

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Ovest Milanese

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2017

SOMMARIO

1	Premessa	3
2	Organizzazione.....	4
3	Analisi del contesto interno	7
4	Gestione economica finanziaria	16
5	Costo del personale	19
6	Valutazione ciclo delle performance e obiettivi strategici 2017 20	
7	Misurazione e valutazione obiettivi programmati	20
8	Obiettivi Risorse Aggiuntive (RAR).....	26
9	Customer Satisfaction	27
10	Qualità dei processi e servizi erogati	27
11	Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	28
12	Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (Pr.IMO).....	30
	Allegato n.1.....	32
	Allegato n.2	44
	Allegato n.3	46

1 PREMESSA

Il Piano delle Performance 2017-2019 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° 18 del 30 gennaio 2017.

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>

30 giugno, 2018

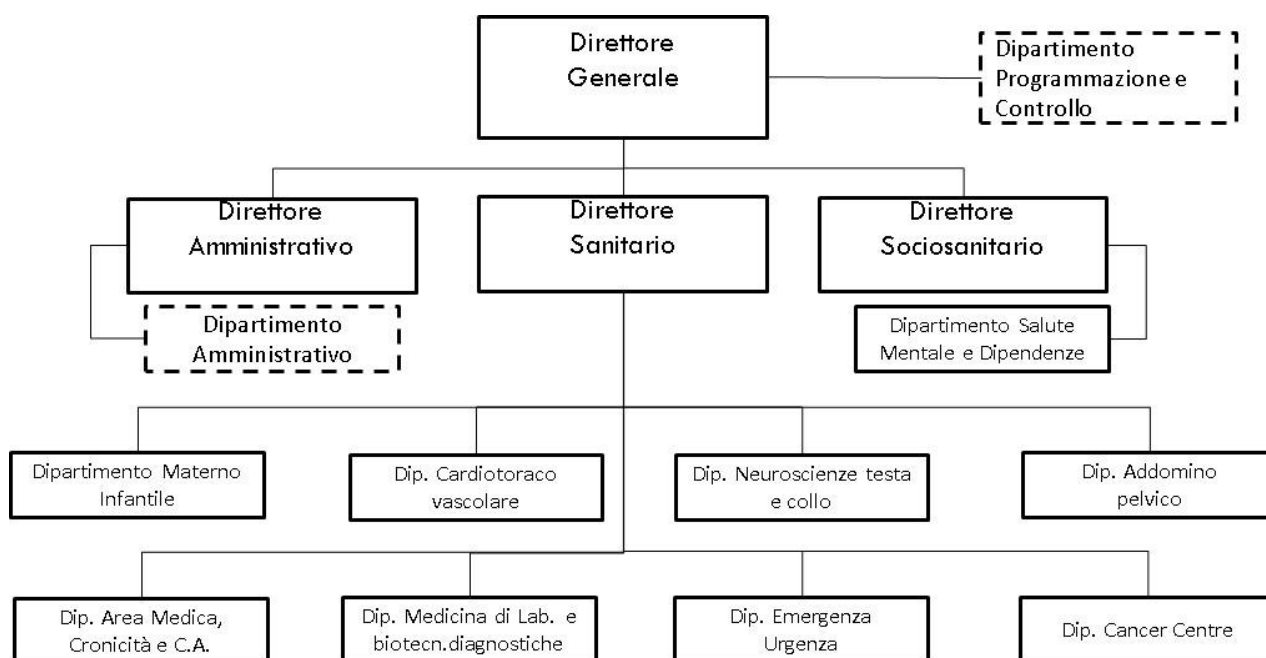
IL DIRETTORE GENERALE

Massimo Lombardo

2 ORGANIZZAZIONE

Con DGR n.6549 del 4 maggio 2017 ad oggetto “Determinazioni in ordine al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese, ai sensi e per gli effetti dell’art. 17, c. 4 della Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009, come modificata con Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015 e s.m.i.” 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.

Il settore Polo Ospedaliero è costituito da:

- Presidi Unici Ospedalieri, inclusivi di 4 stabilimenti ospedalieri

- Poliambulatorio territoriale
- Strutture dedicate all'area Salute Mentale

per un totale di 1.396 posti letto totali, posti degenza ordinaria 1325, posti 71 di DH/DS e 371 letti tecnici (culle, macro attività ambulatoriale, letti per dialisi, subacuti 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 Psicosociali 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 2015 di 189.106 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 2015 di 70.281 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 2015 di 127.959 abitanti.
- **Abbiategrasso** (copre un'area di circa 207 Km².) e comprende 15 Comuni: Abbiategrasso, Albairate, Besate, Bubbiano, Calvignasco, Cislano, Cassinetta di Lugagnano, Gaggiano, Gudo Visconti, Morimondo, Motta Visconti, Ozzero, Rosate, Vermezzo, Zelo Surrigone, con una popolazione residente al 1° gennaio 2015 di 81.880 abitanti.

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 2017, l'Azienda conta n. 4.140 dipendenti.

Dirigenza	N. dipendenti
Medici	663
Dirigenza sanitaria non medica	59
Altri dirigenti	25
Totale dirigenza	747

Comparto	N. dipendenti
Ruolo sanitario	2.138
Ruolo professionale	3
Ruolo tecnico	867
Ruolo amministrativo	385
Totale comparto	3.393

Ricoveri

Si riportano dati atti a descrivere alcune caratteristiche dimensionali fondamentali (dati 2017, alla data del 28/02/2018).

Attività Ospedaliera	Quantità 2017	Quantità 2016	Diff. Q.tà	Diff. % Q.tà	Valore 2017*	Valore 2016*	Diff. Valore	Diff. % Valore
Ricovero Ordinario	35.274	36.128	-854	-2,42%	136.102.602	138.520.511	-2.417.909	-1,78%
Day Hospital	6.181	6.378	-197	-3,19%	7.964.463	8.364.753	-400.290	-5,03%
Cure Subacute	90	88	2	2,22%	271.570	220.360	51.210	18,86%
TOTALE	41.545	42.594	-1.049	-2,52%	144.338.635	147.105.624	-2.766.989	-1,92%

(*) Valori al netto delle endoprotesi

Ospedale	Regime ricovero	n. SDO 2017	Valore 2017*
Osp. Civile di Legnano	Ordinario	18.072	79.195.372
	DH	2.062	2.627.363
Osp. Civile di Legnano Totale		20.134	81.822.735
Ospedale di Magenta	Ordinario	12.928	42.552.223
	DH	1.850	2.244.004
Ospedale di Magenta Totale		14.778	44.796.227
Osp. Civile di Cuggiono	Ordinario	2.213	7.340.626
	DH	1.184	1.644.341
	Sub acuti	90	271.570
Osp. Civile di Cuggiono Totale		3.487	9.256.537
Ospedale di Abbiategrasso	Ordinario	2.061	7.014.381
	DH	1.085	1.448.755
Ospedale di Abbiategrasso Totale		3.146	8.463.136
Totale complessivo		41.545	144.338.635

(*) Valori al netto delle endoprotesi

di cui:

Parti 2017	n. 2286
------------	----------------

Ambulatoriale (Valorizzato con tariffa 28/SAN)

Nella seguente tabella sono riportate le prestazioni ambulatoriali, di neuropsichiatria infantile e di screening valorizzate come da circolare 28/san (pertanto al lordo di eventuali ticket a carico del cittadino).

Regime Erogazione	Qtà 2017	Qtà 2016	Delta Qtà	Variazione %	Valore 2017	Valore 2016	Delta Valore	Variazione %
1 A Carico SSN	4.084.345	4.114.210	-29.865	-0,7 %	69.193.405	70.183.704	-990.299	-1,4 %
4 Solvenza	1.299	2.538	-1.239	-48,8 %	26.877	46.619	-19.743	-42,3 %
5 Libera Professione	105.852	97.967	7.885	8,0 %	1.652.601	1.763.817	-111.216	-6,3 %
7 Stranieri Comunitari e/o Convenzionati	515	413	102	24,7 %	7.241	12.662	-5.421	-42,8 %
8 Stranieri Extracomunitari Indigenti - a Carico SSN	1.336	1.022	314	30,7 %	14.648	11.956	2.693	22,5 %
9 Stranieri Extracomunitari Indigenti - Non a Carico SSN	3.814	2.799	1.015	36,3 %	124.953	113.498	11.456	10,1 %
N Naviganti	187	86	101	117,4 %	1.679	948	730	77,0 %
C Detenuti	1	0	1	0,0	23	0	23	0,0
D Migranti Nord Africa	0	27	-27	-100,0 %	0	220	-220	-100,0 %
TOTALE	4.197.349	4.219.062	-21.713	-0,5 %	71.021.426	72.133.424	-1.111.997	-1,5 %

Accessi in Pronto Soccorso

Colore Triage	PS - Accessi 2017	PS - Accessi 2016	Differenza
ROSSO	2.433	1.963	470
GIALLO	19.004	18.258	746
VERDE	113.372	114.885	-1.513
BIANCO	19.974	20.698	-724
TOTALE	154.783	155.804	-1.021

Fascia d'Età	PS - Accessi 2017	PS - Accessi 2016
FASCIA 00 - 14	29.194	30.134
FASCIA 15 - 44	48.780	50.429
FASCIA 45 - 64	33.861	33.076
FASCIA 65 - 74	16.276	15.746
FASCIA 75 - 84	17.735	17.862
FASCIA > 84	8.937	8.557
TOTAL	154.783	155.804

Modalità di Arrivo	08 - 12	13 - 17	18 - 22	00 - 07	TOTAL
ALTRO OSPEDALE	19	18	52	23	112
CENTRO OPERATIVO (118)	6.908	5.927	5.394	5.005	23.234
CURANTE SENZA RICHIESTA	198	183	79	13	473
G.M. CON RICHIESTA	44	56	55	19	174
G.M. SENZA RICHIESTA	28	24	27	26	105
RICHIESTA RICOVERO CURANTE	124	122	25	6	277
RICHIESTA VISITA URGENTE CURANTE	823	771	345	34	1.973
RICOVERO PROGRAMMATO	110	109	102	41	362
SPECIALISTA ESTERNO	202	168	72	8	450
SPONTANEO	46.488	36.153	29.299	15.670	127.610
STRUTTURA PENITENZIARIA	4	2	4	3	13
TOTAL	54.948	43.533	35.454	20.848	154.783

Modello LA

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari		
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro							
10100	Igiene e sanità pubblica	-	-	-	-	-	-	-
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	-	-	-	-	-	-	-
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	-	3	-	1	24	107	-
10400	Sanità pubblica veterinaria	-	-	-	-	-	-	-
10500	Attività di prevenzione rivolta alla persona	4.025	153	34	24	1.412	4.085	5
10600	Servizio medico legale	8	17	-	17	209	836	3
19999	Totale	4.033	173	34	42	1.645	5.028	8
	Assistenza distrettuale							
20100	Guardia medica	-	-	-	-	-	-	-
20200	Medicina generale							
20201	-- Medicina generica	-	2	-	-	20	33	-
20202	--Pediatria di libera scelta	-	-	-	-	5	8	-
20300	Emergenza sanitaria territoriale	62	14	-	15	263	1.399	3
20400	Assistenza farmaceutica							
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	-	-	-	-	-	-	-
20402	--Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	42.554	-	-	-	-	-	-
20500	Assistenza Integrativa	3.646	-	-	269	8	25	-
20600	Assistenza specialistica							
20601	--Attività clinica	7.926	570	1.621	352	7.956	18.472	66
20602	--Attività di laboratorio	5.206	100	-	199	1.817	6.585	12
20603	--Attività di diagnostica strumentale e per immagini	1.137	131	-	89	2.674	5.265	11
20700	Assistenza Protesica	2.291	3	2.833	-	473	-	-
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare							
20801	--assistenza programmata a domicilio (ADI)	6	27	-	20	303	1.965	6
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	9	26	-	250	1.040	1.544	5
20803	--Assistenza psichiatrica	89	255	95	2.067	3.331	7.867	20
20804	--Assistenza riabilitativa ai disabili	-	1	20	3	47	236	1
20805	--Assistenza ai tossicodipendenti	112	30	-	13	490	2.203	6

