ATTI del DIRETTORE GENERALE dell'anno 2018

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

Deliberazione n. 0001474 del 03/10/2018 - Atti U.O. Direzione Strategica

Oggetto: APPROVAZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE AZIENDALE ANNO 2018

#### IL DIRETTORE GENERALE

**premesso** che, con D.G.R. 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'11.08.2015, a decorrere dall'01.01.2016, è subentrata nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alle A.O. San Paolo e A.O. San Carlo B.;

**vista** la propria deliberazione n. 1 dell'01.01.2016, esecutiva ai sensi di legge, avente ad oggetto: "Presa d'atto della D.G.R. n. X/4473 del 10.12.2015 "Attuazione L.R. 23/2015: Costituzione Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Santi Paolo e Carlo";

**preso atto** della deliberazione del Direttore Generale n. 929 del 15 giugno 2018 avente per oggetto: "Revoca Deliberazione n. 187 del 14 febbraio 2018 – approvazione proposta di bilancio preventivo economico esercizio 2018. Versione V1 e contestuale approvazione bilancio economico preventivo esercizio 2018. 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. X/7600 del 20/12/2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2018 (di concerto con gli Assessori Garavaglia e Brianza)";
- 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"



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

**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 quindi** di elaborare, nel rispetto della scadenza indicata, il "Piano della Performance aziendale anno 2018", redatto in conformità alla normativa sopra citata;

**preso atto** che il 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 all'approvazione del "Piano della Performance aziendale anno 2018", allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, e che potrà essere aggiornato in corso d'esercizio anche a seguito di revisioni organizzative e procedimentali conseguenti all'attuazione della L.R. 23/2015;

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

#### IL DIRETTORE GENERALE

#### DELIBERA

per quanto indicato in premessa:

- 1. di adottare il "Piano delle Performance aziendale anno 2018", 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 anno 2018, sul sito web istituzionale dell'Azienda;
- 3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'ASST Santi Paolo e Carlo:
- 4. di dare atto che il presente provvedimento è assunto su proposta del Direttore Generale, Dr. Marco Salmoiraghi, e che la sua esecutività è affidata al Dirigente S.C. Programmazione e Controllo di Gestione, Dr.ssa 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 Dott.ssa Maria Grazia Colombo, Direttore Sanitario Dott. Mauro Moreno, Direttore Socio Sanitario Dott.ssa Daniela Malnis, Direttore Generale Dott. Marco Salmoiraghi 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: Valentina Castello

Dirigente/Responsabile proponente: Dott. Marco Salmoiraghi

Il presente atto si compone di n. 49 pagine, di cui n. 46 pagine di allegati che costituiscono parte integrante e sostanziale.



Direzione Generale

# Piano della Performance aziendale 2018





Direzione Generale

# **Indice**

Presentazione del Piano	3
ASST Santi Paolo e Carlo: Chi siamo	4
Organizzazione e attività svolta	8
La pianificazione strategica	34
Le dimensioni di analisi e la misurazione delle performance attraverso gli indicatori di risultato	14
Conclusioni	46





Direzione Generale

Presentazione del Piano

Il Piano della Performance 2018 rappresenta la revisione annuale del Piano Triennale 2016 - 2018 già pubblicato e consultabile sul sito istituzionale, ed è stato implementato insistendo in quel percorso virtuoso di trasparenza e qualità avviato gli anni precedenti, al fine di assicurare la comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

La struttura del documento riproduce quella adottata nel 2016 e tiene altresì conto dei suggerimenti metodologici e redazionali dell'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale oltre che del documento operativo elaborato dal gruppo di approfondimento regionale formatosi nell'anno 2015.

L'elaborato riporta gli indirizzi strategici che derivano dagli obiettivi di mandato e vengono anche declinati gli obiettivi di programmazione e di gestione riferiti all'anno in corso in continuità con il precedente esercizio per i quali sono definiti gli indicatori di performance.

Il piano della Performance viene pubblicato sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente" e sarà responsabilità della Direzione Strategica rendicontare sull'effettivo stato di attuazione attraverso la Relazione annuale sulla Performance.

Sistema Sanitario Regione Lombardia



Direzione Generale

## ASST Santi Paolo e Carlo: Chi siamo

La ASST Santi Paolo e Carlo ha unito per fusione (ai sensi della L.R. 23/15) due ex aziende ospedaliere, l' ex Azienda Ospedaliera San Carlo con 495 posti letto di degenza e l' ex Azienda Ospedaliera San Paolo-Polo Universitario con 478 posti letto di degenza entrambi riconosciuti dal Ministero della Salute quali "Ospedali di rilievo Nazionale". In data 1/04/2017 l'ASST, nel rispetto di quanto previsto dal Progetto Milano, ha incorporato altresì i servizi territoriali della ex ASL Milano afferenti all'area territoriale di propria competenza . 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

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

I valori su cui si basa tutta l'organizzazione sono:

- la centralità del paziente e il soddisfacimento dei suoi bisogni;
- la valorizzazione del personale e la sua continua formazione come bene per garantire al meglio le prestazioni di cui il paziente necessita;





Direzione Generale

\_\_\_\_\_

- l'innovazione a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti in corso nel settore sanitario;
- il miglioramento continuo della qualità come attestazione certificata dell'attività e valore intrinseco delle cure prestate;
- la stretta integrazione tra le attività clinica di diagnosi e cura con la attività di ricerca e didattica universitaria.

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

Sia in ambito medico che in quello chirurgico, oltre all'offerta di completi percorsi diagnostici e all'esecuzione di appropriate e aggiornate terapie nell'ambito delle malattie epatiche, gastroenteriche, endocrino-metaboliche, infettive, renali, andro-urologiche, cardiache, pneumologiche, neurologiche, dermatologiche, vascolari, senologiche, oncologiche, osteoarticolari, i Presidi ospedalieri dell'ASST si caratterizzano per offrire:

- una completa offerta specialistica nelle patologie cranio facciali,
- un centro per l'assistenza materno neonatale e pediatrico che, nel suo insieme, gli consente di posizionarsi, come volume di attività, quale terzo Punto nascita della Città Metropolitana,





Direzione Generale

\_\_\_\_

- un'ampia disponibilità e competenza nei settori diagnostici avanzati di biologia molecolare, anatomia patologica, biochimica, immunoematologia e microbiologia,
- un centro di alte tecnologie diagnostiche per immagini radiologiche e medico nucleari, in grado di assicurare un elevato livello di attività interventistica mininvasiva, endovascolare, sia periferica che neurologica centrale, operativo 24 ore su 24.

## In Ospedale e sul territorio l'ASST assicura in particolare:

- un'ampia gamma di servizi di diagnosi e cura nell'ambito della salute mentale, della psicologia clinica e della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, integrati con i SErD territoriali,
- una completa ed interdisciplinare assistenza medica e chirurgica dedicata ai disabili gravi,
- le attività di medicina penitenziaria per l'assistenza ai pazienti detenuti nei 4 Istituti Penitenziari di Milano,
- adeguata offerta delle prestazioni erogabili dal SSR in campo odontostomatologico, sia mediche che chirurgiche,
- un'ampia offerta di servizi riabilitativi specialistici,
- un'articolata rete di servizi sanitari e sociosanitari territoriali.





Direzione Generale

\_\_\_\_\_

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

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





Direzione Generale

\_\_\_\_

## Organizzazione e attività svolta

In questa sezione viene data evidenza del modello organizzativo aziendale adottato con l'ultimo POAS (DGR X/6915 del 24/07/2017) attraverso la rappresentazione dell'organigramma vigente.

Inoltre, di seguito, si è proceduto col riportare alcuni dati indicativi dell'attività effettuata e del personale in servizio nell'anno 2018.





# ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale

Tipologia attività	Indicatore	Anno 2017	Anno 2018 *dati aggiornati al 30/06/2018
Ricoveri ordinari	Numero casi	34.047	17.563
	Casi oltre soglia	2.781	1.535
	Degenza Media	7,0	6,9
	Rimborso medio caso	3.674	3.820
	Peso medio	1,06	1,09
	% drg chir	28,0%	28,5%
	% drg med	67,9%	66,9%
Day Hospital	Numero casi	6.381	2.943
	Numero accessi	10.750	4.888
	Rimborso medio/caso	1.196	1.392
	Rimborso medio/accesso	710	838
	Peso medio	0,83	0,87
	% drg chir	60,0%	72,4%
	% drg med	34,1%	20,4%
Prestazioni ambulatoriali	Numero prestazioni (compreso PS)	2.947.883	906.620
Prestazioni PS	Numero accessi	148.535	87.658

Personale aziendale				
Teste medie per categoria professionale	Anno 2017	Anno 2018 *dati aggiornati al 30/06/2018		
Medici Dip./Univ.	748,0	755,0		
Dirigenti Sanitari Dip./Univ	108,0	108,0		
Dirigenti Amm.vi/Professionali	24,0	24,0		
Infermieri	1.740,0	1.762,0		
Tecnici Sanitari	333,0	338,0		
Personale di Assistenza e Supporto	362,0	365,0		
Amm.vi	392,0	395,0		
Personale Tecnico area amm.va	424,0	421,0		
Consulenti	258,0	212,2		
TOTALE	4.389,0	4.380,2		

Posti Letto effettivi mediati	Anno 2017	Anno 2018 *dati aggiornati al 30/06/2018
Ordinari	871,5	896,4
DH	82,9	83,0
TOTALE	954,3	979,4





Direzione Generale



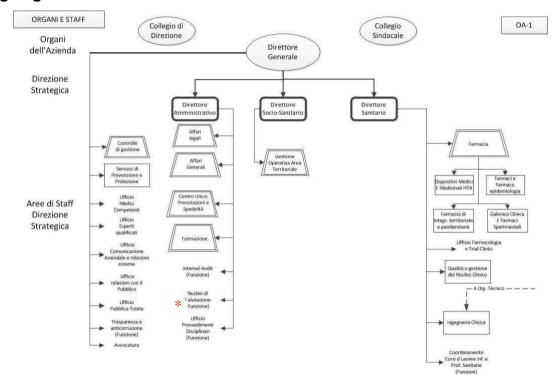


## ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

\_\_\_\_\_

## Organigramma aziendale



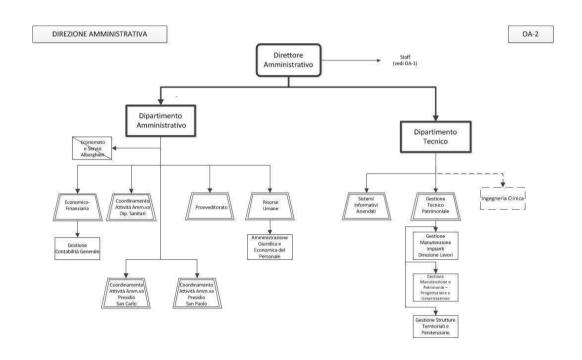




## ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

\_\_\_\_\_



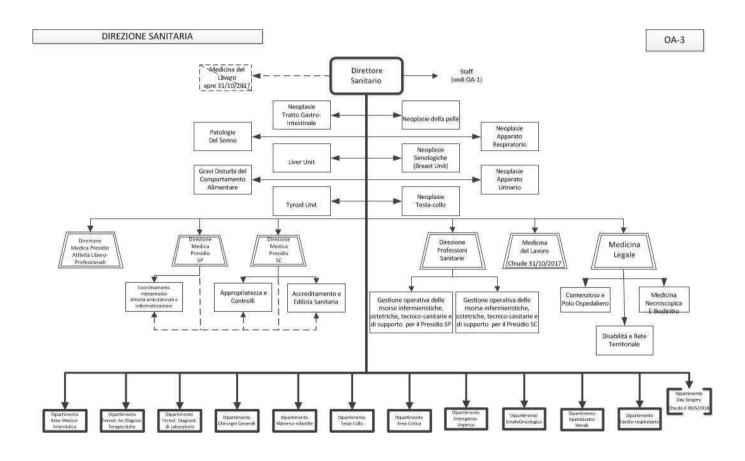




## ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

\_\_\_\_\_

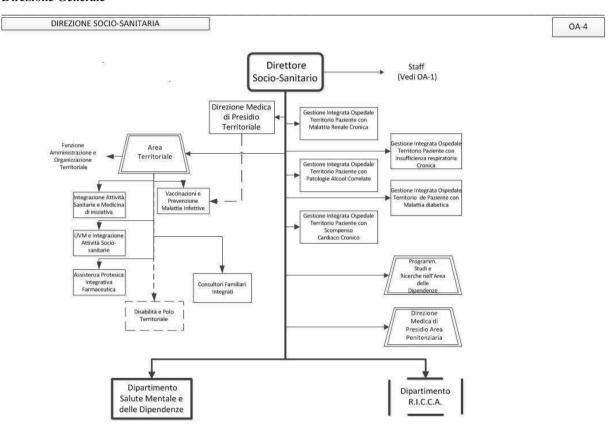






## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale





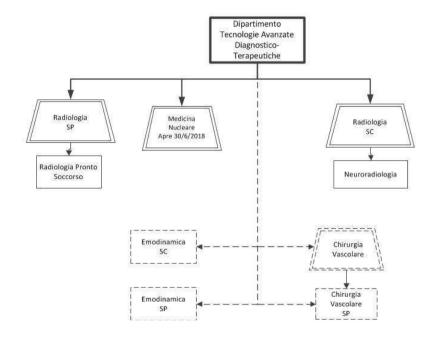


## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale

DIPARTIMENTO TECNOLOGIE AVANZATE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE

