



Piano della Performance

Relazione annuale 2015

Redatto ai sensi dell'art.10 lett. b) del D. Lgs. 150/2009



INDICE

1	PREMESSA	3
1.1	Finalità.....	3
1.2	Risorse Umane	4
1.3	Volumi di attività.....	5
1.4	Bilancio.....	6
2	INTEGRAZIONE CON IL PIMO	7
2.1	Progetti interaziendali – concorsi aggregati	7
3	GLI OBIETTIVI DEL DIRETTORE GENERALE, LE RAR E GLI OBIETTIVI AZIENDALI	7
3.1	Gli obiettivi del Direttore Generale	8
3.2	Le RAR.....	82
3.3	Gli obiettivi aziendali delle strutture SPTA.....	83
3.4	Gli obiettivi aziendali delle strutture sanitarie	84
4	ESITO PROGETTI DI MIGLIORAMENTO AREA SANITARIA	86
4.1	Prevenzione e Controllo delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali.....	86
4.2	ALTRI PROGETTI/ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO	93
4.3	ATTIVITA' DI CONTROLLO SULLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	99
5	LA FORMAZIONE	108
6	LA COMUNICAZIONE	109
7	URP	110



1 PREMESSA

L'AO Istituto Ortopedico Gaetano Pini, attraverso la Relazione sulla Performance, procede a formalizzare i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, di cui al Piano della Performance.

A formalizzazione della Relazione, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) procede alla convalida della medesima, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera c) del D. Lgs. n. 150/2009.

La convalida della Relazione è atto fondamentale per l'erogazione del saldo delle retribuzione di risultato al personale dirigente (in tal senso vedasi anche la delibera 6/2012 della CIVIT).

Quindi la redazione della Relazione e la conseguente convalida della stessa da parte del NVP costituisce:

- il completamento del ciclo della performance con la verifica, e la conseguente validazione, della comprensibilità, conformità e attendibilità dei dati e delle informazioni riportate nella Relazione, attraverso la quale l'amministrazione rendiconta i risultati raggiunti (art. 4, comma 2, lettera f, del decreto);
- il punto di passaggio, formale e sostanziale, dal processo di misurazione e valutazione e dalla rendicontazione dei risultati raggiunti, all'accesso ai sistemi premianti.

Nel processo di validazione, il NVP tiene conto, oltre che dei risultati emersi dal processo di verifica di cui sopra, anche dei risultati emersi dal monitoraggio effettuato sul Piano della Performance.

1.1 Finalità

Nel corso del 2015 l'AO Istituto Ortopedico Gaetano Pini ha reso sempre maggiormente evidente l'organizzazione dipartimentale e concreta la semplificazione organizzativa, favorendo l'integrazione tra le diverse strutture e migliorando la gestione del governo clinico, la comunicazione e la valorizzazione delle eccellenze.

I Dipartimenti Sanitari hanno messo in atto vari progetti di miglioramento per potenziare l'area dei livelli di assistenza con la costituzione di gruppi di lavoro, che hanno avuto il compito di tenere costantemente monitorato lo stato di avanzamento dei vari obiettivi fissati.



1.2 Risorse Umane

Il fabbisogno di personale, approvato da Regione Lombardia con cadenza triennale, ha previsto presenze costanti coerentemente con la realizzazione dei piani d'assunzione annuale, predisposti in considerazione del turn over, così come autorizzati dalla Regione, ed in attuazione delle regole di sistema vigenti nel tempo.

Al 31 dicembre 2015, l'AO ha impiegato n. 727 dipendenti, di cui:

PERSONALE AL 31 dicembre 2015	
PERSONALE INFERMIERISTICO	252
PERSONALE TECNICO SANITARIO	45
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	39
PERSONALE AMMINISTRATIVO	67
OTA/OSS	31
PERSONALE RUOLO TECNICO	130
AUSILIARIO SPEC.TO SERV. ASSISTENZIALI	6
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	570
DIRIGENZA MEDICA	143
DIRIGENZA SANITARIA	4
DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICA	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	8
TOTALE AREA DIRIGENZA	157
TOTALE COMPLESSIVO	727



1.3 Volumi di attività

Regime di ricovero ordinario	ANNO 2015
DIMESSI (N.ro)	9.507
DEGENZA MEDIA	14,41
PESO MEDIO	0,96
Regime di ricovero in Day Hospital	
DIMESSI (N.ro)	970
ACCESSI DH	2.068
PESO MEDIO DH	0,82
Prestazioni Ambulatoriali (N.ro)	346.258
Accessi PS (N.ro)	36.266



1.4 Bilancio

L'Azienda ha un bilancio di Euro 109.283.000,00, vincolato dai valori definiti dalla Regione nel decreto di assegnazione; l'impegno dell'azienda è stato quello di promuovere tutte le azioni volte al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario nella salvaguardia dei livelli di servizio resi.

Nella tabella si evidenziano i principali indicatori di tipo economico disponibili al 31.12.2015.

L'andamento di tali indicatori esprime la piena coerenza fra gli indirizzi programmatici regionali e il piano delle azioni che l'azienda pone in essere per la realizzazione delle linee strategiche.

AO ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI					
<u>Indicatori economici-gestionali</u>		Valore al 31/12/2014	Valore al 31/12/2015	% al 31/12/2014	% al 31/12/2015
Indicatore 1:	Costi del personale	38.297	37.910	43,02	42,54
	Ricavi della gestione caratteristica	89.024	89.110		
Indicatore 2:	Costi per beni e servizi	59.790	59.796	67,16	67,10
	Ricavi della gestione caratteristica	89.024	89.110		
Indicatore 3:	Costi caratteristici	109.170	108.705	122,63	121,99
	Ricavi della gestione caratteristica	89.024	89.110		
Indicatore 4:	Costi caratteristici	109.170	108.705	100,29	104,24
	Totale costi (al netto capitalizzati)	108.856	104.288		



2 INTEGRAZIONE CON IL PIMO

Questa Azienda ha integrato il piano della performance con il PIMO peculiarmente nella cura messa nel costruire il contesto e le opportunità che portino alla coerenza dei Regolamenti Aziendali con le normative e gli scenari operativi in cui tali Regolamenti dispiegano i loro effetti influenzando e determinando le modalità di resa della risposta ai bisogni dei cittadini.

2.1 Progetti interaziendali – concorsi aggregati

La DGR X 2989 del 23/12/2014 (“Regole 2015” punto 2.6.2.1 – paragrafo “Concorsi aggregati”), con riferimento a quanto precisato in ordine ai progetti di accorpamento dei servizi tecnici/amministrativi, ha invitato le Aziende a valutare, nel rispetto dell’autonomia organizzativa aziendale, la possibilità di gestire procedure concorsuali in forma unificata, sia per ragioni di economicità organizzativa, sia per riduzione dei tempi di espletamento delle procedure stesse, al fine di evitare l’espletamento da parte di più aziende sanitarie di più concorsi per le medesime figure professionali e nel medesimo arco temporale. L’indicazione vale sia per le procedure concorsuali del personale del comparto che del personale appartenente alle Dirigenze.

Con circolare H1.2015.0007814 del 11.3.2015, gli Uffici della Direzione Generale Salute hanno emanato indicazioni circa l’attuazione di quanto sopra tenendo ferma la necessità di avviare progetti interaziendali anche nell’area della gestione dei concorsi.

Questa Azienda, con deliberazione n. 575 del 21.12.2015 ha approvato il protocollo d’intesa con l’Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico e l’Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo per la gestione delle procedure concorsuali unificate per la copertura a tempo indeterminato di posti di Collaboratore Professionale Sanitario-Infermiere categoria D.

3 GLI OBIETTIVI DEL DIRETTORE GENERALE, LE RAR E GLI OBIETTIVI AZIENDALI

Di seguito le tabelle sintetizzano le risultanze dei vari obiettivi:



3.1 Gli obiettivi del Direttore Generale

OBIETTIVI OPERATIVI DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

GOVERNO DELLA PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE PESO 10

OBIETTIVI

INDICATORI

RENDICONTAZIONE AL 31/12/2015



1. Incrementare gli interventi evidence based per la promozione di stili di vita salutari, nell'ambito dei programmi di Rete, nelle comunità locali e nell'offerta del SSSR

1.1 Evidenza documentata nel sistema informativo regionale dell'incremento di azioni sviluppate nell'ambito del programma "Aziende che Promuovono Salute - Rete WHP Lombardia"

Nel 2015 sono stati organizzati dall'Ufficio Comunicazione i seguenti progetti rendicontati all'Ufficio Comunicazione della Direzione Generale Salute di Regione Lombardia il 31/12/2015:

"Obesity day" – 12 ottobre 2015: info point con test gratuiti organizzato con la Dietista dell'Istituto Pini presso la Hall dell'Aula Magna con somministrazione di 15 test e colloqui preliminari ai colleghi e cittadini interessati. Diffusione di materiale informativo dell'Associazione Dietisti Italiani (ADI) sul tema della sana alimentazione. Il CUP ha diffuso 300 flyers informativi agli utenti. L'Ufficio Comunicazione ha diffuso un comunicato stampa e pubblicato la news dell'evento sul sito istituzionale.

"No smoke days" Maggio 2015:

- info point con test gratuiti organizzato con l'AO San Paolo presso la Hall dell'Istituto con la diffusione di materiale informativo e la somministrazione di 10 test + colloquio con psicologo
- il CUP ha diffuso 400 flyers agli utenti fumatori che hanno prenotato visite allo sportello
- 80 disegni "contro il fumo", eseguiti dai colleghi dell'AO Pini affissi negli spazi di attesa del pubblico (ambulatori, radiologia)

ADV Facebook con link a landing page su www.gpini.it + post FB

20 OTTOBRE 2015: Organizzazione "Giornata mondiale osteoporosi" in collaborazione con ONDA:

- 40 pazienti visitate gratuitamente presso il DH di Reumatologia e esecuzione di MOC presso la Radiologia dell'Istituto
- diffusione CUP di 100 flyers alle utenti

Target;

- ADV Facebook + landing page su sito www.gpini.it + post FB (1234 visualizzazioni al 4/1/2015)



NUTRIZIONE IN PILLOLE: cura della grafica e diffusione attraverso la mailing list della newsletter trimestrale di informazione sugli stili di vita sani, stampata in 100 copie diffuse presso mensa.

CAMPAGNA ANTISOFFOCAMENTO: produzione e diffusione ai colleghi via email e alle famiglie presso OTP, di una brochure informativa “Guida veloce alla deglutizione sicura” (distribuita presso il reparto Ortopedia Traumatologia pediatrica per i pazienti con età inferiore ai 5 anni). Corso pratico gratuito di formazione sulle tecniche di disostruzione pediatrica rivolto ai cittadini.

CAMPAGNA “SCEGLI IL TUO PIATTO E LA TUA SALUTE”: realizzazione di 4 campagne di promozione stili di vita sani, stampati su 10.000 tovagliette diffuse in mensa ai dipendenti riportanti messaggi promozionali (distribuiti come copri vassoio pasti presso la mensa dipendenti);

CAMPAGNA “RIMANI”: in occasione dell’evento organizzato da Direzione medica di presidio per la sensibilizzazione al tema del lavaggio delle mani (maggio 2015) l’Uff. Comunicazione ha collaborato alla diffusione dell’#safehands dell’OMS con una campagna fotografica insieme a medici e infermieri; nei sei mesi successivi all’evento ha contribuito a diffondere sei campagne interne sul lavaggio mani via email ai dipendenti.

Le attività sopra descritte non sono state riportate nel programma “Aziende che Promuovono Salute-Rete WHP Lombardia”.

OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%



2. Garantire il mantenimento delle performance di qualità e di risultato raggiunte nell'offerta di screening oncologici in linea con quanto contrattato di concerto con le ASL secondo le specifiche di cui alla nota H1.2012.0036178 del 17.12.2012

2.1 Messa a disposizione dei programmi di screening delle ASL di volumi di prestazioni diagnostiche appropriate per garantire una adeguata copertura della popolazione

2.2 Partecipazione dei radiologi che intervengono nei percorsi di screening alla revisione dei casi dei cancri di intervallo come da proposta ASL >90% dei radiologi partecipanti (da evidenziarsi in apposito report ASL);

2.3 Collaborazione alla stadiazione dei cancri screen detected: invio dei referti delle stadiazioni effettuate dalle anatomie patologiche della AO alle ASL (>95% delle richieste di ASL)

NON DI PERTINENZA



3. Migliorare l'attività di sorveglianza e controllo delle malattie infettive (Morbillo e Rosolia, Malattie Invasive Batteriche; MTA; TBC)

3.1 Tempestività/completezza delle segnalazioni alle ASL di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi: $\geq 90\%$ (verifica effettuata attraverso il confronto dei dati presenti nel sistema di registrazione di malattie infettive delle ASL – MAINF, e i dati di ricovero - SDO)

3.2 Segnalazione on-line della malattie infettive alle ASL: mediante integrazione degli applicativi delle AO al SIS o con utilizzo della web application già disponibile nel menu SIS

3.4 Partecipazione al processo di definizione delle procedure “Gestione focolaio tossinfezione di origine alimentare” coordinata dalla ASL (entro il 30.04.2015)

Tutti i nuovi casi di patologia infettiva che vengono segnalati dai reparti sono stati trasmessi alla ASL con tempestività e completezza dei dati riportati sulle apposite schede di segnalazione per il flusso informativo ASL relativo alla profilassi delle malattie infettive: = 100%.

Compilazione ed invio alla ASL della scheda di sorveglianza degli esiti del trattamento dei casi di Tubercolosi.

Tutte i nuovi casi di sieropositività vengono segnalati alla ASL con completezza dei dati della scheda dedicata.

Per quanto riguarda MAINF: effettuato test di invio congiuntamente a Lombardia Informatica e Direzione Medica di Presidio.

Segnalazione on-line della malattie infettive alle ASL mediante integrazione degli applicativi delle AO al SIS o con utilizzo della web application già disponibile nel menu SIS.

OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%



4. Perseguire il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale (dgr n. IX/4475/2012, nota H1.2012.0036178 del 17.12.2012)

4.1 Evidenza del raccordo con la ASL competente per territorio finalizzato all'offerta delle vaccinazioni alle categorie a rischio (da Report predisposto dalle ASL)

Esecuzione delle vaccinazioni sul personale dipendente appartenente alle le categorie a rischio e invio alla ASL dei dati di competenza

L'A.O. Istituto Ortopedico G. Pini in quanto mono specialistica non è coinvolta nella campagna vaccinale infantile ma aderisce solo alla campagna vaccinale antiinfluenzale, rivolta ai dipendenti, in accordo con la ASL Milano.

OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%



<p>5. Rete UOOML</p>	<p>5.1 Inserimento in MAPI del 10% in più di casi di malattie professionali su base dati casi in MaPI con certificato 2014</p> <p>5.2 Azioni atte ad incrementare l'invio delle segnalazioni e denunce di malattie professionali da parte di medici competenti, medici di medicina generale, medici specialisti, medici ospedalieri: incremento rispetto al ricevuto nel 2014. L'indicatore e la base dati sarà dettagliato con una successiva nota.</p>	<p>Non sono stati segnalati casi di malattie professionali presso la DMP o da parte di medici.</p> <p>NON APPLICABILE</p>
<p>6. Semplificazione</p>	<p>6.1 Trasmissione on-line dei certificati medici d'infortunio sul lavoro a INAIL e ASL : integrazione degli applicativi delle Aziende al SISS o uso web-application secondo specifica calendarizzazione di cui a successiva nota da parte del 100% delle AAOO pubbliche</p> <p>Aziende sede di UOOML</p>	<p>Effettuata integrazione nel mese di novembre con il sistema dipartimentale del Pronto Soccorso. I certificati medici d'infortunio sul lavoro vengono trasmessi on-line a INAIL e ASL mediante utilizzo web-application:</p> <p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>



GOVERNO DEI DATI, DELLE STRATEGIE E PIANI DEL SISTEMA SANITARIO PESO 20

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2015
<p>Attuazione della DGR 2989/2014 "Regole 2015" – Potenziamento dei flussi informativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni ambulatoriali • Prestazioni di Pronto Soccorso • Ricoveri ospedalieri • Flusso Endoprotesi • Flussi Ministeriali • Certificati di Assistenza al Parto • Rilevazione delle attività sanitarie degli Stranieri • Rilevazione della abortività volontaria e spontanea 	<p>Prestazioni ambulatoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Qualità della rilevazione - errori gravi: percentuale di prescrizioni ambulatoriali contenenti errori "gravi" inferiore al 1% o Tempestività della rilevazione: non più del 2% di record 28SAN oltre la scadenza prevista 	<p>Controllo sanitario delle prestazioni ambulatoriali inserite nei tracciati record relativi ai dati di attività (28/SAN) prima della trasmissione al SIA per dell'invio definitivo in Regione Lombardia.</p> <p>Percentuale inferiore al 1%. di prescrizioni ambulatoriali contenenti errori "gravi" rilevata al 31 dicembre 2015.</p> <p>Tempestività della rilevazione e rispetto della tempistica regionale prevista nell'invio dei dati relativi alle prestazioni ambulatoriali (flusso 28/SAN): percentuale inferiore all'1% di record 28/SAN in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>



	<p>Prestazioni di Pronto Soccorso:</p> <ul style="list-style-type: none">o Completezza della rilevazione: scostamento rispetto a quanto rilevato con il flusso 28/SAN non superiore al 5%	<p>Invio flusso 6/SAN : rispetto dell'invio secondo tempistica regionale.</p> <p>Estrazione ed invio dei dati di attività di PS secondo la tempistica regionale prevista: scostamento rispetto a quanto rilevato con il flusso 28/SAN non superiore al 5%.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
	<p>Ricoveri ospedalieri:</p> <ul style="list-style-type: none">o Qualità della rilevazione – errori gravi: percentuale di record di SDO contenenti errori “gravi” inferiore al 1%o Tempestività della rilevazione: nessun ritardo oltre 1 mese, rispetto alle scadenze previste (da questa rilevazione vanno esclusi i DH di tipo non chirurgico)	<p>Controllo sanitario delle SDO inserite nel sistema informatico relativo ai dati di attività di ricovero prima della trasmissione al SIA per l'invio definitivo in Regione Lombardia.</p> <p>Percentuale inferiore all'1% di record SDO inviati in RL contenenti errori “gravi” per il periodo gennaio-dicembre 2013.</p> <p>Tempestività della rilevazione e rispetto della tempistica regionale prevista nell'invio dei dati relativi alle prestazioni di ricovero (flusso SDO): nessun</p>



		ritardo oltre 1 mese rispetto alle scadenze previste. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
	Flusso Endoprotesi: o Percentuale di completezza nella compilazione dei campi per i record endoprotesi (SDO4): scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale	Controllo della percentuale di completezza nella compilazione dei campi per i record endoprotesi (SDO4) prima della trasmissione del relativo flusso informatico in Regione Lombardia. Il flusso tecnico-informatico SDO4 è adeguato a quanto previsto dalle disposizioni regionali in materia. La percentuale di completezza è pari al 100 % nella compilazione dei campi per i record endoprotesi (SDO4) nel periodo gennaio-dicembre 2015. Tempestività della rilevazione e rispetto della tempistica regionale prevista nell'invio dei dati relativi al flusso endoprotesi (SDO4). OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
	Flussi Ministeriali: o Percentuale di modelli dei Flussi	



	<p>Ministeriali segnalati oltre il termine stabilito dalle regole inferiore al 1%</p>	<p>Compilazione corretta di tutti modelli di rilevazione dei Flussi Informativi Ministeriali (STS.11, STS.21, HSP.11, HSP.12, HSP.14, HSP.22-bis e HSP.24).</p> <p>Rilevazione ed invio dei dati di attività aziendali secondo tempistica regionale prevista: percentuale = 0 % di modelli segnalati oltre il termine stabilito dalle regole regionali.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
	<p>Certificati di Assistenza al Parto:</p> <ul style="list-style-type: none">o Scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale di parti non rilevati col CeDAP rispetto ai parti segnalati con le SDOo Tempestività della rilevazione: percentuale in ritardo oltre il mese non superiore al 5%o Rapporto tra CEDAP con segnalazione di malformazione rispetto alle SDO di neonati con diagnosi di malformazione	<p>NON DI PERTINENZA</p>



	(una delle 6 diagnosi con codice ICD-9-CM compreso tra 740xx e 759xx): Scostamento massimo del 5% rispetto all'indicatore regionale.	
	Rilevazione delle attività sanitarie degli Stranieri: o Completezza della rilevazione degli stranieri UE o da paesi con convenzione: percentuale di record SDO3 superiore al 95% e completezza delle informazioni per le ASL superiore al 95%	Controllo della rilevazione delle prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri comunitari (UE) o provenienti da paesi con convenzione ed extracomunitari STP. Invio dei dati di attività secondo tempistica regionale prevista: percentuale di record SDO3 superiore al 95% e completezza delle informazioni per le ASL superiore al 95%. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
	Rilevazione della abortività volontaria e spontanea:	



	<ul style="list-style-type: none">o Scostamento massimo del 3% tra le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) rilevate con le SDO e quelle rilevate con il flusso ISTAT (modello D.12)o Scostamento massimo del 5% tra gli aborti spontanei rilevati con le SDO e quelli rilevati con il flusso ISTAT (modello D.11)	<p>NON DI PERTINENZA</p>
<p>Realizzazione del PIMO</p>	<p>Entro febbraio 2016 dovrà essere predisposto il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione strutturato con l'evidente integrazione di:</p> <ul style="list-style-type: none">- valutazione delle performance mediante un set minimo di indicatori	<p>Il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) dell'Azienda è stato approvato con deliberazione n. 408 del 16 ottobre 2014 ed è stato successivamente aggiornato ed integrato con deliberazione n. 26 del 31 marzo 2015 e deliberazione n. 358 del 23 luglio 2015.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>



	<p>aziendali</p> <p>- informazioni proveniente dai dati del monitoraggio interno e dalla autovalutazione.</p>	
<p>Sviluppo della funzione di Internal Audit</p>	<p>Entro ottobre 2015 dovrà essere garantita la funzione di I.A. seguendo le indicazioni descritte nella dgr 2989 del 23.12.2014.</p>	<p>Deliberazione n. 464 del 21.10.2015 di adozione del manuale regionale in attuazione della DGR 2989 del 23.12.2014.</p> <p>Deliberazione n. 546 del 04.12.2015 di adozione del Piano Annuale di Audit per l'anno 2016 in attuazione della DGR 2989 del 23.12.2014.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>



<p>Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle DGR n. X/2313/2014 e n. X/2989/2014.</p>	<p>Controllo ed invio alla Asl di pertinenza, entro il 30 settembre 2015, del 7% delle prestazioni di ricovero di cui:</p> <ul style="list-style-type: none">- quota "fino al" 4% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della Asl 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 Asl di pertinenza. <p>Invio del Piano dei Controlli aziendale alla Asl di pertinenza entro il 31.01.2015.</p>	<p>I Piano dei Controlli Interni Annuale è stato inviato in ASL entro il 31 gennaio 2015.</p> <p>Completo rispetto di quanto previsto dall'indicatore e di quanto declinato nel Piano dei Controlli Interni Annuale.</p> <p>Invio alla ASL delle attività di autocontrollo nei tempi previsti (30 settembre 2015).</p> <p><i>Come stabilito dalle Regole di Sistema della RL, sono state completamente rispettate tutte le percentuali delle quote di attività di autocontrollo di qualità della documentazione clinica e di congruenza e appropriatezza delle prestazioni di ricovero soggette a verifica di concordanza da parte del NOC della Asl di pertinenza.</i></p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
<p>Ogni Azienda (ASL e AO) si dota di un piano di ottimizzazione degli spazi fisici anche alla luce delle azioni di razionalizzazione degli spazi a disposizione per l'archiviazione tenuto conto dei criteri definiti con DGR n. 325 del 27/6/2013 "Approvazione del titolare di classificazione e</p>	<p>Almeno 1 proposta di scarto inoltrata alla Soprintendenza Beni Archivistici per la Lombardia.</p>	<p>L'Azienda Ospedaliera Gaetano Pini di seguito all'emanazione del Decreto Regione Lombardia n. 1575 del 03.03.2015 ha provveduto a pubblicare nell'intranet aziendale il Massimario di Scarto Rev. 02 per la condivisione degli obiettivi previsti dal Decreto.</p>



massimario di scarto della documentazione del sistema sanitario e sociosanitario regionale lombardo” e successivi aggiornamenti.

Il corretto ricorso allo strumento dello scarto consente, infatti, nell’ambito di una gestione ordinata degli archivi, orientata alla conservazione solamente dei documenti che mantengono rilievo giuridico o che hanno assunto un valore storico, una razionalizzazione ed una ottimizzazione degli spazi a disposizione

Gli Uffici interessati sono stati coinvolti dalla Direzione per la verifica degli scarti previsti dal Massimario, ma dalla ricognizione effettuata si è evidenziata la necessità di ricollocare solo i documenti sanitari collegati alla cartella clinica, per i quali si è provveduto ad individuare altra sede di archiviazione, senza scarto alcuno. Per questo motivo non è stato previsto invio di scarto alla Soprintendenza Beni Archivistici. Il Massimario è attualmente a disposizione degli Uffici coinvolti dal processo.

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO



Farmaci per malattie rare

Malattie rare: percorso condiviso ASL/AO di presa in carico

Ai sensi di quanto comunicato con la nota prot. H1.2015.0000597 del 09/01/2015, le ASL, le Strutture sanitarie e i Presidi di Rete Malattie Rare (RMR) nel corso dell'anno 2014 dovranno attivarsi per l'aggiornamento del protocollo d'intesa che dovrà essere inviato al Centro di Coordinamento della Rete Regionale delle Malattie Rare e alla D.G. Salute per la relativa pubblicazione sul sito regionale

Indicatore :

Entro il 31.12.2015 aggiornamento di un protocollo d'intesa sottoscritto dalla ASL, dalle Strutture sanitarie di competenza territoriale e dai suoi Presidi di Rete e che dovrà essere inviato al Centro di Coordinamento della Rete Regionale delle Malattie Rare e alla D.G. Salute per la relativa

La ASL Milano ha trasmesso al centro di coordinamento malattie rare e a Regione Lombardia il protocollo d'intesa malattie rare concordato con le varie strutture il 24/12/2015. L'A.O. Pini ha approvato il protocollo d'intesa con delibera 545 del 4/12/2015.

OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%



	pubblicazione sul sito regionale	
Sviluppo della funzione di hta	<p>A partire dal 2015 le AO, ASL e IRCCS dovranno inviare gli atti e tutte le documentazioni, ivi compresi i piani di lavoro per l'anno in corso, predisposte dalle Commissioni Dispositivi Medici o dagli altri organismi multidisciplinari istituiti nelle predette Aziende.</p> <p>Indicatore:</p> <p>Invio da parte delle strutture di almeno 3 documenti predisposti dalle Commissioni Dispositivi Medici o dagli altri organismi multidisciplinari istituiti nelle predette Aziende, entro il 31.12.2015, da pubblicare all'indirizzo http://vts-hta.asl.pavia.it.</p>	<p>Con deliberazione n. 72 del 25 febbraio 2015 è stata costituita la Commissione Aziendale Dispositivi Medici, che nel corso dell'anno 2015 si è riunita tre volte, come da relativi verbali di seguito indicati:</p> <ul style="list-style-type: none">- Verbale riunione del 29 ottobre 2015- Verbale riunione del 23 novembre 2015- Verbale riunione del 4 dicembre 2015 (vedi allegati). <p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
Politiche sul governo del farmaco e sull'assistenza protesica	<p><u>Prontuari ospedalieri dei farmaci</u></p> <p>Per le AO relativamente a specifiche categorie</p>	<p>Il prontuario terapeutico ospedaliero è stato aggiornato e pubblicato in internet entro il 30/06/2015.</p>



di farmaci comprendenti specialità medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto (ATC :C08, C09, C10, M01, M05, J01, B03, L03, H01, L04) in condivisione con le

ASL ed in coerenza con le regole prescrittive ed i profili di costo territoriali, in un'ottica di promozione dell'uso e della prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto anche di origine biotecnologica, l'aggiornamento dei prontuari ospedalieri, sia per la parte di medicinali che contribuiscono ad un'induzione territoriale che per la parte ospedaliera, dovrà avvenire entro il primo semestre 2015.

Indicatore :

Pubblicazione entro il 30.06.2015 su sito web di ciascuna AO e della ASL di competenza territoriale del prontuario ospedaliero aggiornato per la parte di medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto (ATC

OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%



	:C08, C09, C10, M01, M05, J01, B03, L03, H01, L04) fatta in condivisione con le ASL ed in coerenza con le regole prescrittive ed i profili di costo territoriali	
Politiche sul governo del farmaco e sull'assistenza protesica	<p><u>Farmaci ad alto costo con registro AIFA</u></p> <p>Si conferma come obiettivo per l'anno 2015, il controllo della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2, 1 o 18) così suddiviso:</p> <ul style="list-style-type: none">o Nuovi farmaci per HCV: 100%, con presenza del dato di targatura nel File F per ogni confezione erogata;o Farmaci oncologici: almeno il 75%;o Farmaci oftalmologici: almeno il 50%.	FARMACI NON GESTITI
Politiche sul governo del farmaco e sull'assistenza protesica	<p><u>Promozione prescrizione farmaci equivalenti e biosimilari</u></p> <p>Partecipazione agli eventi formativi realizzati</p>	Partecipazione all'evento formativo sulla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto in particolare nel



	dalle ASL, rivolto ai prescrittori delle strutture di ricovero e cura accreditate, con particolare attenzione alla promozione d'uso dei farmaci a brevetto scaduto anche nel campo dei farmaci biotecnologici	campo dei biotecnologici in data 25/03/2015, tra i relatori il dott. Sinigaglia UOC DH Reumatologia. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Politiche sul governo del farmaco e sull'assistenza protesica	<u>Dati File F</u> 1) Verifica con cadenza trimestrale della congruenza dei dati inviati e certificati con i flussi informativi e i dati dichiarati nei bilanci a. invio entro i termini stabiliti dalle indicazioni regionali; b. completezza del flusso – 100% c. corrispondenza tra dati inviati e certificati con i flussi informativi e i dati dichiarati nei bilanci - 97% 2) Attivazione della rilevazione del dato di Targatura relativamente alla distribuzione/somministrazione di confezioni intere, indipendentemente dalla tipologia del File F: a. Per i centri erogatori di farmaci HVC l'obiettivo è assolto inviando	1) Invio flusso File-F entro i termini stabiliti con completezza 100% e corrispondenza 97% tra dati inviati e flussi. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%



	<p>i dati di targatura del 100% delle erogazioni dei Nuovi farmaci per HCV</p> <p>b. Per le strutture che non sono erogatori di farmaci HVC, a partire dai dati di aprile 2015 almeno il 10% dei record con indicazione della targatura (calcolati per il periodo aprile-dicembre 2015)</p>	<p>NON APPLICABILE</p> <p>b. Targatura farmaci File-F nel periodo aprile-dicembre 2015 superiore al 10%.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
<p>Politiche sul governo del farmaco e sull'assistenza protesica</p>	<p><u>Dati File R</u></p>	<p>Invio flusso File-R entro i termini stabiliti, completezza</p>



	<p>2) Verifica con cadenza trimestrale della congruenza dei dati inviati e certificati con i flussi informativi e i dati dichiarati nei bilanci</p> <ul style="list-style-type: none">a. invio entro i termini stabiliti dalle indicazioni regionali;b. completezza del flusso – 100%c. corrispondenza tra dati inviati e certificati con i flussi informativi e i dati dichiarati nei bilanci - 97%	<p>100% e corrispondenza 97% tra dati inviati e flussi. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
<p>Politiche sul governo del farmaco e sull'assistenza protesica</p>	<p><u>Protesica (sistema Assistant-RL)</u></p> <p>1. Prescrizione dei dispositivi di protesica on line con il sistema Assistant</p> <ul style="list-style-type: none">➤ obbligatorietà della prescrizione on line con il sistema Assistant-RL: almeno il 70% delle prescrizioni (compresa la VMD)	<p>Completo rispetto di quanto previsto dall'indicatore: i dispositivi relativi all'assistenza protesica per i pazienti residenti in RL vengono prescritti con il sistema Assistant-RL.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>



1) Sviluppo e potenziamento della Rete Ematologica Lombarda - REL	<ul style="list-style-type: none">▪ Corretta applicazione dei PDTA di riferimento. <p>Gli indicatori sono definiti e declinati nel Portale regionale.</p> <p>In tutte le strutture che gestiscono la casistica ematologica e onco-ematologica</p>	NON DI PERTINENZA
2) Sviluppo e potenziamento della Rete Nefrologica Lombarda - ReNe	<ul style="list-style-type: none">▪ Corretta applicazione dei PDTA di riferimento.▪ Incremento del 10% rispetto al 2014, dei pazienti iscritti nei programmi speciali (doppio rene, cuore fermo, rischio non standard, etc) delle nefrologie Centro Trapianti.▪ Programma di trapianto del rene da vivente: incremento per tutte le nefrologie del 10% rispetto al 2014 delle proposte al Centro Regionale	NON DI PERTINENZA



