



Relazione sulla Performance aziendale

ASST Santi Paolo e Carlo

Anno 2017



Indice

<i>1. La ASST Santi Paolo e Carlo e il contesto esterno di riferimento</i>	<i>Pag. 5</i>
<i>2. Il Ciclo di gestione della performance - anno 2017.....</i>	<i>Pag. 8</i>
<i>3. La performance organizzativa dell'ASST</i>	<i>Pag. 9</i>
<i>3.1 Livello istituzionale.....</i>	<i>Pag. 9</i>
<i>3.2 Livello strategico aziendale</i>	<i>Pag. 11</i>
<i>3.3 Livello direzionale e operativo.....</i>	<i>Pag. 12</i>
<i>4. La Valutazione della performance individuale</i>	<i>Pag.18</i>



Premessa

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

A conclusione del ciclo di gestione della Performance 2017, la presente Relazione rappresenta dunque lo strumento attraverso il quale si è ritenuto di evidenziare i risultati conseguiti dall'ASST in termini di efficienza ed efficacia, con l'intento di proseguire in quel percorso già intrapreso di continuo miglioramento.

Questa Relazione, nel rispetto delle indicazioni impartite da Regione Lombardia e rispondente alle indicazioni del gruppo di lavoro regionale formatosi e più volte riunitosi nel corso dell'anno 2017, è il frutto di un lavoro congiunto della Direzione Strategica e dell'U.O. Controllo di



Gestione che hanno dapprima analizzato gli obiettivi, misurato gli scostamenti valutando le criticità e gli aspetti positivi e, da ultimo, condiviso con gli Stakeholder i risultati raggiunti nel 2017 per ciascuno dei tre livelli sotto riportati:

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

La relazione è quindi incentrata sulla rendicontazione del ciclo di gestione della Performance nell'anno 2017, attraverso la presentazione dei risultati raggiunti, distinti nelle tre aree sopra citate, arricchita da elementi informativi a supporto delle valutazioni.

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

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

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

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

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

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

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

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

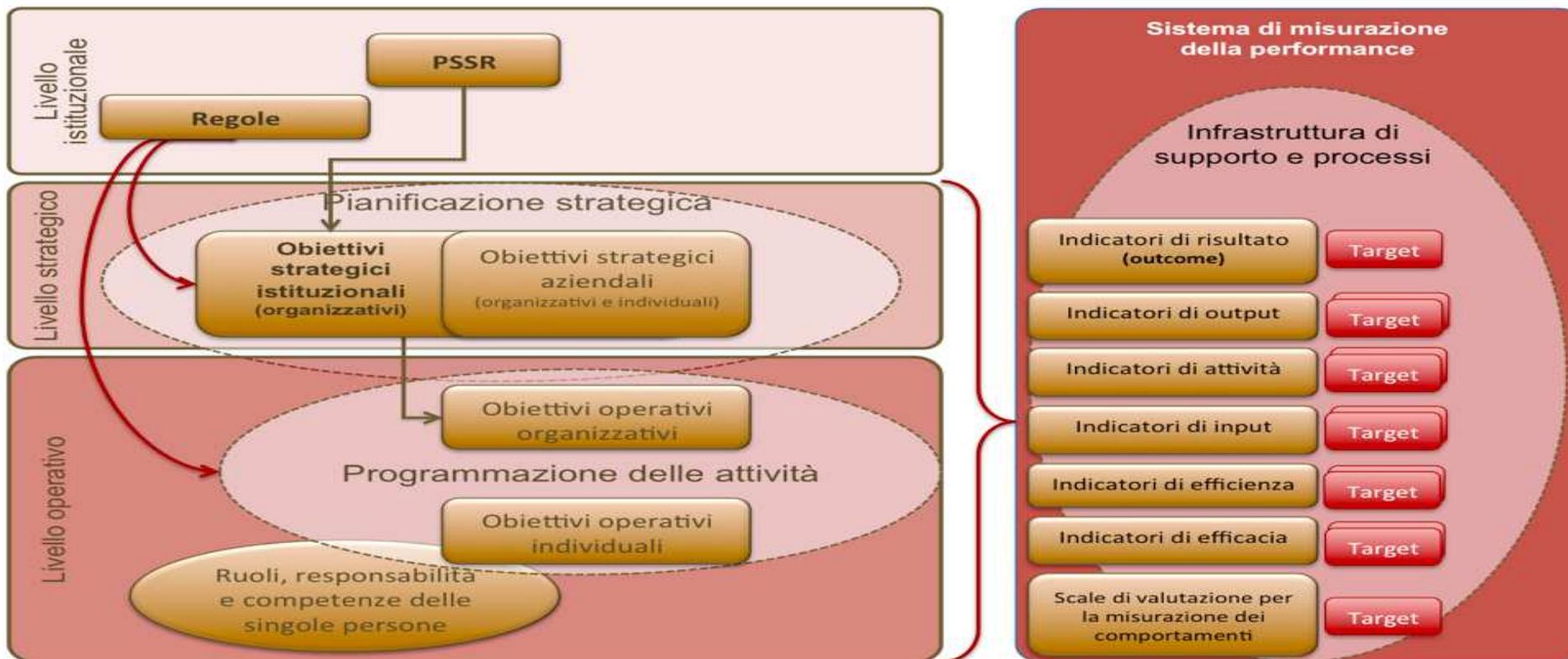
La natura di Polo Universitario dell'Ateneo milanese, costituisce elemento caratterizzante dell'Azienda, unendo le finalità di assistenza sanitaria con gli obiettivi di didattica e di ricerca.



