



# *Relazione sulla Performance aziendale*

## *ASST Santi Paolo e Carlo*

### *Anno 2018*



## *Indice*

<i>1. La ASST Santi Paolo e Carlo e il contesto esterno di riferimento .....</i>	<i>Pag. 5</i>
<i>2. Il Ciclo di gestione della performance - anno 2018.....</i>	<i>Pag. 8</i>
<i>3. La performance organizzativa dell'ASST .....</i>	<i>Pag. 9</i>
<i>3.1 Livello istituzionale.....</i>	<i>Pag. 9</i>
<i>3.2 Livello strategico aziendale .....</i>	<i>Pag. 11</i>
<i>3.3 Livello direzionale e operativo.....</i>	<i>Pag. 12</i>
<i>4. La Valutazione della performance individuale .....</i>	<i>Pag.19</i>

## *Premessa*

*Il Piano e la Relazione della Performance rientrano in quell'insieme di azioni e strumenti (previste dal Decreto Legislativo n.150 del 2009) idonei a fornire informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività e rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli Stakeholder.*

*A conclusione del ciclo di gestione della Performance 2018, la presente Relazione rappresenta dunque lo strumento attraverso il quale si è ritenuto di evidenziare i risultati conseguiti dall'ASST in termini di efficienza ed efficacia, con l'intento di proseguire in quel percorso già intrapreso di continuo miglioramento.*

*Questa Relazione, nel rispetto delle indicazioni impartite da Regione Lombardia, è il frutto di un lavoro congiunto della Direzione Strategica e dell'U.O. Controllo di Gestione che hanno dapprima analizzato gli obiettivi, misurato gli scostamenti valutando le criticità e gli aspetti positivi e, da ultimo, condiviso con gli Stakeholder i risultati raggiunti nel 2017 per ciascuno dei tre livelli sotto riportati:*

- *un livello istituzionale di ordine strategico che si qualifica per definire gli indirizzi di fondo pluriennale (Piano Socio Sanitario Regionale) e annuali (Delibera delle regole) cui la ASST Santi Paolo e Carlo, per quanto di competenza, si è attenuta;*
- *un livello strategico aziendale, definito prima dell'inizio del rispettivo esercizio dagli organi della Direzione Strategica aziendale, attraverso il quale vengono declinati gli indirizzi strategici regionali;*
- *un livello direzionale e operativo dove hanno trovato collocazione gli strumenti di programmazione (budget, obiettivi e programmi aziendali) e la sua rendicontazione.*

*La relazione è quindi incentrata sulla rendicontazione del ciclo di gestione della Performance nell'anno 2018, attraverso la presentazione dei risultati raggiunti, distinti nelle tre aree sopra citate, arricchita da elementi informativi a supporto delle valutazioni.*

## *1. La ASST Santi Paolo e Carlo e il contesto esterno di riferimento*

*Il Presidio Ospedaliero San Paolo - Polo Universitario, riconosciuto dal Ministero della Salute quale "Presidio di rilievo Nazionale" è situato nella zona sud di Milano e dispone di 594 posti letto di degenza di cui 57 in Day Hospital/Day Surgery e 21 posti letti tecnici per BIC/MAC.*

*Dal 1987 Polo Universitario, è sede della Facoltà di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria ospitando gli insegnamenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria.*

*Inoltre, il Presidio fa parte anche della rete Health Promoting Hospital dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, partecipandovi attivamente attraverso la realizzazione di progetti di promozione della salute.*

*Il Presidio San Carlo, riconosciuto dal Ministero della Salute quale "Presidio di rilievo Nazionale" è situato nella zona ovest di Milano e dispone di 494 posti letto di cui 19 in Day Hospital/Day Surgery e 17 posti letti tecnici per BIC/MAC.*

*I valori attorno ai quali si orienta tutta l'organizzazione sono:*

- *la centralità del paziente e il soddisfacimento dei suoi bisogni;*
- *il personale e la sua continua formazione come bene per garantire al meglio le prestazioni di cui il paziente necessita;*
- *l'innovazione a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti in corso nel settore sanitario;*
- *la qualità come attestazione certificata dell'attività e valore intrinseco delle cure prestate;*
- *lo stretto collegamento tra le attività di diagnosi e cura con la didattica universitaria;*

*La mission aziendale è quella di erogare attività sanitarie prevalentemente di elevata specializzazione, oltre che prestazioni di base e di media complessità, e promuovere e garantire attività di ricerca clinica, traslazionale e didattica, mediante l'utilizzo di tecnologie avanzate e di metodologie innovative.*

*La natura di Polo Universitario dell'Ateneo milanese, costituisce elemento caratterizzante dell'Azienda, unendo le finalità di assistenza sanitaria con gli obiettivi di didattica e di ricerca.*