	<p>Trapianti.</p> <p>Gli indicatori sono definiti e declinati nel Portale regionale.</p> <p>In tutte le strutture che gestiscono la casistica nefrologica</p>	
<p>3) Sviluppo e potenziamento della Rete Stroke</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Corretta applicazione dei PDTA di riferimento.▪ Pieno utilizzo dell'archivio regionale Stroke.▪ Evidenza della gestione di almeno l'80% dei casi acuti di ictus presso la Stroke Unit aziendale o dell'invio dei pazienti ad altra Stroke Unit regionale. <p>Gli indicatori sono definiti e declinati nel Portale regionale.</p> <p>In tutte le strutture che gestiscono casi acuti di ictus</p>	<p>NON DI PERTINENZA</p>



4) Sviluppo e potenziamento della Rete Stemi	<ul style="list-style-type: none">▪ Corretta applicazione dei PDTA di riferimento.▪ Evidenza dell'adesione attiva del 100% delle cardiologie e UTIC al Registro STEMI. <p>Gli indicatori sono definiti e declinati nel Portale regionale.</p> <p>In tutte le strutture che gestiscono l'infarto miocardico acuto</p>	NON DI PERTINENZA
5) Sviluppo e potenziamento della Rete Oncologica Lombarda - ROL	<ul style="list-style-type: none">▪ Corretta applicazione dei PDTA di riferimento. <p>Gli indicatori sono definiti e declinati nel</p>	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO



	<p>Portale regionale.</p> <p>In tutte le strutture che gestiscono la casistica oncologica</p>	
<p>6) Sviluppo e potenziamento della Rete Diabete</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Corretta applicazione dei PDTA di riferimento. <p>Gli indicatori sono definiti e declinati nel Portale regionale.</p> <p>In tutte le strutture che gestiscono la casistica diabetologica</p>	<p>NON DI PERTINENZA</p>
<p>7) Sviluppo e potenziamento del Sistema Donazione -Trapianto</p>	<p>Donazione e Trapianto</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno	<p>Essendo diminuiti gli interventi delle protesi in</p>



	<p>precedente.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale.▪ Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione.▪ Attiva e puntuale partecipazione alle attività organizzate dalla DG Salute (Gruppi di lavoro, formazione, riunioni tematiche, ecc.).▪ Rispetto del debito informativo con uso del programma Donor Action/Donor Manager.	<p>elezione e aumentato lo scarto per scarsa qualità del tessuto (pazienti over 80 anni) anche i donatori idonei prelevati sono diminuiti del 27% rispetto al 2014.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 70%</p> <p>Non è un obiettivo della Banca dell'Osso ma aziendale.</p> <p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p> <p>Sono state prelevate 53 teste di femore da donatore vivente pari all'11% delle protesi totali impiantate in elezione (53/496).</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>Banca degli occhi</p> <ul style="list-style-type: none">▪ <u>AO Monza e Policlinico San Matteo</u>: Incremento dell'efficienza del sistema attraverso:<ul style="list-style-type: none">○ stesura di protocolli di collaborazione per la lavorazione e la conservazione dei tessuti;○ monitoraggio sistematico delle non idoneità dei tessuti forniti alle banche ed eventuali riunioni formative presso le aziende ospedaliere sede di raccolta;○ collaborazione con altre Regioni /Stati per ridurre la non utilizzazione, mediante stesura di convenzioni specifiche. <p>Banca del tessuto muscolo scheletrico</p> <ul style="list-style-type: none">▪ <u>AO Pini</u>: incremento dell'efficienza del sistema (con il recupero delle attività attualmente affidate ad altre	<p>Riunioni tematiche sui prelievi e trapianti sono state frequentate dal Responsabile della Banca e dai tecnici durante l'anno 2015.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p> <p>Il debito formativo con uso di Donor Manager viene regolarmente rispettato. Sono state infatti inserite tutte le donazioni di tessuto osseo del 2015 del nostro istituito.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



strutture extra regione) mediante programmi di collaborazione con Strutture sanitarie lombarde.

In tutte le Strutture e in quelle espressamente individuate in merito agli indicatori specifici delle Banche



		<p>Sono state indotte numerose riunioni tra i responsabili delle Banche lombarde ed è stata prodotta una piantina della nuova struttura che avrà sede a Niguarda dopo il benessere regionale. Tale nuova struttura accoglierà le Banche Osso , Cute ed Omoinnesti con accentramento di personale ed attività. Essendo la collaborazione tra strutture sanitarie indipendente dalla Banca ma vincolata a delibere da parte dei DG coinvolti e della Regione, attualmente il raggiungimento di tale obiettivo non è da ritenersi imputabile alla Banca dell'osso ma riveste carattere aziendale/regionale.</p> <p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
<p>8) Razionalizzazione del Sistema Regionale delle Ricerche in materia sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Completamento dei progetti di ricerca approvati con i seguenti decreti: n. 9828 del 25.10.2011	<p>“Sarcoma di Ewing dello scheletro: studio dei micro RNA (MiRna) e loro ruolo nella diagnosi, prognosi e terapia”. Progetto concluso con articolo scientifico in</p>



	<p>n. 2494 del 21.3.2011</p> <p>n. 13465 del 22.12.2010</p> <p>n. 8923 del 22.9.2010</p> <p>n. 2387 del 15.3.2010 integrato con decreto n. 4056 del 22.4.2010</p> <p>n. 13848 dell'11.12.2009</p> <p>per i quali non è stata concessa formale proroga entro e non oltre la data del 31 gennaio 2015.</p>	<p>corso di pubblicazione.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p> <p>“Profilo molecolare dei micro RNA (MiRna) nel condrosarcoma centrale intra midollare dell’osso: valore diagnostico, prognostico e terapeutico”. Progetto concluso con redazione in corso di lavoro scientifico sulla valutazione dati biostatistici e prognosi dei pazienti.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
<p>9) Razionalizzazione del Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo - SBBL</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Preventiva acquisizione del parere favorevole di SBBL per l’attivazione/rinnovo di contratti con gli editori. <p>In tutte le Strutture dove sono ancora aperti i progetti di ricerca approvati dai provvedimenti citati.</p>	<p>Per quanto riguarda l’attivazione, ovvero il rinnovo, dei contatti con gli editori per SBBL, ci siamo attenuti a quanto disposto dalla DGR 4702/15 (CD Regole Regionali) e a quanto contenuto nella nota a firma del dott. Bersani, della Direzione Generale Welfare, ricevuta in data 10.03.16.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>



PROGRAMMAZIONE E GOVERNO DEI SERVIZI SANITARI PESO 20

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2015
<p>Medicina di laboratorio: predisposizione di un percorso informativo per la corretta applicazione della norma nell'ambito dell'accettazione delle prestazioni di genetica medica di laboratorio.</p>	<p>Almeno il 95% di accettazioni corrette, a seguito di verifica ASL</p>	<p>Coerenza del percorso informativo descritto. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
<p>Medicina di laboratorio: attiva partecipazione alle iniziative messe in atto dalla DG Salute per il riordino dei Servizi di Medicina di Laboratorio pubblici</p>	<p>Verifica dei verbali degli incontri o della rispondenza alle iniziative proposte (ad es. risposta - nei tempi previsti - ai questionari somministrati) AO dell'area di MILANO</p>	<p>Il personale interessato ha partecipato a tutti gli incontri programmati dalla Direzione Generale Salute. Nei tempi previsti sono state prodotte tutte le risposte dai questionari somministrati dalla Direzione Generale Salute (materiale in giacenza presso l'UOC Patologia Clinica). OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
<p>Punti Nascita: riduzione del tasso di cesarizzazione secondo i seguenti parametri: A) se obiettivo 2014 NON raggiunto: - riduzione del 6% (se superiore a 75° percentile) rispetto 2014 - riduzione del 3% (se compreso tra 75° e 25° percentile)</p>	<p>Evidenza del rispetto dei parametri richiesti AO sede di punti nascita</p>	<p>NON DI PERTINENZA</p>



<p>rispetto 2014.</p> <p>B) Se obiettivo 2014 raggiunto:</p> <ul style="list-style-type: none">- riduzione del 4% (se superiore a 75° percentile) rispetto 2014- riduzione del 2% (se compreso tra 75° e 25° percentile) rispetto 2014- mantenimento del valore (se inferiore al 25° percentile)		
<p>Punti Nascita: attivazione di almeno un Punto Nascita per AO con Parto Analgesia H24</p>	<p>Evidenza dell'operatività completa a partire da settembre 2015</p> <p>AO sede di punti nascita</p>	<p>NON DI PERTINENZA</p>
<p>Progetto CREG: predisposizione di facilitazioni per l'accesso dei pazienti CReG alle prestazioni ambulatoriali erogate dalla Struttura</p>	<p>Evidenza della presenza di Agende dedicate per l'accesso alle prestazioni CReG</p> <p>AO delle ASL di BG, CO, LC, MI, MI2</p>	<p>NON DI PERTINENZA</p>
<p>Salute mentale: dimissione dei pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari</p>	<p>Presentazione e monitoraggio dei programmi individuali di dimissione del 100% dei pazienti di competenza ricoverati presso gli OPG italiani o le REMS provvisorie e conseguente presa in</p>	<p>NON DI PERTINENZA</p>



	carico dei pazienti dimissibili.	
Formazione ECM: rispetto della tempistica di invio del tracciato record relativamente alle attività formative erogate, all' Ente Accreditante e al COGEAPS	Rispetto del termine di invio entro e non oltre 90 giorni dalla conclusione dell'evento	I tracciati record relativi agli eventi formativi vengono normalmente inviati a Regione Lombardia e a COGEAPS entro e non oltre il termine stabilito di 90 gg dalla conclusione di ogni singolo evento. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Formazione ECM: rispetto della tempistica di invio della relazione sull'attività formativa svolta durante l'anno precedente con indicazione degli eventi formativi realizzati rispetto a quelli programmati	Rispetto del termine di invio entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento	La relazione sull'attività formativa svolta durante l'anno precedente, contenente l'indicazione degli eventi formativi realizzati rispetto a quelli programmati è stata inoltrata via mail il 25.3.16. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Cooperazione internazionale: rispetto del percorso di dismissione dei beni indicato al punto b) della dgr X/2637 del 14 novembre 2014.	Invio di relazione annuale sulle attività di donazione diretta ai soggetti aventi titolo.	NON DI PERTINENZA
Governo delle liste di attesa: applicazione dei contenuti dgr n. 1775/11 con attiva partecipazione alle iniziative messe in atto dalla ASL per l'istituzione dei gruppi di esperti per la verifica del corretto utilizzo dell'urgenza differita (Bollino Verde).	Evidenza dell'attiva partecipazione alle iniziative messe in atto dalla ASL	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Sviluppo del sistema Informativo Socio-Sanitario: predisposizione e completa attuazione del Piano annuale SISS	<ul style="list-style-type: none">Realizzazione delle integrazioni necessarie per la gestione della Ricetta dematerializzata secondo le indicazioni definite per ogni Azienda nel Piano Annuale SISS	Monitoraggio, congiuntamente a Lombardia Informatica, dell'intero Piano Aziendale



- Completezza dei referti pubblicati: rispetto dei valori target definiti per ogni Azienda nel Piano annuale SISS
- Tempestività di pubblicazione: rispetto dei valori target definiti per ogni Azienda nel Piano annuale SISS

Validazione NRE validata nei tempi previsti verbale di validazione 16-12-2015

Completezza dei referti pubblicati- dati sul cruscotto regionale definiti in linea con obiettivo con i seguenti risultati:

Laboratorio 86.44% in linea con produzione

Radiologia 110.43%

Ambulatoriale 99.23 %

Pronto soccorso 100.85%

Lettere di dimissione 98.98%

Tempestività di pubblicazione:

Mantenimento della percentuale del 95% fino al mese di ottobre.

Novembre e dicembre problemi della PRI tracciate in apposite comunicazione con Lombardia Informatica e fornitori.

OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100 %



<p>Comunicazione istituzionale: corretta applicazione nei materiali informativi realizzati delle linee guida per l'immagine coordinata del Sistema Sanitario Regionale, in raccordo con l'ufficio comunicazione della Direzione Generale Salute</p>	<p>Evidenza della corretta applicazione della brand identity, con condivisione preventiva dei materiali con DG Salute, in almeno l'80% del materiale realizzato</p>	<p>A far data dall'emanazione delle linee guida sulla brand identity (24.9.15), il piano comunicazione dell'ex A.O. G. Pini, approvato e rendicontato all'Ufficio Comunicazione della DG Salute, non prevedeva la realizzazione di eventi ai quali applicarla.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
<p>Miglioramento della performance per interventi chirurgici per frattura di femore</p>	<p>Il rapporto tra il numero dei pazienti ricoverati per frattura di femore e il numero dei pazienti con frattura del femore operati entro 48h (tempo calcolato orario arrivo triage/orario ingresso in sala operatoria) deve essere ≤ 1.25 (misurazione al 31.12.15)</p>	<p>E' stato realizzato un monitoraggio interno dei pazienti operati per frattura di femore.</p> <p>Da tale monitoraggio è derivato che la percentuale di pazienti con frattura di femore operati entro le 48 ore risulta essere del 46,4%.</p> <p>Rispetto all'indicatore regionale, posto al 61,6%, il margine di scostamento è del 17%, da ritenersi imputabile alla tipologia di pazienti con più patologie associate.</p> <p>La comorbidità dei pazienti non permette d'intervenire chirurgicamente entro le 48h per ridurre la frattura di femore.</p> <p>L'indice C.C.I. (ovvero lo strumento di valutazione delle comorbidità) ha consentito di poter "giustificare" il non allineamento all'indicatore regionale.</p> <p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
<p>Miglioramento della gestione in Pronto soccorso delle violenze di genere</p>	<p>a. Evidenza di un protocollo aziendale di gestione b. Partecipazione di almeno il 50% del personale medico ed infermieristico dei PS ai corsi sulla violenza organizzati dalla DG Salute</p>	<p>a.</p> <p>1) è stato predisposto un GDL 2) è stata condotta un'indagine ad hoc nei 10 reparti/ servizi ritenuti più a rischio</p>



		<p>3) sono stati analizzati i risultati preliminari dei 10 reparti/servizi</p> <p>4) è stata predisposta una bozza di procedura che dovrà essere verificata nel corso dell'anno 2016 a seguito della costituzione della ASST con l'integrazione delle 2 strutture PINI e CTO</p> <p>5) a seguito della stesura definitiva della procedura si provvederà a formare il personale interessato</p> <p>A conferma di quanto sopra, il PARM 2016 prevede la mappatura di tutte le procedure in essere nella ASST ed è stato predisposto un particolare richiamo relativo alla procedura in argomento.</p> <p>b. Non risulta che il personale abbia partecipato ai corsi Eupolis in materia di violenza. L'Azienda a far tempo da dicembre 2015 ha attivato la piattaforma FAD del Policlinico di Milano: al corso sulla violenza in FAD sono iscritti n.10 dipendenti.</p> <p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
Consolidamento dell'organizzazione del Soccorso sanitario nelle maxi emergenze	Conferma della disponibilità di personale dichiarato ad AREU per l'attività del PMA II livello.	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Regolare organizzazione dei Soccorsi Sanitari in occasione di	Conferma della disponibilità di personale per l'attività degli ambulatori interni al sito	OBIETTIVO NON APPLICABILE



EXPO 2015	EXPO	
Consolidamento delle attività dei Centri di Validazione e di Lavorazione del sangue	<ul style="list-style-type: none">• Rispetto del Piano annuale di programmazione e compensazione regionale delle unità di sangue (Tutte le AO)• Esito favorevole delle attività di verifica dei Valutatori ASL nei Centri di Validazione e Lavorazione e nel Centro di lavorazione attivati <i>(solo AO sede di CVL)</i>• Accuratezza e tempestività nell'invio alla Direzione Generale Salute dei flussi relativi ai costi del Sistema Trasfusionale secondo le indicazioni regionali <i>(Tutte le AO)</i>	NON DI PERTINENZA
Attuazione della DGR 2933/2014 “Determinazioni in merito al miglioramento dell’attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza”	<ul style="list-style-type: none">• Approvazione da parte dell'ASL del Piano di Gestione del Sovraffollamento in PS, previo confronto nei Tavoli E/U <i>(Tutte)</i>• Evidenza del rispetto dei protocolli delle reti Trauma, Stroke e STEMI nel rispetto degli indicatori e degli standard definiti a livello regionale <i>(Tutte)</i>	



	<ul style="list-style-type: none">• Adesione al progetto regionale di integrazione dei flussi informativi tra gestionali PS e 118 (<i>Tutte</i>)• Introduzione di un algoritmo in grado di sintetizzare in tempo reale una misura di sovraffollamento del PS (<i>Tutte</i>)• completamento integrazione gestionale PS con EUOL (<i>6 AO dell'Area Metropolitana + AAOO Vimercate, Legnano, Melegnano, Monza, Como, Lecco</i>)	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 25 %</p>
<p>Completamento dell'attuazione della DGR 3591/2012 "Determinazioni in ordine alla stipula di convenzioni tra l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e le aziende sanitarie pubbliche per il coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera"</p>	<ul style="list-style-type: none">• Condivisione con AREU di progetti di integrazione dell'attività intra-extra ospedaliera (art 2 all. DGR) presentati dall'AO ad AREU• Rispetto del debito orario istituzionale premiante previsto dall'allegato alla convenzioni AREU/AO	<p>NON DI PERTINENZA</p>



AFFARI GENERALI E LEGALI, PERSONALE, INVESTIMENTI 20

OBIETTIVI DI ADEMPIMENTO

INDICATORI

RENDICONTAZIONE AL 31/12/2015

Attuazione delle regole di sistema anno 2015 DGR X 2989/2014 in particolare in rapporto ai contingenti del personale a tempo indeterminato e determinato, completezza dei flussi Informativi dell'area del personale: Conto Annuale esercizio 2014 Allegato al CE anni 2014 (ultimo trimestre) e 2015, Bilancio – Modello A e reciproca coerenza fra gli stessi

Il totale complessivo dei contingenti del personale strutturato dell'anno 2015 \leq all'anno 2014 e comunque non deve superare il 2014

Il totale complessivo dei contingenti di personale dipendente corrispondente all'anno 2015 è pari a n. 728 dipendenti (tra dipendenti a tempo determinato e dipendenti a tempo indeterminato) a fronte di n. 757 dipendenti (anno 2014). Conseguentemente si riscontra una riduzione tendenziale del personale. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto (vedi allegati).

OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%



	<p>Assunzione di personale a tempo determinato 2015 <= 2014 (salvo esplicita indicazione derivanti da nuove disposizioni regionali o pareri del Collegio dei revisori)</p> <p>Completezza, qualità e coerenza contenenti nei diversi flussi compresi i contabili</p> <p>N° invii completi 100%</p> <p>N° primi invii corretti</p> <p>Allineamento tra i dati inviati nei diversi flussi 90%</p>	<p>Diminuzione rispettata (vedi allegati).</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p> <p>Rispettate, come da indicazioni sotto riportate (vedi circolare regionale in allegato).</p> <p>Fluper C anno 2014: data invio 11/09/2015 (scadenza al 11/09/2015). Fluper A e B 4° trimestre 2014: data invio 25/02/2015 (scadenza 28/02/2014). Fluper A e B 1° e 2° trimestre 2015: data invio 28/08/2015 (scadenza 31/08/2015); Fluper A e B 3° trimestre 2015: data invio 29/11/2015 (scadenza 30/11/2015).</p> <p>Conto annuale esercizio 2014: data invio 05/06/2015,</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



data scadenza 05/06/2015, certificato dal Ministero in data 26/05/2015 senza errori ed incongruenze e dal Collegio Sindacale in data 30/06/2015.

Relazione al Conto Annuale esercizio 2014: data invio 19/05/2015 (data scadenza 20/05/2015).

Monitoraggio Congiunturale trimestrale Allegato al Conto Economico anno 2015:

quarto trimestre 2014: data invio 27/01/2015, data scadenza 31/01/2015, validati dal Ministero il 30/01/2015 (vedi allegati).

Monitoraggio Congiunturale trimestrale Allegato al Conto Economico anno 2015:

primo trimestre 2015: data invio 17/04/2015, (scadenza 30/04/2015), validato dal Ministero il 24/04/2015.

secondo trimestre 2015: data di invio 15/07/2015 (scadenza 31/07/2015), validato dal Ministero in data 24/07/2015.

terzo trimestre 2015: data di invio 28/10/2015 (scadenza 31/10/2015), validato dal Ministero in data 02/11/2015.

quarto trimestre 2015: data invio 29/01/2016 (scadenza 31/01/2016), validato dal Ministero in data 01/02/2016 (vedi allegati).

OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%



Piano investimenti	rispetto delle indicazioni regionali sugli investimenti ai sensi del D.Lgs n. 118/2011	L'Azienda ha predisposto il Piano degli Investimenti dell'anno 2015 nel rispetto delle indicazioni regionali, di cui alla deliberazione n. X/2989 del 23 dicembre 2014, e circolare del 6 febbraio 2015, prot. n. H1.2015.0004337, nonché dei principi contabili e del D.lgs. n. 118/2012. Il Piano è stato approvato contestualmente al Bilancio Preventivo Economico dell'anno 2015 con deliberazione n. 55 del 12 febbraio 2015 e sullo stesso la Regione ha espresso parere favorevole (raggiungimento 100%). OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100 %
Piano straordinario di interventi per l'ammodernamento tecnologico complesso e la qualificazione delle strutture pubbliche ai sensi della L.R. n. 18/2012 e della DGR n. X/388/2013: tutte le A.O. interessate dai finanziamenti	Attuazione degli interventi con puntuale rendicontazione delle spese sostenute	Investimenti: RMN in fase di valutazione delle offerte tecniche OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 50 %
Finanziamenti ex ll.rr. n. 5/2013 e n. 23/2013 ai sensi delle DD.G.R. n. 821/2013 e n. 1521/2014	Rispetto puntuale degli adempimenti previsti dalle DD.G.R. n. X/821/2013 e n. X/1521/2014; rendicontazione delle risorse di cui all'allegato A della DGR n. X/821/2013 e	Per quanto di competenza dell'UOC Gestione Approvvigionamenti (tali finanziamenti sono stati suddivisi tra UOC Gestione Tecnico Patrimoniale e uo approvvigionamenti) la situazione è così sintetizzabile: c. DGR 821/13 : acquisti effettuati;



	allegato B della DGR n. X/1521/2014	<p>rendicontazione non ancora effettuata in quanto il finanziamento complessivo era per la parte rimanente di competenza uo tecnico patrimoniale</p> <p>DGR 1521/2014: acquisti quasi totalmente effettuati; rendicontazione non ancora effettuata in quanto il finanziamento complessivo era per la parte rimanente di competenza UO tecnico patrimoniale.</p> <p>È stato collaudato il quadro elettrico del Padiglione Officine, mentre nel 2016 verrà pubblicata la gara per la messa in sicurezza della scala d'emergenza Padiglione Officine.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 70 %</p>
Attuazione interventi finanziati con risorse in conto capitale ai sensi della DGR n. X/1017/2013: AO Desio e Vimercate, AO Gallarate, AO della Provincia di Lodi, AO Melegnano, AO Fatebenefratelli Milano, AO G. Pini Milano	Attivazione / attuazione delle procedure di affidamento dei lavori (a seguito dell'approvazione del progetto da parte della D.G. Salute)	In data 18/12/2015 è stata pubblicata la gara di affidamento in appalto integrato cd. complesso, ai sensi dell'art. 53, comma 2, lettera c), del d.lgs. 163/2006, della progettazione esecutiva - previa acquisizione della progettazione definitiva in sede di offerta - e dei lavori di adeguamento alle norme di prevenzione incendi del



		monoblocco B presso la sede dell'azienda ospedaliera "Istituto Ortopedico Gaetano Pini". OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100 %
Attuazione interventi finanziati con risorse in conto capitale ai sensi della DGR n. X/1102/2013: AO Spedali Civili Brescia, AO Niguarda, AO Ospedale San Carlo Borromeo Milano	Rispetto cronoprogramma di attuazione degli interventi	NON DI PERTINENZA
Aggiornamento dei dati riguardanti l'attuazione degli interventi di edilizia sanitaria, inventario beni immobili, tecnologie sanitarie	Rispetto della tempistica e completezza dei dati	Tempistiche rispettate. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100 %



Attuazione interventi finanziati con risorse in conto capitale 2014

- Attuazione DGR n. X/1521/2014 – allegato A: tutte le AO interessate ai finanziamenti
- Attuazione DGR n. X/2111/2014: AO San Gerardo Monza, AO San Carlo Borromeo Milano, AO Legnano, AO Mantova, AO Busto A., AO Desenzano, AO Niguarda, AO L. Sacco
- Attuazione DGR n. X/2932/2014 – AO Valtellina, AO Pavia, AO Lecco
- Attuazione DGR n. X/2673/2014 – allegato A: tutte le AO interessate ai finanziamenti
- Attuazione DGR n. X/2931/2014: tutte le AO interessate ai finanziamenti
- Attuazione DD.G.R. n. X/2837/2014 e n. X/2930/2014: AO Crema, AO Lodi, AO ICP Milano, AO Gallarate, AO Garbagnate M.se, AO Treviglio, AO Desenzano, AO Valtellina, AO Chiari, AO Melegnano, AO Niguarda

Attuazione interventi di Edilizia Sanitaria finanziati nell'ambito di AdPQ e Atti integrativi e con il Fondo di Rotazione nel rispetto dei cronoprogrammi e dei quadri economici dei singoli interventi

- Attivazione / attuazione delle procedure di affidamento dei lavori (a seguito dell'approvazione del progetto da parte della D.G. Salute)
- Trasmissione del progetto da porre a base di gara, completo dei pareri ASL e STER, alla D.G. Salute entro i termini stabiliti dalla Circolare attuativa
- Attuazione degli interventi secondo la DGR n. X/2673/2014 e la relativa Circolare attuativa
- Conclusione delle procedure di acquisto delle apparecchiature e installazione/messa in esercizio delle stesse
- Presentazione del progetto di riqualificazione per i POT
- Rispetto del cronoprogramma di attuazione dell'intervento e dell'importo complessivo del quadro economico di progetto.

Investimenti previsti:

- Lavori risanamento C.T. collaudati
- Linee vita tetto dir. Medica e Padiglione Principe – collaudate;
- Pensilina copertura cavedio – aggiudicata;
- Rinforzo soletta nuovo gruppo elettrogeno collaudata;
- Prescrizioni ASL impianti ascensori Via Isocrate – collaudate;
- Lampade a led installate;
- Camera fognatura- gara aggiudicata.

OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 80 %



ECONOMICO FINANZIARIO E SISTEMI DI FINANZIAMENTO 30

OBIETTIVI DI ADEMPIMENTO

INDICATORI

RENDICONTAZIONE AL 31/12/2015

Incrementare di un ulteriore 10% il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2014.

La misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate a fine 2015 rispetto al 2014 (viene considerato il solo perimento della programmazione aggregata).

L'obiettivo risulterà completato se l'ente avrà raggiunto il 50%.

Anno 2014:

- Arca : euro 3.640.568
- Consip:euro 2.148.937
- Aggregate:euro 12.812.546

Totale anno 2014: 18.602.051

Anno 2015:

- Arca: euro 7.833.000
- Consip: 1.372.000
- Aggregate: 6.964.000

Totale anno 2015: 16.169.0000

Da quanto esposto l'obiettivo non è stato raggiunto.

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO



<p>Adesione Convenzioni Centrale Acquisti Regione Lombardia - Consip e utilizzo piattaforma telematica SINTEL nelle procedure d'acquisto.</p>	<p>a) Adesione Convenzioni Consip.</p> <p>b) Adesione Convenzioni ARCA.</p> <p>c) Utilizzo della piattaforma telematica SINTEL.</p>	<p>a); c)</p> <p>Si conferma l'attivazione delle convenzioni messe a disposizione delle centrali di committenza statali o regionali (Consip e Arca) e il rispetto della non attivazione di procedure di gara aventi ad oggetto beni o servizi già ricompresi nelle convenzioni.</p> <p>Si evidenzia un lieve incremento nell'utilizzo dello strumento di Sintel per il lancio e la gestione delle procedure di gara attraverso la creazione di gare aggregate, SDA e gare multilotto. E' in corso continua formazione in accordo con gli operatori di Lombardia Informatica s.p.a.</p> <p>a)Tim Kone</p> <p>c)10 procedure di gara</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100 %</p> <p>b) adesione a tutte le convenzioni ARCA</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



		riguardanti farmaci di interesse per l'Azienda. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 98 %
Invio programmazione gare aggregate e da svolgere in autonomia 2014/2015/2016/2017.	<p>a) Invio del resoconto delle procedure d'acquisto pubblicate nel 2014 e revisione della programmazione 2015 (gare aggregate e da svolgere in autonomia) entro il <u>15 Gennaio 2015</u>.</p> <p>b) Invio della programmazione degli acquisti 2015/2016/2017 sia per quanto riguarda le gare aggregate che per quelle da svolgere in autonomia con le seguenti date:</p> <ul style="list-style-type: none">* Pianificazione base 2015/2016 entro il <u>30 Aprile 2015</u>;* Prima revisione della programmazione 2015/2016 e programmazione 2017 entro il <u>30 Settembre 2015</u>;* Seconda revisione entro il <u>15 Gennaio 2016</u>: resoconto procedure d'acquisto pubblicate nel 2015 e revisione programmazione 2016/2017.	<p>a) Si conferma il rispetto delle trasmissioni previste dalle Regole di Sistema tramite l'invio al Coordinatore del Consorzio interaziendale di Milano e Provincia.</p> <p>b) Si conferma il rispetto delle trasmissioni previste al 30.04.2015 tramite l'invio al Coordinatore del Consorzio interaziendale di Milano e Provincia.</p> <p>Si conferma l'invio:</p> <ul style="list-style-type: none">- della pianificazione base 2015/2016 entro il 31/04/2015;- della prima revisione della programmazione 2015/2016;- la seconda revisione della programmazione è stata annullata dalla direzione generale welfare a causa della costituzione dei nuovi consorzi alla luce della L.R. 23/2015. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%



<p>Invio informazioni su procedure d'acquisto.</p>	<p>a) Invio della relazione trimestrale in materia di acquisti di beni e servizi.</p> <p>b) Invio per la verifica preventiva delle informazioni e relazione sui seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none">* Servizi non sanitari (lavanderia/lavanolo, pulizia, mensa, riscaldamento/gestione calore);* Servizi sanitari (service di emodinamica/elettrofisiologia, service di diagnostica di radiologia, service di dialisi).* Parametri dei servizi da sottoporre alla verifica a pag. 80 D.G.R. 2989 del 23/12/2014. <p>c) Invio delle informazioni per la verifica preventiva di global service e facility management.</p>	<p>a) Si conferma il rispetto dell'invio e dei contenuti delle relazioni I,II,III, e IV trimestre 2015;</p> <p>b) Si conferma che non sono state attivate procedure di gara aventi ad oggetto servizi sanitari e non sanitari né attivati nuovi servizi soggetti a verifica come richiesto a pagina 80 D.G.R. XX/2989 del 23/12/2014;</p> <p>c) Si conferma che non sono state attivate procedure di gara aventi ad oggetto Global Service e facility management.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
<p>Invio flusso consumi dispositivi medici.</p>	<p>Verifica del grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo nel flusso consumi dispositivi medici con quello indicato nelle apposite voci di Bilancio.</p>	<p>Alla data del 31/12:</p> <p>Si conferma la completezza del flusso la percentuale di copertura risulta del 96,5%.</p> <p>Si conferma il rispetto degli invii del flusso entro i termini stabiliti.</p>



	L'obiettivo è raggiunto con una % di copertura pari al 85%. Tutte le aziende devono inviare il dato per tutti i mesi dell'anno.	OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 96,5%
Invio flusso contratti.	Verifica del grado di copertura dei contratti relativi ai dispositivi medici inviati.	Si comunica che il numero di contratti inviati al 31.12.2015 è pari a nr. 6468 con un nr. di errori di nr. 506 contratti, pari al 92% di contratti inviati correttamente. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 92%
Invio flusso informazioni per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie.	Entro fine 2015 le strutture sanitarie pubbliche dovranno aver alimentato l'inventario nazionale delle grandi apparecchiature per le categorie rese obbligatorie dal Ministero.	Eseguito. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100 %
Invio dati relativi all' Osservatorio servizi non sanitari.	Compilazione, all'interno del Portale Servizi Web, delle seguenti schede relative ai servizi non sanitari: <ul style="list-style-type: none">- Mensa pazienti;- Mensa Dipendenti ed esterni;- Lavanderia, sterilizzazione, monouso;- Pulizie;	Validazione in data 13.02.2015 sul portale servizi Web delle schede relative al II semestre 2014 dei servizi non sanitari indicati nella precedente colonna. Validazione in data 15.09.2015 con la nuova modalità prevista con sistema SMAF delle schede relative al I semestre 2015 dei servizi sanitari indicati nella



