



Deliberazione n. 0002026 del 06/12/2017 - Atti U.O. Direzione Strategica

**Oggetto: APPROVAZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE ANNO 2017****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 Borromeo;

**vista** la propria deliberazione n. 1 dell’01.01.2016, esecutiva ai sensi di legge, avente ad oggetto: “Preso 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. 263 del 14 febbraio 2017 avente per oggetto: “Approvazione proposta di Bilancio Preventivo Economico Esercizio 2017. V1”

**preso atto** che in data 07/09/2017 è stato presentato ai competenti uffici regionali il bilancio di assestamento 2017 V2;

**preso atto** altresì che in data 11/10/2017 è stato approvato da Regione Lombardia il Decreto n. 12412 avente come oggetto “Assegnazione del finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l’esercizio 2017 alle ASST e AREU, a seguito delle procedure di assestamento. Modifica ed integrazione dei decreti n. 1221 del 7 febbraio 2017 e n. 1292 dell’8 febbraio 2017, e contestuale allineamento degli impegni”;

**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 indicazione 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/4702 del 29.12.2015 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2016” che stabilisce, tra l’altro, che il Piano Integrato per il Miglioramento dell’organizzazione (P.I.M.O.) dovrà essere strutturato con l’evidente integrazione dei sistemi di valutazione delle performance aziendali, mediante l’individuazione di obiettivi di miglioramento sulla base di un set di indicatori testati nel 2015;
- 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 – Nomina dei Componenti”;
- la D.G.R. n. X/5954 del 05.12.2016 avente per oggetto. “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario per l’esercizio 2017”;
- il Decreto n. X/6963 del 31.07.2017 avente ad oggetto: “Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e AREU relativa alla definizione degli obiettivi aziendali per l’anno 2017”;

**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 2017”, 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 2017”, 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 procedurali 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 2017”, 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 2017, 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..



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. 45 pagine di allegati che costituiscono parte integrante e sostanziale.



## ***Piano della Performance aziendale 2017***



## **Indice**

<i>Presentazione del Piano.....</i>	<i>3</i>
<i>ASST Santi Paolo e Carlo: Chi siamo.....</i>	<i>4</i>
<i>Organizzazione e attività svolta.....</i>	<i>8</i>
<i>La pianificazione strategica.....</i>	<i>33</i>
<i>Le dimensioni di analisi e la misurazione delle performance attraverso gli indicatori di risultato.....</i>	<i>42</i>
<i>Conclusioni.....</i>	<i>45</i>



## ***Presentazione del Piano***

Il Piano della Performance 2017 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.



## ***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;
- 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,

- 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.

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.

## ***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 2017.

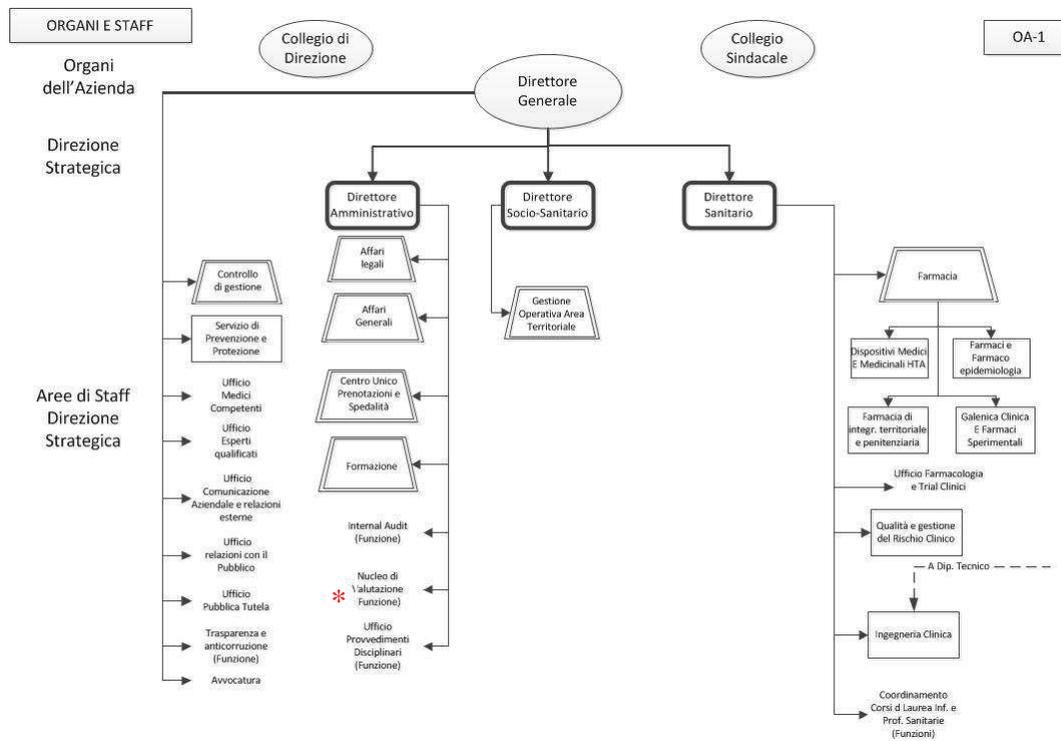


Tipologia attività	Indicatore	Anno 2016	Anno 2017 *dati aggiornati al 31/08/2017
Ricoveri ordinari	Numero casi	35.578	22.585
	Casi oltre soglia	2.748	1.824
	Degenza Media	6,8	7,0
	Rimborso medio caso	3.548	3.693
	Peso medio	1,03	1,06
	% dtg chir	27,3%	27,6%
Day Hospital	% dtg med	66,5%	63,5%
	Numero casi	8.447	4.439
	Numero accessi	15.370	6.728
	Rimborso medio/caso	1.056	1.093
	Rimborso medio/accesso	580	721
	Peso medio	0,81	0,81
	% dtg chir	48,4%	55,0%
Prestazioni ambulatoriali	% dtg med	45,8%	39,1%
	Numero prestazioni (compreso PS)	2.984.371	1.906.086
Prestazioni PS	Numero accessi	153.861	99.922

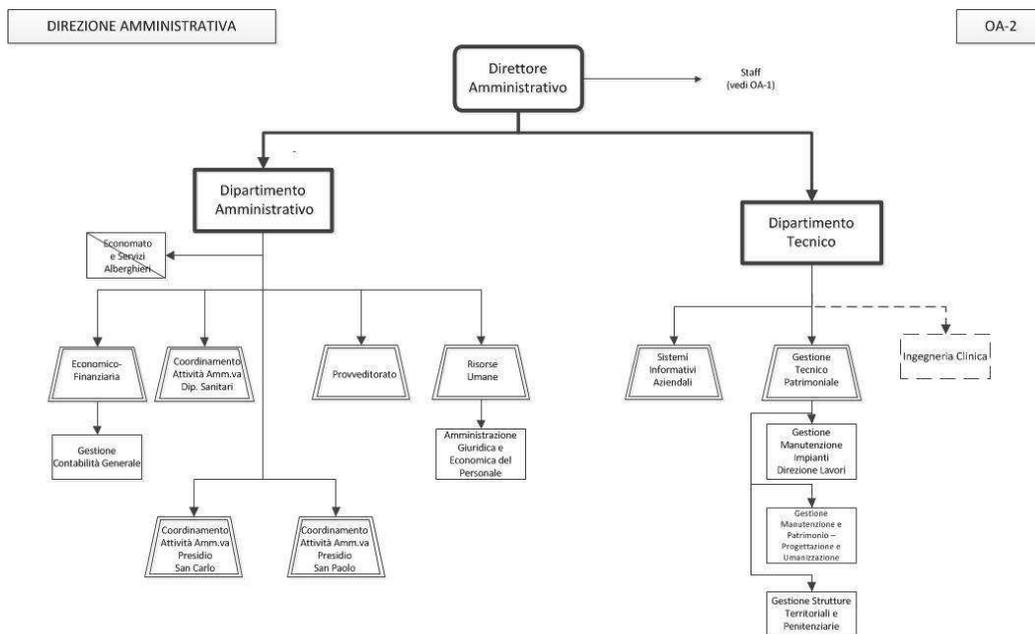
Personale aziendale		
Teste medie per categoria professionale	Anno 2016	Anno 2017 *dati aggiornati al 31/08/2017
Medici Dip./Univ.	628,0	640,1
Dirigenti Sanitari Dip./Univ	54,0	63,0
Dirigenti Amm.w/Professionali	19,0	19,0
Infermieri	1.510,0	1.478,3
Tecnici Sanitari	288,0	271,9
Personale di Assistenza e Supporto	323,0	334,0
Amm.vi	331,0	325,0
Personale Tecnico area amm.va	385,0	380,0
Consulenti	105,0	120,0
<b>TOTALE</b>	<b>3.653,0</b>	<b>3.636,2</b>
Posti Letto effettivi mediati		
	Anno 2016	Anno 2017 *dati aggiornati al 31/08/2017
Ordinari	867,3	862,5
DH	74,0	72,8
<b>TOTALE</b>	<b>941,3</b>	<b>935,3</b>

