

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Ovest Milanese

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2018

SOMMARIO

1	Premessa.....	3
2	Organizzazione	4
3	Analisi del contesto interno.....	7
4	Gestione economica finanziaria	11
5	Costo del personale	11
6	Valutazione ciclo delle performance e obiettivi strategici	12
7	Misurazione e valutazione obiettivi programmati	13
8	Obiettivi Risorse Aggiuntive (RAR).....	18
9	Customer Satisfaction	19
10	Qualità dei processi e servizi erogati	20
11	Trasparenza e Prevenzione della Corruzione.....	20
12	Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PrIMO)	22
	ALLEGATI TECNICI.....	23

1 PREMESSA

Il Piano delle Performance 2018-2020 è stato predisposto ai sensi dell'art.10 e 15 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n.150, nonché del Decreto Legislativo 74 del 2017, e adottato dall'Azienda con propria deliberazione n 28 del 29 gennaio 2018

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

Attraverso questo documento, l'Azienda descrive le attività e i progetti attivi che sono rappresentati attraverso indicatori di *performance*.

La Relazione sulla *performance* costituisce lo strumento mediante il quale l'amministrazione illustra ai cittadini e a tutti gli altri *stakeholder*, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della *performance*.

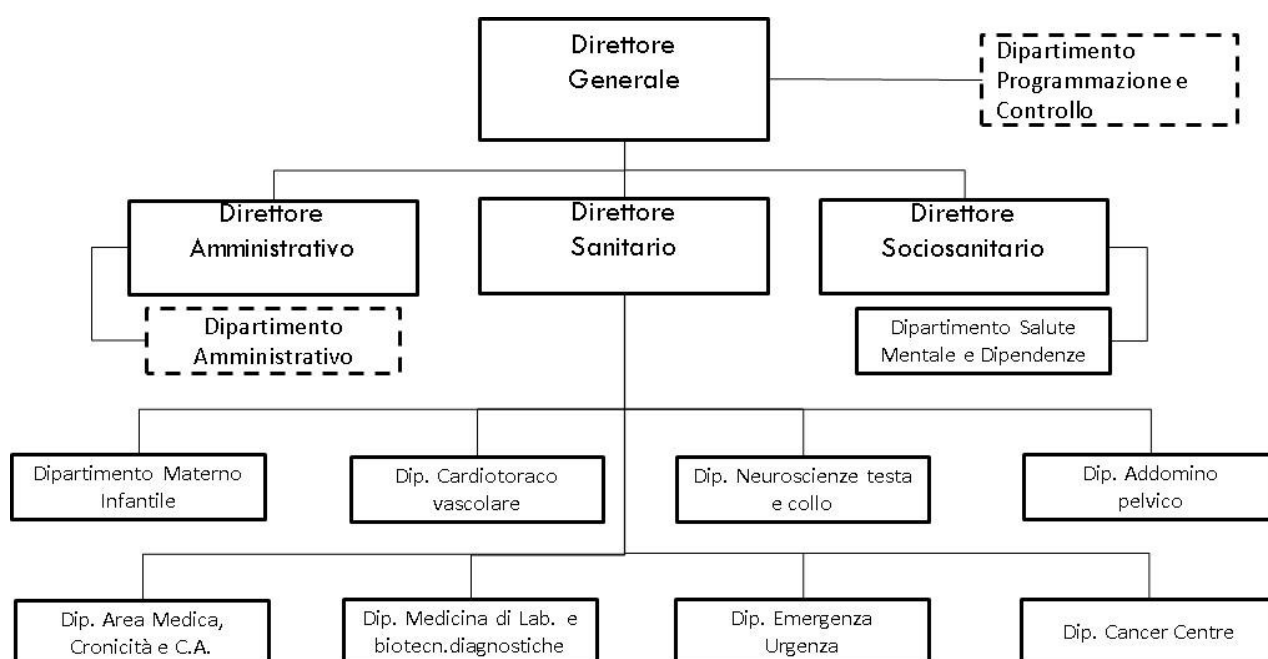
La Relazione evidenzia a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti nell'anno di riferimento rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno, indicandone le cause e le misure correttive da adottare.

La Relazione da adottare entro il 30 giugno di ogni anno, deve essere ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n.150/2009, così modificato dal d.lgs. n.74/2017, approvata dal Direttore Generale dell'Azienda e validata dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, e inoltre, ai sensi dell'art. 10 comma 8, lettera b) del d.lgs. n.33/2013, pubblicata sul sito Aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"<http://www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparente>.

2 ORGANIZZAZIONE

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

Di seguito si riporta una sintesi dell’organigramma:



L'ASST si articola in due settori Aziendali rispettivamente definiti rete territoriale, che eroga le prestazioni distrettuali ex d.lgs.502/1992, e polo ospedaliero, prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie, in elezione e specialistiche a livelli crescenti di complessità, che afferiscono direttamente alla Direzione Generale. L'articolazione in due settori non deve riprodurre una separazione tra momenti erogativi diversi; per tale motivo i dipartimenti dell'Azienda, sono trasversali ai due ambiti indipendentemente dalla dipendenza gerarchica dalla Direzione Sanitaria o Socio Sanitaria.

L'Azienda è dotata di:

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

per un totale di 1.371 posti letto totali, posti degenza ordinaria 1.301, posti 70 di DH/DS e 391 letti tecnici (culle, macro attività ambulatoriale, letti per dialisi, subacuti, Hospice Cuggiono e posti in comunità psichiatriche)

I Presidi ospedalieri e la rete dell'emergenza/urgenza sono organizzati in due Presidi Ospedalieri Unici:

- Presidio Unico ospedaliero di Legnano-Cuggiono costituito dagli stabilimenti Ospedale Civile di Legnano e Ospedale S.S. Benedetto e Geltrude di Cuggiono;
- Presidio Unico ospedaliero di Magenta-Abbiategrasso, costituito dagli stabilimenti Ospedale Fornaroli di Magenta e Ospedale Cantù di Abbiategrasso.

In linea con quanto previsto dal DM 70/15 i 4 stabilimenti assumono una loro mission specifica e funzionale all'unitarietà della mission Aziendale e alla corretta soddisfazione della domanda di salute. Tutti gli stabilimenti assicurano una piena integrazione con la rete territoriale per garantire, anche con metodiche di telemedicina, una corretta presa in carico dei pazienti cronici e una maggiore appropriatezza gestionale. Allo stesso tempo assicurano una piena integrazione con la rete dell'emergenza/urgenza territoriale.

L'Azienda eroga i propri servizi di area Salute Mentale attraverso:

- Centro Psicosociale di Legnano
- Centro Psicosociale di Magenta
- Centro Psicosociale di Abbiategrasso
- Centro Psicosociale di Parabiago
- Centro Psicosociale di Cuggiono
- Centro Diurno Legnano
- Centro Diurno Magenta
- Centro Diurno Parabiago
- Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza di Magenta
- Comunità Riabilitative a Media Assistenza di Legnano
- Comunità Protette ad alta assistenza di Parabiago
- Comunità Protetta a bassa assistenza di Parabiago
- Ambulatori di Neuropsichiatria infantile di Cuggiono
- Ambulatori di Neuropsichiatria infantile di Legnano
- Ambulatori di Neuropsichiatria infantile di Parabiago
- Ambulatori di Neuropsichiatria infantile di Abbiategrasso
- Ambulatori di Neuropsichiatria infantile di Bareggio
- Ambulatori di Neuropsichiatria infantile di Magenta

Il settore Aziendale Rete territoriale, secondo quanto disposto dalla L.R. n. 23/2015 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.

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 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, Cislano, Cassinetta di Lugagnano, Gaggiano, Guido 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*

Eroga i propri servizi sanitari e socio sanitari attraverso le seguenti strutture:

- Consultorio familiare pubblico di Busto Garolfo
- Consultorio familiare pubblico di Legnano
- Consultorio familiare pubblico di Magenta
- Consultorio familiare pubblico di Parabiago
- Consultorio familiare pubblico di Abbiategrasso
- Consultorio familiare pubblico di Arluno
- Consultorio familiare pubblico di Castano Primo
- Consultorio familiare pubblico di Cuggiono
- CDD (Centro Diurno per Disabili) di Castano Primo
- CDD Il passero di Magenta
- CDD il Seme di Busto Garolfo

- CDD di Magnago
- CDD Pontevecchio di Magenta
- CDD di Rescaldina
- CDD di Vittuone
- HOSPICE di Magenta
- NOA (Nucleo operativo alcool dipendenze) di Legnano
- NOA di Abbiategrasso
- SERT (Servizio Tossicodipendenze) di Magenta
- SERT di Parabiago

3 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Dotazione organica

Alla data del 31 dicembre 2018, l'Azienda conta n. 4215 dipendenti.

Dirigenza	N. dipendenti tempo indeterminato	N. dipendenti tempo determinato
Medici	596	80
Dirigenza sanitaria non medica	58	3
Altri dirigenti	22	2
Totale dirigenza	676	85

Comparto	N. dipendenti tempo indeterminato	N. dipendenti tempo determinato
Ruolo sanitario	2115	50
Ruolo professionale	3	0
Ruolo tecnico	782	115
Ruolo amministrativo	371	18
Totale comparto	3271	183

Ricoveri

Si riportano dati atti a descrivere alcune caratteristiche dimensionali fondamentali (dati 1.12.2018)

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	//		//
TOTALE	1371	1301	70	18	101	30	46	50	11	135

Analisi Ricavi da attività di Ricovero:

Stabilimenti Ospedalieri	Valore Ricoveri	N. Ricoveri
Ricovero Ordinario	83.342.818	18.599
Day Hospital	2.409.180	1.996
Totale OSP. LEGNANO	85.751.998	20.595
Ricovero Ordinario	6.904.305	1.908
Day Hospital	1.736.736	1.192
Cure Subacute	208.690	62
Totale OSP. CUGGIONO	8.849.731	3.162
Ricovero Ordinario	43.161.008	12.426
Day Hospital	1.995.132	1.638
Totale OSP. MAGENTA	45.156.140	14.064
Ricovero Ordinario	6.401.112	1.796
Day Hospital	1.484.450	1.093
Totale OSP. ABBIEGRASSO	7.885.562	2.889
TOTALE	147.643.431	40.710

Attività Ambulatoriale: (Dati al 31.12.2018)

Struttura	Numero Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale (28/SAN)	Valorizzato
002331 OSPED. G.FORNAROLI-MAGENTA	998.111	14.381.674
002332 CPS - ABBIATEGRASSO	436	9.040
002333 CPS - MAGENTA	748	15.239
002336 OSPEDALE "C. CANTU"	359.882	6.925.797
002339 C.A.L. ABBIATEGRASSO	4.171	725.518
002340 POLIAMBULATORIALE PARABIAGO	120.913	612.263
002345 U.O.N.P.I. - Parabiago	7.367	290.504
002352 CPS - PARABIAGO	295	6.502
002358 U.O.N.P.I. - Abbiategrasso	9.370	396.806
002361 U.O.N.P.I. - Bareggio	1.214	52.854
002367 OSPED. S.S.BENEDETTO GELTRUDE	361.970	5.683.094
002369 U.O.N.P.I. - Cuggiono	4.484	183.271
002370 CPS - CUGGIONO	184	4.076
002371 C.A.L. CUGGIONO	4.524	710.254
002374 CPS - LEGNANO	566	11.973
002377 CENTRO FISILOGIA SPORTIVA	18.824	306.338
002378 OSPEDALE CIVILE LEGNANO	1.439.117	29.079.750
002379 U.O.N.P.I. - Legnano territorio	11.740	439.766
002380 U.O.N.P.I. - Legnano ospedale	411	23.270
002382 U.O.N.P.I. - Magenta	10.601	497.974
030074 OSPEDALE CIVILE G. FORNAROLI - MAGENTA - PS	434.404	5.106.997
030281 OSPEDALE DI LEGNANO E CUGGIONO-LEGNANO - PS	492.077	5.834.488
Totale	4.281.409	71.297.446

Attività di Pronto Soccorso: (Dati al 31.12.2018)

Stabilimenti Ospedalieri	Numero accessi in PS
Ospedale Civile di Legnano	70.412
Ospedale Civile G. Fornaroli – Magenta	62.638
Ospedale Di Circolo C. Cantù – Abbiategrasso	12.958
Ospedale S.S. Benedetto e Geltrude di Cuggiono	10.126
Totale	156.34

Attività territoriale (Dati al 31.12.2018)

Struttura	Giorni Utili	Posti Letto	Capacità Produttiva	Giornate di Presenza	Tasso Occupazione
1104005612 C.D.D. RESCALDINA	230	30	6.900	4.313	62,5 %
1104005615 C.D.D. BUSTO GAROLFO	234	30	7.020	6.488	92,4 %
1105005613 C.D.D. CASTANO PRIMO	234	30	7.020	5.710	81,3 %
1105005614 C.D.D. MAGNAGO	230	25	5.750	2.462	42,8 %
1106005616 C.D.D. MAGENTA	224	30	6.720	3.472	51,7 %
1106005617 C.D.D. VITTUONE	225	20	4.500	3.206	71,2 %
1106005622 C.D.D. PONTE VECCHIO	224	25	5.600	3.316	59,2 %
1108005780 HOSPICE MAGENTA	365	8	2.920	2.748	94,1 %
TOTALE	1.966	198	46.430	31.715	68,3 %

4 GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA

Nella tabella sotto riportata sono evidenziati, per le macro voci di bilancio del Polo Ospedaliero e della Rete Territoriale, i valori di ricavo e di costo relativi al bilancio d'esercizio 2018.