	<ul style="list-style-type: none">- IT Hardware;- IT Software.	<p>precedente colonna.</p> <p>Validazione in data 20.1.2016 con la nuova modalità prevista con sistema SMAF delle schede relative all'intero anno 2015 dei servizi sanitari indicati nella precedente colonna.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
Verifica invio flussi CO.AN.	<p>a) <u>Anticipo nell'invio delle scadenze trimestrali 2015.</u> Invio flussi di CO.AN. tramite l'apposito Portale FMReg sul Controllo di gestione come da tempistica prevista da note regionali.</p> <p>b) <u>Attivazione flusso CO.AN. Preventivo e assestamento come da istruzioni che verranno inviate alle aziende e rispetto delle scadenze previste.</u></p>	<p>a) Nel rispetto delle scadenze, Sono stati inviati tutti i flussi di contabilità analitica, attraverso l'apposito portale FMREG.</p> <p>b) Nel rispetto dei tempi è stato attivato il nuovo flusso di Contabilità analitica inerente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Il Bilancio Preventivo Economico dell'anno 2015 (data invio:06-05-2015, data scadenza:08-05-2015);• Il Preconsuntivo 2015 (data invio:05-08-2015, data scadenza:05-08-2015);



		<ul style="list-style-type: none">• La Prechiusura straordinaria 2015• (Data invio:12-11-2015, data scadenza: 13-11-2015). <p>c) Sono state rispettate le % di quadratura tra la Contabilità Generale e la Contabilità Analitica. Gli scostamenti rientrano nei limiti stabiliti dalla Regione.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
Adozione di protocolli relativi al rischio in sala parto.	<p>Ogni azienda, in cui siano presenti sale parto, deve adottare i seguenti protocolli entro fine 2015:</p> <ul style="list-style-type: none">• Protocollo che definisca le priorità nell'effettuazione del taglio cesareo (applicazione codici colore per il taglio cesareo).• Protocollo organizzativo per la	NON DI PERTINENZA



	gravidanza a basso rischio.	
Invio flussi informativi SIMES.	a) Aggiornamento Database richieste di risarcimento (I e II semestre). b) SIMES: Invio degli eventi sentinella.	OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100 %
Verifica piani di risk management e focus sui progetti e formazione relativa al rischio in sala parto.	Rendicontazione piano aziendale risk management 2015 (relazione + Schede progetto con aggiornamento della parte Risultato e Indicatori) e rendicontazione eventi formativi aziendali in tema di Risk Management.	NON DI PERTINENZA
Fatturazione elettronica	Attivazione in tutte le aziende sanitarie del percorso di fatturazione elettronica attiva e passiva	E' stato avviato il percorso di fatturazione sia attiva che passiva in formato elettronico, nel rispetto della normativa. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%



<p>Pagamenti verso fornitori</p>	<p>a) Gestione dei pagamenti verso i fornitori deve garantire il rispetto delle scadenze delle fatture (30/60 giorni, fatto salvo i contratti vigenti con altre tempistiche).</p> <p>b) Budget di cassa e schede correlate (preventivi e certificazioni trimestrali).</p>	<p>a) Il rispetto dei tempi di pagamento è stato costantemente monitorato ma con l'introduzione della fatturazione elettronica si sono avuti dei rallentamenti nei pagamenti a causa del malfunzionamento del programma informatico aziendale che inizialmente presentava numerose anomalie, ad oggi risolte.</p> <p>A ciò si aggiunge che le fatture del protesico, per problemi tecnici, vengono pagate oltre i termini, come attestato dal Direttore Generale nella dichiarazione mensile sul rispetto dei tempi.</p> <p>b) I budget di cassa del BPE 2015 e del I,II e del III trimestre 2015, e schede correlate, sono state inviati nel rispetto delle scadenze regionali.</p> <p>c) Le U.O. competenti provvederanno all'invio delle istanze relative allo smobilizzo dei contributi in conto capitale non appena effettuati gli investimenti.</p>
-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>c) Smobilizzo contributi in c/ capitale in corso d'anno.</p> <p>d) Pubblicazione Trimestrale dell'Indice di Tempestività dei Pagamenti ex DPCM 22.09.2014</p>	<p>d) Nel rispetto della normativa è stato pubblicato l'indice di tempestività dei pagamenti al 31 dicembre 2014, al 31 marzo 2015, al 30 giugno 2015, al 30 settembre 2015 ed al 31 dicembre 2015.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 85%</p>
Gestione centralizzata	<p>Regolarizzazione (compensazioni) dei pagamenti effettuati con la asl di appartenenza nei limiti contrattualizzati nel rispetto della competenza economica, con cadenza mensile.</p>	<p>E' stata effettuata, con cadenza mensile, la compensazione dei pagamenti delle fatture a gestione centralizzata, verificando i dati risultanti all'A.O. con quelli della ASL Mi.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
Stranieri STP	<p>Corretta fatturazione delle prestazioni agli stranieri STP alla Prefettura. Puntuale verifica dei crediti a tutto il 31.12.2014 verso le prefetture e regolazione del relativo debito verso la asl di competenza territoriale.</p>	<p>Sulla base di quanto indicato alla Direzione Medica di Presidio sono state emesse le fatture nei confronti della Prefettura per le prestazioni erogate agli stranieri SPT. Sistematicamente viene effettuato l'allineamento delle partite creditorie/debitorie nei confronti della Prefettura/Asl.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>



Flussi economici	Rispetto delle scadenze dell'invio dei flussi economici e assenza di nuove versioni per errori materiali delle Aziende.	Nel rispetto delle scadenze regionali sono stati inviati tutti i documenti contabili, mediante il portale Bilanci Web nel l'ambito del progetto SCRIBA, (BPE 2015, Assestamento al BPE 2015, Bilancio d'esercizio 2014 V1e V2, CET I-II-III e IV trim.2015). Non sono state inoltre emesse nuove versioni dei documenti contabili per meri errori materiali. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Bilancio di previsione	Approvazione del Bilancio preventivo economico senza sospensioni.	Con deliberazione aziendale n. 55 del 12 febbraio 2015 è stato approvato il Bilancio Preventivo Economico dell'anno 2015, nel rispetto dei tempi, sul quale la Regione Lombardia ha espresso parere favorevole con circolare del 25 marzo 2015, prot. n. H1.2015.9542. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%
Armonizzazione dei sistemi contabili regionali in attuazione del D.lgs. 118/2011	a) Allineamento dei ricavi/costi e debiti/crediti per le poste intercompany tra aziende sanitarie.	a) <u>Anno 2014</u> : si è provveduto, in fase di redazione del Bilancio d'esercizio 2014, alla quadratura dei



	<p>b) Allineamento delle poste ricavi/costi e crediti/debiti tra aziende e regione</p>	<p>ricavi/costi e crediti/debiti con le Aziende Sanitarie Lombarde.</p> <p><u>Anno 2015</u>: si è provveduto, in fase di redazione del CET del I, II, III e IV trimestre 2015, alla quadratura dei ricavi/costi del trimestre in esame con le Aziende Sanitarie. La quadratura dei crediti/debiti e ricavi/costi dell'intero anno 2015 verrà effettuata in fase di redazione del Bilancio d'esercizio 2015.</p> <p>b) Mensilmente vengono effettuate le scritture contabili degli acconti regionali in base al report fornito dalla Regione contenente le informazioni necessarie alla corretta registrazione degli acconti. La quadratura dei crediti/debiti e ricavi/costi dell'intero anno 2015 verrà effettuata in fase di redazione del Bilancio d'esercizio 2015.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



AREA 3- RIORDINO DELLA RETE DI OFFERTA PESO 40		
OBIETTIVI STRATEGICI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2015
Sviluppo e potenziamento della Rete Oncologica Lombarda - ROL	<ul style="list-style-type: none">▪ Incremento del 10% rispetto al 2014 di ogni singolo indicatore relativo al percorso di gestione del paziente affetto da tumore del seno e del colon retto. <p>Gli indicatori sono definiti e declinati nel Portale regionale.</p> <p>In tutte le strutture che gestiscono la casistica oncologica</p>	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Sviluppo e potenziamento del Sistema Trasfusionale	<ul style="list-style-type: none">▪ Completa realizzazione del programma di riorganizzazione/centralizzazione delle attività trasfusionali secondo i Progetti	NON DI PERTINENZA



	<p>Esecutivi di cui alla DGR n. X/1632 del 4/04/2014.</p> <p>Nelle Strutture individuate quali macroaree dalla DGR n. X/1632/2014 e sedi di SIMT o di Unità di Raccolta del sangue ed emocomponenti.</p>	
<p>Efficientamento della Rete dei Trapianti nella Città di Milano attraverso la valorizzazione della modalità organizzativa interaziendale.</p>	<p>Progettazione di modalità di integrazione dei Centri Trapianti di polmone, fegato e rene presenti nella città di Milano da parte delle Aziende AO Niguarda e la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano</p>	<p>NON DI PERTINENZA</p>



<p>Programmazione territoriale: presentazione di progetti di riordino della rete di offerta su scala aziendale e interaziendale secondo gli obiettivi e i criteri definiti da DG Salute con apposita circolare</p>	<p>d. Presentazione di progetti analitici su specifici temi entro il 15 marzo 2015 che individuino obiettivi di risparmio di spesa, tempistica di realizzazione, risultati attesi 2015</p> <p>e. Rispondenza dei progetti realizzati ai criteri di qualità definiti ex ante, in termini di raggiungimento dei risultati attesi e di rispetto dei vincoli di bilancio (valutazione a cura di una commissione regionale istituita ad hoc)</p>	<p>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</p>
<p>Messa in disponibilità di adeguato personale sanitario per i presidi dei Punti di Primo Intervento (PPI) per il sito EXPO</p>	<p>f. Rispetto del calendario della turnistica predisposta da AREU</p> <p>g. Possesso della certificazione BLSD (PBLSD per pediatri) o di livello superiore ottenuta negli ultimi 5 anni da parte di almeno il 75% del personale coinvolto</p> <p>AO delle ASL di Milano e Milano 1</p>	<p>NON DI PERTINENZA</p>
<p>Superamento degli Ospedali Psichiatrico Giudiziari</p>	<p>h. Attivazione di REMS provvisorie presso l'attuale OPG di Castiglione delle Stiviere per la gestione del periodo transitorio</p>	<p>NON DI PERTINENZA</p>



	<p>i. Stipula di specifici accordi con la Prefettura</p> <p>AO Poma</p>	
<p>Attuazione del Programma straordinario regionale di azioni SALUTE EXPO 2015</p>	<p>Realizzazione delle azioni definite dal Programma, secondo le indicazioni regionali, in relazione agli specifici ambiti di intervento individuati a livello regionale e rendicontazione dei risultati conseguiti</p> <p>AO Sacco, S. Carlo, Niguarda, Legnano, Garbagnate (Policlinico)</p>	<p>NON DI PERTINENZA</p>
<p>Expo 2015: Migrazione e riattivazione della postazione di continuità assistenziale di Milano da Corso Italia al Poliambulatorio di Via Rugabella entro il 30 aprile 2015</p>	<ul style="list-style-type: none">- Condivisione preliminare con DG Salute del percorso organizzativo- Evidenza della piena funzionalità della postazione e dei percorsi dedicati di accoglienza attivati nella nuova sede entro il 30 aprile 2015	<p>NON DI PERTINENZA</p>



Assistenza e tutela sanitaria in ambito di EXPO 2015	Invio bisettimanale a Regione del flusso dell'attività di PS da Aprile a Novembre 2015	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
Trasmissione on-line dei certificati di malattia all'INPS	Numero di certificati di malattia ospedalieri on line inviati all'INPS: rispetto dei valori target definiti per ogni Azienda nel Piano annuale SISS	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO



AREA 3- EDILIZIA SANITARIA PESO 20

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2015
Edilizia Sanitaria: attuazione VI Atto integrativo nel rispetto delle procedure e delle tempistiche ministeriali A.O. I.C.P. di Milano – P.O. di Sesto San Giovanni A.O. Treviglio - Caravaggio A.O. S. Anna di Como A.O. G. Pini di Milano – sede Cardinal Ferrari A.O. S. Antonio Abate di Gallarate	Aggiudicazione degli interventi ammessi a finanziamento entro i termini stabiliti dalla legge 266/2005	Gara aggiudicata e firmato contratto in dicembre 2015. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100 %
A.O. I.C.P. di Milano – P.O. Cinisello Balsamo A.O. di Busto Arsizio A.O. G. Pini di Milano – sede Viale Monza A.O. della Provincia di Lodi A.O. Valtellina e Valchiavenna A.O. della Provincia Pavia	Aggiudicazione degli interventi ammessi a finanziamento entro i termini stabiliti dalla legge 266/2005 Approvazione del progetto definitivo da parte della stazione appaltante Stipulazione del contratto	Gara aggiudicata e firmato contratto in dicembre 2015 ed inizio lavori 24/12/2015. OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100 %



A.O. Ospedale Civile di Legnano A.O. Mellino Mellini di Chiari A.O. Desenzano del Garda A.O. S. Paolo di Milano A.O. Bolognini Seriate	Aggiudicazione degli interventi ammessi a finanziamento entro i termini stabiliti dalla legge 266/2005 Stipulazione contratto, consegna e approvazione - da parte della stazione appaltante - della progettazione esecutiva	NON DI PERTINENZA
A.O. Garbagnate Milanese: interventi di completamento Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera del garbagnatese	Aggiudicazione degli interventi ammessi a finanziamento entro i termini stabiliti dalla legge 266/2005 e completamento progettazioni Nuovo Ospedale di Garbagnate Milanese: messa in esercizio dell'ospedale	NON DI PERTINENZA
A.O. Ospedale Maggiore di Crema A.O. Istituti Ospitalieri di Cremona	Aggiudicazione degli interventi ammessi a finanziamento entro i termini stabiliti dalla legge 266/2005 e consegna lavori	NON DI PERTINENZA
A.O. Spedali Civili Brescia – ILSPA A.O. I.C.P. Milano – ILSPA A.O. Carlo Poma Mantova – ILSPA	Trasmissione dei progetti da porre a base di gara, completi dei pareri ASL e STER / U.T. LL.PP., alla D.G. Salute entro il 30/05/2015, nel rispetto della scadenza e nella completezza documentale	NON DI PERTINENZA



<p>A.O. L. Sacco Milano – ILSPA</p> <p>A.O. Ospedale di Circolo e Fond. Macchi Varese – ILSPA</p> <p>A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico Milano</p>	<p>Esclusivamente per l'AO Poma di Mantova trasmissione dei progetti da porre a base di gara, completi dei pareri ASL e STER / U.T. LL.PP., alla D.G. Salute entro il 31/07/2015, nel rispetto della scadenza e nella completezza documentale</p> <p>Attenzione alla revisione/aggiornamento del progetto</p>	
<p>A.O. San Carlo Borromeo – ILSPA</p>	<p>Aggiudicazione dell'intervento entro i termini stabiliti dalla legge 266/2005 (subordinato ad ammissione a finanziamento del Ministero della Salute)</p>	<p>NON DI PERTINENZA</p>



AREA 1- RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA E MANTENIMENTO EQUILIBRIO DI BILANCIO PESO 40		
OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2015
Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio	<ul style="list-style-type: none">* Costo personale/produzione lorda* Spesa per beni e servizi/produzione lorda* Costi: Personale, beni e servizi, altri costi/ Valore della Produzione da Bilancio	<p>Mantenimento del livello quali - quantitativo delle prestazioni dell'unità operativa Farmacia con le risorse assegnate.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p> <p>Gli indicatori dell'anno 2015 sono stati calcolati sui dati del CET del IV trimestre 2015, in attesa della redazione del Bilancio d'esercizio 2015, e pertanto non sono definitivi e subiranno variazioni.</p> <p>Gli indicatori dell'anno 2015 sono sostanzialmente in linea con quelli dell'esercizio 2014 e precisamente: 2014 2015</p>



		<p>1) Costo personale = 40.836= 61,93% 40.445= 60,90%</p> <p>Produzione 65.938 66.413</p> <p>(drg-amb.,file F ,doppio can.)</p> <p>2) Beni e servizi (netti)= 57.737= 81,50% 54.337= 81,82%</p> <p>Produzione 65.938 66.413</p> <p>(drg-amb.,file F,doppio can.)</p> <p>3) Costi produzione (Al netto li.be.oneri straord. = 99.725= 100,75% 100.292= 100,82%</p> <p>Valore produzione 98.979 99.474</p> <p>(Al netto li.be - costi cap.,prov.straord.)</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p>Realizzazione del PAC (percorso attuativo certificabilità) per le aziende sanitarie pubbliche</p>	<p>Attuazione del percorso di certificazione aziendale</p>	<p>L'Azienda ha svolto tutte le attività previste dalle Regole 2015 e partecipato a tutte le iniziative di Regione Lombardia. Nel 2015 l'attività di partecipazione ha riguardato in particolare la frequenza di iniziative di aggiornamento per l'approfondimento delle conoscenze sulla certificabilità dei bilanci. L'Azienda è ora in attesa delle indicazioni regionali in particolare delle sotto azioni per procedere con il percorso di attuazione dei PAC. (Vedi allegato)</p>
<p>Riduzione delle proroghe a contratti di appalto esistenti</p>	<p>Sarà valutata positivamente la riduzione nell'utilizzo delle proroghe rispetto al 2014 e in particolare per quanto riguarda le proroghe reiterate, relative a contratti scaduti da più tempo</p>	<p>Da una verifica in merito ai provvedimenti aventi ad oggetto le proroghe contrattuali riferite all'anno 2014 e all'anno 2015, risulta che numero e valore in € delle proroghe si sia ridotto nell'anno. Inoltre gran parte delle proroghe dei contratti anno 2015 sono motivate dall'attesa per convenzioni ARCA.</p> <p>ANNO 2014 Delibera 6/2015 proroga fotocopiatrici Xerox per € 18.336,00 incluso IVA Delibera 465/2014 proroga antidecubito (Medihart) per € 58.004,00 IVA inclusa in attesa di aggiudicazione gara aggregata Delibera</p>