OA-3.2

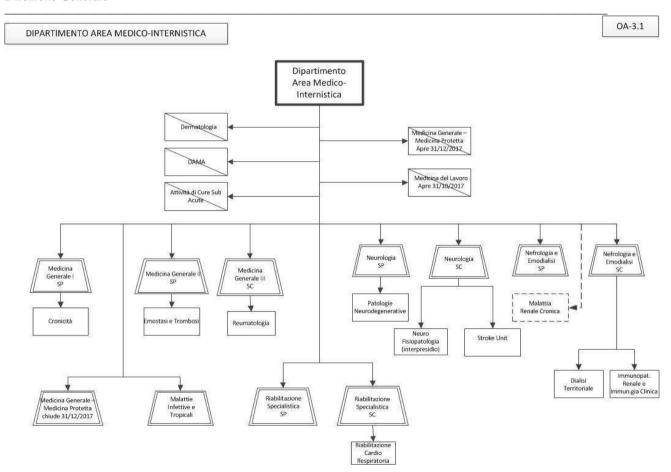






## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale





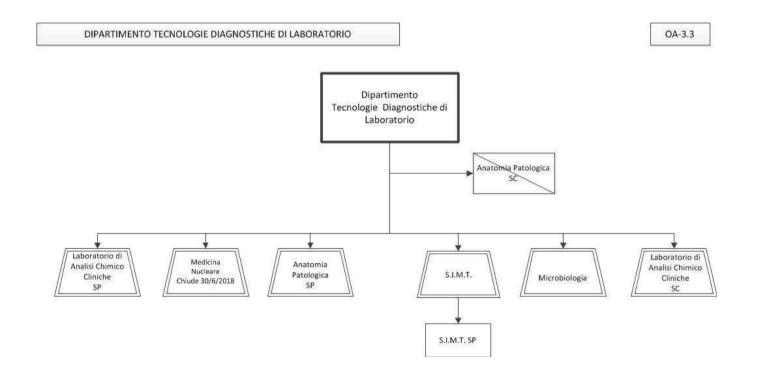
16

20142 MILANO - Via A. di Rudini, 8 – Tel. 0281844302 – Fax 028130911 Cod. Fisc. 80102370154 – P. IVA 04444150157



## ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale



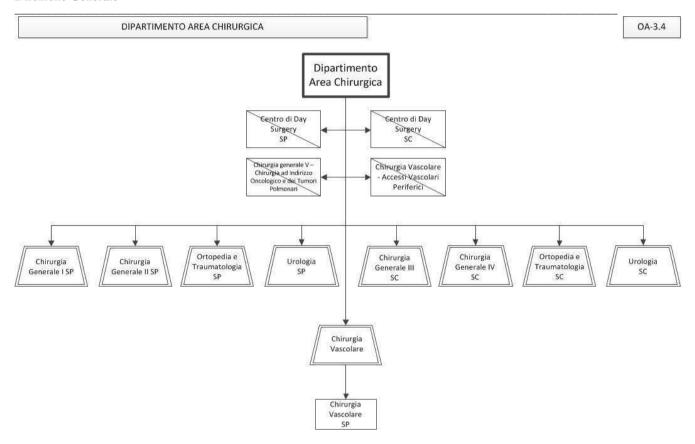


20142 MILANO - Via A. di Rudini, 8 – Tel. 0281844302 – Fax 028130911 Cod. Fisc. 80102370154 – P. IVA 04444150157



## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale

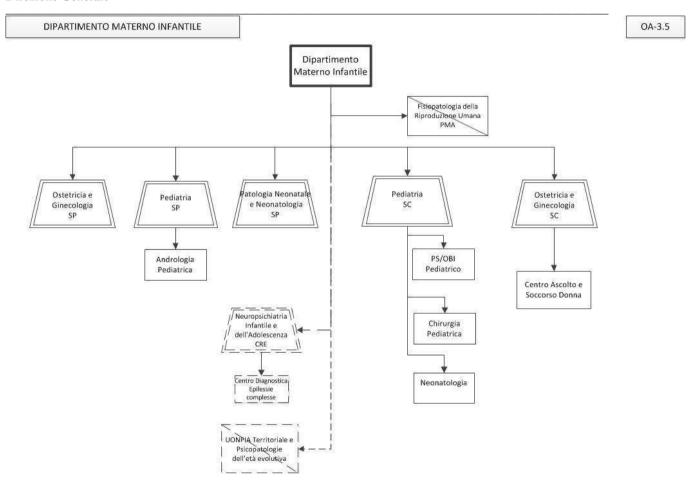






## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale





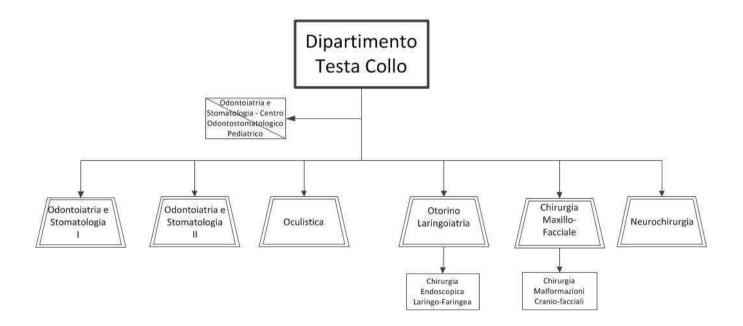
20142 MILANO - Via A. di Rudini, 8 – Tel. 0281844302 – Fax 028130911 Cod. Fisc. 80102370154 – P. IVA 04444150157



## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale

DIPARTIMENTO TESTA-COLLO OA-3.6

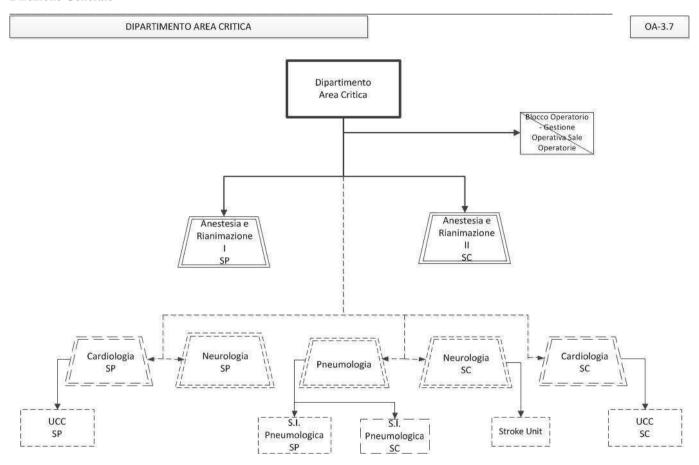






## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale

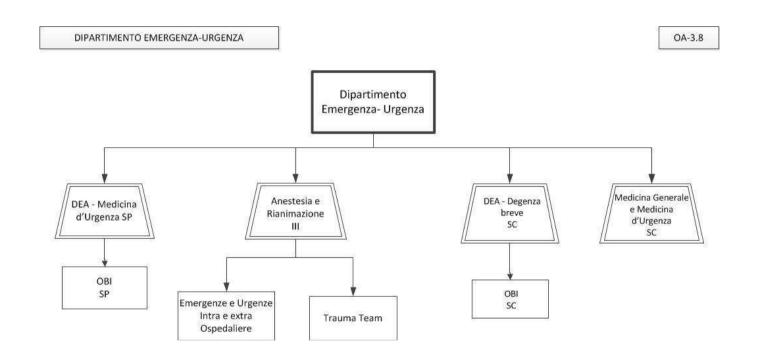






## ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale







## ASST Santi Paolo e Carlo

Senologiche

#### Direzione Generale

DIPARTIMENTO EMATO-ONCOLOGICO OA-3.9 Dipartimento Emato-Oncologico Servizio di Cure Palliative e Terapia Ematologia -Neoplasie del Dolore Ematologiche Oncologia Oncologia SP SC Neoplasie Neoplasie Neoplasie Neoplasie Neoplasie Neoplasie della pelle Tratto Gastro-Apparato Apparato

Intestinale

Testa-collo



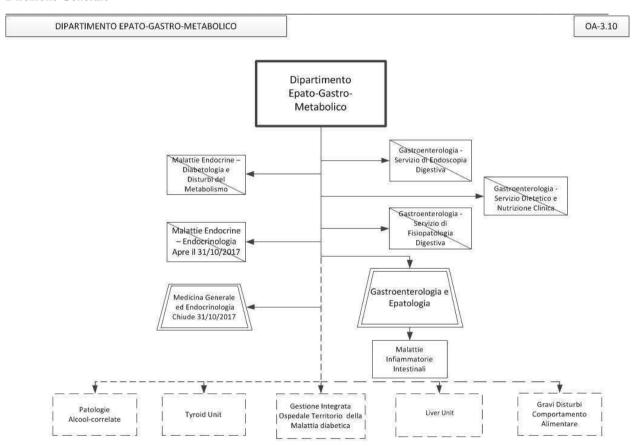
Respiratorio

Urinario



## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale



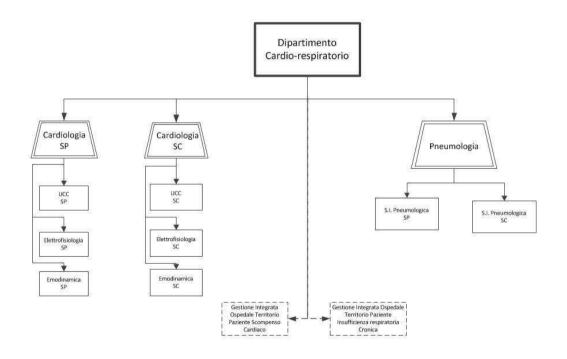




## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale

DIPARTIMENTO CARDIO-RESPIRATORIO OA-3.11

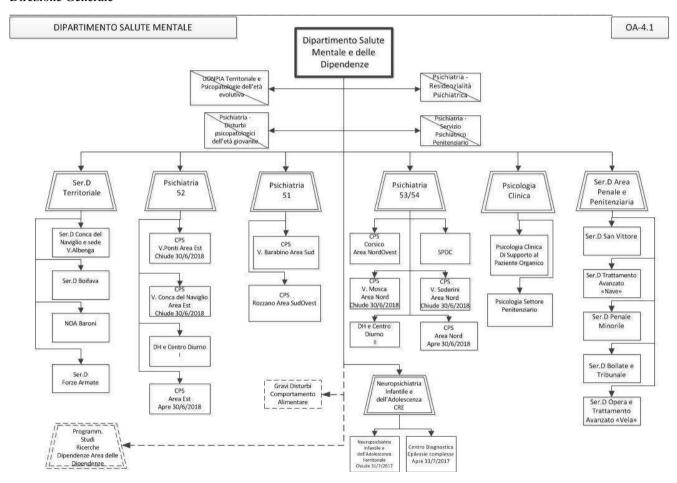






## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale





20142 MILANO - Via A. di Rudini. 8 – Tel. 0281844302 – Fax 028130911

Cod. Fisc. 80102370154 – P. IVA 04444150157



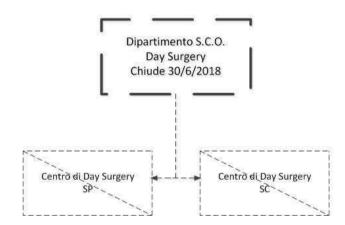
## ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