Cod.	Voce	POLO OSPEDALIERO			RETE TERRITORIALE		
		PREVENTIVO 2018	BES 2018	VARIAZIONE	PREVENTIVO 2018	BES 2018	VARIAZIONE
		A	B	(B-A)	A	B	(B-A)
	RICAVI						
AOIR01	DRG	147.058	144.485	- 2.573	-	-	-
AOIR02	Funzioni non tariffate	30.518	28.340	- 2.178	-	-	-
AOIR03	Ambulatoriale	54.868	56.108	1.240	-	-	-
AOIR04	Neuropsichiatria	2.063	1.961	- 102	-	-	-
AOIR05	Screening	919	844	- 75	-	-	-
AOIR06	Entrate proprie	16.239	15.582	- 657	2.981	3.196	215
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	8.585	8.703	118	233	269	36
AOIR08	Psichiatria	9.608	8.710	- 898	-	-	-
AOIR09	File F	36.766	36.659	- 107	-	-	-
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	-	116	116	-	-	-
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	39.335	46.314	6.979	29.930	31.867	1.937
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	-	124	124	-	5	5
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	-	462	462	-	15	15
AOIR15	Prestazioni sanitarie	11.442	10.238	- 1.204	2.119	2.181	62
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	357.401	358.646	1.245	35.263	37.533	2.270
	COSTI						
AOIC01	Personale	179.190	182.968	3.778	16.071	16.194	123
AOIC02	IRAP personale dipendente	11.496	11.691	195	1.024	1.025	1
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	7.104	7.192	88	192	227	35
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	166.048	164.356	- 1.692	12.173	14.185	2.012
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	2.425	2.915	490	39	39	-
AOIC06	Altri costi	6.138	6.132	- 6	158	265	107
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	4.443	6.475	2.032	90	27	- 63
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	-	362	362	-	144	144
AOIC17	Integrativa e protesica	-	-	-	5.516	5.427	- 89
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	376.844	382.091	5.247	35.263	37.533	2.270
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	19.443	23.445	4.002	-	-	-
	Risultato economico	-	-	-	-	-	-

(Valori in euro/1000)

Dalla tabella sopra riportata si evince che l'obiettivo di pareggio di bilancio per l'esercizio 2018 è stato raggiunto.

5 COSTO DEL PERSONALE

Le politiche del personale sviluppate nel corso del 2018 hanno teso a contemperare le seguenti due distinte esigenze:

- ✓ Realizzazione di programmi di intervento efficaci, basati su una attenta analisi dei bisogni e un oculato utilizzo delle risorse orientato alla valorizzazione delle competenze e all'integrazione tra le diverse competenze specialistiche e tecnico professionali, così da

garantire continuità e coerenza nelle risposte ai bisogni stessi;

- ✓ Razionalizzazione dei costi, nel rispetto dei vincoli derivanti dalle disposizioni nazionali (in particolare, art. 17 – comma 3 bis – del D.L. 98/2011 e s.m.i.) e regionali in materia, nonché dalle cosiddette “Regole di Sistema” 2017 di cui alla DGR n. X/5954 del 5.12.2016, consentendo il rispetto del budget di cui al decreto di assegnazione n.5261 del 12.04.2018.

Al riguardo, il reclutamento del personale ha privilegiato i contratti di lavoro a tempo indeterminato, quale forma ordinaria di rapporto di lavoro, o – all’occorrenza – a tempo determinato (ivi ricomprendendo i rapporti di supplenza di personale assente con diritto alla conservazione del posto), mantenendolo oltremodo limitato il ricorso a contratti di fornitura di lavoro temporaneo, con costi gravanti su beni e servizi, che danno minor garanzia di stabilità.

Le professionalità sulle quali si è maggiormente investito sono state quelle della Dirigenza Medica e quelle del Comparto appartenenti al Ruolo Sanitario e al Ruolo Tecnico del profilo OSS, onde assicurare adeguati livelli di assistenza.

Ancora avuto riguardo alla Dirigenza Medica, previa autorizzazione regionale, sono state espletate procedure volte al conferimento di diversi incarichi di Direzione di Struttura Complessa, al fine di preporre alla stessa figure che garantiscano l’espletamento di tutte le funzioni previste dalla normativa in capo al Direttore Medico, quali:

- le funzioni di direzione ed organizzazione da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella medesima;
- l’adozione dei provvedimenti necessari per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l’appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
- l’efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite.

6 VALUTAZIONE CICLO DELLE PERFORMANCE E OBIETTIVI STRATEGICI

Risulta fondamentale nella definizione delle linee strategiche di programmazione e controllo considerare i dettami contenuti nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di Stabilità 2016)”.

La legge introduce i Piani di rientro Aziendali come strumenti per il perseguimento dell’efficienza gestionale delle aziende. Nel dettaglio, il comma 524 lettere a) e b), individua come determinante dell’ingresso in piano di rientro Aziendale la presenza di almeno una o entrambe le seguenti condizioni:

- Scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell’attività, ai sensi dell’articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o

superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro;

- Mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal citato decreto.

Pertanto al fine di presidiare e monitorare sistematicamente quelle linee di attività che si ritengono prioritarie per tradurre in operatività quanto precedentemente delineato, sono state individuate le macro aree così come indicate nell'allegato n.1 "Obiettivi strategici 2018", a cui sono stati ricondotti gli obiettivi per l'anno 2018.

Nell'allegato tecnico n. 1, sono altresì riportati gli esiti dei risultati emersi dalla rilevazione degli indicatori.

7 MISURAZIONE E VALUTAZIONE OBIETTIVI PROGRAMMATI

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

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

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

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

Il grado di raggiungimento degli obiettivi è stato valutato sulla base di indicatori di risultato ad hoc predefiniti. La verifica degli obiettivi deve avere cadenza periodica adeguata rispetto all'obiettivo medesimo strutturato, nonché in linea con le direttive della Regione.

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

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

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

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

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 dal Nucleo di Valutazione. Il riconoscimento economico, avviene come segue:

% di raggiungimento =< 50% Nessuna retribuzione di risultato

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

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

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

Nel 2018:

- ✓ Numero Centri di Responsabilità che hanno ottenuto il punteggio massimo pari al 100%: n. 52 (68%)
- ✓ Numero Centri di Responsabilità che hanno ottenuto il punteggio compreso tra il 70% e il 100%: n. 24 (31 %)
- ✓ Numero Centri di Responsabilità che hanno ottenuto il punteggio compreso tra il 50% e il 70%: n.1 (1%)
- ✓ Numero Centri di Responsabilità che hanno ottenuto il punteggio inferiore al 50%: n.0



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 dall'Accordo integrativo Aziendale:

- Coefficiente di apporto
- Coefficiente di valutazione
- Tipologia del rapporto
- Numero di giornate lavorative utili in corso di anno

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

ESITI VALUTAZIONE DELL'APPORTO INDIVIDUALE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET DIRIGENZA - ANNO 2018 -

TABELLA PARAMETRI - P.T.A.	
N. DIP	PARAMETRO
0	0
0	1
0	1,25
0	1,5
0	1,75
24	2

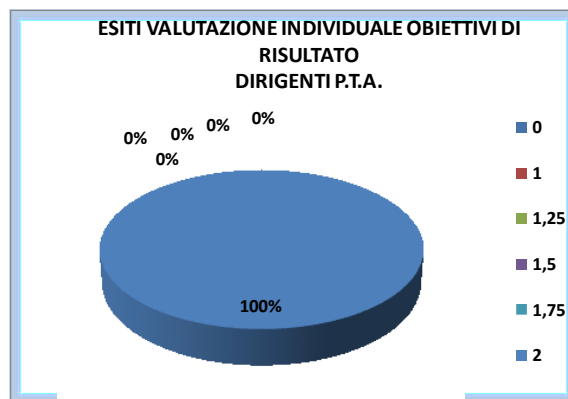


TABELLA PARAMETRI - SANITARI NON MEDICI	
N. DIP	PARAMETRO
0	0
0	1
0	1,25
1	1,5
16	1,75
44	2

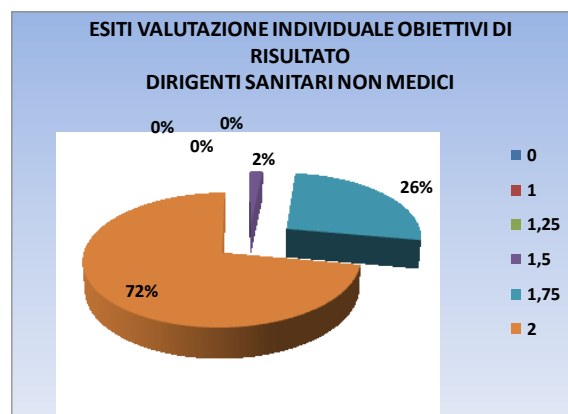
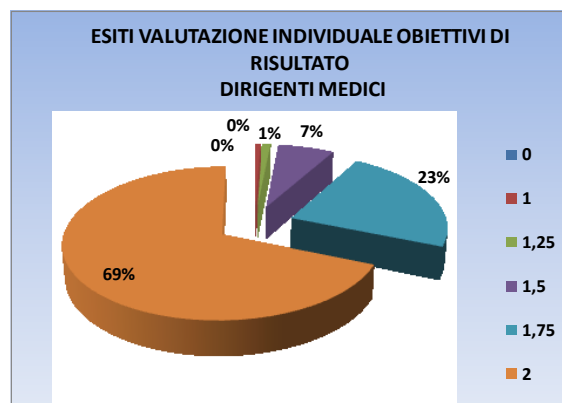


TABELLA PARAMETRI - MEDICI	
N. DIP	PARAMETRO
0	0
4	1
7	1,25
47	1,5
164	1,75
489	2



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 sarà 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 escluso il congedo di maternità o paternità).

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 2018 tutto il comparto afferente alle UU.OO.CC./servizi o altra articolazione organizzativa (Moduli funzionali) ha raggiunto il punteggio massimo =100% (Allegato tecnico n. 2)

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.

ESITI VALUTAZIONE DELL'APPORTO INDIVIDUALE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI PRODUTTIVITA' - ANNO 2018 -

TABELLA PARAMETRI - COMPARTO CATEGORIA A	
N. DIP	PARAMETRO
0	0
1	0,5
3	1
7	1,3
37	1,6

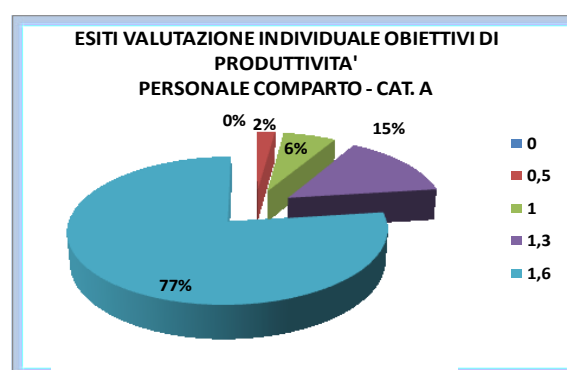


TABELLA PARAMETRI - COMPARTO CATEGORIA B-BS	
N. DIP	PARAMETRO
0	0
15	0,5
21	1
114	1,3
812	1,6

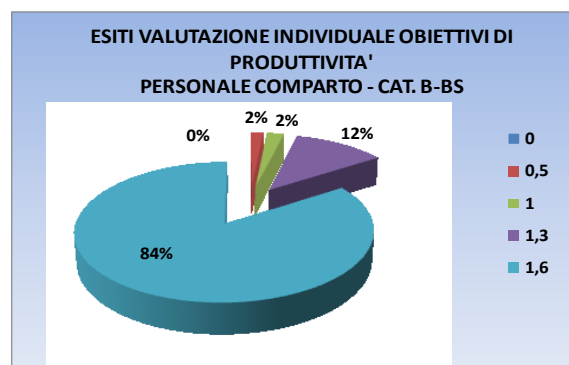


TABELLA PARAMETRI - COMPARTO CATEGORIA C	
N. DIP	PARAMETRO
0	0
3	0,5
0	1
9	1,3
232	1,6

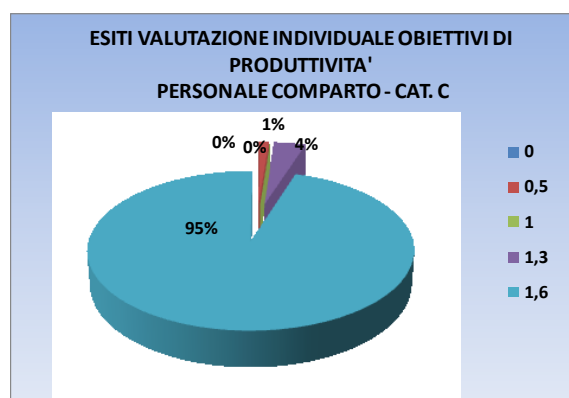
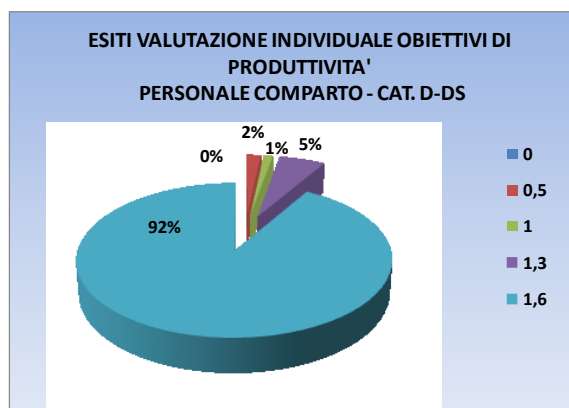


TABELLA PARAMETRI - COMPARTO CATEGORIA D-DS	
N. DIP	PARAMETRO
0	0
40	0,5
25	1
128	1,3
2103	1,6



8 OBIETTIVI RISORSE AGGIUNTIVE (RAR)

Nell'ambito delle risorse aggiuntive regionali – anno 2018 approvate dall'Ente Regione con DGR n. XI/414 del 2 agosto 2018 - personale delle due aree dirigenziali e con DGR n. XI/413 del 2 agosto 2018 - 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.

Il progetto è stato presentato e realizzato come di seguito riportato:

FINALITA'

Le finalità che si intendono perseguire sono: una maggiore valorizzazione del sistema sanitario lombardo alla luce della riforma in atto e della complessiva presa in carico dei pazienti cronici; individuare obiettivi che comportino risultati concreti a beneficio del sistema; valorizzare il capitale umano del Servizio Sanitario, promuovendone la professionalità.

MODALITA' DI FRUIZIONI E CRONOPROGRAMMA

Al fine di dar seguito a quanto previsto dalle sopra richiamate Preintese, la Direzione, per l'anno 2018, ha previsto un forte coinvolgimento dei Direttori/Responsabili/Coordinatori, i quali hanno perseguito le predette finalità attraverso un progetto che ha previsto le seguenti azioni.

