ATTI del DIRETTORE GENERALE dell'anno 2019

Via A. di Rudinì,n.8 – 20142 MILANO Tel. 02.8184.1 – Fax 02.8910875

Deliberazione n. 0002818 del 31/12/2019 - Atti U.O. Direzione Strategica

Oggetto: RIEDIZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE ASST SANTI PAOLO E CARLO TRIENNIO 2019-2021

IL DIRETTORE GENERALE

premesso che, con DGR n. X/4473 del 10.12.2015, è stata costituita l' "Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) Santi Paolo e Carlo" e che, pertanto, quest'ultima, ai sensi dell'art. 2, comma 8, lettera c), della Legge Regionale n. 23 dell'11.8.2015, a decorrere dall'1.1.2016, è subentrata nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alle A.O. San Paolo e A.O. San Carlo;

vista la propria Deliberazione n. 1 dell'1.1.2016, esecutiva ai sensi di legge, avente ad oggetto "Presa d'atto della DGR n. X/4473 del 10.12.2015 "Attuazione L.R. 23/2015: Costituzione Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) Santi Paolo e Carlo";

preso atto che la Giunta Regionale della Lombardia, con D.G.R. n. XI/1065 del 17/12/2018, ha nominato il Dott. Matteo Stocco, quale Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Santi Paolo e Carlo con decorrenza dal 01.01.2019 al 31.12.2023;

preso atto della deliberazione n. 1913 del 19/09/2019 avente per oggetto: "Revoca deliberazione n. 693 del 3/04/2019 "Approvazione proposta di Bilancio Preventivo Economico esercizio 2019. Versione V1" e contestuale approvazione Bilancio Preventivo Economico esercizio 2019. Versione V2";

richiamati:

- il "Piano della Performance Aziendale" che è il documento strategico programmatico realizzato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, al fine di assicurare una adeguata rappresentazione delle performance aziendali;
- la D.G.R. n. IX/351 del 28 luglio 2010 avente per oggetto "Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura";
- le linee guida elaborate nel mese di gennaio 2012 da Regione Lombardia che, nel recepire le indicazioni dell'art. 16 del citato D.L.vo 150/2009, recante disposizioni sull'adeguamento degli ordinamenti delle regioni e degli enti locali, ha definito il sistema di misurazione delle performance da adottare nelle aziende sanitarie pubbliche lombarde e lo schema di piano delle performance;
- le indicazioni tecniche della CIVIT, ora ANAC (Agenzia Nazionale Anticorruzione), le cui competenze in materia di misurazione e valutazione della performance sono state trasferite al Dipartimento di Funzione Pubblica e di cui alle deliberazioni n. 112/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance", n. 1/2012 "Linee guida relative al miglioramento dei sistemi di valutazione della performance e dei Piani della Performance" e n. 6/2013 "Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013";
- la determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015 in merito all'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione che dedica un ampio allegato al settore Sanità al fine di prevenire fenomeni corruttivi e rafforzare la gestione del rischio, auspicando l'integrazione delle misure di prevenzione della corruzione con le misure organizzative volte alla funzionalità amministrativa, descritte nel Piano della Performance;
- la D.G.R. n. XI/1046 del 17/12/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2019 (di concerto con gli Assessori Caparini, Piani e Bolognini)";



Via A. di Rudinì, n.8 – 20142 MILANO Tel. 02.8184.1 – Fax 02.8910875

- la deliberazione aziendale n. 1807 del 26.10.2016 avente per oggetto: "Costituzione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (N.V.P.) dell'ASST Santi Paolo e Carlo";
- la deliberazione aziendale n. 123 del 30.01.2019 avente epr oggetto: "Approvazione Piano della Performance Aziendale triennio 2019-2021;

precisato che il POAS dell'ASST Santi Paolo e Carlo, approvato con DGR n. X/6915 del 24/07/2017 ha definito l'articolazione per ruoli e livelli di responsabilità di tutti i settori dell'ASST Santi Paolo e Carlo;

ritenuto, a seguito di convocazione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in data 19.11.2019, di dover integrare il Piano aziendale precedentemente approvato con deliberazione aziendale n. 123 del 30.01.2019;

preso atto che il nuovo Piano è stato sottoposto al parere del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni come da documentazione agli atti della S.C. Programmazione e Controllo di Gestione;

ritenuto di procedere alla riedizione del "Piano della Performance aziendale ASST Santi Paolo e Carlo Triennio 2019-2021", allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

tutto ciò premesso, propone l'adozione della seguente deliberazione

IL DIRETTORE GENERALE

acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio-Sanitario;

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti:

- 1. di adottare il nuovo "Piano delle Performance aziendale ASST Santi Paolo e Carlo Triennio 2019-2021", redatto ai sensi e per gli effetti dell'art. 10, comma 1, lettera a) del D. Lgs. N. 150/2009;
- 2. di disporre la pubblicazione del Piano delle Performance aziendale ASST Santi Paolo e Carlo Triennio 2019-2021, sul sito web istituzionale dell'Azienda;
- 3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Azienda;
- 4. di dare atto che il presente provvedimento è assunto su proposta del Direttore Generale, Matteo Stocco, e che la sua esecutività è affidata al Dirigente S.C. Programmazione e Controllo di Gestione, Teresa Marilena Leggieri;
- 5. di dare atto che il presente provvedimento deliberativo è immediatamente esecutivo, in quanto non soggetto a controllo di Giunta Regionale, e verrà pubblicato sul sito Internet Aziendale, ai sensi dell'art. 17, comma 6 L.R. n. 33/2009 e ss.mm.ii..



Via A. di Rudinì, n.8 – 20142 MILANO Tel. 02.8184.1 – Fax 02.8910875

Documento firmato digitalmente da: Direttore Amministrativo Salvatore Gioia, Per il Direttore Sanitario Sabrina Passarella, Per il Direttore Socio Sanitario Novella Chapperon, Direttore Generale Matteo Stocco ai sensi delle norme vigenti D.P.R. n.513 del 10/11/1997, D.C.P.M. del 08/02/1999, D.P.R. n. 445 del 08/12/2000, D.L.G. Del 23/01/2002

Pratica trattata da: Rosanna Detto

Dirigente/Responsabile proponente: Salvatore Gioia

Il presente atto si compone di n. 73 pagine, di cui n. 70 pagine di allegati che costituiscono parte integrante e sostanziale.



Piano della Performance aziendale Triennio 2019-2021



Indice

1 Presentazione del Piano	3
2. Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Santi Paolo e Carlo	5
2.1 Chi siamo	5
2.2 La nostra mission	7
2.3 La nostra vision	9
2.4 Numeri e cifre	10
3 Organizzazione aziendale	11
4. Swot Analysis	35
4.1 Analisi Ambiente esterno	37
4.2 Analisi Ambiente interno	39
4.3 SWOT Analysis in sintesi	41
5. Obiettivi strategici	42
5.1 Le strategie aziendali livello istituzionale	42
5.2 La programmazione dei progetti aziendali	50
5.3 La programmazione gestionale	57
6 Le dimensioni di analisi e la misurazione delle performance attraverso gli	indicatori di
risultato	59
7 Conclusioni	66



1 Presentazione del Piano

Il Piano della Performance, è un documento strategico programmatico realizzato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, e successive modifiche decreto legislativo 25 maggio 2017 n. 74, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il Piano della Performance (da ora chiamato Piano), è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto) e viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Organizzato su un orizzonte temporale triennale e coerentemente con le risorse assegnate, esplicita gli obiettivi, gli indicatori ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della prestazione.

Il Piano e gli strumenti di misurazione e rendicontazione delle performance organizzative, nel rispetto anche delle indicazioni impartite da Regione Lombardia, si articolano su tre livelli:

- ➤ 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 dalla 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 (relazione sulla performance).

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi: per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target, ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance. Gli indicatori vengono definiti tenendo conto degli ambiti



individuati dall'articolo 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui all'articolo 7 del decreto.

Infine, il Piano contiene anche gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori così da consentire la valutazione della performance individuale dei dirigenti di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto. Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 3, del decreto, eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale saranno tempestivamente inseriti all'interno del Piano. Gli interventi correttivi riferiti agli obiettivi della propria sfera di competenza, che possono eventualmente emergere a seguito della verifica dell'andamento della performance effettuata con il supporto dei dirigenti (articolo 6, comma 1, del decreto), sono definiti, in caso di necessità, dall'organo di indirizzo politico amministrativo. Il procedimento di programmazione degli obiettivi, verrà condotto nei tempi e con le modalità propri del ciclo di programmazione e controllo strategico e del ciclo di programmazione del sistema di valutazione.

2. Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Santi Paolo e Carlo

2.1 Chi siamo

La ASST Santi Paolo e Carlo è l'unione di due ex aziende ospedaliere e di alcune strutture territoriali afferenti ex ASL Milano/ATS Città Metropolitana Milano avvenuta con il LR 23/2015. In particolare l'ex Azienda Ospedaliera San Carlo con 495 posti letto di degenza e ex Azienda Ospedaliera San Paolo-Polo Universitario con 478 posti letto di degenza, entrambi riconosciuti dal Ministero della Salute quali "Ospedali di rilievo Nazionale".

Il presidio San Paolo dal 1987 è Polo Universitario, sede della Facoltà di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, ospitando gli insegnamenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria e del corso di laurea in infermieristica e in fisioterapia. La ASST fa parte della rete H.P.H. (Health Promoting Hospital) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con progetti di promozione della salute. Fa parte inoltre del servizio di call center telefonico "Sanità Milano" gratuito per il cittadino, che permette di prenotare visite specialistiche ed esami strumentali presso diverse strutture milanesi con una sola telefonata.

L'ASST ha proseguito nel processo di Dipartimentalizzazione delle Unità complementari e quindi tra loro interdipendenti, avviate dalle ex AA.OO..

Il Dipartimento articola le relazioni tra le unità secondo modalità organizzative e gestionali che consentono, mediante regole condivise e funzionali, di raggiungere obiettivi complessi non altrimenti realizzabili, migliorando dunque la qualità tecnico assistenziale, razionalizzando i costi, superando le disfunzioni organizzative, incrementando la ricerca e il collegamento tra didattica e assistenza. Sono in funzione presso il presidio San Carlo otto Sale Operatorie, una Tac 128 slices di ultima generazione in uso presso la radiologia centrale, una Tac 16 slices di vecchia generazione in uso presso il Pronto Soccorso radiologico ad oggi in fase di sostituzione con una TAC da 64 slices, due Risonanze Magnetiche 1.5 Tesla di cui una in fase di sostituzione con una a 3 Tesla, un angiografo digitale per la radiologia interventistica



ed un angiografo digitale per l'emodinamica, due mammografi e un Blocco di Sale Parto che comprende una sala operatoria e quattro Sale parto, di cui una dotata di una vasca per il parto in acqua; presso il presidio San Paolo nove Sale Operatorie, una Tac 64 slices in uso presso la radiologia centrale, una Tac 16 slices di vecchia generazione in uso presso il Pronto Soccorso (per entrambe le TAC è in programmazione la sostituzione con una TAC 128 in radiologia centrale e una TAC 64 in Pronto Soccorso), una Risonanza Magnetica, un angiografo digitale per la radiologia interventistica ed un angiografo digitale per l'emodinamica, un mammografo ed è in fase di acquisizione un altro mammografo, una TAC PET e due gamma camera presso la medicina nucleare e un nuovo Blocco Sale Parto che comprende una sala operatoria e cinque sale parto, di cui una dotata di una vasca per il parto in acqua. Il punto nascita rientra nel più ampio Progetto di Umanizzazione in atto al San Paolo, e si distingue, oltre che per le moderne apparecchiature e tecnologie, per la scelta attenta delle caratteristiche cromatiche delle stanze, le luci soffuse e la diffusione di un piacevole sottofondo musicale. La ASST è inoltre sede dei seguenti Centri di Riferimento Regionale:

- Labiopalatoschisi (Chirurgia Maxillo Facciale);
- Infezioni da HIV pediatriche e in gravidanza (Pediatria e Ostetricia e Ginecologia);
- Infezioni da HCV;
- Diagnosi prenatale (Ostetricia e Ginecologia);
- Centro donne immigrate;
- Centro ascolto soccorso donna;
- Fenilchetonuria, Dislipidemie, Glicogenosi e Galattosemia (Pediatria);
- Centro di riferimento per le adozioni internazionali;
- Epilessia (Centro Regionale per l'Epilessia);
- Retinite pigmentosa (Oculistica);
- Progetto DAMA;
- PMA (Procreazione Medicalmente Assistita);
- Centro di cura dell'autismo;
- Centro di cura della Dislessia;
- Centro per i disturbi del comportamento alimentari;

Centro specialistico erogatore di terapia del dolore

2.2 La nostra Mission

L'Azienda eroga attività sanitarie prevalentemente di elevata specializzazione, nonché prestazioni di base e di media complessità, e promuove e garantisce attività di ricerca clinica, traslazionale e didattica, mediante l'utilizzo di tecnologie avanzate e di metodologie innovative. I due presidi dell'ASST sono storicamente e culturalmente radicati:

- nella cura della donna, del neonato e del bambino;
- nella diagnosi e cura delle malattie epatologiche, cardiologiche, gastroenterologiche, metaboliche (diabete), nefrologiche, oncologiche, neurologiche, pneumologiche, infettivologiche e dermatologiche, nell'ambito della salute mentale, della psicologia clinica e della neuropsichiatria infantile;
- nelle terapie chirurgiche dell'addome e del torace, della patologia oncologica della mammella, neurochirurgiche, maxillo facciali e otorinolaringoiatriche, oculistiche, vascolari, ortopedico-traumatologiche, andro-urologiche;
- nell'assistenza medico-chirurgica in campo odontostomatologico;
- nell'assistenza medica dedicata ai disabili gravi (Progetto DAMA);
- nella diagnostica avanzata cito-istologica, di biologia molecolare e di Anatomia patologica, di Laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche e nell'attività di immunoematologia trasfusionale;
- nella più moderna diagnostica per immagini e di medicina nucleare;
- nel trattamento del cittadino per urgenze ed emergenze cliniche, di pronto soccorso e di rianimazione, di cure intensive;
- nell'ambito della riabilitazione.

Inoltre avendo in entrambi i presidi il Pronto Soccorso può essere considerata un punto di riferimento per tutti i pazienti dell'area sud e ovest di Milano, infatti si può affermare che circa il 57% (tendenza aumento prestazioni chirurgiche nel corso del 2019) dei letti di degenza sono utilizzati per pazienti provenienti da Pronto Soccorso.

Infine il presidio San Paolo è Polo Universitario dell'Ateneo milanese pertanto impegnato:

Sistema Socio Sanitario



ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

- nella formazione dei medici e nella loro specializzazione in diverse discipline mediche e chirurgiche;
- nella formazione di Operatori e Tecnici sanitari e nella loro specializzazione;
- nella ricerca e innovazione scientifica e tecnologica.



2.3 La nostra Vision

L'Azienda intende 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. I valori ai quali si orienta tutta l'organizzazione sono:

- la centralità del paziente e il soddisfacimento dei suoi bisogni;
- il personale, 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 ricerca della massima efficienza possibile, anche per non gravare con disavanzi economici sul bilancio regionale;
- 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 formazione permanente di tutti gli Operatori.