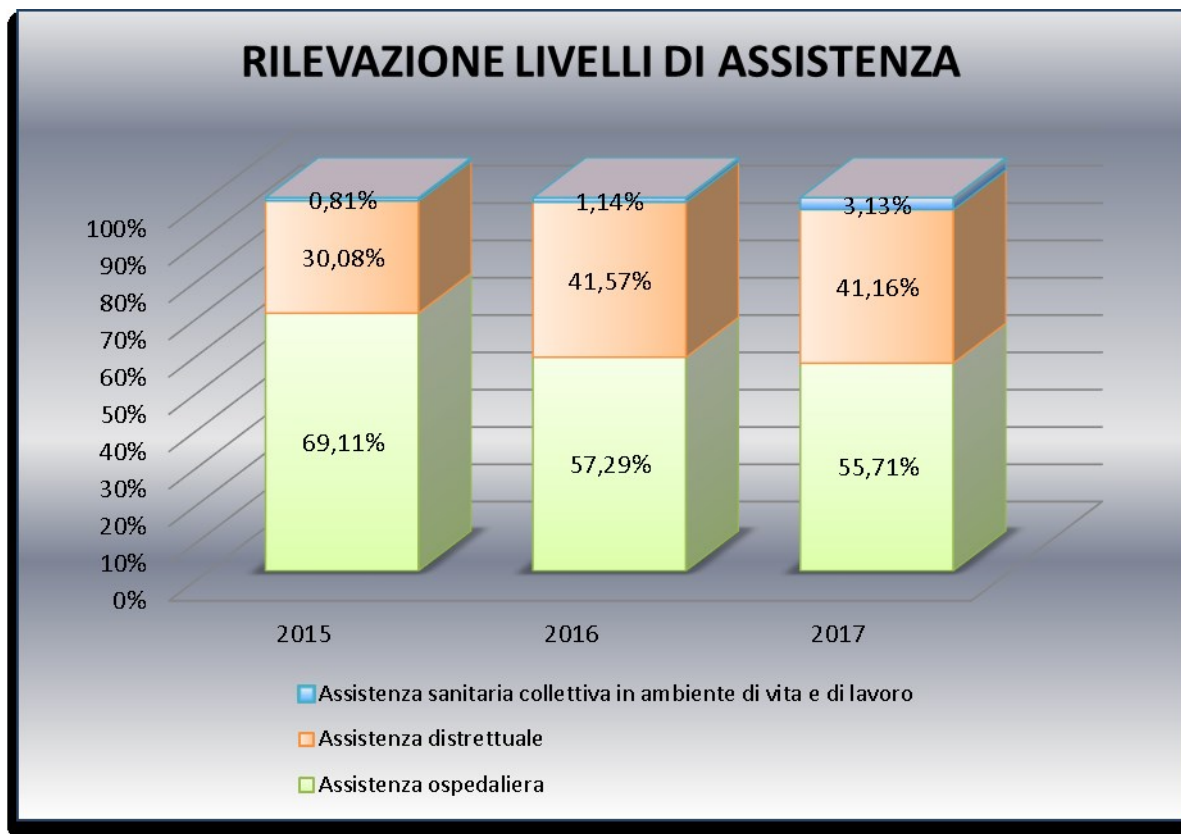
20806	--Assistenza agli anziani	-	-	-	-	-	-	-
20807	--Assistenza ai malati terminali	372	5	-	145	-	-	-
20808	--Assistenza a persone affette da HIV	-	-	-	-	-	-	-
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale							
20901	--Assistenza psichiatrica	1	34	-	8	469	995	3
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	15	28	-	160	1.670	1.231	4
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	-	-	-	-	-	-	-
20904	--Assistenza agli anziani	-	-	-	-	-	-	-
20905	--Assistenza a persone affette da HIV	-	-	-	-	-	-	-
20906	--Assistenza ai malati terminali	-	-	-	-	-	-	-
21000	Assistenza territoriale residenziale							
21001	--Assistenza psichiatrica	225	173	-	1.139	1.068	1.831	5
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	-	-	-	-	1	-	-
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	-	-	-	-	-	-	-
21004	--Assistenza agli anziani	-	1	-	1	41	217	-
21005	--Assistenza a persone affette da HIV	-	-	-	-	-	-	-
21006	--Assistenza ai malati terminali	34	-	-	-	1.034	106	4
21100	Assistenza Idrotermale	-	-	-	-	-	-	-
29999	Totale	63.685	1.400	4.569	4.730	22.710	49.982	146
Assistenza ospedaliera								
30100	Attività di pronto soccorso	608	-	15	12	419	2.318	3
30200	Ass. ospedaliera per acuti							
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	270	16	-	1	57	164	-
30202	--in degenza ordinaria	29.653	1.684	896	2.918	36.801	101.352	234
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	-	-	-	-	-	-	-
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	-	-	-	-	-	-	-
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	1.189	78	175	121	1.149	4.078	10
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	2.413	128	264	78	1.982	5.160	11
30700	Trapianto organi e tessuti	-	-	-	-	-	-	-
39999	Totale	34.133	1.906	1.350	3.130	40.408	113.072	258
49999	TOTALE	101.851	3.479	5.953	7.902	64.763	168.082	412

	Macro voci economiche	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro						
10100	Igiene e sanità pubblica	-	-	-	-	-	-
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	-	-	-	-	-	-
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	43	50	26	-	10	264
10400	Sanità pubblica veterinaria	-	-	-	-	-	-
10500	Attività di prevenzione rivolta alla persona	607	416	486	46	115	11.408
10600	Servizio medico legale	41	159	178	3	70	1.541
19999	Totale	691	625	690	49	195	13.213
	Assistenza distrettuale						
20100	Guardia medica	-	-	-	-	-	-
20200	Medicina generale						
20201	-- Medicina generica	-	242	-	-	-	297
20202	-- Pediatria di libera scelta	-	61	-	-	-	74
20300	Emergenza sanitaria territoriale	54	97	85	3	73	2.068
20400	Assistenza farmaceutica						
20401	-- Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	-	-	-	-	-	-
20402	-- Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	-	-	-	-	-	42.554
20500	Assistenza Integrativa	2	64	49	-	3	4.066
20600	Assistenza specialistica						
20601	-- Attività clinica	2.430	2.325	3.552	58	1.253	46.581
20602	-- Attività di laboratorio	955	682	1.165	11	233	16.965
20603	-- Attività di diagnostica strumentale e per immagini	1.369	836	1.759	10	196	13.477
20700	Assistenza Protesica	-	-	1.180	-	-	6.780
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare						
20801	-- assistenza programmata a domicilio (ADI)	596	176	37	25	134	3.295
20802	-- assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	586	165	70	4	112	3.811
20803	-- Assistenza psichiatrica	605	610	257	21	444	15.661
20804	-- Assistenza riabilitativa ai disabili	73	110	51	1	20	563
20805	-- Assistenza ai tossicodipendenti	532	254	170	6	146	3.962
20806	-- Assistenza agli anziani	-	-	-	-	-	-

20807	--Assistenza ai malati terminali	-	-	30	-	-	552
20808	--Assistenza a persone affette da HIV	-	-	-	-	-	-
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale						
20901	--Assistenza psichiatrica	119	76	148	2	58	1.913
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	557	132	64	5	101	3.967
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	-	-	-	-	-	-
20904	--Assistenza agli anziani	-	-	-	-	-	-
20905	--Assistenza a persone affette da HIV	-	-	-	-	-	-
20906	--Assistenza ai malati terminali	-	-	-	-	-	-
21000	Assistenza territoriale residenziale						
21001	--Assistenza psichiatrica	485	159	129	8	121	5.343
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	-	-	-	-	-	1
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	-	-	-	-	-	-
21004	--Assistenza agli anziani	5	12	23	-	9	309
21005	--Assistenza a persone affette da HIV	-	-	-	-	-	-
21006	--Assistenza ai malati terminali	99	77	-	13	89	1.456
21100	Assistenza Idrotermale	-	-	-	-	-	-
29999	Totale	8.467	6.078	8.769	167	2.992	173.695
	Assistenza ospedaliera						
30100	Attività di pronto soccorso	203	610	314	-	62	4.564
30200	Ass. ospedaliera per acuti						
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	53	11	319	-	9	900
30202	--in degenza ordinaria	17.498	7.388	7.142	189	3.635	209.390
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	-	-	-	-	-	-
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	-	-	-	-	-	-
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	733	296	414	8	196	8.447
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	716	390	403	34	221	11.800
30700	Trapianto organi e tessuti	-	-	-	-	-	-
39999	Totale	19.203	8.695	8.592	231	4.123	235.101
49999	TOTALE	28.361	15.398	18.051	447	7.310	422.009

(Valori in euro/1000)

Il modello “LA” riferito all’esercizio 2017 risulta in linea con le indicazioni fornite da Regione Lombardia, evidenziando, sia in termini assoluti che relativi, gli effetti dovuti all’attuazione della riforma sanitaria prevista dalla Legge Regionale 23/2015, come meglio evidenziato dal grafico sotto riportato.



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 alla previsione ed al consuntivo dell'esercizio 2017.

Cod.	Voce	POLO OSPEDALIERO				TERRITORIO			
		PREVENTIVO 2017	BES 2017	Variazione	Variazione %	PREVENTIVO 2017	BES 2017	Variazione	Variazione %
		A	B	(B-A)		C	D	(D-C)	
	RICAVI								
AOIR01	DRG	147.771	144.962	- 2.809	- 2	-	-	-	
AOIR02	Funzioni non tariffate	32.112	29.798	- 2.314	- 7	-	-	-	
AOIR03	Ambulatoriale	57.835	55.906	- 1.929	- 3	-	-	-	
AOIR04	Neuropsichiatria	1.795	1.882	87	5	-	-	-	
AOIR05	Screening	1.551	915	- 636	- 41	-	-	-	
AOIR06	Entrate proprie	14.699	16.401	1.702	12	1.941	3.037	1.096	56
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	8.656	8.676	20	0	132	233	101	77
AOIR08	Psichiatria	9.012	8.637	- 375	- 4	-	-	-	
AOIR09	File F	36.648	33.446	- 3.202	- 9	-	-	-	
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	-	95	95		-	-	-	
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	40.421	41.193	772	2	27.440	29.622	2.182	8
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	-	170	170		-	7	7	
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	-	2.573	2.573		-	22	22	
AOIR15	Prestazioni sanitarie	12.251	10.839	- 1.412	- 12	2.083	2.111	28	1
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	362.751	355.493	- 7.258	- 2	31.596	35.032	3.436	11
	COSTI								
AOIC01	Personale	180.222	179.907	- 315	- 0	14.959	16.305	1.346	9
AOIC02	IRAP personale dipendente	11.600	11.535	- 65	- 1	969	1.041	72	7
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	7.183	7.116	- 67	- 1	91	192	101	111
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	164.916	163.207	- 1.709	- 1	12.346	12.124	- 222	- 2
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	2.925	2.925	-	-	79	39	- 40	- 51
AOIC06	Altri costi	6.317	6.114	- 203	- 3	77	153	76	99
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	3.626	5.967	2.341	65	-	27	27	
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	-	479	479		-	8	8	
AOIC17	Integrativa e protesica	-	-	-		3.075	5.143	2.068	67
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	376.789	377.250	461	0	31.596	35.032	3.436	11
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	14.038	21.757	7.719	55				
	Risultato economico	-	-	-	-	-	-	-	-

(Valori in euro/1000)

Di seguito vengono riportati i commenti ai principali scostamenti evidenziati nella tabella soprariportata:

POLO OSPEDALIERO

DRG

Relativamente ai ricavi per ricoveri si registra una riduzione rispetto alla previsione pari al 1,9% che è comunque complessivamente in linea con il decremento registrato a livello regionale.

L'Azienda ha posto in essere delle azioni volte al miglioramento della codifica e della qualità documentale finalizzata a una riduzione dell'importo abbattuto.

AMBULATORIALE

Relativamente ai ricavi relativi per ambulatoriale si registra una riduzione del 3,3% rispetto alla previsione che è comunque complessivamente in linea con il decremento registrato a livello regionale.

L'Azienda ha posto in essere delle azioni volte al miglioramento della codifica e della qualità documentale finalizzata a una riduzione dell'importo abbattuto.

ENTRATE PROPRIE

La principale variazione registrata in questa voce è da ricondurre all'iscrizione del ricavo relativo all'attività di cessione di sangue ed emocomponenti sulla base della riorganizzazione attraverso i CLV di riferimento (ASST Rhodense) che ha registrato un notevole aumento non previsto precedentemente in Bilancio in quanto i dati definitivi sono pervenuti da AREU solo in data successiva alla redazione del BPE.

Nel bilancio d'esercizio si registra la variazione in incremento rispetto alla previsione di bilancio dei ricavi da compartecipazione.

FILE F

I valori relativi alla produzione di questa tipologia di farmaci sono stati assegnati sulla base delle verifiche dei flussi di attività in contraddittorio con le singole aziende interessate. I valori di spesa sono stati decrementati delle effettive note di credito pervenute per Accordo Prezzo/Volume e Payback.

UTILIZZI ESERCIZI PRECEDENTI

Valori non inseriti nel bilancio di previsione come da indicazioni regionali

ALTRI CONTRIBUTI DA REGIONE (AL NETTO RETTIFICHE)

Sono stati inseriti i valori come previsto dal decreto

ALTRI CONTRIBUTI

Sono stati rappresentati esattamente i contributi da privato ricevuti nel corso dell'esercizio.

PROVENTI FINANZIARI E STRAORDINARI

Valori non inseriti nel bilancio di previsione come da indicazioni regionali

PRESTAZIONI SANITARIE

Il dato registra una riduzione attribuibile principalmente all'adozione di farmaci generici e alla scadenza di brevetto del farmaco Glivec e del farmaco Tracleer, rendicontato nella tipologia doppio canale, che comporta un abbassamento del prezzo.

BENI E SERVIZI (NETTI)

Relativamente a tale voce si registra un marcato decremento dovuto principalmente all'effetto delle note di credito su FILE F HCV (come evidenziato anche nella voce File F dei ricavi).

Inoltre, si evidenzia una riduzione dei farmaci ospedalieri, dispositivi medici, beni e servizi non sanitari, manutenzioni, mensa e riscaldamento. Tali riduzioni sono imputabili, oltre che ad una riduzione delle attività, ad una sempre maggiore attenzione nella gestione dei fattori produttivi tipicamente a diretto governo dell'azienda.

ALTRI COSTI

Questo aggregato presenta una riduzione principalmente riconducibile all'assistenza medico specialistica convenzionata interna (SUMAI).

RETE TERRITORIALE

ENTRATE PROPRIE

Si rileva un incremento di euro/1.000 1.096 per rimborso oneri personale comandato presso la Don Gnocchi non previsto a Bilancio di Previsione e per maggiori ricavi da attività vaccinale.

BENI E SERVIZI (NETTI)

Relativamente a tale voce si registra, principalmente, un incremento dei dispositivi medici, delle pulizie e dei vaccini compensati da una riduzione registrata, principalmente, alle voci relative ai trasporti sanitari da privato, rimborso agli assistiti e utenze.

INTEGRATIVA E PROTESICA

Lo scostamento relativo alla voce Integrativa e Protesica è principalmente dovuto ad un aumento del noleggio dei ventilatori polmonari e ad un incremento degli acquisti da ortopedie.

5 COSTO DEL PERSONALE

Le politiche del personale sviluppate nel corso del 2017 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 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 2017

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 2017”, a cui sono stati ricondotti gli obiettivi per l'anno 2017.