- a) Organizzazione di uno o più incontri così da rendere partecipe tutto il personale afferente alla Struttura al Progetto RAR 2018, informandolo in merito ai seguenti argomenti: presa in carico pazienti cronici e/o fragili (macro-obiettivo regionale nr. 1); nuove disposizioni in materia di privacy e sicurezza dei dati (macro-obiettivo regionale nr. 3); SCADENZA entro il 23 novembre 2018.
- b) Compilazione, in ogni sua parte, del verbale predisposto e raccolta firme dei partecipanti.
- c) Invio, entro il 31 dicembre 2018, di tutto il materiale (verbale/i compilato/i e firme dei partecipanti) alla UOC Gestione Risorse Umane – sede Legnano.
- d) Invito rivolto a tutto il personale, alla compilazione del questionario, le cui specifiche sono state inviate a tutti i dipendenti da parte dell'UOC Gestione Risorse Umane. Si precisa che la scadenza per la compilazione del questionario è stata fissata per il 4 gennaio 2019.

In sede di contrattazione decentrata, avvenuta per le due Aree Dirigenziali in data 11 settembre 2018 e per il personale del Comparto in data 13 settembre 2018, si sono concordati i seguenti criteri di distribuzione relativi al grado di apporto individuale.

- 1) Partecipazione all'incontro formativo più compilazione ed invio questionario = erogazione quota RAR spettante (quote definite dalle DGR sopraindicate);
- 2) NON partecipazione all'incontro informativo e/o non compilazione ed invio questionario = NON erogazione quota RAR spettante.

Nella tabella sottostante si riportano i dati di sintesi:

<u>DIRIGENZA MEDICA</u> TOTALE DIPENDENTI CON % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO = 0: 47 TOTALE DIPENDENTI CON % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO = 100: 646
<u>DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA</u> TOTALE DIPENDENTI CON % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO = 100: 64
<u>DIRIGENZA P.T.A.</u> TOTALE DIPENDENTI CON % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO = 100: 23
<u>COMPARTO</u> TOTALE DIPENDENTI CON % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO = 0: 30 TOTALE DIPENDENTI CON % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO = 50: 73 TOTALE DIPENDENTI CON % RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO = 100: 3542 I DIPENDENTI DEL COMPARTO CHE IN CORSO D'ANNO HANNO MODIFICATO LA LORO QUALIFICA (N. 77 DIPENDENTI), AL FINE DI UNA CORRETTA IMPUTAZIONE ECONOMICA, RISULTANO RIPETUTI

9 CUSTOMER SATISFACTION

Come indicato nel Piano delle Performance, la soddisfazione delle aspettative e dei bisogni del cliente sono assunti quali criteri di analisi rispetto al servizio valutato, sia per la valutazione dell'efficacia del servizio, sia per la progettazione/ri-progettazione ed erogazione dello stesso.

Tale soddisfazione viene rilevata attraverso il monitoraggio delle segnalazioni, reclami, osservazioni e suggerimenti degli utenti, nonché attraverso indagini di Customer Satisfaction ad hoc.

Nel 2018 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda, ha ricevuto n. 291 segnalazioni/reclami e n. 108 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.

I dati di riepilogo dei questionari relativi ad ogni singola U.O., vengono inseriti dall'URP in una scheda riassuntiva che viene inviata ad ogni singolo Responsabile dell'U.O. con l'obiettivo che i dati di sintesi ricevuti, siano da utilizzare dall'U.O. come spunti di miglioramento per la propria attività.

10 QUALITÀ DEI PROCESSI E SERVIZI EROGATI

Il perseguimento dell'appropriatezza ed efficienza nell'erogazione dell'assistenza, anche in relazione al DM 70/2015, il perseguimento dell'efficienza produttiva in termini di quantità e/o prezzo dei fattori produttivi impiegati e la razionalizzazione del personale, sono da intendersi obiettivi prioritari dell'Azienda.

Pertanto, gli ambiti in cui si è ritenuto ragionevole concentrare l'attenzione al fine di definire obiettivi e manovre sono derivati dai dati di performance pubblicati sul Portale Regionale di Governo.

In particolare, la valutazione del miglioramento delle performance, viene rilevata attraverso il Programma Nazionale Esiti (PNE).

I dati sono ottenuti con la stessa metodologia del PNE di AGENAS e sono restituiti sul Portale di Governo Regionale all'interno del Servizio "Valutazione Performance".

Inoltre, Regione Lombardia, aderisce al sistema di valutazione della performance a livello inter-regionale attraverso la metodologia adottata dal Network delle Regioni che risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria.

Nel 2018, alcuni indicatori di performances ed esiti, sono stati oggetto di valutazione del Direttore Generale così come disposto dalla DGR n. 415 del 02/08/2018.

Nell' allegato tecnico n. 3, è riportato il posizionamento dell'Azienda rispetto agli indicatori pubblicati sul Portale di Governo Regionale, all'interno del servizio "Valutazione Performance", aggiornati all'anno 2018.

11 TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Le attività intraprese ed effettuate nell'anno 2018 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. 29 del 29/01/2018.

Nel presente documento di programmazione, in attuazione della legge 190/2012, del d.lgs. n. 33/2013, così modificati dal d.lgs. n. 97/16 e dalle successive indicazioni ANAC, sono stati specificati i compiti del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza ed indicate le misure organizzative da attuare.

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.

Rispetto al precedente Piano sono state aggiornate tutte le aree di rischio, attraverso momenti di lavoro condiviso con i dirigenti responsabili delle aree in oggetto. Le revisioni apportate sono state

originate da diversi fattori, tra cui gli esiti degli audit condotti nel precedente anno, le modifiche del POAS e gli aggiornamenti normativi intervenuti nel corso del 2017.

L'elenco totale dei processi mappati è contenuto nel "Registro dei Rischi" (Allegato alla deliberazione n. 29/2018).

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.

Nel mese di maggio 2018 è stato effettuato un incontro con tutti i responsabili delle aree di rischio per una condivisione del Piano e delle attività di monitoraggio previste nel corso dell'anno.

In ottemperanza alle disposizioni definite dall'ANAC e in particolare da quanto disposto dal Piano Anticorruzione Nazionale adottato con deliberazione ANAC n. 1208/2017, 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 2018 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.

In materia di "Whistleblowing" l'Azienda ha adottato con deliberazione n. 478 del 24.12.2018, in ottemperanza a quanto disposto dalla vigente normativa nazionale (L. 179/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato") un nuovo regolamento Aziendale.

Nel corso del 2018 sono pervenute n.5 Segnalazioni di illecito nei confronti di dipendenti di cui: n.4 anonime e n.1 non anonima da parte di un cittadino.

Le segnalazioni sono state gestite dal RPCT in collaborazione con gli uffici competenti e solo una segnalazione ha dato luogo ad attivazione di procedimenti disciplinari.

Sono stati adottati da parte della Direzione Strategica i seguenti regolamenti.

- Regolamento per la sponsorizzazione da parte di soggetti privati, di eventi formativi in favore del personale dipendente con la finalità di assicurare che la sponsorizzazione avvenga in maniera trasparente secondo i criteri di imparzialità e rotazione, evitando anche potenziali conflitti di interesse (deliberazione n. 118 del 18 aprile 2018).
- Nuovo Regolamento sulle attività incarichi extra istituzionali (ex art.53 D. lgs. 165/01): maggior rispetto delle fattispecie di incarichi soggetti alla comunicazione ed autorizzazione preventiva e relativa verifica dei documenti presentati dagli interessati (deliberazione n. 123 del 19 aprile 2018).

In ottemperanza a quanto disposto dalla delibera ANAC n. 141 del 21 febbraio 2018 "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31

marzo 2018 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 u.s., alla certificazione dell'assolvimento di specifici obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2018.

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 2018) - nell'apposita area web aziendale dedicata all' "Amministrazione Trasparente".

Nel corso dell'anno si è proceduto in collaborazione con i servizi Informativi aziendali ad una semplificazione e riorganizzazione della sezione Amministrazione Trasparente del Sito Aziendale.

Per illustrare le nuove funzionalità e le implementazioni adottate, i Sistemi Informativi ed il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Aziendale hanno organizzato nel mese di maggio dei momenti formativi rivolti al personale incaricato alla pubblicazione dei dati.

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

12 PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE (PRIMO)

Nel corso del 2018 il processo di miglioramento del livello qualitativo delle prestazioni è stato attuato in riferimento alle indicazioni regionali disposte dal Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (Pr.I.M.O.).

Attraverso la piattaforma on line PrIMO, l'azienda ha monitorato specifici processi clinico-organizzativi ed attività aziendali, aggiornando i dati richiesti dalle seguenti specifiche aree, nel rispetto delle scadenze previste:

AREA AUDIT

- PNE audit

Svolgimento AUDIT Piano Nazionale Esiti (PNE) e relativo caricamento dati per i seguenti indicatori:

- Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni (LEGNANO)
Scompenso - cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni (CUGGIONO)

- INTERNAL audit

Caricamento dei seguenti documenti:

- Relazione semestrale attività audit anno 2018

- Piano di Audit anno 2018
- **AUDIT CLINICI ORGANIZZATIVI**
- Caricamento dati Audit Brest Unit a Novembre 2017 ed in previsione caricamento dati, relativi al 2018, entro il 05 Luglio 2019

AREA VALUTAZIONE

- **AUTOVALUTAZIONE**

Caricamento della check list compilata e validata di autovalutazione aziendale relativa al primo semestre 2018 per ogni ospedale dell'ASST

- **VERIFICHE ESTERNE**

A Gennaio 2018 caricamento, da parte di regione Lombardia, dei dati relativi alla verifica esterna effettuata dai consulenti regionali a Ottobre 2017.

AREA OBIETTIVI

Caricamento nella sezione "Obiettivi DG" come disposto dalla DGR n. X/7543 del 18.12.2017 ad oggetto "Determinazioni relative al programma integrato di miglioramento dell'organizzazione: Piattaforma PrIMO" degli esiti della rendicontazione degli obiettivi del Direttore Generale - Anno 2018 entro la scadenza prevista del 24.06.2019.

ALLEGATI TECNICI

- n. 1 "Obiettivi strategici/operativi 2018"
- n. 2 "Obiettivi produttività area Comparto 2018"
- n. 3 "Obiettivi di performance ed esiti- PNE e Network delle Regioni 2018"

ALLEGATO N.1

Obiettivi strategici 2018	Descrizione risultati attesi	Azioni attuate	Target raggiunto
Percorso di presa in carico	Attuazione della DGR n. 6551/2017: 1. Implementazione di percorsi dedicati ai pazienti cronici e/o fragili 2. Miglioramento dell'accessibilità e dei tempi di attesa per le patologie acute 3. Adeguamento dello strumento informatico di supporto alla presa in carico 4. Rafforzamento del sistema di offerta attraverso lo sviluppo e l'implementazione dei presidi territoriali POT e PRESST	1.2. Il limitato numero di pazienti arruolati non ha reso necessario l'implementazione di percorsi dedicati né l'aumento dell'offerta prestazionale. Tutte le prestazioni previste dai Pai sono state erogate nei tempi previsti mediante l'utilizzo delle agende dell'attività istituzionale. 3.E' stato predisposto lo strumento informatico che consente l'emissione e la registrazione dei PAI. 4. Il trasferimento dei servizi territoriali nella 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 di attività socio assistenziali e attività di informazione e orientamento a favore di pazienti cronici e fragili e dei relativi servizi di supporto.	100%
	Comunicazione istituzionale: 1. Diffusione della corretta informazione sui percorsi di orientamento dei cittadini verso l'adesione al nuovo modello, alla sottoscrizione del patto di cura e alla stesura del Piano Assistenziale Individuale 2. Aggiornamento dei siti aziendali ai cambiamenti organizzativi/funzionali	Sono state implementate le seguenti azioni: 1. Numero telefonico dedicato 02/97963960 2. Mail dedicata "presaincarico@asst-ovestmi.it" 3. Istituzione di n. 5 corner informativi in ciascuna sede di stabilimento ospedaliero 4. Sito web: home page con link di rinvio al sito regionale 5. Predisposizione di set informativo per operatori di front office 6. Attività informativa/formativa per tutti i coordinatori infermieristici e a tutto il personale di reparto 7. Passaggio informativo al Collegio di Direzione 8. Distribuzione materiale informativo in tutte le sedi 9. Coinvolgimento principali associazioni di volontariato	100%
Governo dei tempi di attesa	1. Formalizzazione Piani aziendali di governo dei tempi di attesa -Anno 2018 contenenti i dati e le proiezioni sul semestre successivo 2. Individuazione del Responsabile Unico aziendale per la gestione delle liste d'attesa 3. Prosecuzione del progetto "Ambulatori aperti"	1.I Piani aziendali di Governo dei tempi di attesa sono stati trasmessi in ATS secondo le tempistiche previste. 2.E' stato individuato il Responsabile Unico aziendale per la gestione delle liste d'attesa con ns mail prot. n. 21873 del 06/07/2018. 3.In continuità con l'anno 2017, l'ASST ha confermato l'adesione all'iniziativa regionale con l'obiettivo di migliorare l'accesso alle prestazioni sanitarie in	100%

**ALLEGATO N.1**

	4. Previsione del rispetto dei tempi massimi di attesa ed un equilibrato rapporto tra i tempi d'attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale 5. Monitoraggio trimestrale sull'andamento delle liste di attesa per prestazioni istituzionali ed in ALPI e regolare invio dei monitoraggi alla Direzione Generale Welfare 6. Attenzione da parte dei medici prescrittori all'utilizzo della classe di priorità e rispetto della appropriatezza di prescrizione e di effettuazione delle prestazioni	orari e giornate più favorevoli ai cittadini. Il documento, contenente il dettaglio delle prestazioni, del presidio, dei giorni e fasce di erogazione delle prestazioni "J", è pubblicato al seguente link: http://www.asst-ovestmi.it/home/ambulatoriaperti. 4.E' stato garantito il rispetto dei tempi massimi di attesa ed un equilibrato rapporto tra i tempi d'attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale. 5.E' stato effettuato il monitoraggio trimestrale sull'andamento delle liste di attesa per prestazioni istituzionali ed in ALPI 6.L'Azienda ha effettuato specifici monitoraggi sull' appropriatezza prescrittiva delle impegnative redatte dai medici prescrittori provvedendo a ricordare, con note interne, tutti gli elementi essenziali e obbligatori che, come da vigente normativa, devono essere compilati sull'impegnativa.	
Implementazione L.R. 23/2015	Programmi di sviluppo per l'integrazione dei sistemi informativi aziendali e interaziendali: 1. Estensione PagoPA alle Aziende Sanitarie per i ticket sanitari: Pagamento dei ticket sanitari attraverso i servizi forniti dal sistema PagoPA 2. Ricetta dematerializzata	1. La messa in produzione con avvio dell'integrazione è avvenuta a partire dalle prenotazioni del 1/10/2018.E' stato inoltre predisposto apposito link sul sito aziendale, con la descrizione del servizio, le modalità di fruizione e la pubblicazione di FAQ esplicative. 2.Utilizzo ricetta dematerializzata specialistica pari al 97,18%. Utilizzo ricetta dematerializzata farmaceutica pari al 79,52%. Utilizzo Anno 2018 > Utilizzo Anno 2017.	100%
	Offerta vaccinale: realizzazione del modello organizzativo ATS/ASST secondo le indicazioni specifiche regionali (tempi di attesa delle vaccinazioni, ambulatori vaccinali, trasferimento personale, dati erogazioni considerando le % di riferimento)	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. Inoltre, l'Azienda ha predisposto un documento informativo sulle vaccinazioni in età fertile e gravidanza.	100%