		<p>488/2014 proroga del servizio ambulanza con coop Itassistance per € 91.520,00 IVA inclusa Delibera 160/2014 proroga del servizio per l'affidamento di prestazioni infermieristiche (ATI CSR + Servizi Integrati) per € 1.369.025,00 IVA esente per la sede di Via Pini e delle prestazioni socio assistenziali (ATI CSR) per € 778.696,65 IVA esente per Via Isocrate 19 Delibera 362/2014 proroga per l'affidamento di dosimetri (Gammaguard) per € 2.670,00 IVA inclusa</p> <p>Anno 2015 Delibera 25/2015 proroga affidamento guanti per € 103.095,00 escluso IVA in attesa di convenzione ARCA Delibera 144/2015 proroga affidamento generi alimentari (Marr + Turra) per € 65.829,57 IVA inclusa in attesa di SDAPA Delibera 232/2015 proroga affidamento sistemi elastomerici (Alea) per € 11.895,00 IVA inclusa in attesa aggiudicazione gara aggregata Delibera 551/2015 proroga affidamento dispositivi di sutura senza agente antibatterico per € 6.650,00.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
Riduzione/mantenimento dei tempi di pagamento beni e servizi a gestione centralizzata	Sarà valutato positivamente il rispetto dei tempi di pagamento per fatture in scadenza nell'anno 2015 previo allineamento tra i dati rilevati dal sistema centralizzato rispetto ai dati dei	Pur monitorando costantemente il rispetto dei tempi di pagamento con l'introduzione della fatturazione elettronica si sono avuti dei rallentamenti nei pagamenti dovuti al



	gestionali aziendali	<p>malfunzionamento del programma informatico aziendale che inizialmente presentava numerose anomalie, ad oggi risolte.</p> <p>A ciò si aggiunge che le fatture del materiale protesico, per problemi tecnici, vengono pagate oltre i termini, come attestato dal Direttore Generale nella dichiarazione mensile sul rispetto dei tempi.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
Attuazione Piano di Gestione delle Risorse Umane	<p>* Monitoraggio mensile del rispetto delle risorse di budget;</p> <p>* Completezza e qualità dei dati presenti in FLUPER (flusso A, B e C)</p>	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p> <p>(Vedi allegati)</p>
Governo dei fattori produttivi: presentazione di progetti di collaborazione interaziendali volti alla creazione di funzioni aggregate nelle aree definitive al punto 2.6.2.1 della dgr 2989/2014	<p>j. Presentazione di progetti analitici su specifici temi entro il 31 marzo 2015 che individuino obiettivi di risparmio di spesa, tempistica di realizzazione, risultati attesi 2015</p>	<p>✓ Che entro il termine stabilito dalla suddetta DGR, con deliberazione n.128 del 31.3.15 si è provveduto a redigere le proposte di progetto interaziendale da inviare in Regione Lombardia relative a:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Gestione aggregata per l'erogazione della formazione condivisa del personale dipendente;▪ Fruizione corsi in modalità FAD;▪ Gestione dei processi formativi in rete; <p>✓ Con nota del 6.7.15</p>



		<p>prot.n.H1.2015.0020112 (allegata) la Commissione per la valutazione dei progetti di riordino della rete di offerta, di cui alla citata DGR, ha comunicato l'esito dell'analisi delle proposte presentate, formulate secondo quanto previsto dalla circolare prot.n. H1.2015.000781 dell'11.3.15, e la relativa pesatura:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gestione aggregata per erogazione formazione pesatura 8,5;• Fruizione corsi FAD pesatura 7,1;• Gestione dei processi formativi in rete pesatura 7,4; <p>✓ Con deliberazione n.492 dell'11.11.15 è stata avviata la formazione FAD condivisa con la Fondazione POLICLINICO (capofila) e in data 4.12.15, con mail a tutti i dipendenti, è stata attivata la formazione facoltativa in modalità FAD per tutti i dipendenti dell'Istituto Pini;</p> <p>✓ Con deliberazione n.504 del 13.11.15 è stato avviato il processo interaziendale di gestione dei processi formativi con le AO Melegnano (capofila) Pini, Areu, Sant'Anna di Como;</p> <p>✓ Con propria deliberazione n. 493 del 5.11.2015- l'AO FBF (capofila) ha bandito la gara consorziata, con AO Pini e Fondazione Policlinico, per l'appalto della realizzazione di corsi di formazione condivisi su aree formative di interesse comune;</p> <p>✓ In data 26.11.15 l'AO FBF (capofila) ha</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



		<p>pubblicato su sintel la gara consorziata con AO Pini e Fondazione Policlinico per la realizzazione di corsi di formazione condivisi su aree formative di interesse comune;</p> <p>In data 22.12.15 con propria deliberazione n.579 FBF (capofila) aggiudicava il 1° e 2° lotto della gara consorziata per la realizzazione della formazione condivisa FBF-Pini-Policlinico.</p> <p>OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



3.2 Le RAR

Titolo del progetto	Criteri di valutazione regionali
<p><u>MACROBIETTIVO 1</u></p> <p>Rafforzare la consapevolezza e le conoscenze dei protocolli aziendali in tema di emergenze infettive.</p>	Macro obiettivo raggiunto al 100 %
<p><u>MACROBIETTIVO 2</u></p> <p>Incremento dell'appropriatezza delle prescrizioni laddove siano sostenute da adeguate linee guida regionali e dei protocolli operativi, al fine di massimizzare la sicurezza del paziente e del suo benessere, beneficiando di tempi di attesa proporzionati ai bisogni assistenziali.</p>	Macro obiettivo raggiunto al 100 %
<p><u>MACROBIETTIVO 3</u></p> <p>AMPLIAMENTO DELL'INIZIATIVA AMBULATORI APERTI: sviluppo di progettualità finalizzate all'ampliamento dell'orario di offerta delle prestazioni specialistiche e di radiodiagnostica, fatta salva la possibilità per le Aziende di governare gli incrementi prestazionali attraverso gli strumenti previsti dalle vigenti disposizioni normative e contrattuali.</p>	Macro obiettivo raggiunto al 100 %
<p><u>MACROPROGETTO5</u></p> <p>EFFICIENTAMENTO DEI PROCESSI DI GESTIONE OPERATIVA ED ORGANIZZAZIONE AZIENDALI.</p>	Macro obiettivo raggiunto al 100 %
<p><u>MACROPROGETTO7</u></p> <p>INTEGRAZIONE SERVIZI SANITARI, AMMINISTRATIVI E/O TECNICNICI:</p> <p><u>7A</u></p> <p>GESTIONE AMMINISTRATIVA IN FORMA UNIFICATA DI CONCORSI ED UTILIZZO CONGIUNTO DI GRADUATORIE CONCORSUALI RIGUARDANTI LE MEDESIME FIGURE PROFESSIONELI.</p>	Macro obiettivo raggiunto al 100 %
<p><u>7B</u></p> <p>INTEGRAZIONE SERVIZI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO ANCHE MEDIANTE CONDIVISIONE DI SOFTWARE E PIATTAFORME INTERAZIENDALI SU TEMATICHE DI INTERESSE COMUNE.</p>	Macro obiettivo raggiunto al 100 %
<p><u>7C</u></p> <p>INTEGRAZIONE FUNZIONI SPECIALISTICHE INERENTI IL COORDINAMENTO DELLE FASI DI PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI LAVORI PUBBLICI: Collaborazione interaziendale finalizzata alla fruizione di prestazioni tecniche specialistiche nelle fasi menzionate con conseguenti economie di scale ed efficientamento amministrativo.</p>	Macro obiettivo raggiunto al 100 %
<p><u>7E</u></p> <p><u>RIPROGETTAZIONE IN CHIAVE INTERAZIENDALE DI PROCESSI DI ACQUISTO:</u> gestione in forma unificata di procedure di acquisto, con ottimizzazione di impegno di risorse umane ed economiche, standardizzazione delle procedure, gestione sinergica dell'aggiornamento degli operatori e condivisione di problematiche comuni.</p>	Macro obiettivo raggiunto al 100 %
<p><u>7F</u></p> <p>Sviluppo di collaborazioni interaziendali per la gestione dei sinistri e del rischio clinico al fine di: uniformare la gestione dei sinistri; sviluppare modalità organizzative nella gestione del percorso medico legale e l'utilizzo di ausiliari specialisti, sia in ambito stragiudiziale che giudiziale; sviluppare Linee guida condivise per la gestione di eventi sentinella, eventi avversi e dei Near Miss.</p>	Macro obiettivo raggiunto al 100 %



3.3 *Gli obiettivi aziendali delle strutture SPTA*

Direzione/ Dipartimento di appartenenza	UOC di appartenenza	Struttura Semplice Dipartimentale / di Unità Operativa	Obiettivi connessi all'incarico dirigenziale e obiettivi di esercizio anno 2015
Direzione Sanitaria		SSD Banca Regionale Tessuto Muscolo Scheletrico	Obiettivi raggiunti al 100 %
Direzione Sanitaria		SSD Direzione Medica di Presidio	Obiettivi raggiunti al 100 %
Direzione Sanitaria	UOC Farmacia	SS Farmacia	Obiettivi raggiunti al 100 %
Staff della Direzione Strategica	UOC Accettazione Amministrativa e Formazione	SS CUP	Obiettivi raggiunti al 100 %
Staff della Direzione Strategica	UOC Sistemi Informativi Aziendali	SS Sistemi Informativi	Obiettivi raggiunti al 100 %
Dipartimento Amministrativo	UOC Affari Generali		Obiettivi raggiunti al 100 %
Dipartimento Amministrativo	UOC Gestione Approvvigionamenti e Servizi Economici		Obiettivi raggiunti al 100 %
Dipartimento Amministrativo	UOC Gestione Risorse Economico Finanziarie e Controllo di Gestione	SS Controllo di Gestione	Obiettivi raggiunti al 100 %
Dipartimento Amministrativo	UOC Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali	UOS Gestione Giuridica UOS Gestione Economica e Previdenziale	Obiettivi raggiunti al 100 %
Dipartimento Amministrativo	UOC Gestione Tecnico Patrimoniale		Obiettivi raggiunti al 100 %



3.4 Gli obiettivi aziendali delle strutture sanitarie

LIVELLO AZIENDALE	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
AZIENDA	99
LIVELLO DIPARTIMENTALE	

DIPARTIMENTO	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
ORTOTRAUMATOLOGIA GENERALE -Dr. Marelli	96
S.C. 1^ Divisione	89
S.S.D. Chirurgia percutanea delle patologie del piede	92
S.D.D. Chirurgia e Patologia della spalla e del gomito	93
S.C. 2^ Divisione	101
S.S.D. Chirurgia Articolare del ginocchio	100
S.S.D. Allungamento e fiss.ne esterna degli arti	96
S.S.D. Chirurgia articolare mininvasiva	101
S.C. 3^ Divisione i	100
S.C. 4^ Divisione	95
S.C. Ortopediatria Pediatrica	95
S.C. C.O.R. e Risk Management	96
S.C. Ortopediatria 16	93
S.C. Ortopedia Correttiva	94
S.C. Traumatologia dello Sport	102
S.C. Chirurgia Oncologica	94
S.C. Micro Chirurgia della Mano	99
S.S.D. Tendinopatie Flogistiche della Mano	97
S.C. Patologia Colonna Vertebrale	97
S.C. Trattamento Complicanze Settiche	93
S.S.D. Traumat.d'urgenza (S.T.U.)	93



DIPARTIMENTO	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
REUMATOLOGIA Prof. Meroni	104
S.C. Dav Hospital Reumatologia	110
S.C. Reumatologia	100
S.S.D. Reumatologia dell'età evolutiva	107
S.C. Reumatologia Chirurgica (C.A.R.)	91
S.C. Medicina e Fisica e Riabilitazione	106

DIPARTIMENTO	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
SERVIZI SANITARI DI SUPPORTO	99
S.C. Cardiologia	90
S.C. Radiodiagnostica	100
S.C. Patologia Clinica	100
S.S.D. Neurologia	104
S.S.D. Banca dell'Osso	99

STRUTTURA	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
S.S. AMBULATORIO	104



4 ESITO PROGETTI DI MIGLIORAMENTO AREA SANITARIA

La DGR n. 2989 del 23/12/2014 individua alcuni obiettivi prioritari da sviluppare nel corso dell'anno 2015 che fanno riferimento all'area "Garantire i livelli di assistenza" e riguardano la gestione di:

- ✓ Infezioni correlate alle pratiche assistenziali/sepsi
- ✓ Percorsi di Pronto Soccorso
- ✓ Continuità delle cure

Alla luce di tali indicazioni sono stati implementati degli "Obiettivi Prioritari" attraverso specifici progetti con delibera 126 del 31 Marzo 2015 (Progetto di Miglioramento PIMO area sanitaria).

4.1 *Prevenzione e Controllo delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali*

Progetto RIMANI (Ricorda l'Igiene delle Mani)

L'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico G. Pini dal 2009 mette in atto una politica di sensibilizzazione e controllo in merito al corretto lavaggio delle mani, in linea con quanto indicato dall'OMS.

Prendendo spunto dal progetto RImani promosso dall'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna, presso l'Istituto Ortopedico G. Pini è stato implementato un progetto di promozione della corretta igiene delle mani, attraverso la diffusione periodica, ogni cinque del mese a partire dal 5 maggio, di richiami sull'argomento. È stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto dal direttore medico di presidio, infermiere professionale, medici in formazione, responsabile qualità per predisporre i documenti progettuali. Le diverse Unità Operative (UU.OO.) sono state invitate a contribuire al Progetto attraverso la predisposizione di materiale informativo e formativo che è stato presentato il 5 maggio 2015 nel corso di un convegno in Aula Magna e che verrà utilizzato mensilmente per fornire dei reminder sul tema. La metodologia adottata ha permesso di ottenere un coinvolgimento attivo e partecipativo degli operatori sanitari.

In totale 20 UU.OO. hanno contribuito al progetto preparando video, opuscoli, poster, presentazione ppt che sono state presentate in aula nel corso del suddetto Convegno. Sono stati selezionati i 3 lavori migliori, giudicati da una giuria composta da Direttore Medico di Presidio e Responsabile URP - CUP - Formazione e Comunicazione.

Il materiale predisposto è stato rielaborato e utilizzato mensilmente nel corso dell'anno.

È stata mantenuta l'attività di verifica eseguita dalla DMP mediante MOD/48 DMP "Lista di riscontro e rapporto elementi di competenza infermieristica" e MOD/ 64 DMP "Lista di riscontro elementi di competenza infermieristica in Blocco Operatorio" a cadenza semestrale.

All'interno di questi modelli sono presenti 5 items di verifica in merito al lavaggio mani. La verifica semestrale ha coinvolto 30 Unità operative, 19 reparti di degenza ospedaliera e 11 servizi clinici.



Tabella 1: Confronto tra I e II semestre delle non conformità nei reparti

UO	VERIFICA D-Antisepsi delle mani (5 items)		VERIFICA I-Utilizzo disinfettanti (1 item)	
	I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE
CAR	D5*	Conforme	Conforme	Conforme
2° Divisione (4° piano)	D5*	D5*	I1**	I1**
2° Divisione (5° piano)	Conforme	D5*	I1**	Conforme
3° Divisione	Conforme	Conforme	I1**	Conforme
Patologia vertebrale	Conforme	Conforme	I1	Conforme
4° Divisione	Conforme	D5*	I1**	Conforme
STCS/ORC	Conforme	Conforme	Conforme	I1**
COO	D5*	Conforme	I1**	Conforme
Day surgery	Conforme	D5*	Conforme	I1**
MCM	Conforme	Conforme	I1**	Conforme
Fisiatria 3A	D5*	Conforme	Conforme	I1**
Fisiatria 3B	Conforme	Conforme	I1**	Conforme
COR	Conforme	Conforme	I1**	I1**
TOTALE NC	4	4	9	5
D5* = Non conformità riferita alla presenza di monili e smalto ungueale				
I1** = Non conformità riferita a disinfettante scaduto o mancato riporto della data di scadenza dopo la prima apertura				



Sono stati valutati in totale 114 items della checklist, 95 nel settore “Antisepsi delle mani” e 19 nel settore “Utilizzo dei disinfettanti”.