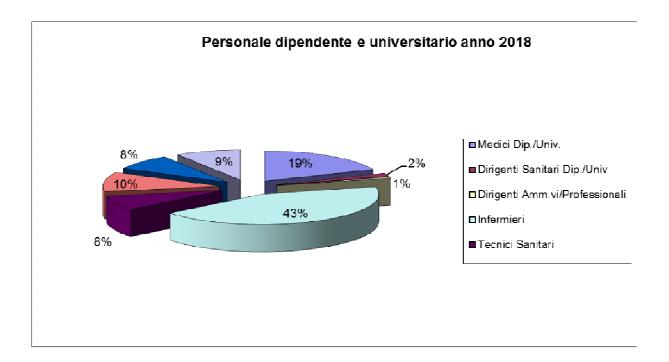
La ASST intende inoltre rafforzare il proprio ruolo di riferimento delle aree specialistiche già individuate nella "mission" in stretto collegamento con tutte le realtà ospedaliere di interesse scientifico nazionale ed internazionale in una reale "vision" moderna ed integrata.



2.4 Numeri e cifre

Di seguito, vengono riportati alcuni dati relativi all'organizzazione, riassuntivi dell'attività relativa all'anno 2018 e dei numeri realizzati.

Presso la ASST hanno lavorato 3.764 dipendenti, di cui 668 medici, 1.624 infermieri, 298 tecnici sanitari, 391 personale di supporto, 67 laureati non medici dipendenti e universitari, 22 dirigenti amministrativi e professionali, 340 personale tecnico area amministrativa, 315 amministrativi. Lavorano inoltre 36 medici universitari, 92 consulenti sanitari presso l'ASST, 101 consulenti sanitari presso le carceri, 2 consulenti non sanitari.



• *Fatturato*: 341.515.000 €

Ricoveri: 35.418 ricoveri ordinari; 9.400 accessi DH/DS

• Prestazioni ambulatoriali: 1.952.103

Accessi PS (Pronto Soccorso): 141.961



3 Organizzazione aziendale

L'Azienda applica il principio di esplicita ed adeguata distinzione tra le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, da un lato, e le funzioni di organizzazione e gestione dall'altro, in un quadro di chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità della Direzione Generale, della Dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, al fine di responsabilizzare e valorizzare tutte le risorse professionali disponibili.

In particolare, l'Azienda riconosce e attua la divisione delle funzioni di "indirizzo politicoamministrativo-sanitario" assegnate alla Direzione Strategica, dalle funzioni di "gestione finanziaria, tecnica e amministrativa" assegnate ai dirigenti, che le esercitano nell'ambito dell'autonomia gestionale ed amministrativa, conferita secondo gli obiettivi ed i vincoli di budget.

I precetti sopra richiamati sono oggetto di specifica definizione, con particolare riferimento agli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di spesa e il potere di adottare atti aventi rilevanza esterna. Il Direttore Generale può conferire proprie funzioni, con riferimento ad ambiti settoriali di attività o all'adozione di singoli atti, attraverso lo strumento della delega per singole attività gestionali o atti che comportano la rappresentanza esterna, conferendo la stessa con atto formale, controfirmato dal dirigente incaricato per accettazione. Il Direttore Generale può, in ogni momento, revocare le deleghe assegnate.

Restano nella sua competenza tutti gli atti a carattere generale, nonché gli atti che incidono sulla costituzione, modificazione ed estinzione del rapporto di lavoro dei direttori e dei dirigenti.

L'Azienda ad oggi ha adottato "regolamenti" di organizzazione interna e di funzionamento delle proprie attività presenti in entrambi i presidi; in particolare, in accordo con le Linee Guida Regionali, sono adottati i seguenti regolamenti:

a) Regolamento per l'individuazione del RUP per l'area degli acquisti di beni e servizi e Regolamento per gli acquisti in economia o a cottimo fiduciario;

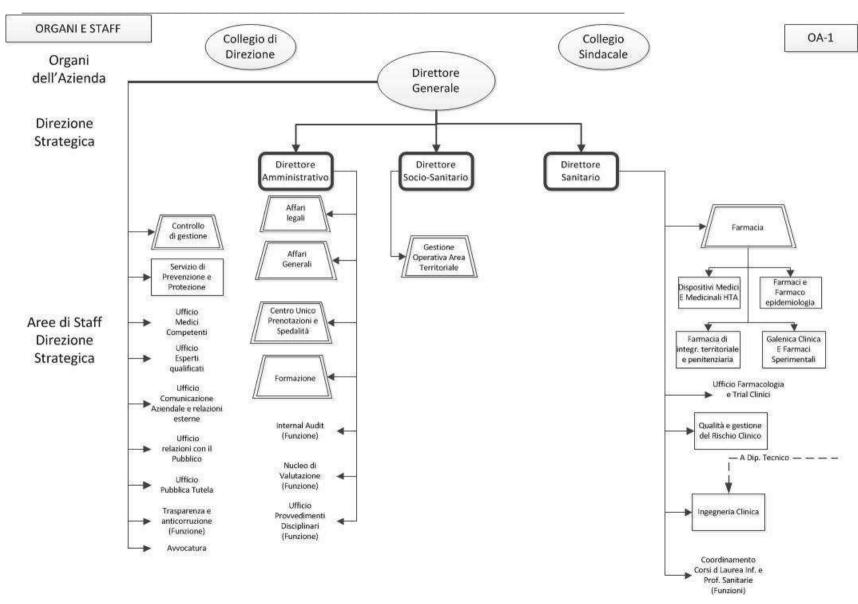
- b) Regolamento per la formazione del bilancio aziendale;
- c) Regolamento del processo di definizione ed elaborazione del budget interno d'Azienda;
- d) Regolamento per la tenuta della contabilità aziendale secondo quanto stabilito dalla normativa vigente;
- e) Il regolamento delle attività svolte in libera professione;
- f) Regolamento per la formazione e l'aggiornamento del personale;
- g) Regolamento per il conferimento degli incarichi e delle consulenze;
- h) Regolamento per l'affidamento di incarichi di lavoro autonomo L.P. e prestazioni occasionali;
- i) Regolamento di funzionamento del Comitato Etico;

Nel corso del triennio si provvederà a completare l'adozione di regolamenti unici su base aziendale.

L'adozione dei regolamenti si riferisce in maniera congrua nel più generale Sistema di Gestione della Qualità dell'Azienda. Di seguito, coerentemente con quanto sopra descritto, si riporta l'organigramma aziendale attualmente in essere (in attesa di attuare il nuovo POAS 2020-2022):



Direzione Generale

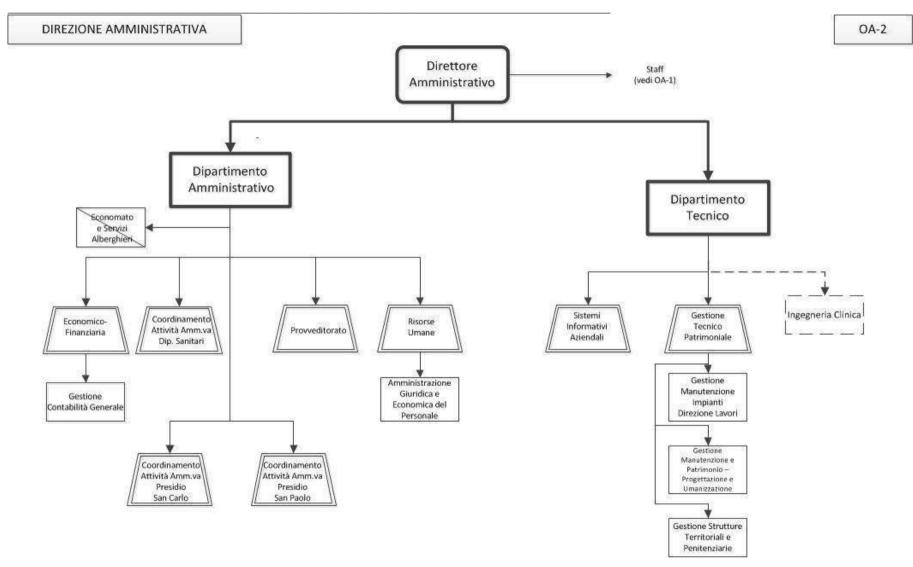


ASST SANTI PAOLO E CARLO - Via A. di Rudini, 8 - 20142 MILANO

13



Direzione Generale



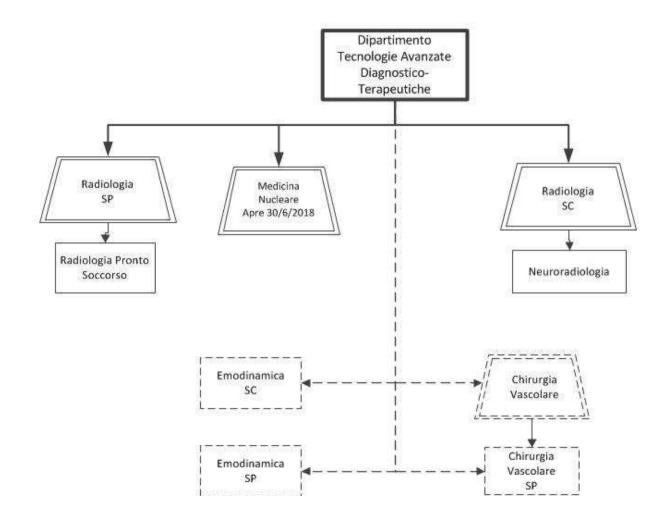
Direzione Generale

DIREZIONE SOCIO-SANITARIA Direttore Staff (Vedi OA-1) Socio-Sanitario Direzione Medica Gestione Integrata Ospedale di Presidio Territorio Paziente con Territoriale Malattia Renale Cronica Sestione Integrata Ospedale Funzione Area Territorio Paziente con Amministrazione e Territoriale Insufficienza respiratoria Organizzazione Gestione Integrata Ospedale Cronica Territoriale Territorio Paziente con Patologie Alcool Correlate Gestione Integrata Ospedale Vaccinazioni e Integrazione Attività Territorio de Paziente con Prevenzione Sanitarie e Medicina Malattia diabetica Malattie Infettive di iniziativa Gestione Integrata Ospedale Territorio Paziente con Scompenso UVM e Integrazione Cardiaco Cronico Attività Sociosanitarie Programm. Studi e Assistenza Protesica Ricerche nell'Area Integrativa delle Consultori Familiari Farmaceutica Dipendenze Integrati Disabilità e Polo Direzione Territoriale Medica di Presidio Area Penitenziaria Dipartimento Dipartimento Salute Mentale e R.I.C.C.A. delle Dipendenze

OA-4

DIPARTIMENTO TECNOLOGIE AVANZATE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE

OA-3.2





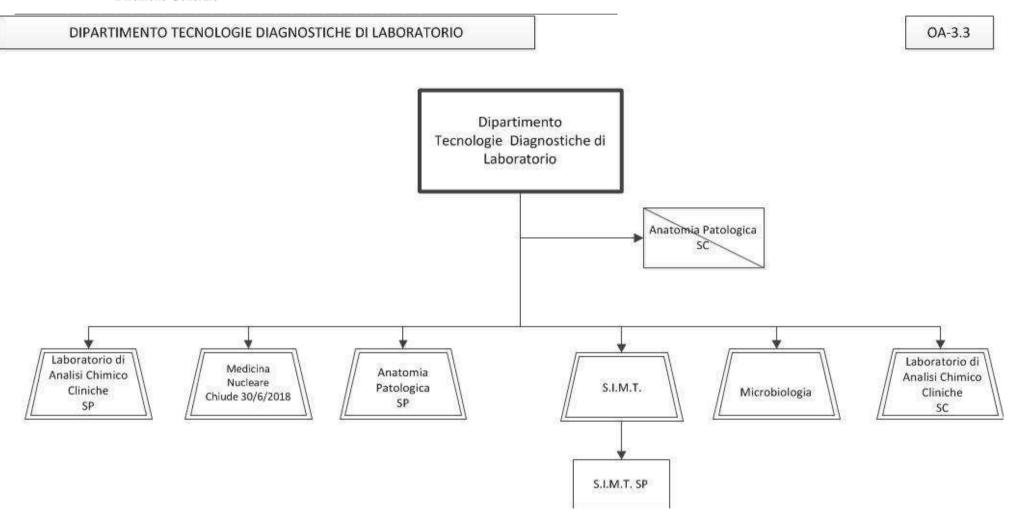
Direzione Generale

OA-3.1 DIPARTIMENTO AREA MEDICO-INTERNISTICA Dipartimento Area Medico-Internistica Dermatologia Medicina Generale -Medicina-Protetta Apre 31/12/2017 Medicina del Lavoro Apre 31/19/2017 Attivîtà.di Cure Sub Acute Nefrologia e Nefrologia e Neurologia Neurologia Emodialisi Emodialisi SP Medicina SC SP SC Medicina Medicina Generale Generale I Generale III SP SP SC Patologie Malattia Neurodegenerative Renale Cronica Cronicità Emostasi e Trombosi Reumatologia Neuro Stroke Unit Fisiopatologia (interpresidio) Immunopat. Dialisi Renale e Territoriale nmun.gia Clinica Malattie Riabilitazione Riabilitazione Medicina Generale Infettive e Specialistica Specialistica Medicina Protetta Tropicali SP SC chiude 31/12/2017 Riabilitazione Cardio