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 di norma almeno trimestrale e 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 finali 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 da 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 2017:

- ✓ Numero Centri di Responsabilità che hanno ottenuto il punteggio massimo pari al 100%: n. 60 (78%)
- ✓ Numero Centri di Responsabilità che hanno ottenuto il punteggio inferiore al 50%: n. 0
- ✓ Numero Centri di Responsabilità che hanno ottenuto il punteggio compreso tra il 50% e il 70%: n. 0
- ✓ Numero Centri di Responsabilità che hanno ottenuto il punteggio compreso tra il 70% e il 100%: n. 17 (22%)

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
- ANNO 2017 -**

TABELLA PARAMETRI - P.T.A.	
N. DIP	PARAMETRO
0	0
0	1
0	1,25
0	1,5
0	1,75
1	1,85
25	2



TABELLA PARAMETRI - SANITARI NON MEDICI	
N. DIP	PARAMETRO
2	0
0	1
0	1,25
0	1,5
17	1,75
43	2

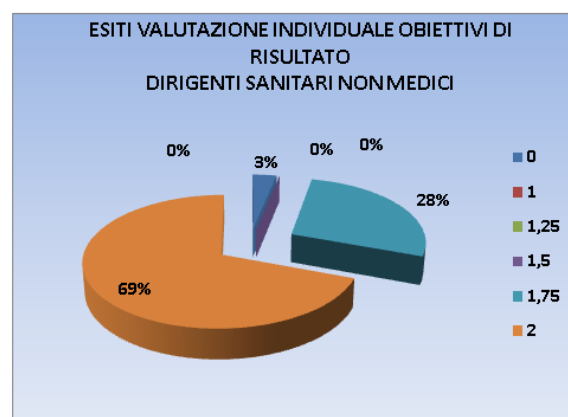
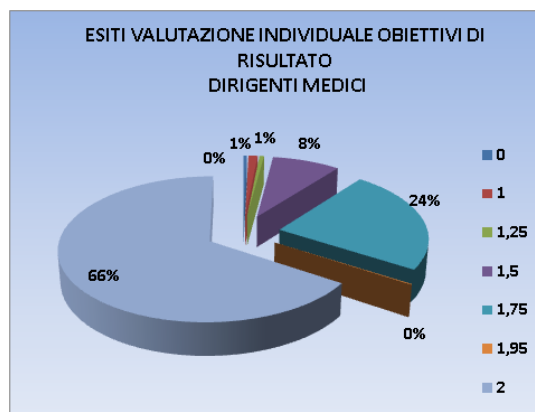


TABELLA PARAMETRI - MEDICI	
N. DIP	PARAMETRO
3	0
8	1
4	1,25
59	1,5
166	1,75
1	1,95
463	2



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 2017 tutto il comparto afferente alle UU.OO./servizi o altra articolazione organizzativa (Moduli funzionali) ha raggiunto il punteggio massimo =100% (Allegato tecnico n. 3)

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 2017 -

TABELLA PARAMETRI - COMPARTO CATEGORIA A	
N. DIP	PARAMETRO
0	0
2	0,5
3	1
12	1,3
34	1,6

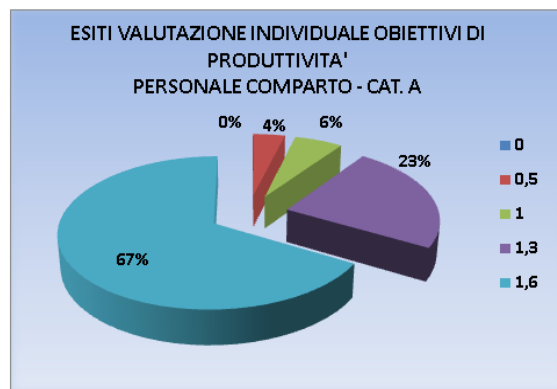


TABELLA PARAMETRI - COMPARTO CATEGORIA B-BS	
N. DIP	PARAMETRO
0	0
11	0,5
37	1
112	1,3
776	1,6

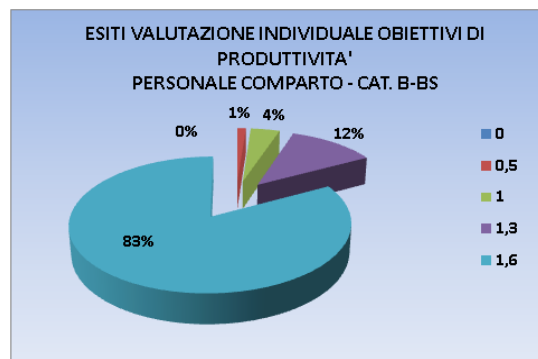


TABELLA PARAMETRI - COMPARTO CATEGORIA C	
N. DIP	PARAMETRO
0	0
2	0,5
1	1
11	1,3
246	1,6

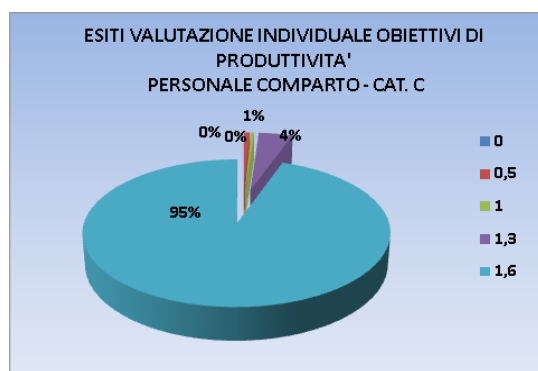
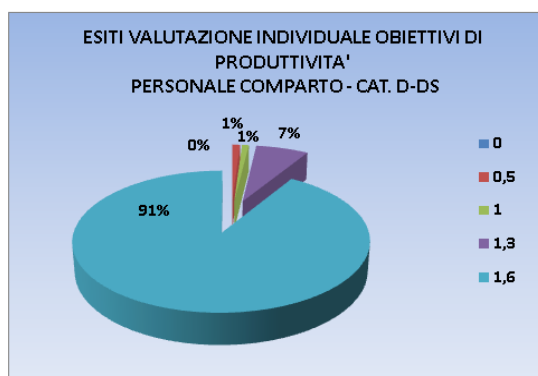


TABELLA PARAMETRI - COMPARTO CATEGORIA D-DS	
N. DIP	PARAMETRO
0	0
23	0,5
20	1
153	1,3
2067	1,6



8 OBIETTIVI RISORSE AGGIUNTIVE (RAR)

Gli obiettivi Aziendali RAR del 2017 comprendono gli obiettivi assegnati dalla Regione e collegati alle risorse aggiuntive regionali per il 2017 (DGR n. X/ 6430 del 3 aprile 2017- personale di area dirigenza e DGR n. X/ 6688 del 9 giugno 2017 personale di area comparto).

È stato previsto, progettato ed erogato un progetto formativo, con i medesimi contenuti, sia per il Comparto, sia per la Dirigenza, ma differenziato nell'approfondimento degli stessi e nella complessità della verifica finale di apprendimento dei contenuti.

Obiettivi generali dell'attività formativa sono stati:

1. aggiornare le risorse umane allo sviluppo della presa in carico della cronicità e alla gestione del cambiamento nella rete dei servizi, diffondendo e applicando i principi e strategie della LR 23;
2. diffondere i contenuti e la conoscenza di:
 - ✓ Nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) approvato con DGR n. 6549 /2017;
 - ✓ Piano anticorruzione Aziendale;
 - ✓ Adempimenti previsti dalla Legge 8 marzo 2017, n.24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

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

- ✓ per il Comparto l'obiettivo si è inteso raggiunto con superamento del test di apprendimento pari all'80% delle risposte corrette, con possibilità di ripetere il test 6 volte;
- ✓ per la Dirigenza l'obiettivo si è inteso raggiunto, rispondendo in modo corretto al 90% delle domande proposte, con possibilità di ripetere il test una volta sola.

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

PERIODO ATTIVAZIONE CORSO: 20 settembre- 28 dicembre 2017

PERSONALE DEL COMPARTO

NUMERO DIPENDENTI ISCRITTI AL CORSO N. 3506

N. dipendenti che hanno completato con successo il corso FAD	3303	
N. dipendenti che hanno completato con successo il corso in aula	21	
Totale dipendenti che hanno fruito con successo del corso	3324	94,81%

N. dipendenti che <u>non hanno effettuato</u> il corso di cui: -n. 123 assenti dal servizio – attribuzione del 50% dell'importo -n. 41 presenti in servizio – nessuna attribuzione economica	164	
N. dipendenti che <u>non hanno superato</u> il corso – nessuna attribuzione economica	13	
N. dipendenti che <u>non hanno completato</u> il corso – nessuna attribuzione economica	5	
Totale dipendenti che non hanno fruito del corso	182	5,19%

PERSONALE DELLA DIRIGENZA
NUMERO DIPENDENTI ISCRITTI AL CORSO N. 798

N. dipendenti che hanno completato con successo il corso FAD	690	86.47%
N. dipendenti che <u>non hanno effettuato</u> il corso dicui: n. 52 assenti dal servizio – attribuzione del 50% dell'importo n.31 presenti in servizio: nessuna attribuzione economica	83	
N. dipendenti che <u>non hanno superato</u> il corso – nessuna attribuzione economica	22	
N. dipendenti che non <u>hanno completato</u> il corso – nessuna attribuzione economica	3	
Totale dipendenti che non hanno fruito del corso	108	13.53%

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 2017 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda, ha ricevuto n. 529 segnalazioni/reclami e n. 136 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 2017, alcuni indicatori di performances ed esiti, sono stati oggetto di valutazione del Direttore Generale così come disposto dalla DGR n. X/6963 del 31.07.2017.

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 2017.

11 TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Le attività intraprese ed effettuate nell'anno 2017 in ordine alla prevenzione della corruzione ed 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. 17 del 30 gennaio 2017 ad oggetto "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2017-2019 (ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n.190)".

Nel corso dell'anno come previsto dal Piano anticorruzione, per ciascuna delle seguenti aree oggetto di analisi dei rischi:

- Area acquisizione e progressione del personale
- Area affidamento di lavori, servizi e forniture
- Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- Area gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Area incarichi e nomine
- Area affari legali e contenzioso
- Area attività libero professionale e liste di attesa (area specifica)
- Area attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliera (area specifica)
- Area attività rete territoriale

è stata effettuata una costante attività di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle misure implementate.

In materia di “*whistleblowing*”, l’Azienda dispone di un regolamento Aziendale “Disciplina delle misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti” adottato con deliberazione n. 136 del 17/05/2016.

Nel corso dell’anno sono pervenute n. 4 segnalazioni (di cui due anonime) provenienti dall’esterno dell’Azienda nei confronti di dipendenti. Le segnalazioni sono state gestite dal RPCT in collaborazione con gli uffici competenti e non hanno dato luogo a responsabilità disciplinari o penali.

In materia di Trasparenza, il d.lgs. n.97/2016 ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa disposta con d.lgs. n.33/2013.

La Sezione “Amministrazione Trasparente” è stata pertanto revisionata in adempimento ai nuovi dettami del Decreto legislativo suddetto e a quanto disposto dalla Deliberazione ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 che ha dettato le nuove “Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute del D.LGS 33/2013 come modificato dal D.lgs. n.97/2016”.

In ottemperanza a quanto disposto dalla deliberazione ANAC n. 236/2017 “Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione, al 31 marzo 2017 e attività di Vigilanza dell’Autorità”, il RPCT ha effettuato un’attività preliminare svolta ai fini della verifica relativa agli obblighi di pubblicazione, 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 2017, alla Certificazione dell’assolvimento di specifici obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2017.

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 2017) - nell’apposita area web dedicata alla “Amministrazione Trasparente”.

Nel 2017 è stato garantito da parte del RPCT, un costante monitoraggio della pubblicazione dei dati in “Amministrazione Trasparente” attraverso periodici audit a campione

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.

Riguardo all’attività formativa, è proseguita anche per il 2017 per tutto il personale dell’Azienda una iniziativa formativa FAD correlata ai progetti RAR 2017 sopra citati, che ha previsto nel suo interno, un modulo sui contenuti e la conoscenza del nuovo Piano Anticorruzione Aziendale.

Il RPCT, ha partecipato al corso di formazione avanzato organizzato da Eupolis dal titolo “L’efficacia del Piano triennale della corruzione” rivolto ai Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza di Giunta, Consiglio e Sistema Regionale Lombardo.

12 PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE (Pr.IMO)

Nel corso del 2017 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 Pr.I.M.O., infatti, l'Azienda ha monitorato le aree in essa contenute, i processi clinico-organizzativi e le attività aziendali integrando le informazioni derivanti dai contenuti di tutte le diverse aree e nello specifico:

AREA AUDIT

- PNE audit

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

- By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni (LEGNANO)
- Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni (LEGNANO)
- Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni (ABBIATEGRASSO)
- Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni (MAGENTA)
- BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni (CUGGIONO)

- INTERNAL audit

Caricamento dei seguenti documenti:

- Relazione annuale attività audit anno 2017
- Piano di Audit anno 2018

- AUDIT CLINICI ORGANIZZATIVI

- Caricamento dati Audit Brest Unit

AREA VALUTAZIONE

- AUTOVALUTAZIONE

Caricamento della check list compilata e validata di autovalutazione aziendale semestrale per ogni ospedale dell'ASST.

- VERIFICHE ESTERNE

Effettuata in ottobre 2017 da parte dei consulenti regionali: caricamento rapporto e relativi dati.

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 2017 entro la scadenza prevista del 23 maggio u.s..