ALLEGATO N.1

Area	Obiettivi operativi 2018	Descrizione risultati attesi	Azioni attuate	Target raggiunto
Prevenzione e promozione salute	Screening oncologici	Messa a disposizione dei programmi di screening/opportuni volumi di prestazioni per garantire un'adeguata copertura della popolazione, collaborazione nella rendicontazione delle stadiazioni dei tumori screen detected e piena collaborazione dei propri professionisti alle ATS nei percorsi per l'analisi dei casi di tumori di intervallo e dei tumori screen detected avanzati" Tempi attesa: Screening mammografico: data mammografia di screening - data primo esame di approfondimento <=28 giorni (primo esame tra ecografia, altra mammografia anche con tomosintesi, biopsia o eccezionalmente altro esame Screening colonrettale: data dell'analisi in laboratorio del campione di feci risultato positivo per sangue occulto - data prima colonscopia (o eccezionalmente colonscopia virtuale) <=30 giorni Cervice uterina: attivare il programma di screening della cervice uterina su tutto il territorio regionale in coerenza con la DGR n. 7013/2017	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%
	Malattie infettive	Tempestività/completezza delle segnalazioni alla ATS di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche, tubercolosi e MTS	L'Azienda ha garantito la completezza delle segnalazioni, il 100% risulta correttamente compilato in tutti i campi obbligatoriamente richiesti. Resta costante la collaborazione con ATS per l'integrazione documentale secondo quanto previsto dalle attività di indagine epidemiologica. Per quanto riguarda la tempestività, sono state rispettate le tempistiche previste dalla	100%

**ALLEGATO N.1**

		normativa vigente, soprattutto per le patologie a segnalazione non differibile. Per le patologie soggette a sorveglianza speciale, il 100% dei casi viene segnalato entro 24 ore dall'indicazione della diagnosi clinica e comunque nel 100% dei casi entro le 72 ore successive (tempistica legata all'attesa della conferma microbiologica).	
Promozione di stili di vita favorevoli alla salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali nei contesti di comunità	Sviluppo degli interventi nei setting scuole, luoghi di lavoro, ambienti sanitari e sociosanitari: sana alimentazione, prevenzione tabagismo, riduzione incidenti domestici e stradali, aumentare l'attività fisica	L'Azienda ha provveduto a rendicontare tutte le azioni legate al WHP nel portale messo a disposizione da ATS con riferimento alle Aree Alimentazione, Tabagismo e Attività Fisica.	100%
Medicina Legale	Miglioramento dei percorsi per il cittadino disabile: riorganizzazione delle attività delle commissioni al fine di consentire percorsi di valutazione e accertamento distinti e specializzati per minori e adulti	Nell'anno 2018 sono state riorganizzate le commissioni minori. A partire dall'anno 2019, le stesse contemplano la contestuale presenza di Specialista in Pediatria e Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda.	100%
	Attività di accertamento e certificazione a valenza medico legale: prosecuzione delle attività e implementazione della "cartella medico legale".	Prosecuzione ed aggiornamento della cartella medico-legale (ML) dei pazienti con beneficio economico (IDA + ciechi + sordi).	100%
	Attività medico legali a supporto del polo ospedaliero: L'Unità Operativa di Medicina Legale garantisce il necessario contributo alle attività formative rivolte agli operatori su tematiche di rilevanza medico legale e il supporto specialistico per la gestione del contenzioso da attività sanitarie e nella diretta partecipazione alle attività del Comitato valutazione sinistri, nonché nell'implementazione del Fascicolo Elettronico per la Gestione dei Sinistri.	L'Unità Operativa di Medicina Legale ha formato tutto il personale coinvolto nelle attività medico legale.	100%

**ALLEGATO N.1**

		Accesso facilitato ai vantaggi dell'invalidità civile per il cittadino degente/fragile: favorire e semplificare l'accesso del cittadino degente presso le UU.OO. (Pazienti affetti da patologie oncologiche e neurologiche acute) della ASST ai benefici derivanti dalla normativa sull'invalidità civile	X	E' stato realizzato un corso FAD dal titolo "Accesso facilitato ai vantaggi dell'invalidità civile per il cittadino degente/fragile" rivolto ai medici. Il corso ha inteso favorire e semplificare l'accesso del cittadino invalido civile ai benefici derivanti dalla normativa sull'IC, formando il personale medico dei reparti che per specialità si occupa di pazienti le cui condizioni di salute meritano tempestiva tutela.	100%
Innovazione e Sviluppo	Reti clinico-assistenziali	Passaggio dal modello delle reti di patologia al modello organizzativo delle reti clinico-assistenziali già attivate in Lombardia e/o previste dal DM 70-2015 (ROL; REL; ReNe; Rete Diabete; Rete Pneumologica; Rete Ictus; Rete Stroke; Rete Trauma; Rete Udito; Rete Epilessia, Rete epatologica per migliorare l'appropriatezza diagnostico-terapeutica e garantire la continuità delle cure tra ospedale e territorio		In base a quanto definito dalla DGR n. XI/415/2018 relativamente all' attivazione di audit interni per il monitoraggio dell'effettiva continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali nell'ambito delle reti clinico-assistenziali regionali e delle reti ospedaliere di cui al DM 70/2015, l'Azienda ha effettuato un audit nell'ambito della rete clinico-assistenziale - Stroke. A fronte dell'analisi ottenuta, si attesta la corretta presa in carico del paziente all'interno della rete clinico assistenziale Stroke.	100%
	Rete per l'assistenza alla madre e al neonato				
		Parto analgesia h 24 in almeno un punto nascita		Presente h 24 nello stabilimento di Magenta.	100%
		Gravidanza a basso rischio ostetrico (BRO): Accompagnamento alla gravidanza - promozione		L'Azienda ha individuato le risorse dedicate all'implementazione del modello della presa	100%

ALLEGATO N.1

percorsi differenziati in rapporto al differente livello di rischio	in carico a cura dell'Ostetrica nella gestione del percorso nascita fisiologico. Nel 2018 si è costituito il gruppo di lavoro composto da ginecologi ed ostetriche ospedaliere e dei consultori familiari con l'obiettivo di costruire un Modello Assistenziale-Organizzativo atto a garantire alla donna nel Percorso Nascita la continuità assistenziale dell'ostetrica dalla fase pre-concezionale alla fase postnatale e a promuovere un percorso facilitato e integrato T/H/T.	
Protezione, Promozione e Mantenimento allattamento al seno: promozione di specifici progetti operativi legati alla continuità del sostegno allattamento al seno tra Ospedale e Territorio	Sono stati attivati gli incontri "Nascere a Legnano" e "Nascere a Magenta" e vari percorsi per l'allattamento (ambulatori in ospedale, punti di ascolto, ambulatori presso i Consultori Familiari).	100%
Miglioramento dell'appropriatezza dei tagli cesarei: monitoraggio dei valori di tutte le classi di Robson	Nel 2018, il tasso di tagli cesarei nelle classi di Robson 1-3 e 2A e 4A, risulta essere stato al di sotto del valore target regionale.	100%
Comitato Percorso Nascita Locali: Aggiornamento carta dei Servizi	E' stata pubblicata sul sito internet aziendale la Carta dei Servizi – Rev1 del 01/09/2018	100%
Qualità e Sicurezza: Sistematica e completa redazione ed immissione dati CeDaP (Rilevazione Trigger)	Dalle verifiche effettuate nell'anno 2018 risultano n. 2 parti non rilevati con il CeDAP. I trigger sono stati regolarmente registrati sul portale regionale.	100%
Rete Integrata Materno-Infantile: (RIMI): Definizione	L'Azienda ha definito i progetti RIMI in area	100%

**ALLEGATO N.1**

	di progetti inerenti alle situazioni di fragilità in area materno infantile - Entro aprile 2018 dovrà essere definito il progetto prevedendone l'operatività dal secondo semestre e la relazione finale con entro febbraio 2019	materno infantile: Progetto 1: la presa in carico dei nuclei familiari con vulnerabilità biopsicosociale nel periodo perinatale – Percorso integrato Ospedale Territorio. Progetto 2: presa in carico dei minori che accedono al PS con acuzie psichiatriche. I progetti sono stati rendicontati in ATS.	
	La gestione del bambino in condizioni critiche: Attuazione DGR n. 6576/2017	L'Azienda ha provveduto a trasmettere in ATS Città Metropolitana Milano, le dichiarazioni relative al possesso dei criteri di cui alla DGR n. X/6576/2017 per ciascuno dei 4 Ospedali afferenti alla ASST Ovest Milanese.	100%
Rete delle Cure Palliative	Prosecuzione del processo di evoluzione del modello organizzativo della rete di cure palliative in applicazione della DGR n. 5918/2016 e DGR n. 6691/2017 Condivisione di PDTA con la Rete della Cronicità	E' proseguito il percorso relativo al processo di evoluzione del modello organizzativo della rete di cure palliative.	100%
Rete della Terapia del dolore	In coerenza con la DGR n. 5455/2016, si proseguirà, sino a compimento, il progetto formativo regionale Ospedale Territorio Senza Dolore, attraverso i Corsi svolti centralmente e rivolti ai professionisti operanti nella Rete di Terapia del Dolore	L'Azienda, in ottemperanza alle disposizioni contenute nella DGR n. 5455/2016 che prevedono la formazione specifica per le aree di interesse di cure palliative e di terapia del dolore, ha garantito la partecipazione dei professionisti ai programmi obbligatori di formazione denominati "Corsi periferici di 1° livello per professionisti delle reti locali di cure palliative", organizzato da ATS Città Metropolitana Milano in collaborazione con Eupolis Lombardia.	100%

**ALLEGATO N.1**

Promozione dell'internazionalizzazione del sistema socio-sanitario	Riuso del patrimonio mobiliare dismesso dalle strutture sanitarie e sociosanitarie: Consolidate le attività di promozione e supporto, controllo e monitoraggio su utilizzo dei beni dismessi e destinazione degli stessi, secondo le indicazioni contenute nella DGR n. 6007/2016	Non sono stati identificati beni da destinare ad uso umanitario secondo le indicazioni contenute nella DGR n. 6007/2016.	100%
	Interventi sanitari umanitari: prosecuzione dell'attività che concerne l'autorizzazione al ricovero, presso le strutture sanitarie del territorio, di cittadini indigenti (bambini e giovani fino a 21 anni) provenienti da Paesi extra comunitari che non possono ricevere nei Paesi di provenienza cure adeguate.	L'Azienda, in attuazione del Decreto n. 11353 del 01/08/2018, ha provveduto ad effettuare gli interventi sanitari a favore dei cittadini extracomunitari indigenti sulla base delle istanze presentate da RL.	100%
	Progetti europei: ricognizione progetti avviati in azienda	Non presenti in Azienda	/
Sistemi informativi e flussi	Prenotazione ed accoglienza: potenziamento del Monitoraggio dell'Offerta Sanitaria Ambulatoriale (MOSA) al fine di garantire una maggior accessibilità alle informazioni sull'offerta sanitaria	Si è provveduto regolarmente alla pubblicazione quotidiana dell'offerta ambulatoriale ed all'invio delle notifiche di tutti gli appuntamenti tramite il portale MOSA.	100%
	Fascicolo sanitario elettronico: pubblicazione completa e tempestiva dei referti prodotti	LIS+PS=92,18% Altra tipologia =93,16%	98%
	Flussi sanitari: effettiva copertura rispetto a tutti i flussi informativi delle prestazioni erogate: SDO, Prestazioni Ambulatoriali, Pronto Soccorso, CEDAP, Aborti spontanei MOD D/11, Interruzioni Volontarie Gravidanza MOD 12	L'Azienda ha garantito l'effettiva copertura rispetto a tutti i flussi informativi delle prestazioni erogate e l'invio secondo le tempistiche previste da RL/Ministero.	100%
	Flussi socio sanitari: sono riconfermate attraverso l'attuale sistema di acquisizione, controllo, restituzione errori presente in SMAF. Indicazioni dettagliate contenute nella circolare flussi 2018.	E' proseguito il monitoraggio di tutti i flussi socio sanitari.	100%
	Flussi area salute mentale: Tempistica di inserimento delle informazioni nel sistema informativo Psiche Web	I dati riguardanti il flusso mensile 46/san sono regolarmente inviati in Regione entro	100%