ASST SANTI PAOLO E CARLO - Via A. di Rudini, 8 - 20142 MILANO

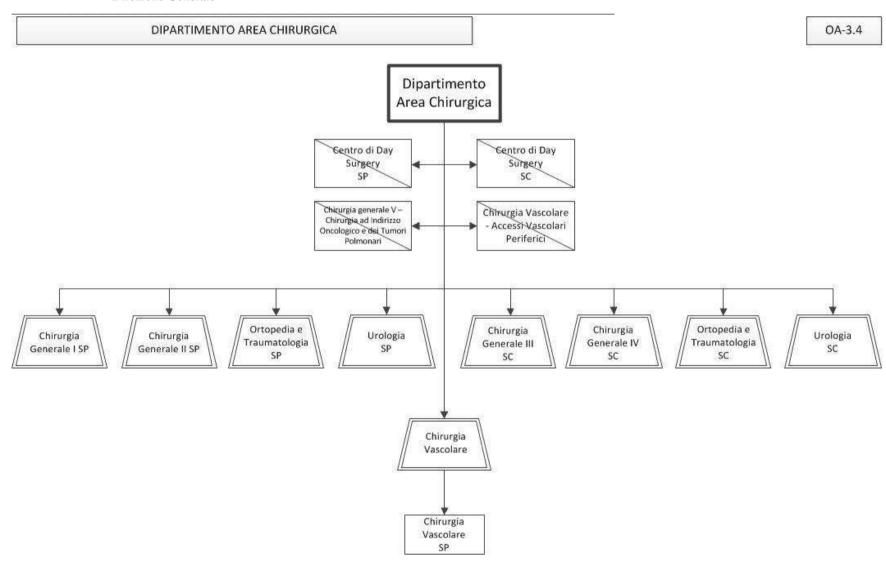
Respiratoria

17



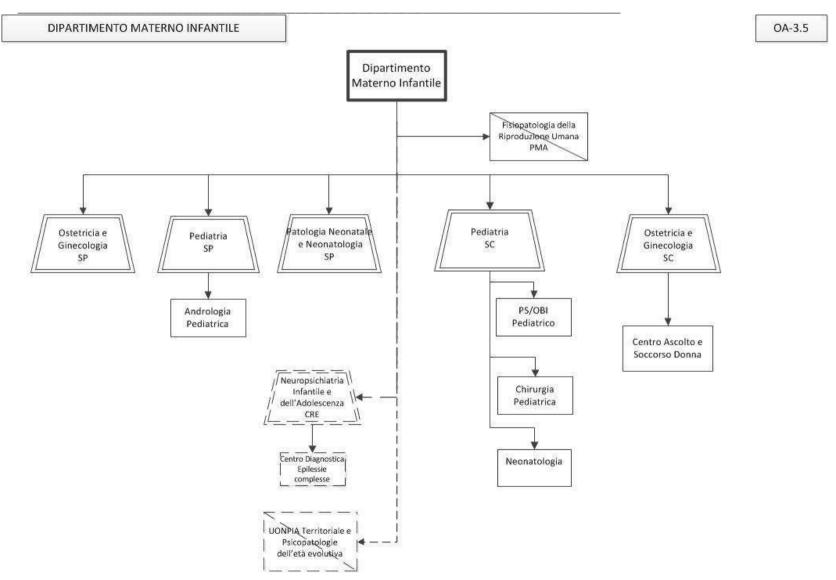


Direzione Generale





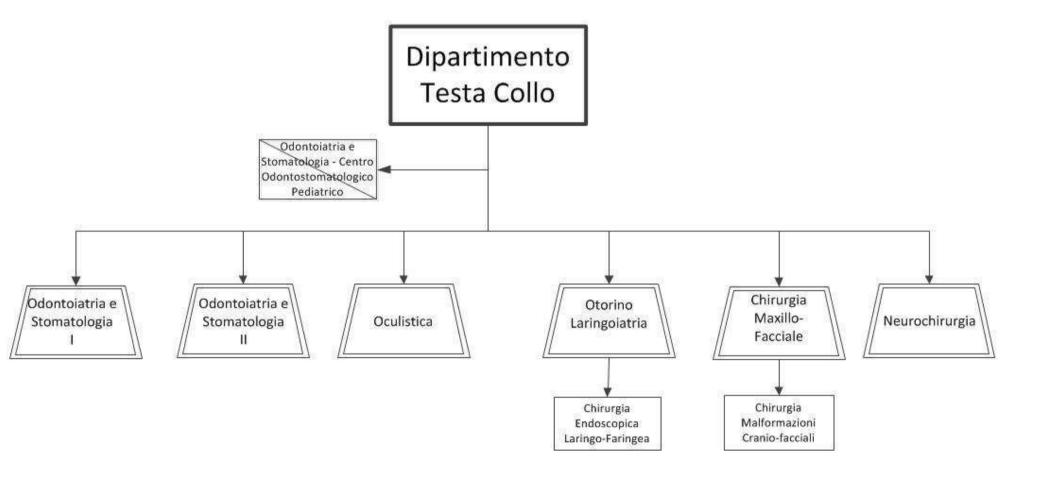
Direzione Generale

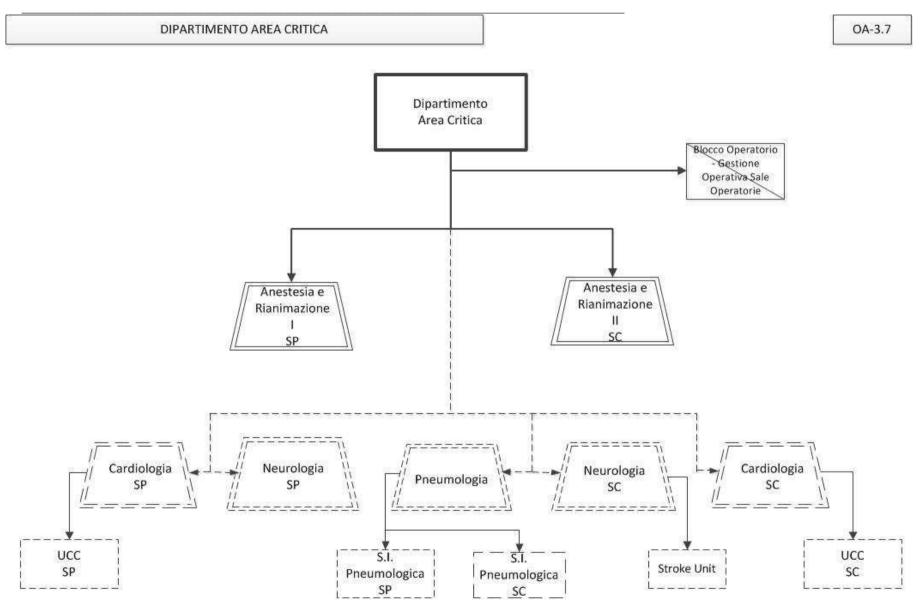


20

DIPARTIMENTO TESTA-COLLO

OA-3.6





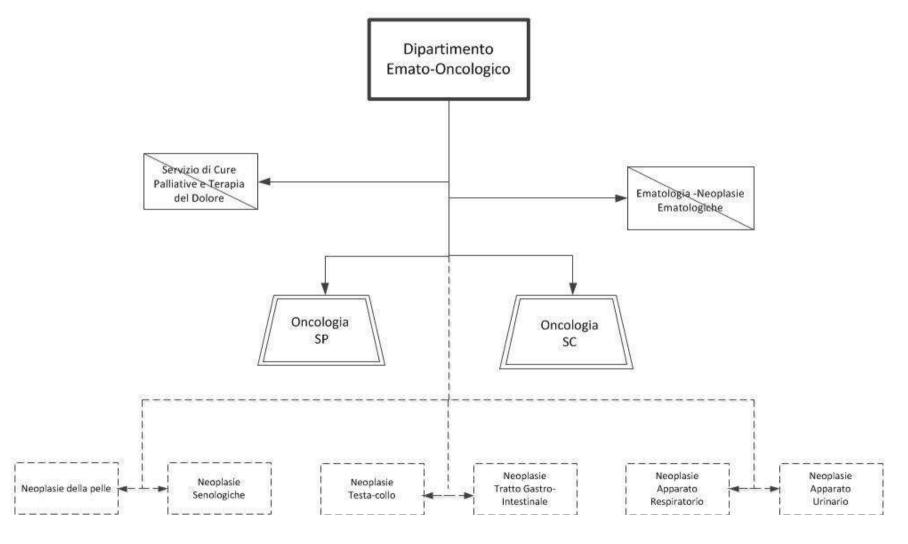
ASST SANTI PAOLO E CARLO - Via A. di Rudini, 8 - 20142 MILANO

22

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA OA-3.8 Dipartimento Emergenza- Urgenza Medicina Generale Anestesia e DEA - Degenza DEA - Medicina e Medicina breve Rianimazione d'Urgenza SP d'Urgenza SC Ш SC OBI SP OBI Emergenze e Urgenze SC Intra e extra Trauma Team Ospedaliere



DIPARTIMENTO EMATO-ONCOLOGICO OA-3.9



ASST SANTI PAOLO E CARLO - Via A. di Rudini, 8 - 20142 MILANO



Direzione Generale DIPARTIMENTO EPATO-GASTRO-METABOLICO OA-3.10 Dipartimento Epato-Gastro-Metabolico Gastroenterologia -Malattie Endocrine -Servizio di Endoscopia Diabetologia e Digestiva Disturbi del Metabolismo Gastroenterologia -Servizio Dietetico e Nutrizione Clinica Gastroenterologia -Servizio di Malattie Endocrine Fisiopatologia - Endocrinologia Digestiva Apre il 31/10/2017 Gastroenterologia e Medicina Generale Epatologia ed Endocrinologia Chiude 31/10/2017 Malattie Infiammatorie Intestinali Gravi Disturbi Gestione Integrata Patologie Liver Unit Tyroid Unit Comportamento Ospedale Territorio della Alcool-correlate

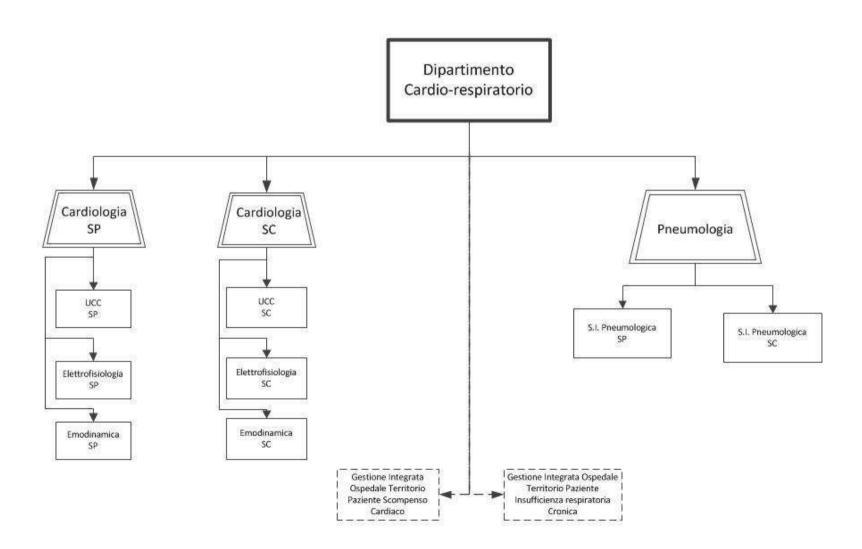
Malattia diabetica

ASST SANTI PAOLO E CARLO - Via A. di Rudini, 8 - 20142 MILANO

Alimentare

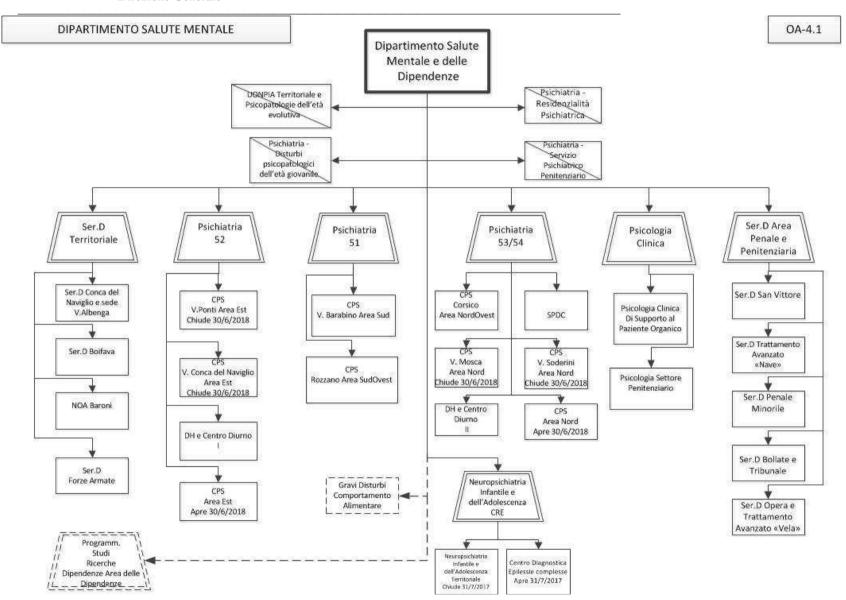
DIPARTIMENTO CARDIO-RESPIRATORIO

OA-3.11





Direzione Generale

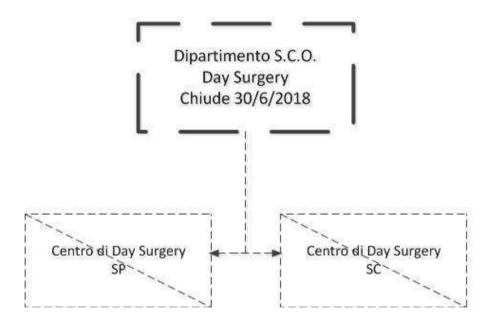


ASST SANTI PAOLO E CARLO - Via A. di Rudini, 8 - 20142 MILANO

27

DIPARTIMENTO FUNZIONALE SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO ORGANIZZATIVO DAY SURGERY

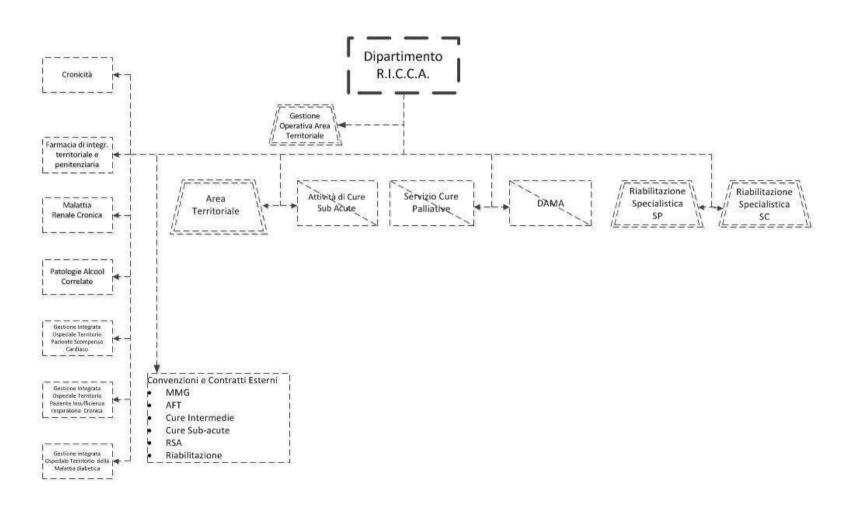
OA-3.12





DIPARTIMENTO RETE INTEGRATA DI CONTINUITA' CLINICO ASSISTENZIALE

OA-4.2



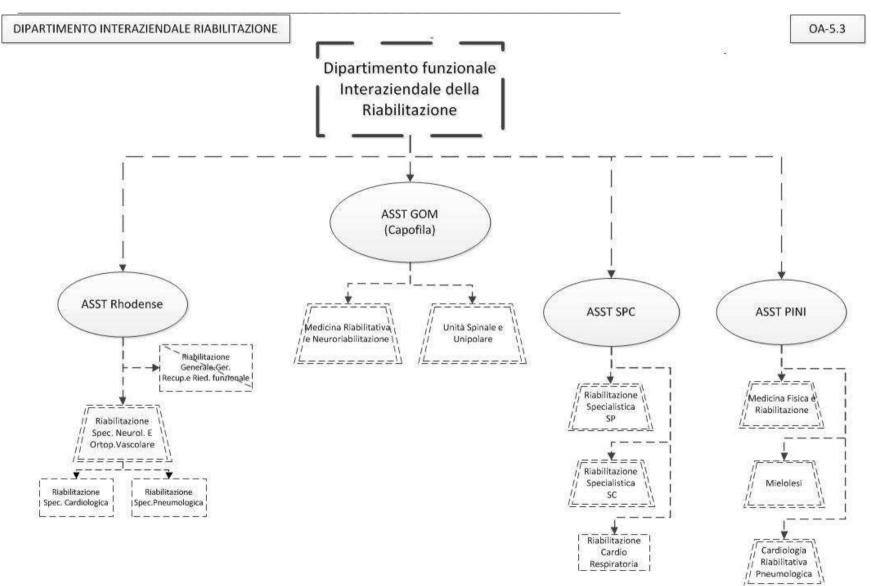
Direzione Generale

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE EPILETTOLOGIA OA-5.1 Dipartimento funzionale Interaziendale di Diagnostica Epilettologica Prechirurgica Epilessia IRCCS BESTA (Capofila) ASST SPC ASST GOM UOC Neurologia 7 -Epilettologia Clinica Neuropsichiatria e Sperimentale Infantile e dell'Adolescenza Chirugia CRE dell'Epilessia e del Parkinson Centro Diagnostica Epilessie Complesse