\_\_\_\_\_

DIPARTIMENTO FUNZIONALE SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO ORGANIZZATIVO DAY SURGERY

OA-3.12





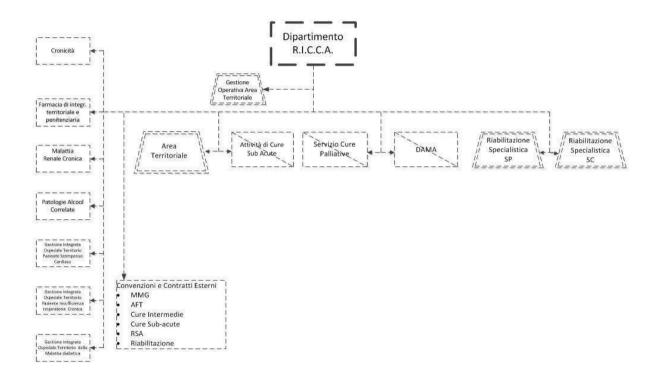


## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale

DIPARTIMENTO RETE INTEGRATA DI CONTINUITA' CLINICO ASSISTENZIALE

OA-4.2

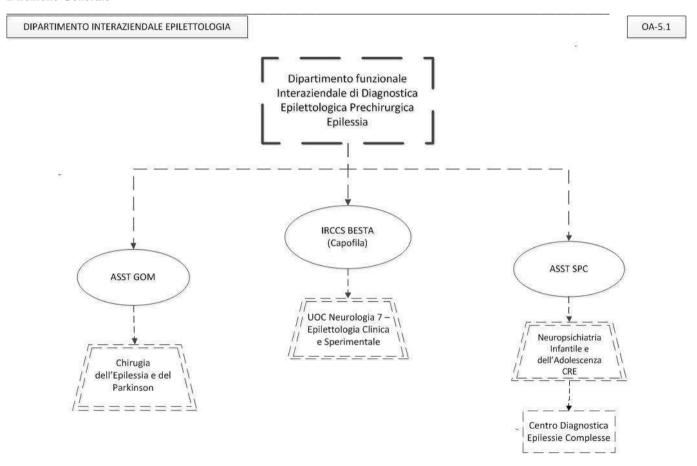






## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale



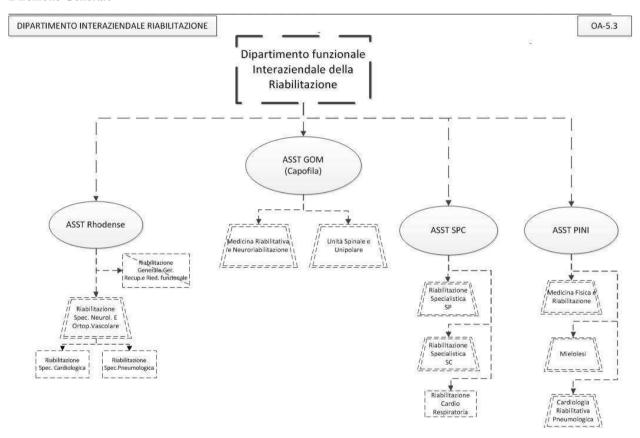


20142 MILANO - Via A. di Rudini, 8 – Tel. 0281844302 – Fax 028130911 Cod. Fisc. 80102370154 – P. IVA 04444150157



## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale

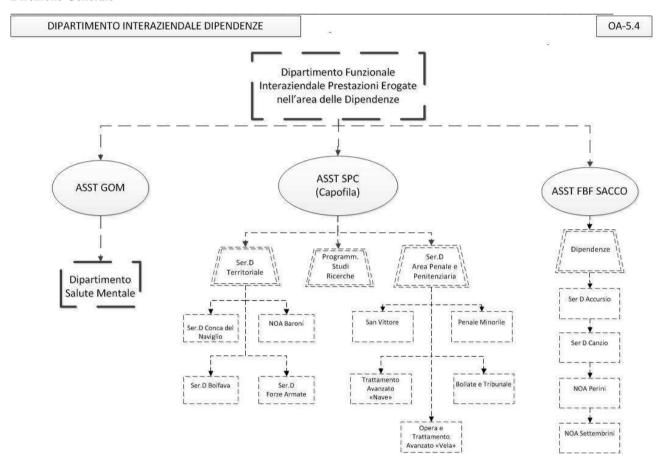






## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale





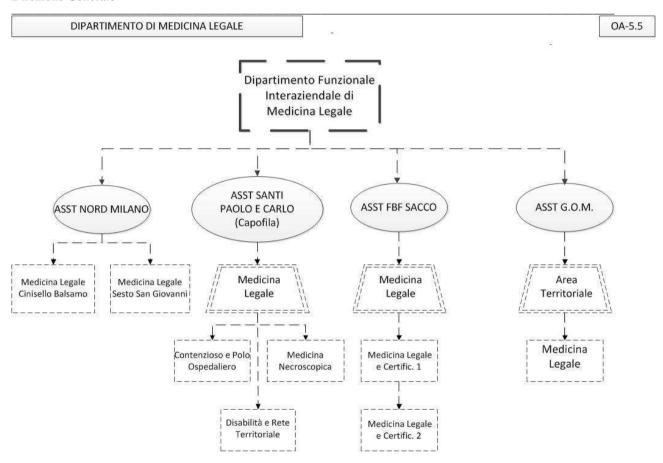
20142 MILANO - Via A. di Rudini, 8 – Tel. 0281844302 – Fax 028130911

Cod. Fisc. 80102370154 – P. IVA 04444150157



## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale



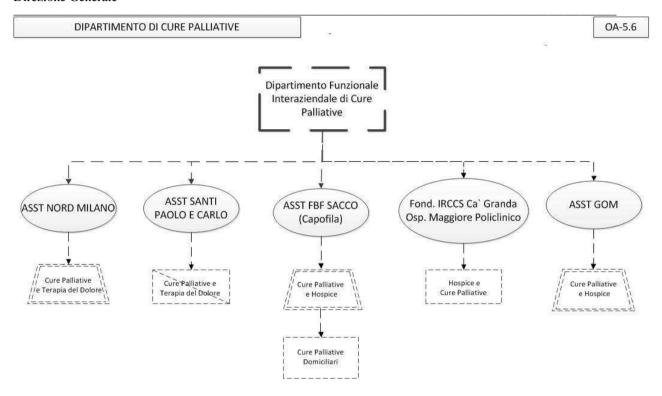


20142 MILANO - Via A. di Rudini, 8 – Tel. 0281844302 – Fax 028130911 Cod. Fisc. 80102370154 – P. IVA 04444150157



## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale



Organigramma Aziendale





Direzione Generale

## La pianificazione strategica

Per performance si intende la capacità dell'Azienda di trasformare, attraverso azioni mirate, gli obiettivi prefissati in risultati misurabili.

Il punto di partenza della pianificazione strategica dell'ASST sono gli obiettivi strategici di indirizzo definiti nel Piano Socio Sanitario Regionale 2016 – 2018 (PSSR) e dalle Regole di Sistema.

Attraverso questi, Regione Lombardia individua ed assegna alla Direzione aziendale i cosiddetti obiettivi di mandato. La Direzione Strategica, in coerenza con il PSSR e il proprio contesto di riferimento, affianca agli obiettivi di cui sopra quelli organizzativi interni aziendali.