*La vision aziendale è quella di rafforzare il proprio ruolo di riferimento regionale e nazionale nelle aree specialistiche individuate nella missione secondo una cultura che, propria di ogni organizzazione, nasce dalle finalità dell'Ente stesso.*

*La ASST intende inoltre rafforzare il proprio ruolo di riferimento delle aree specialistiche già individuate nella "mission" in stretto collegamento con tutte le realtà ospedaliere di interesse scientifico nazionale ed internazionale in una reale "vision" moderna ed integrata.*

## 2. Il Ciclo di gestione della performance - anno 2018





## 3. La performance organizzativa dell'ASST

### 3.1 Livello istituzionale

*Considerate le stringenti regole nazionali e i vincoli regionali previsti per l'anno 2018, il risultato conseguito deve essere valutato positivamente in quanto obiettivi e indicatori, raggiunti attraverso rilevanti interventi che hanno permesso il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, evidenziano un sostanziale allineamento rispetto alle attese.*

*I principali risultati conseguiti riguardano:*

- miglioramento dell'efficienza e contenimento della spesa per beni e servizi;*
- razionalizzazione e ridimensionamento degli organici;*
- contenimento e razionalizzazione della spesa nel comparto sanitario e della spesa farmaceutica.*



*A titolo esemplificativo, di seguito si riportano due indicatori di carattere economico-gestionale estrapolati dal bilancio consuntivo aziendale anno 2018 che evidenziano una sostanziale tenuta dei principali indicatori.*

Indicatori di Bilancio

Descrizione indicatore	Anno	
	2017	2018
Costi del personale / ricavi della gestione caratteristica	56,47%	55,31%
Costi per beni e servizi / ricavi della gestione caratteristica	54,08%	53,00%
Risultato netto di esercizio / ricavi della gestione caratteristica (ROS)	13,58%	13,08%
Rotazione Capitale investito : ricavi della gestione caratteristica / Totale attività patrimoniali	88,46%	100,68%
Durata media dei debiti verso fornitori: Debiti verso fornitori / acquisti * 365	185,8	248,7

## *3.2 Livello strategico aziendale*

*L'Azienda, quale soggetto integrato nel sistema regionale, con gli altri attori del sistema cui appartiene, si è impegnata altresì nel corso dell'anno 2018 nella realizzazione di molteplici obiettivi sia di carattere amministrativo- gestionale che sanitario.*

*L'attuazione della programmazione si è declinata attraverso la realizzazione di una serie di progetti stabiliti dalle Regole di Sistema Regionali e dagli obiettivi aziendali assegnati al Direttore Generale.*

*In attesa di valutazione regionale rispetto agli obiettivi assegnati e presenti nel Piano della Performance 2018 è opportuno sottolineare l'impegno aziendale profuso affinché potessero essere pienamente raggiunti tutti gli obiettivi prefissati.*

*La presente sezione sarà oggetto di aggiornamento una volta ricevuto un feedback regionale rispetto alla rendicontazione effettuata.*

### *3.3 Livello direzionale e operativo*

*Gli obiettivi strategici sono annualmente tradotti in piani specifici di attività, e declinati in obiettivi gestionali ed operativi attraverso il processo di budgeting.*

*Per ciascuno degli obiettivi, vengono riportati la dimensione oggetto d'analisi e uno o più indicatori di misurazione. La valutazione degli indicatori viene fatta prendendo come periodo di riferimento l'anno precedente. Per alcuni indicatori (es. % riduzione prezzi servizi appaltati) viene utilizzato il simbolo di incremento o riduzione in quanto la valutazione viene effettuata solo su specifici prodotti afferenti all'area di riferimento.*