30

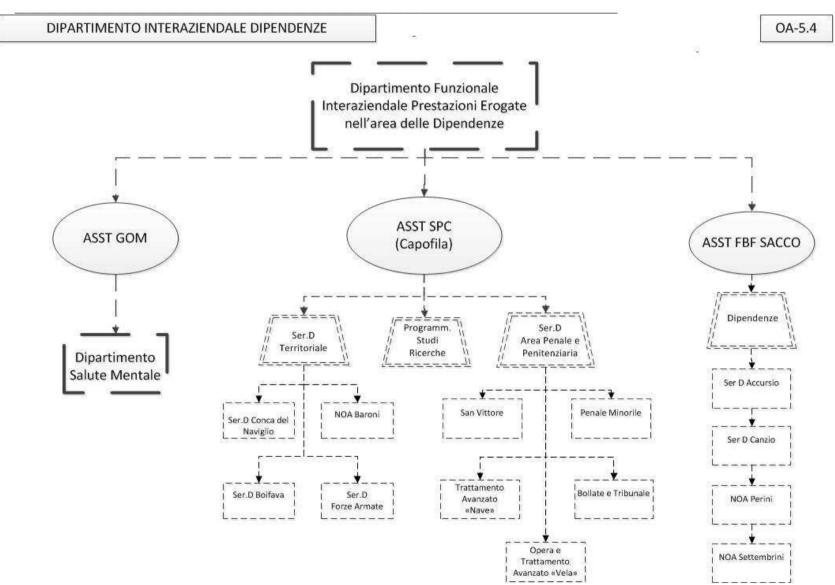


Direzione Generale

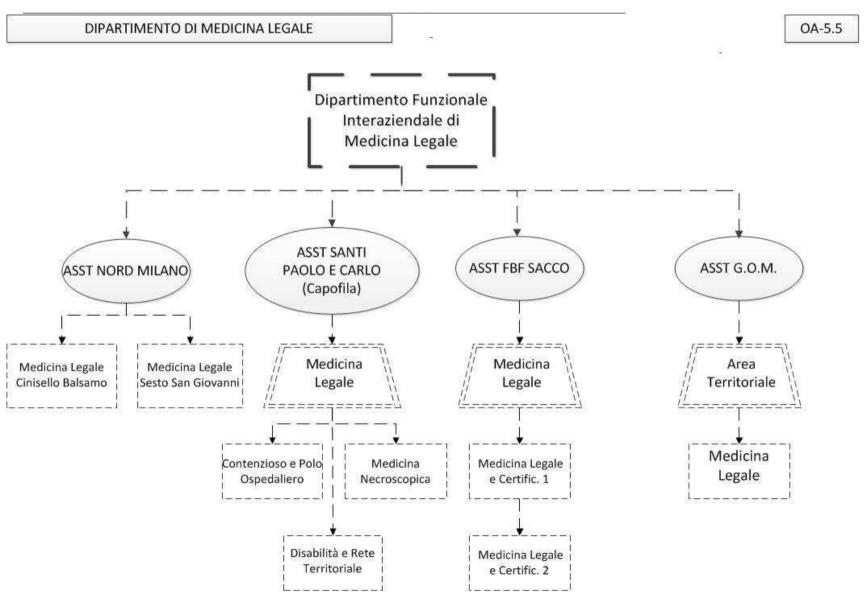


31

Direzione Generale



ASST SANTI PAOLO E CARLO - Via A. di Rudini, 8 - 20142 MILANO



ASST SANTI PAOLO E CARLO - Via A. di Rudini, 8 - 20142 MILANO

ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

DIPARTIMENTO DI CURE PALLIATIVE OA-5.6 Dipartimento Funzionale Interaziendale di Cure Palliative **ASST SANTI** Fond. IRCCS Ca' Granda ASST GOM ASST FBF SACCO (ASST NORD MILANO) **PAOLO E CARLO** Osp. Maggiore Policlinico (Capofila) Cure Palliative Cure Palliative e Hospice e Cure Palliative Cure Palliative //e Terapia del Dolore\\ Terapia del Dolore Cure Palliative e Hospice e Hospice Cure Palliative Domiciliari

4 La SWOT Analysis (Strengths, Weaknesses/Limitations,

Opportunities, and Threats)

Direzione Generale

Il continuo processo di analisi e conoscenza dell'Azienda e degli stakeholders esterni capaci di influenzare le decisioni, rappresentano presupposti obbligatori per assumere delle decisioni valide in chiave strategica. A tal proposito, l'analisi SWOT è una delle metodologie certamente più diffuse per l'analisi di contesti economico-territoriali, così come per la valutazione di piani, progetti e programmi e, pertanto, rappresenta oggetto di trattazione e passaggio fondamentale per la stesura del Piano della Performance. In pratica, si tratta di un procedimento, che consente di rendere sistematiche e fruibili le informazioni raccolte in forma idonea per la "decisione". Infatti, attraverso l'analisi SWOT è possibile palesare i punti di forza e i punti di debolezza del sistema interno aziendale al fine di far emergere quelli capaci di favorire, o ostacolare, il perseguimento degli obiettivi e, le opportunità e/o minacce del contesto esterno. Più specificamente nell'analisi SWOT si distinguono fattori endogeni e fattori esogeni. I fattori endogeni si distinguono in punti di forza e punti di debolezza; i fattori esogeni in opportunità e rischi. Tra i primi si considerano tutte quelle variabili che fanno parte integrante del sistema, sulle quali è possibile intervenire per perseguire gli obiettivi. Tra i secondi, invece, figurano variabili esterne al sistema che però possono condizionarlo sia positivamente sia negativamente. In quest'ultimo caso non è possibile intervenire direttamente sul fenomeno ma è opportuno predisporre strutture di controllo che individuino gli agenti esogeni e ne analizzino l'evoluzione al fine di prevenire gli eventi negativi e mettere a profitto quelli positivi.

In sintesi, è quindi necessario, appoggiarsi sui punti di forza e smussare i difetti per massimizzare le opportunità e ridurre i rischi.

Quindi:

- i punti di forza e di debolezza sono propri del sistema in analisi e sono modificabili grazie alle politiche o agli interventi proposti dal decisore;
- le opportunità e i rischi derivano dal contesto esterno e non sono quindi modificabili dal decisore (sono fuori delle sue possibilità di controllo).



In conclusione, l'Azienda ha ritenuto di implementare un'analisi SWOT evidenziando i principali fattori, interni ed esterni al contesto d'analisi, in grado di influenzare il successo di un programma, nella prospettiva di supportare coerentemente l'impostazione della strategia rispetto al contesto e, soprattutto, con l'intento di identificare e tracciare le principali linee guida strategiche in relazione ai diversi obiettivo di sviluppo.



4.1 Le dimensioni esterne

- Analisi macroambiente (legislazione, politica, economia, tecnologia,ambiente, cultura;)
- Aspettative degli stakeholders

La definizione delle linee strategiche che costituiscono i capisaldi sui quali impostare le attività per il triennio 2019 -2021, non può prescindere da una analisi preliminare del contesto nazionale e regionale, prendendo come riferimento i più importanti documenti di programmazione sanitaria.

- Obiettivi del PSN 2019-2021 (qualifica dell'assistenza, utilizzo razionale delle risorse):
- Obiettivi PSR 2019-2021 (prevenzione, rete territoriale, potenziamento tecnologico, riduzione tempi d'attesa) declinati nelle rispettive DGR.
- Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2019 (delibera n° XI/1046 del 17/12/2018) Deliberazione XI/2672 del 16.12.2019;
- Obiettivi del Piano Nazionale di prevenzione (vaccinazioni, rischio cardiovascolare, programmi gestione malattie croniche);
- Criticità legate alla popolazione di riferimento (anziani, stranieri, detenuti);
- Spesa sanitaria e finanziamento regionale (riequilibrio delle risorse per livelli di assistenza e mantenimento dell'equilibrio economico finanziario)
- Analisi comparativa dell'attività a livello regionale (riduzione ricoveri ordinari, aumento attività di day hospital e ambulatoriale, MAC (Macroattività ambulatoriale complessa)).

L'Azienda, si trova ad operare in un contesto regionale particolarmente complesso proiettato verso un efficiente governo della domanda fortemente caratterizzato dal rafforzamento della rete ospedale-territorio e dal processo di presa in carico.

La distribuzione delle risorse, operata dalla Regione attraverso il Fondo sanitario regionale e secondo le indicazioni provenienti dal Patto della Salute, afferma una forte



valorizzazione della funzione territoriale in stretta connessione con la funzione di assistenza ospedaliera.

A tal proposito, in coerenza con gli indirizzi regionali, l'Azienda, come verrà meglio descritto nel proseguo dell'elaborato, pone al centro delle sue riflessioni strategiche l'obiettivo di riorganizzazione e potenziamento della rete territoriale, soprattutto per quanto attiene l'area della cronicità, in collegamento strategico con la funzione di assistenza ospedaliera.

Gli organi istituzionali, la Regione e conseguentemente le politiche di programmazione regionale, rappresentano degli stakeholders vincolanti per la Governance aziendale, tuttavia non gli unici.

L'Azienda, deve infatti considerare prioritarie le aspettative manifestate dall'utente finale del servizio, il cittadino. Queste, richiedono di avere garantita la qualità e l'accessibilità dei servizi, la possibilità di scegliere e di personalizzare l'assistenza, l'equità e la fiducia. Pertanto i cambiamenti che il sistema deve affrontare sono relativi al miglioramento della sicurezza e dell'accesso, all'aumento dell'efficienza e della responsabilità, al rafforzamento della prevenzione, alla riduzione dell'iniquità e delle disuguaglianze.

La molteplicità ed eterogeneità delle esigenze da accogliere e soddisfare rendono il quadro di sistema particolarmente complesso e difficilmente governabile, richiedendo una appropriata attività di programmazione e controllo aziendale.

4.2 Le dimensioni interne

- Le risorse umane
- Competenze professionali / Motivazione
- Le risorse fisiche
- Economiche finanziarie
- Le risorse immateriali
- Cultura / Reputation

A seguito delle stringenti regole dettate dalla Regione Lombardia la Direzione Strategica, per triennio 2019-2021,ha avviato processi di ottimizzazione nell'uso delle risorse disponibili e, al contempo, ha pianificato interventi programmatici per il periodo di mandato.

In particolare, la Direzione Strategica è fortemente attiva sulla la gestione delle risorse umane. Sulla base della situazione attualmente in essere, le principali leve sulle quali l'Azienda interviene e continuerà a promuovere delle azioni, sono riconducibili a:

- continua promozione di un "senso di appartenenza" aziendale attraverso attività di forte e continua sensibilizzazione, ascolto e coinvolgimenti in tutti gli ambiti;
- motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale;
- equità e trasparenza nei rapporti;

Tra le risorse immateriali invece, la reputazione aziendale è certamente una fra le più vitali a disposizione di un'impresa. Dal momento che essa dipende dalla qualità delle relazioni che un'azienda instaura con i suoi stakeholder, la costruzione di una solida e attraente reputazione permette all'organizzazione stessa di vivere e crescere in sintonia con il territorio di competenza



L'Azienda, riconosce l'importanza di un costante monitoraggio e un'attenta gestione della propria reputazione come attività per costruire, mantenere o rafforzare il consenso dei diversi interlocutori sociali e, alla luce di tutte queste ragioni, ha attivato diverse azioni per misurare, monitorare e accrescere la propria reputation, organizzando per la cittadinanza incontri di informazione e sensibilizzazione sulle più importanti tematiche sanitarie e sociosanitarie (es. giornata mondiale del cuore, settimana di prevenzione ANDOS, giornata contro il fumo, obesità e ecc).

E' ecessario ricordare che, quanto sopra descritto, deve realizzarsi tenendo conto delle risorse finanziarie Aziendali disponibili.

Infatti, l'altro driver che guida le scelte aziendali è rappresentato dalla obbligatorietà vincolante di mantenere l'equilibrio economico-finanziario. Questo obiettivo è da conseguirsi implementando la produttività, in particolare per quanto concerne le prestazioni ad alta complessità, continuando ad investire sulla qualità e sull'innovazione dei servizi da ottenersi attraverso un attento governo e controllo della spesa sanitaria ed in particolare di quella farmaceutica.

i i dolo o odlio

Direzione Generale

4.3 SWOT Analysis in sintesi

Punti di forza	Punti di debolezza
 Storica forte attrattività di alcune Unità Operative (Chirurgia Maxillo-Facciale) Alta eterogeneità e complessità case mix trattato (No Upcoding /cream skimming) Forte radicalizzazione con il territorio Motivazione del personale Buona capacità di creare economie di scala Polo universitario "Informatizzazione dell'Azienda" 	 Adeguamenti normativi e strutturali (ampiezza e disponibilità locali) Difficoltà di comunicazione all'esterno Poca capacità di organizzazione e coordinamento di alcuni responsabili di U.O. Resistenza al cambiamento di alcuni responsabili UO, dirigenti, comparto Mobilità figure professionali (alto tasso turnover)
Opportunità	Minacce
 Opportunità Sviluppo rete Ospedale - Territorio Possibile accordi o alleanze con altre strutture (sviluppo convenzioni e libera professione) 	Linee Guida Regole Regionali 2019
 Sviluppo rete Ospedale - Territorio Possibile accordi o alleanze con altre strutture (sviluppo convenzioni e libera professione) Riorganizzazione del personale 	 Linee Guida Regole Regionali 2019 "Competitors" Modifica delle modalità di offerta di alcune attività (SIMT e Laboratorio Analisi)
 Sviluppo rete Ospedale - Territorio Possibile accordi o alleanze con altre strutture (sviluppo convenzioni e libera professione) 	Linee Guida Regole Regionali 2019"Competitors"



5 OBIETTIVI STRATEGICI

5.1 Livello istituzionale (Tabella A Indicatori)

In questa sezione, l'Azienda si propone di descrivere le strategie e i programmi che intende attuare nell'arco temporale 2019-2021.

L'attenzione si è concentrata su linee di attività strategiche che rappresentano il raccordo tra il sistema della programmazione regionale e il sistema degli obiettivi dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche.

Una volta rilevata la necessità e le aspettative delle persone, diventa fondamentale la capacità aziendale di tradurre tali esigenze in obiettivi specifici, definendone priorità e le risorse per raggiungerli, tenuto conto che resta fondamentale il mantenimento dell'equilibrio economico.

Le aree di priorità degli obiettivi individuate sono:

- da un lato gli interventi che migliorano l'accesso ai servizi, l'appropriatezza/efficacia degli interventi e la continuità delle cure;
- dall'altro gli interventi organizzativi e gestionali, capaci di integrare le attività delle Aumentare la produzione per migliorare indice costi/ricavi aziende stesse per ottenere una diffusione delle buone pratiche dei diversi processi tecnico-professionali e amministrativi a livello di sistema.
- I driver che hanno orientato le scelte aziendali possono essere riassunti da cinque prospettive dalle quali l'Azienda non intende prescindere:
- -Crescita ed innovazione (processi di formazione e sviluppo delle tecnologie):
- -Crescita della produzione su aree specialistiche ad alta complessità
- -Prospettiva economico-finanziaria (mantenimento principi di economicità);
- -Processi interni (riqualificazione e potenziamento dell'offerta e continuità assistenziale);
- -Prospettiva del cliente (alta percezione dei servizi erogati);



Per il triennio 2019-2021, l'Azienda, in linea con le dimensioni di performance sopra indicate, si propone di raggiungere cinque macro obiettivi ritenuti fondamentali che verranno meglio esplicitati sotto, ovvero:

- ❖ Innovazione e ammodernamento tecnologico delle strutture, finalizzata allo sviluppo delle eccellenze e delle tecnologia avanzate, della ricerca e dell'innovazione gestionale;
- Riorganizzazione del sistema produttivo, mediante l'individuazione di specifiche aree specialistiche, ad alta complessità, con le quali sviluppare una propria strategia di diversificazione.
- Riorganizzazione della rete territoriale così da permettere una maggiore presa in carico dei cittadini, (soprattutto con riferimento alla cronicità e alla non-autosufficienza) e una razionalizzazione delle risorse;
- In un contesto di regole economiche di sistema restringenti mantenere la quota di produzione con migliore- livello di efficienza e qualità e possibilità di aumentare introdurre nuove eccellenze.
- ❖ Implementare la sinergia con UNIMI, mediante la condivisione di strategie di sviluppo, tipiche dell'ospedale di insegnamento.

