -Cartelle inserite nel software "Point" - 270 -Percentuale di raggiungimento - 100% ----- -Pazienti già in carico e trattati nel trimestre - 662 -Cartelle inserite nel software "Point" - 662 -Percentuale di raggiungimento - 100%



				Sulla base di quanto dichiarato, si considera l'obiettivo in linea con quanto previsto dall'indicatore di periodo.
Fragilità, Disabilità e integrazione sociale	S12.01	Implementazione di una scheda informatizzata MAD-302 "scheda di dimissioni protette".	Relazione conclusiva sull'implementazione della nuova modalità di valutazione con evidenza delle criticità emerse.	Anche nell'ultimo trimestre l'equipe di Dimissioni Protette ha proseguito l'utilizzo della scheda di "Dimissioni Protette" MAD 302 rev.2 compilabile elettronicamente e "il diario colloqui Dimissioni Protette" MAD 303 rev.1 per tutte le nuove valutazioni. Dall'utilizzo è emersa la necessità di effettuare ancora piccole modifiche ed integrazioni. La scheda, con le ultime revisioni, verrà utilizzata a partire dal 01.01.2020.
S.I.T.R.A. _Aree Funzionali	S13.02	Implementazione del nuovo programma SIGMA per la gestione informatizzata della turnistica.	Utilizzo a regime del nuovo programma del 100% dei MF	Nel trimestre di riferimento i Coordinatori di Modulo Funzionale sono stati supportati dai rispettivi Coordinatori di Area per affrontare le diverse problematiche emerse, soprattutto in seguito al nuovo "Regolamento Presenze Assenze". Nel mese di dicembre, in ogni caso, TUTTI i coordinatori utilizzano il programma "Sigma Planner" per la programmazione delle presenze e della turnistica. Sulla base di quanto sopra, si considera l'obiettivo pienamente raggiunto.
Endoscopia	S15.01	Implementazione all'interno della documentazione clinica informatizzata della "Scheda di valutazione e monitoraggio in endoscopia".	Formazione del personale e/o estensione della adozione e compilazione del modulo in formato elettronico (Ospedale Magenta e Abbiategrasso). Relazione finale.	Si conferma la completa adozione e compilazione del modulo "Scheda di valutazione e monitoraggio in endoscopia" per l'Endoscopia dell'ospedale di Abbiategrasso nel trimestre di riferimento e già nel trimestre precedente l'Endoscopia dell'ospedale di Magenta. Tutto il personale è stato addestrato L'utilizzo del modulo è verificabile mediante il sistema di archiviazione e trasmissione di immagini (PACS aziendale).
Servizi Emodialisi - C.A.L.	S16.01	Implementazione all'interno della documentazione clinica informatizzata del modulo relativo agli accessi vascolari.	Monitoraggio dell'utilizzo del modulo per ogni seduta dialitica. Indicatore: N compilazioni ----- x100 = 100 N Sedute	Metodologia di verifica: - Estrazione dal sistema dell'elenco dei pazienti attivi - Estrazione report delle sedute dialitiche effettuate nel periodo di riferimento, contenente i dati oggetto di verifica, per ogni singolo paziente. Il numero di compilazioni del modulo relativo alla gestione degli accessi vascolari in rapporto alle sedute dialitiche effettuate è risultato pari al 100%. Nello specifico_



				<p>Dialisi Legnano Sedute dialitiche effettuate 3500, tutte contenenti le registrazioni richieste</p> <p>Dialisi Magenta Sedute dialitiche effettuate 2114, tutte contenenti le registrazioni richieste</p> <p>CAL Cuggiono Sedute dialitiche effettuate 718, tutte contenenti le registrazioni richieste</p> <p>CAL Abbiategrasso Sedute dialitiche effettuate 974, tutte contenenti le registrazioni richieste</p> <p>La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).</p>
S.R.R.F.	S17.01	Mappatura degli ausili per la movimentazione manuale dei pazienti sia in ambito ospedaliero che territoriale.	<p>Elaborazione di un documento contenente proposte per il governo degli ausili e l'incentivazione al corretto utilizzo degli stessi.</p> <p>Indicatore: Evidenza del documento.</p>	<p>E' stato redatto un documento contenente le proposte per il governo degli ausili e l'incentivazione al corretto utilizzo degli stessi. Il documento è stato condiviso con tutto il personale del comparto della U.O.R.S. di Magenta nella riunione del 18-12-2019.</p> <p>La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).</p>