OBIETTIVI OPERATIVI	
EVOLUZIONE SSR, INVESTIMENTI E SISTEMA INFORMATIVO	
OBIETTIVO	Valutazione Anno 2018
Stabilità programmatoria: gestione delle istanze di contributo coerente con la programmazione regionale: assenza di istanze di contributo fuori dalla cornice programmatoria individuata dalla Giunta Regionale ed assenza di istanze di rimodulazione dei contributi già assegnati dalla Giunta Regionale;	
Completezza Fascicolo Sanitario Elettronico: - Pubblicazione del 95% dei referti prodotti entro 24 ore;	
- Invio referti di laboratorio in CDA2 secondo struttura già definita;	
- Pubblicazione dei referti prodotti in intramoenia;	
- Raggiungimento target specifico percentuale di prescrittori in modalità dematerializzata;	
CONTROLLO DI GESTIONE E PERSONALE	
Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2017: la misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2018 rispetto al 2017 (viene considerato il solo perimetro della programmazione aggregata). L'obiettivo risulterà comunque raggiunto se l'ente avrà raggiunto il 65% di acquisti centralizzati/aggreati/servizi in concessione;	
Adesione alle convenzioni centralizzate ARCA: classi di Dispositivi medici a maggior spesa. Verrà verificato l'obbligo di adesione alle procedure centralizzate di ARCA attraverso la verifica puntuale del grado di adesione ad alcune convenzioni attivate dalla Centrale d'Acquisto;	
Adesione convenzioni Centrale Acquisti Regione Lombardia – CONSIP e utilizzo piattaforma telematica SINTEL nelle procedure d'acquisto. Classi d'acquisto previste negli adempimenti LEA: energia elettrica; gas; ausili per persone disabili (CPV 33196200; ausili per la deambulazione CPV 33141720); antisettici: verifica effettuata sulle classi previste negli adempimenti LEA per quanto riguarda gli acquisti:	
a) adesione convenzioni CONSIP;	
b) adesioni convenzioni ARCA;	
c) utilizzo della piattaforma telematica SINTEL;	
Flusso Endoprotesi (File SDO4) – Completezza nella compilazione del campo "identificativo di iscrizione in BD/RDM": Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;	
OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO E REGIONALE	
Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione – errori gravi: % di record di SDO contenenti errori "gravi" inferiore al 1%;	
Ricoveri ospedalieri: Tempestività della rilevazione: % in ritardo oltre la scadenza mensile non superiore al 2% (sono esclusi i DH di tipo non chirurgico);	
Certificati di assistenza al parto: scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con le SDO;	
Certificati di assistenza al parto: Tempestività della rilevazione: % in ritardo oltre il mese non superiore al 5%;	
Certificati di assistenza al parto: Rapporto tra CeDAP con segnalazione di malformazione rispetto alle SDO di neonati con diagnosi di malformazione (una delle 6 diagnosi con codice ICD-9-CM compreso tra 740xx e 759xx): scostamento massimo del 5% rispetto all'indicatore regionale;	
Certificati di assistenza al parto: Completezza nella compilazione di tutti i campi (compresi i campi istituiti da Regione Lombardia nel 2016 e disponibili da portale): scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;	
PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE	
Salute mentale e NPJA: rispetto del tetto massimo di spesa 43 San complessivo (psichiatria + NPJA adulti) indicato dalla ATS territorialmente competente, con tendenziale diminuzione del ricorso ai ricoveri extraregione;	
Riduzione delle contenzioni	
Definizione di indicazioni/progetti per la promozione della salute fisica del paziente psichiatrico anche in collaborazione con i Servizi per le dipendenze;	
Realizzazione in ambito NPJA di eventi formativi multidisciplinari rivolti alle varie professionalità interessate su uno dei seguenti temi: autismo e disabilità complessa, acuzie psichiatriche all'adolescenza, doppia diagnosi, transizione all'età adulta;	
Dipendenze: redazione di una relazione, da trasmettere entro il 28.02.2019, che certifichi:	
- l'implementazione di servizi/attività per la diagnosi e cura del GAP;	
- l'implementazione di attività di integrazione tra l'ambito della salute mentale e delle dipendenze;	
- l'implementazione di attività di integrazione tra reparti ospedalieri e servizi per le dipendenze (es epatologia, infettivologia, psicologia clinica, ecc.);	
Cure primarie: attuazione dell'Accordo integrativo regionale 2018 per specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie convenzionate con il SSN;	
Misure innovative in ambito sociosanitario: redazione di una relazione, da trasmettere entro il 28.02.2019, delle attività anno 2018 descrittiva delle caratteristiche, emerse dalle valutazioni/rivalutazioni, delle persone che hanno beneficiato della misura Residenzialità assistita;	
Negoziante e contratto area sociosanitaria: monitoraggio, in collaborazione con le ATS, dell'andamento della spesa ADI e dei voucher emessi al fine di consentire l'erogazione del servizio per tutto il corso dell'anno e di rispettare il budget riconosciuto;	
PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO	
Reti di patologia: evidenza dell'attivazione di audit interni per il 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;	
Sistema Trasfusionale Regionale: consolidamento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano Annuale di programmazione e compensazione regionale ed extra-regionale delle unità di sangue su indicazione di AREU/Struttura Regionale di Coordinamento	
Sistema Regionale Trapianti:	
N° dei donatori di comez superiore al 10% dei decessi in ospedale;	
N° dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione;	
N° di prelievi multitestuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2017 e comunque non inferiori a 3;	
Numero di prelievi multitestuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2016 e comunque non inferiori a 3;	
Promozione appropriatezza prescrittiva: attività di formazione ed informazione verso i prescrittori per il corretto utilizzo degli antibiotici classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico): realizzazione di almeno un evento formativo (eventualmente FAD) rivolto a Medici ospedalieri per il corretto utilizzo degli antibiotici, classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico);	
Flussi Assistenza Farmaceutica: Flusso File F; Flusso File R; Flusso Acquisti Medicinali: Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi definite da D.G.W.;	
Compilazione e aggiornamento dei questionari informatizzati sul Sito del Centro di Riferimento per la Qualità dei SMeL relativi alla produzione e organizzazione dei SMeL (cfr. D.G.R. n. X/7600 del20/12/2017):	
- Partecipazione a incontri di formazione;	
- Compilazione corretta dei questionari nei tempi richiesti;	
- Mantenimento dell'aggiornamento degli stessi;	
Reti locali di Cure palliative (RLCP) e relativi Dipartimenti interaziendali di Cure palliative ai sensi della D.G.R. n. X/5918/2016 in collaborazione con le ATS di riferimento:	
- evidenza con Atto formale della istituzione della RLCP e/o adesione formale alla stessa;	
- almeno una riunione nell'ambito dei dipartimenti interaziendali di cure palliative;	
Attuazione della D.G.R. n. X/5455/2016 - Corsi regionali di formazione di I Livello per gli operatori della rete di Cure palliative:	
- evidenza della partecipazione dei professionisti interessati alla attività formativa programmata dalla ATS di riferimento in attuazione alla D.G.R. n.5455/2016;	
- rilevazione del fabbisogno formativo e degli operatori formati;	
Applicazione contenuti D.G.R. n. 1775/2011 e s.m.i., della D.G.R. n. 3993/2015 e della D.G.R. n. 7766/2018:	
- Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz);	
- Monitoraggio e vigilanza sulle liste di attesa in attuazione di quanto stabilito con D.G.R. 1775/2011, D.lgs. 33/2013 e D.G.R. 7766/18:	
- raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015;	
- evidenza della predisposizione e trasmissione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz);	
- attuazione dei disposti del punto 3.3.6. della D.G.R. n. X/1185/2013 - "Interventi di miglioramento dei tempi di attesa";	
- partecipazione a sperimentazioni regionali e nazionali mirate all'ottimizzazione delle risorse a all'abbattimento delle liste di attesa;	