La particolare importanza e ambizione degli obiettivi richiede una doverosa, accurata e puntigliosa descrizione dei singoli obiettivi identificati e delle modalità di realizzazione degli stessi.

1) Innovazione e ammodernamento tecnologico delle strutture, finalizzato allo sviluppo delle eccellenze e delle tecnologia avanzate, della ricerca e dell'innovazione gestionale; L'Azienda, ritiene di fondamentale importanza per continuare a mantenere la capacità di rispondere alle sempre crescenti esigenze degli stakeholders, investire nella propria struttura.



Visti gli atti e la volontà dei diversi attori (Regione Lombardia, Ministero della Salute, Comune di Milano, ASST Santi Paolo e Carlo) nel 2019 la Direzione Strategica dell'ASST ha previsto nel prossimo triennio la fase di progettazione del nuovo ospedale in cui sono coinvolte diversi istituzioni e la fase di avvio dei lavori dei progettisti previo accordo di programma da stipularsi tra i soggetti predetti.

Inoltre, in attesa delle suddetta realizzazione, l'Azienda ha provveduto ad attivare, relativamente al triennio 2019-2021, diversi piani e progetti che consentiranno di modernizzare le strutture esistenti, rendendole tecnologicamente all'avanguardia e con un forte orientamento al mantenimento e alla creazione di eccellenze.

Il piano di ammodernamento della struttura edilizia e degli impianti, ricerca l'obiettivo generale di concentrare gli spazi per l'attività sanitaria in modo coerente e logisticamente efficace, consentendo peraltro all'Azienda di subire trasformazioni in modo controllato e avendo cura che sia mantenuta la necessaria flessibilità, così da consentire di adattarsi ai cambiamenti in un percorso di ammodernamento strutturale e tecnologico finalizzato ad un miglioramento continuo nella gestione dei due presidi.

Il piano di ammodernamento dell'Azienda vuole prefigurare lo sviluppo nel medio-lungo termine; in quest'ottica, l'intento anticipato è quello di un modello organizzativo aziendale che assicuri tutte le funzioni previste dalla mission, garantendo al contempo un migliore utilizzo delle risorse.

Il progetto cardine, attorno al quale si svilupperà l'organizzazione dei Presidi nel prossimo futuro, riguarda certamente l'adeguamento normativo e messa in sicurezza di tutti gli edifici del presidio San Carlo e il portare a termine la ristrutturazione del nuovo Pronto Soccorso presso il Presidio San Paolo, la cui ultimazione non è stata ancora terminata.

La realizzazione del nuovo Pronto Soccorso riveste fondamentale importanza per l'Azienda e, richiederà anche, un ripensamento dell'attuale impianto logistico complessivo, al fine di ottimizzare gli spazi creati e rispondere in maniera ancor più efficace e tempestiva alle esigenze degli utenti.

Un altro progetto di più grande respiro che verrà realizzato nel lungo termine è la ristrutturazione del presidio. S. Carlo – edifici Monoblocco ed Accertamento e Cura per l'integrazione e la razionalizzazione della nuova Azienda, un progetto che è stato approvato con finanziamenti nel 2015 ma che in funzione del nuovo riassetto



organizzativo verrà sottoposto a revisione e la ristrutturazione del presidio. S. Paolo per l'integrazione e la razionalizzazione della nuova Azienda.

In entrambi i Presidi è previsto il potenziamento dell'Area Critica (Terapia Intensiva e Sub Intensiva), al San Carlo nell'ambito di finanziamento già disponibili e al San Paolo inserita in una recente richiesta di finanziamento regionale. Verificare crono Ufficio tecnico + reparto sub acuti SC

Inoltre è in fase di attivazione la centralizzazione presso il presidio San Paolo dell'attività di allestimento antiblastici. I lavori di allestimento del laboratorio sono stati conclusi e ATS ha accreditato l'attività a fine 2019.

Il futuro competitivo delle aziende è strettamente legato alla capacità del sistema economico locale di introdurre innovazioni in ogni aspetto dell'attività di impresa e quindi anche nelle tecnologie. Gli investimenti innovativi producono un miglioramento generale della capacità dell'impresa di rispondere alle esigenze degli stakeholders.

L'obiettivo specifico aziendale a riguardo è quello di accrescere l'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie per contribuire a ridurre le liste di attesa, adeguare la capacità di diagnosi ai progressi scientifici, e garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente e per gli operartori.

Per il raggiungimento di quanto sopra indicato, l'Azienda si è impegnata a sostituire le grandi apparecchiature biomediche giunte a fine vita tra cui:

- due TAC di pronto soccorso
- TAC di radiologia presidio San Paolo
- due Risonanze
- due angiografi
- mammografo
- diagnostiche radiologiche
- Letti elettrocomandati.

Altro elemento cardine della strategia aziendale, relativamente all'anno 2019 e successivo biennio, è l "informatizzazione" della gestione ospedaliera e territoriale; a tale scopo per il triennio 2019/2020 l'ASST ha già deciso di intervenire sul proprio sistema informativo ospedaliero, finalizzato a favorire una integrazione per processi basata sulla centralità del



paziente e sulla condivisione delle informazioni come supporto alle decisioni cliniche e come punto di partenza per la definizione di obiettivi e strategie di programmazione sanitaria e sociale. La Direzione Strategica ha programmato di integrare il sistema informativo delle due ex A.O., realizzando già un unico sistema RIS/PACS; un unico sistema di accettazione /CUP; Per il 2020 sono programmati ulteriori interventi strategici di integrazione (sistema gestione del personale; cruscotto aziendale; informatizzazione magazzini).

L'informatizzazione deriva dalla necessità di avere un sistema integrato sia in ambito sanitario quanto in quello amministrativo .

Ad ogni modo, il cospicuo investimento economico nonché l'impiego di risorse per la progettazione e realizzazione dei progetti, si prevede siano pienamente compensati da numerosi vantaggi.

Infatti, l'Azienda prevede di ottenere come immediato beneficio un notevole aumento della competitività aziendale, sia direttamente, in termini di aumento della capacità produttiva, sia per l'efficientamento dell'utilizzo delle risorse umane, sia indirettamente, per miglioramento della qualità.

Ad Esempio:

- maggior velocità di elaborazione delle pratiche amministrative e dei processi aziendali interni;
- maggior velocità nelle comunicazioni sia all'interno dell'impresa sia all'esterno con i fornitori e i clienti:
- gestione più semplice del personale e possibilità di formazione permanente;
- gestione più snella del magazzino e delle procedure di consegna o di ricevimento;
- possibilità di richiesta di consulenze on-line;
- possibilità di richiedere e visualizzare i referti on-line;
- possibilità di prenotare alcuni esami diagnostici on-line.

L'Azienda per l'anno 2019, all'interno di un progetto da realizzarsi nell'arco del triennio, ha individuato obiettivi specifici che rappresentano i primi steps per il raggiungimento del più ampio obiettivo di un completo e performante impianto informativo integrato tra i due presidi. Per l'anno 2019 si sono già realizzate l'unificazione e l'ottimizzazione del sistema di prenotazione, accettazione e di accoglienza e l'unificazione delle procedure cliniche-



diagnostiche: anagrafiche pazienti, laboratorio analisi, anatomia patologica, accettazione, richieste prestazioni intermedie dell'U.O. e sale operatorie con l'integrazione e unificazione del RIS/PACS aziendali. Per il 2020 è stato previsto per il settore amministrativo l'unificazione del sistema amministrativo delle risorse umane, il Data Warehouse con potenziamento dei sistemi di Business Intelligence e con sperimentazioni di funzionalità avanzate e completa digitalizzazione dei documenti amministrativi; per il settore sanitario l'unificazione della cartella clinica informatizzata, l'introduzione di una nuova tecnologia per la sicurezza delle trasfusioni per l'azienda. Infine nell'ambito dell'integrazione socio sanitaria dell'azienda con il territorio è stata prevista una piattaforma di gestione dei servizi territoriali e una piattaforma per la presa incarico della cronicità e della continuità di cura.

2) Riorganizzazione del sistema produttivo, mediante l'individuazione di specifiche aree specialistiche, ad alta complessità, con le quali sviluppare una propria strategia di diversificazione.

Diverse sono le aree specialistiche presenti all'interno dei due presidi e obiettivo dell'Azienda è definire una propria strategia per sviluppare alcune di queste aree sia mediante il supporto tecnologico, ampliando la disponibilità di attrezzature di alto livello, sia ridefinendo il percorso di cura del paziente. I percorsi hanno lo scopo di eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi, di contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti, di assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza, di ridurre al minimo i rischi per i pazienti e di migliorare gli esiti.

Tale approccio tende a valorizzare l'organizzazione come soggetto complesso, unitario, caratterizzato da un insieme di processi da coordinare ed integrare, e richiede un riorientamento degli obiettivi d'azienda verso standard e risultati relativi alla presa in carico, al reclutamento delle popolazioni target, all'efficacia degli interventi. L'Azienda si propone di rafforzare il suo ruolo attraverso l'impegno costante a crescere la posizione di eccellenza per il trattamento di patologie ed in particolare per l'alta specialità chirurgica. Nella struttura sono presenti validi professionisti in grado di gestire l'intero percorso di cura in modo ottimale e attraverso i percorsi centralizzati sul paziente sarà migliorata la continuità nel trattamento, la formazione degli operatori e l'individuazione delle migliori



modalità per l'utilizzazione delle risorse focalizzando l'attenzione sia sui risultati conseguiti sul paziente, sia sulla funzionalità dell'organizzazione.

La strategia dell'Azienda è investire su tecnologie diagnostiche al fine di individuare un numero di pazienti che necessitano di attività chirurgica complessa (esempio chirurgia maggiore e oncologica).

3)Riorganizzazione della rete territoriale così da permettere una migliore presa in carico dei cittadini, soprattutto con riferimento alla cronicità e alla non-autosufficienza;

L'Area della cronicità rappresenta senza dubbio un tema meritevole di particolari attenzioni in quanto disegna sempre più una parte importante del fabbisogno di servizi e di assorbimento di risorse. Le patologie croniche sono sempre state oggetto di riflessione sia a livello nazionale (Piano Nazionale Cronicità 2016), regionale che a livello di ATS, alimentate dalle informazioni fornite dallo strumento informativo denominato Banca Dati Assistito. Tale raggiungimento di conoscenza e di monitoraggio permette di definire più chiaramente i fabbisogni e soprattutto di tracciare in modo chiaro i percorsi dei pazienti mediante la creazione di una piattaforma che sia in grado di gestire i servizi territoriali e la presa in carico dei pazienti cronici.

In fase di messa a regime la in carico del paziente cronico personalizzandone l'assistenza ed il processo di cure; un'organizzazione, dunque, in grado di trasferire la sua azione dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico del malato.

4)In un contesto di regole economiche di sistema restringenti aumentare la quota di produzione aumentando livello di efficienza e qualità e possibilità di introdurre nuove eccellenze.

In questi ultimi anni la Regione Lombardia ha introdotto una serie di regole per la razionalizzazione dei costi sia in termini di contenimento del costo del personale che di dispositivi medici e beni e servizi. Tale regole hanno spinto l'Azienda ad accorpare alcuni reparti, e a selezionare gli investimenti in nuove tecnologie per la cura dei pazienti, ad esempio la scelta di alcuni dispositivi medici è stata fatta tenendo conto non solo l'efficacia ma anche il valore economico.



Obiettivo dell'Azienda è definire una propria strategia di sviluppo, aumentando la quota di produzione, scegliendo linee di produzione a maggior rendimento e ad alta complessità, offrendo un miglior livello di qualità, anche mediante la riorganizzazione e la centralizzazione dei servizi generali, in un'ottica di sviluppo territoriale del servizio pubblico.

5) Implementare la sinergia con UNIMI, mediante la condivisione di strategie di sviluppo, tipiche dell'ospedale di insegnamento.

Obiettivo dell'Azienda è stipulare una convenzione con l'università degli studi di Milano allo scopo di attuare una fattiva collaborazione nel riconoscimento reciproco delle rispettive autonomie e delle specifiche finalità istituzionali e condividere strategie rispetto ai settori da sviluppare e con quali risorse (Scuola di Formazione Robotica – specializzandi in discipline chirurgiche).



5.2 La programmazione dei progetti aziendali (Tabella B Indicatori)

Nella programmazione dei progetti aziendali, risiede la capacità manageriale e professionale della Direzione Strategica di tradurre in obiettivi le linee guida regionali.

In particolare, in tale fase, vengono richiamati tanto gli indirizzi espressi annualmente attraverso la Delibera delle regole, quanto gli obiettivi di fondo pluriennale contenuti nel Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2021.

Tuttavia, prima di illustrare quanto è stato realizzato, è assolutamente necessario premettere che, la visione dello sviluppo aziendale nei prossimi anni, dovrà necessariamente tenere conto di numerose variabili che, in parte, sono esterne alla realtà organizzativa.

Visti gli atti e la volontà dei diversi attori (Regione Lombardia, Ministero della Salute, Comune di Milano, ASST Santi Paolo e Carlo) nel 2019 la Direzione Strategica dell'ASST ha previsto nel prossimo triennio la fase di progettazione del nuovo ospedale in cui sono coinvolte diversi istituzioni e la fase di avvio dei lavori dei progettisti.

Inoltre nei prossimi tre anni sarà necessario rivedere l'organizzazione in funzione delle logiche previste per il nuovo ospedale area emergenza urgenza (pronto soccorso, terapia intensiva e semi-intensiva) e area materna infantile (lavori di ammodernamento Blocchi SP /novembre fine ammodernamento SC.

Prima fra tutte la variabilità della domanda sanitaria, tesa sia al soddisfacimento di bisogni di salute ma anche ad uno standard sempre più elevato per i servizi accessori (pulizia, comfort, accoglienza, cortesia, facilità di accesso), e per le problematiche legate alla componente strutturale degli edifici.



Cosi come, di contro, l'elevata complessità della casistica trattata, l'alto indice occupazionale dei posti letto e soprattutto la presenza di professionalità di eccellenza e la vocazione alla ricerca, devono rappresentare punti di forza imprescindibili per il riordino della rete di offerta, che, dovrà mirare ad una maggiore soddisfazione dell'utenza con appropriatezza, equità e capacità di efficiente risposta alla crescente domanda sanitaria. In questa sezione, l'Azienda illustra il perseguimento degli obiettivi di salute ad essa assegnati dalla Regione, descrivendo le strategie aziendali messe in atto in accordo con gli indirizzi emersi dalla programmazione Regionale.

Dapprima verranno illustrate le diverse aree di programmazione all'interno delle quali l'Azienda ha prestato il proprio contributo, descritti i macro obiettivi individuati evidentemente in linea con le indicazioni regionali e, infine, verranno illustrate le strategie attraverso cui l'Azienda ha inteso operare per formulare una valutazione di quanto ha realizzato.

AREA DI INTERVENTO:

"INFORMATIZZAZIONE DELL'ASST": (SISS)

Il SISS è oggi l'insieme delle applicazioni e delle infrastrutture informatiche presenti sul territorio che concorrono all'erogazione dei servizi socio sanitari all'interno della regione Lombardia. Il SISS è costituito da una serie di sistemi informatici che stanno costantemente evolvendo secondo una precisa prospettiva informatica di e-health, ovvero dell'impiego sempre più diffuso nei servizi sanitari delle tecnologie innovative nel campo info-telematico.