ALLEGATI TECNICI

- n. 1 “Obiettivi strategici 2017”
- n. 2 “Obiettivi di performance ed esiti- PNE e Network delle Regioni 2017”
- n. 3 “Obiettivi produttività area Comparto 2017”

**Obiettivi strategici
2017**

ALLEGATO N.1

Macro area	Obiettivi	Indicatore	Azioni attuate	Target raggiunto
L.R. 23/2015: seconda fase di attuazione	Riordino Rete d'offerta	Rispetto dei requisiti di cui al DM. 70/2015	L'ASST ha organizzato la propria rete di offerta ospedaliera e la rete dell'emergenza/urgenza in linea con i principi ispiratori della L.R. 23/15 attraverso la previsione di due presidi ospedalieri unici: presidio unico ospedaliero di Legnano-Cuggiono e presidio unico ospedaliero di Magenta-Abbiategrasso. Per quanto concerne la rete dell'emergenza/urgenza, in linea con i volumi e con il bacino d'utenza previsti dal DM 70/15, l'organizzazione rispecchia il modello di "hub and spoke" che prevede un DEA di secondo livello a Legnano, con elisuperficie attiva h24 e medicina d'urgenza e un DEA di primo livello a Magenta con osservazione breve intensiva. Sono stati riorganizzati SMEL e SIMIT aziendali verso laboratori unici aziendali con potenziamento fasi preanalitiche.	100%
	1) Accessibilità e tempi di attesa	1) Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015	1) In occasione dei periodici monitoraggi regionali/nazionali relativi alle prestazioni ambulatoriali e di Ricovero, tutte le prestazioni registrate sono state erogate entro soglia. Si attesta che il 95% dei primi accessi è avvenuto nei tempi previsti.	100%
	2) Integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali	2) Declinazione dell'integrazione delle attività tra i diversi ambiti	2) L'ASST ha messo in atto una serie di progetti che coinvolgono sia i professionisti del polo ospedaliero e della rete territoriale aziendale sia i professionisti di altri enti (Comuni,	100%

			Aziende consortili, Enti accreditati, ecc.) al fine di realizzare percorsi finalizzati alla presa in carico dei pazienti ed alla continuità delle cure. Nel 2017 è stato sperimentato il protocollo relativo alle "Dimissioni protette dell'anziano fragile". Lo stesso coinvolge sia servizi ospedalieri che territoriali al fine di seguire il paziente nel suo percorso ospedaliero e al domicilio individuando un care giver e approntando tutti i servizi necessari. Inoltre, in relazione alle Misure ex DGR n.2942/2014 – RSA Aperta e Residenzialità Leggera – e B1 e B2, la Direzione Socio Sanitaria ha monitorato il proseguimento dell'attività, con particolare attenzione all'integrazione fra i servizi della ASST ed i servizi comunali. L' Azienda partecipa alla Rete antiviolenza Ticino-Olona in cui sono presenti tutti i comuni del territorio.	
Piano Organizzativo Aziendale Strategico		Attuazione del POAS	Con l'approvazione del POAS sono stati formalizzati i nuovi Dipartimenti e sono in fase di attivazione le prime Unit Multidisciplinari, cioè strutture organizzative di tipo funzionale cui partecipano specialisti di diversa estrazione inseriti, dal punto di vista gestionale in diverse strutture operative aziendali con la funzione di coordinamento delle attività cliniche e assistenziali su percorsi dedicati a specifiche patologie, problemi di salute, classi di utenti.	100%
Razionalizzazione della spesa ed efficientamento del Sistema	Spesa di Beni e Servizi: Dispositivi medici Farmaci Ospedalieri Altri beni e servizi	Riduzione media di sistema pari al 1,7%	L'Azienda ha contribuito alla riduzione di spesa dei beni e servizi di sistema ottenendo una riduzione del 1%. E' stato raggiunto l'obiettivo di pareggio di bilancio.	100%

Acquisti	1) Sistema degli acquisti 2) Programmazione acquisti	1) Incremento della spesa effettuata attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto al 2016 2) Rispetto delle scadenze	1) Percentuale di acquisti centralizzati/ aggregati/ servizi in concessione > 60%. 2) Invio entro le scadenze previste.	100%
Investimenti	Ambiti programmatori generali così come definiti dalla DGR 5805/2016 1) Piani di incremento dei livelli di sicurezza antincendio e sicurezza sismica dei presidi di riferimento delle ASST. 2) Rinnovo del patrimonio tecnologico ad alta tecnologia delle strutture pubbliche che non aumenti l'offerta sanitaria. 3) Mantenimento del patrimonio edilizio sanitario, impiantistico e tecnologico. 4) Realizzazione di interventi volti alla presa in cura e la continuità assistenziale per l'attuazione dei principi di cui alla LR 23/15.	Individuazione degli ambiti di intervento in materia di investimenti sanitari	E' stato adottato il provvedimento aziendale n. 1 del 13.01.2017 "Programma di investimento di cui alla DGR n. X/5805 del 18.11.2016 - Determinazione in ordine ai criteri e agli ambiti per l'utilizzo dei fondi di investimento per l'esercizio finanziario 2017 e seguenti – Indicazioni per la ricognizione delle esigenze del piano straordinario – approvazione ambiti di programmazione della ASST-Ovest Milanese", che definisce degli ambiti di intervento in materia di investimenti sanitari.	100%
Risk Management	1) Area travaglio e parto 2) Area Infezioni ospedaliere-Sepsi 3) Area Sicurezza del paziente in sala operatoria 4) Area Rischio nell'utilizzo dei farmaci	1) Implementazione Trigger 2) Utilizzo INFOSP/Audit 3) Applicazione della check list in sala operatoria 4) Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali previste	Tutte le attività avviate nell'anno 2017, sono state affrontate nell'ambito degli incontri del Gruppo di Coordinamento per l'attività di gestione del rischio, Qualità e Miglioramento Organizzativo. Attraverso la piattaforma Pr.I.M.O., sono state monitorate, verificate e controllate le Aree previste nel Piano Annuale RM 2017.	100%

Presa in carico del paziente	1) Misure innovative e sperimentazioni in ambito sociosanitario 2) Consultori familiari 3) Cure Primarie: Piano Assistenziale individuale -PAI- fondamentale strumento per la presa in carico del paziente, formulato sulla base di protocolli clinici PDTA e Patto di Cura come atto di responsabilità del paziente	1) Relazione delle attività anno 2017 descrittiva delle caratteristiche, emerse dalle valutazioni/rivalutazioni, delle persone che hanno beneficiato delle Misure Residenzialità leggera e RSA Aperta e dei relativi bisogni prevalenti 2) Aggiornamento del nomenclatore tariffario prestazioni di cui alla DGR n. 4597/12 3) Attivazione nel proprio sistema informativo delle funzioni per registrare l'arruolamento dei pazienti e la pubblicazione dei PAI secondo le indicazioni regionali	1) Trasmessa relazione agli uffici regionali competenti sulle misure "RSA aperta" e "Residenzialità leggera" ex DGR 2942, che sono state attivate nel territorio della ASST, previa valutazione multidimensionale ad opera di équipes multi professionali con strumenti di valutazione e progettazione individuale, già attivi nella discolta ASL Milano 1. 2) Gli operatori dei consultori familiari hanno provveduto ad allineare la loro rendicontazione alla nuova tariffazione e ad effettuare le dovute correzioni su ogni flusso trimestrale. 3) Sono state approntate le attività necessarie a dare avvio alle prime operatività in seguito ai dettami ex DGR n. X/7655 del 28.12.2017. In particolare l'Azienda ha avviato una serie di iniziative volte a garantire i servizi informativi ai cittadini sulle modalità di accesso al percorso di presa in carico. Sono stati attuati i necessari percorsi a livello di sistema informativo aziendale, ai fini dell'arruolamento dei pazienti e della pubblicazione dei PAI.	100%
-------------------------------------	--	--	--	-------------

Modello organizzativo territoriale integrato per la presa in carico del paziente	AFT MMG e PDF	Attuazione Accordo integrativo regionale 2017 per specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie convenzionate con il SSN	L'A.I.R. è stato sottoscritto in data 6.12.2017 e deliberato con DGR n. X/7625 del 28.12.2017. Le azioni previste sono state applicate; in particolare sono state attivate le procedure per l'istituzione dell'A.F.T. e sua attivazione; sono state avviate le procedure per l'individuazione e nomina del referente di A.F.T. e del suo sostituto. Sono state avviate le procedure per l'adeguamento del Comitato Zonale di cui questa azienda è individuata quale sede principale.	100%
	PreSST e POT	Avvio del PreSST	Il trasferimento dei servizi territoriali dalla sede di Legnano - via Savonarola alla sede del vecchio ospedale cittadino, ha permesso di avviare l'attività che darà vita al PreSST di Legnano, già oggetto di un piano di lavori che vedrà la confluenza all'interno del perimetro entro cui era ubicato l'ex Ospedale di Legnano di attività sanitarie a basso contenuto assistenziale e clinico, attività socio assistenziali e attività di informazione e orientamento a favore di pazienti cronici e fragili e dei relativi servizi di supporto.	100%
Modello organizzativo integrato e multidisciplinare fondato su un percorso di continuità assistenziale del paziente: Reti di Patologia	Rete Oncologica Lombarda ROL Rete Ematologica Lombarda REL Rete Nefrologica Lombarda ReNe	Monitoraggio dell'effettiva continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali nell'ambito delle reti di patologia regionali e delle reti ospedaliere di cui al DM 70/2015	Il monitoraggio dell'effettiva continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali, correlati agli ambiti delle Reti di Patologia e Reti di cui al DM 70/2015, è stato effettuato attraverso audit interni.	100%

Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	1) Parto analgesia h 24 in almeno un punto nascita 2) Comitato Percorso Nascita locali 3) Promozione allattamento al seno	1) Parto analgesia h 24 in almeno un punto nascita 2) Aggiornamento Carta dei Servizi specifica per ogni ASST con pubblicazione nelle lingue delle principali etnie di donne straniere 3) Partecipazione ai corsi di aggiornamento 20 ore UNICEF	1) Parto analgesia h24: Obiettivo consolidato dal 2015. 2) Il gruppo di lavoro ha prodotto la Carta dei Servizi nelle lingue italiano e inglese. Le Carte sono state pubblicate sul sito aziendale. 3) Eseguiti 2 Corsi di aggiornamento sulla promozione e il sostegno dell'allattamento al seno di 20 ore secondo le indicazioni OMS-UNICEF.	100%
Rete delle Cure Palliative	Ai sensi della DGR n. 5918 del 28.11.2016 nel 2017 si procederà alla attuazione del processo di riclassificazione della rete. Il provvedimento Regionale definisce: La Rete Regionale e le Reti Locali di Cure Palliative già in parte delineate nella DGR n. 4610/2012. I livelli erogativi di assistenza: residenziale/domiciliare/ospedaliero/MAC e ambulatoriale. I percorsi e rapporti con la Rete di Continuità Clinico-Assistenziale.	Adeguamento ai requisiti previsti dalla DGR n. 5918 del 28.11.2016	Si è provveduto ad adeguare ai requisiti richiesti la U.O. Cure Palliative e l'Hospice accreditato nell'ambito sociosanitari, che sono state riclassificate e iscritte nel Registro Regionale delle unità di offerta sociosanitarie accreditate.	100%
Rete della Terapia del dolore	Proseguimento del percorso di consolidamento della Rete avviato con Deliberazioni Regionali n. 4610/2012, n. 2563/2014, n. 4983/2016 che hanno disciplinato in maniera complessiva il modello organizzativo specifico	Proseguimento del percorso anche attraverso la ridefinizione delle attività in conformità al nuovo assetto organizzativo.	E' stato istituito il Comitato Ospedale Territorio senza Dolore, con la finalità di concretizzare i contenuti delle norme di riferimento e per diffondere la cultura di contrasto al dolore in ogni contesto, con provvedimento aziendale n. 104 del 22.03.2018.	100%
	Servizi di Assistenza Specialistica Territoriale (già Nuove Reti Sanitarie): STCP-POD-PST-PTP-TCS	Prosecuzione delle attività	Prosegue l'attività avviata negli anni precedenti relativa ai percorsi di presa in carico del paziente coniugando appropriatezza clinica, gestionale e di allocazione delle risorse, attraverso le Nuove Reti Sanitarie.	100%
Telemedicina	Nell'ambito delle Nuove Reti Sanitarie, per pazienti cronici con scompenso cardiaco cronico e BPCO grave e medio grave e per un percorso di riabilitazione post	Attivazione telemedicina	In attuazione del criterio di continuità delle cure così come definito dalla L.R. 23/2015, è stata inserita la Piattaforma di Telemedicina e sviluppo di Medicina digitale.	100%

	cardiochirurgica	domiciliare.	E' stata attivata la telemedicina tra gli ospedali di Magenta, Abbiategrasso e Legnano per il trattamento del paziente con ictus.	
Salute Mentale	1) Progetti NPIA/ Programmi innovativi psichiatria 2) Raccordo tra psichiatria, NPIA, psicologia e dipendenze 3) 43/SAN	1) Proseguimento dei progetti territoriali esistenti e trasversalità degli stessi nelle aree prioritarie di intervento 2) Raccordo tra psichiatria, NPIA, psicologia e dipendenze 3) Spesa 2017 = 2016. Incremento max. del 2% annuo a fronte di parere motivato di ATS e previa autorizzazione regionale	1) Sono stati attuati e rendicontati in ATS Milano Città Metropolitana i progetti NPIA e i programmi innovativi in psichiatria Anno 2017. 2) Sono stati incoraggiati percorsi formativi dalla partecipazione estesa, privilegiando la forma dei gruppi di miglioramento, con la partecipazione di oltre 90 operatori di diverse professionalità presenti nelle diverse tipologie di UU.OO. che individuassero le buone prassi da attuarsi nei diversi servizi. In data 31.01.2018, è stata trasmessa ai competenti uffici regionali la relazione descrittiva delle attività intraprese per l'integrazione organizzativa e funzionale dei servizi delle dipendenze con gli altri servizi territoriali (in particolare di salute mentale e NPIA) con valutazione degli esiti e delle criticità emerse. 3) Si conferma il rispetto del tetto massimo di spesa 43/SAN complessivo.	100%
Coperture vaccinali	Aumento della copertura delle vaccinazioni	-Esavalente (polio – difto – tetano-pertosse –epatite B – HIB) • Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥95% - Morbillo - Parotite – Rosolia • Coorte nati residenti 2015: 1° dose ≥95%	-Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse –epatite B – HIB) • Coorte nati residenti 2015: 3° dose = 93,5% - Morbillo - Parotite – Rosolia • Coorte nati residenti 2015: 1° dose=93,5% • Coorte nati residenti 2011: 2° dose =91,4% - Pneumococco	92,8%