Monitoraggio della qualità percepita e implementazione del modello di rilevazione: rilevazione della qualità percepita e trasmissione dei flussi derivanti mediante il sistema di accoglienza SMAF;	
Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle D.G.R. n. X/2313/2014, n. X/7600/2017 e delle note protocollo 1.2018.0006100 del 13/02/2018 e protocollo G1.2018.0006534 del 16/02/2018: controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 30 giugno 2018, del 6,5% delle prestazioni di ricovero di cui: - quota "fino al" 3,5% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza; - quota "fino al" 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza; - invio del Piano dei Controlli aziendale alla ATS di pertinenza entro il 28.02.2018;	
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato: - progettazione del percorso nascita fisiologico (BRO) a gestione autonoma dell'ostetrica; - formalizzazione delle modalità operative condivise con ATS per l'integrazione ospedale/territorio del percorso nascita;	
<b>PREVENZIONE</b>	
Promozione Salute - Prevenzione cronicità (fattori di rischio comportamentali): Implementare l'offerta di opportunità per l'adozione di stili di vita favorevoli alla salute nei dipendenti, nei visitatori e nei pazienti/utenti, in sinergia con le ATS: evidenza documentata nella rendicontazione WHP 2018. Valutazione sufficiente se: - Tutti i Presidi sono iscritti al Programma WHP; - Presenza, nei presidi iscritti prima del 2018, di "Pratiche Raccomandate" nell'area "Tabagismo"; - Continuità, nei presidi iscritti prima del 2018, nello sviluppo delle pratiche nelle aree "Alimentazione", "Tabagismo", "Attività Fisica";	
Area Screening oncologici: Garantire le coperture dei programmi di screening oncologici attivati dalle ATS: screening tumore cervice uterina (PAP test come test primario per le donne tra 25-33 anni e HPVdna test come test primario in donne tra 34-64 anni); screening tumore colon retto e mammella (con ampliamento fasce di età come da DDG n. 3711 del 04/04/2017): - 100% delle richieste ATS contrattualizzate - Invio delle refertazioni di anatomia patologia ai Centri screening ATS (100% delle richieste relative ai tumori alla mammella screen detected incidenti nel 2017 entro 31 agosto 2018); - Partecipazione dei professionisti di screening ai percorsi di analisi dei tumori di intervallo e dei tumori screen detected avanzati promossi dalle ATS;	
Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività: 1. Segnalazioni alle ATS di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche, tubercolosi e MTS; verranno verificate attraverso l'utilizzo della piattaforma S-Mainf per l'inserimento delle segnalazioni: - la tempestività della segnalazione; - la completezza dei dati inseriti; - la completezza delle segnalazioni inserite con l'evidenza dell'esito dell'incrocio con i dati delle SDO (a cura dell'ASST); 2. Invio tempestivo dei campioni isolati ai laboratori di riferimento regionali per morbillo/rosolia; malattie invasive batteriche e tubercolosi (valutazione a cura dell'ATS);	
Aumento della copertura delle vaccinazioni: 1. Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS delle seguenti percentuali di copertura: - Coorte nati 2018: • Rotavirus ciclo completo ≥75%; • Meningococco B 1° dose ≥75%; - Coorte nati 2006: • HPV 2° dose ≥ 75%; • Coorte nati 2002: • antimeningococco ACWY ≥ 75%; • Difterite Tetano Pertosse Polio 5° dose ≥75%; • over 65 anni: • antinfluenzale ≥75%; • Coorte 1953: • Pneumococco offerta; • Herpes zoster offerta; Attivazione dell'offerta - per la coorte 2016 della vaccinazione antivaricella; - per la coorte 2017 della vaccinazione antimeningococco B; - per l'adolescenza della vaccinazione antimeningococco ACWY;	
2. Inserimento in GEV di tutte le vaccinazioni, comprese antinfluenzali e quelle per categorie a rischio, attraverso applicativo aziendale o web application regionale;	
3. Vaccinazione degli operatori sanitari con particolare attenzione alle unità operative a maggior rischio per la presenza di soggetti fragili (esempio: con situazioni di immunodepressione, ginecologia ostetrica, pronto soccorso etc). Percentuale degli operatori immuni per MPRV e influenza suddivisa per UUOO:	
AMBIENTI DI LAVORO: Segnalazione telematica di mesoteliomi, tumori nasosinusal, tumori della vescica e del polmone: segnalazione di mesoteliomi, tumori naso-sinusal, tumori della vescica e del polmone individuati secondo i criteri descritti all'interno della funzionalità telematica presente in SISS a cura dei reparti competenti;	
MEDICINA LEGALE: Riduzione tempi di attesa accertamenti area invalidità: tempo medio di attesa tra data acquisizione pratica e prima convocazione a visita, per Commissioni invalidi ≤ 60 gg solari (escluse le procedure d'urgenza) - periodo di riferimento secondo semestre 2018;	
MEDICINA LEGALE: Miglioramento dei percorsi per il cittadino disabile: riorganizzazione delle commissioni di cui all'art. 4 comma 1 bis della Legge n. 104/1992, finalizzate a consentire percorsi di accertamento distinti e specializzati per persone in età evolutiva, prevedendo la partecipazione delle necessarie figure specialistiche (come pediatri e neuropsichiatri infantili);	



OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI	
OBIETTIVO	Valutazione Anno 2018
Efficienza organizzativa nell'attuazione dei programmi di investimento: rispetto dei tempi di consegna della documentazione progettuale, corredata dai pareri di legge previsti, alla D.G.W. entro i termini stabiliti dagli atti regionali (VII Atto Integrativo, Programma adeguamento Antincendio, D.G.R. n. X/6548/2017); rispetto dei tempi indicati nell'originario provvedimento di assegnazione dei finanziamenti comprovato dalla lettera di trasmissione a D.G.W. della documentazione progettuale completa dei pareri previsti dalla normativa regionale (UTR e ATS). (il risultato viene decurtato del 5% per ogni mese solare di ritardo);	
FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI: Compilazione al 100% dei modelli HSP11 - HSP 11BIS - HSP12 - HSP13 -HSP 14 - HSP22BIS - HSP 23 - HSP 24 - RIA11 - STS 11 - STS 14 - STS21 - STS 24 - FLS 11 - FLS12 - FLS 18 - FLS 21;	
Invio flusso consumi dispositivi medici: verifica del grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo del flusso consumi dispositivi medici con quello indicato nelle apposite voci di bilancio; L'obiettivo è raggiunto con una percentuale pari all'85%. Tutte le aziende devono inviare il dato tutti i mesi dell'anno (nel caso di non invio mensile deve essere inviata nota formale a DG Welfare). L'obiettivo è parametrato sulle stesse CND calcolate nell'adempimento LEA ministeriale;	
Invio flusso contratti dispositivi medici: verifica del grado di copertura dei contratti relativi ai dispositivi medici inviati; L'obiettivo è raggiunto con una percentuale pari ad almeno il 25% dei codici di repertorio presenti nel flusso consumi dispositivi medici e nel flusso contratti dispositivi medici (anno 2018). L'obiettivo è calcolato con gli stessi parametri nell'adempimento LEA ministeriale, ma a livello di singola azienda anziché di intera Regione;	
Verifica flussi CO.AN.: a)Invio flussi trimestrali, consuntivo, preventivo e assestamento tramite l'apposito Portale sul controllo di gestione come da tempistica prevista da note regionali; b)Valutazione del rispetto delle % di quadratura Co.Ge. - Co.An., come da linee guida, e della coerenza della rilevazione dei ricavi con i flussi di produzione, misurata dai report di quadratura pubblicati sul portale del controllo di gestione (si terrà conto di eventuali situazioni particolari a livello aziendale ove adeguatamente giustificate);	
Invio trigger in sala parto: verifica invio mensile dei trigger in sala parto;	
Implementazione raccomandazioni Ministeriali: dovranno essere implementate a livello aziendale almeno l'80% delle raccomandazioni ministeriali pubblicate dal Ministero della Salute (tra quelle applicabili alla propria realtà). Per le aziende che hanno dichiarato nel 2017 di non aver ancora implementato le raccomandazioni 04, 08, 09, 10 e 14 l'obiettivo si ritiene raggiunto se le raccomandazioni risulteranno implementate;	
Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell'area del personale: conto annuale esercizio 2017, allegato al CE anno 2017 (IV trimestre 2017), modello A e reciproca coerenza fra gli stessi: allineamento tra i dati inviati nei diversi flussi 90%;	
STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2017: Copertura entro il 31/12/2018 delle strutture autorizzate entro il 30/06/2018: 100%;	n.v.
Copertura entro il 31/12/2018 delle strutture autorizzate dopo il 30/06/2018 ed entro il 30/09/2018: 50%;	n.v.
Implementazione Sistema MOSA: - pubblicazione quotidiana informazioni intera offerta ambulatoriale; - invio quotidiano notifiche relative a tutti gli appuntamenti registrati;	
Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio: - raggiungimento produzione a contratto per Lombardi; - rispetto degli obiettivi per beni e servizi per singola area come da D.G.R. n. X/7600/2017;	
Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie verso la Regione: - allineamento posizioni da Stato Patrimoniale per crediti e debiti (intercompany); - verifica della sussistenza delle posizioni creditorie e debitorie;	
Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany: pieno allineamento costi-ricavi e debiti-crediti;	
Anticipazione di Tesoreria: rispetto del divieto di ricorrere alle anticipazioni di tesoreria;	
Tempi di pagamento beni e servizi (ITP): rispetto dei tempi di pagamento;	
Piano dei flussi di cassa: rispetto degli importi definiti con budget di cassa reale e pagamenti G3S (valutazione degli scostamenti per una corretta gestione delle risorse): verrà valutato lo scostamento tra la previsione e l'effettivo consuntivato (competenza 2018);	
PAC – Percorso attuativo della certificabilità di bilancio: rispetto della tempistica stabilita dalle linee guida regionali;	
Realizzazione di un progetto di adozione e incremento prescrittivo di farmaci biosimilari per i principi attivi etanercept e rituximab: relazione del progetto in cui si evidenzia l'incremento dei pazienti trattati con biosimilari 2018 vs 2017 ed il risparmio economico ottenuto, utilizzando come fonte dati le rendicontazioni file F delle due annualità;	
AMBIENTI DI LAVORO: Promozione del benessere del lavoratore e prevenzione dei fattori di rischio: studio di contesto/fattibilità funzionale alla pianificazione degli interventi che integrano la prevenzione dai rischi e pericoli per la salute connessi al lavoro con la promozione del benessere del lavoratore (modello Total Worker Health);	
PROMOZIONE SALUTE - PREVENZIONE CRONICITÀ - Implementare l'offerta di programmi, promossi da Consulenti pubblici e accreditati, di promozione della salute 0-3 anni, in raccordo con percorsi di continuità ospedale territorio (PLS – Punti Nascita) e in sinergia con le ATS - Implementare l'offerta di programmi, promossi da Consulenti pubblici e accreditati, di promozione della salute (life skills e peer education) in età adolescenziale, in sinergia con le ATS: - Evidenza documentata (PROSA e SURVEY Stili di vita), di attività integrate di promozione delle principali "competenze genitoriali" (allattamento al seno, acido folico, astensione alcol e fumo, posizione nel sonno, sicurezza omestica e in viaggio, vaccinazioni, lettura ad alta voce –D.G.R. 5506/2016), con particolare attenzione ai target con fragilità socio-culturali; - Partecipazione ai programmi regionali attivati dalle ATS ed alle attività formative regionali (Piano Formativo SSL 2018, Formazione Life Skills Training e Unplugged);	