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

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

2. Il Ciclo di gestione della performance - anno 2017



3. La performance organizzativa dell'ASST

3.1 Livello istituzionale

Considerate le stringenti regole nazionali e i vincoli regionali previsti per l'anno 2017, il risultato conseguito deve essere valutato positivamente in quanto obiettivi e indicatori, raggiunti attraverso rilevanti interventi che hanno permesso il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, evidenziano un sostanziale allineamento rispetto alle attese.

I principali risultati conseguiti riguardano:

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



A titolo esemplificativo, di seguito si riportano due indicatori di carattere economico-gestionale estrapolati dal bilancio consuntivo aziendale anno 2017 che evidenziano una sostanziale tenuta dei principali indicatori.

Indicatori di Bilancio

Descrizione indicatore	Anno	
	2016	2017
Costi del personale / ricavi della gestione caratteristica	55,17%	56,47%
Costi per beni e servizi / ricavi della gestione caratteristica	53,34%	54,08%
Risultato netto di esercizio / ricavi della gestione caratteristica (ROS)	12,06%	13,58%
Rotazione Capitale investito : ricavi della gestione caratteristica / Totale attività patrimoniali	91,01%	85,15%
Durata media dei debiti verso fornitori: Debiti verso fornitori / acquisti * 365	164,4	185,8

3.2 Livello strategico aziendale

L'Azienda, quale soggetto integrato nel sistema regionale, con gli altri attori del sistema cui appartiene, si è impegnata altresì nel corso dell'anno 2017 nella realizzazione di molteplici obiettivi sia di carattere amministrativo- gestionale che sanitario.

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

In attesa di valutazione regionale rispetto agli obiettivi assegnati e presenti nel Piano della Performance 2017 è opportuno sottolineare l'impegno aziendale profuso affinché potessero essere pienamente raggiunti tutti gli obiettivi prefissati.

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

3.3 Livello direzionale e operativo

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

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



PROCESSO DECISIONALE: ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE				
DIMENSIONE DI ANALISI	INDICATORE	2016	2017	Valutazione
		Economicità	Valore della produzione/Costo totale aziendale	89,32%
Fatturato totale in regime di libera professione per UO	14.951.000		16.163.000	
Fatturato ricoveri/N° medici	193.412		189.146	
Fatturato ambulatoriale/ Numero medici	78.677		77.328	
Efficacia esterna	Peso medio aziendale	1,29	1,06	
	Valore DRG medio aziendale	3.624	3.674	
	Tasso di attrazione ricoveri intraregione	6,2%	6,1%	
	Tasso di attrazione ricoveri fuori regione	4,5%	4,3%	
Efficacia interna	% Riduzione prezzo servizi appaltati	↓	=	
	% Riduzione prezzo dispositivi medici	↓	=	
	% Riduzione prezzo beni e servizi	↓	=	
Anticorruzione e Trasparenza	Revisione di alcuni processi coerentemente con lo stato di avanzamento del piano anticorruzione e trasparenza			
	Almeno un incontri tra referenti per omogeneizzare le metodologie di valutazione dei rischi e analisi dei processi nelle strutture di monitoraggio e controllo (UVQ, PPR, Prevenzione corruzione, Privacy, CDC)			

Legenda



Valutazione positiva



Valutazione sufficiente rispetto alla attese



Valutazione negativa



OBIETTIVI OPERATIVI 2017			
OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI			
DIMENSIONE E DI ANALISI	OBIETTIVO	Valutazione Anno 2017	
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 flusso consumi dispositivi medici: -verifica del grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo del flusso consumi dispositivi		
	Invio flusso 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;		
	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 MOSA: Conferimento dei dati corretti e aggiornati di tutte le agende per ciascuna sede al fine di garantirne la pubblicazione;		
	Aggiornamento sistemi informativi: registrazione arruolamento, pubblicazione PAI Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio: -riduzione spesa beni e servizi definita nelle regole di sistema 2017;		
	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 (ITP): Sarà valutato il reale posizionamento aziendale rispetto dell'ITP 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		
	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		
	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		
	OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR	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); Predisposizione del sistema informativo a supporto della presa in carico;	