ALLEGATO N.1

e invio del flusso informativo 46/SAN	il giorno 8 del mese successivo, attraverso il software regionale "Psiche web".
Flussi informativi sul personale: corretta compilazione e coerenza fra: 1. Flu.Per e Conto Annuale: consistenza attivi rispetto alle tabelle 1 - 1A e 1C del CA; consistenza del personale con rapporto flessibile tempi determinati e interinali tabella 2 e 2A; 2. Flu.Per /Conto Annuale / Allegato al CE: consistenza attivi rispetto alle tabelle 1 - 1A e 1C del CA e dato attivi indicato nel Allegato al CE; consistenza del personale Dipendente a tempo determinato; 3. Flu.Per e SDO: Relazione/coerenza fra il dato di produzione ricavabile dal flusso SDO rispetto alle ore lavorate rilevate nel flusso A/B; 4. Conto Annuale e Modello A – Bilancio Consuntivo: coerenza dei costi del personale esposti in entrambi i flussi	L'Azienda ha provveduto a trasmettere i flussi regionali rispettando le tempistiche e le modalità stabilite da Regione Lombardia. Non sono pervenuti rilievi in merito. 100%
Governo della Customer Satisfaction: 1. Attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale e la partecipazione ad iniziative, in collaborazione con i competenti uffici della DG Welfare, mirate alla predisposizione di linee guida per l'implementazione del modello di rilevazione della Customer Satisfaction; 2. Raccolta dei questionari di gradimento dei servizi di assistenza specialistica territoriale presso le strutture erogatrici nelle more di ulteriori indicazioni in merito alla sistematizzazione dell'intero flusso di Customer Satisfaction all'interno del Sistema regionale.	1.L'Azienda si è adeguata e allineata alle indicazioni regionali provvedendo a caricare i dati derivanti dalla Customer Satisfaction tramite il Sistema di Accoglienza Modulare SMAF. 2.Sono stati inseriti nel programma dedicato alla Customer n. 3995 questionari degenze e n. 8442 questionari ambulatori. 100%

ALLEGATO N.1

		Internal Auditing: 1. Piano di Audit aziendale entro il 31 gennaio 2018 2. Relazione di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate nel 2017 entro il 28 febbraio 2018 3. Relazione semestrale di monitoraggio delle attività di audit effettuate al 30 giugno, entro luglio 2018 e gennaio 2019.	Il Piano di Audit 2018 e le relazioni di monitoraggio sono state trasmesse ai competenti uffici regionali nei termini previsti da RL e caricate sulla piattaforma regionale PRIMO.	100%
Programmazione Rete Territoriale	Salute mentale e dipendenze	Programmi innovativi psichiatria: intervento precoce /area giovani, disturbi emotivi comuni/emergenti e prosecuzione programmi 2017 Registro contenzioni: corretto inserimento in Psicheweb del ricovero in regime di TSO. Riduzione degli episodi di contenzione praticate nei SPDC.	I dati riguardanti le attività cliniche ed extra cliniche svolte all'interno dei "Programmi innovativi in salute mentale" sono stati regolarmente inviati in Regione entro il giorno 8 del mese successivo, attraverso il software regionale "Psicheweb". L'Azienda ha provveduto ad inserire il 100% degli episodi di contenzione in Psiche Web. Rispetto al 2017, si è registrata una riduzione delle contenzioni applicate nei reparti di SPDC.	100%
		Progetti NPIA: proseguimento dei progetti territoriali esistenti e trasversalità degli stessi nelle aree prioritarie di intervento. Riduzione delle liste di attesa per prestazioni relative all'autismo e di logopedia - DGR n. 4981/2016 e DGR n. 6965/2017	I Progetti di NPIA sono stati correttamente monitorati durante il 2018 e l'attività inserita nel flusso 28san è stata regolarmente inviata mensilmente nel flusso dedicato alla NPIA.	100%
		Dipendenze: avvio delle attività integrate tra gli ambiti della salute mentale e delle dipendenze attraverso la stesura di uno specifico piano di attività che prevede percorsi integrati. Gioco di azzardo patologico: avvio di sperimentazioni	E' stato attuato il percorso di cura del paziente con doppia diagnosi condiviso nell'area salute mentale e delle dipendenze. Sono stati implementati i percorsi di cura nella rete dei Servizi Territoriali; nel 2019	100%

**ALLEGATO N.1**

		di servizi residenziali.	saranno avviate le attività correlate all'attivazione del 2° centro di riferimento.
	Cure Primarie	Attuazione DGR n. 7625/2017: 1. Istituzione e attivazione AFT della specialistica ambulatoriale e delle altre professionalità sanitarie ambulatoriali secondo le progettualità presentate. 2. Individuazione referente AFT 3. Adozione Regolamento sul funzionamento interno della AFT 4. Predisposizione progetti 2018	1. Istituzione ed attivazione AFT con provvedimento aziendale n. 439 del 29/01/2018 2. Nomina referente AFT con provvedimento aziendale n. 29/01/2019 3. Adozione del Regolamento aziendale per la disciplina del funzionamento interno dell'Aggregazione Funzionale Territoriale (A.F.T.) della specialistica ambulatoriale e delle altre professionalità sanitarie con provvedimento aziendale n. 439 del 29/01/2018 4. Predisposizione progetti e trasmissione in DGW in data 12/03/2018. 100%
Programmazione Rete Ospedaliera	Appropriatezza prescrittiva	Prestazioni ambulatoriali: prescrizioni secondo le indicazioni fornite dalla normativa nazionale, da Regione Lombardia e da ATS Città Metropolitana Milano. In particolare: Obbligo compilazione del Quesito/sospetto diagnostico e del campo Classe di Priorità.	L'Azienda ha effettuato specifici monitoraggi sull'appropriatezza prescrittiva a campione sulle impegnative redatte; il controllo ha interessato oltre 2000 impegnative redatte dagli specialisti prescrittori ospedalieri afferenti all'intera Azienda 100%
	Attività di controllo	La quota complessiva di controlli attesi per le attività di ricovero per il 2018 è ridotta all'11,5%.	Le attività di autocontrollo della qualità documentale e di autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica sono state svolte nel corso del 2018 secondo quanto stabilito nel Piano dei Controlli. 100%
	Programma integrato di miglioramento	Attuazione della DGR n. 7543/2017: rendicontazione e monitoraggio indicatori specifici inseriti nella	In attuazione della DGR n. 7543/2017, gli indicatori contenuti nella piattaforma 100%

ALLEGATO N.1

dell'organizzazione (PrIMO)	piattaforma PrIMO	PrIMO sono stati monitorati e rendicontati secondo le tempistiche previste da RL.	
Risk Management	Elaborazione del Piano Annuale di Risk Management Anno 2018 con riferimento ai contenuti delle 17 Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico	Il Piano Annuale di Risk Management Anno 2018, è stato adottato con provvedimento aziendale n. 108 del 27/03/2018.	100%
	I temi ritenuti centrali e prioritari per l'attuazione dei progetti aziendali per il 2018 sono i seguenti: 1. Area travaglio/parto 2. Infezioni ospedaliere-sepsi 3. Sicurezza paziente in sala operatoria 4. Rischio nell'utilizzo dei farmaci	In continuità con le attività intraprese nei precedenti anni sono stati implementati i progetti aziendali come delineati nel Piano Annuale di Risk Management Anno 2018.	100%
Negoziazione e contratti	Sottoscrizione contratti sanitari e sociosanitari provvisori: entro gennaio 2018 Sottoscrizione contratti definitivi: entro 15 maggio 2018 Eventuali rimodulazioni del budget entro il 30 novembre 2018 . Sottoscrizione contratto provvisorio Programmi innovativi in salute mentale. Sottoscrizione contratto provvisorio progetti NPIA	Invio dei contratti provvisori e definitivi secondo le tempistiche previste dalla DGR n. XI/1046/2018. Rimodulazione contratto sociosanitario entro la scadenza prevista (30/11/2018). Rimodulazione contratto sanitario entro la scadenza prevista (12/12/2018).	100%
	Prestazioni di ricovero: La valorizzazione dei 108 DRG ad elevato rischio di in appropriatezza: riduzione in misura < = 20% rispetto ai DRG "appropriati"	Il valore del rapporto tra DRG rischio inappropriatezza sui DRG totali, a livello aziendale, è risultato pari al 18,7%.	100%
Farmaceutica, protesica e dispositivi HTA	Farmaceutica convenzionata: raccordo con ATS competente per la definizione di specifici percorsi di formazione/informazione/monitoraggio	E' proseguita, in accordo con ATS Città Metropolitana Milano, la Distribuzione Diretta di farmaci PHT e A-PHT ai pazienti non ricoverati e implementazione del ricorso alla compilazione dei piani terapeutici su piattaforma informatizzata.	100%

ALLEGATO N.1

	(Rispetto all'anno 2017 un incremento del 80%).	
Farmaceutica per acquisti diretti: attività di formazione ed informazione verso i Medici Specialisti ospedalieri per il corretto utilizzo degli antibiotici con l'obiettivo della riduzione del 2% per la classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico) in DDD/100 giornate di degenza (consumi ospedalieri in ricovero ordinario e Day hospital) per l'anno 2018 vs anno 2017.	Nel 2018 è stato organizzato un corso aziendale dal titolo "Infection Link" destinato ai referenti per le infezioni di reparti e servizi, articolato in 3 incontri ciascuno suddiviso per aree e dipartimenti. L'obiettivo è stato quello di formare dei referenti di area per costituire una rete aziendale di professionisti sensibili ai criteri della stewardship e attenti all'uso razionale degli antibiotici.	100%
Farmaci biosimilari: raccordo con ATS competente al fine di promuovere la prescrizione dei farmaci biosimilari nel rispetto della libertà prescrittiva del medico.	Nel 2018 vi è stato un incremento del numero di pazienti in terapia con biosimilari (etanercept e rituximab) e un decremento dei pazienti in terapia con medicinali originatori.	100%
Flussi file F e file R: 1. Coerenza dei dati trasmessi con i valori contabili delle fatturazioni delle Aziende Farmaceutiche 2. Puntualità e tempestività degli invii che deve avvenire mensilmente entro il 10 (per il File F) e il 15 (per il File R) del mese successivo a quello di somministrazione/distribuzione 3. Perfetta coerenza tra i flussi informativi suddetti e quanto riportato nei modelli CE	L'invio dei flussi è avvenuto nel rispetto della tempistica disposta da DGW. Gli errori segnalati sono stati corretti e trasmessi in RL attraverso l'applicativo SMAF.	100%
Controlli File F: controllo della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione	E' stato controllato il 100% della documentazione dei farmaci antineoplastici e dei farmaci utilizzati per il trattamento dell'HCV, per i quali è stato richiesto il rimborso attraverso il FILE F e per i quali è	100%

ALLEGATO N.1

	previsto il monitoraggio AIFA. La rendicontazione è risultata corretta e corredata della documentazione informatizzata completa.
HTA (Health Technology Assessment): 1. Attività di identificazione e segnalazione di tecnologie da proporre a valutazione regionale, nonché di valutazione tecnica multidimensionale di tecnologie valutate dalla DG Welfare 2. Realizzazione di eventi formativi accreditati ECM, anche organizzati in collaborazione tra diverse strutture, mirati a diffondere tra i professionisti sanitari la cultura della analisi critica della documentazione scientifica (studi clinici ed economici pubblicati) per gli acquisti e per l'uso clinico di apparecchiature, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie.	1.L'Azienda, nella seconda metà del 2018, ha previsto come argomento di valutazione HTA l'introduzione Spettrometria di massa. 100% 2.L'Azienda ha partecipato al Convegno regionale in materia di HTA per Dispositivi Medici in data 23/05/2018.
Assistenza protesica e integrativa: 1. Puntuale monitoraggio della spesa sostenuta e una rendicontazione dei costi sostenuti coerente con il budget assegnato 2. Definizione e applicazione di procedure aziendali tese alla effettuazione di controlli sulle prestazioni erogate contestualmente o in abbinamento al processo di liquidazione delle fatture	1. Nel corso del 2018 è stato avviato un monitoraggio puntuale della spesa sostenuta, identificando in corso d'anno alcune anomalie di registrazione per i materiali di consumo che sono state risolte e per evitare le quali sono state distribuite agli operatori indicazioni puntuali sul modus operandi da seguire. 100% 2. E' stata definita la procedura aziendale PUP01 - Assistenza protesica maggiore Acquisti da Ortopedie Forniture dirette Forniture a riciclo con la quale vengono definiti e descritti i processi di acquisto ed i relativi step interni. Tra queste figura il

**ALLEGATO N.1**

			controllo della liquidabilità delle fatture ricevute mediante verifica della presenza e correttezza di tutta la documentazione necessaria. La liquidabilità viene attestata mediante apposito documento. Contestualmente alla stesura di questa procedura è stata costituita con provvedimento aziendale n. 300 del 17/08/2018 l'Equipe Centrale dei Controlli per l'assistenza protesica. Tale equipe è incaricata di effettuare controlli a posteriori sulle prescrizioni di assistenza protesica, anche di natura amministrativa.	
	Malattie rare: 1. Applicazione del documento Malattie Rare: definizione di un percorso condiviso per la prescrizione e la fornitura dei trattamenti farmacologici e non farmacologici. 2. Inserimento nel registro Lombardo Malattie Rare dei nuovi casi di malattia rara esente/ Individuazione referente informatico per il Registro Lombardo malattie Rare		1.Non applicabile per l'anno 2018 2.Il Registro Lombardo Malattie Rare viene utilizzato regolarmente per la registrazione dei nuovi casi di malattie rare individuate.	100%
Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)	Attuazione della Legge 22.12.2017, n. 219 – Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento	X	L'Azienda ha garantito la formazione ai propri medici/operatori attraverso corsi di formazione e nel corso del 2018 è stato istituito un gruppo di lavoro con la finalità di revisionare la procedura aziendale di raccolta del consenso informato ai sensi delle disposizioni contenute nella L. 219/2017.	100%

**ALLEGATO N.1**

Riordino dei servizi di Medicina di laboratorio	Attuazione DGR n. 7466/2017	L'Azienda ha effettuato tutte le attività legate al riordino dei Servizi di Laboratorio in collaborazione con ATS Città Metropolitana Milano. Con Nota di RL (dicembre 2018), è stato prorogato il termine di assolvimento requisiti minimi organizzativi di riclassificazione attività di Genetica Molecolare e Citogenetica.	100%
Area gestione finanziaria	1.Gestione centralizzata G3S 2.Pagamento verso i fornitori 3.Partite Intercompany 4.Certificazioni trimestrali 5.Prestazioni stranieri STP Onere 9	1.L'andamento dei flussi di cassa è coerente con la previsione. 2.Azienda è in linea con i tempi di pagamento di cui al DPCM del 22 settembre 2014. 3.E' stato predisposto il partitario intercompany in quadratura con le Aziende di riferimento. Non sono presenti disallineamenti da segnalare nella predisposizione del CET IV Trimestre 2018. 4.L'Azienda ha rispettato i tempi di invio dei flussi economici attenendosi alle Linee Guida in materia contabile. 5.L'Azienda si è uniformata alle indicazioni contenute nella DGR n. X/7600 del 20/12/2017.	100%
Controllo di Gestione	Flussi trimestrali, saranno richiesti gli invii relativi ai flussi aggiuntivi di preventivo e preconsuntivo Co.An, le cui scadenze saranno comunicate con apposite note regionali Le aziende dovranno valutare l'efficienza gestionale e la razionalizzazione dell'utilizzo dei fattori produttivi anche alla luce di quanto previsto nei piani di rientro	I flussi di Co.An sono stati trasmessi secondo le tempistiche previste da RL. Sono state rispettate le percentuali di quadratura Co.Ge-Co.An come da Linee Guida e la coerenza dei ricavi con i flussi di produzione.	100%