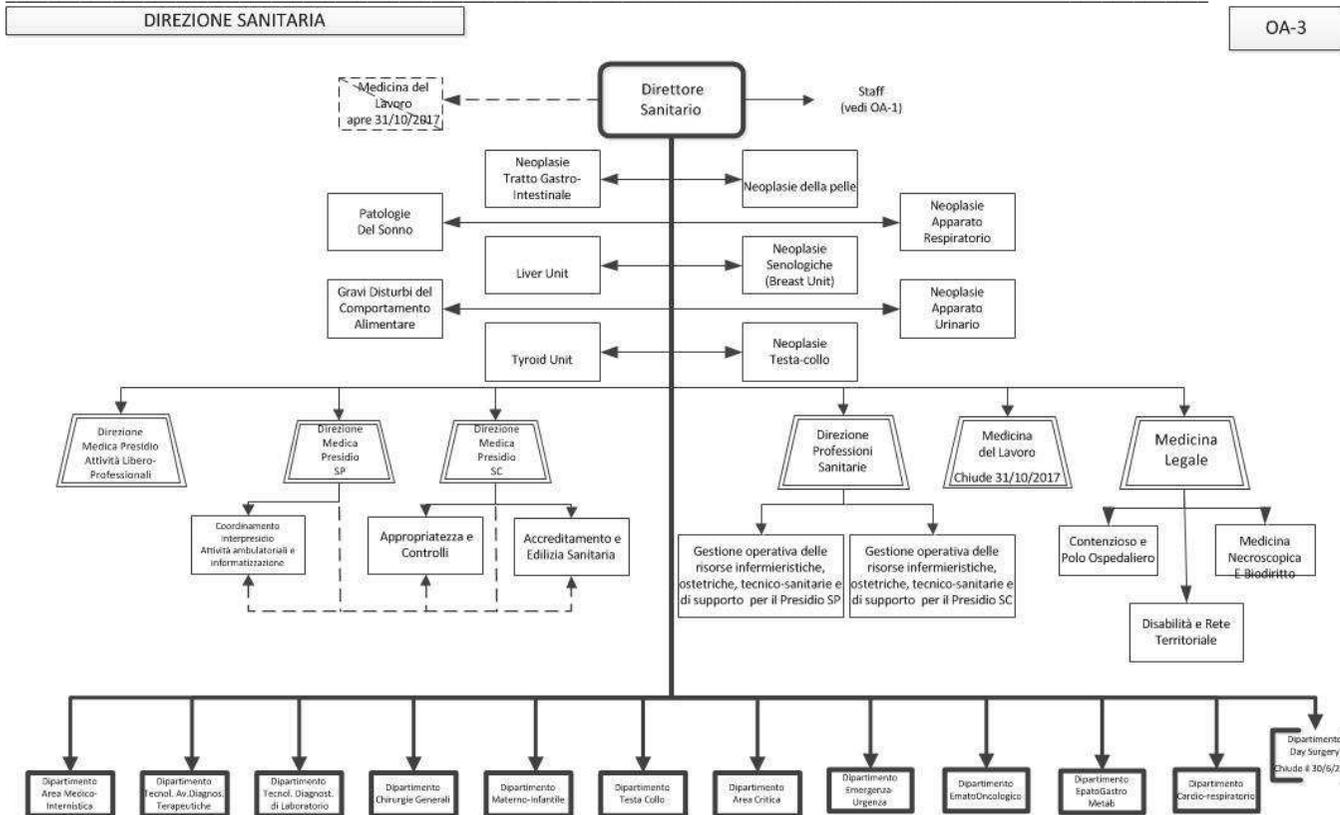


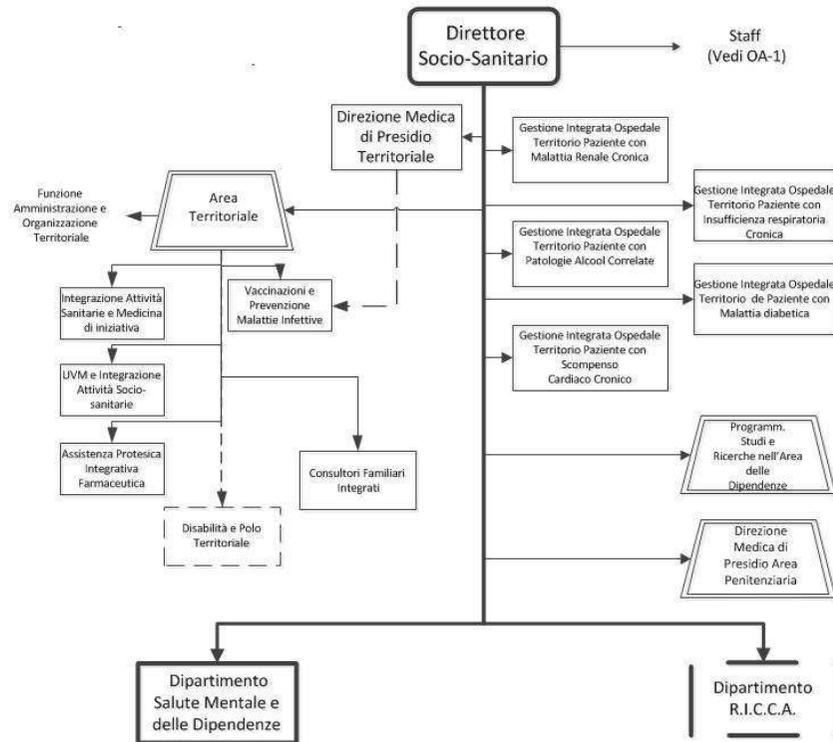
### Organigramma aziendale

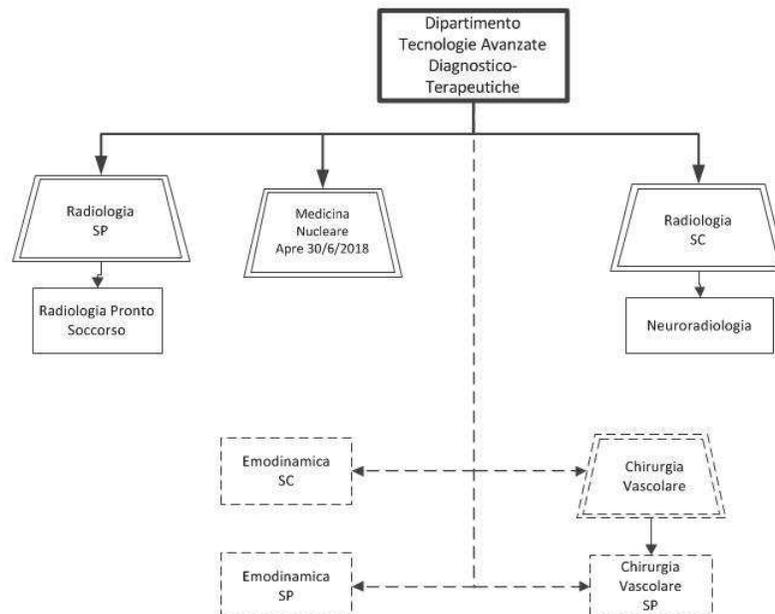


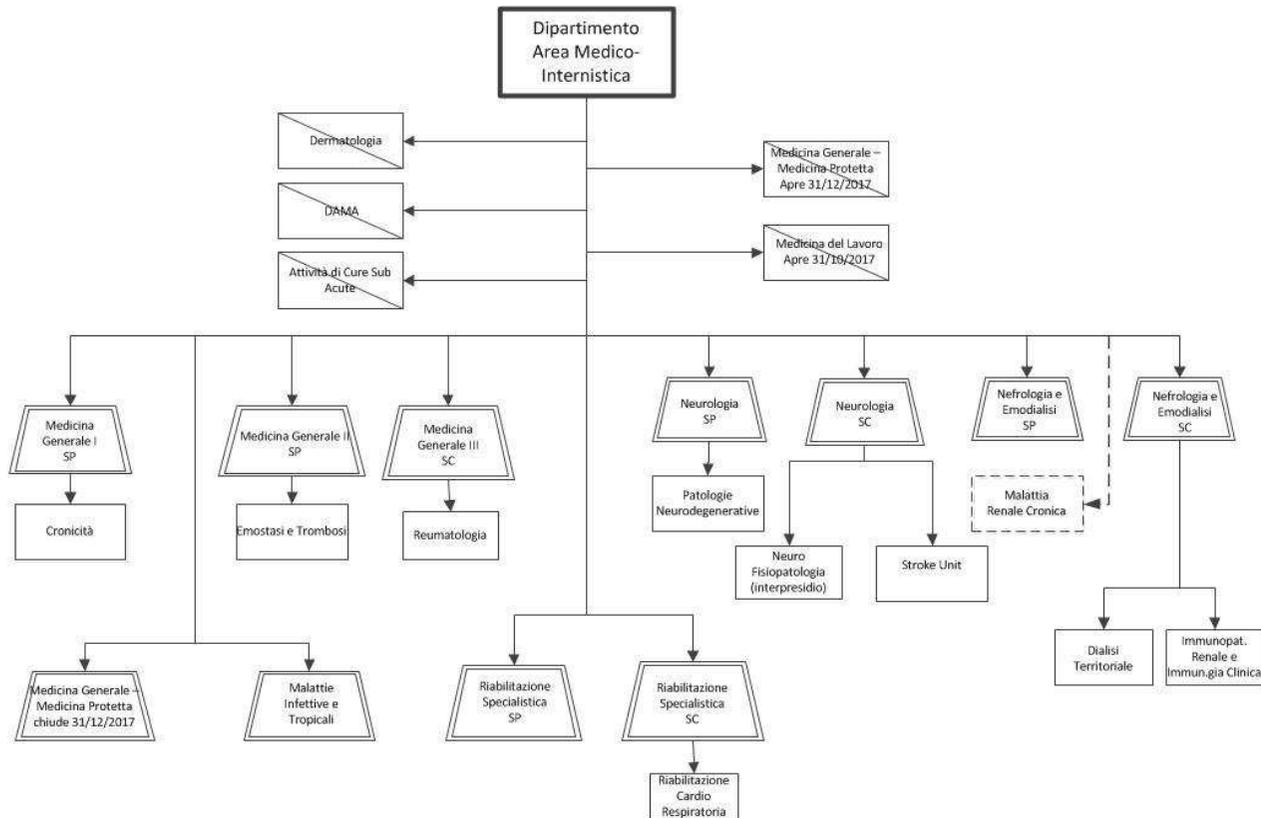
\* È in fase di correzione la sua corretta allocazione nell'organigramma in coerenza con quanto descritto nel testo e previsto dalle indicazioni regionali