L'Azienda, sulla scorta del percorso avviato negli anni scorsi, intende proseguire nel progetto intrapreso anche negli anni successivi, finalizzandolo ad una sempre crescente "informatizzazione" dei presidi e dei servizi offerti all'utente.

È già attiva la gestione della prescrizione SISS da parte dei medici ospedalieri, sia ambulatoriale che farmaceutica, così come ulteriore enfasi verrà posta relativamente all'ampliamento progressivo dell'offerta delle prestazioni prenotabili e rese visibili al SISS-SEB GP, e ai livelli di servizio dei cup aziendali.



Un obiettivo di fondamentale importanza che l'Azienda intende raggiungere per l'anno 2019 è la gestione delle prescrizioni sanitarie interamente in modo elettronico, così come il pagamento del ticket tramite carta SISS.

Un ulteriore obiettivo dell'Azienda è rappresentato dall'implementazione di specifiche azioni verso i cittadini e gli operatori quali l'attivazione di particolari servizi via sms, l'informazione in merito alla disponibilità on-line del referto e sul riscontro di prenotazione ed infine l'implementazione del sistema della cartella elettronica.

POLITICHE DEL PERSONALE

L'Azienda, in linea con quanto indicato dalla programmazione regionale, prevede di realizzare i seguenti obiettivi strategici per l'anno 2019 – 2021.

- Applicazione del CCNL del comparto sottoscritto il 21/05/2018 con definizione del nuovo CCIA;
- Applicazione delle regole di sistema vigenti sul triennio;
- Rispetto delle scadenze, completezza, qualità dei dati del personale (FLUPER anno 2019, Conto annuale -esercizio 2018, Relazione al conto annuale esercizio 2018, Monitoraggio congiunturale trimestrale "Allegato CE";

FORMAZIONE

La continua formazione e la valorizzazione e promozione dello sviluppo professionale delle risorse umane rappresenta un cardine della strategia che l'Azienda intende perseguire.

La finalità ultima, è quella di coinvolgere tutti gli operatori al fine di una promozione della loro crescita professionale, con la prospettiva di una crescente ritorno per l'Azienda in termini di professionalità, motivazione e soprattutto senso di appartenenza aziendale.

Per l'anno 2019 l'Azienda intende continuare nel percorso intrapreso teso alla valorizzazione delle proprie risorse e, a tal proposito, porrà in essere una serie di azioni che si è ritenuto ,sinteticamente, di riportare sotto:

Piano formazione aziendale anno 2019;



- Formazione ECM: rispetto della tempistica di invio del tracciato record relativamente alle attività formative erogate, all' Ente Accreditante e al COGEAPS
- Formazione ECM: rispetto della tempistica di invio della relazione sull'attività formativa svolta durante l'anno precedente con indicazione degli eventi formativi realizzati rispetto a quelli programmati
- Partecipazione ai corsi promossi dalla Direzione Generale Sanità attraverso EUPOLIS;
- Partecipazione ai corsi promossi dalla Direzione Generale Sanità in tema di Ricerca Clinica;
- Partecipazione ai corsi relativi all'informatizzazione dell'Azienda;
- Partecipazione ad eventi formativi aziendali in tema di Risk Mamagement
- Prelievo Multi Organo e Tessuti: formazione del personale medico coinvolto nel processo di donazione di organi e tessuti,attraverso gli interventi formativi proposti da DGS, sia centralmente che nelle sedi locali;

RETI DI PATOLOGIA E NUOVA ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE AI SENSI DELLA L.R. 23/2015

Le reti di patologia, (DM 70/15) istituite al fine di consentire ai professionisti della sanità la condivisione collegiale dei protocolli di procedura, costituiscono il modello di integrazione dell'offerta in grado di coniugare esigenze di specializzazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie, diffusione sul territorio di centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato standard, sostenibilità economica, fabbisogni della collettività e dei professionisti che operano in ambito sanitario e socio sanitario.

La rete di patologia rappresenta la naturale risposta a queste esigenze, in grado di garantire la continuità delle cure, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la presa in carico globale del paziente ed il governo dei percorsi sanitari, socio sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica.

Con la legge regionale n. 23/2015 è stato avviato un percorso di evoluzione del Sistema Sociosanitario Regionale consolidando gli interventi in materia di integrazione del sistema



sanitario, sociosanitario e sociale. In particolare l'erogazione dei servizi avviene attraverso due poli d'offerta: uno ospedaliero per le prestazioni in acuzie e in elezione, l'altro territoriale per le prestazioni a bassa intensità di cura e assistenziale.

Le reti clinico assistenziali (deliberazione n° XI/913 del 03/12/2018) rappresentano un'efficace soluzione organizzativa, in grado di garantire la continuità delle cure, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la presa in carico globale del paziente, ed il governo dei percorsi sanitari, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica. Attraverso le reti clinico assistenziali, assicura che ciascun paziente riceva un trattamento adeguato alle sue necessità in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, facilitando l'integrazione tra le diverse organizzazioni, le strutture che erogano prestazioni limitando il ricorso ai centri di riferimento solo ove necessario

RETE TRASFUSIONALE

La Regione Lombardia, attraverso un attento lavoro di programmazione negli anni, ha garantito la piena autosufficienza di sangue ed emocomponenti, raggiungendo elevati livelli di qualità e sicurezza a tutela e garanzia sia dei riceventi che dei donatori, grazie anche al lavoro in sinergia di tutti gli operatori direttamente coinvolti nel processo donazione/trasfusione.

Anche per l'anno 2019, in un continuum con l'anno precedente, l'Azienda parteciperà al consolidamento delle attività dei Centri di Validazione e di Lavorazione del sangue, impegnandosi nella realizzazione del piano annuale di programmazione e compensazione di unità di sangue, emocomponenti ed emoderivati, nell'ottenere esito favorevole delle attività di verifica dei Valutatori ASL nei Centri di Validazione e Lavorazione e nel Centro di lavorazione attivati (solo AO sede di CVL) ed infine nell'accuratezza e tempestività nell'invio alla Direzione Generale Salute dei flussi relativi ai costi del Sistema Trasfusionale secondo le indicazioni regionali (Tutte le AO).

TRAPIANTI

La medicina dei trapianti ha in Lombardia aree di assoluta eccellenza, e negli ultimi anni è in costante incremento. Va quindi garantito il mantenimento degli *standard* di attività e di



qualità raggiunti anche per la rilevanza che tale attività riveste in ambito interregionale. La Regione monitorerà costantemente l'attività di reperimento degli organi, con programmi di formazione professionale e di sensibilizzazione del cittadino, da attivare con la collaborazione anche delle ASL. Verrà costantemente verificata l'appropriatezza dell'intero processo, dalla segnalazione al trapianto, per migliorare i soddisfacenti livelli raggiunti.

L'Azienda, nel proseguo di quanto effettuato nel 2018, ha identificato una serie di obiettivi ambiziosi per il 2019 e il successivo biennio.

In particolare, per l'anno in corso, si prevede di raggiungere:

- <u>Prelievi multiorgano</u>: conferma del numero di segnalazioni di potenziali già assegnato nel 2019;
- o Prelievo di tessuti:
 - numero di donatori di cornea pari ad almeno il 10% dei deceduti in ospedale
 - numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione
 - numero di prelievi multitessuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2018 e comunque non inferiori a 3
 - piena adesione alle politiche regionali sui trapianti e mantenimento dei livelli operativi degli anni precedenti
 - incremento del numero di trapianti da vivente (Tx rene);
- O Attività formativa rivolta al personale sanitario coinvolto nel processo di donazione e prelievo di organi e tessuti;
- Utilizzo "Donor Action/Manager" (debito informativo verso la Regione).

<u>RETE PER L'ASSISTENZA ALLA MADRE E AL NEONATO</u>

Da alcuni anni la Regione Lombardia si è impegnata nel miglioramento della rete di assistenza alle madri e ai neonati con l'obiettivo di incrementare la qualità e sicurezza e conseguire la riduzione del tasso di parto con taglio cesareo, per un sempre maggiore rispetto della fisiologia del processo gravidanza/parto/nascita e identificare spazi di autonomia professionale, nell'ambito della fisiologia del processo, per le ostetriche.



L'azienda deve certificare l'operatività del protocollo che definisca le priorità nell'effettuazione del taglio cesareo (applicazione codici colore per il taglio cesareo) e il protocollo organizzativo per attività ambulatoriale del percorso per la gravidanza a basso rischio/fisiologica; deve elaborare una relazione sulla attivazione del "sistema Trigger" presso i singoli Punti Nascita con numero eventi trigger segnalati e tipologia (seguiranno indicazioni tecniche); ed infine deve promuovere e sostenere l'allattamento al seno mediante la partecipazione a survey regionali dedicate e la presenza di programmi integrati tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale coerenti con gli obiettivi del Comitato Percorso Nascita Locale entro il 31.12.2019.

Inoltre prosegue la riorganizzazione della rete regionale di offerta per l'assistenza alle donne e ai neonati attraverso gli interventi previsti nel documento tecnico del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR). Nello specifico sono previsti:

- la riorganizzazione dei punti nascita
- individuazione dei centri Hub
- centri di medicina materno fetali (MMF)
- centri di terapia intensiva neonatale (TIN)
- trasporto materno infantile



5.3 La programmazione gestionale aziendale (Tabella C Indicatori)

La programmazione aziendale si è strutturata, come previsto annualmente, attraverso la metodica dei budget operativi, con i quali si procederà a negoziare gli obiettivi tra la Direzione Strategica e i vari Direttori di unità operative complesse, sia di area sanitaria che amministrativa.

L'evoluzione prevedibile della gestione, sulla scorta di quanto precedentemente anticipato, si indirizza verso alcuni obiettivi definiti sia dalla pianificazione strategica, sia in sede di contrattazione regionale e di budget interno, quindi tenendo conto tanto degli indirizzi regionali, quanto delle capacità e delle risorse interne all'Azienda, nell'ottica di promuovere una razionalizzazione complessiva dell'Azienda tesa alla continua ricerca dell'efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Come anticipato, gli obiettivi strategici dell'Azienda saranno declinati in attività attraverso il processo di budget, con il quale saranno allocate le risorse e definiti gli obiettivi specifici dei dipartimenti e, all'interno di questi, delle singole strutture. Con il budget annuale sarà definito chi fa cosa, in quanto tempo, con quali risorse, gli strumenti per misurare i risultati e chi ha la responsabilità dei risultati.

Per tutte le attività sopra descritte, l'Azienda attiverà un monitoraggio continuo relativo allo stato di avanzamento del lavoro e al corrispondente grado di raggiungimento dell'obiettivo prefissato, attraverso l'implementazione di un sistema di reportistica mensile. In tal senso, anche attraverso delle azioni di forecasting, l'Azienda si riserva la possibilità di attivare eventuali azioni correttive nel corso dell'anno rivedendo il budget inizialmente assegnato e, conferendo così particolare flessibilità allo strumento di budget.

Di seguito, vengono sommariamente descritte le diverse fasi che hanno caratterizzato il processo di budget aziendale.



- Analisi preliminare, predisposizione dell'architettura base di supporto al processo, stesura dei documenti e individuazione degli obiettivi di budget;
- Compilazione della scheda di budget ;

Attraverso tale strumento, indispensabile ai fini del processo, verranno presentate al Centro di responsabilità le informazioni relative alla struttura, con particolare riferimento ai dati di attività rilevati nell'ultimo anno, definiti sia in termini sintetici che analitici, e la proposta di budget per l'anno di riferimento. La scheda conterrà inoltre gli obiettivi individuati e riconducibili alla specificità della struttura nonché una griglia di indicatori finalizzati alla misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi stessi

- Incontri tra la Direzione Strategica supportata dal Controllo di Gestione e i singoli responsabili delle strutture per la negoziazione degli obiettivi;
- Assegnazione definitiva dei budget ai Dirigenti;
- Monitoraggio dell'attività e del grado di raggiungimento degli obiettivi;
- Report finale e analisi scostamenti.

Il processo di budgeting all'interno dell'azienda è, per espressa scelta della Direzione Strategica, un processo di confronto. Gli obiettivi di struttura, definiti attraverso il processo in questione, vanno sempre condivisi e concordati, rappresentando gli elementi per la valutazione annuale dei risultati di gestione conseguiti dai dirigenti coinvolti nel processo negoziale.

6 Le dimensioni di analisi e la misurazione delle Performance attraverso gli indicatori di risultato

Nell'ambito della costruzione ed elaborazione del Piano, la misurazione e valutazione della performance, rappresenta un momento fondamentale del processo.

Il sistema di misurazione e valutazione è costituito dall'insieme coerente ed esaustivo delle metodologie, modalità e azioni che hanno ad oggetto la misurazione e valutazione della performance, poste in relazione con i soggetti e le strutture coinvolte nel processo e la cui attuazione consente all'Azienda di pervenire in modo sistemico a misurare e valutare la performance organizzativa e individuale.

L'approccio metodologico aziendale utilizzato, consta di due fasi: dapprima sono state individuate le dimensioni oggetto d'analisi e, successivamente, per ognuna di queste, una molteplicità di indicatori rappresentativi della attività aziendale effettuata.

Le dimensioni di analisi delle performance sono riconducibili ai livelli decisionali strategici, di programmazione e gestionali. Le dimensioni individuate, con specifico riferimento al livello strategico sono:

- Economicità (equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, indebitamento)

<u>-Efficacia esterna</u> (impatto sui bisogni). L'efficacia esterna riguarda il rapporto che intercorre tra l'azienda e l'ambiente esterno. Rappresenta la capacità dell'azienda di soddisfare i bisogni della collettività a cui è chiamata a far fronte attraverso la sua attività caratteristica. L'Azienda Sanitaria identifica gli impatti che produce nell'ambiente esterno ed in particolare in termini di risposta ai bisogni. Ex ante sono identificati gli impatti che l'attività si propone di produrre sull'ambiente di riferimento e sui bisogni della collettività. Ex post vengono forniti elementi utili a valutare se gli impatti previsti si sono realmente prodotti. Tale dimensione misura gli esiti clinici (outcome) delle cure, nonché la loro

appropriatezza, in linea con gli orientamenti del PSSR e delle delibere di applicazione, ma con riguardo alle specialità e quindi ai processi specifici che vengono generati dalle singole aree di cura.

- <u>- Efficacia organizzativa</u> (modello organizzativo, formazione, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo, pari opportunità)
- <u>- Efficacia interna</u>, che misura la capacità di un'azienda o di un'unità operativa di raggiungere gli obiettivi definiti e le proprie finalità. L'efficacia interna è sinonimo di efficacia gestionale, cioè della capacità di raggiungere obiettivi definiti in sede di programmazione e che possono riguardare dall'acquisto dei fattori produttivi alla quantità di output prodotta.

Con riferimento al livello programmazione le dimensioni oggetto di misurazione sono direttamente legate allo stato di avanzamento dei progetti strategici. La misurazione riguarda dunque la valutazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse.