I dati sono in attesa della valutazione regionale



AUMENTO DELLA COPERTURA DELLE VACCINAZIONI: Raggiungimento delle seguenti percentuali di copertura: Coorte nati residenti 2016: • Esavalente 3° dose ≥95%; • MPR 1° dose ≥95%; • Varicella 1° dose ≥75%; • Pneumococco 3° dose ≥95%; • Meningococco C ≥95%; Coorte nati 2012: - Difterite Tetano Pertosse Polio 4° dose ≥95%; - MPR 2° dose ≥95%;	
Attuazione della D.G.R. n. X/6472/2017: le UO/ML contribuiscono al raggiungimento dell'obiettivo di emersione delle malattie professionali di cui al PNP/PRP con evidenza nel Sistema Informativo Regionale (Person@ -Ma.P.I./SMP);	
MEDICINA LEGALE: Miglioramento dei percorsi per il cittadino disabile: le UU.OO. di medicina legale forniscono il supporto formativo alle articolazioni specialistiche aziendali per la redazione del certificato introduttivo all'invalidità civile: realizzazione di un evento formativo (corso FAD, corso residenziale, ecc.);	
<b>OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR</b>	<b>Valutazione Anno 2018</b>
Presa in carico del paziente cronico: - l'Azienda deve sottoscrivere il n. dei patti di cura pari all'80% delle manifestazioni di interesse dichiarate nell'anno 2018;	
- l'Azienda deve redigere e pubblicare n. di PAI pari all'80% dei n. di patti di cura sottoscritti nel 2018;	
Pubblicazione AGENDE di prenotazione delle prestazioni sanitarie: pubblicazione del 100% delle AGENDE di prenotazione delle prestazioni sanitarie;	
Rispetto TEMPI d'ATTESA: valutazione del rispetto delle normative nazionali e regionali vigenti in materia di tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie;	
<b>OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI</b>	<b>Valutazione Anno 2018</b>
Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico.	
Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico.	
Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata.	
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella.	
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon retto.	
Abbandoni da Pronto Soccorso.	
Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti.	
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	
Mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio (scc)	
Mortalità a 30 giorni da riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale	
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	
Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	
Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon	
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	
Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto naturale)	
Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto cesareo)	
Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (bpco) riacutizzata.	
Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano.	





PROCESSO DECISIONALE: ATTUAZIONE DELLA GESTIONE			
Dimensione di analisi	Indicatore	Valutazione Anno 2018	
Qualità processi e dell'organizzazione	Presentazione e attivazione progetto di riorganizzazione dei posti letto di area medica		
	Redazione piano sorveglianza sanitaria		
	Rispetto dei tempi del piano di sorveglianza sanitaria		
	Attivazione agenda informatizzata per gli interventi chirurgici		
	Protocollo nefrolitiasi		
	Studio e monitoraggio sulla cardiopatia ischemica e lo scompenso cardiocircolatorio		
	Elaborazione di una procedura operativa con criteri di ricovero e dimissioni del pz		
	Collaborazione al progetto di "pulizia" delle liste di attesa per intervento chirurgico		
	Definizione criteri di priorità per gli interventi chirurgici condivisa con SSD Gestione BO/DS		
	Revisione completa della checklist di sicurezza del paziente chirurgico sottoposto a procedurechirurgiche e invasive (in coerenza col progetto n.5 del P.A.R.M. 2017)		
	Progetto di Riorganizzazione dell'attività chirurgica con particolare attenzione alla centralizzazione di alcune attività chirurgiche nell'ottica di una maggiore specializzazione		
	Attivazione pronta disponibilità interpresidio di chirurgia vascolare		
	Collaborazione alla definizione del progetto di chirurgia endovascolare con i radiologi		
	Condivisione di un unico progetto diagnostico terapeutico tra pneumologia e chirurgia toracica a livello di ASST		
	Verifica della prescrizione con consegna di ricette dematerializzate alla dimissione (da visita amb./ricovero/PS)		