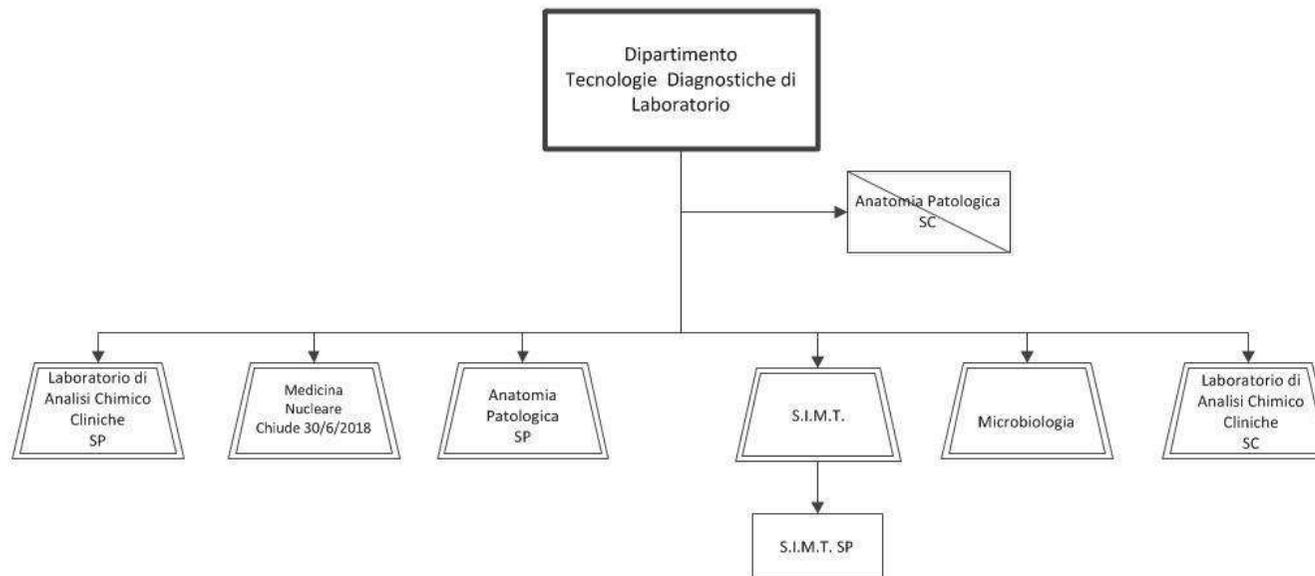






DIPARTIMENTO TECNOLOGIE DIAGNOSTICHE DI LABORATORIO

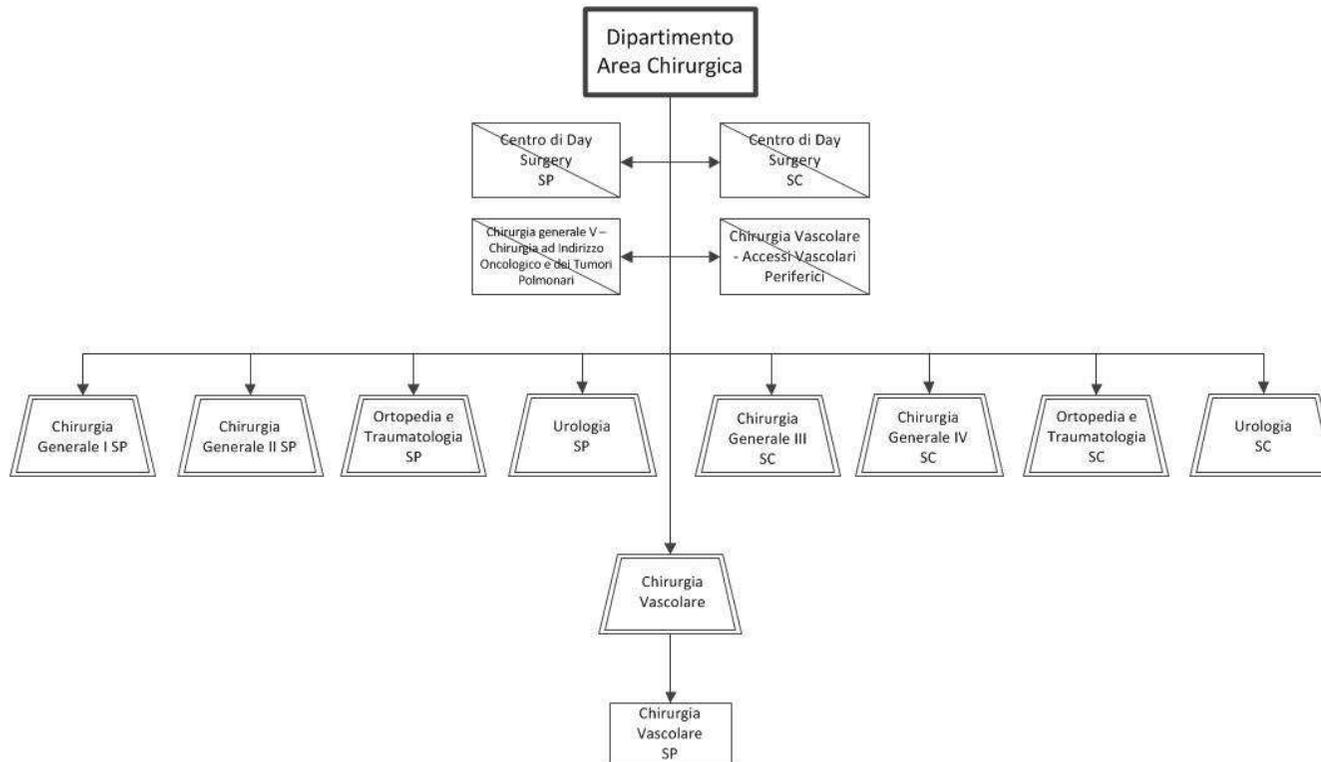
OA-3.3

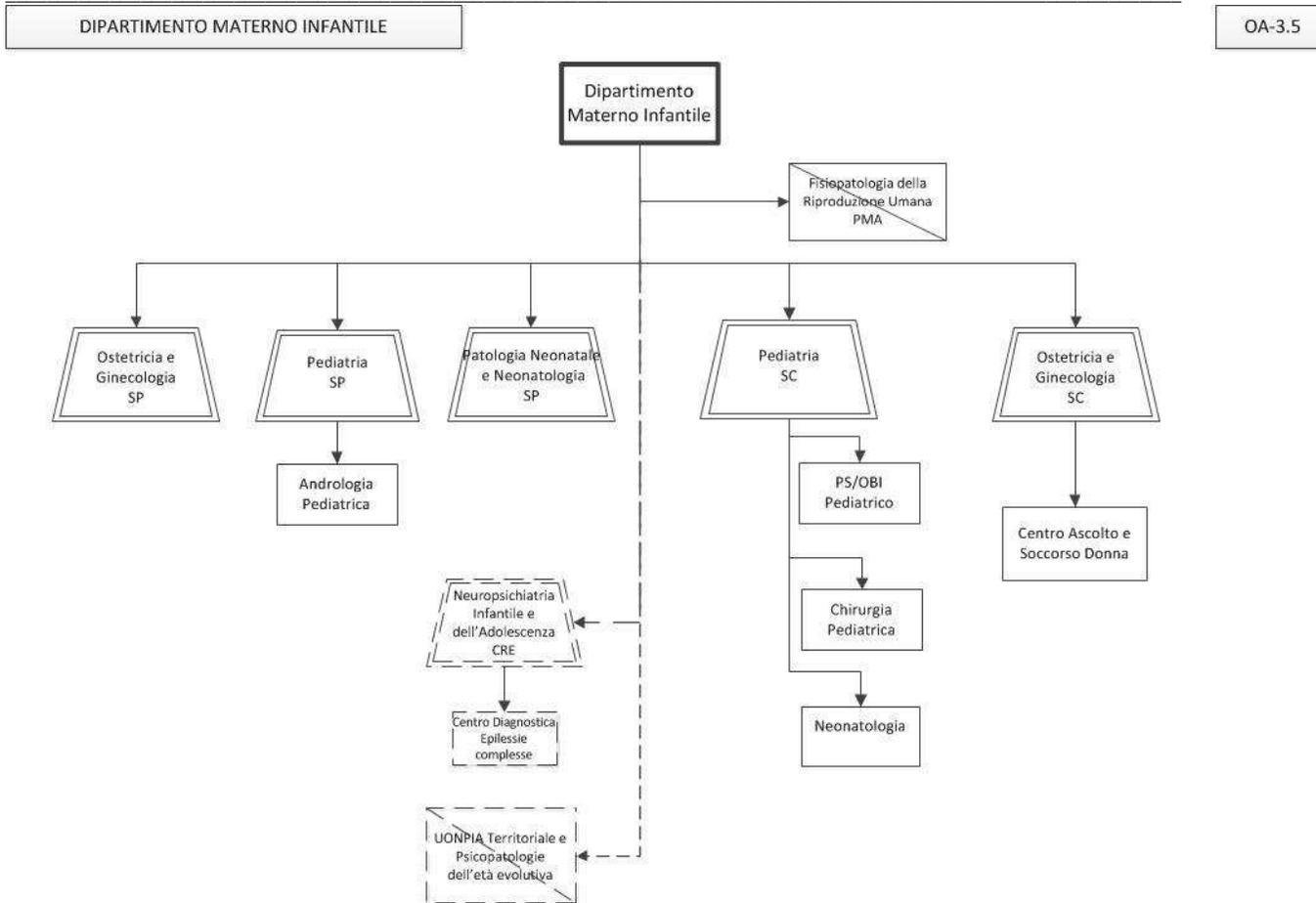




DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

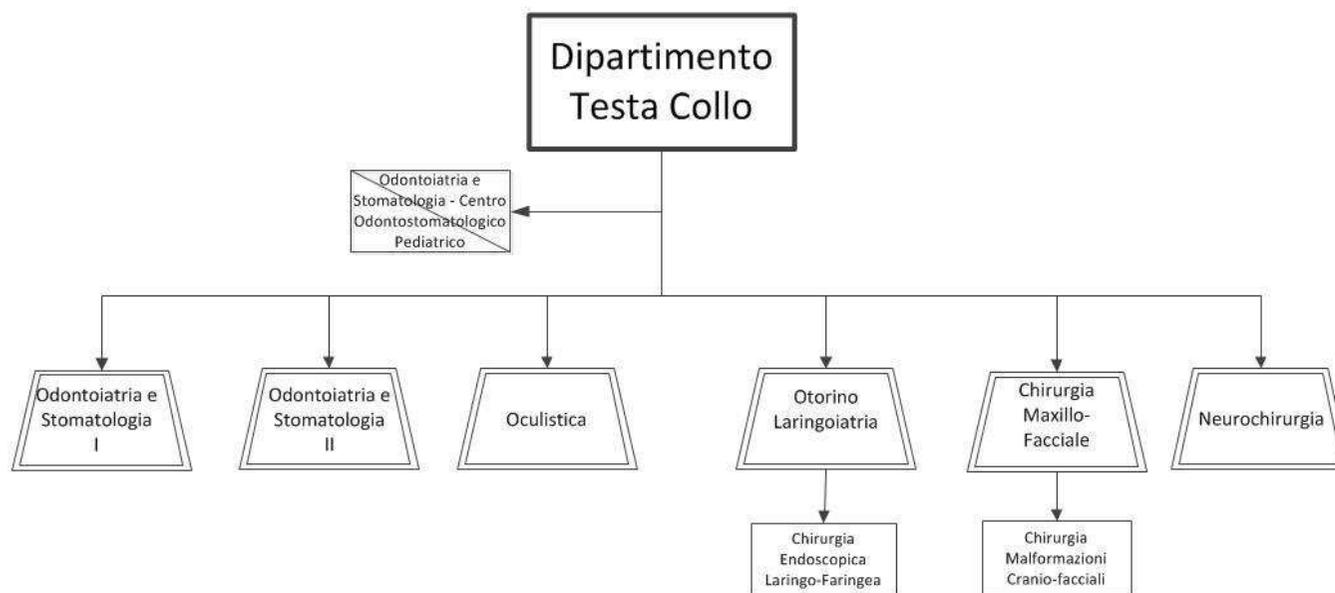
OA-3.4

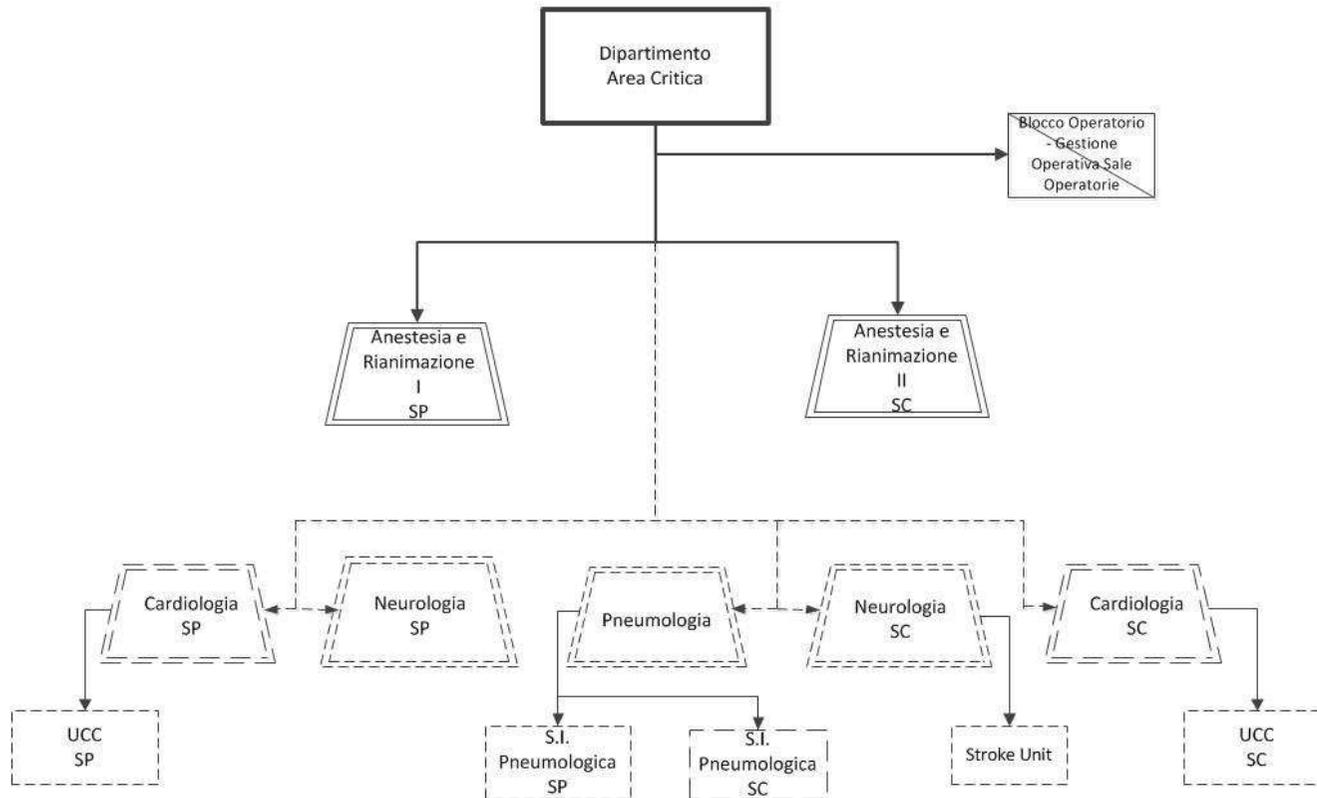


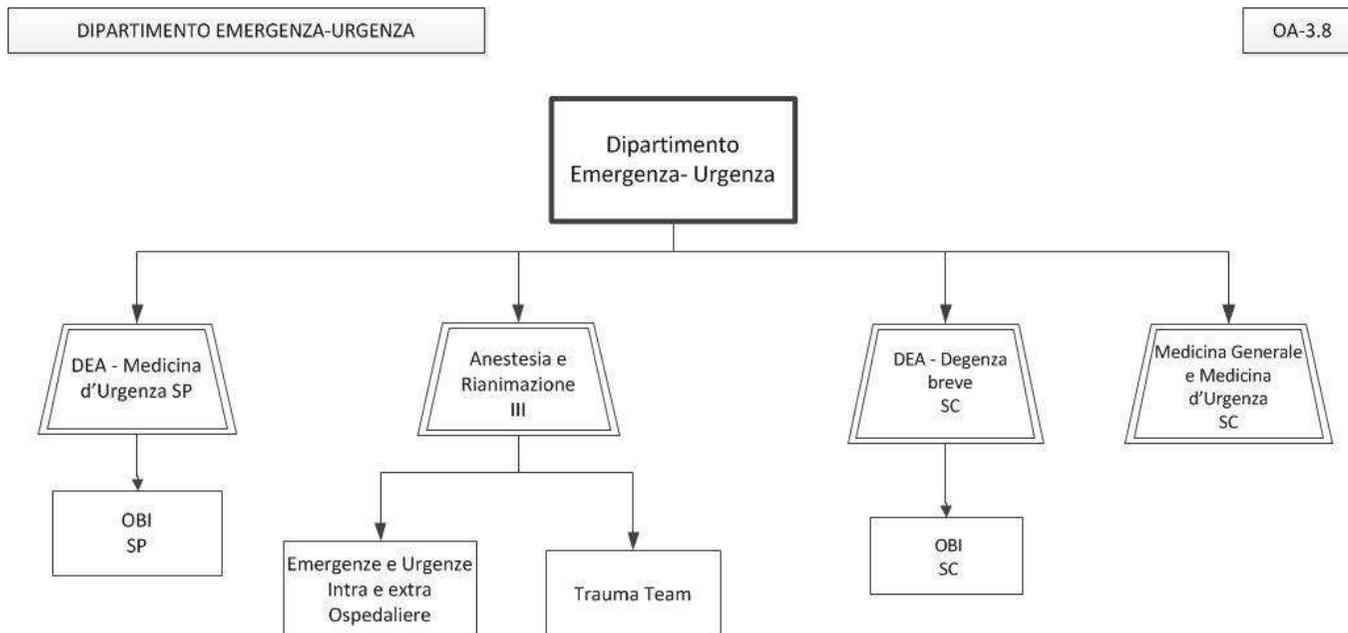