		• Coorte nati residenti 2011: 2° dose ≥ 95% - Pneumococco • Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥ 80% - Meningococco C • Coorte nati residenti 2015: ≥85% - Polio 4° dose • Coorte nati 2011 residenti ≥ 95% - HPV femmine dodicenni • Coorte nate 2004: 2° dose ≥ 80% - Influenza • over 65aa ≥ 75%	• Coorte nati residenti 2015: 3° dose =91,8% - Meningococco C • Coorte nati residenti 2015: =92,2% - Polio 4° dose • Coorte nati 2011 residenti ≥ =92% - HPV femmine dodicenni • Coorte nate 2004: 2° dose ≥ 76,40% - Influenza • over 65aa ≥ 46%	
Tempi di attesa	1) Area di Governo dei Tempi di Attesa: formalizzazione Piani aziendali di governo dei tempi di attesa-Anno 2017 (nei PGTAZ devono essere ricomprese anche le prestazioni di screening mammografico e screening del colon retto) 2) Prosecuzione del Progetto Ambulatori Aperti 3) Attenzione da parte dei medici prescrittori all'utilizzo della classe di priorità e rispetto della appropriatezza di prescrizione e di effettuazione delle prestazioni	1) Evidenza della predisposizione e trasmissione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz) 2) Erogazione prestazioni per almeno 5h settimanali prima delle 8.00 e/o dopo le 17.00 e/o il sabato 3) Monitoraggio sull'appropriatezza prescrittiva delle impegnative redatte.	1) Invio dei PGTAz semestrali secondo le tempistiche indicate 2) Prosegue il progetto per le prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo le fasce orarie pubblicizzate mediante sito web aziendale 3) Effettuati da parte delle Direzioni Mediche di Presidio monitoraggi a campione sull'appropriatezza prescrittiva delle impegnative redatte.	100%
Screening	Messa a disposizione dei programmi di screening: opportuni volumi di prestazioni per garantire una adeguata copertura della popolazione e collaborazione ASST/ATS nella rendicontazione delle stadiazioni dei cancri screen detected	100% delle richieste ATS contrattualizzate	Rispetto ai programmi di screening contrattualizzati, sono state garantite ed erogate tutte le prestazioni in funzione della richiesta di ATS Milano Città Metropolitana.	100%

Farmaceutica e assistenza protesica ed integrativa	1) Risorse farmaci alto costo innovativi oncologici 2) Flussi File F e File R 3) Modello Servizio Unificato di Protesica e Integrativa (SUPI)	1) Controllo della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione: 1_ Farmaci per HCV:100% con presenza del dato di targatura nel File F per ogni confezione erogata; 2_ Farmaci oncologici:75% 2) Trasmissione delle correzioni entro e non oltre i due mesi successivi 3) Gestione centralizzata di settori specifici assistenza protesica, assistenza integrativa	1) A seguito dell'ispezione effettuata da ATS Milano Città Metropolitana, la rendicontazione è risultata corretta e corredata della documentazione informatizzata completa eleggibilità del paziente al trattamento, richiesta e dispensazione farmaco). Ove segnalato, si è provveduto ad effettuare le correzioni in file F e a registrare le schede AIFA mancanti 2) Invii secondo le tempistiche previste 3) Sono state avviate tutte le attività al fine di uniformare le procedure relative alla gestione della fornitura protesica maggiore ed integrativa	100%
Negoziazione e contratti	1) Contratti sanitari e sociosanitari 2) Rimodulazione del budget 3) Contratto Programmi innovativi in salute mentale e Contratto progetti NPIA	1) Sottoscrizione contratti sanitari e sociosanitari 2) Eventuali rimodulazioni del budget entro il 30 novembre 2017. 3) Sottoscrizione contratto Programmi innovativi in salute mentale. Sottoscrizione contratto progetti NPIA.	1) In data 28.05.2018 è stato sottoscritto il contratto definitivo sociosanitario; in data 31.05.2018 è stato sottoscritto il contratto definitivo sanitario. 2) Entro la scadenza prevista è stato rimodulato il budget del contratto sanitario e sociosanitario 3) In data 14.05.2018 sono stati sottoscritti il contratto Programmi	100%

innovativi in salute mentale ed il contratto progetti NPIA.				
Medicina legale e necroscopica	Prestazioni medico legali di rilevanza territoriale e ospedaliera Realizzazione dell'organizzazione in forma Dipartimentale interaziendale delle UU.OO. Di Medicina legale, finalizzata ad assicurare l'unitarietà e l'omogeneità delle funzioni di Governance.	Gestione unitaria delle prestazioni medico legali di rilevanza territoriale e ospedaliera, all'interno di un'unica articolazione di Medicina Legale. Realizzazione dell'organizzazione in forma dipartimentale interaziendale delle UU.OO. Di Medicina legale, finalizzata ad assicurare l'unitarietà e l'omogeneità delle funzioni di Governance.	L' U.O. di Medicina Legale ha dato continuità in regime di convenzione a titolo non oneroso alla gestione unitaria delle prestazioni medico-legali territoriali/ospedaliere, in precedenza solo in parte erogate dalla ex ASL Mi 1. E' stato istituito Dipartimento di Medicina Legale Interaziendale, adottato con Piano di Organizzazione Strategico Aziendale. E' stato conferito incarico di Direzione del Dipartimento ad un professionista della ASST (Provvedimento aziendale n. 222/2017).	100%
Attività di controllo	Almeno il 14% delle attività di ricovero sono soggette a controlli. Una quota fino a 7 punti percentuali (fino al 3% di qualità documentale e fino al 4% di congruenza ed appropriatezza generica) dei 14 sopra previsti potrà essere riferita ad attività di autocontrollo effettuate a cura dei soggetti erogatori.	Controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 30 settembre 2017, del 7% delle prestazioni di Piano di controllo aziendale entro il 31.01.2017	Effettuato controllo del 7% delle prestazioni di ricovero con riscontro inviato ad ATS Milano Città Metropolitana in data 28.09.2017. Quota fino al 4% - autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica Quota fino al 3% - autocontrollo di qualità della documentazione clinica. Il Piano dei Controlli Aziendale è stato inviato in ATS Milano Città Metropolitana in data 30.01.2017.	100%
Flussi informativi	Rispetto di tutti i flussi sanitari e sociosanitari entro le tempistiche definite da Regione Lombardia.	Trasmissione secondo le tempistiche definite nella Delibera delle Regole e nella circolare Flussi per l'anno 2017 dei flussi informativi sanitari e sociosanitari	Si conferma la corretta trasmissione secondo le tempistiche previste dei flussi informativi sanitari e sociosanitari.	100%
Ricetta dematerializzata	L'obiettivo per il 2017 è di consolidare il processo di dematerializzazione anche sul fronte delle prescrizioni di visite ed esami	Consolidamento del processo di dematerializzazione delle ricette Specialistiche	Si è completata la fase di predisposizione per l'attivazione della Ricetta Dematerializzata per le prenotazioni visite radiologiche. Estensione ricetta elettronica laboratori Stabilimento di Magenta (prescrizione) ed integrazione	100%

				dei sistemi Cupnet-Dnlab per accettazione NRE. Inoltre, sono stati avviati i percorsi di formazione per tutti i medici prescrittori. E' stata completata, per il 90% l'abilitazione e la formazione dei medici prescrittori del servizio Dipendenze (SERT - NOA e dei Consultori Familiari).	
Trasparenza e corruzione della corruzione	1) Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) deliberazione ANAC del 3 agosto 2016 n. 831 Scadenza 31/01/2017 adozione PPCT 2) D.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 in tema di revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza	1) Scadenza 31.01.2017 adozione PPCT 2) Revisione area Amministrazione Trasparente		1) Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2017-2019 è stato adottato con provvedimento aziendale n. 17 del 30.01.2017. 2) Sono state apportate le necessarie modifiche alla struttura della sezione del sito web "Amministrazione Trasparente". In ottemperanza a quanto disposto dalla deliberazione ANAC n. 236/2017, il RPCT ha effettuato un'attività preliminare svolta ai fini della verifica relativa agli obblighi di pubblicazione, con particolare riferimento alla completezza, all'aggiornamento e all'apertura del formato di ciascun documento, dato ed 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 2017, alla Certificazione dell'assolvimento di specifici obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2017.	100%
Controlli su autocertificazioni ex DPR n. 445/2000	Controllo puntuale su singoli casi, sollecitato in particolare da dubbi sulla veridicità dei contenuti delle stesse. Controllo a campione su un numero determinato di dichiarazioni, attuato in base a criteri definiti dall'amministrazione.	Riorganizzazione dell'attività legata ai controlli		E' stato adottato il provvedimento aziendale n. 191 del 15.06.2017 "Attività di controllo della Direzione Amministrativa - Anno 2017" attraverso cui è stata regolamentata l'attività di controllo sotto il coordinamento della Direzione Amministrativa.	100%

Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (Pr.I.M.O.)	Migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria				E' proseguito il programma di miglioramento dell'organizzazione, secondo le indicazioni regionali. In particolare si richiamano gli adempimenti attuati con riferimento alla DGR n. 7543/2017, anche attraverso l'utilizzo della Piattaforma Pr.I.M.O., quale unica modalità di trasmissione di documenti e report di monitoraggio e verifica e controllo, nel rispetto delle scadenze previste.	100%
Programma Internal Auditing	1) Piano di Audit 2) Relazione di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate nel 2016 3) Relazione semestrale di monitoraggio delle attività di audit effettuate al 30 giugno	1) Scadenza entro il 31.01.2017 2) Scadenza entro il 28.02.2017 3) Scadenza entro il 30.07.2017	1) Piano di Audit 2017 adottato con provvedimento aziendale n. 3 del 19.01.2017. 2) Trasmissione ai competenti uffici regionali in data 27.02.2017. 3) Trasmissione ai competenti uffici regionali in data 31.08.2017.	100%		

Migliorare la qualità e la sicurezza
dell'assistenza sanitaria

E' proseguito il programma di miglioramento dell'organizzazione, secondo le indicazioni regionali. In particolare si richiamano gli adempimenti attuati con riferimento alla DGR n. 7543/2017, anche attraverso l'utilizzo della Piattaforma Pr.I.M.O., quale unica modalità di trasmissione di documenti e report di monitoraggio e verifica e controllo, nel rispetto delle scadenze previste. **100%**

100%

Programma Internal Auditing

- 1) Piano di Audit
- 2) Relazione di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate nel 2016
- 3) Relazione semestrale di monitoraggio delle attività di audit effettuate al 30 giugno

- | | | | |
|----|------------|-------|-----------|
| 1) | Scadenza | entro | il |
| | 31.01.2017 | | |
| 2) | Scadenza | entro | il |
| | 28.02.2017 | | |
| 3) | Scadenza | entro | il 30.07. |
| | 2017 | | |

- 1) Piano di Audit 2017 adottato con provvedimento aziendale n. 3 del 19.01.2017.
- 2) Trasmissione ai competenti uffici regionali in data 27.02.2017.
- 3) Trasmissione ai competenti uffici regionali in data 31.08.2017.

100%

AREA CLINICA	INDICATORE	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	2	100,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	3	50,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO4	By-pass aortocoronarico: mortalità a trenta giorni	1	100,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO5	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a trenta giorni	3	50,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto del aorta addominale: mortalità a trenta giorni	3	50,00%
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	2	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	1	100,00%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	2	100,00%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	2	100,00%
OSTEOMUSCOLARE	OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	2	100,00%
OSTEOMUSCOLARE	OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	3	50,00%
RESPIRATORIO	RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	4	0,00%

Network delle Regioni Esiti 2017

Periodo	Indicatore	Descrizione Indicatore	Numeratore	Denominatore	Valore	Fascia (Rif. Network)	Fascia (Rif. Regione)	Valore Regionale	Fascia Regionale
2017	C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	1,831	27	67,81	5	4	72,83	5
2017	C14.4	% di ricoveri medici oltresoglia 65 anni	760	9,666	7,86	5	5	5,47	5
2017	C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	17,599	11,387	1,55	5	4	0,51	4
2017	C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	10,35	16,243	0,64	4	4	-0,40	2
2017	C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	207	434	47,70	3	2	16,94	4
2017	C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	300	429	69,93	2	4	74,47	2
2017	C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	152	159	95,60	1	2	88,54	2
2017	C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)	102	751	13,58	1	2	25,98	3
2017	C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	66	1,697	3,89	2	2	6,49	3
2017	C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	31	662	4,68	4	2	5,46	4