	Presentazione progetto di riorganizzazione dell'attività tra i due presidi (centralizzazione dell'elettrofisiologia)		
	Revisione completa della checklist di sicurezza del paziente chirurgico sottoposto a procedurechirurgiche e invasive (in coerenza col progetto n.5 del P.A.R.M. 2017)		
	Presentazione di un progetto di attività interpresidio/interdisciplinare/interdipartimentale attività ambulatoriale terapia del dolore		
	Presentazione di un progetto di attività interpresidio/interdisciplinare/interdipartimentale attività emato-oncologico		
	Attivazione progetto sulla riorganizzazione delle attività relative alla somministrazione delle terapie, contestuale alla centralizzazione dell'UFA e monitoraggio mediante customer		
	Malnutrizione ospedaliera nel paziente ricoverato: applicazione procedura AST_NUT_401 "Valutazione e gestione del rischio nutrizionale nel paziente ricoverato" e relativa formazione nei reparti pilota entro il 30/06/2018		
	Organizzazione dell'attività ambulatoriale "in senso dipartimentale " e "per malattia " con concentrazione in un unico presidio delle malattie a bassa prevalenza - dip epato-gasto-metabolico		
	Compilazione episodio di contenzione dei minori ricoverati in pediatria		
	Condivisione di un percorso diagnostico terapeutico sull'asma , in collaborazione tra le due U.O. e i PLS cogestori		
	Aggiornamento e relativa formazione procedura AZI_PDT_002 "Sepsi in età pediatrica. Protocollo per la diagnosi ed il trattamento precoci" del 2014		
	Scrittura e relativa formazione procedura "La sepsi in ostetricia" , con introduzione dello score MEOWS, come da indicazione di rL		
	Estensione del long acting e valutazione dell'aderenza alla terapia		
	Gestione integrata dei pz con i SERD penitenziari		
	Qualità processi e dell'organizzazione	Modellizzazione SerD Territoriale con sedi specializzate e collaborazioni trasversali tra le sedi: 1) Modello organizzativo 2) ottimizzazione utilizzo risorse ed erogazione prestazioni attraverso collaborazioni trasversali 3) determinazione costo medio caso trattato	
		Implementazione attività GAP con sede dedicata e specifica modalità di presa in carico in applicazione LEA 2017: 1) Costituzione equipe dedicata 2) Procedura scritta presa in carico GAP secondo le indicazioni letteratura scientifica di riferimento 3) Aumento 10% pazienti trattati 2017	
Integrazione Ospedale-Territorio: Attivazione collaborazione con almeno 2 Reparti Ospedalieri/Servizi in applicazione L.R. 23/2015: 1) N° accordi scritti tra SerD e Reparti relativamente a modalità collaborazione, reciproci invii e trattamento integrato pazienti 2) N°pazienti trattati congiuntamente			
Confronto dei modelli organizzativi in funzione dei volumi di attività e della dotazione organica e proposta di modelli organizzativi omogenei tra le due radiologie			
Recupero ausili riutilizzabili da assistiti deceduti : 1) n° assistiti deceduti per i quali è stato disposto ritiro dispositivi protesici; 2) evidenza monitoraggio concordato con SUPI			
Mantenimento dei tempi autorizzativi di prescrizioni soggette a verifica ASST ( per le zone attualmente in carico): n° prescrizioni autorizzate entro 3 gg dalla ricezione			
Verifica della corretta periodicità dei controlli specialistici nei pazienti ventilati a cui sono fornite apparecchiature domiciliari: n° di richiami a visita specialistica annuale/n° di pazienti con nuove forniture di ventiloterapia nel 2016 che non hanno eseguito il controllo. (verifica trimestrale)			
Classificazione standardizzata dei pazienti in carico ADI, senza soluzione di continuità da almeno tre trimestri, per individuare possibili candidati di interventi specialistici integrativi : Completamento classificazione (100% eleggibili)			
Anticorruzione e trasparenza		Compilazione dichiarazione pubblica di interessi sulle segnalazioni aziendali AGENAS	
		Applicazione dispositivi legislativi anticorruzione e trasparenza al processo di certificazione dello stato di tossicodipendenza: 1) Produzione/conferma procedura. 2) Audit interno per tutte le certificazioni anno 2018 e audit esterno per un campione 10%	
Qualità processi	Aumento % dimissioni protette segnalati al csa e diminuzione dei tempi tra ammissione in reparto e segnalazione		
	Presa in carico del pz: n° di pz con sottoscrizione patto di cura		
	Attività utilizzo sfere con itrio 90		
	Densitometria ossea MOC		
	Monitoraggio mensile TAT prestazioni		