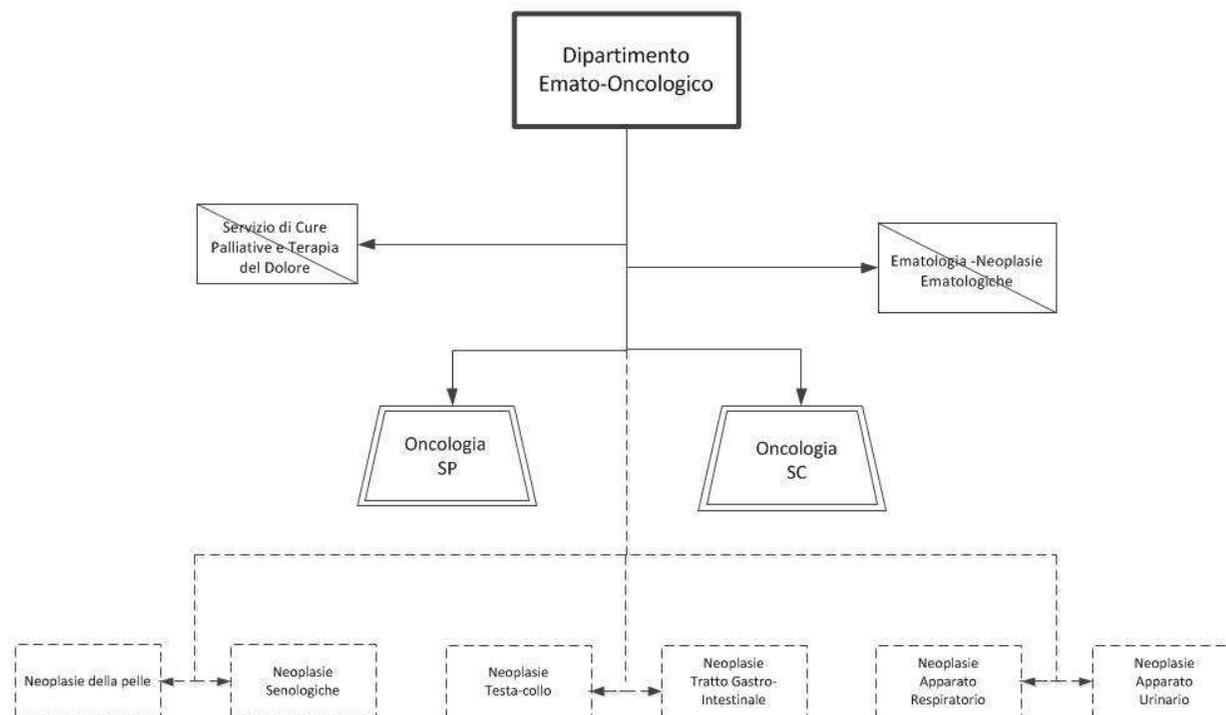
DIPARTIMENTO TESTA-COLLO

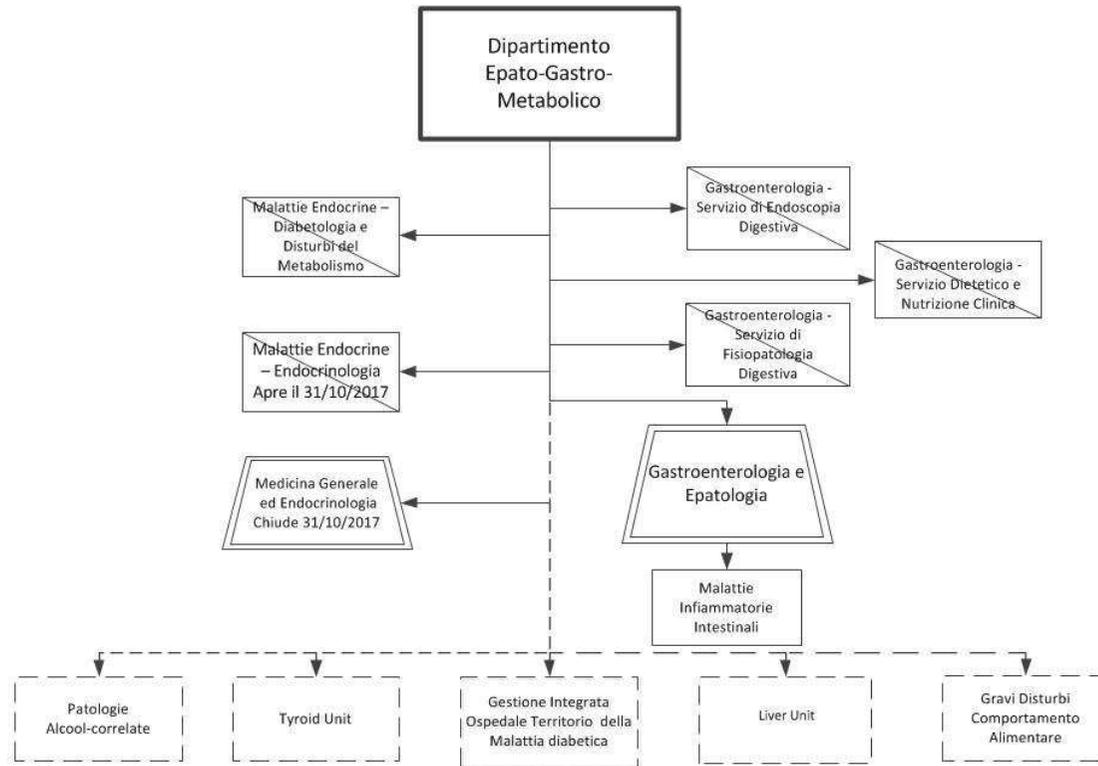
OA-3.6

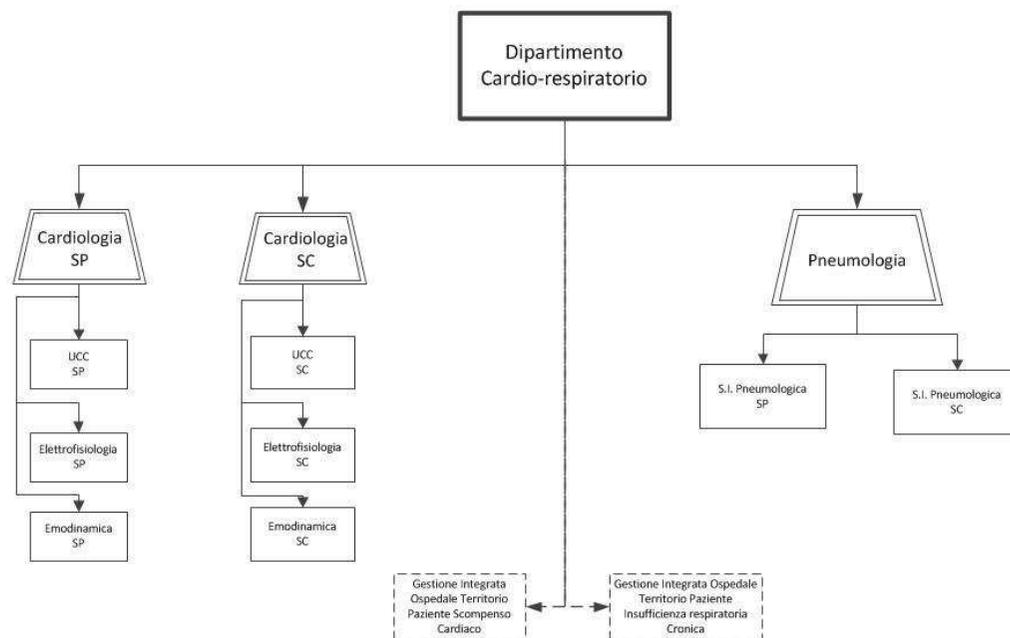


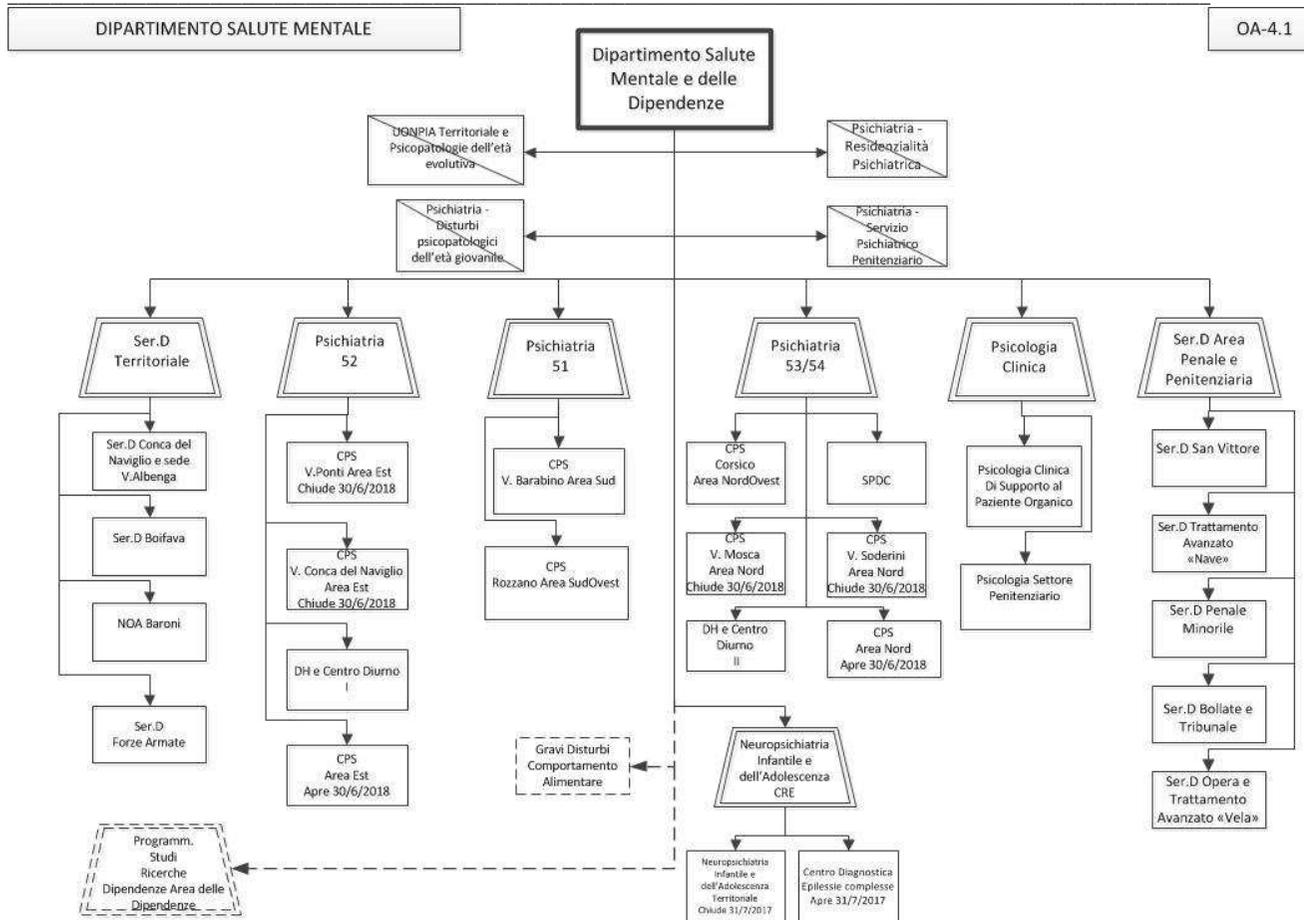


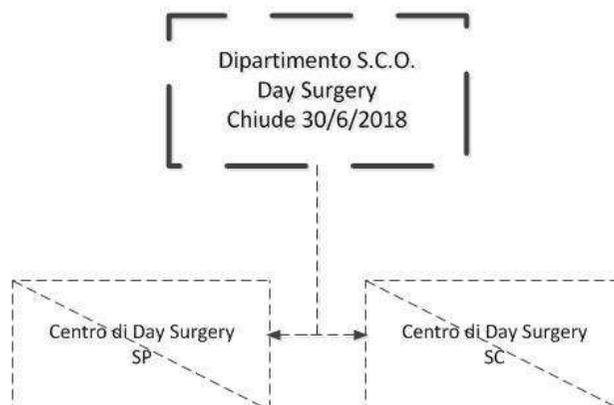


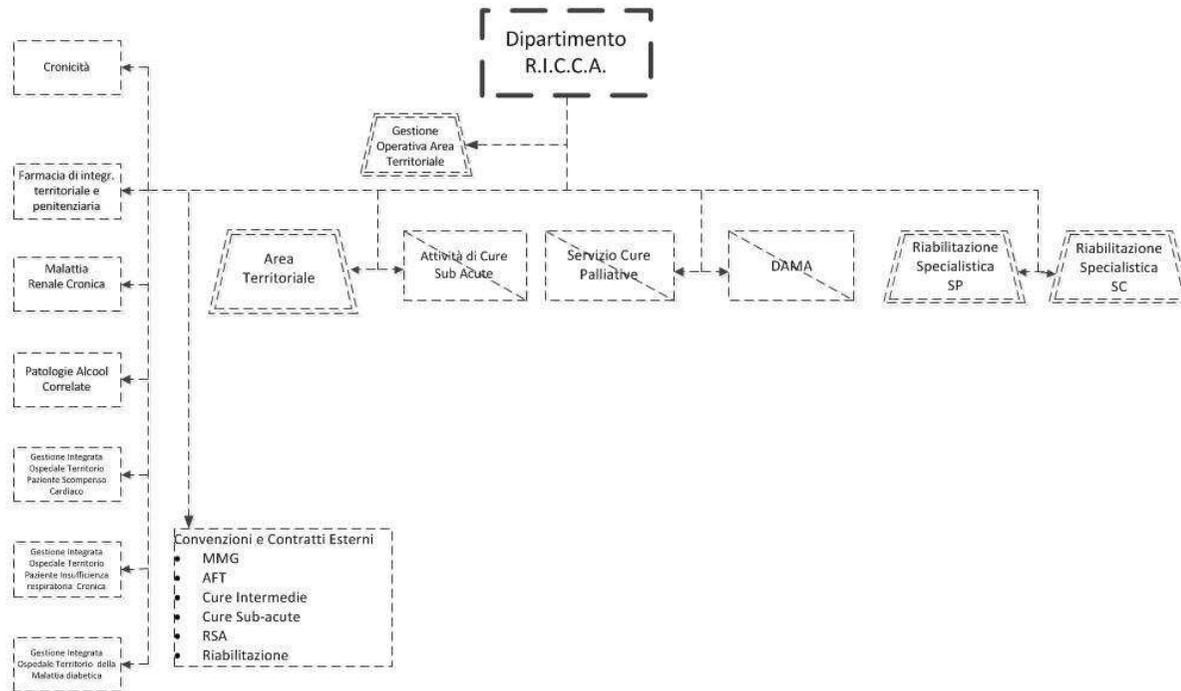


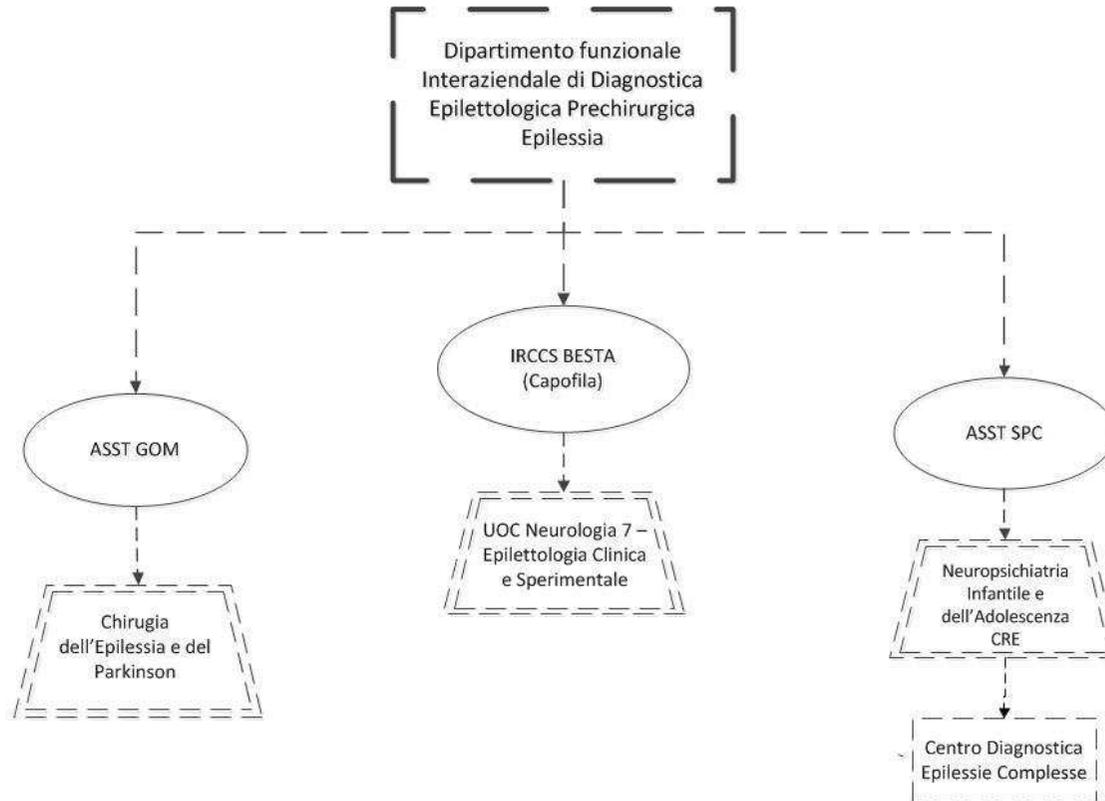


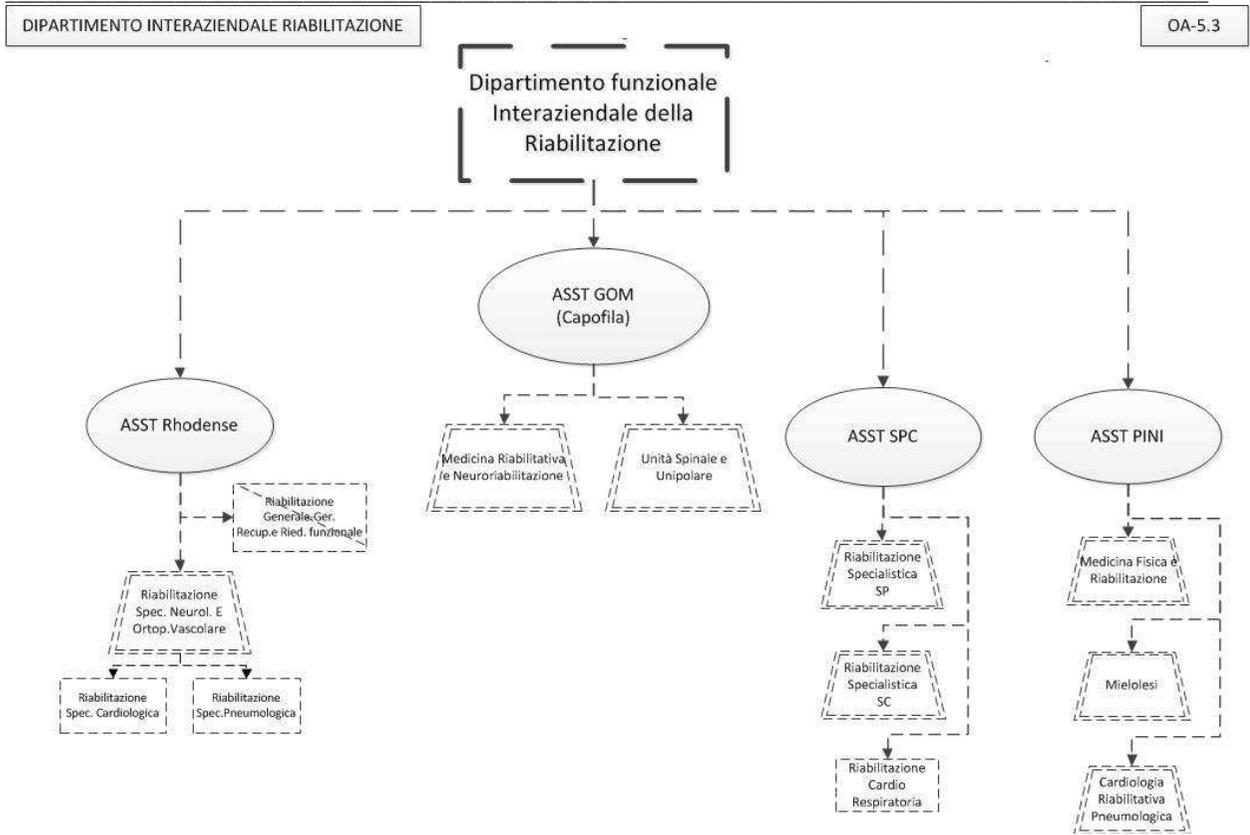