Infine, le strategie sono declinate in piani e obiettivi operativi per singola Unità Operativa attraverso il processo di budget.

Definito il ciclo di pianificazione strategica (del quale si riporta schematicamente il percorso logico), nel proseguo dell'elaborato, viene riportata una sintesi degli obiettivi verso i quali la Direzione Strategica ha indirizzato i propri sforzi.

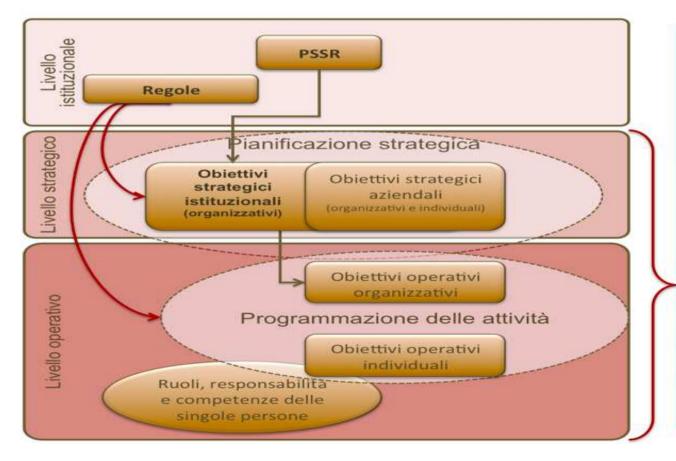




ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

## Il Ciclo della Performance





Direzione Generale

\_\_\_\_\_

# Le dimensioni di analisi e la misurazione delle performance attraverso gli indicatori di risultato

In coerenza con la programmazione strategica regionale (Piano Socio Sanitario Regionale) e con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale, l'Azienda ha individuato nelle seguenti aree strategiche le priorità d'intervento :

- Miglioramento continuo della qualità, appropriatezza ed accessibilità delle prestazioni erogate;
- Mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario;
- Definizione di un assetto organizzativo aziendale fortemente integrato.



36



## ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

\_\_\_\_\_

L'Azienda, quale soggetto inserito nel sistema regionale, con gli altri attori del sistema cui appartiene, è impegnata altresì nella realizzazione di molteplici obiettivi sia di carattere amministrativo gestionale (interventi di edilizia sanitaria, salvaguardia equilibrio economico finanziario, rispetto budget personale) che sanitario (consolidamento di percorsi integrati, multidisciplinari e di continuità della cura, nella condivisione di protocolli diagnostici).

Tra i numerosi progetti ed obiettivi aziendali cui si fa riferimento sono stati selezionati e declinati per ambito di interesse quelli ritenuti maggiormente significativi e, nel loro complesso, rappresentativi dell'attività dell'Azienda per l'anno in corso.





Direzione Generale

#### **OBIETTIVI OPERATIVI**

#### **EVOLUZIONE SSR, INVESTIMENTI E SISTEMA INFORMATIVO**

#### OBIETTIVO

Stabilità programmatoria: gestione delle istanze di contributo coerente con la programmazione regionale: assenza di istanze di contributo fuori dalla cornice programmatoria individuata dalla Giunta Regionale ed assenza di istanze di rimodulazione dei contributi già assegnati dalla Giunta Regionale;

Completezza Fascicolo Sanitario Elettronico: '- Pubblicazione del 95% dei referti prodotti entro 24 ore;

- Invio referti di laboratorio in CDA2 secondo struttura già definita;
- Pubblicazione dei referti prodotti in intramoenia;
- Raggiungimento target specifico percentuale di prescrittori in modalità dematerializzata;

#### **CONTROLLO DI GESTIONE E PERSONALE**

Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2017: la misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2018 rispetto al 2017 (viene considerato il solo perimetro della programmazione aggregata). L'obiettivo risulterà comunque raggiunto se l'ente awà raggiunto il 65% di acquisti centralizzati/aggregati/servizi in concessione:

Adesione alle convenzioni centralizzate ARCA: classi di Dispositivi medici a maggior spesa. Verrà verificato l'obbligo di adesione alle procedure centralizzate di ARCA attraverso la verifica puntuale del grado di adesione ad alcune convenzioni attivate dalla Centrale d'Acquisto;

Adesione convenzioni Centrale Acquisti Regione Lombardia – CONSIP e utilizzo piattaforma telematica SINTEL nelle procedure d'acquisto. Classi d'acquisto previste negli adempimenti LEA: energia elettrica; gas; ausili per persone disabili (CPV 33196200; ausili per la deambulazione CPV 33141720); antisettici: verifica effettuata sulle classi previste negli adempimenti LEA per quanto riguarda gli acquisti:

- a) adesione convenzioni CONSIP;
- b) adesioni convenzioni ARCA;
- c) utilizzo della piattaforma telematica SINTEL;

Flusso Endoprotesi (File SDO4) – Completezza nella compilazione del campo "identificativo di iscrizione in BD/RDM": Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;

## **OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO E REGIONALE**

Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione – errori gravi: % di record di SDO contenenti errori "gravi" inferiore al 1%;

Ricoveri ospedalieri: Tempestività della rilevazione: % in ritardo oltre la scadenza mensile non superiore al 2% (sono esclusi i DH di tipo non chirurgico);
Certificati di assistenza al parto: scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con le

SDO;
Certificati di assistenza al parto: Tempestività della rilevazione: % in ritardo oltre il mese non superiore al 5%;

Certificati di assistenza al parto: Rapporto tra CeDAP con segnalazione di malformazione rispetto alle SDO di neonati con diagnosi di malformazione (una delle 6 diagnosi con codice ICD-9-CM compreso tra 740xx e 759xx): scostamento massimo del 5% rispetto all'indicatore regionale;

Certificati di assistenza al parto: Completezza nella compilazione di tutti i campi (compresi i campi istituiti da Regione Lombardia nel 2016 e disponibili da portale): scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;

## PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE

Salute mentale e NPIA:

rispetto del tetto massimo di spesa 43 San complessivo (psichiatria + NPIA adulti) indicato dalla ATS territorialmente competente, con tendenziale diminuzione del ricorso ai ricoveri extraregione;

Riduzione delle contenzioni

Definizione di indicazioni/progetti per la promozione della salute fisica del paziente psichiatrico anche in collaborazione con i Servizi per le dipendenze; Realizzazione in ambito NPIA di eventi formativi multidisciplinari rivolti alle varie professionalità interessate su uno dei seguenti temi: autismo e disabilità complessa, acuzie psichiatriche ell'adolescenza, doppia diagnosi, transizione all'età adulta;

Dipendenze: redazione di una relazione, da trasmettere entro il 28.02.2019, che certifichi

- l'implementazione di servizi/attività per la diagnosi e cura del GAP;
- l'implementazione di attività di integrazione tra l'ambito della salute mentale e delle dipendenze;
- l'implementazione di attività di integrazione tra reparti ospedalieri e servizi per le dipendenze (es epatologia, infettivologia, psicologia clinica, ecc.);

Cure primarie: attuazione dell'Accordo integrativo regionale 2018 per specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie convenzionate con il SSN;

Misure innovative in ambito sociosanitario: redazione di una relazione, da trasmettere entro il 28.02.2019, delle attività anno 2018 descrittiva delle caratteristiche, emerse dalle valutazioni/rivalutazioni, delle persone che hanno beneficiato della misura Residenzialità assistita;

Negoziazione e contratto area sociosanitaria: monitoraggio, in collaborazione con le ATS, dell'andamento della spesa ADI e dei voucher emessi al fine di consentire l'erogazione del servizio per tutto il corso dell'anno e di rispettare il budget riconosciuto;





Direzione Generale

#### PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO

Reti di patologia: evidenza dell'attivazione di audit interni per il monitoraggio dell'effettiva continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali nell'ambito delle reti di patologia regionali e delle reti ospedaliere di cui al DM 70/2015;

Sistema Trasfusionale Regionale: consolidamento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano Annuale di programmazione e compensazione regionale ed extra-regionale delle unità di sangue su indicazione di AREU/Struttura Regionale di Coordinamento