Nel primo semestre sono state rilevate 13 non conformità (11,40%), nel secondo semestre 9 non conformità (7,89%).

La diminuzione riguarda esclusivamente il settore “Utilizzo dei disinfettanti”: 9/19 items (47,3%) nel primo semestre, 5/19 items (26,3%) nel secondo. La percentuale di non conformità relative al lavaggio delle mani è rimasta invariata nei due semestri: 4/95 items (4,2%).

Sei reparti (prima divisione, reumatologia, S.Sofia, OTP/REE, Fisiatria 2A e 2B) sono risultati conformi in tutti gli items considerati nei due semestri.

Tabella 2: Confronto tra I e II semestre delle non conformità nei servizi

SERVIZI	VERIFICA D-Antisepsi delle mani (5 <i>items</i>)		VERIFICA I-Utilizzo disinfettanti (1 <i>item</i>)	
	I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE
Prericovero	Conforme	D5	Conforme	Conforme
Amb.reum. infantile	Conforme	Conforme	I1	Conforme
Amb. Isocrate	D5	Conforme	Conforme	Conforme
Radiologia sede	Conforme	D5	I1	Conforme
Blocco operatorio	D5	Conforme	Conforme	I1
STU	Conforme	Conforme	I1	I1
DH Reumatologia	Conforme	Conforme	I1	I1
TOTALE NC	2	2	4	3



Sono stati esaminati in totale 66 items della checklist, 55 nel settore “Antisepsi delle mani” e 11 nel settore “Utilizzo dei disinfettanti”.

Nel primo semestre sono state individuate 6 non conformità (9,09%), nel secondo semestre 5 non conformità (7,57%).

Anche in questo caso la riduzione ha coinvolto esclusivamente il settore “Utilizzo dei disinfettanti”: 4/11 items (36,3%) nel primo semestre, 3/11 items (27,2%) nel secondo. La percentuale di non conformità relativa al lavaggio delle mani è rimasta costante: 2/55 items (3,6%)

Quattro servizi clinici (ambulatorio generale, DH MCM, ALPA, Cardiologia) sono risultati conformi in tutti gli items considerati nei due semestri.

Nel complesso, sono stati valutati 180 items per ciascun semestre.

Nel primo semestre sono state rilevate 19 non conformità (10,5%), nel secondo semestre 14 non conformità (7,7%).

Nel settore “Utilizzo dei disinfettanti” si è avuta una riduzione complessiva delle non conformità del 16,7% (43,3% primo semestre; 26,6% secondo semestre).

Sono state confrontate le non conformità relative alla tecnica registrate nel 2014 e nel 2015, ed è stata condotta un’analisi statistica utilizzando il test T di Student per dati appaiati.

L’analisi statistica ha dimostrato una riduzione significativa tra le non conformità del 2014 e quelle del 2015 (P=0.000).

Il progetto è stato premiato da Regione Lombardia nel 2016.



Hand Hygiene-Self-Assessment Framework 2010

Considerato il continuo lavoro di formazione e verifica in merito all'igiene delle mani che rimane un fattore chiave per la prevenzione delle infezioni in ospedale, si adatterà lo strumento Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010 della WHO, come scheda di autovalutazione per ottenere l'analisi in merito alla promozione e alla pratica dell'igiene delle mani all'interno della struttura sanitaria.

Il documento funge da strumento diagnostico, individuando i problemi chiave che necessitano di attenzione e miglioramento. I risultati possono essere utilizzati per facilitare lo sviluppo di un piano di azione rivolto ai programmi di promozione dell'igiene delle mani nelle strutture sanitarie.

Esso è suddiviso in 5 sezioni, che rappresentano i cinque punti chiave della strategia multimodale OMS e comprendono 27 indicatori, basati su evidenze e sul consenso di esperti, strutturati attraverso domande a risposta chiusa ("sì/no", risposta multipla).

Ad ogni risposta è assegnato un punteggio, e sulla base dello score complessivo si individuano 4 livelli di igiene delle mani: Inadeguato (0 -125), Base (126-250), Intermedio(251 – 375), Avanzato(376 – 500).

Si tratta di uno strumento sistematico, sia diagnostico che di sorveglianza, perché individua le principali criticità e consente di monitorare la loro evoluzione nel tempo.

L'uso ripetuto di questo strumento consentirà anche di documentare i progressi nel tempo. Tale framework è stato compilato nel mese di giugno 2015 ottenendo un punteggio pari a 370.

Aree	punteggio
Cambiamenti di sistema	100
Educazione e formazione	55
Valutazione e feedback	85
Promemoria sul posto di lavoro	70
Clima mirato alla sicurezza istituzionale	60
Totale	370

È stato costituito un gruppo di lavoro ristretto per individuare le opportune azioni di miglioramento.

Nel mese di dicembre 2015 è stata rivalutata la situazione alla luce delle azioni di miglioramento messe in atto ottenendo un punteggio pari a 425.



Aree	punteggio
Cambiamenti di sistema	100
Educazione e formazione	55
Valutazione e feedback	85
Promemoria sul posto di lavoro	100
Clima mirato alla sicurezza istituzionale	85
Totale	425

Percorsi di pronto soccorso/SEPSI

I sistemi di emergenza intraospedaliera e i loro criteri di attivazione sono elemento chiave per garantire la sicurezza di tutti i pazienti degenti nelle strutture non di area critica

Uno studio recente (2012), pubblicato su BMJ Quality Safety, ha rilevato, su un campione casuale di 1.000 adulti deceduti nel 2009 in 10 ospedali inglesi, che il 5,2% di questi avrebbe avuto oltre il 50% di probabilità di sopravvivenza se non si fossero verificate carenze e intemperività nel soccorrere improvvisi aggravamenti.

Di fronte a tali dati appare chiaro quanto sia importante identificare chiaramente le necessità assistenziali di un paziente anche nell'ottica di rispondere in modo efficace ed efficiente alla domanda di cura.

Nella identificazione di criteri, condivisi, oggettivi e di rapida rilevazione atti a valutare se il livello di instabilità del paziente sia coerente al percorso di cura per lui pianificato, la scelta non può che cadere su uno degli "alert criteria" utilizzato nei sistemi di sorveglianza clinica: il MEWS (Modified Early Warning Score). Tale score permette di rilevare la situazione di instabilità del paziente; è ampiamente utilizzato nel mondo anglosassone, include l'osservazione di frequenza cardiaca, respiratoria, temperatura, pressione arteriosa, stato di vigilanza.

L'utilizzo di tale strumento risponde inoltre anche a quanto indicato nel decreto n.7517 del 2013, "strategie integrate per ridurre la mortalità ospedaliera associata alla sepsi grave"

È stato introdotto l'utilizzo del MEWS c/o lo STU dell'Azienda.



È stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per predisporre i documenti progettuali e redatto un protocollo operativo che è stato consegnato ed illustrato a tutto il personale infermieristico dello STU (100% del personale formato).

È stata integrata la pagina web di accettazione del triage per consentire l'inserimento di tutti i parametri previsti dallo score; è inoltre attivo un alert nel programma di triage per pazienti che presentano uno score uguale o superiore a 5, che identifica un paziente a rischio che necessita di trattamento immediato.

È stata acquistata un'apparecchiatura per consentire la rilevazione multiparametrica che è stata consegnata c/o lo STU nel mese di giugno 2015.

Nel mese di dicembre è stato estratto e valutato un campione di 100 schede di dimissione dei pazienti trattati negli ultimi 2 mesi: nel 96% dei pazienti sono stati rilevati i parametri richiesti dallo score MEWS.

Continuità di cure: Valutazione percorsi MAC-Reumatologia

Le attività da erogare di norma all'interno della macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale (MAC) comprendono prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

Nella DGR IX/2633 DEL 6.12.2011 vengono definiti i pacchetti MAC (ALLEGATO 10: MAC01-MAC 012). Le prestazioni di laboratorio e diagnostica strumentale, non esplicitamente comprese nella descrizione del pacchetto MAC, ma attinenti la corretta gestione clinica del paziente sono da ritenersi comprese nel pacchetto. Le prestazioni comprendenti la sola somministrazione infusoriale di farmaci ad alto costo per patologie quali artrite reumatoide, sclerosi multipla, psoriasi ecc... continuano ad essere effettuate in regime ambulatoriale .

L' Azienda ha descritto le modalità con cui erogare prestazioni MAC nel protocollo P/45.

Nel 2015 sono stati effettuati controlli mirati di completezza e appropriatezza sul 3% delle prestazioni erogate in MAC attraverso una checklist ad hoc.



4.2 ALTRI PROGETTI/ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

Safety Walk Round (SWR)

Il SWR è una tecnica di risk assessment, che prevede visite ed interviste strutturate da parte di esponenti della dirigenza agli operatori e dirigenti di unità operative e servizi sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità.

Durante tale visita vengono effettuate delle interviste standardizzate agli operatori, singoli o in gruppo, finalizzate ad identificare i rischi reali o potenziali che possono portare ad eventi avversi per i pazienti e le misure che potrebbero essere introdotte per prevenirne l'accadimento. Vengono utilizzate le domande del modello di Frankel.

Le criticità evidenziate vengono classificate secondo la Tassonomia proposta da Vincent.

Sulla base delle informazioni acquisite vengono identificate, valutate ed introdotte coerenti misure preventive per migliorare la sicurezza del paziente.

Tale attività si inserisce nel quadro complessivo dell'accrescimento della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Essa si svolge mediante colloquio guidato tra esperti incaricati dalla Direzione e gli operatori sanitari riguardo alle attività assistenziali e ai possibili risvolti di queste che presentano rischi potenziali o reali.

Obiettivi specifici di tale attività sono:

- ✓ identificare situazioni di rischio e vulnerabilità di sistema;
- ✓ inquadrare le criticità secondo i criteri propri della Tassonomia dei Fattori Contribuenti di Vincent;
- ✓ individuare ed adottare misure correttive per aumentare la sicurezza del paziente

Nel corso del 2014 è stato realizzato un Progetto Sperimentale di SWR che ha coinvolto 3 UUOO.

Nell'anno 2015 il metodo SWR è stato applicato anche nelle seguenti Unità Operative: 1° div, Reumatologia, COO e SCTS.



Sorveglianza fratture di femore

Le fratture di femore prossimale nel paziente anziano rappresentano una problematica socio-economica in rapido aumento. Il recupero funzionale e ed il tasso di mortalità sono influenzati da una notevole quantità di variabili, tra cui il tempo d'attesa per il trattamento chirurgico. Le Linee Guida indicano come gold standard un intervento eseguito entro le 48 ore dal trauma.

È stato realizzato uno studio di sorveglianza prospettica con l'obiettivo di determinare il tempo medio di degenza preoperatoria in questa tipologia di interventi e individuarne i fattori causali.

Sono arruolati 234 soggetti da Maggio a Novembre 2015.

Per ogni intervento incluso nello studio, è stata compilata una scheda con:

- Dati relativi al ricovero (degenza preoperatoria, giornata di ingresso)...
- Dati relativi al paziente: ASA, CCI,
- Dati relativi all'intervento:
- Dati relativi alla profilassi antibiotica:

Per ogni intervento incluso nello studio, è stata compilata una scheda con:

- Dati relativi al *follow-up* post intervento:
- Dati relativi al *follow-up* post dimissione:

I dati relativi al ricovero sono stati ricavati consultando gli strumenti routinari di registrazione delle informazioni sanitarie

Sono state esaminate le associazioni tra durata della degenza pre-operatoria, giornata di accesso e Caratteristiche del paziente.

L'analisi statistica è stata condotta tramite il test del chi quadro di Pearson.

Sono stati arruolati complessivamente 234 pazienti. L'età media dei pazienti è di 81,9 anni.

I dati evidenziano una maggiore prevalenza di fratture nel genere femminile (78,39%) rispetto che nel maschile (21,61%).

Il 97,9% dei pazienti è di etnia caucasica, il 2,1% di etnia araba.

I punteggi relativi al rischio anestesilogico (ASA) si distribuiscono disomogeneamente tra le 4 classi, presentando una maggiore concentrazione nelle classi ASA 2 (31,6%) e ASA 3 (64%).

Le fratture sono state classificate secondo il sistema internazionale di Classificazione AO. Questa classificazione è strutturata in modo che ogni segmento scheletrico sia individuato da un numero che lo indichi in modo univoco. Le fratture di femore prossimale laterale sono classificate come 31A, le mediali come 31B. Una ulteriore suddivisione in 1, 2, 3 fa riferimento alle varie sottotipologie.



Le fratture mediali differiscono dalle laterali per il tipo di chirurgia. Le fratture mediali, o intra-capsulari, nella maggior parte dei casi, richiedono la sostituzione protesica. Gli interventi sono stati classificati sulla base dei codici presenti sulle schede di dimissione ospedaliera.

Nel 36,5% degli interventi la sostituzione è stata parziale (endoprotesi), riguardante cioè la sola testa del femore. Nel 6,4% dei casi è ricorso all'artroprotesi, ovvero alla sostituzione completa dell'articolazione dell'anca (testa del femore e acetabolo).

Le fratture laterali, o extra-capsulari, richiedono più spesso un intervento di osteosintesi, un tipo di chirurgia di contenzione che si avvale di mezzi di sintesi quali chiodi, placche, viti.

Gli interventi di osteosintesi hanno rappresentato il 56% del nostro campione.

Il Charlson Comorbidity Index (CCI) è uno dei modelli di valutazione delle comorbidità più utilizzato ed è stato inizialmente testato nell'ambito della medicina generale ospedaliera. Tale score è basato sullo studio di varie patologie concomitanti presenti nel paziente, a ciascuna delle quali viene assegnato un diverso peso, dando origine a un punteggio finale composito. Alla maggior parte dei pazienti oggetto dell'analisi è stato attribuito un punteggio CCI < a 3. I dati preliminari relativi alla mortalità peri-operatoria sono del 1,28%. La durata media della degenza è stata di 11,9 giorni con un minimo di 5 gg e un massimo di 29. Si è calcolato che la media di attesa nel nostro istituto è di 3,2 giorni (76,8h). Dall'analisi risulta che 82 pazienti su 231 sono stati operati entro le 24 h, 59 tra le 24 h e le 48 h, 40 tra le 48 h e le 72 h, 24 tra le 72 h e le 96 h, e 20 oltre le 96 h. Su 3 pazienti su 234 non è stato raccolto il dato. Il 66,4 % dei pazienti è stato operato entro le 72 h, il 46,4% delle attese pre-operatorie sono state conformi alle linee guida. Questo dato necessita di un'ulteriore analisi per verificare esattamente il tempo intercorso tra l'accettazione del paziente e l'intervento (orario di accesso in pronto soccorso). I casi di intervento oltre le 96 h sono il 20%.

Nel 46,4% dei casi, la durata della degenza pre-operatoria è risultata in linea a quanto raccomandato in letteratura e nelle principali Linee-guida (<48h). Nel 20% dei casi, il tempo di attesa è risultato superiore alle 96 ore. Due variabili hanno dimostrato un'associazione statisticamente significativa alle classi di degenza pre-operatoria: il giorno della settimana ($P=0.000$) ed il Charlson Comorbidity Index ($P=0.005$).

Lo studio conferma la necessità di un approccio multidisciplinare al paziente anziano con frattura del femore prossimale, cercando di mediare tra le esigenze ortopedico-riabilitative e anestesio-logico-internistiche, con l'obiettivo di accompagnare il paziente alla chirurgia il più rapidamente possibile, ma in modo sicuro. I risultati consentiranno di definire un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i pazienti trattati per questa patologia, allo scopo di controllare i fattori che ne influenzano la degenza pre-operatoria.



Prevenzione infezioni sostenute da Enterobatteri produttori di carbapenemasi.

La sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza si articola in attività diverse:

1. attività mirate a quantificare la frequenza di infezioni endemiche, per stabilire confronti e descrivere i trend,
2. attività con l'obiettivo identificare tempestivamente singoli casi di infezione, che richiedono interventi immediati per limitarne la diffusione.

L'identificazione di un microrganismo sentinella deve essere seguita dalla sua segnalazione a chi dovrà adottare appropriate misure di controllo.

È stata realizzata una formazione ad hoc in merito alla corretta identificazione e gestione di patologie sostenute da Enterobatteri produttori di carbapenemasi.

è stata effettuata una formazione sul campo presso tutte le UUOO relativa alla Prevenzione, Controllo e Trattamento delle Infezioni da Enterobacteriaceae.