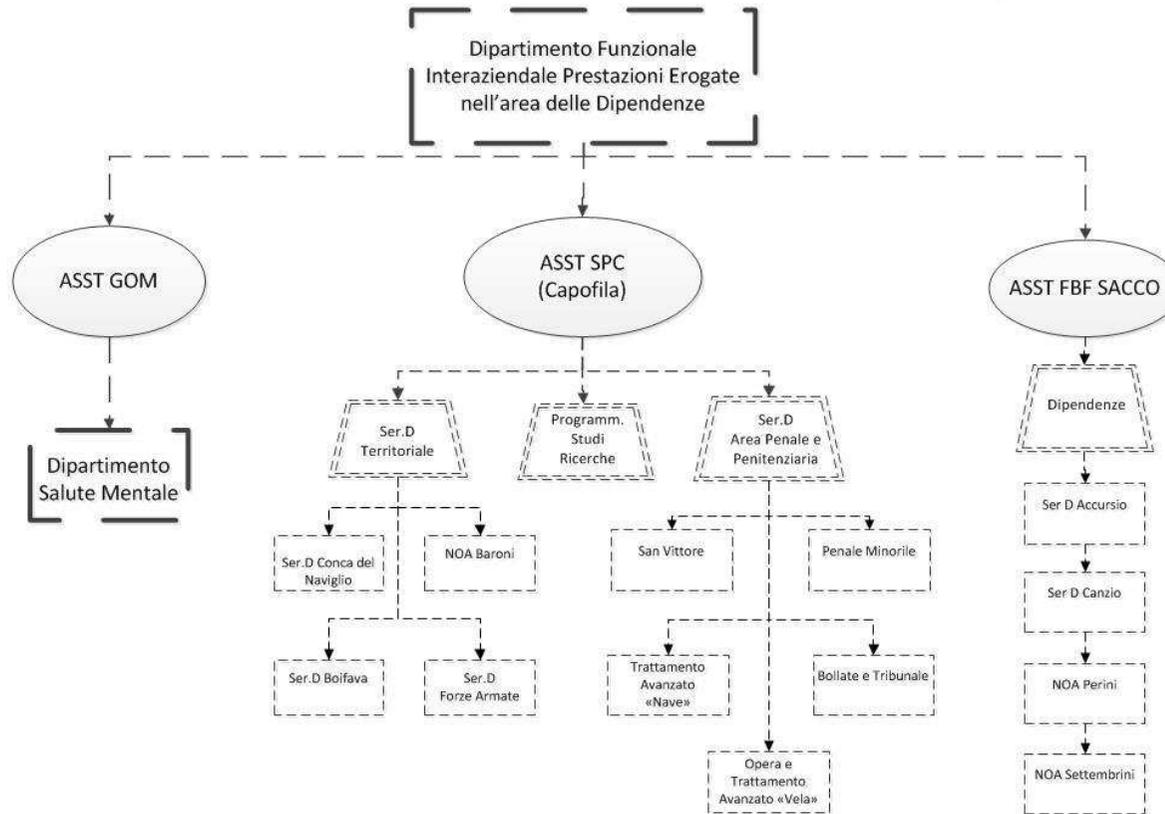


# ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DIPENDENZE

OA-5.4

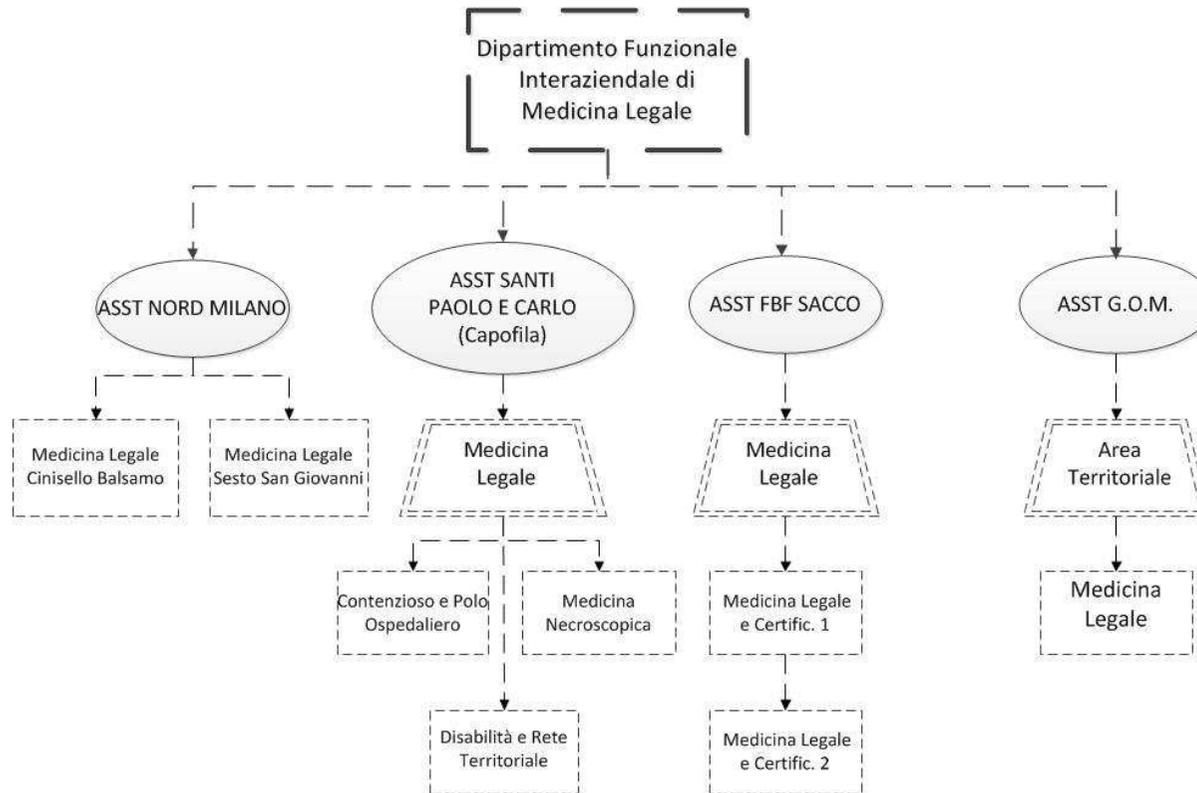


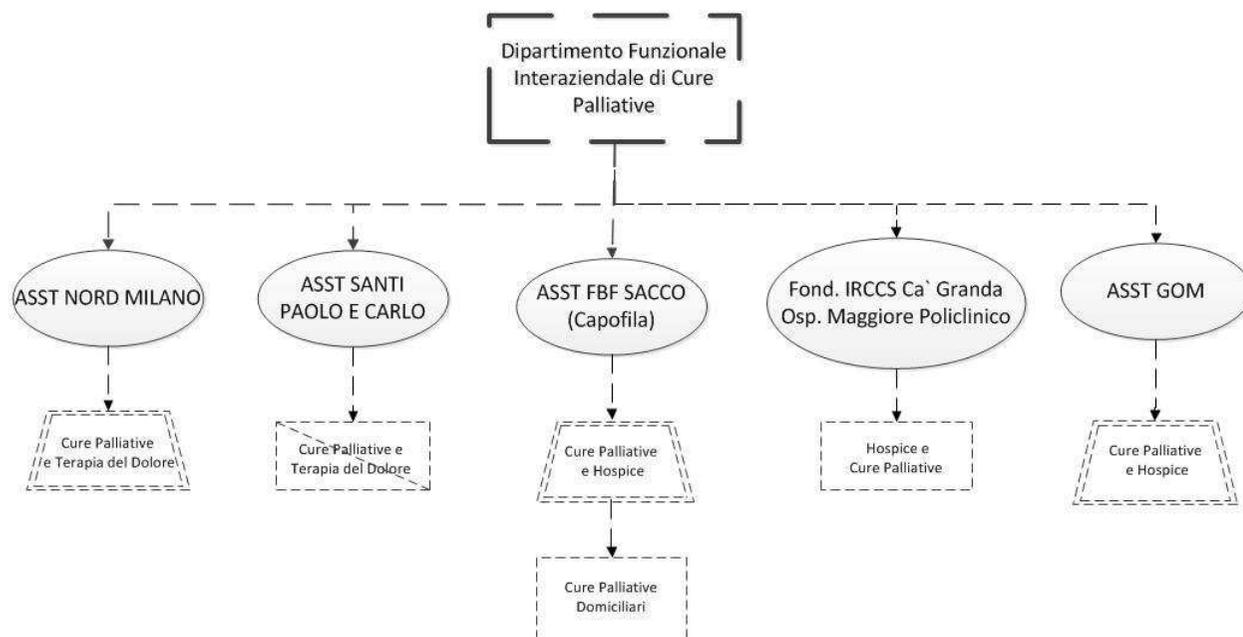
# ASST Santi Paolo e Carlo

Direzione Generale

DIPARTIMENTO DI MEDICINA LEGALE

OA-5.5





Organigramma Aziendale