Legenda indicatori

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

Obiettivo	Obiettivo Specifico	Indicatore al 31/12	Monitoraggio al 31/12	Settori interessati
A01.01.01	Verifica e revisione delle abilitazioni all'utilizzo di Folium in coerenza con il nuovo assetto organizzativo	Utilizzo del nuovo schema e dei criteri per le assegnazioni	Obiettivo raggiunto. Per l'utilizzo del nuovo schema per le assegnazioni è stata inoltrata richiesta di timbro al Servizio Acquisti e Appalti, come da allegato, e sono state date indicazioni ai Sistemi Informativi, che hanno conseguentemente e coerentemente modificato l'applicativo Folium. Il Dirigente ha inoltre provveduto ad informare i Responsabili degli uffici interessati in ordine all'avvio del nuovo sistema, con specifica delle regole da applicare.	Affari Generali e legali-AFFARI GENERALI e segreterie direzioni - Legnano
A01.02.01	Revisione della procedura, "istruzioni compilazione data base risk management (SGRR)".	formalizzazione della proposta di modifica dell'istruzione operativa	Obiettivo raggiunto. L'istruzione per la compilazione del data base SGRR IAP01 (rev 4) con le modifiche condivise dal Servizio di Medicina Legale e implementate in data 11.12.2017 è stato inserito tra i documenti ufficiali dell'Ufficio Qualità.	Affari Generali e legali-AFFARI LEGALI - Legnano
A01.03.01	Migliorare la gestione dei reclami.	Approvazione da parte della Direzione del protocollo e della relativa modulistica.	Obiettivo raggiunto. La procedura e la relativa modulistica, trasmessi per presa visione alla Direzione Amministrativa, è pienamente operativa. Agli atti la documentazione.	Comunicazione - Legnano
A01.04.01	Supporto alla compilazione della documentazione sanitaria (Degenza, MAC).	Inserimento 100 % dati richiesti attestato da Ufficio qualità/Controllo flussi	Obiettivo raggiunto. Monitorato l'inserimento dei dati nel periodo Settembre - Dicembre, attestato da Ufficio qualità/Controllo flussi. Inserimento 100 % dati richiesti. Agli atti la dichiarazione dell'Ufficio Qualità.	Direzione amministrativa dei presidi_Personale amministrativo supporto aree sanitarie - Legnano
A01.06.01	Organizzazione delle modalità di accesso ai parcheggi delle strutture ospedaliere del personale afferente alle strutture territoriali	trasmissione a tutto il personale del cartellino identificativo con nota esplicativo sull'utilizzo dei parcheggi ospedalieri	Obiettivo raggiunto. Sono state inviate, tramite il servizio Autisti, le buste contenenti le autorizzazioni del assegnato alle attività territoriali e relativo cartellino identificativo con nota esplicativo sull'utilizzo dei parcheggi ospedalieri.	Direzione amministrativa dei presidi_Segreteria Legnano, Magenta - Legnano
A01.07.01	Trasporto urgente vaccini tra le sedi territoriali e dalla farmacia in caso di necessità; servizio di consegna/ritiro biancheria presso tutte le sedi territoriali	attestazione del servizio svolto tramite bolle di consegna (vaccini) e mail di richiesta (biancheria) con relazione al Responsabile	Obiettivo raggiunto. Sono stati effettuati 36 trasporti di farmaci nel trimestre di riferimento e i trasporti biancheria con cadenza settimanale.	Direzione amministrativa dei presidi_Servizio autisti - Legnano
A01.08.01	Aggiornamento della rubrica telefonica aziendale con l'inserimento dei numeri degli ambulatori/sportelli/uffici delle sedi territoriali	trasmissione della rubrica aggiornata al 30/11/2017 (sedi ospedaliere e territoriali) a tutte le strutture aziendali	Obiettivo raggiunto. Le rubriche sono state aggiornate e trasmesse alle strutture aziendali. Disponibile agli atti: - mail del 22/12/2017 inviata al Responsabile, ai Centralini e alle Strutture Aziendali - files delle rubriche aggiornate al 30/12/17.	Direzione amministrativa dei presidi_Servizio portineria centralino (Le-Cu-Ab) - Legnano
A01.09.01	Affiancamento formativo del personale presso il Punto informazioni di Magenta.	Relazione conclusiva al Responsabile con proposta attuativa dell'integrazione del servizio per il 2017	Obiettivo raggiunto. L'attività formativa effettuata (circa 60 ore per operatore) ha permesso l'acquisizione di competenze sufficienti per lo svolgimento in autonomia della attività. Disponibile agli atti: - relazione conclusiva inviata al Responsabile - prospetto delle ore dell'attività formativa svolta dagli operatori.	Direzione amministrativa dei presidi_Servizio portineria centralino (Ma) - Magenta

Obiettivo	Obiettivo Specifico	Indicatore al 31/12	Monitoraggio al 31/12	Settori interessati
A01.10.01	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%.	Obiettivo raggiunto. Rapporto record errati/record totali 0,69%. Agli atti il report Controllo flussi che attesta l'allineamento all'indicatore regionale	Direzione amministrativa dei presidi_Ufficio accoglienza (CUP e area servizi) - Legnano
A01.11.01	Omogeneizzazione pratiche e documentazione amministrativa	Adozione della nuova documentazione. Relazione.	Obiettivo raggiunto. Nel corso del trimestre sono state condivise le modifiche per l'omogeneizzazione e redatti i documenti definitivi per: • "esportazione di sangue da cordone ombelicale per uso autologo"; • "certificazione per concorsi da Direttore di UOC". Al termine delle procedure di omogeneizzazione la documentazione amministrativa è stata adottata e messa in uso.	Direzione Medica Presidi Legnano e Magenta_1 Tutti gli uffici di direzione - Legnano, Magenta
A01.12.01	Controllo di n. 4 registri di prenotazione ricoveri al fine di verificare la completezza della compilazione come previsto dalla vigente normativa in materia	Verifica dei registri che nei precedenti controlli hanno evidenziato criticità	Obiettivo raggiunto. Come da indicatore nel corso del trimestre si è provveduto a verificare nuovamente i registri di prenotazione ricoveri che nel corso delle precedenti verifiche hanno evidenziato criticità. Inoltre alle UUOO le note relative al monitoraggio effettuato e disponibile agli atti.	Direzione Medica Presidi Legnano e Magenta_2 Organizzazione Personale - Legnano, Magenta
A01.13.01	Puntuale e corretta gestione degli STP con onere di degenza 9	Nessun ritardo nell'invio del prospetto riepilogativo mensile degli STP con onere di degenza 9 all'Ufficio Controllo Flussi, per il successivo inoltro al Servizio Contabilità per la fatturazione al Ministero della Salute.	Obiettivo raggiunto. Nessun ritardo nell'invio del prospetto riepilogativo mensile degli STP con onere di degenza 9 all'Ufficio Controllo Flussi. Agli atti la mail di trasmissione.	Direzione Medica Presidi Legnano e Magenta_3 Accettazione Ricoveri - Legnano, Magenta
A01.14.01	Attività di revisione del piano dei CdC e dei CdR in allineamento con il nuovo POAS, propedeutico alle attività complessive della struttura	Individuazione CdR ed associazione dei relativi cdc.	Obiettivo raggiunto. Da fine novembre tutti i CdC sono attribuiti ai nuovi CdR, i quali sono allineati al nuovo POAS 2016-2018. Disponibile agli atti il documento riassuntivo di quanto dichiarato.	Programmazione e Controllo (CdG, Internal Auditing, Flussi) - Legnano
A01.15.01	Formazione interna degli operatori di cucina finalizzata all'integrazione e alla diffusione di buone pratiche operative.	3° ciclo di formazione per gli operatori coinvolti (partecipazione attestata del 100% dell'organico attivo).	Obiettivo raggiunto. Eseguito 3° ciclo di formazione per gli operatori di cucina (1 edizione = partecipazione totale attestata pari al 100% dell'organico attivo). Agli atti il prospetto generale dei partecipanti.	Servizio Acquisti Appalti Ufficio O.G.O.B.S. -Servizio ristorazione - Legnano
A01.16.01	Aggiornamento anagrafica articoli.	Revisione delle categorie merceologiche: Cespiti territorio	Obiettivo raggiunto. Sono state revisionate le categorie merceologiche in relazione ai Cespiti del territorio con condivisione con gli ordinatori e emissione dei relativi ordini a fornitore. Agli atti la documentazione attestante la revisione effettuata	Servizio Acquisti Appalti UFFICIO ORDINI E GESTIONE ORGANIZZATIVA BENI E SERVIZI_1 - Legnano
A01.17.01	Contributo alla raccolta della documentazione necessaria alla corretta rendicontazione in file F tip. 15 e tip. 19.	N° note di credito rendicontate/n° note di credito pervenute = 1	Obiettivo raggiunto. Sono pervenute nel periodo 01/01/2017 30/11/2017 n° 75 note di credito e n° 75 note di credito sono state correttamente rendicontate in File F. Il risultato della rendicontazione finale dell'anno 2017, potrà essere fornita dopo il 15 gennaio con la pubblicazione degli esiti del mese di dicembre. Disponibile agli atti la documentazione di dettaglio inserimento in FILE F ed esiti pubblicati su SMAF.	Servizio Farmaceutico - Amministrativi file F. - Legnano
A01.18.01	Monitoraggio delle sperimentazioni. Raccolta tempestiva dei dati relativi agli studi.	N° di risposte totali pervenute, da parte degli sperimentatori in seguito all'invio del questionario di monitoraggio.	Obiettivo raggiunto. SI TRASMETTE SITUAZIONE AVANZAMENTO MONITORAGGI (periodo dal 01.10.2017 al 15.12.2017). (tabella con e-mail pervenute di risposta). Richieste effettuate n. 16 Risposte pervenute n. 12 La documentazione è a disposizione presso la Segreteria del Comitato Etico.	Servizio Farmaceutico - Comitato etico. - Legnano

Obiettivo	Obiettivo Specifico	Indicatore al 31/12	Monitoraggio al 31/12	Settori interessati
A01.19.01	Implementazione di un file "registro terapie orali" per tracciare l'acquisto, il ricevimento e la dispensazione in forma personalizzata dei farmaci oncologici orali alle Unità Operative richiedenti, utilizzabile per migliorare le attività di controllo ed estrazione dati per il File F e la compilazione delle schede AIFA del registro Oncologico.	Verifica del corretto utilizzo del file "registro terapie orali".	Obiettivo raggiunto. La procedura è attualmente in uso; il file excell (agli atti in forma anonimizzata) è condiviso da tutti gli operatori del laboratorio che partecipano alla sua compilazione. Il documento costituisce un ulteriore elemento di controllo delle prescrizioni, dispensazioni e della corretta compilazione degli elementi formali previsti da AIFA (Scheda monitoraggio, vincoli prescrittivi ecc).	Servizio Farmaceutico - Infermieri laboratorio. - Legnano
A01.20.01	Trasmissione Flussi nel rispetto delle tempistiche richieste da Regione Lombardia	Rendicontazione di non meno del 90% delle iniziative accreditate nei 90 giorni precedenti (trimestre luglio - settembre)	Obiettivo raggiunto. Nel III trimestre dell'anno sono state accreditate e concluse 40 edizioni di iniziative formative. Tutti i flussi sono stati trasmessi nel rispetto delle tempistiche richieste da Regione Lombardia, come riscontrabile dalla documentazione agli atti.	Servizio Risorse Umane_Ufficio formazione - Legnano
A01.21.01	Uniformare le modalità di guida e di valutazione degli studenti.	Relazione su: - esiti della comparazione delle valutazioni realizzate su un campione di piani di assistenza infermieristica. - Dichiarazioni degli studenti rispetto alle indicazioni ricevute durante il tirocinio per la stesura dei piani di assistenza infe	Obiettivo raggiunto. È stata svolta un'indagine che ha raccolto l'opinione degli studenti in merito all'uniformità di supervisione e guida relativamente alla pianificazione dell'assistenza infermieristica e sono state comparate le valutazioni dei piani di assistenza infermieristica elaborati durante il tirocinio. Gli esiti di entrambe le attività sono riportate nella relazione disponibile agli atti.	Corso di laurea in Infermieristica e master - Legnano
A01.22.01	Implementazione delle attività amministrative a supporto della direzione della nuova Struttura "Integrazione Ospedale Territorio e Aree Subacute".	Acquisizione della capacità di sintesi e appropriatezza dei contenuti, nei verbali degli incontri della Direzione.	Obiettivo raggiunto. Stante la decisione del trasferimento presso altro servizio, non si è contestualizzato appieno quanto richiesto dall'indicatore di periodo. Si confermano i risultati raggiunti nel trimestre precedente.	Integrazione Ospedale Territorio e Aree Subacute - Legnano
A03.01.01	Revisione ed aggiornamento PAP16 (Protocollo di isolamento in ospedale).	Stesura definitiva e presentazione al CCIO	Obiettivo raggiunto. Si è provveduto alla stesura definitiva del documento PAP 16. Il documento è stato verificato dalle direzioni competenti e approvato dalla Direzione Sanitaria.	Direzione Medica Presidi Legnano e Magenta_4 Ufficio Controllo Infezioni - Legnano Magenta
A03.02.01	Valutazione del rischio in adeguamento alla nuova edizione UNI EN ISO 9001:2015	Trasmissione documenti all'Uff. Qualità RM (MAD-54).	Obiettivo raggiunto. Si attesta di raggiungimento dell'obiettivo di produttività per gli operatori afferenti all'UOC Qualità e Accreditamento. Agli atti la dichiarazione del Responsabile dell'Uff. Qualità attestante il raggiungimento dell'obiettivo.	Qualità, accreditamento e Risk Management - Legnano
A04.01.01	Far acquisire competenze assistenziali allo studente infermiere nell'ambito dei servizi socio-sanitari attraverso un nuovo modello di tirocinio.	Relazione conclusiva sul progetto elaborato, alla luce dei risultati attesi in termini di competenze acquisite dagli studenti.	Obiettivo raggiunto. Sono state completate le attività previste nel progetto di tirocinio presso alcuni servizi socio-sanitari del territorio dell'ASST Ovest Milanese come riportato nella relazione conclusiva che evidenzia l'acquisizione di specifiche competenze assistenziali da parte dello studente infermiere. Relazione conclusiva disponibile agli atti.	Corso di laurea in Infermieristica e master - Legnano
A04.02.01	Stesura di una procedura di integrazione con le attività svolte dall'Ufficio accoglienza e dall'Ufficio scelta e revoca.	Relazione conclusiva ed adozione della procedura.	Obiettivo raggiunto. La procedura è stata completata, testata ed adottata. Disponibile agli atti la relazione conclusiva e la documentazione a supporto.	Cure primarie - Servizio territoriale Direzione amministrativa dei presidi_Ufficio accoglienza (Referenti CUP) - Legnano
A04.03.01	Stesura procedura di controllo sulla rilevazione dei crediti e dei proventi da libera professione (compresa l'intramoenia allargata).	Adozione e formalizzazione della procedura	Obiettivo raggiunto. La procedura prodotta è stata adottata e trasmessa all'Ufficio qualità (mail del 22/12/17 agli atti) per la relativa formalizzazione.	Direzione amministrativa dei presidi_Ufficio libera professione - Legnano