Sistema Regionale Trapianti:

N° dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale;

N° dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione;

Nº di prelievi multitessuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2017 e comunque non inferiori a 3;

Numero di prelievi multitessuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2016 e comunque non inferiori a 3;

Promozione appropriatezza prescrittiva: attività di formazione ed informazione verso i prescrittori per il corretto utilizzo degli antibiotici classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico): realizzazione di almeno un evento formativo (eventualmente FAD) rivolto a Medici ospedalieri per il corretto utilizzo degli antibiotici, classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico);

Flussi Assistenza Farmaceutica: Flusso File F; Flusso File R; Flusso Acquisti Medicinali: Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi definite da D.G.W.;

Compilazione e aggiornamento dei questionari informatizzati sul Sito del Centro di Riferimento per la Qualità dei SMeL relativi alla produzione e organizzazione dei SMeL (cfr. D.G.R. n. X/7600 del20/12/2017):

- Partecipazione a incontri di formazione;
- Compilazione corretta dei questionari nei tempi richiesti;
- Mantenimento dell'aggiornamento degli stessi;

Reti locali di Cure palliative (RLCP) e relativi Dipartimenti interaziendali di Cure palliative ai sensi della D.G.R. n. X/5918/2016 in collaborazione con le ATS di riferimento:

- evidenza con Atto formale della istituzione della RLCP e/o adesione formale alla stessa;
- almeno una riunione nell'ambito dei dipartimenti interaziendali di cure palliative;

Attuazione della D.G.R. n. X/5455/2016 - Corsi regionali di formazione di I Livello per gli peratori della rete di Cure palliative:

- evidenza della partecipazione dei professionisti interessati alla attività formativa programmata dalla ATS di riferimento in attuazione alla D.G.R. n.5455/2016;

rilevazione del fabbisogno formativo e degli operatori formati;

Applicazione contenuti D.G.R. n. 1775/2011 e s.m.i., della D.G.R. n. 3993/2015 e della D.G.R. n. 7766/2018:

- Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz);
- Monitoraggio e vigilanza sulle liste di attesa in attuazione di quanto stabilito con D.G.R. 1775/2011, D.Igs. 33/2013 e D.G.R. 7766/18:
- raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015;
- evidenza della predisposizione e trasmissione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz);
- attuazione dei disposti del punto 3.3.6. della D.G.R. n. X/1185/2013 "Interventi di miglioramento dei tempi di attesa";
- partecipazione a sperimentazioni regionali e nazionali mirate all'ottimizzazione delle risorse a all'abbattimento delle liste di attesa

Monitoraggio della qualità percepita e implementazione del modello di rilevazione: rilevazione della qualità percepita e trasmissione dei flussi derivanti mediante il sistema di accoglienza SMAF;

Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle D.G.R. n. X/2313/2014, n. X/7600/2017 e delle note protocollo 1.2018.0006100 del 13/02/2018 e protocollo G1.2018.0006534 del 16/02/2018:

controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 30 giugno 2018, del 6,5% delle prestazioni di ricovero di cui:

- quota "fino al" 3,5% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza;
- quota "fino al" 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza;
- invio del Piano dei Controlli aziendale alla ATS di pertinenza entro il 28.02.2018;

Rete per l'assistenza alla madre e al neonato:

- progettazione del percorso nascita fisiologico (BRO) a gestione autonoma dell'ostetrica;
- formalizzazione delle modalità operative condivise con ATS per l'integrazione ospedale/territorio del percorso nascita;





#### Direzione Generale

#### **PREVENZIONE**

Promozione Salute - Prevenzione cronicità (fattori di rischio comportamentali): Implementare l'offerta di opportunità per l'adozione di stili di vita favorevoli alla salute nei dipendenti, nei visitatori e nei pazienti/utenti, in sinergia con le ATS:

evidenza documentata nella rendicontazione WHP 2018. Valutazione sufficiente se:

- Tutti i Presidi sono iscritti al Programma WHP;
- Presenza, nei presidi iscritti prima del 2018, di "Pratiche Raccomandate" nell'area "Tabagismo";
- Continuità, nei presidi iscritti prima del 2018, nello sviluppo delle pratiche nelle aree "Alimentazione", "Tabagismo", "Attività Fisica";

#### Area Screening oncologici:

Garantire le coperture dei programmi di screening oncologici attivati dalle ATS: screening tumore cervice uterina (PAP test come test primario per le donne tra 25-33 anni e HPVdna test come test primario in donne tra 34-64 anni); screening tumore colon retto e mammella (con ampliamento fasce di età come da DDG n. 3711 del 04/04/2017):

- '- 100% delle richieste ATS contrattualizzate
- Invio delle refertazioni di anatomia patologia ai Centri screening ATS (100% delle richieste relative ai cancri alla mammella screen detected incidenti nel 2017 entro 31 agosto 2018);
- Partecipazione dei professionisti di screening ai percorsi di analisi dei cancri di intervallo e dei cancri screen detected avanzati promossi dalle ATS;

Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività:

- 1. Segnalazioni alle ATS di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche, tubercolosi e MTS; verranno verificate attraverso l'utilizzo della piattaforma S-Mainf per l'inserimento delle segnalazioni:
- la tempestività della segnalazione;
- la completezza dei dati inseriti;
- la completezza delle segnalazioni inserite con l'evidenza dell'esito dell'incrocio con i dati delle SDO (a cura dell'ASST);
- 2. Invio tempestivo dei campioni isolati ai laboratori di riferimento regionali per morbillo/rosolia; malattie invasive batteriche e tubercolosi (valutazione a cura dell'ATS);

Aumento della copertura delle vaccinazioni:

1.Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS delle

seguenti percentuali di copertura:

- Coorte nati 2018:
- Rotavirus ciclo completo ≥75%;
- Meningococco B 1° dose ≥75%;
- Coorte nati 2006:
- HPV 2° dose ≥ 75%;
- Coorte nati 2002:
- antimeningococco ACWY ≥ 75%;
- Difterite Tetano Pertosse Polio 5° dose ≥75%:
- over 65 anni:
- antinfluenzale ≥75%;
- Coorte 1953:
- Pneumococco offerta;
- Herpes zoster offerta;

Attivazione dell'offerta

- per la coorte 2016 della vaccinazione antivaricella:
- per la coorte 2017 della vaccinazione antimeningococco B;
- per l'adolescenza della vaccinazione antimeningococco ACWY;
- 2. Inserimento in GEV di tutte le vaccinazioni, comprese antinfluenzali e quelle per categorie a rischio, attraverso applicativo aziendale o web application regionale;
- 3. Vaccinazione degli operatori sanitari con particolare attenzione alle unità operative a maggior rischio per la presenza di soggetti fragili (esempio: con situazioni

di immunodepressione, ginecologia ostetricia, pronto soccorso etc). Percentuale degli operatori immuni per MPRV e influenza suddivisa per UUOO;

AMBIENTI DI LAVORO: Segnalazione telematica di mesoteliomi, tumori nasosinusali, tumori della vescica e del polmone:

segnalazione di mesoteliomi, tumori naso-sinusali, tumori della vescica e del polmone individuati secondo i criteri descritti all'interno della funzionalità telematica presente in SISS a cura dei reparti competenti;

MEDICINA LEGALE: Riduzione tempi di attesa accertamenti area invalidità:

tempo medio di attesa tra data acquisizione pratica e prima convocazione a visita, per Commissioni invalidi ≤ 60 gg solari (escluse le procedure d'urgenza) periodo di riferimento secondo semestre 2018;

MEDICINA LEGALE: Miglioramento dei percorsi per il cittadino disabile:

riorganizzazione delle commissioni di cui all'art. 4 comma 1 bis della Legge n. 104/1992, finalizzate a consentire percorsi di accertamento distinti e specializzati per persone in età evolutiva, prevedendo la partecipazione delle necessarie figure specialistiche (come pediatri e neuropsichiatri infantili);