## ***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 2015 – 2017 (PSSR) e dalle Regole di Sistema.

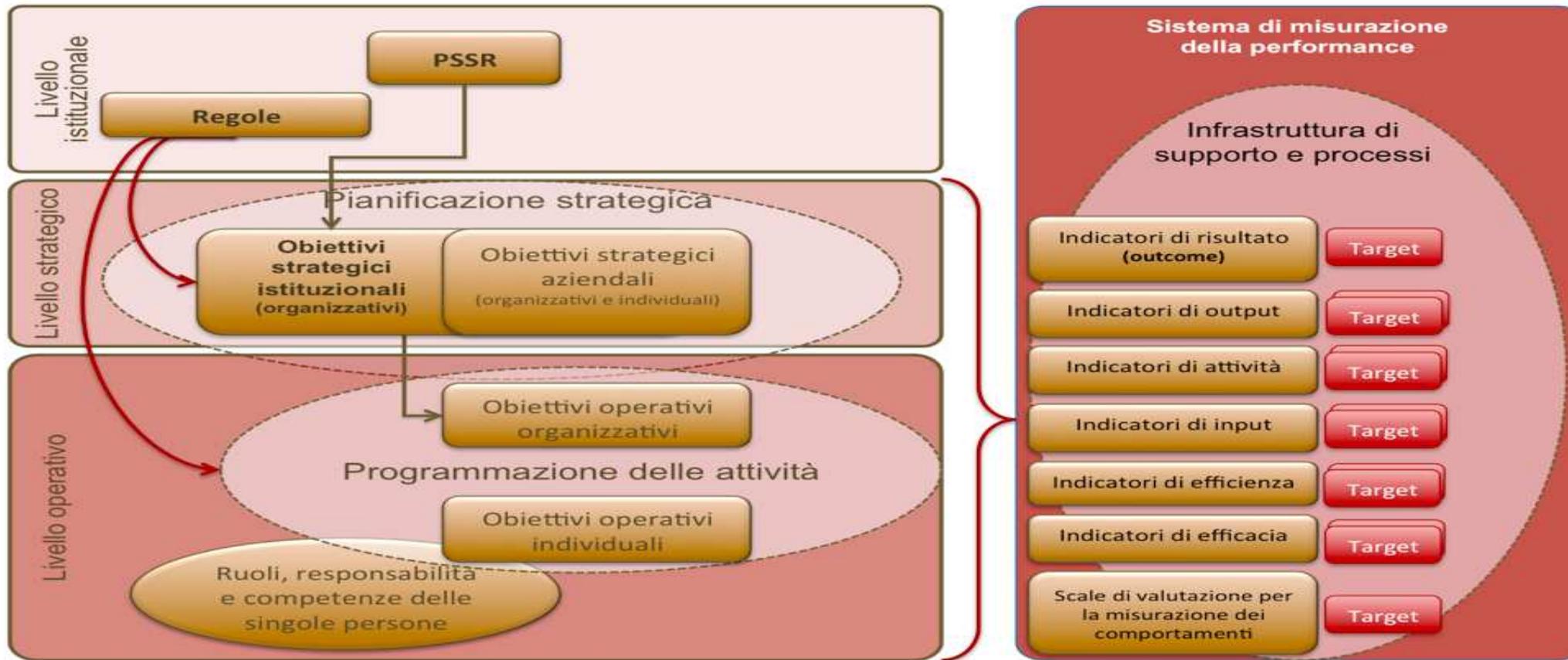
Attraverso questi, Regione Lombardia individua ed assegna alla Direzione aziendale i cosiddetti obiettivi di mandato. La Direzione Strategica, in coerenza con il PSSR e il proprio contesto di riferimento, affianca agli obiettivi di cui sopra quelli organizzativi interni aziendali.