ATTIVITA' ISTITUZIONALI		
DIMENSIONI E DI ANALISI	OBIETTIVO	Valutazione Anno 2017
EVOLUZIONE SSR, INVESTIMENTI E SISTEMA INFORMATIVO	Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - Capitolo 9 - Investimenti: - Rispetto delle procedure previste per l'affidamento degli incarichi alla società regionale;	
	Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - Capitolo 10 - Sistemi informativi e flussi: - Consolidamento del processo di dematerializzazione delle ricette specialistiche;	
	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.	
CONTROLLO DI GESTIONE E PERSONALE	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 ICD-9-CM compreso tra 740xx e 759xx: Scostamento massimo rispetto alla media 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	
	Salute mentale e NPJA: Rispetto del tetto massimo di spesa 43 San complessivo (psichiatria + NPJA adulti) indicato dalla ATS territorialmente 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 NPJA) con valutazione Cure primarie: Attuazione Accordo integrativo regionale 2017 per specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie convenzionate con il SSN; Misure innovative in ambito sociosanitario: 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	
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 della Struttura Sistema Regionale Trapianti;	
	Mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno precedente;	
	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 un medicinale;	
	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 dalla 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;	
	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 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	
	Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle DGR n. X/2313/2014 e n. X/5954/2016: Controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 30 settembre 2017, del 7% delle prestazioni di ricovero di cui: 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 Collaborazioni internazionali in ambito sanitario;	
	Ricognizione dei progetti europei ed internazionali in ambito sanitario;	
	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 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 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 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, Aumento della copertura delle vaccinazioni: 1. Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS delle seguenti percentuali di copertura: 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; MEDICINA LEGALE: Miglioramento della tempistica per gli accertamenti delle Commissioni Provinciali di ricettività civile: Assicurare il supporto specialistico al fine di consentire una regolare periodicità delle convocazioni a visita tale da ricondurre il 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; MEDICINA LEGALE: Qualità accertamenti invalidità: monitoraggio del numero di richieste di procedure d'urgenza: Numero di richieste di visita L. 80/06 incongrue. 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: 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.	



INDICATORI DI PERFORMANCE		Valutazione Anno 2017
C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	Yellow
C14.4	% di ricoveri medici oltresoglia ? 65 anni	Red
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	Yellow
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	Yellow
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	Red
C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	Red
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	Yellow
C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)	Yellow
C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Green
C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	Yellow
CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni	Green
CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	Red
CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	Green
CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto del aorta addominale: mortalità a trenta giorni	Yellow
CHGEN1	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Green
CHGEN2	Colecistectomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui	Green
GRAV1	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Yellow
GRAV2	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	Red
GRAV3	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	Green
NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	Red
NERVO2	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a trenta giorni dal intervento di craniotomia	Red
ONCO1	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Red
ONCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	Red
ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	Green
ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	Yellow
OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	Yellow
OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	Yellow
RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni a trenta giorni dall'intervento per tumore maligno del polmone	Green