Legnano, 25 giugno 2020



ASST Ovest Milanese UOC Programmazione e Controllo	PROCEDURA PROCESSO DI BUDGET	PUP 03 Rev0 Settembre 2018 Pag. 1 di 70
--	-------------------------------------	--

REDAZIONE		
Data	Funzione	Visto
Settembre 2018	UOC Programmazione e Controllo	Grioni Andrea
		Bellini Paola
		Marco Brusati
		Angela Gioletta

VERIFICA/APPROVAZIONE		
Data	Funzione	Visto
Settembre 2018	Responsabile UOC	Marta Cristina Guffanti

DATA DI APPLICAZIONE
30 Settembre 2018



SOMMARIO

1. OGGETTO E SCOPO	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3. RESPONSABILITÀ	3
4. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	4
5. DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI	4
6. CONTENUTO	4
6.1 FASI DEL PROCESSO	4
6.1.1 PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI	5
6.1.2 MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI	5
6.1.3 REVISIONE DEGLI OBIETTIVI	6
6.1.4 VALUTAZIONE DELL’OBIETTIVO E IL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO	6



1. OGGETTO E SCOPO

La presente procedura si applica al processo di budget inteso quale insieme di regole aziendali che definiscono in modo esplicito e trasparente il processo per giungere alla formalizzazione delle risorse e degli obiettivi di budget da assegnare ai Centri di Responsabilità.

Il budget può essere definito come un documento che raccoglie gli obiettivi da perseguire e le risorse da impiegare nell'anno. La struttura del budget è per centri di responsabilità. Il budget si configura come un documento formale che esprime in termini quantitativi e qualitativi il programma dell'azienda, le risorse disponibili ed i risultati da perseguire.

La presente procedura ha per oggetto la disciplina del processo di negoziazione del budget e dei connessi obiettivi delle strutture della ASST Ovest Milanese definiti sulla base delle indicazioni nazionali e regionali.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le indicazioni contenute nel presente documento sono applicabili a tutte le Strutture dell'Azienda titolari di funzione budget (performance organizzativa), in coerenza con l'assetto organizzativo aziendale POAS vigente.

Sono esclusi dalla presente procedura gli obiettivi di mandato del Direttore Generale e gli obiettivi riferiti all'erogazione delle Risorse Aggiuntive Regionali (RAR).

3. RESPONSABILITÀ

Il contenuto del presente documento viene aggiornato nel caso di mutamento normativo o del contesto organizzativo.

La responsabilità dell'aggiornamento del documento è della UOC Programmazione e Controllo che si attiva o su propria iniziativa ovvero su segnalazione delle altre Strutture aziendali.

La responsabilità dell'applicazione e del controllo dell'applicazione del presente documento è della UOC Programmazione e Controllo

Gli attori principali coinvolti nel processo di budget sono:

- la Direzione Aziendale;
- Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP);
- l'UOC Programmazione e Controllo;
- i Centri di Responsabilità (CdR).



4. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione della progettazione della strategia aziendale.

- “SCHEMA” DI DECRETO del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze per dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 1, comma 524, lettere a) e b), della Legge di Stabilità 2016, relativamente alla previsione dei piani di rientro aziendali.
- Legge Regionale 11 agosto 2015 n. 23 ad oggetto “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”;
- PROGRAMMA NAZIONALE ESITI –PNE- Ministero della Salute;
- Regole di sistema riferita alle annualità di riferimento
- Accordi Integrativi aziendali vigenti in materia di retribuzione di risultato e produttività collettiva

5. DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

NVP	Nucleo di Valutazione delle Prestazione
CdR	Centro di Responsabilità
UOC	Unità Operativa Complessa

6. CONTENUTO

Il processo di budget prende vita dalle direttive espresse dalla Direzione Strategica principalmente sulla base di quanto viene ad essa assegnato in termini di obiettivi da parte della Regione, dallo Stato ed in base al contenuto del Piano di Organizzazione Aziendale.

Altri obiettivi trasversali ai dipartimenti ed alle UU.OO. vengono condivisi e proposti dalla Direzione Strategica o proposti dalle Unità Operative stesse.