Direzione Generale

## **OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI**

#### **OBIETTIVO**

Efficienza organizzativa nell'attuazione dei programmi di investimento: rispetto dei tempi di consegna della documentazione progettuale, corredata dai pareri di legge previsti, alla D.G.W. entro i termini stabiliti dagli atti regionali (VII Atto Integrativo, Programma adeguamento Antincendio, D.G.R. n. X/6548/2017):

rispetto dei tempi indicati nell'originario provvedimento di assegnazione dei finanziamenti comprovato dalla lettera di trasmissione a D.G.W. della documentazione progettuale completa dei pareri previsti dalla normativa regionale (UTR e ATS). (il risultato viene decurtato del 5% per ogni mese solare di ritardo);

FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI:

Compilazione al 100% dei modelli HSP11 - HSP 11BIS - HSP12 - HSP13 -HSP 14 - HSP22BIS - HSP 23 - HSP 24 - RIA11 - STS 11 - STS 14 STS21 - STS 24 - FLS 11 - FLS12 - FLS 18 - FLS 21;

Invio flusso consumi dispositivi medici:

verifica del grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo del flusso consumi dispositivi medici con quello indicato nelle apposite voci di bilancio;

L'obiettivo è raggiunto con una percentuale pari all'85%. Tutte le aziende devono inviare il dato tutti i mesi dell'anno (nel caso di non invio mensile deve essere inviata nota formale a DG Welfare).

L'obiettivo è parametrato sulle stesse CND calcolate nell'adempimento LEA ministeriale;

Invio flusso contratti dispositivi medici:

verifica del grado di copertura dei contratti relativi ai dispositivi medici inviati;

L'obiettivo è raggiunto con una percentuale pari ad almeno il 25% dei codici di repertorio presenti nel flusso consumi dispositivi medici e nel flusso contratti dispositivi medici (anno 2018). L'obiettivo è calcolato con gli stessi parametri nell'adempimento LEA ministeriale, ma a livello di singola azienda anziché di intera Regione:

Verifica flussi CO.AN.:

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

b)Valutazione del rispetto delle % di quadratura Co.Ge. - Co.An., come da linee guida, e della coerenza della rilevazione dei ricavi con i flussi di produzione, misurata dai report di quadratura pubblicati sul portale del controllo di gestione (si terrà conto di eventuali situazioni particolari a livello aziendale ove adeguatamente giustificate);

Invio trigger in sala parto: verifica invio mensile dei trigger in sala parto;

Implementazione raccomandazioni Ministeriali: dovranno essere implementate a livello aziendale almeno l'80% delle raccomandazioni ministeriali pubblicate dal Ministero della Salute (tra quelle applicabili alla propria realtà). Per le aziende che hanno dichiarato nel 2017 di non aver ancora implementato le raccomandazioni 04, 08, 09, 10 e 14 l'obiettivo si ritiene raggiunto se le raccomandazioni risulteranno implementate;

Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell'area del personale: conto annuale esercizio 2017, allegato al CE anno 2017 (IV trimestre 2017), modello A e reciproca coerenza fra gli stessi: allineamento tra i dati inviati nei diversi flussi 90%;

STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2017:

Copertura entro il 31/12/2018 delle strutture autorizzate entro il 30/06/2018: 100%;

Copertura entro il 31/12/2018 delle strutture autorizzate dopo il 30/06/2018 ed entro il 30/09/2018: 50%;

Implementazione Sistema MOSA:

- pubblicazione quotidiana informazioni intera offerta ambulatoriale;

- invio quotidiano notifiche relative a tutti gli appuntamenti registrati;

Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio:

- raggiungimento produzione a contratto per Lombardi;

- rispetto degli obiettivi per beni e servizi per singola area come da D.G.R. n. X/7600/2017;

Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie verso la Regione:

- allineamento posizioni da Stato Patrimoniale per crediti e debiti (intercompany);
- verifica della sussistenza delle posizioni creditorie e debitorie;

Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany: pieno allineamento costi-ricavi e debiti-crediti;

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

Tempi di pagamento beni e servizi (ITP): rispetto dei tempi di pagamento;

Piano dei flussi di cassa: rispetto degli importi definiti con budget di cassa reale e pagamenti G3S (valutazione degli scostamenti per una corretta gestione delle risorse): verrà valutato lo scostamento tra la previsione e l'effettivo consuntivato (competenza 2018);

PAC – Percorso attuativo della certificabilità di bilancio: rispetto della tempistica stabilita dalle linee guida regionali;

Realizzazione di un progetto di adozione e incremento prescrittivo di farmaci biosimilari per i principi attivi etanercept e rituximab: relazione del progetto in cui si evidenzi l'incremento dei pazienti trattati con biosimilari 2018 vs 2017 ed il risparmio economico ottenuto, utilizzando come fonte dati le rendicontazioni file F delle due annualità;

AMBIENTI DI LAVORO: Promozione del benessere del lavoratore e prevenzione dei fattori di rischio: studio di contesto/fattibilità funzionale alla pianificazione degli interventi che integrano la prevenzione dai rischi e pericoli per la salute connessi al lavoro con la promozione del benessere del lavoratore (modello Total Worker Health);

Sistema Sanitario Regione Lombardia



## ASST Santi Paolo e Carlo

#### Direzione Generale

#### PROMOZIONE SALUTE - PREVENZIONE CRONICITÀ

- Implementare l'offerta di programmi, promossi da Consultori pubblici e accreditati, di promozione della salute 0-3 anni, in raccordo con percorsi di continuità ospedale territorio (PLS Punti Nascita) e in sinergia con le ATS
- Implementare l'offerta di programmi, promossi da Consultori pubblici e accreditati, di promozione della salute (life skills e peer education) in età adolescenziale, in sinergia con le ATS:
- Evidenza documentata (PROSA e SURVEY Stili di vita), di attività integrate di promozione delle principali "competenze genitoriali" (allattamento al seno, acido folico, astensione alcol e fumo, posizione nel sonno, sicurezza omestica e in viaggio, vaccinazioni, lettura ad alta voce –D.G.R. 5506/2016), con particolare attenzione ai target con fragilità socio-culturali;
- Partecipazione ai programmi regionali attivati dalle ATS ed alle attività formative regionali (Piano Formativo SSL 2018, Formazione Life Skills Training e Unplugged);

## AUMENTO DELLA COPERTURA DELLE VACCINAZIONI:

Raggiungimento delle seguenti percentuali di copertura:

Coorte nati residenti 2016:

- Esavalente 3° dose ≥95%;
- MPR 1° dose ≥95%;
- Varicella 1° dose ≥75%;
- Pneumococco 3° dose ≥95%;
- Meningococco C ≥95%;

Coorte nati 2012:

- Difterite Tetano Pertosse Polio 4° dose ≥95%;
- MPR 2° dose ≥95%;

Attuazione della D.G.R. n. X/6472/2017:

le UOOML contribuiscono al raggiungimento dell'obiettivo di emersione delle malattie professionali di cui al PNP/PRP con evidenza nel Sistema Informativo Regionale (Person@ -Ma.P.I./SMP);

MEDICINA LEGALE: Miglioramento dei percorsi per il cittadino disabile:

le UU.OO. di medicina legale forniscono il supporto formativo alle articolazioni specialistiche aziendali per la redazione del certificato introduttivo all'invalidità civile: realizzazione di un evento formativo (corso FAD, corso residenziale, ecc.);

## OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR

Presa in carico del paziente cronico:

- l'Azienda deve sottoscrivere il n. dei patti di cura pari all'80% delle manifestazioni di interesse dichiarate nell'anno 2018;

- l'Azienda deve redigere e pubblicare n. di PAI pari all'80% dei n. di patti di cura sottoscritti nel 2018;

Pubblicazione AGENDE di prenotazione delle prestazioni sanitarie: pubblicazione del 100% delle AGENDE di prenotazione delle prestazioni sanitarie;

Rispetto TEMPI d'ATTESA: valutazione del rispetto delle normative nazionali e regionali vigenti in materia di tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie;





#### Direzione Generale

## **OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI**

Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico.

Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico.

Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata.

Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella.

Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon retto.

Abbandoni da Pronto Soccorso.

Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti.