**ALLEGATO N.1**

	di cui all'art. 1, comma 528 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208. L'utilizzo di benchmarking e indicatori specifici porterà le aziende a valutare l'efficienza a livello di interi processi sanitari	
Acquisti	Sistema degli acquisti: incremento della spesa effettuata attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto al 2017	Il valore degli acquisti centralizzati/aggregati/servizi in concessione è in linea con la percentuale dell'indicatore previsto dalla DGR n. XI/415/2018. 100%
	Programmazione acquisti: rispetto delle scadenze	L'Azienda ha rispettato le scadenze relative alla programmazione degli acquisti. 100%
	Sistema di monitoraggio Beni e Servizi: Flusso consumi dispositivi medici	Il grado di copertura dei dati inviati attraverso il flusso consumi dispositivi medici, raffrontato con le corrispondenti voci di bilancio, risulta in linea con la percentuale dell'indicatore previsto dalla DGR n. XI/415/2018. 100%
Trasparenza e prevenzione della Corruzione	1. Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione entro il 31.01.2018	1. Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione adottato con provvedimento aziendale n. 29 del 29/01/2018. 100%
	2. Relazione annuale in ordine all'attività svolta in ambito di prevenzione della corruzione e trasparenza entro 15.12.2018	2. Relazione annuale pubblicata in Amministrazione Trasparente secondo la tempistica ANAC (31/01/2019)
	3. Relazione annuale su applicazione del whistleblowing da parte degli enti di cui all'a1 della L.R. 30/2006 (DGR n.4878/2016)	3. La relazione annuale in merito all'applicazione del whistleblowing è stata inviata in RL in data 11/01/2019.
	4. Misure relative alla trasparenza: dichiarazione annuale circa il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati	4. La dichiarazione annuale circa il rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati è stata attestata dal Nucleo di Valutazione delle prestazioni in data 09/04/2018.

**ALLEGATO N.2****Programma Nazionale Esiti 2018 – PNE**

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	3	50,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO4	By-pass aortocoronarico: mortalità a trenta giorni	3	50,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO5	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a trenta giorni	1	100,00%
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	3	50,00%
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	1	100,00%
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	3	50,00%

**ALLEGATO N.2**

CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	1	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	3	50,00%
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 esiti 2018

Periodo	Indicatore	Descrizione Indicatore	Numeratore	Denominatore	Valore	Fascia (Rif. Network)	Fascia (Rif. Regione)	Valore Regionale	Fascia Regionale
2018	C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	9.443	285	33,13	3	5	28,41	2
2018	C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	1.971	28	70,39	5	4	76,57	5
2018	C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	2.995	97	30,88	3	5	19,23	1
2018	C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	1.248	36	34,67	3	4	30,84	3
2018	C14.4	% di ricoveri medici oltresoglia ? 65 anni	717	9.256	7,75	5	4	5,73	5
2018	C16.1	Percentuale accessi con codice giallo visitati entro 30 minuti	18.371	20.583	89,25	2	2	69,80	4
2018	C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	20.083	11.513	1,74	5	5	0,47	4
2018	C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	8.973	15.950	0,56	4	4	-0,34	2
2018	C4.4	% colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	178	402	44,28	3	2	25,55	4
2018	C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	280	413	67,80	2	4	75,00	2

**ALLEGATO N.2**

2018	C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	145	156	92,95	2	3	89,46	2
2018	C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)	134	761	17,61	2	3	22,27	2
2018	C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	55	1.660	3,31	2	1	6,38	3
2018	C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	27	601	4,49	4	3	4,63	4
2018	D9	Abbandoni da Pronto Soccorso	7.274	160.308	4,54	4	3	5,13	5

Legenda indicatori

valore 1	100%	molto alto
valore 2	100%	alto
valore 3	50%	medio
valore 4	0%	scarso
valore 5	0%	molto scarso

**ALLEGATO N.3****Obiettivi produttività 2018 – Comparto: Monitoraggio finale**

Obv	OBIETTIVO SPECIFICO	Indicatore al 31/12	Monitoraggio al 31/12	Settore	Esito
A01.01	Gestione crediti pregressi da mancato pagamento dei tickets	Gestione/inserimento a ruolo del 100% dei codici bianchi 2008. Relazione della attività condotta.	Nel corso dell'ultimo trimestre sono state inseriti ulteriori 204 codici bianchi, portando quindi il totale a 673 inserimenti a ruolo, rispetto ai 557 inizialmente previsti. Ciò in quanto in corso d'anno il CUP ha provveduto a segnalare ulteriori posizioni di mancati pagamenti riferiti all'anno 2008, che sono stati quindi gestite, pari al 100% delle pratiche. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Affari Generali e Legali_1	Raggiunto
A02.01	Gestione sinistri Implementazione della gestione digitalizzata dei sinistri tramite sistema GEDISS.	Partecipazione di uno o più operatori del comparto agli incontri di SAL nel corso del periodo di test. Relazione del Responsabile sulla partecipazione agli incontri.	Gli operatori del Servizio hanno partecipato a tutti gli incontri di SAL presso Regione Lombardia, come descritto nella relazione del responsabile agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Affari Generali e Legali_2	Raggiunto
A03.01	Avvio della presa in carico dei pazienti cronici.	Pianificazione (per referenti) e partecipazione degli operatori ad almeno 1 incontro informativo entro il periodo di riferimento. Foglio presenze e verbale da parte del Referente. Relazione finale al Responsabile.	Si sono tenuti gli incontri di aggiornamento sullo stato dell'arte della Presa in Carico con gli operatori. E' stato comunicato nell'incontro del 18/12/18 l'aggiornamento sulle "NUOVE MODALITÀ DI GESTIONE ED ATTUAZIONE DEL PERCORSO DI PRESA IN CARICO" (DGR 754/18). La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Centrale Servizi_1 - Servizio Portineria, Centralino, Amministrativi di reparto, Ufficio scelta e revoca	Raggiunto
A04.01	Monitoraggio trimestrale andamento liste di attesa per prestazioni ambulatoriali istituzionali ed in ALPI	Rilevazione volumi al 30/9/2018, verifica e segnalazioni di eventuali scostamenti a DMP e Direttore UO. Predisposizione relazione.	Inviata mail del 19/12/18 alla Direzione strategica con la rilevazione effettuata al 30/09/18 e la relazione di sintesi. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Centrale Servizi_2 - Libera Professione	Raggiunto
A05.01	Integrare gli applicativi aziendali al sistema PAGOPA per consentire ai cittadini il pagamento dei ticket sanitari attraverso i canali offerti dalle istituzioni bancari	Predisposizione informativa per URP, avvio effettivo del sistema. Relazione del Responsabile con riferimento all'avvio del sistema.	Il sistema è stato avviato con le prenotazioni dal giorno 1/10/18, dandone comunicazione all'Urp ed all'utenza interna con nota mail del 13/9/2018. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Centrale Servizi_3 - Ufficio Accoglienza (Referenti CUP)	Raggiunto

**ALLEGATO N.3**

A06.01	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 settembre/ottobre/novembre estratti dall'Ufficio flussi da restituire entro il giorno 3 del mese successivo: sommatoria records rapporto record errati/record totali < 1% (attestazione Ufficio flussi)	Si attesta l'allineamento all'indicatore regionale (< 1%), con un valore pari allo 0,51 % nel rispetto di quanto stabilito dall'indicatore. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Centrale Servizi_4 - Ufficio Accoglienza (CUP e Area Servizi)	Raggiunto
A07.01	Implementazione del nuovo sistema aziendale "Refera" per la gestione dell'attività formativa interna.	Rendicontazione di non meno del 90% delle iniziative accreditate nei 90 giorni precedenti (trimestre luglio - settembre)	Il quarto trimestre dell'anno 2018 ha impegnato l'Ufficio Formazione nel costante supporto ai Responsabili Scientifici nell'utilizzo della piattaforma REFERA relativamente al secondo e terzo step per gli eventi formativi in sede erogati dal mese di ottobre al mese di dicembre, in particolare nella stesura dei programmi, nella convocazione dei discenti e dei docenti, nell'attività di accreditamento regionale, nella rilevazione contabile dei costi per il Bilancio trimestrale di competenza mediante emissione di ordini ed elaborazione/numerazione/pubblicazione determinazioni e deliberazioni relative. E' stato inoltre garantito il flusso degli eventi formativi conclusi nel III° trimestre 2018. Tutte le 23 iniziative accreditate sono state rendicontate nel rispetto delle tempistiche richieste dalla normativa vigente, pari al 100%. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Comunicazione / Ufficio Formazione	Raggiunto
A08.01	Verificare e valutare la frequenza di segnalazione nella lettera di dimissione o documento di trasferimento in altra struttura dei pazienti positivi ai microrganismi alert MDR (multiresistente agli antibiotici).	Numero di pazienti con positività riportata in lettera di dimissione o documento di trasferimento in altra struttura / pazienti con almeno un campione positivo ad uno dei microrganismi selezionati dal 1/01 al 30/11/18. Analisi dei dati raccolti e proposta di possibile azione di miglioramento in caso divergenza fra osservato/atteso.	Legnano: A partire dal mese di gennaio sono stati comunicati dalla UOC Microbiologia n° 118 isolati positivi a patogeni alert, riportati nell'elenco precedentemente comunicato. Per verificare la frequenza della segnalazione di tale dato microbiologico, è stata consultata la lettera di dimissione/documento di trasferimento di ogni singolo paziente con positività riscontrata in qualsiasi campione biologico. Risultato: pazienti dimessi n°91 dei quali n° 63 con positività riportate in lettera di dimissione (69%) e n° 28 con positività non riportata in lettera di dimissione (31%). Non avendo raggiunto il target previsto della frequenza nella segnalazione si prevedono per il prossimo anno azioni proattive, giornate di aggiornamento e sensibilizzazione sulle multiresistenze. Magenta: A partire dal mese di gennaio sono stati comunicati dalla UOC Microbiologia n° 241 isolati positivi a patogeni alert. Per verificare la frequenza della segnalazione di tale dato microbiologico, è stata consultata la lettera di dimissione/documento di trasferimento di ogni singolo paziente con positività riscontrata in qualsiasi campione biologico. Risultato: pazienti dimessi n° 215 dei quali n° 117 con positività riportate in	Direzione Medica Presidio Magenta-Lignano_1 - Controllo Infezioni	Raggiunto

**ALLEGATO N.3**

			lettera di dimissione (54,4%). La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).		
A09.01	Controllo di registri di prenotazione ricoveri al fine di verificare la completezza della compilazione come previsto dalla vigente normativa in materia. Relazione sui controlli effettuati.	Verifica dei registri che nei precedenti controlli hanno evidenziato criticità	Legnano: Come da indicatore sono stati nuovamente verificati i registri che nei controlli precedenti hanno evidenziato criticità e più precisamente della UOC Oculistica e della UOC Chirurgia Plastica. Il verbale sull'esito del controllo è stato notificato ai Direttori delle UUOCC rispettivamente con nota n° 6575 e n° 6597 del 20/12/2018, disponibile agli atti della Direzione Medica di Presidio Magenta: Come da indicatore è stato verificato n° 1 registro di prenotazione ricoveri e più precisamente della UO Oculistica (nota n°2778), UO Chirurgia Plastica (nota n° 4929), UO Ortopedia (nota n° 4928). Il verbale sull'esito del controllo è stato notificato al Responsabile UO e disponibile agli atti Raggiunto della Direzione Medica di Presidio. La docum Raggiunto entazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo azie Raggiunto ndale OBTV Comparto).	Direzione Medica Presidio Magenta-Lignano_2	Raggiunto
A10.01	In ottemperanza alle DGR n. X/4702 del 29.12.2015, n. X/5513 del 02.08.2016 e n. X/7600 del 20.12.2017 creazione/implementazione di cartella Medico-Legale, inteso come fascicolo elettronico di raccolta dati acquisiti nel corso di tutti gli accertamenti medico-legali rivolti ai cittadini, finalizzato alla verifica anamnestico-documentale per la formulazione di giudizi sempre più appropriati.	Inserimento nella cartella medico-legale della documentazione sanitaria di tutti (100%) i pazienti valutati nel periodo Ottobre - Dicembre. Valutazioni inserite/Valutazioni effettuate = 100%	Nel trimestre di riferimento sono state processate 2337 pratiche. In 76 casi il cittadino ha presentato doppia istanza. Dalla verifica effettuata sul datafinder emerge che le pratiche con allegazioni corrette sono 2261. Il software in uso per la gestione delle pratiche, come certificato dalla software-house, nei casi di presentazione di doppia istanza non permette di verificare correttamente l'avvenuta allegazione documentale per entrambe le istanze, pertanto il numero utile di pratiche sul quale calcolare il grado di raggiungimento dell'obiettivo è 2261, che è risultato pari al 100%. E' previsto per il 2019 un upgrade del software che risolva il bug descritto. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Medicina Legale	Raggiunto