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.



### Il Ciclo della Performance



## ***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.



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.



OBIETTIVI OPERATIVI 2017
OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI
EVOLUZIONE SSR, INVESTIMENTI E SISTEMA INFORMATIVO
Obiettivo Osservatorio Epidemiologico Regionale: trasmissione secondo le tempistiche definite nella Delibera delle Regole e nella circolare Flussi per l'anno 2017 dei flussi informativi sanitari e sociosanitari;
Invio flussi 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);
Invio flussi contratti: verifica del grado di copertura dei contratti relativi ai dispositivi medici
Verifica flussi CO,AN: a) Invio flussi di CO,AN tramite l'apposito Portale sul controllo di gestione come da tempistica prevista da note regionali; b) Invio flussi CO,AN preventivo e assestamento e rispetto delle scadenze previste; c) Valutazione del rispetto delle percentuali di quadratura Co,Ce-Co,An come da Linee guida;
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 17 raccomandazioni ministeriali (tra quelle applicabili alla propria realtà);
Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell'area del personale: conto annuale esercizio 2016, allegato al CE anno 2016 (IV trimestre 2016) e anno 2017, bilancio – modello A e reciproca coerenza fra gli stessi
STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2017
Scostamento beni e servizi dichiarato in assestamento rispetto al consuntivo: verranno valutati negativamente importi superiori all'1% di scostamento;
Agende trasparenti: Flusso MOGA: Conferimento dei dati corretti e aggiornati di tutte le agende per ciascuna sede al fine di garantire la pubblicazione;
Aggiornamento sistemi informativi: registrazione amudamento, pubblicazione PAI
Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio: -riduzione spesa beni e servizi definita nelle regole di sistema 2017; -raggiungimento produzione a contratto per Lombard; -mantenimento produzione extra regione/rispetto ai costi di produzione; -scostamento beni e servizi dichiarato in assestamento rispetto al consuntivo;
Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie verso la Regione: allineamento posizioni da Stato Patrimoniale per crediti e debiti dell'esercizio;
Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany: Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti;
Anticipazione di Tesoreria: Azzeramento dell'utilizzo dell'anticipazione di Tesoreria;
Tempi di pagamento beni e servizi (TTP): Sarà valutato il reale posizionamento aziendale rispetto dell'TTP inferiore a zero;
Realizzazione di un progetto di adozione e incremento prescrittivo di farmaci biosimilari per i principi attivi infliximab e etanercept: Segnalazione telematica di mesoteliomi, tumori nasosinusal, tumori della vescica e del polmone: Relazione del progetto in cui si evidenzia l'incremento dei pazienti trattati con biosimilari 2017 vs 2016 ed il risparmio economico ottenuto, utilizzando come fonte dati le rendicontazioni file F anno 2016 e anno 2017
AMBIENTI DI LAVORO: Segnalazione di mesoteliomi, tumori naso-sinusal, tumori della vescica e del polmone individuati secondo i criteri descritti all'interno della funzionalità telematica presente in SISS a cura dei reparti competenti (segnalazione a cura delle UCO di anatomia patologica se effettuata diagnosi anatomico patologica, in assenza di questa diagnosi la segnalazione è a cura delle UCO cliniche)
OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR
VACCINAZIONI: inserimento in GEV delle vaccinazioni (attraverso applicativo aziendale o web application regionale) per vaccinazioni antinfluenzali (stagione 2017/18) e categorie a rischio in coerenza con quanto definito nella DGR 3993 del 04/08/2015 nel sub allegato vaccinazioni
Definizione puntuale della rete degli erogatori: Verifica del corretto adempimento da parte dell'ATS di riferimento.
ASST: Presa in carico del paziente cronico Presentazione della candidatura come soggetto gestore; Organizzazione del percorso di presa in carico e della filiera erogativa (con altri erogatori e i medici di cure primarie);



OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI
<b>EVOLUZIONE SSR, INVESTIMENTI E SISTEMA INFORMATIVO</b>
Regole di gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2017 - Capitolo 9 - Investimenti: - Rispetto delle procedure previste per l'affidamento degli incarichi alla società regionale; - Rispetto integrale delle procedure previste per la sottoscrizione di accordi bonari e transazioni; - Rispetto delle procedure in materia di approvazione delle varianti e di utilizzo dei ribassi d'asta;
Regole di gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2017 - Capitolo 10 - Sistemi informativi e flussi: - Consolidamento del processo di dematerializzazione delle ricette specialistiche; - Riallineamento dei siti aziendali a seguito dei cambiamenti introdotti dalla legge regionale n. 23/2015: invio bimestrale degli stati avanzamento del programma annuale;
VII Atto integrativo: Trasmissione alla D.G. Welfare del progetto da porre a base di gara, corredato dai pareri di legge previsti, entro i termini indicati nella Circolare della D.G. Welfare del 14/12/2016 - (ASST inserite nella DGR n. X/5510/2016)
Programma adeguamento antincendio: Trasmissione alla D.G. Welfare del progetto da porre a base di gara, corredato dai pareri di legge previsti, entro i termini indicati nella Circolare della D.G. Welfare del 05/10/2016 - (ASST inserite nella DGR n. X/5508/2016)
<b>CONTROLLO DI GESTIONE E PERSONALE</b>
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);
Flusso Endoprotesi (File SDO4) - Completezza nella compilazione di tutti i campi: Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale; Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;
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;
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 ICD9-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: Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;
Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2016: La misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2017 rispetto al 2016 (viene considerato il solo perimetro della programmazione aggregata). L'obiettivo risulterà comunque raggiunto se l'ente avrà raggiunto il 60% di acquisti centralizzati/agggregati/servizi in concessione;
<b>PROGRAMMAZIONE RETE Territoriale</b>
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 contenzioni e tendenzialmente dei TSO (la riduzione dei TSO sarà valutata come elemento indicatore di eccellenza); Rispetto delle previsioni delle regole relative all'utilizzo dello strumento SMCP per la registrazione dei pazienti autori di reato; Miglioramento dell'integrazione e della continuità tra ospedale e territorio (indicatore: % di pazienti dimessi dal SPDC con un appuntamento in CPS entro 7 giorni); Dipendenze: Relazione, da trasmettere entro il 31.01.2018, descrittiva delle attività intraprese per l'integrazione organizzativa e funzionale dei servizi delle dipendenze con gli altri servizi territoriali (in particolare di salute mentale e NPIA) con valutazione degli esiti e delle criticità Cure primarie: Attuazione Accordo integrativo regionale 2017 per specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie convenzionate con il SSN Misure innovative in ambito socio sanitario: Relazione, da trasmettere entro il 31.01.2018, delle attività anno 2017 descrittiva delle caratteristiche, emerse dalle valutazioni/rivalutazioni, delle persone che hanno beneficiato delle Misure Residenzialità leggera e RSA Aperta e dei relativi bisogni prevalenti;



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 DM70/2015;
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 della Struttura Regionale di Coordinamento;
Sistema Regionale Trapianti: Mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno precedente; Numero dei donatori di comez superiore al 10% dei decessi 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 2016 e comunque non inferiori a 3; Incremento rispetto al 2016 del numero di trapianti da vivente (Tx rene); Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali (inibitori di pompa protonica): Per i pazienti in trattamento con IPP si intendono soggetti con età superiore o uguale a 18 anni con la prescrizione di almeno una confezione di IPP in Nota 1 o 48 rapportati alla popolazione con età superiore o uguale a 18 anni; Percentuale di pazienti in trattamento con IPP sul totale della popolazione: 16%; Spesa pro-capite: €12,5; N.DDDD di IPP consumate in ospedale totale di soggetti dimessi: 10; Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali (statine): Percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo: 82%
Ottimizzazione delle procedure previste dalla DGR n. 6006/2016 per l'attività preanalitica dei Servizi di Medicina di Laboratorio: Definizione e messa in atto delle procedure per l'attuazione di quanto previsto dall'allegato 6 della DGR n. 6006/2016 e della nota della DG Welfare G1.2017.0002865 del 30/01/2017 riguardo la preanalitica; Istituzione delle Reti locali di Cure palliative e dei relativi Dipartimenti di Cure palliative ai sensi della DGR n. X/5918/2016 in collaborazione con le ATS di riferimento: Evidenza con Atto formale di istituzione/adesione;
Attuazione della DGR n. X/5455/2016 - Corsi regionali di formazione di I Livello per gli operatori della rete di Cure palliative; Partecipazione ad almeno una riunione con l'ATS di riferimento; Atto formale relativo alla programmazione/ partecipazione dei professionisti interessati alla attività formativa programmata dalla ATS di riferimento in attuazione alla DGR n.5455/2016;
Applicazione contenuti DGR n. 1775/2011 e smi e della DGR n. 3993/2015: Monitoraggio ex ante Attività Istituzionale, Attività Libero Professionali Intramoenia, Allargata ed in regime di Solvenza - A.L.P.I. e S. Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz) Interventi di miglioramento e trasparenza dei tempi di attesa in attuazione di quanto stabilito con DGR 1775/2011 e con ex D.Lgs. 33/2013; 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 DGR n. X/1185/2013 - "Interventi di miglioramento dei tempi di attesa";
Implementazione del sistema di rilevazione di Customer Satisfaction: Partecipazione a gruppi di lavoro o iniziative di formazione, su indicazione delle ATS, finalizzate all'implementazione dell'efficacia del modello di rilevazione della qualità percepita dal cittadino; Monitoraggio della qualità percepita nei percorsi di tele sorveglianza sanitaria domiciliare e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative in attuazione dei disposti della DGR X/3993/15 e alla DGR X/4702/15: Rilevazione della qualità percepita nei percorsi di tele sorveglianza sanitaria e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative mediante somministrazione, raccolta e sintesi dei questionari dedicati;
Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle DGR n. X/2313/2014 e n. X/5854/2016: Controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 30 settembre 2017, del 7% delle prestazioni di ricovero di cui: - quota "fino al" 4% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NCC 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 NCC della ATS di pertinenza; Invio del Piano dei Controlli aziendale alla ATS di pertinenza entro il 31.01.2017.
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato: Progettazione di attività ambulatoriale finalizzata alla presa in carico delle gravidanze fisiologiche entro le due settimane prima del parto al fine di migliorare la continuità assistenziale territorio/ospedale e la sicurezza del travaglio/parto; Ogni azienda in cui siano presenti sale parto deve progettare una attività ambulatoriale per la presa in carico delle gravidanze fisiologiche prima del parto. Attività ambulatoriale da commisurare alla dimensione del Punto Nascita ed alle sue articolazioni organizzative;
Collaborazioni internazionali in ambito sanitario: Riconoscimento dei progetti europei ed internazionali in ambito sanitario; Invio di una relazione annuale sulle attività realizzate nel 2017;