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario

Mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio (scc)

Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (bpac)

Mortalità a 30 giorni da riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui

Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon

Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto naturale)

Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto cesareo)

Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (bpco) riacutizzata.

Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano.

I criteri soglia che la ASST utilizzerà saranno quelli stabiliti da Regione Lombardia



Direzione Generale

## Le dimensioni della Performance e gli indicatori di risultato

Gli obiettivi strategici sono annualmente tradotti in piani specifici di attività e declinati in obiettivi gestionali ed operativi attraverso il processo di budgeting. Per ciascuno di alcuni obiettivi, assegnati ai singoli CDR, vengono riportati la dimensione oggetto d'analisi e uno o più indicatori di misurazione.

PROCESSO DECISIONALE: ATTUAZIONE DELLA GESTIONE		
Dimensione di analisi	Indicatore	
Qualità processi e dell'organizzazione	Presentazione e attivazione progetto di riorganizzazione dei posti letto di area medica	
	Redazione piano sorveglianza sanitaria	
	Rispetto dei tempi del piano di sorveglianza sanitaria	
	Attivazione agenda informatizzata per gli interventi chirurgici	
	Protocollo nefrolitiasi	
	Studio e monitoraggio sulla cardiopatia ischemica e lo scompenso cardiocircolatorio	
	Elaborazione di una procedura operativa con criteri di ricovero e dimissioni del pz	
	Collaborazione al progetto di "pulizia" delle liste di attesa per intervento chirurgico	
	Definizione criteri di priorità per gli interventi chirurgici condivisa con SSD Gestione BO/DS	
	Revisione completa della checklist di sicurezza del paziente chirurgico sottoposto a procedurechirurgiche e invasive (in	
	coerenza col progetto n.5 del P.A.R.M. 2017)	
	Progetto di Riorganizzazione dell'attività chirurgica con particolare attenzione alla centralizzazione di alcune attività chirurgich	
	nell'ottica di una maggiore specializzazione	
	Attivazione pronta disponibilità interpresidio di chirurgia vascolare	
	Collaborazione alla defiizione del progetto di chirurgia endovascolare con i radiologi	
	Condivisione di un unico progetto diagnostico terapeutico tra pneumologia e chirurgia toracia a livello di ASST	
	Verifica della prescrizione con consegna di ricette dematerializzate alla dimissione (da visita amb./ricovero/PS)	
	Presentazione progetto di riorganizzazione dell'attivtà tra i due presidi (centralizzazione dell'elettrofisiologia)	
	Revisione completa della checklist di sicurezza del paziente chirurgico sottoposto a procedurechirurgiche e invasive (in	
	coerenza col progetto n.5 del P.A.R.M. 2017)	
	Presentazione di un progetto di attività interpresidio/interdisciplinare/interdipartimentale attività ambulatoriale terapia del dolore	
	Presentazione di un progetto di attività interpresidio/interdisciplinare/interdipartimentale attività emato-oncologico	
	Attivazione progetto sulla riorganizzazione delle attività relative alla somministrazione delle terapie, contestuale alla	
	centralizzazione dell'UFA e monitoraggio mediante customer	
	Malnutrizione ospedaliera nel paziente ricoverato: applicazione procedura AST_NUT_401 "Valutazione e gestione del rischic	
	nutrizionale nel paziente ricoverato" e ralativa formazione nei reparti pilota entro il 30/06/2018	
	Organizzazione dell'attività ambulatoriale "in senso dipartimentale " e "per malattia " con concentrazione in un unico presidio	
	delle malattie a bassa prevalenza - dip epato-gasto-metabolico	
	Compilazione episodio di contenzione dei minori ricoverati in pediatria	
	Condivisione di un percorso diagnostico terapeutico sull'asma , in collaborazione tra le due U.O. e i PLS cogestori	
	Aggiornamento e relativa formazione procedura AZI_PDT_002 "Sepsi in età pediatrica. Protocollo per la diagnosi ed il	
	trattamento precoci" del 2014	
	Scrittura e relativa formazione procedura "La sepsi in ostetricia" , con introduzione dello score MEOWS, come da indicazione	
	di rL	
	Estensione del long acting e valutazione dell'aderenza alla terapia	
	Gestione integrata dei pz con i SERD penitenziari	





## Direzione Generale

Qualità processi e dell'organizzazione	Modellizzazione SerD Territoriale con sedi specializzate e collaborazioni trasversali tra le sedi:  1) Modello organizzativo  2) ottimizzazione utilizzo risorse ed erogazione prestazioni attraverso collaborazioni trasversali  3) determinazione costo medio caso trattato
	Implementazione attività GAP con sede dedicata e specifica modalità di presa in carico in applicazione LEA 2017:  1) Costituzione equipe dedicata  2) Procedura scritta presa in carico GAP secondo le indicazioni letteratura scientifica di riferimento  3) Aumento 10% pazienti trattati 2017
	Integrazione Ospedale-Territorio: Attivazione collaborazione con almeno 2 Reparti Ospedalieri/Servizi in applicazione L.R. 23/2015:  1) Nº accordi scritti tra SerD e Reparti relativamente a modalità collaborazione, reciproci invii e trattamento integrato pazienti 2) Nºpazienti trattati congiuntamente
	Confronto dei modelli organizzativi in funzione dei volumi di attività e della dotazione organica e proposta di modelli organizzativi omogenei tra le due radiologie Recupero ausili riutilizzabili da assistiti deceduti : 1) n° assistiti deceduti per i quali è stato disposto ritiro dispositivi protesici;
	2) evidenza monitoraggio concordato con SUPI  Mantenimento dei tempi autorizzativi di prescrizioni soggette a verifica ASST ( per le zone attualmente in carico):  n° prescrizioni autorizzate entro 3 gg dalla ricezione  Verifica della corretta periodicità dei controlli specialistici nei pazienti ventilati a cui sono fornite apparecchiature domiciliari:  n° di richiami a visita specialistica annuale/n° di pazienti con nuove forniture di ventiloterapia nel 2016 che non hanno eseguito
	il controllo. (verifica trimestrale)  Classificazione standardizzata dei pazienti in carico ADI, senza soluzione di continuità da almeno tre trimestri, per individuare possibili candidati di interventi specialistici integrativi :  Completamento classificazione (100% eleggibili)
Anticorruzion e etrasaprenza	Compilazione dichiarazione pubblica di interessi sulle segnalazioni aziendali AGENAS  Applicazione dispositivi legislativi anticorruzione e trasparenza al processo di certificazione dello stato di tossicodipendenza:  1) Produzione/conferma procedura.  2) Audit interno per tutte le certificazioni anno 2018 e audit esterno per un campione 10%
Qualità proces	Aumento % dimissioni protette segnalati al csa e diminuzione dei tempi tra ammissione in reparto e segnalazione Presa in carico del pz: nº di pz con sottoscrizione patto di cura Attività utilizzo sfere con ittrio 90 Densitometria ossea MOC Monitoraggio mensile TAT prestazioni





## ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

Conclusioni

Il Piano della Perfomance costituisce l'esplicito impegno dell'ASST Santi Paolo e Carlo in materia di ottimizzazione dell'attività e dell'efficienza e trasparenza degli atti che regolano la vita dell'Azienda.

Il principio ispiratore attorno al quale è stato costruito è quello di un'organizzazione che progetta, apprende, attraverso il monitoraggio dell'attività svolta, si corregge e programma il futuro.

Il messaggio chiaro ed inequivocabile che la Direzione Strategica ha inteso trasferire 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 ed amministrative, 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 rilievo con un incidenza significativa sul totale, la corretta valorizzazione delle risorse disponibili, costituisce la priorità assoluta in termini di miglioramento dell'efficienza e della qualità prestazionale.

I propositi aziendali di investire nell'ammodernamento delle infrastrutture, nell'aggiornamento tecnologico oltreché nel percorso di razionalizzazione della rete territoriale, rappresentano solo alcune dimostrazioni di un'avveduta e lungimirante progettualità incentrata su un orizzonte temporale di lungo periodo i cui risultati, auspicabilmente, si potranno osservare tra qualche anno.

46