6.1 FASI DEL PROCESSO

Il processo di misurazione e valutazione viene svolto dall'UOC Programmazione e Controllo secondo uno schema logico temporale che contempla le seguenti fasi:

- Fase Propedeutica: individuazione dei centri di costo e di responsabilità sulla base di quanto stabilito dal Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS);
- Fase Preliminare (entro dicembre dell'anno precedente): presa d'atto delle Regole Regionali e loro invio ai Centri di Responsabilità (CdR);

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



6.1.1 PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI

Posto che, nell'ambito delle rispettive qualifiche e competenze, al perseguimento degli obiettivi devono concorrere tutti i dipendenti di area Dirigenza e di area Comparto, a ciascuna struttura vengono attribuiti obiettivi con indicatori sia qualitativi che quantitativi oggettivamente valutabili.

Ai fini di una valutazione non influenzata da elementi soggettivi, gli obiettivi devono essere:

- riconducibili ai livelli di attività e quindi misurabili attraverso indicatori oggettivi;
- riconducibili al contenimento o razionalizzazione della spesa e quindi misurabili attraverso indicatori contabili e di consumo delle risorse;
- di tipo qualitativo riconducibili ad un miglioramento del servizio e misurabili attraverso indicatori di qualità.

Per ciascun obiettivo si predispose una scheda di budget contenente le seguenti informazioni:

- il CdR a cui è stato assegnato l'obiettivo;
- la descrizione dell'obiettivo;
- il risultato atteso al 31/12;
- l'indicatore con cui misurare il grado di raggiungimento dell'obiettivo al 31/12 (il grado di raggiungimento viene espresso in percentuale su base 100);
- i risultati attesi infrannuali (almeno ad ogni trimestre);
- l'indicatore con cui misurare, almeno ad ogni trimestre, il grado di raggiungimento dell'obiettivo nel corso dell'esercizio (il grado di raggiungimento viene espresso in percentuale su base 100);
- il peso dell'obiettivo.

6.1.2 MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI

La UOC Programmazione e Controllo, periodicamente verifica l'andamento degli obiettivi.

Ogni CdR, su richiesta formale della UOC Programmazione e Controllo, trimestralmente effettua una rendicontazione sullo stato di avanzamento degli obiettivi ad esso assegnati, utilizzando gli indicatori individuati nella fase di predisposizione delle schede di budget. Inoltre, effettua anche una valutazione di prima istanza sul grado di raggiungimento dell'obiettivo alla data di rilevazione (il grado di raggiungimento viene espresso in percentuale su base 100).

La verifica conclusiva viene effettuata da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni che certifica lo stato d'avanzamento periodico e finale degli obiettivi, ai fini dell'erogazione degli incentivi.



6.1.3 REVISIONE DEGLI OBIETTIVI

Nel corso dell'esercizio è possibile revisionare sia l'oggetto dell'obiettivo che gli indicatori ad esso collegati.

La modificazione degli obiettivi di budget potrà avvenire in uno dei seguenti modi:

- Su iniziativa della Direzione Strategica, qualora sussistano nuove esigenze aziendali o indicazioni da parte del programmatore regionale;
- su iniziativa dell'UOC Programmazione e Controllo, qualora, nell'ambito delle proprie funzioni di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati, dovessero rilevarsi differenze significative tra obiettivi e risultati intermedi ottenuti;
- su proposta motivata del CdR interessato: la richiesta deve essere trasmessa, a cura del Responsabile del Dipartimento a cui il CdR stesso afferisce gerarchicamente, all'UOC Programmazione e Controllo, valuta la richiesta e una volta deciso in merito, trasmette la propria risoluzione al NVP per la definitiva approvazione. Ottenuta l'autorizzazione del NVP l'UOC Programmazione e Controllo procede nell'aggiornamento della scheda di budget.

6.1.4 VALUTAZIONE DELL'OBIETTIVO E IL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO

Il Budget rappresenta uno degli strumenti migliori al quale correlare il sistema incentivante per la dirigenza ed il comparto.

La valutazione del budget avviene sulla base dell'indicatore e del target definiti per ciascun obiettivo al 31 dicembre di ogni esercizio. Il target è il valore obiettivo al quale ogni CdR deve tendere. Ai fini della valutazione del raggiungimento dell'obiettivo vengono tuttavia stabilite soglie di tolleranza entro le quali l'obiettivo verrà considerato raggiunto o parzialmente raggiunto.

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

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