Obiettivo	Obiettivo Specifico	Indicatore al 31/12	Monitoraggio al 31/12	Settori interessati
A04.04.01	Assunzione di competenze amministrative/informatiche in ottemperanza alle Regole di Sistema di cui alla Deliberazione n. X/5954 seduta del 5.12.16, par. 11.4 "Medicina Legale"	Messa a sistema dell'attività su tutte le sedi della UOC.	Obiettivo raggiunto. Dal 01.11.2017 tutte le sedi della UOC hanno utilizzato unicamente il sw di Insiel per quanto attiene alle certificazioni medico-legali. I restanti poli ambulatoriali impegnati nel rilascio delle certificazioni medico-legali utilizzano il sw di Insiel dal 14.12	Medicina legale e necroscopica - Medicina Legale
A04.05.01	Acquisizione di materiale sulla base di un contratto stipulato secondo la normativa vigente, limitando il ricorso all'acquisto in economia solo all'eccezionalità	Riduzione spese in economia del 5 % sugli ordinativi del Servizio Acquisti e Appalti	Obiettivo raggiunto. Il valore degli ordinativi di acquisto "in economia" per l'esercizio 2017 (estrazione al 19/12) rapportato al valore degli ordinativi di acquisto dell'esercizio 2016 (dato rapportato al medesimo periodo) evidenzia una riduzione delle spese in economia superiore al 5%. Agli atti la tabella riepilogativa per trimestre.	Servizio Acquisti Appalti UFFICIO ORDINI E GESTIONE ORGANIZZATIVA BENI E SERVIZI_2 - Legnano
A04.06.01	Riduzione di almeno il 5% del numero di provvedimenti di acquisto diretto rilevati alla data del 31/01/2017 (676) mediante verifica incrociata con convenzioni attive di ARCA/CONSIP, contratti da gara in essere e programmazione nuove gare	Riduzione del 2% comprovata da provvedimenti di adesione ad ARCA/CONSIP o ampliamenti contratti in essere o programmazione nuove gare nel modulo BUDGE CAESP.	Obiettivo raggiunto. Dalla rilevazione allegata emerge l'allineamento a quanto richiesto sia a livello trimestrale sia nel suo complesso in quanto sono state pianificati/adottati n.17 provvedimenti (minimo previsto n.13) volti a superare gli acquisti in economia. La documentazione relativa è disponibile agli atti.	Servizio Acquisti Appalti Ufficio P.A.C. - Legnano
A04.07.01	Definizione di un nuovo piano dei conti aziendale.	Definizione della proposta del piano dei conti alla Direzione aziendale.	Obiettivo raggiunto. Il Servizio Contabilità Generale e R. F. ha provveduto a definire il nuovo Piano dei Conti che entrerà in vigore dal 1/1/2018 sia relativamente allo Stato Patrimoniale che al Conto Economico. Infine, la UOC Contabilità Generale e RF ha provveduto a definire le tabelle di trascodifica al fine di attribuire i nuovi conti alle anagrafiche presenti nel sistema informativo contabile. File relativo è disponibile agli atti.	Servizio Contabilità Generale e Risorse Finanziarie - Legnano
A04.08.01	Presa in carico delle nuove attività correlate al territorio (procedure amministrative, fornitori e dispensazione)	Applicazione procedura. Numero di scarichi ai distretti (trimestre)	Obiettivo raggiunto. L'attività di gestione del territorio è completamente trasferita al Servizio Farmaceutico, per tutte le strutture territoriali, per tutte le tipologie di prodotti e per i diversi pazienti. Il numero di scarichi effettuati alle strutture territoriali nel periodo 01/10/2017 31/12/2017 è n° 3.182. Il dato è stato estratto dall'applicativo Khalix.	Servizio Farmaceutico - Personale amministrativo e tecnico - Legnano
A04.09.01	Aggiornamento della procedura di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ai sensi dei decreti 81/08 e 230/95, che tenga conto dell'assetto organizzativo dell'ASST OM e, in particolare, delle peculiarità delle strutture territoriali ex-ASL.	Effettuazione della sorveglianza sanitaria, secondo quanto previsto dalla nuova procedura.	Obiettivo raggiunto. La sorveglianza sanitaria viene effettuata secondo quanto previsto dalla nuova procedura PAR-12, pubblicata sul sito intraNET aziendale.	Servizio Medico Competente - Legnano
A04.10.01	Revisione e aggiornamento dei documenti pubblicati su Intranet nella sezione SPP/MC (per i documenti di esclusiva competenza del SPP).	Raggiungimento degli step previsti dal cronoprogramma definito al 30/9.	Obiettivo raggiunto. L'incontro con il SMC è stato effettuato in data 16/10/2017. La priorità nell'aggiornamento dei documenti è stata assegnata ai Piani di Gestione delle Emergenze e al DVR per le lavoratrici gestanti e madri. Al 28/12/2017 il PGE di Cuggiono è terminato e sono stati elaborati i PGE dei 5 CDD; il SPP si è confrontato con l'ufficio Qualità per la codifica dei documenti e la pubblicazione. L'incontro è stato un'occasione per la verifica della codifica degli altri Piani già pubblicati. Documentazione pubblicata sulla intranet.	Servizio Prevenzione e Protezione - Legnano
A04.11.01	Controllo, in misura non inferiore a 60 al trimestre, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 pervenute alle diverse articolazioni del servizio.	Effettuazione di almeno 60 verifiche nel trimestre.	Obiettivo raggiunto. Alla data del 31 dicembre sono state effettuate 73 verifiche delle autocertificazioni. Agli atti relazione e sintesi delle verifiche effettuate.	Servizio Risorse Umane_1 - Legnano

Obiettivo	Obiettivo Specifico	Indicatore al 31/12	Monitoraggio al 31/12	Settori interessati
A04.12.01	Affiancamento ad un dirigente del Servizio per verifiche a campione che alle timbrature corrisponda l'effettiva presenza in servizio del personale.	Effettuazione di almeno 12 accessi presso UU.OO., Servizi, Uffici aziendali diverse nel trimestre, con redazione di sintetico verbale per ciascun accesso.	Obiettivo raggiunto. Alla data del 31 dicembre sono state effettuate 12 verifiche delle presenze. Agli atti relazione e verbali dei controlli effettuati.	Servizio Risorse Umane_2 - Legnano
A04.13.01	Realizzazione della gara esecutiva per il nuovo pronto soccorso di magenta, opere propedeutiche e cantierizzazione - per il personale amministrativo la predisposizione della documentazione nella fase di istruttoria e l'espletamento della procedura su piattaforma telematica, nonché la predisposizione e la gestione di tutti gli adempimenti comprensivi della verifica della contabilità, degli stati di avanzamento e del controllo delle opere propedeutiche e degli interventi di cantierizzazione; per il personale tecnico ed operaio, la verifica ed il controllo sui lavori, il supporto alla realizzazione delle opere propedeutiche e quello necessario alla fase di cantierizzazione del nuovo pronto soccorso di magenta.	Espletamento procedura istruttoria, realizzazione degli interventi come da cronoprogramma e verifica dello stato della cantierizzazione per la realizzazione del nuovo ps	Obiettivo raggiunto. Per quanto riguarda la procedura per la realizzazione e opere propedeutiche del Nuovo Pronto Soccorso: - È stato sottoscritto in data 5.10.2017 il contratto con l'Impresa Aggiudicatari. - Si è provveduto in data 17.10.2017 alla consegna delle aree per l'inizio dei lavori (verbale agli atti). A conclusione della fase di cantierizzazione - Si è in seguito provveduto in data 24.10.2017 alla consegna dei lavori (verbale agli atti), i lavori sono regolarmente in corso di esecuzione. Tutte le opere propedeutiche sono state realizzate nei tempi e nelle modalità previste, per quanto riguarda la realizzazione, le procedure di accreditamento e la messa in funzione delle nuove strutture realizzate.	Servizio tecnico patrimoniale_1 - Legnano
A04.14.01	Ristrutturazione dei fabbricati n.1 e n.3 all'interno del vol opere propedeutiche e cantierizzazione - presentazione del progetto esecutivo alla regione lombardia ed approvazione relativamente al fabbricato n.3 - esecuzione delle opere propedeutiche, predisposizione della procedura di gara esecutiva per quanto concerne il fabbricato n.1, cantierizzazione ed inizio dei lavori	Espletamento procedura istruttoria, realizzazione degli interventi come da cronoprogramma e verifica dello stato della cantierizzazione per la realizzazione del fabbricato n 1 e n. 3	Obiettivo raggiunto. - Per quanto riguarda l'edificio n. 1 del VOL si è proceduto con atto di indizione di procedura, con deliberazione n. 413/17 del 15 dicembre 2017. - Per quanto riguarda l'edificio n. 3 del VOL, in quanto soggetto a contributo, sono stati inoltrati con nota protocollo n. 39067 del 22.11.2017 integrazione e chiarimenti sul progetto in approvazione a riscontro della nota di Regione Lombardia G1.2017.0033045 del 09.11.2017. Per quanto riguarda la cantierizzazione di parte dell'area del VOL e le opere propedeutiche: - Si sono conclusi, in data 4.12.2017 i lavori di verniciatura del fabbricato "Ex Materno Infantile". - Si è ulteriormente provveduto alla definizione del layout per gli uffici interessati al trasferimento delle proprie attività ed a ulteriori lavori di completamento e adeguamento impiantistico. Tutta la documentazione relativa è disponibile agli atti.	Servizio tecnico patrimoniale_2 - Legnano
A04.15.01	Integrazione applicazioni amministrative per le funzioni ex-ASL	Completamento attivazione Magazzini territoriali	Obiettivo raggiunto. L'integrazione dei Magazzini territoriali si è completata di fatto integrando l'anagrafica articoli, fornitori e farmaci utilizzata dai servizi ex ASL Milano 1, dai fornitori esterni di logistica e di home care solution con quella in uso nel sistema amministrativo contabile (Oracle Applications) e gestione magazzino (Eusis) della ASST. Ciò ha permesso di standardizzare la gestione richieste e movimentazioni.	Sistemi Informativi Aziendali - Area Amministrativa - Legnano
A04.16.01	Evoluzione sistemi di accoglienza	Disponibilità NRE CUP-LIS Abbiategrasso e Cuggiono	Obiettivo raggiunto. Il sistema Cupnet è stato integrato al sistema di laboratorio e messo in uso presso gli sportelli dei centri prelievi. Tale sistema è andato a regime nel mese di aprile a Cuggiono e nel mese di giugno ad Abbiategrasso. Documentazione agli atti	Sistemi Informativi Aziendali - Area Sanitaria-Socio Sanitaria - Legnano
A04.16.02	Evoluzione sistemi di accoglienza	Disponibilità NRE CUP-LIS Abbiategrasso e Cuggiono	Obiettivo raggiunto. Il sistema Cupnet è stato integrato al sistema di laboratorio e messo in uso presso gli sportelli dei centri prelievi. Tale sistema è andato a regime nel mese di aprile a Cuggiono e nel mese di giugno ad Abbiategrasso. Documentazione agli atti	Sistemi Informativi Aziendali - Area Laboratori - Legnano

Obiettivo	Obiettivo Specifico	Indicatore al 31/12	Monitoraggio al 31/12	Settori interessati
A04.17.01	Integrazione accessibilità per le funzioni ex-ASL	Aumento di banda disponibile per linee di connessione sedi periferiche ex-ASL	Obiettivo raggiunto. L'incremento di banda disponibile, ha riguardato oltre il 60% delle sedi migrate dalla rete ex-ASL alla rete ASST. Agli atti la documentazione relativa alla migrazione sedi ex-asl al 31 dicembre.	Sistemi Informativi Aziendali - Area Sistemi - Legnano
S01.01.01	Tracciabilità della documentazione sanitaria: tenuta in ordine, completezza e aggiornamento della documentazione (Sign in-Sign out).	Controllo di un campione di cartelle tra quelle oggetto di controllo NOC. Verifica di congruenza tra quanto dichiarato e quanto oggettivamente rilevato rispetto agli ITEM individuati., con verbale NOC dell'ultimo controllo disponibile.	Obiettivo raggiunto. Con nota del 22/12/2017 e relativa documentazione agli atti, l'UOC Qualità e Accredimento attesta l'esito positivo dei controlli effettuati su un campione di documentazione clinica inerenti l'obiettivo assegnato e l'indicatore specifico di periodo.	Blocco Operatorio Cardioendovascolare - Legnano Blocco Operatorio Cardiocirurgia-perfusionisti - Legnano Blocco Parti - Legnano Blocco Parti - Magenta

Obiettivo	Obiettivo Specifico	Indicatore al 31/12	Monitoraggio al 31/12	Settori interessati
S01.02.01	Tracciabilità della documentazione sanitaria: tenuta in ordine, completezza e aggiornamento della documentazione (Ricovero)	Controllo di un campione di cartelle tra quelle oggetto di controllo NOC. Verifica di congruenza tra quanto dichiarato e quanto oggettivamente rilevato rispetto agli ITEM individuati., con verbale NOC dell'ultimo controllo disponibile.	Obiettivo raggiunto. Con nota del 22/12/2017 e documentazione di sintesi agli atti, l'UOC Qualità e Accredimento attesta l'esito positivo dei controlli effettuati su un campione di documentazione clinica inerenti l'obiettivo assegnato e l'indicatore specifico di periodo.	Medicina Interna - Abbiategrosso
				Cardiochirurgia-Chirurgia Vascolare-Cardiologia - Legnano
				Cardiologia - Nefrologia - Legnano
				Cardiologia - Nefrologia - Magenta
				Cardiorespiratoria - Cuggiono
				Chirurgia Alta Intensità - Oculistica - Magenta
				Chirurgia Generale - Legnano
				Chirurgia Plastica - Urologia - Magenta
				Cure Palliative Hospice - Cuggiono
				Deg. Interdiv. (Chirurgia - Ortopedia - Oculistica) - Abbiategrosso
				Deg. interdiv. Chirurgia Breve - Cuggiono
				Deg. Interdiv.(Oncologia - Reumatologia) - Magenta
				Geriatria e Riabilitazione Specialistica - Magenta
				Malattie Infettive - Legnano
				Malattie Metaboliche - Centro del Piede Diabetico - Abbiategrosso
				Medicina Generale - Cuggiono
				Medicina Generale 1 - Magenta
				Medicina Generale 2 - Magenta
				Medicina Interna A - Legnano
				Medicina Interna B - Legnano
				Medicina Urgenza - Legnano
				NCH - Maxillo - Legnano
				Neurologia - Oculistica - Legnano
				O.R.L. - Urologia - Legnano
				Oncologia - Gastroenterologia - Legnano
				Ortopedia - Chir. Plastica - Legnano
				OrtoTrauma - O.R.L. - Magenta
				Ostetricia - Ginecologia - Legnano
				Ostetricia - Ginecologia - Magenta
				Pediatria - Magenta
				Pediatria-Chir. Pediatrica e Neonatologia - Legnano
				Pneumologia - Fisiologia respiratoria - Abbiategrosso