PREVENZIONE
<p>Area Stili di vita e ambienti favorevoli alla salute: Migliorare l'offerta di alimentazione salutare, stile di vita attivo, cessazione tabagica e "ambiente libero dal fumo" a dipendenti, visitatori e pazienti di Poli Ospedalieri e Territoriali: Evidenza documentata nel sistema informativo regionale WHP, di pratiche validate (modifiche ambientali) nelle aree alimentazione, attività fisica, tabagismo;</p>
<p>Area Stili di vita e ambienti favorevoli alla salute: Migliorare la qualità dell'offerta di interventi di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali nei Consultori pubblici e accreditati, con particolare riferimento agli interventi nel setting scolastico e nel "percorso nascita" (Programmi PRP 2014 – 2018, DCS n. X/1497); Partecipazione degli operatori target alle attività formative proposte dalla DGW (Piano Formativo SSL 2017 e Formazione Programma Life Skills Training); Evidenza documentata nel sistema informativo regionale PROCSA, di attività in relazione alla promozione delle "competenze genitoriali" tramite la diffusione del programma "Nati per leggere" (DGR 5506 del 02/08/2016);</p>
<p>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 HPV/DNA 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</p>
<p>Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- la tempestività della segnalazione, (in coerenza con le indicazioni nazionale e regionali per ogni patologia);</li> <li>- la completezza (confronto con dati SDO, completezza dei dati inseriti);</li> <li>- corretto e tempestivo invio ai laboratori di riferimento regionali dei campioni per gli approfondimenti diagnostici;</li> <li>- utilizzo della piattaforma S-Mainf per l'inserimento delle segnalazioni;</li> </ul> </li> <li>2. verifica ed aggiornamento delle procedure di gestione per le principali malattie infettive con particolare attenzione alle unità operative a maggior rischio (esempio: con situazioni di immunodepressione, pronto soccorso etc);</li> </ol>
<p>Aumento della copertura delle vaccinazioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS delle seguenti percentuali di copertura: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esavalente (polio – difto – tetano – pertosse – epatite B – Hib)</li> <li>• Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥ 95%</li> <li>- Morbillo - Parotite – Rosolia</li> <li>• Coorte nati residenti 2015: 1° dose ≥ 95%</li> <li>• Coorte nati residenti 2011: 2° dose ≥ 95%</li> <li>- Pneumococco</li> <li>• Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥ 85%</li> <li>- Meningococco C</li> <li>• Coorte nati residenti 2015: ≥ 85%</li> <li>- Difterite Tetano Pertosse Polio 4° dose</li> <li>• Coorte nati 2011 residenti ≥ 95%</li> <li>- HPV femmine obolcenni</li> <li>• Coorte nate 2004: 2° dose ≥ 80%</li> <li>- Influenza</li> <li>• over 65aa ≥ 75%;</li> </ul> </li> </ol> <p>Attivazione dell'offerta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per la coorte 2016 della vaccinazione anti varicella;</li> <li>- per la coorte 2017 della vaccinazione anti meningococco B;</li> <li>- per l'adolescenza della vaccinazione anti meningococco ACWY;</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. inserimento in GEV delle vaccinazioni (attraverso applicativo aziendale o web application regionale) anche per: <ul style="list-style-type: none"> <li>- vaccinazioni antiinfluenzali (stagione 2017/18)</li> <li>- categorie a rischio in coerenza con quanto definito nella DGR 3993 del 04/08/2015 nel sub allegato vaccinazioni;</li> </ul> </li> <li>3. partecipazione ai processi di audit come da indirizzi regionali;</li> <li>4. invio dei flussi informativi a dato individuale, delle survey a dati aggregati, e di report annuale nel rispetto di tempi e modalità definite dalla DG Welfare;</li> </ol>
<p>MEDICINA LEGALE: Riduzione tempi di attesa accertamenti area invalidità: Tempo medio di attesa tra la ricezione dell'istanza in cooperazione applicativa e la data di effettuazione visita per Commissioni invalidi ≤ 80 gg.</p>
<p>MEDICINA LEGALE: Miglioramento della tempistica per gli accertamenti delle Commissioni Provinciali di sanità civile: Assicurare il supporto specialistico al fine di consentire una regolare periodicità delle convocazioni a visita tale da ricondurre il tempo di attesa degli accertamenti entro il limite massimo di 90 giorni;</p>
<p>MEDICINA LEGALE: Rispetto art. 6 Legge 9 marzo 2006, n.80: L'accertamento deve essere effettuato dalle Commissioni Mediche entro quindici giorni dal ricevimento dell'istanza da INPS;</p>
<p>MEDICINA LEGALE: Qualità accertamenti invalidità: monitoraggio del numero di richieste di procedure d'urgenza.</p> <p>Numero di richieste di visita L. 80/06 incongrue.</p> <p>Trasmissione del dato assoluto e del dato percentuale a Regione Lombardia relativo al periodo settembre/dicembre 2017.</p>
<p>MEDICINA LEGALE: Attuazione degli obiettivi della DGR n. X/5954/2016 (regole di sistema 2017) paragrafo 11.4.1 (Indirizzi per la piena attuazione della LR 23/2015 nel campo della Medicina Legale e necroscopica) punti a e b:</p> <p>punto a: attivazione della U.O. di Medicina Legale per la gestione unitaria delle prestazioni medico legali di rilevanza territoriale e ospedaliera;</p> <p>punto b: atto formale di accordo interaziendale per la gestione di tipo dipartimentale di tutte le attività medico-legali, territoriali ed ospedaliere finalizzato alla massima integrazione funzionale tra le diverse U.O. di Medicina Legale e tale da assicurare un livello di operatività dei servizi non inferiore a quello garantito nella precedente organizzazione territoriale delle ASL.</p>
<p>MEDICINA LEGALE: Qualità attività medico legale: Partecipazione dei medici afferenti alle UO di Medicina Legale ad almeno 2/3 degli incontri di aggiornamento organizzati dal tavolo tecnico medico legale regionale istituito con decreto DG Welfare n. 3646 del 31/03/2017.</p>



INDICATORI DI PERFORMANCE	
C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata
C14.4	% di ricoveri medici oltresoglia > 65 anni
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
C4.4	% colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery e ROO-1 gg
C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali
C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)
C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)
C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche
CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni
CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni
CARDIO8	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni
CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto del aorta addominale: mortalità a trenta giorni
CHGEN1	Colecistomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
CHGEN2	Colecistomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui
GRAV1	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
GRAV2	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
GRAV3	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni
NERVO2	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a trenta giorni dal intervento di craniotomia
CNCO1	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui
CNCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno
CNCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni
CNCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni
OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni
OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico
RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni

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



### ***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.

<b>PROCESSO DECISIONALE: ATTUAZIONE DELLA GESTIONE</b>	
<b>Dimensione di analisi</b>	<b>Indicatore</b>
Efficienza organizzativa	Costo farmaci/ gg di degenza ridistribuite
	Costo farmaci/ n° prestazioni dialitiche
	Rispetto tetto File F
	Costo Dispositivi Medici per 1.000 euro di fatturato
	Costo Dispositivi Medici per dialisi per 1.000 euro di fatturato
	Costo Beni Sanitari per 1.000 euro di fatturato
	Costo service
	Costo sala operatoria per intervento
	Prestazioni per interni laboratorio per 1.000 euro di fatturato
	Prestazioni per interni radiologia per 1.000 euro di fatturato
	Prestazioni per interni anatomia patologica per 1.000 euro di fatturato
	Qualità processi e dell'organizzazione
N° MAC/BIC	
N° dialisi peritoneali	
N° prestazioni dialitiche	
N° prestazioni diagnostiche per interni	
N° prestazioni operative per interni	
N° prestazioni diagnostiche per esterni	
N° prestazioni operative per esterni	
N° prestazioni da PS	
N° OBI	
N° accessi PS	
n° sacche raccolte	
n° plasmferesi	
n° piastrinaferesi	
n° PET	
n° Scintigrafie	
n° MOC	
Fatturato 46 SAN	
Contratto progetti Salute Mentale	



Qualità processi e dell'organizzazione	NP procedure interventistiche
	NP TC
	NP RMN
	NP ecografie
	%ricoveri ordinari non confermati ai controlli di congruenza e qualità documentale (sui campioni di autocontrollo)
	%SDO ricoveri ordinari chiusi con un ritardo superiore al 10 del mese successivo
	<i>Antimicrobial stewardship</i> : partecipazione attiva al progetto (project leader UO Malattie Infettive)
	Revisione completa della checklist della SO
	Elaborazione percorso condiviso tra presidi - Predisposizione, validazione e diffusione di 1 PDTA "Diagnosi e trattamento di sincope e collasso cardiocircolatorio"
	Igiene delle mani: aumento della <i>compliance</i> (utilizzo dell'indicatore di letteratura ICSHA <i>Ministère de la Santé, France</i> )
	Applicazione protocollo sepsi
	Sepsi: aggiornamento, aziendalizzazione, pubblicazione e relativa formazione sulla procedura AZI_PDT_001 "La Sepsis: protocollo per una diagnosi ed un trattamento precoci" del 2013
	PRI di Struttura: elaborazione documento unico ASST
	Appropriatezza ricoveri da PS (tasso di ricovero <14%)
	Aziendalizzazione e completa applicazione della procedura AZI_POP063 (prevenzione e gestione dei danni odontoiatrici da manovre invasive)
	Definire criteri e modalità operative per l'effettuazione di consulenze specialistiche presso le altre U.O. ASST
	Implementazione della raccomandazione ministeriale n° 11 (morte o grave danno conseguenti al malfunzionamento dei trasporti intraospedalieri ed extraospedalieri)
	Rivedere, aggiornare ed aziendalizzare in un unico documento i protocolli sulla gestione del dolore e quelli sulla sedazione lieve, moderata e profonda
	Piano di riorganizzazione laboratori
	Rivedere, aziendalizzare e aggiornare tutte le procedure cliniche in uso (Dip Materno Infantile)
	Rivedere, aziendalizzare e aggiornare tutte le procedure cliniche e organizzative in uso presso i CPS
	Elaborazione PDTA pz psichiatrici e con disturbi di dipendenza
	Miglioramento tempi di attesa: 75° percentile tempi attesa 2016 < 75° percentile tempi attesa 2015
	Revisione e unificazione del consenso informato (radiologie)
	Coordinamento del progetto malnutrizione ospedaliera nel paziente ricoverato e definizione di procedura di ASST "Assessment e terapia della malnutrizione nel paziente ricoverato"
	Partecipazione del consultorio all'elaborazione e sperimentazione di un modello di accesso ai servizi territoriali facilitante l'intervento precoce per i giovani, in collaborazione con SERTe area psichiatrica e neuropsichiatrica
	Gravidanza fisiologica a basso rischio: adozione di una procedura per la trasmissione della documentazione clinica di gravidanza tra la 34° e la 37° sett. dai consultori familiari integrati ai Presidi ASST SS Paolo e Carlo, UO di ginecologia ed ostetrica, individuati dalla gravida come ospedali di riferimento



<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Anticorruzione e trasparenza</p>	<p>Revisione di alcuni processi coerentemente con lo stato di avanzamento del piano anticorruzione e trasparenza</p> <p>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)</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Accessibilità e soddisfazione utente</p>	<p>Adozione di una procedura per l'invio delle gravidanze a rischio dal CFI ai Presidi di riferimento</p> <p>Definizione e adozione di modelli di integrazione operativa tra CSA e Area Territoriale per i processi di assistenza domiciliare</p> <p>Analisi appropriatezza prescrittiva di protesi e presidi da parte degli specialisti ospedalieri dei reparti dei Presidi San Paolo e San Carlo di Oncologia, Pneumologia, Fisiatria (limitatamente ai presidi all.2) e conduzione di audit nei reparti a maggiore inapproprietezza</p> <p>Adozione e implementazione di una procedura agevolata per il rilascio delle esenzioni per patologia agli assistiti che eseguono visite specialistiche presso i reparti dei Presidi San Paolo e San Carlo di Cardiologia, Oncologia e Medicina</p> <p>Revisione e condivisione tra i due poli ospedalieri e la rete territoriale del "Regolamento di accesso alla documentazione clinica per gli aventi diritto" in coerenza con l'adempimento previsto dall'art.4 comma 2 della legge n.24 dell'8 marzo 2017 (Legge Gelli-Bianco) entrata in vigore l'1/4/2017.(referente del progetto DMP)</p> <p>Audit clinici e RCA</p> <p>Elaborazione di un percorso integrato del paziente tra assistenza sanitaria penitenziaria e SERT penitenziario</p> <p>Modello di accesso ai servizi territoriali facilitante l'intervento precoce per i giovani, in collaborazione con area consultoriale e area psichiatrica, psicologia e neuropsichiatrica presso sede adeguata (attualmente Conca del Naviglio, che in determinate fasce orarie può essere utilizzata in modo integrato)</p> <p>Implementazione di modelli operativi specifici e condivisi presso le diverse sedi erogative della U.O.</p>



## Conclusioni

Il Piano della Performance 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 oltretutto 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.