Con riferimento al livello gestionale le dimensioni da monitorare sono:

- Efficienza: rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni.
- Qualità dei processi e dell'organizzazione. Per qualità dei processi e dell'organizzazione si fa riferimento alla dimensione più interna all'azienda e legata all'organizzazione nella gestione dei processi produttivi e di erogazione dei servizi, dal punto di vista della corretta gestione clinico organizzativa dei processi sanitari.
- Accessibilità e soddisfazione dell'utenza. Se l'accessibilità rappresenta la possibilità di equità di accesso alle prestazioni e ai servizi da parte degli utenti, a parità di altre condizioni, è evidente come tale dimensione sia strettamente correlata alla fruizione dei 60



risultati dell'attività dell'azienda da parte dell'utente. Dall'altro lato la soddisfazione dell'utenza esplicita il rapporto tra organizzazione ed assistito e pone il focus della misurazione sulla qualità percepita dal paziente al quale viene erogata una prestazione. Come anticipato poc'anzi, il Piano prevede l'individuazione di indicatori quali strumenti di misurazione delle politiche e della performance, sia individuale sia organizzativa. In pratica, si tratta di rilevare come l'attività o il processo produca concretamente effetti positivi su specifici o generali aspetti della realtà sociale aziendale e per tutti i portatori di interesse, anche in riferimento ad una migliore risposta ai bisogni della collettività. Il principio cardine della misurazione della performance, è costituito dalla verifica dei risultati conseguiti dall'Azienda nel suo complesso, dall'ambito organizzativo a cui sono riconducibili specifiche responsabilità, così come delle singole unità di personale sulla base di un attenta osservazione dell'andamento dei processi di carattere endoorganizzativo, del livello di efficienza/efficacia/rendimento di attività e servizi, così come delle effettive condizioni di impiego del personale.

Il riferimento ultimo, gli indicatori, sono informazioni critiche, sintetiche, significative e prioritarie che permettono di misurare l'andamento aziendale nei suoi più svariati aspetti. Sono informazioni critiche, in quanto su di esse il management opera le proprie scelte; sintetiche, perché espresse da una variabile semplice o composta; significative, in quando ben rappresentano i fenomeni aziendali alle quali si riferiscono; prioritarie, per la loro natura irrinunciabile nei cicli di pianificazione e controllo a tutti i livelli aziendali (strategico, direzionale, operativo); permettono di misurare l'andamento aziendale in quanto sono rappresentate da variabili quantitative o qualitative comunque confrontabili.

Grazie ad essi, il management non solo misura i fenomeni aziendali nel tempo e nello spazio, ma pianifica e programma le attività aziendali (definendo obiettivi misurabili nel breve e medio periodo), misura gli scostamenti tra obiettivi attesi e risultati ottenuti, e intraprende le azioni necessarie per correggere i gap, ovvero gestisce con metodo l'azienda o la parte di essa di cui è responsabile. Un buon sistema di indicatori a misura delle prestazioni permette la rilevazione tempestiva di criticità che altrimenti, con la sola contabilità, potrebbero essere rilevate troppo tardi. Le performance non possono essere osservate solo da un punto di vista economico-finanziario, infatti, i dati contabili solo in parte rilevano la dimensione strategica della gestione e solo nel medio-lungo periodo.



La misurazione delle performance delle attività e dei processi aziendali richiede la definizione di un sistema di indicatori che permetta di rappresentare, in un quadro unitario e prospettico, la capacità dell'impresa di perseguire i propri obiettivi di breve, medio e lungo periodo. Non si tratta di un sistema di misure che colgono solamente i risultati conseguiti, quindi secondo una prospettiva di analisi statica, ma che è anche in grado di evidenziare la capacità dell'impresa di adattarsi alle mutazioni dell'ambiente esterno, secondo una prospettiva di analisi dinamica.

L'Azienda, coerentemente con quanto premesso, ha identificato molteplici dimensioni di analisi, e, per ognuna di queste, diversi indicatori rappresentativi dell'operato aziendale. Come risultato del lavoro effettuato, schematicamente, vengono riportati gli indicatori, per l'anno 2016, attraverso i quali l'Azienda intende misurare la propria performance, inseriti all'interno delle diverse dimensioni di analisi individuate.



Tabella A Indicatori

PROCESSO DECISIONALE: ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE	
DIMENSIONE DI ANALISI	INDICATORE
Economicità	Valore della produzione/Costo totale aziendale
	Fatturato totale/ Numero medici
Efficacia esterna	Peso medio aziendale
	Valore DRG medio aziendale
	Tasso di attrazione ricoveri intraregione
	Tasso di attrazione ricoveri fuori regione
Efficacia interna	% Riduzione prezzo dispisitivi medici
	Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2018
Efficacia organizzativa	Revisione di alcuni processi coerentemente con lo stato di avanzamento del piano anticorruzione e trasparenza
	Almeno un incontri tra referenti per omogeneizzare le metodologie di valutazione dei rischi e analisi dei processi nelle strutture di monitoraggio e controllo (UVQ, PPR, Prevenzione corruzione, Privacy, CDC)

Tabella B Indicatori

OBIETTIVI PRIORITARI AZIENDALI

OBIETTIVO

Tempi di Pagamento Beni e Servizi: sarà valutato il reale posizionamento aziendale rispetto ad Indicatore Tempestività Pagamenti = 0 o < 0

Tempi di pagamento c. 865 LEGGE 30/12/2018 n. 145: sarà valutato il posizionamento aziendale da Piattaforma Ministeriale Certificazione Crediti PCC, secondo i criteri stabiliti dalla norma

Anticipazione di Tesoreria: rispetto del divieto di ricorrere alle anticipazioni di tesoreria

Allineamento delle posizioni intercompany: corretta alimentazione partitario intercompany e delle posizioni creditorie e debitorie pregresse

Emissione e trasmissione degli ordini elettronici tramite NSO ed NRO: adesione e invio attraverso la piattaforma NRO e NSO degli ordini elettronici dal 1 ottobre 2019:

Rispetto obiettivo beni e servizi: Rendicontazione trimestrale obiettivi e verifica dello scostamento come da DGR n. XI/1046/2018

Raggiungimento produzione a contratto per Lombardi: rispetto del valore economico della produzione rispetto al contratto

Rispetto dell'equilibrio di bilancio: verifica rispetto a riadozione BPE (in linea con le risultanze degli incontri di negoziazione)

Rendere visibile tempestivamente alla Rete Regionale di prenotazione tutte le prenotazioni effettuate anche autonomamente dalla aziende (sia primi accessi che controlli) e organizzazione delle agende ambulatoriali per la presa in carico del paziente cronico: 80% sul volume di prestazioni erogate sulla 28/San

Rispetto della cornice programmatoria nella formulazione delle istanze di finanziamento e dei tempi di invio indicati dalla DGW: assenza di istanze fuori cornice

Attivazione del pagamento elettronico (PagoPA) sia comunicando il codice IUV alla Rete Regionale di Prenotazione sia stampandolo all'atto della prenotazione allo sportello: attivazione del pagamento elettronico

Correttezza completa (100%) dei cosi rendicontati in File F con riscontro di quanto dichiarato in tipologia 15 e le fatturazioni:

Sostegno della prescrizione dei farmaci biosimilari come obiettivo prioritario nella governance del farmaco a livello aziendale: per i farmaci biosimilari presenti negli accordi quadro di ARCA si valuterà l'adesione al 100% con relativo acquisto e rendicontazione in File F

Acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione: incremento del valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2019 rispetto allo stesso periodo 2018. la misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2019 rispetto al 2018 (viene considerato il solo perimetro della programmazione aggregata).

L'obiettivo risulterà comunque raggiunto se l'ente avrà raggiunto il 65% di acquisti centralizzati/aggregati/servizi in concessione

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 quando la % di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti, con riferimento ai contratti attivi per l'anno 2019, è pari almeno all' 85% dei numeri di repertorio trasmessi con il flusso consumi.

Il Rapporto è calcolato sui contratti inviati nel flusso ministeriale negli anni precedenti e non solo nell'anno 2019.

Si precisa, inoltre, che l'obiettivo è calcolato con gli stessi parametri nell'adempimento LEA ministeriale, ma a livello di singola azienda anzichè di intera Regione. Nel caso in cui il parametro venga rivisto al ribasso in sede di Tavolo LEA la valutazione verrà effettuata sulla % indicata nel questionario LEA definitivo per l'anno 2019

Verifica flussi CO.AN.:

- 1. Invio flussi trimestrali, consuntivo, preventivo e assestamento tramite l'apposito Portale sul controllo di gestione come da tempistica prevista da note regionali.
- 2. 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).

Implementazione raccomandazioni Ministeriali: dovranno essere implementate a livello aziendale almeno il 90% delle raccomandazioni ministeriali pubblicate dal Ministero della Salute (tra quelle applicabili alla propria realtà).

Flussi sanitari e sociosanitari: tempestività della rilevazione: rispetto al 100% delle scadenze di invio per tutti i flussi sanitari e sociosanitari secondo quanto previsto dalle regole di sistema e dalle relative circolari attuative;

Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione - errori gravi: % di record di SDO contenenti errori "gravi" inferiori al 1%

Certificati di assistenza al parto: scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale

Certificati di assistenza al parto: Corretta compilazione di tutte le informazioni: scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale

PIANO GESTIONE RISORSE UMANE - Rispetto delle scadenze:

Invio della proposta di PGRU entro il 15 maggio

Invio del monitoraggio periodico entro il 15 ottobre

Invio del monitoraggio finale al 31/12/2019 entro il 30 gennaio 2020

PIANO GESTIONE RISORSE UMANE - Rispetto delle disposizioni in materia di limite percentuale di sostituzione del Turn-over previsto dalle Regole di sistema:

Superamento del tetto entro il 5% del valore assegnato=obiettivo raggiunto al 50%;

Superamento del tetto in misura superiore al 5% del valore assegnato= obiettivo non raggiunto

COSTO DEL PERSONALE - Rispetto delle scadenze: invio dei flussi collegati entro le scadenze fissate di volta in volta con nota regionale

COSTO DEL PERSONALE: Rispetto del Budget assegnato (BPE ed eventuale Assestamento)

Contenimento del numero massimo di contratti a tempo determinato e di contratti di somministrazione a tempo determinato entro il tetto previsto dall'art. 57 del CCNL Comparto Sanità 21/5/2018: la somma dei contratti a tempo determinato e dei contratti di somministrazione a tempo determinato non deve superare il 20% del personale a tempo indeterminato calcolato secondo le modalità previste dall'art. 57 del CCNL



ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

Garantire l'offerta vaccinale e le coperture previste dal PNPV/PRPV: Performance 2019 - indicatore di sintesi (DGR 415/2018)

- fascia verde >=60% raggiunto;
- fascia gialla >40% e <60% parzialmente raggiunto;
- fascia arancio non raggiunto;

Pesi dei diversi indicatori modificati come da tabella a) allegata, che riporta coorti e coperture di riferimento.

N.B. la copertura dell'esavalente e della vaccinazione MPR (vaccini multicomponente) verrà valutata considerando il valore di copertura più basso dei vaccini inclusi (in analogia con le regole della valutazione LEA);

Garantire la sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro:Per ASST CON UOOML:

completezza dell'inserimento dei casi di infortunio e malattia professionale in MaPI;

- se contributo > 10%, incremento attività pari a +10% dato 2017;

se contributo <= 10% incremento pari a + 20% dato 2017;

NB se UOOML attivata dal 2018 si assume 60 come valore base di inserimento in MaPI

Garantire le azioni che sostengono il mantenimento/miglioramento dell'indicatore composito stili di vita (griglia LEA):

Programma WHP - Diffusione pratiche raccomandate: area limentazione; area fumo di tabacco; area attività fisica;

Indicatore: grado di copertura delle 3 aree raccomandate per presidio:

- tutte le Pratiche raccomandate per ciascuna area >=70% raggiunto;
- tutte le Pratiche raccomandate per ciascuna area >=30% e <=70% parzialmente raggiunto;
- tutte le pratiche raccomandate per ciascuna area < 30% non raggiunto.

Garantire l'offerta di programmi di screening oncologici: rispetto dei volumi e dei tempi di attesa previsti nei contratti per screening mammografico e screening colon rettale, con validazione delle prestazioni erogate rispetto alle contrattualizzate da parte di ATS:

->=95% risultato raggiunto;

->= 85% e <95% risultato parzialmente raggiunto

Garantire il supporto medico legale nella gestione del contenzioso aziendale: pareri medico legali in tema di responsabilità sanitaria nell'ambito delle Unità di Gestione del Rischio Clinico: partecipazione del Medico Legale aziendale al 100% degli incontri del Comitato Valutazione Sinistri

Garantire accertamenti ed attività certificativa medico-legale nell'ambito della disabilità:

1. Informatizzazione dei processi dia ccertamento e valutazione relativi all'invalidità e messa a disposizione di INPS dei fascicoli per via informatica ad ntegrazione della cooperazione applicativa: 100% delle pratiche 2019; 2. Revisione della

casistica relativa agli accertameenti su soggetti di minore età per riconoscimenti di invalidità/handicap svolti nel triennio 2016-2018 e rendicontazione secondo format strutturato della DGW.

Contenere i tempi di attesa per gli accertamenti dell'area invalidità: il tempo di attesa tra data di acquisizione pratica e prima convocazione visita per invalidità >= 60 giorni solari (escluse le procedure d'urgenza);

verifica positiva in almeno il 98% delle pratiche senza procedura d'urgenza

Governo dell'appropriatezza di erogazione:

1. Riduzione delle prestazioni potenzialmente inappropriate (108 DRG a rischio inappropriatezza), definizione della modifica del setting di erogazione. Presentazione di relazione con approvazione regionale.

MODALITA' DI RILEVAZIONE: relazione/flussi di prestazione;

- 2. Garanzia di volumi minimi di prestazioni per le UO di Alta Specialità e per i Centri di Senologia; Presentazione di relazione con approvazione regionale; MODALITA' DI RILEVAZIONE: flussi attività ricovero;
- 3. Sviluppo di azioni integrate finalizzate al contenimento dei tempi di attesa in applicazione al Piano Nazionale di Governo Liste d'Attesa.

Presentazione di relazione con approvazione regionale.

Negoziazione e firma dei contratti:

- 1. Sottoscrizione del contratto provvisorio entro il 31 gennaio e del contratto definitivo entor il 31 maggio; MODALITA' DI RILEVAZIONE: verifca delle date di sottoscrizione dei contratti:
- 2. Rimodulazione del budget entro il 30 novembre e chiusura definitva deli flussi entro il 15 marzo 2020.

Controlli Ricoveri:

- 1. Controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 30.06.2019, del 6,5% delle prestazioni di ricovero. Una quota fino al 3% (quota massima) di qualità documentale ed una quota fino al 3,5% (quota massima) di congruenza ed appropriatezza generica, entrambe soggette a verifica di concordanza da parte del NOC della propria ATS;
- 2. Invio del Piano dei Controlli aziendale alla ATS di pertinenza entro il 31.01.2019

Esenzioni: Azioni intraprese per l'informazione al cittadino e agli specialisti coinvolti: presentazione relazione e approvazione regionale.

Erogabilità delle prestazioni odontoiatriche a carico del SSN: azioni intraprese per l'informazione al cittadino agli specialisti coinvolti rispetto alle variazioni in tema di derogabilità: presentazine relazione e approvazione regionale.

Presidio dell'attività di donazione di organi e tessuti:

- 1. Avvio della procedura di donazione in tutti i decessi (verificati da SDO), in funzione della tipologia di donazione (donatore di organi, donatore multitessuto, donatore di cornee);
- 2. Per le strutture di trapianto organi: inserimento tempestivo dei dati relativi alle liste d'attesa e trapianti eseguiti: presentazione di relazione e approvazione regionale.

Utilizzo degli strumenti Sub allegati E e F di cui alla DGR XI/1046/2018 per la valutazione del bisogno di Cure Palliative e della complessità clinico assistenziale in Cure Palliative: evidenza con atto formale dell'utilizzo degli strumenti Sub Allegati E e F alla DGR XI/1046/2018 per la valutazione del bisogno di CP e della complessità clinico assistenziale in CP. Presentazione relazione e approvazione regionale.