Obiettivo	Obiettivo Specifico	Indicatore al 31/12	Monitoraggio al 31/12	Settori interessati
S01.02.02	Tracciabilità della documentazione sanitaria: tenuta in ordine, completezza e aggiornamento della documentazione (scheda APRO).	Controllo a campione della documentazione di competenza (15 schede). Completa e corretta modalità di compilazione. Atteso: > 95%.	Obiettivo raggiunto. Effettuato controllo a campione in data 12/12/2017 sulla corretta compilazione della scheda APRO (anamnesi preoperatoria) utilizzando la check-list dedicata (MUOD-26). L'analisi delle 15 schede osservate ha certificato la piena aderenza. Documentazione disponibile agli atti.	Ambulatorio Prericovero Chirurgico - Legnano.
S01.03.01	Registrazione della documentazione nel rispetto delle tempistiche previste.	Chiusura amministrativa di tutte le pratiche relative all'anno 2014 contenenti lettera di dimissione definitiva, di fine ciclo o di successivo passaggio a follow-up.	Obiettivo raggiunto. Sulla base dei dati forniti dal Referente del monitoraggio estratti dall'Uff Flussi, relativi alle pratiche MAC del 2014, risulta che non ci sono pratiche ancora aperte in aderenza con l'indicatore di periodo Agli atti il report dell'uff flussi.	MAC. Medico Oncologico - Legnano Deg. Interdiv. DH Medico Oncologico - Magenta MAC (Neuro - Reuma) - Magenta Day Hospital oncologico-Centro MAC - Cuggiono
S01.03.02	Registrazione della documentazione nel rispetto delle tempistiche previste.	Chiusura amministrativa di tutte le pratiche relative all'anno 2017 contenenti lettera di dimissione definitiva.	Obiettivo raggiunto. Sulla base dei dati forniti dal Referente del monitoraggio estratti dall'Uff Flussi, relativi alle pratiche BIC per l'anno 2017 di pazienti gestiti direttamente nel reparto, risulta che non ci sono pratiche ancora aperte. Agli atti il report dell'uff flussi.	Week-Surgery - Magenta Deg. Interdiv. - Day Surgery - Legnano
S01.04.01	Omogeneizzazione di due percorsi di presa in carico riabilitativa, specifici per profilo professionale. Logopedisti: 1-Presa in carico riabilitativa dei disturbi di linguaggio, 2-Presa in carico riabilitativa dei disturbi di apprendimento. TNPEE: 1-Presa in carico riabilitativa del bambino con ritardo psicomotorio, 2-Presa in carico riabilitativa del bambino con disturbo dello spettro autistico. Fisioterapisti: 1-Gli strumenti per la valutazione del bambino con patologia neuromotoria, 2-Percorso riabilitativo nelle Paralisi Cerebrali Infantili con indicazione al trattamento con tossina botulinica.	Applicazione del secondo percorso, e presentazione degli elaborati all'equipe. Relazione sulla applicazione del secondo percorso.	Obiettivo raggiunto. Si è verificata l'applicazione del secondo percorso per le diverse figure professionali (relazione agli atti). Il materiale prodotto è stato condiviso durante la riunione di équipe del 19.12.2017.	N.P.I. - Legnano, Magenta, Cuggiono
S01.05.01	Tracciabilità della documentazione sanitaria: tenuta in ordine, completezza e aggiornamento della documentazione (MAP-09) - "LISTA RISCONTRO MATERIALE UTILIZZATO DURANTE L'INTERVENTO"	Controllo di un campione di cartelle tra quelle oggetto di controllo NOC. Verifica di congruenza tra quanto dichiarato e quanto oggettivamente rilevato rispetto agli ITEM individuati., con verbale NOC dell'ultimo controllo disponibile.	Obiettivo raggiunto. Con nota del 22/12/2017 e documentazione di sintesi agli atti, l'UOC Qualità e Accreditamento attesta l'esito positivo dei controlli effettuati su un campione di documentazione clinica inerenti l'obiettivo assegnato e l'indicatore specifico di periodo	Blocco Operatorio - Legnano, Magenta, Cuggiono, Abbiategrasso

Obiettivo	Obiettivo Specifico	Indicatore al 31/12	Monitoraggio al 31/12	Settori interessati
S01.06.01	Corretta rendicontazione delle prestazioni per esterni attraverso l'accuratezza della registrazione, tempestività dell'inserimento della prestazione.	Rendicontazione corretta delle prestazioni. Risultato atteso: $\geq 90\%$ di quelle di competenza su un campione.	Obiettivo raggiunto. La rendicontazione viene effettuata correttamente dal personale coinvolto. Si attesta comunque che più del 90% della rendicontazione è corretta.	Poliambulatori via Candiani - Legnano Ambulatori Specialistici - Legnano Ambulatorio Infermieristico Lesioni Cutanee - SITRA - Legnano Ambulatori Medici - Legnano Ambulatori Chirurgici - Legnano Poliambulatorio Ospedaliero - Abbiategrasso Poliambulatorio Ospedaliero - Cuggiono Poliambulatorio Ospedaliero - Magenta Poliambulatori Territoriali - Parabiago - Legnano Urodinamica - Magenta Ambulatorio Infermieristico Lesioni Cutanee - SITRA - Abbiategrasso Cure Palliative - Assistenza domiciliare e Ambulatori - Cuggiono
S02.02.01	Riduzione dell'1% della spesa per dispositivi (CND: A, C, R) rispetto al 2016.	Riduzione della spesa rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Relazione sulle azioni correttive adottate in caso di disallineamento rispetto al risultato atteso.	Obiettivo raggiunto. Monitoraggio a cura del CdG: la riduzione della spesa per il periodo Gennaio - Novembre è in linea con quanto previsto dall'indicatore di periodo. Agli atti il report attestante il risultato.	Blocco operatorio emodinamica - Legnano U.T.I.C. - Scompenso - Legnano Rianimazione - Magenta U.T.I.C. - Emodinamica - Magenta Rianimazione - TIPO - Legnano
S02.03.01	Riduzione dell'1% della spesa per dispositivi (buste e rotoli) rispetto al 2016 (fonte Osservatorio ACQ-APP).	Riduzione della spesa rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Relazione sulle azioni correttive adottate in caso di disallineamento rispetto al risultato atteso.	Obiettivo raggiunto. Monitoraggio a cura del CdG: la riduzione della spesa per il periodo Gennaio - Dicembre è in linea con quanto previsto dall'indicatore di periodo. Agli atti il report attestante il risultato.	Sterilizzazione - Legnano, Magenta, Cuggiono
S02.04.01	Appropriatezza della gestione delle risorse attraverso il corretto utilizzo delle eccedenze orarie. Mantenimento risultato raggiunto nel 2016.	Mantenimento del risultato raggiunto nel 2016 in valore %. Relazione sulle azioni correttive adottate in caso di disallineamento rispetto al risultato atteso.	Obiettivo raggiunto. Dall'analisi dei dati forniti dal Servizio Risorse Umane (documentazione riassuntiva agli atti) si evince che, stante le eccedenze orarie contabilizzate ed effettuando una proiezione al 31 dicembre 2017 (dati riferiti a "ottobre"), il budget al 100% verrà rispettato con una ulteriore riduzione del 10% circa sulle eccedenze prodotte e del 9% sulle ore pagate.	S.I.T.R.A._Coordinamenti di Area - Legnano
S03.01.01	Revisione della documentazione di competenza: MAC37-(Modulo consenso informato trattamento dialitico) MUC01-Informativa trattamento dialitico; MUC02- Informativa per il posizionamento del catetere venoso centrale per dialisi; MUC03- Informativa per l'allestimento della fistola	Completamento dei lavori e trasmissione all'Uff. Qualità RM.	Obiettivo raggiunto. In data 19/12 sono stati trasmessi all'Ufficio Qualità RM tutti i documenti revisionati. Con nota del 22/12/2017 e relativa documentazione di sintesi agli atti, l'UOC Qualità e Accreditamento attesta la completa aderenza del monitoraggio con l'indicatore di periodo.	Dialisi - Legnano Nefrologia Emodialisi - C.A.L. - Abbiategrasso Dialisi - Magenta Nefrologia Emodialisi - C.A.L. - Cuggiono

Obiettivo	Obiettivo Specifico	Indicatore al 31/12	Monitoraggio al 31/12	Settori interessati
S03.02.01	Valutazione del rischio in adeguamento alla nuova edizione UNI EN ISO 9001:2015	Trasmissione documenti all'Uff. Qualità RM (MAD-54).	Obiettivo raggiunto. I partecipanti al gruppo di miglioramento sull'allineamento dei processi con la nuova norma ISO hanno terminato la redazione delle procedure e la valutazione del rischio. In data 19/12/2017, a cura del RAQ (Referente Area Qualità), vengono inviati all'ufficio qualità i documenti prodotti, così come previsto dall'indicatore. L'UOC Qualità e Accreditamento con nota del 22/12/2017 e documentazione agli atti, certifica la coerenza del risultato raggiunto con l'indicatore di periodo.	S.R.R.F. - Cuggiono Anatomia Patologica - Legnano Anatomia Patologica - Magenta Centro Immunotrasfusionale - Magenta Centro Prelievi-Donatori - Legnano Centro Trasfusionale - Legnano D.E.A. - Magenta D.E.U. - Legnano Endoscopia - Abbiategrasso Endoscopia - Legnano Endoscopia - Magenta Laboratorio Analisi - Abbiategrasso Laboratorio Analisi - Cuggiono Laboratorio Analisi - Legnano Laboratorio Analisi - Magenta Medicina Nucleare - Legnano Microbiologia - Legnano Microbiologia - Magenta Pronto Soccorso - Abbiategrasso Pronto Soccorso - Cuggiono Radiologia - Abbiategrasso Radiologia - Cuggiono Radiologia - Legnano Radiologia - Magenta S.R.R.F. - Abbiategrasso S.R.R.F. - Legnano S.R.R.F. - Magenta
T01.01.01	Stesura di un protocollo sulla gestione degli ospiti presenti nei CDD per la revisione del PAI.	Revisione di tutti i PAI all'interno di ogni CDD. Relazione conclusiva sui lavori.	Obiettivo raggiunto. Sono stati aggiornati, in applicazione del nuovo protocollo i PAI del CDD. Agli atti dichiarazione del dirigente responsabile attestante quanto dichiarato.	Centro Diurno Disabili - Servizi territoriali

Obiettivo	Obiettivo Specifico	Indicatore al 31/12	Monitoraggio al 31/12	Settori interessati
T01.02.01	Dimissione protetta: Applicazione del protocollo operativo.	Numero totale di dimissioni attivate. Relazione conclusiva sui lavori.	Obiettivo raggiunto. Il numero di dimissioni attivate al 30/09/2017 (ultimo dato disponibile) e pari a: Legnano - 203 Castano P. - 106 Magenta - 260 Abbiategrosso - 153 Fonte dati: file rendicontazione Dimissioni Protette (fornito da Dipartimenti Cure Primarie e Governance dell'ex ASL Milano 1). Ogni ex Distretto compila il proprio file.	Fragilità - Servizio territoriale
T01.03.01	Supporto alle attività di razionalizzazione del sistema Amministrazione di sostegno secondo le indicazioni di cui alla DGR n. 4696 del 16/01/2013.	Attestazione di almeno una iniziativa formativa promossa a favore di personale interno/esterno all'ASST.	Obiettivo raggiunto. Promosso evento "L'amministratore di sostegno" rivolto ai familiari/genitori frequentanti CDD di Magenta e Vittuone. Agli atti verbale evento e presentazione dei contenuti esposti.	Protezione Giuridica - Protezione Giuridica
T04.01.01	Riorganizzazione della gestione dell'approvvigionamento della protesica (maggiore, minore, diabetica e dietetica)	Completamento del progetto di riorganizzazione. Formalizzazione.	Obiettivo raggiunto. Disponibile agli atti: 1) la presentazione sintetica degli obiettivi e dei risultati raggiunti dal gruppo di lavoro; 2) le flow chart sulle modalità di gestione degli ausili da consegnare ai pazienti 3) la bozza di procedura per la gestione di ausili a contratto da consegnare a domicilio a cura del fornitore.	Assistenza protesica - Servizio territoriale
T04.02.01	Stesura di un protocollo sulla gestione dei "genitori fragili" nel periodo perinatale.	Produzione del documento. Relazione conclusiva sui lavori.	Obiettivo raggiunto. La relazione conclusiva, la bozza del protocollo e relativa scheda di valutazione, predisposti e disponibili agli atti, sono attualmente all'attenzione dell'Ufficio Qualità che ne sta curando gli ultimi aspetti formali prima di licenziarli.	Consultori - Servizio territoriale Neonatologia-Patologia Neonatale-TIN - Magenta
T04.04.01	Revisione delle procedure in essere inerenti la gestione del paziente aggressivo.	Produzione del documento. Relazione conclusiva sui lavori.	Obiettivo raggiunto. Il giorno 15/12 si è tenuta la riunione plenaria con la presentazione delle proposte di modifica della procedura dipartimentale. Ogni servizio ha lavorato in integrazione con gli altri per migliorare il documento rispettando le specificità di ognuno. Documentazione e verbali sono disponibili agli atti.	NOA - Servizio territoriale di Legnano C.P.1 - Parabiago - Legnano C.P.2 - Parabiago - Legnano C.P.S. - Abbiategrosso C.P.S. - Cuggiono C.P.S. - Legnano C.P.S. - Magenta C.P.S.-CP3-4 Parabiago - Legnano C.R.A. - Magenta NOA - Servizio territoriale di Abbiategrosso S.P.D.C. - Legnano S.P.D.C. - Magenta SERT - Servizio territoriale di Legnano SERT - Servizio territoriale di Magenta

T04.05.01	Stesura di una procedura per centralizzare l'inoltro degli inviti delle vaccinazioni pediatriche.	Verifica che gli inviti del secondo semestre siano stati inoltrati prevalentemente (almeno il 50%) da un punto vaccinale.	Obiettivo raggiunto. Tutti gli invii effettuati nel secondo semestre dell'anno sono stati effettuati dall'unico punto vaccinale, come da indicatore. Agli atti la procedura in essere e l'elenco degli inoltri effettuati.	Servizio vaccinazioni - Servizio territoriale
-----------	---	---	--	---