**ALLEGATO N.3**

A11.01	Realizzazione e implementazione piattaforma di business intelligence per controllo direzionale utilizzando l'applicativo denominato "Board"	Formazione utenti: n. utenti profilati/n. utenti formati=100	Alla data del 31 dicembre risultano completati tutte le attività per le quali era previsto il completamento. In particolare sono stati profilati 78 utenti tra ambito sanitario e amministrativo. Tutti sono stati formati mediante apposito incontro tenuto dal personale del CdG (4sezioni formative di 2 ore ciascuna) e sono stati resi disponibili un totale di: - 11 report principali relativi a costi e ricavi sia per utenti esterni (dati provenienti da flussi sanitari) sia per utenti interni (dati da sistemi di registrazione interni), a cui si aggiungono 12 report di dettaglio; - 8 report indicatori relativi sia a valutazioni di performance economiche (rapporto costi/ricavi) sia a prestazioni sanitarie (inappropriatezza DRG e consumi farmaci per DDD).	Programmazione e Controllo	Raggiunto
A12.01	Revisione modalità operative per uniformare la gestione dati dei pazienti (ex gestione distretti) in ossigenoterapia con concentratore di ossigeno finalizzata alla corretta produzione dei flussi informativi.	Verifica corretta compilazione del database. Relazione finale a cura del referente.	Alla data del 30 novembre u.s. il SUPI - Servizio Unificato Protesica e Integrativa ha completato l'inserimento nell'applicativo regionale Assist@nt-RL di tutte le prescrizioni relative ai pazienti presi in carico negli anni pregressi. Al fine di consentire il corretto inserimento nell'applicativo regionale sopra citato delle nuove prescrizioni, nel mese di giugno u.s., è stata condotta un'attività informativa verso i centri di prescrizione. Si può affermare che ad oggi tutte le prescrizioni relative la terapia respiratoria con concentratore di ossigeno sono attualmente gestite on-line come da indicazioni regionali.	Programmazione, Gestione e Integrazione Rete Sociosanitaria - Ufficio Protesi.	Raggiunto
A13.01	Gestione delle attività legate alla predisposizione del PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE dell'ASST Ovest Milanese.	Stesura bozza delibera aziendale PIMO ASST Ovest Milanese.	Effettuata la stesura della bozza di delibera aziendale "Piano Integrato Miglioramento Organizzativo - Triennio 2018 - 2020 - Adozione indicatori". Adottata delibera n°476 del 24/12/2018. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo (relazione dirigente UOC e bozza delibera) è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Qualità e Accreditamento	Raggiunto
A15.01	Misure di attenuazione acrilammide negli alimenti	Relazione finale (procedura consolidata)	Nel periodo di riferimento al fine di implementare misure di attenuazione dell'acrilammide negli alimenti, sono stati individuati ed identificati dagli operatori gli articoli in assortimento riferibili all'ambito di applicazione della normativa; adottate le misure preliminari di attenuazione per quanto di pertinenza, cioè secondo i menù vigenti nei diversi ospedali ed in base al tipo di condizionamento delle materie prime utilizzate ed effettuate le verifiche sui processi di cottura e definite procedure e guide cromatiche. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo (relazione dirigente UOC e bozza delibera) è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Servizio Acquisti Appalti_1 - Cucine	Raggiunto

**ALLEGATO N.3**

A16.01	Interfacciamento NECA con gestionale aziendale ordini e con il Flusso Osservatorio Acquisti	Creazione, mediante interfacciamento ORACLE/NECA di almeno n. 5 contratti/ordinativi di fornitura.	Nel trimestre in esame sono stati creati n.11 contratti/ordinativi di fornitura mediante l'utilizzo dell'interfaccia ORACLE-NECA. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Servizio Acquisti Appalti_2 - Gestione contratti H/T e PAC	Raggiunto
A17.01	Nuovo modello organizzativo a seguito di applicazione POAS.	Verifica della corretta applicazione dell'istruzione operativa da parte del responsabile. Relazione finale.	Come relazionato dal dirigente responsabile sono stati effettuati controlli a campione rispetto a quanto indicato nella istruzione operativa inerente l'attività giornaliera del servizio autisti, con riscontro di piena aderenza alla stessa. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Servizio Acquisti Appalti_4 - Autisti	Raggiunto
A18.01	Dematerializzazione: Implementazione dell'ordinativo di pagamento elettronico.	Generazione di un ordinativo di incasso/pagamento nell'ambiente di produzione.	Dal 01/10/2018 l'azienda ha emesso ordinativi di incasso/pagamento in formato elettronico, nel rispetto delle specifiche tecniche imposte da SIOPE+. Relazione del responsabile e documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto)	Servizio Contabilità Generale e Risorse Finanziarie	Raggiunto
A19.01	Governo della distribuzione sul territorio; privacy e tracciabilità.	1_N. consegne nominali effettuate con borderò cumulativo /N. consegne fuori procedura ≥ 95%. 2_N. consegne dirette/N. consegne non conformi ≥95% 3_Trasmisione delle istruzioni operative elaborate all'UOC Qualità e Accreditamento per la validazione. Relazione del Responsabile.	Nell'ultimo trimestre sono state consegnate le terapie per 329 pazienti, alcuni pazienti hanno avuto più di un accesso, le consegne sono state effettuate con 420 colli raggruppati in 107 spedizioni verso gli ex-distretti della rete territoriale. Tutte le consegne hanno rispettato gli obbiettivi prefissati nell'istruzione operativa. Non sono state effettuate consegne non conformi (Raggiungimento 100%). L'istruzione operativa di gestione delle consegne nominali, convertita da "Bozza" a versione definitiva, trasmessa alla UOC Qualità e Accreditamento è in fase di pubblicazione. La procedura per l'approvvigionamento di dispositivi medici è già stata pubblicata nel mese di ottobre 2018 ed è applicata dal 18/10/2018. Non sono state rilevate criticità. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Servizio Farmaceutico - Area amministrativa/Logistica	Raggiunto
A20.01	Aggiornamento procedure per l'allestimento delle terapie oncologiche che comprenda una istruzione operativa per la gestione del ricevimento delle prescrizioni informatizzate.	Verifica della corretta applicazione dell'Istruzione Operativa. Relazione del Responsabile	L'istruzione operativa IUP74 rev. 1 del 06/2018 è applicata scrupolosamente da tutto il personale infermieristico, il suo utilizzo è ormai consolidato e il documento rientra tra gli strumenti impiegati per l'addestramento del nuovo personale infermieristico inserito nel team dei laboratori sterili della Farmacia.	Servizio Farmaceutico - Area tecnico infermieristica	Raggiunto

**ALLEGATO N.3**

A21.01	Stesura di una procedura di lavoro per la gestione delle visite mediche preventive e periodiche per i lavoratori addetti all'elisuperficie	Avvio della procedura. N° di lavoratori sottoposti ad accertamenti sanitari con richiesta di visita medica ai Vigili del Fuoco, rispetto al N° totale delle visite in scadenza. > 90%. Relazione del Responsabile.	La procedura è stata pubblicata e avviata. Il 100% dei lavoratori sono stati sottoposti ad accertamenti sanitari con richiesta di visita medica ai Vigili del Fuoco. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Servizio Medico Competente	Raggiunto
A22.01	Aggiornamento dei PGE (Piano Gestione Emergenze) di : Abbiategrasso, CPS Legnano, Magenta e Parabiago, ed Ospedale via Candiani	Redazione PGE Ospedale via Candiani	Il PGE relativo all'ospedale storico di via Candiani è stato aggiornato (Rev 2 del Dicembre 2018) e a breve sarà deliberato e diffuso. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Servizio Prevenzione e Protezione	Raggiunto
A23.01	Controlli presenze/assenze. Verifica periodica della effettiva presenza in servizio.	Effettuazione di almeno 12 accessi presso UU.OO., Servizi, Uffici aziendali diverse nel trimestre, con redazione di sintetico verbale per ciascun accesso.	In linea con l'indicatore, nel periodo di riferimento il personale delegato ha effettuato 12 accessi presso UU.OO., Servizi, Uffici aziendali per la verifica della effettiva presenza in servizio degli operatori in forza alla struttura stessa, con redazione di sintetico verbale per ciascun accesso. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Servizio Risorse Umane_1 - Tutti i settori	Raggiunto
A24.01	Verifica e predisposizione dei fascicoli del personale cartacei per loro trasformazione in fascicolo elettronico	Invio al servizio esterno dei fascicoli cartacei (attuazione della procedura concordata) e formazione del personale	Con riferimento alla rendicontazione del 30.09.2018 nell'ultimo trimestre, a seguito di parere favorevole all'attivazione del contratto "Fascicolo elettronico del personale", la UOC Gestione Risorse Umane, in collaborazione con la UOC Acquisti e Appalti e i rappresentanti SIAV ha elaborato il piano dei fabbisogni per la ASST Ovest Milanese. La UOC Gestione Risorse Umane con note mail – ultima in data 29.11.2018 - ha provveduto ad esprimere parere favorevole rispetto al sopracitato piano demandando alla UOC Acquisti e Appalti le procedure di competenza per la formalizzazione dell'attivazione del contratto. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Servizio Risorse Umane_2 - Posizione giuridica, valutazione, previdenza	Raggiunto
A25.01	Attuazione del piano regolatore di sviluppo ospedale di magenta – 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 per la creazione del nuovo pronto soccorso P.O. Magenta.	Consuntivo annuale delle opere già realizzate per quanto riguarda la realizzazione del Nuovo Pronto Soccorso. Relazione dell'attività condotta.	Attuazione del piano regolatore di sviluppo ospedale di Magenta: - Per quanto riguarda l'importo finanziato dalla D.G.R. X/2111 del 11.07.2014 che prevede la "ristrutturazione/ampliamento con messa a norma e adeguamento impiantistico ai fini della sicurezza del Pronto Soccorso di Magenta per la creazione del nuovo Pronto Soccorso, a seguito di ulteriore rinvenimento di materiale da bonificare nel vespaio aerato situato nel corpo "F", sono state sospese le lavorazioni interne. A fronte delle bonifiche effettuate sono ripresi i lavori interni. Nel frattempo a copertura delle lavorazioni già eseguiti sono stati emessi ulteriori stati di	Servizio Tecnico Patrimoniale_1 - Amministrativi e Tecnici uffici.	Raggiunto

**ALLEGATO N.3**

			avanzamento lavori determinazione n. 1706 del 11.10.2018 2°SAL e con determinazione n.2235 del 19.12.2018 3° SAL); Il cronoprogramma dei lavori ha subito alcune variazioni dovute a problematiche di cantiere che hanno condizionato la tempistica. Si prevede la conclusione dei lavori entro l'estate del 2019. - per quanto riguarda specificatamente l'accordo programma quadro di cui alla D.G.R. X/5136 del 09/05/2016 - D.G.R. n. X/5510 del 02/08/2016 – "interventi mirati alla razionalizzazione area chirurgica ed area materno-infantile", con deliberazione n. 420 del 31/10/2018 è stata indetta la procedura di gara per la realizzazione dei lavori di cui al finanziamento in argomento. Sono in corso di realizzazione i sopralluoghi delle imprese che parteciperanno alla procedura. Aggiudicazione prevista entro febbraio 2019 nel rispetto del cronoprogramma. Per quanto riguarda la parte progettuale e di indizione della procedura di gara è stata rispettata la tempistica prevista dal finanziamento regionali e statale senza costi aggiuntivi rispetto all'importo finanziato. Grado di realizzazione del progetto – 100% La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).		
A26.01	Attività migliorative e di supporto agli interventi di manutenzione ordinaria, nelle strutture ospedaliere di Cuggiono, del Vecchio Ospedale di Legnano e nelle strutture territoriali afferenti della asst ovest milanese.	Realizzazione delle opere, contabilizzazione e regolare esecuzione. Relazione conclusiva.	Stato avanzamento dei lavori: Manutenzione Straordinaria VOL edificio "ex Materno Infantile." I lavori sono stati completati il NOA si è trasferito nella nuova sede al 4 piano della palazzina "ex Materno Infantile" all'interno del VOL. Sono state completate anche le procedure di accreditamento e il servizio è perfettamente operativo. Lavori completati come da cronoprogramma vedi determinazione 2377 del 31.12.2018. Grado di realizzazione del progetto – 100% La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Servizio Tecnico Patrimoniale_2 - Tecnici officine.	Raggiunto
A27.01	Revisione architettura di backend sito WWW istituzionale.	-Test funzionamento e formazione utenti rimanenti. -Revisione architettura di backend aree rimanenti. Verbale test effettuato e elenco utenti formati.	Test e formazione effettuati. Nel periodo di riferimento sono stati abilitati e formati gli ultimi operatori individuati per la pubblicazione sul sito WWW istituzionale, portando il numero a 48 utenti. La revisione backend è stata effettuata come programmato. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Sistemi Informativi Aziendali	Raggiunto

**ALLEGATO N.3**

A28.01	Estensione RIS - PACS implementazione sistema immagini endoscopiche (sede Legnano) nell'ambito PACS	Attivazione immagini endoscopiche nel PACS (ambiente produzione). Verbale di collaudo e relazione conclusiva.	Dal mese di dicembre si sono attivate presso l'U.O.C. Endoscopia digestiva di Legnano le immagini endoscopiche per colonscopia, gastroscopia, etc... l'obiettivo è stato dunque raggiunto entro il termine da cronoprogramma. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Sistemi Informativi Aziendali	
S01.01	Corretta rendicontazione delle prestazioni per esterni attraverso l'accuratezza della registrazione e tempestività dell'inserimento della prestazione.	Rendicontazione corretta delle prestazioni utilizzando "Galileo" e/o "FdL" $\geq 90\%$ di quelle di competenza su un campione preso nel periodo di riferimento.	Diversamente da quanto richiesto dall'indicatore di periodo, il monitoraggio della corretta rendicontazione delle prestazioni ambulatoriali non è stata effettuata su un campione, ma su tutti i dati provenienti dal sistema informatico riferiti al periodo 01/10/2018 - 31/12/2018, per un totale di 19196 record estratti. Tutti i settori interessati, con una percentuale di registrazione superiore al 90%, sono in linea con l'indicatore. Va precisato che nel numero delle prestazioni non rendicontate sono compresi anche gli utenti che non si sono presentati. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Ambulatori	Raggiunto
S01.02	Corretta raccolta di consenso al trattamento dei dati sensibili.	Valutazione di 30 cartelle cliniche pronte per l'invio presso il Modulo Funzionale di competenza, con presenza del consenso correttamente compilato e firmato. Documentazione corretta =100%	La verifica della corretta compilazione è stata effettuata da personale infermieristico esterno al settore interessato (C.A. afferente SITRA e C. A. Monitoraggio Obiettivi e Indicatori). Nel trimestre di riferimento la verifica è stata fatta su 30 documentazioni pronte per l'invio al Modulo Funzionale di competenza. Tutta la documentazione controllata è risultata conforme a quanto richiesto. Ogni cartella conteneva il consenso al trattamento dei dati correttamente compilato e firmato. Risultato: 30 documentazioni conformi su 30 documentazioni controllate, pari al 100% La documentazione di sintesi ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Ambulatorio Prericovero Chirurgico	Raggiunto
S02.01	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) -	Controllo mensile di almeno 10 schede MAP-09. Verifica e relazione a cura del SITRA. Indicatore: schede compilate correttamente/totale schede verificate $\geq 90\%$	La verifica della corretta compilazione è stata effettuata da personale infermieristico esterno ai blocchi operatori (Coordinatore Area Sale Operatorie e Coordinatore Area Monitoraggio Obiettivi e Indicatori). Relativamente ai quattro Blocchi Operatori generali la documentazione è stata verificata a campione anche internamente al blocco, dai relativi CMF sulla documentazione in uscita. Nel trimestre di riferimento la verifica fatta sul campione di almeno 10 schede MAP-09 per mese ha evidenziato quanto segue: - B.O. Abbiategrosso, verificate 30 schede, tutte sono risultate compilate correttamente, pari al 100%. - B.O. Magenta, verificate 30 Schede, tutte sono risultate compilate correttamente, pari al 100%..	Blocco operatorio generale, Blocco operatorio CCH, Chir_Vascolare	Raggiunto