PROCESSO DECISIONALE: ATTUAZIONE DELLA GESTIONE				
Dimensione di analisi	Indicatore	2016	2017	Valutazione
Efficienza organizzativa	Costo farmaci/ gg di degenza ridistribuite	25,50	22,54	
	Costo farmaci/ n° prestazioni dialitiche	12,2	15,3	
	Rispetto tetto File F	31.954	28.804	
	Costo Dispositivi Medici per 1.000 euro di fatturato	131,2	123,1	
	Costo Dispositivi Medici per dialisi per 1.000 euro di fatturato	135	140	
	Costo Beni Sanitari per 1.000 euro di fatturato	234	226	
	Costo service	7.002.000	7.347.000	
	Costo sala operatoria per intervento	1.026	939	
	Prestazioni per interni laboratorio per 1.000 euro di fatturato	54,9	59,5	
	Prestazioni per interni radiologia per 1.000 euro di fatturato	48,3	53,2	
Prestazioni per interni anatomia patologica per 1.000 euro di fatturato	7,8	6,1		
Qualità processi e dell'organizzazione	N° prestazioni ambulatoriali	2.398.600	2.394.539	
	N° MAC/BIC	22.345	31.889	
	N° dialisi peritoneali	18.771	16.272	
	N° prestazioni dialitiche	44.915	44.499	
	N° prestazioni diagnostiche per interni	2.272	2.124	
	N° prestazioni operative per interni	1.810	1.541	
	N° prestazioni diagnostiche per esterni	7.671	7.535	
	N° prestazioni operative per esterni	873	789	
	N° prestazioni da PS	917.017	951.529	
	N° OBI	2.237	1.955	
	N° accessi PS	153.858	151.455	
	n° sacche raccolte	20.939	21.444	
	n° plasmateresi	1.359	1.118	
	n° piastrinaferesi	210	195	
	n° PET	1.595	1.629	
	n° Scintigrafie	2.543	2.206	
	n° MOC	4.299	3.025	
	Fatturato 46 SAN	10.104.397	10.335.661	
	Contratto progetti Salute Mentale	479.766	452.400	
	Qualità processi e dell'organizzazione	N° procedure interventistiche	2.896	2.437
N° TC		23.791	22.876	
N° RMN		12.755	10.830	
N° ecografie		25.713	27.358	
% ricoveri ordinari non confermati ai controlli di congruenza e qualità documentale (sui campioni di autocontrollo)			NO FATTO	
%SDO ricoveri ordinari chiusi con un ritardo superiore al 10 del mese successivo		6,2%	2,6%	
Antimicrobial stewardship: partecipazione attiva al progetto (project leader UO Malattie Infettive)			FATTO	
Revisione completa della checklist della SO			FATTO	
Elaborazione percorso condiviso tra presidi - Predisposizione, validazione e diffusione di 1 PDTA "Diagnosi e trattamento di sincope e collasso cardiocircolatorio"			FATTO	
Igiene delle mani: aumento della compliance (utilizzo dell'indicatore di letteratura ICSHA <i>Ministère de la Santé, France</i>)			NO FATTO	
Applicazione protocollo sepsi				n.v.
Sepsi: aggiornamento, aziendalizzazione, pubblicazione e relativa formazione sulla procedura AZI_PDT_001 "La Sepsis: protocollo per una diagnosi ed un trattamento precoci" del 2013			NO FATTO	
PRI di Struttura: elaborazione documento unico ASST			FATTO	
Appropriatezza ricoveri da PS (tasso di ricovero <14%)		13,7%	13,5%	
Aziendalizzazione e completa applicazione della procedura AZI_POP063 (prevenzione e gestione dei danni odontoiatrici da manovre invasive)			FATTO	
Definire criteri e modalità operative per l'effettuazione di consulenze specialistiche presso le altre U.O. ASST			NO FATTO	
Implementazione della raccomandazione ministeriale n° 11 (morte o grave danno conseguenti al malfunzionamento dei trasporti intraospedalieri ed extraospedalieri)			FATTO	
Rivedere, aggiornare ed aziendalizzare in un unico documento i protocolli sulla gestione del dolore e quelli sulla sedazione lieve, moderata e profonda			FATTO	
Piano di riorganizzazione laboratori			FATTO	
Rivedere, aziendalizzare e aggiornare tutte le procedure cliniche in uso (Dip Materno Infantile)			FATTO	
Rivedere, aziendalizzare e aggiornare tutte le procedure cliniche e organizzative in uso presso i CPS			FATTO	
Elaborazione PDTA pz psichiatrici e con disturbi di dipendenza			NO FATTO	
Miglioramento tempi di attesa: 75° percentile tempi attesa 2016 < 75° percentile tempi attesa 2015			FATTO	
Revisione e unificazione del consenso informato (radiologie)			FATTO	
Coordinamento del progetto malnutrizione ospedaliera nel paziente ricoverato e definizione di procedura di ASST "Assessment e terapia della malnutrizione nel paziente ricoverato"			FATTO	
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			FATTO	
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 ostetricia, individuati dalla gravida come ospedali di riferimento			FATTO	



Anticorruzione e trasparenza	Revisione di alcuni processi coerentemente con lo stato di avanzamento del piano anticorruzione e trasparenza			
	Almeno un incontro 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)			
Accessibilità e soddisfazione utente	Adozione di una procedura per l'invio delle gravidanze a rischio dal CFI ai Presidi di riferimento		FATTO	
	Definizione e adozione di modelli di integrazione operativa tra CSA e Area Territoriale per i processi di assistenza domiciliare		FATTO	
	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		FATTO	
	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		FATTO	
	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)		FATTO	
	Audit clinici e RCA		FATTO	
	Elaborazione di un percorso integrato del paziente tra assistenza sanitaria penitenziaria e SERT penitenziario		FATTO	
	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)		FATTO	
Implementazione di modelli operativi specifici e condivisi presso le diverse sedi erogative della U.O.		FATTO		

Legenda



Valutazione positiva



Valutazione sufficiente rispetto alla attese



Valutazione negativa

4. La Valutazione della performance individuale

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

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

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



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

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

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



Nel dettaglio si evidenzia la valutazione media conseguita nelle diverse aree del personale per l'anno 2017.

Valutazione Individuale 2017	
Area Personale	% raggiungimento obiettivi
Dirigenza Medica	N.D.
SPTA	N.D.
Comparto	96,00%

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

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