Formazione degli operatori della rete CP: promozione dell'attività formativa di cui alla DGR X/5455/2016 rivolta ai professionisti delle Reti Locali di CP attraverso il monitoraggio del bisogno e suo progressivo soddisfacimento sulla base delle indicazioni regionali. Presentazione di relazione e approvazione regionale.

Formazione degli operatori in tema di disturbi dello spettro autistico, con particolare riguardo alle seguenti tematiche: precoce

- diagnosi

- accesso ed emergenze comportamentali al pronto soccorso;
- transizione verso l'età adulta:
- Presentazione di relazione con approvazione regionale



OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI

OBIETTIVO

Pronto Soccorso: implementazione del progetto come ospedale pilota e supporto nella promozione della metodologia all'interno del Gruppo di lavoro regionale:

n. Abbandoni da PS 2019<2018 (-5%)

% dei codici gialli presi in carico entro 30 minuti (+5%) rispetto a 2018

Coordinamento del gruppo di lavoro

Definire in sede di programmazione il livello di attività e il relativo costo per dispositivi medici della Stroke Unit. L'obiettivo è mantenere durante l'anno il livello programmato: trombectomia max +10% rispetto a 2018

Monitorare il livello dei costi per dispositivi di area cardiologica e per radiologia interventistica, al fine di evitare che in corso d'anno si verifichino incrementi non previsti e concordati in sede di programmazione: costi invariati 2019=2018 con mantenimento dell'attività

Migliorare la completezza del dato relativo al flusso dei consumi dei dispositivi medici, al fine di consentire il corretto riscontro del dato esposto in bilancio, attualmente non verificabile: % copertura flusso 2019 > 2018 con livello minimo 85%

Chiudere gli appalti specifici riguardanti i servizi di lavanolo, ristorazione e pulizie messi in gara da Arca. Tutto il risparmio previsto deve essere portato nel bilancio 2019: chiusura degli appalti entro 30/06.

Vaccinazioni: miglioramento copertura MPR aree critiche: incremento Copertura MPR 2019 1 dose coorte 2017 24 mesi +5% rispetto a 2018 e comunque superiore al 95%

Medicina del lavoro: implementazione emersione malattie professionali - flusso MaPI: evidenza dell'attività come accordi e lettura dato Almeno 10 pratiche nel 2019

Nuovo ospedale – presentazione documento descrittivo del dimensionamento e della funzionalità: presentazione e approvazione regionale del progetto

Programmazione territoriale: Adozione del piano di azioni di miglioramento da elaborare d'intesa con ATS in coordinamento con la DGW in funzione dell'esito dell'attività di audit: approvazione del piano e mantenimento / miglioramento indicatori previsti

Presa in carico: ruolo della ASST e definizione rapporto con MMG: possibilità per il centro servizi di prenotare gli SLOT

Incremento degli slot riservati come concordato con cooperative centro servizi- Dettaglio dell'indicatore definito con ATS

ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

Tabella C Indicatori

	PROCESSO DECISIONALE: ATTUAZIONE DELLA GESTIONE		
Dimensione di analisi	Indicatore		
	Ospedalizzazione per BPCO per pazienti ricoverati 50-74 anni: -10%		
	Ospedalizzazione per diabete per pazienti ricoverati 35-74 anni: -10%		
	Ospedalizzazione con degenza superiore a 30 giorni: -10% Ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali: -20% SC - =anno 2018 SP		
	% di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche entro i sette gg: - 5%		
	Riduzione degenza media di riabilitazione SP: rientro in soglia		
	Riduzione degenza media di ortopedia , cardiologia SC, chirurgia III SC e IV SC e urologia SC: riduzione del 10%		
	% Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione (assistiti >= 65 anni): >75% SP		
	>70% SC		
	Scompenso cardiaco: mortalità a 30 giorni : - 10% Scompenso cardiaco: riammissioni a 30 giorni: - 4%		
	Angioplastica coronarica percutanea in IMA STEMI: >=20%		
	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg: >=34%		
	Degenza media per colecistectomia laparoscopica <=3 qq post operatoria: >80%		
	Complicanza a 30 giorni dall'intevento per colecistectomia laparoscopiche: <=1,77%		
	Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore maligno del colon: < 4% SC- <5% SP		
	Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore maligno dello stomaco: < 8% SC - <4% SP		
	Aumento nº dimissione e accettazioni nel sabato e domenica: +20% Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi		
	annui		
	% di interventi chirurgici per tumore alla mammella effettuati entro 60 gg: >=80% SP - >=75% SC % dei nuovi casi che effettuano una citoistologia nei 40 gg precedenti l'intervento chirurgico: 60% SP - 80% SC		
	% di visita multidisciplinare: 40%		
	% mammografia di follow up: 96% % marker tumorali: 40%		
	% PET/TC/RM/scinti: 40%		
0	Applicazione protocollo profilassi inter/peri-operatorie in alemeno il 90% dei casi		
νa	Mortalità a 30 da intervento di craniotomia: 2%		
ai ai	%Taglio cesareo in classe 1 di Robson: = anno 2018 SP - <=10%		
pro	% di complicanze da parto naturale: <=1%		
Ces	% di complicanze da taglio cesareo: <=1% % di episiotomie depurate (NTSV): < =38%		
<u>s</u> .	T.C.% di riammissioni dopo il parto: < = 1,4%		
d e	% di parti con analgesia epidurale: >=12% SP->=10% SC		
≡' or	% VBAC: '>=5%		
gan	Ospedalizzazione pediatrica per gastroenterite:= anno 2018		
iz Z	Ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia: <=5%		
Qualità processi e dell'organizzazione	Corretta e tempestiva compilazione del CEDAP con integrazione dei trigger: %correlazione CEDAP/SDO madre; %correlazione CEDAP/SDO neonato: 90%		
Ü	Corretta e tempestiva compilazione del CEDAP con integrazione dei trigger, in coerenza con la normativa regionale: effettuazione d AUDIT clinici sui trigger segnalati: effettuazione o partecipazione al 100% di AUDIT		
	Elaborazione progetto interpresidio sull'applicazione della trombolisi al paziente con ictus		
	Elaborazione procedura "Prevenzione degli eventi tromboembolici" Aggiornamento procedura aziendale sulla trasfusione in linea con la racc. mini. Nº 5		
	Racc. Min. n.8 "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" - risk assessment delle aree a maggior rischio:		
	partecipazione ad almeno un incontro di formazione		
	Partecipazione al corso di formazione sulla prevenzione degli eventi avversi per malfunzionamento di apparecchiature mediche (racc. min. 9) e nuove regole regionali HTA		
	Racc. Min. n.10 "Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati" - predisposizione		
	della procedura aziendale ed effettuazione di due incontri per presidio di socializzazione		
	Racc. Min. n.17 "Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica":		
	- 'presenza della scheda di riconciliazione in almeno il 30% dei casi SC		
	- 'corretta compilazione dell'anamnesi farmacologica (ricognizione) e terapia farmacologica in lettera di dimissione (conciliazione) SP		
	Corretta definizione della durata degli interventi sul programma operatorio: scostamento tra tempo previsto (incisione) e tempo impiegato (sutura) <= 15%		
	Applicazione nuova checklist di SO anno 2018: presenza checklist in almento il 90% dei casi		
	Inizio attività di SO con incisione del primo intervento alle ore 8.15: 'nº SO che iniziano con l'incizione del primo intervento ore 8.15>=70%		
	Progetto SEPSI: applicazione bundle		
	Applicazione protocollo profilassi inter/peri-operatorie in alemeno il 90% dei casi		
	Elaborazione di un protocollo aziendale condiviso sul trattamento dell'obesità		
	Elaborazione di un protocollo aziendale condiviso sul piede diabetico Malnutrizione ospedaliera nel paziente ricoverato: applicazione procedura AST_NUT_401 "Valutazione e gestione del rischio		
	nutrizionale nel paziente ricoverato": presenza scheda in almeno il 50% delle SDO		
	% ricoveri ordinari/DH/DS non confermati ai controlli di congruenza e qualità documentale (sui campioni di autocontrollo): <=2018		



ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

Dimensione di analisi	Indicatore
	Variazione economica % < al 5% nel controllo mirato cartelle cliniche ATS 2019: <=5%
	Pubblicazione completa e tempestiva dei referti nel FSE: nº referti pubblicati entro le 24h/nº prestazioni erogate>=80%
	Presa in carico del paziente con diagnosi endoscopica di neoplasia gastrointestinale
	Redazione di una procedura condivisa: PDTA "Gestione delle delle complicanze in endoscopia"
	Redazione piano sorveglianza sanitaria
	Rispetto dei tempi del piano di sorveglianza sanitaria
	Applicazione delle linee guida nazionali e internazionali sulla sorveglianza attiva tramite tampone rettale per il controllo della
	diffusione di ceppi produttori di carbapenemasi (CRE)
ည်	Progetto ICEBERG: screening per HIV dei pazienti portatori di malattie 'indicative di HIV' (associate a prevalenza di infezione da
alii	HIV superiore allo 0.1%) Mantenimento Certificazione ISO 9001
ο, Θ	Monitoraggio mensile TAT prestazioni
Ž	Programmazione attività di raccolta ed utilizzo sangue ed emocomponenti
ės S	MSBOS (maximunm surgical blood order schedule) e PBM (patient blood management): redazione procedura aziendale
<u>σ</u> . Φ	Istituzione COBUS (comitato buon uso del sangue)
<u>d</u>	Compilazione del sistema informativo SMOP
II'or	Contenere i costi relativi agli interventi in 43/SAN per un importo non superiore a quello del 2018
gar	Programmazione ed effettuazione sopralluoghi e verbali presscrittivi nelle aree aziendali secondo il documento di valutazione dei
i. ZZ	rischi
Golla - en - en posi Mor 31/:	Integrazione ospedale territorio: avvio del percorso ostetrico per la gravidanza a basso rischio (BRO) in due consultori della ASST collaborazione e integrazione col programma dei 2 poli ospedalieri (DGR 268 del 28/6/2018 e Decreto n.14243 del 05/10/2018): - entro il 30 giugno 2019: definizione (almeno in bozza) della procedura da adottare per l'avvio della prima fase; - entro il 31/12/2019: produzione di un report di rendicontazione dell'esperienza con dati quali quantitativi e rilievo degli aspetti positivi e delle criticità.
	Monitoraggio piano formazione aziendale con report che evidenzi la % di partecipazione al singolo corso: produzione report al 31/12/2019 per gli eventi chiusi entro tale data con invio file ECM
	Svolgimento di almeno 6 sedute del comitato di Valutazione Sinistri
	Avvio progetto NSO/NRO: partecipazione alla formazione ed implementazione del sistema di gestione e pagamento fatture
	Unificazione CUP Revisione di alcuni processi coerentemente con lo stato di avanzamento del piano anticorruzione e trasparenza
etr Ani	Piano di allineamento tra attività in SSN e attività LP con monitoraggio TA (in collaborazione con DMP e CUP)
Anticorruzione etras aprenza	Applicazione dispositivi legislativi anticorruzione e trasparenza al processo di certificazione dello stato di tossicodipendenza:
ren uzio	1) Produzione/conferma procedura.
one	2) Audit interno per tutte le certificazioni anno 2018 e audit esterno per un campione 10%
	Avvio sistema informativo unico di laboratorio
	Miglioramento della tempistica di accertamento degli stati d'invalidità civile: n° casi convocati a visita inferiore a 60 gg dalla
	presentazione della domanda/ nº domande = 95%
	Attività di controllo di congruità nelle profilature dei programmi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI):
	attivazione della profilatura con almeno 48 ore di anticipo sulla scadenza prevista: >= 95% dei casi
	Miglioramento della tempistica di accertamento degli stati d'invalidità civile: Nº persone convocate a visita entro 60 gg dalla
	presentazione della domanda/ N° domande: >=95% delle domande presentate
Щ	Accertamenti medico legali per soggetti ricoverati: nº persone visitate in costanza di ricovero nei Presidi Ospedalieri dell'ASST
±6 Ci:	Santi Paolo e Carlo/Nº richieste pervenute: >=95% richieste pervenute
enz	Presentazione piano ferie da smaltire entro il 31/12/2019
ai C	Presentazione piano per chiusure attività in funzione ad eventi e convegni Gestione timbrature
orga	N° ricoveri ordinari:+10%
ni. Z	DRG medio ricoveri ordinari: >= anno 2018
Efficienza organizzativa	N° accessi DS: = anno 2018
iva a	DRG medio DS: >= anno 2018
	N° prestazioni ambulatoriali: +10%
	№ BIC: +10%
	Dispositivi Medici CND P:<3%
	Dispositivi Medici CND C: <3%
	Dispositivi Medici CND tipo 2 Kit: <3°
	Dispositivi Medici CND J: <3%
	Consumo Dispositivi Medici:<3%



7 Conclusioni

Il Piano della perfomance organizzativa costituisce l'impegno esplicito e pubblico della ASST in materia di ottimizzazione della produttività dell'attività e dell'efficienza e trasparenza degli atti che regolano la vita dell'organizzazione-ospedale: rende visibili le scelte e i progetti che si effettueranno nel triennio 2019-2021, sia ai soggetti esterni interessati a conoscerlo, sia alle componenti interne.

Il Piano, infatti, non rappresenta una banale individuazione di obiettivi strategici ed operativi da realizzare, ma prevede una chiara relazione con le risorse a disposizione per il raggiungimento degli stessi e, soprattutto, uno stretto legame tra il Piano della performance ed i documenti di programmazione.

Il principio ispiratore, attorno al quale è stato costruito, è quello di un'organizzazione che si pensa e si progetta, apprende e corregge con il monitoraggio e, dalla riflessione su ciò che fa, programma il futuro.

Suona come una doverosa premessa, sottolineare quanto il Piano sia stato redatto, predisposto e proposto con l'apporto imprescindibile della Direzione Strategica e con i principali attori coinvolti nel governo dell'Azienda. In particolare, considerata la complessità dei singoli obiettivi pianificati, piace rimarcare l'operato di differenti team per tematiche diverse.

Tuttavia, quanto redatto, sconta evidentemente dei margini fisiologici di imprecisione dettati dalla necessità di completare i passaggi previsti per l'anno in corso, i quali, costituiscono solo una parte degli obiettivi di riorganizzazione programmati sul triennio.

Il messaggio chiaro ed inequivocabile che la Direzione Strategica ha inteso trasferire, rimarcandolo in tutta la trattazione del Piano, evidenzia un profondo sforzo finalizzato ad orientare i comportamenti aziendali verso una gestione efficace ed efficiente, volta ad individuare la miglior distribuzione possibile delle risorse sulla base di indici e metodologie sanitarie, nel pieno rispetto del vincolo economico. Tale strategia si basa sulla consapevolezza che l'economicità della gestione vada curata con riferimento all'Azienda nel suo complesso, anche se, è sempre necessario ricordare che in un contesto in cui le risorse umane incidono sul bilancio aziendale costituendo la voce di maggior rilevo con un incidenza significativa sul totale, la corretta allocazione delle risorse disponibili, costituisce la priorità assoluta in termini di razionalizzazione. Il proposito aziendale di investire



nell'ammodernamento delle infrastrutture e nell'aggiornamento tecnologico, nel mantenimento dell'attività istituzionale oltreché nel percorso di razionalizzazione della rete territoriale, rappresenta il caposaldo di un'avveduta progettualità aziendale incentrata su un orizzonte temporale di lungo periodo i cui risultati, auspicabilmente, si osserveranno nel tempo.