**ALLEGATO N.3**

	"LISTA RISCONTRO MATERIALE UTILIZZATO DURANTE L'INTERVENTO"		- B.O. Cuggiono, verificate 30 schede, tutte sono risultate compilate correttamente, pari al 100%.. - B.O. Legnano, verificate 30 schede, tutte sono risultate compilate correttamente, pari al 100%.. - B.O. CCH-Vascolare, verificate 30 schede, tutte sono risultate compilate correttamente, pari al 100%.. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).		
S03.01	Integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali, finalizzate alla continuità di cura. Gestione dei nuclei familiari vulnerabili nel percorso integrato ospedale - territorio . Implementazione della scheda di valutazione del rischio biopsicosociale del nucleo familiare vulnerabile.	N° di schede di valutazione trasmesse dal territorio al punto nascita di riferimento e dal punto nascita al territorio. N° di esiti restituiti al servizio inviante/ N° di segnalazioni inviate > 90%	In continuità con l'applicazione del protocollo PAP91 e della scheda di valutazione MAD56 , sono stati rilevati i seguenti dati: 5 schede INVIATE dai Consultori Familiari al Punto Nascita di riferimento, con riscontro di ricezione scheda in tutti i casi. 4 schede INVIATE dal Punto Nascita ai Consultori Familiari, con riscontro di ricezione scheda in tutti i casi. 4 schede RICEVUTE dai Consultori Familiari, con riscontro di ricezione scheda in tutti i casi e appuntamento fissato. 5 schede RICEVUTE dai Punti Nascita, con riscontro di ricezione scheda in tutti i casi e appuntamento fissato. Delle 9 schede inviate, tutte hanno avuto puntuale riscontro, pari al 100%. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Blocco parti, Consultori, Neonatologia.	Raggiunto
S04.01	Messa in atto di un percorso di orientamento e recupero per gli studenti ripetenti con profitto insufficiente in tirocinio.	Relazione consuntiva relativa al percorso (attività intraprese, strategie adottate, bilancio degli esiti, punti di forza e criticità emerse).	Percorso portato a termine positivamente. La relazione di dettaglio ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Corso di laurea in Infermieristica	Raggiunto
S05.01	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 MDD04. Analisi di cinque episodi con sintesi delle eventuali criticità emerse. Effettuazione al 100% delle attività	L'applicazione della PAP85 (Procedura aziendale di gestione delle donne vittime di violenza domestica e sessuale che accedono ai DEA/PS) prosegue con regolarità e, indipendentemente dall'obiettivo assegnato, tutti i casi vengono discussi in equipe per individuare eventuali margini di miglioramento nelle diverse fasi di gestione della persona presa in carico. Nei PS/DEA, nel periodo di riferimento sono stati trattati: DEA Magenta: registrati 18 casi di violenza di genere. DEU Legnano: registrati 25 casi di violenza di genere. PS Abbiategrasso: registrati 2 casi di violenza di genere. PS Cuggiono: registrati 1 caso di violenza di genere. Come richiesto ogni PS-DEA ha anche valutato l'aderenza al protocollo tramite la check list dedicata per cinque casi per Legnano e Magenta, e tutti i casi trattati per Abbiategrasso e Cuggiono.	DEA, DEU, PS	Raggiunto

**ALLEGATO N.3**

			Sono state effettuate tutte le attività richieste dall'indicatore di periodo, pari al 100%. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).		
S06.01	Integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali, finalizzate alla continuità di cura. Individuare le condizioni di rischio sociale per l'attivazione di interventi sociali. Implementazione della "Valutazione Sociale", funzionale alla dimissione protetta.	N° di documentazioni clinico assistenziali compilate nella parte di valutazione del rischio sociale/N° di documentazioni visionate > 80%.	Per la valutazione conclusiva si è proceduto alla verifica di un campione di documentazione clinica (260 documenti visionati) ad opera del SITRA e tutti sono risultati aderenti a quanto richiesto dall'indicatore di periodo, pari al 100%. Dalla documentazione agli atti, si evince che tutti i servizi coinvolti hanno raggiunto l'obiettivo assegnato	Degenze	Raggiunto
S06.02	Adeguamento della documentazione clinico assistenziale.	Relazione conclusiva sull'esito della documentazione adottata con evidenza delle eventuali criticità emerse.	Consolidata l'adozione della nuova documentazione iniziata dal terzo trimestre per tutti i nuovi ricoveri - VALUTAZIONE INIZIALE DEL DOLORE (MAD353): si conferma che il nuovo strumento di valutazione prevede una migliore localizzazione della sede del dolore e delle sue caratteristiche la presenza di più scale di valutazione garantisce una oggettività della rilevazione del dato. Su questa valutazione non emergono criticità ulteriori rispetto a quelle risolte del trimestre precedente. - SCHEDA DI MONITORAGGIO DEL DOLORE (MAD356): Per UCP-DOM risulta un valido strumento e il caregiver risulta conforme nella compilazione. Negli accessi infermieristici, l'andamento viene riportato sul grafico inserito nella scheda "monitoraggio sintomi" MAD 361. La rappresentazione grafica dell'andamento del sintomo è di facile visibilità ed utile per impostare una terapia analgesica adeguata. - Per L'Hospice di Cuggiono e Magenta lo strumento risulta non semplice ed efficace nella trascrizione, troppo dispersivo e i dati rilevati risultano poco evidenziati e visibili (facendo più rivalutazioni nella giornata bisogna rifogliare tutti i moduli, il foglio è dispersivo e non è possibile evidenziare ogni episodio doloroso).	Degenze	Raggiunto
S07.01	Corretta registrazione e rendicontazione della documentazione MAC e BIC nel rispetto delle tempistiche previste.	Rispetto delle scadenze e delle modalità di registrazione nell'applicativo accweb secondo il programma definito dal Responsabile, con attestazione dell'ufficio flussi per la parte di rendicontazione 28SAN. Chiusura amministrativa del 100% delle pratiche relative al trimestre contenenti lettera di	Ottemperando a quanto disposto dalla Direzione Sanitaria, tutte le pratiche del 2018 sono state chiuse entro il 31 dicembre. La verifica è stata effettuata dal CdG mediante accesso al gestionale di accettazione, pertanto l'obiettivo è stato raggiunto.	MAC - BIC Centrale Sevizi	Raggiunto

**ALLEGATO N.3**

		dimissione definitiva, di fine ciclo o di successivo passaggio a follow-up, con attestazione a cura del SITRA.			
S08.01	Presa in carico e Percorso Riabilitativo Terapeutico: stesura di un progetto riabilitativo terapeutico individuale redatto congiuntamente dalle diverse figure professionali coinvolte.	Applicazione al 90% degli utenti presi in carico. Relazione conclusiva.	L'adozione del PRT condiviso nel primo trimestre non ha generato criticità ed il suo utilizzo ha confermato la validità del modello PRT proposto, pertanto non sono state apportate modifiche. In merito a quanto richiesto dall'indicatore di periodo, tutti gli ambiti specialistici i progetti riabilitativi terapeutici individualizzati sono stati applicati ad una percentuale di pazienti pari o superiore al 90%. Il grado di raggiungimento è stato certificato dal CAF, verificatore terzo alle strutture coinvolte. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	N.P.I.	Raggiunto
S09.01	Revisione procedure per uniformare le linee di attività nei 4 ospedali secondo le priorità definite in accordo con UO Qualità e Accreditamento	Trasmissione della documentazione revisionata alla UO Qualità e Accreditamento e implementazione delle procedure prodotte. Relazione sulla attività condotta.	Tutti i settori interessati a completamento dell'obiettivo di revisione delle procedure hanno provveduto all'invio alla UOC Qualità e Accreditamento di quanto prodotto. Nello specifico: - Anatomia patologica: è stata revisionata/redatta la documentazione inerente il percorso di abilitazione/addestramento del citotecnico - Centro Immunotrasfusionale: si è provveduto a revisionare la procedura per l'esecuzione degli esami di coagulazione di II livello. - Endoscopie: completata la stesura della "Procedura aziendale controllo di qualità nelle pratiche endoscopiche: Sorveglianza microbiologica". - Laboratori analisi : Nell'Area Medicina di Laboratori per le tecniche specialistiche di Microscopia Clinica - esame urine chimico fisico e morfologico si è elaborata la seguente documentazione: - scheda di inserimento/addestramento, - scheda di valutazione delle performance - documento di addestramento/abilitazione. - Microbiologia: per le tecniche specialistiche (biologia molecolare) sono stati revisionati i seguenti documenti: - scheda di inserimento/addestramento, - scheda di valutazione delle performance	Riabilitazione, Radiologie - Medicina Nucleare, Laboratori, AnatPatol, Trasfusionale, Microbiologia, C. Prelievi, Endoscopie	Raggiunto

**ALLEGATO N.3**

			- documento di addestramento/abilitazione. - Medicina Nucleare: sono state riviste ad oggi la scheda di valutazione delle performances dell'addestramento con gamma camera, la scheda di inserimento/addestramento con le attività previste e la scheda di abilitazione all'esecuzione di prestazioni con gamma camera - Radiologie: sono state riviste ad oggi la scheda di valutazione delle performances dell'addestramento in TC MS e la scheda di inserimento/addestramento ad attività di TC MS con le attività previste e la scheda di abilitazione all'esecuzione di prestazioni di TC. - Riabilitazioni: E' stata revisionata trasversalmente la procedura "Trattamento cure riabilitative motorie, respiratorie, logopediche e cognitive. Utenti interni" ed elaborata in ogni modulo funzionale la specifica I.O. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).		
S10.01	Mantenimento della spesa per dispositivi rispetto al 2017 per CND identificati (Rianimazioni, UTIC, Dialisi - A, C, R), (Sterilizzazione - tutto).	Mantenimento della spesa rispetto al 2017, con una tolleranza del 2%, correlato alla attività (GG degenza, N° interventi, N° sedute dialitiche). Rilevazione trimestre di riferimento	Monitoraggio effettuato dal controllo di gestione sulla base dei dati estratti dal DWH aziendale. In base a quanto rilevato per il periodo Gennaio - Novembre (ultimo dato disponibile), si osserva l'aderenza del risultato raggiunto all'indicatore di periodo. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	Rianimazioni, UTIC, Sterilizzazione, Dialisi	Raggiunto
S11.01	Percorsi di accompagnamento della fragilità. Continuità dei percorsi clinici e dei progetti relativi alla presa in carico del paziente con la doppia diagnosi	Presentazione del percorso di cura del paziente con doppia diagnosi condiviso nell'area salute mentale e delle dipendenze. Presentazione documento definitivo.	Nel trimestre di riferimento tutti i settori interessati hanno partecipato alla plenaria di conclusione del gruppo di miglioramento per la presentazione del documento conclusivo, elaborato in base alla procedura datata 2017. per la presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi. Nel mese di Gennaio 2019, la procedura prodotta verrà diffusa per conoscenza a tutto il personale per procedere nella applicazione della stessa. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	SERT, NOA, CPS, CP, CRA	Raggiunto
S12.01	Definizione e implementazione di un modello organizzativo trasversale ai servizi territoriali. Adeguamento alle modalità SITRA per la gestione della risorsa umana (diversa assegnazione, pianificazione ferie, richiesta ferie online, gestione turnistica	Implementazione procedure rimanenti. Evidenza dell'utilizzo delle procedure da parte delle risorse afferenti ai vari MF attraverso relazione sintetica.	Nel trimestre di riferimento si è proceduto a predisporre quanto necessario per l'implementazione della gestione dei turni con il programma Infoline. Sono pertanto stati predisposti i quadri di lavoro, pianificati i turni di lavoro di dicembre 2018 e gennaio 2019. In data 20-12-2018 è stata inviata ai CMF, per posta elettronica, la Guida Infoline a supporto dell'utilizzo del programma.	Servizio vaccinazioni, CDD, Fragilità, Disabilità e integrazione sociale,	Raggiunto

**ALLEGATO N.3**

	informatizzata, procedura gestione comunicazione)				
S13.01	Appropriatezza della gestione delle risorse attraverso il corretto utilizzo delle eccedenze orarie. Mantenimento risultato raggiunto nel 2017.	Mantenimento del risultato raggiunto nel 2017 in valore %. Relazione sulle azioni correttive adottate in caso di disallineamento rispetto al risultato atteso.	I dati trasmessi dal Servizio Risorse Umane relativo alle eccedenze orarie nel periodo Gennaio – Ottobre 2018, messi in relazione alle eccedenze dello stesso periodo dell'anno precedente testimoniano nel totale un decremento del 8% rispetto lo stesso periodo del 2017. Se vediamo i dati per area funzionale è possibile notare un costante decremento delle ore eccedenti ottobre 2018 vs ottobre 2017. Per l'area Salute mentale e dipendenze il delta in incremento è dovuto al mancato turn over di personale cessato che è stato assegnato nel corso dei mesi di agosto/settembre. Tali assegnazioni hanno portato già al mese di ottobre ad una riduzione di 5 punti percentuali rispetto al periodo precedente. La documentazione ad evidenza dei risultati di periodo è agli atti (applicativo aziendale OBTV Comparto).	SITRA - Aree Funzionali	Raggiunto