*Legenda*



Valutazione positiva



Valutazione sufficiente rispetto alla attese



Valutazione negativa



## 4. La Valutazione della performance individuale

*La legge-delega 4 marzo 2009, n. 15, ed il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, di seguito “Decreto”, introducono il concetto di performance organizzativa ed individuale.*

*L’articolo 9 del Decreto, nell’introdurre la performance individuale, distingue tra la valutazione dei dirigenti e la valutazione del personale con qualifica non dirigenziale, stabilendo espressamente:*

*- al comma 1, che “la misurazione e la valutazione della performance individuale dei dirigenti e del personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità è collegata agli indicatori di performance relativi all’ambito organizzativo di diretta responsabilità; al raggiungimento di specifici obiettivi individuali; alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi”;*



---

*- al comma 2, che la misurazione e la valutazione della performance individuale del personale sono effettuate dai dirigenti e che esse sono collegate “al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali, nonché alla qualità del contributo assicurato alla performance dell’unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi”.*

*La misurazione e la valutazione della performance individuale rappresenta quindi una delle fasi del cosiddetto “ciclo di gestione della performance”: tale ciclo parte dalla definizione di obiettivi ed indicatori e si conclude con l’utilizzo dei sistemi premianti e dei sistemi di rendicontazione dei risultati.*

*Il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati all’unità organizzativa in sede di negoziazione di budget ha effetto diretto anche sulla valutazione individuale; infatti nella scheda di valutazione individuale di ogni dipendente è presente una sezione dedicata al raggiungimento degli obiettivi della propria area di appartenenza.*



*Nel dettaglio si evidenzia la valutazione media conseguita nelle diverse aree del personale per l'anno 2018.*

Valutazione Individuale 2018	
Area Personale	% raggiungimento obiettivi
Dirigenza Medica	N.D.
SPTA	N.D.
Comparto	97,00%

*Al momento, come si evince dalla tabella soprariportata, la ASST ha portato a termine solo il procedimento di valutazione attinente all'area di comparto che è stato completato e validato dal Nucleo di Valutazione.*

*A breve, la ASST procederà con la valutazione dell'area della dirigenza, ed una volta ultimata e certificata, da parte del Nucleo di Valutazione, verrà aggiornata la tabella con la percentuale di raggiungimento degli obiettivi.*