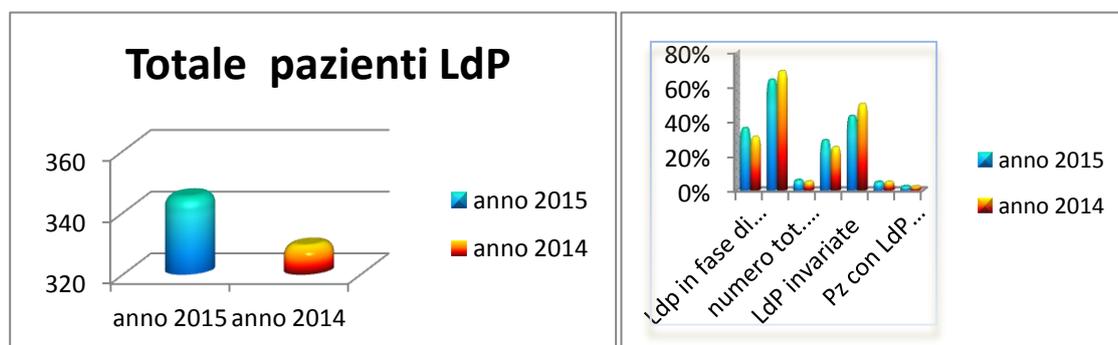
A seguito della formazione ciascun coordinatore infermieristico è stato incaricato di formare il restante personale infermieristico non presente.

Prevenzione Lesioni da pressione

La prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione (LdP) rappresentano un problema rilevante, che richiede un notevole impegno gestionale in termini di risorse umane, materiali e tecnologie.

Un dato inequivocabile, conferma però che una adeguata valutazione del soggetto

ed un corretto approccio preventivo svolgono un ruolo determinante nella salvaguardia dell'integrità cutanea degli assistiti



Le lesioni da pressione sono aumentate nel 2015, ma tale incremento è da riferirsi a pazienti che al ricovero presentano LdP, mentre diminuiscono le LdP contratte durante il ricovero.



Monitoraggio igiene degli alimenti

È stata effettuata una verifica dell'igiene degli alimenti, dell'ambiente e del personale operante presso il Centro Unico Cottura dell'A.O. Istituto Ortopedico G. Pini.

Si riportano di seguito i 3 monitoraggi effettuati, con i relativi indicatori ed i risultati relativi all'anno di osservazione.

1, Monitoraggio buona prassi igienica	Monitoraggio delle condizioni igienico sanitarie del Centro Unico di Cottura attraverso la compilazione settimanale da parte del personale tecnico (cuochi) della check-list appositamente predisposta.
Indicatore	N. check-list compilate / N. check list da compilare (standard >90%)
Risultati ANNUALI	n°52 check-list compilate/n°52 check list da compilare annualmente (esito: 100%)

2, Monitoraggio di tamponi microbiologici	Protocollo 33 MOD/01 il monitoraggio ha cadenza mensile.
Indicatore	N. tamponi positivi / N. tamponi totali (standard <15%)
Risultati ANNUALI	n°4 positivi/ 88 campioni totali annuali* (esito: 4.5%)

* - 8 tamponi rispetto al dovuto: a fine luglio sono stati effettuati n.8 tamponi per il mese di agosto in quanto la microbiologia del Policlinico sarebbe stata chiusa → i tamponi non sono stati analizzati a causa di un disguido



3, Analisi microbiologiche su matrici alimentari	Prelievo mensile su n°1 prodotto di carne fresca da analizzare microbiologicamente presso Università degli Studi Milano - Dipartimento di Scienze Veterinarie per la salute, la produzione animale e la sicurezza alimentare.
Indicatore	N. campioni conformi / N. campioni totali (standard > 80%)
Risultati ANNUALI	n°12 campioni conformi/ 12 campioni totali annuali (esito: 100%)



4.3 ATTIVITA' DI CONTROLLO SULLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Nel corso dell'anno 2015 - come stabilito dalle regole di sistema della Regione Lombardia - la programmazione delle attività di verifica ha previsto che la quota di controllo stabilita al fine di raggiungere il valore complessivo del 14%, risulti così composta:

- **3%: autocontrollo della qualità della documentazione clinica**, effettuato dal soggetto erogatore;
- **4%: autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica** (o organizzativa) effettuato dal soggetto erogatore;
- **7%: controlli di congruenza ed appropriatezza mirato** (o organizzativa) effettuati dalla ASL.

Controllo Esterno NOC - Prestazioni di Ricovero

I NOC della ASL Milano, secondo quanto stabilito dal loro Piano dei Controlli, ha effettuato:

- a) autocontrollo completezza documentazione clinica
- b) autocontrollo congruenza
- c) controllo mirato di congruenza e appropriatezza.

a) Autocontrollo della completezza della documentazione clinica (DGR VIII/10077 del 2009)

La verifica di alcuni elementi costituenti la documentazione sanitaria contenuta nella cartella clinica è finalizzata ad un obiettivo di miglioramento continuo delle attività ed è valutata dalla ASL.

Come disposto, ciascuna Azienda Ospedaliera deve provvedere ad effettuare una propria autovalutazione della documentazione utilizzando una "Check list cartella clinica" dedicata (All.3 della DGR n. VIII/9014/09 e successive integrazioni con DGR VIII/9581/2009 e DGR IX/000621 del 13 ottobre 2010).

La normativa definisce singole pesature per ciascun elemento costituente la cartella clinica (CC) e una soglia percentuale di accettabilità di errore: l'assenza di uno degli elementi, che di seguito si riportano, determinano condizione di non rimborsabilità del ricovero, parziale o totale.

Ogni cartella clinica verificata viene considerata dalla ASL conforme (esito 1) se sono presenti tutti gli elementi definiti come essenziali per la rimborsabilità del ricovero, non conforme (esito 0) se manca anche un solo elemento essenziale, parzialmente conforme (esito 2) se mancano elementi non essenziali.

Il campione oggetto di autocontrollo è stato individuato ed estratto dalla ASL sulla produzione annuale dei ricoveri. Per l'anno 2015, il numero di cartelle cliniche estratte è stato pari a n. 321. La verifica di autocontrollo da parte dei NIC è stata effettuata su tale campione.

I NIC, dopo aver verificato il campione di cartelle estratte, hanno trasmesso alla ASL gli esiti dell'autocontrollo secondo le tempistiche previste dalla normativa.



La soglia di affidabilità di tale controllo ASL verso Azienda, è fissata da un livello minimo di almeno “discreto” fino a un livello massimo “perfetto”, perché tale attività sia ritenuta valida.

In caso di mancato raggiungimento della soglia di affidabilità, è prevista l'estensione del controllo all'universo delle pratiche soggette ad autocontrollo.

Dall'attività di autocontrollo sono emersi i seguenti risultati:

Dati di riepilogo	N°	%
Cartelle conformi (Esito 1)	308	96
Cartelle non conformi (Esito 0)	10	3
Cartelle parzialmente non conformi (Esito 2)	2	1
Cartelle non pervenute/precedentemente annullate	0	0

A seguito del controllo è stato rilevato un livello di discordanza di 3 CC, inferiore alla soglia per l'estensione del controllo.

L'analisi di confronto con gli esiti degli anni precedenti evidenzia un netto miglioramento nel livello di concordanza. Infatti nell'anno 2009 tale livello è stato pari a 0,72, definito “considerevole”. Nell'anno 2010 e 2011 il livello di concordanza è stato pari a 0,87, definito “quasi perfetto” e nell'anno 2012 il livello di concordanza è stato pari a 1, definito “perfetto”. Dal 2012 al 2015 tale livello si è mantenuto costante

b) Autocontrollo congruenza

Come disposto, ciascuna Azienda Ospedaliera deve provvedere ad effettuare una propria autovalutazione della congruenza su un campione pari al 4% della produzione totale.

Il campione oggetto di autocontrollo è stato individuato ed estratto dalla ASL sulla produzione annuale dei ricoveri. Per l'anno 2015, il numero di cartelle cliniche estratte è stato pari a n. 428 La verifica di autocontrollo da parte dei NIC è stata effettuata su tale campione.

I NIC, dopo aver verificato il campione di cartelle estratte, hanno trasmesso alla ASL gli esiti dell'autocontrollo secondo le tempistiche previste dalla normativa. I NOC hanno eseguito la verifica su un campione pari a n.79 CC.



Dall'attività di autocontrollo sono emersi i seguenti risultati:

Dati di riepilogo	N°	%
Cartelle cliniche esaminate confermate	428	100
Totale cartelle cliniche esaminate	428	100

A seguito del controllo esterno da parte dei NOC NON sono state rilevate cartelle discordanti.

e) Controllo mirato congruenza e appropriatezza

Come indicato dalla DGR VIII/4799 del 2007, il controllo a campione è mirato sulla congruenza e l'appropriatezza di erogazione.

Il controllo mirato di congruenza per l'anno 2015 ha interessato diverse tipologie di ricovero:

- Ricoveri oltre soglia
- Ricoveri chirurgici brevi (2 giorni), con intervento chirurgico eseguito in II giornata
- 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza
- Riabilitazione.

La verifica è stata effettuata su un campione mirato della produzione dei ricoveri acuti compresi nel periodo gennaio - maggio 2015, su 789 CC.



Dati di riepilogo	N°	%
Pratiche confermate (esito A)	497	63
Degenza modificata (esito D)	181	23
Modifica giornate (esito H)	59	7
Rimborso annullato e ricompreso in altra pratica (esito B)	40	5
Valorizzata in base al nomenclatore ambulatoriale (Esito C)	6	1
DRG modificato (esito E)	4	0,5
Confermata senza modifiche della valorizzazione (esito X)	1	0,25
Modifica del DRG e degenza ordinaria o degli accessi (esito F)	1	0,25
Pratiche non confermate	0	0
Totale cartelle cliniche esaminate	789	100

Le CC sono state ritenute tutte congruenti con il DRG attribuito, tuttavia 292 CC sono state ritenute non appropriate in quanto le giornate di degenza impiegate non erano giustificate.

Controllo Interno NIC -Prestazioni di ricovero

Il Nucleo Interno di Controllo (NIC) ha effettuato diverse tipologie di verifica , seguendo il suo Piano dei Controlli Interni aziendale anno 2015.



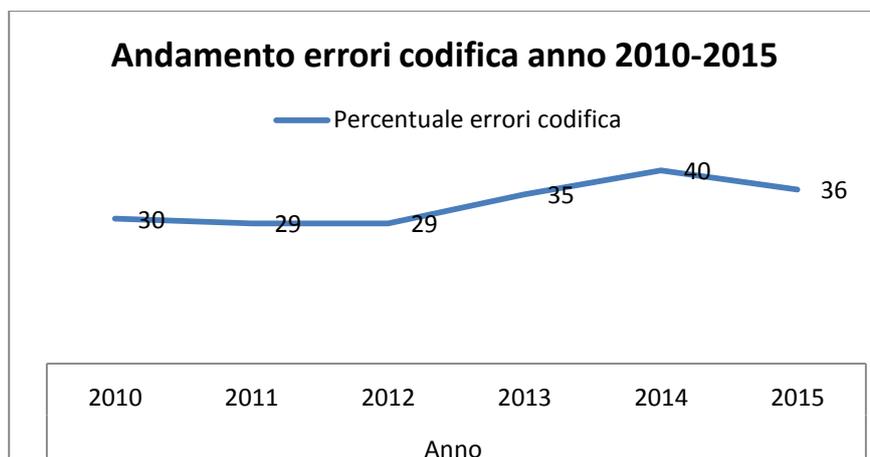
Controlli logico formali del tracciato SDO

Il controllo logico-formale sul flusso SDO di produzione viene effettuato mensilmente, prima dell'invio del debito informativo in Regione Lombardia. Nelle tabelle seguenti sono riportati gli esiti dei controlli effettuati.

Dopo l'estrazione dei dati e il controllo logico formale degli stessi vengono effettuate le correzioni sui records errati prima del loro invio in Regione Lombardia. La percentuale di errore deve essere inferiore all'1%.

Controlli interni codifica

Viene effettuato un controllo interno sulla codifica delle SDO sul totale della produzione.



Congruenza e appropriatezza codifica SDO

In analogia a quanto viene effettuato dalla ASL, il controllo di congruenza è stato mirato alla congruenza della codifica delle diagnosi e degli interventi segnalati come inappropriati, agli episodi di ricovero con codice V64.1 e V64.3, ai ricoveri oltre soglia e all'utilizzo appropriato delle giornate di degenza.

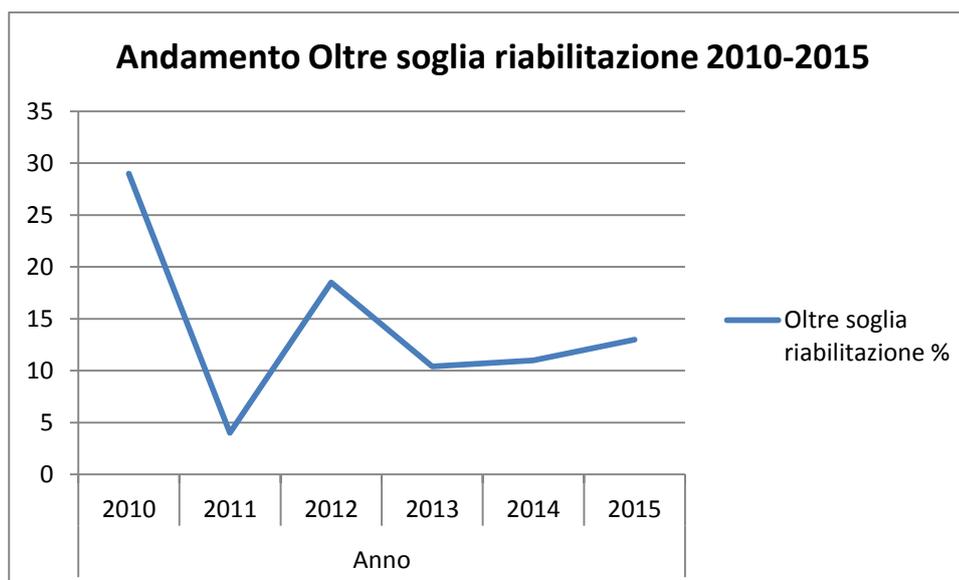
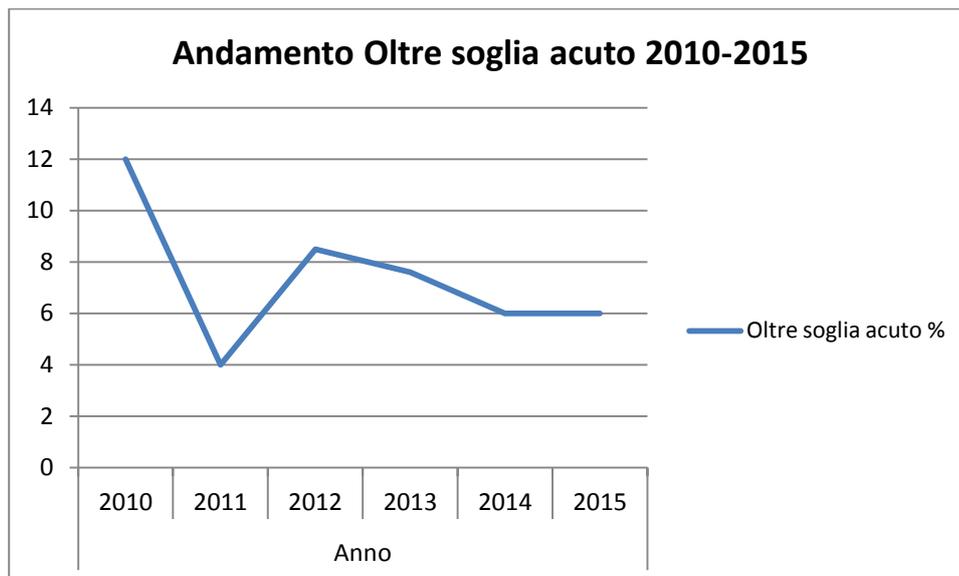
Dai NIC viene effettuato un controllo mensile secondo degli specifici criteri richiesti dalla ASL. Gli esiti di tale controllo devono essere mensilmente inviati ai NOC dopo aver verificato appropriatezza e congruenza specifica su un campione della produzione dei ricoveri dell'anno in corso. La valutazione di tale analisi viene esplicitata in una tabella dedicata, elaborata dalla ASL stessa, in cui sono riportati il numero dell'episodio, i criteri di estrazione, gli esiti e gli importi derivanti da possibili modifiche a questicorrelati.



Ricoveri con degenza oltre soglia (o.s.)

Tale controllo si estrinseca su quei DRG per cui esiste un valore soglia, rappresentato da un numero di giornate di degenza predefinite. La verifica è volta ad evidenziare nella documentazione sanitaria condizioni cliniche sopraggiunte o inattese o complicanti, che abbiano condizionato il prolungarsi della degenza.

Confronto ricoveri oltre soglia anno 2010-2015

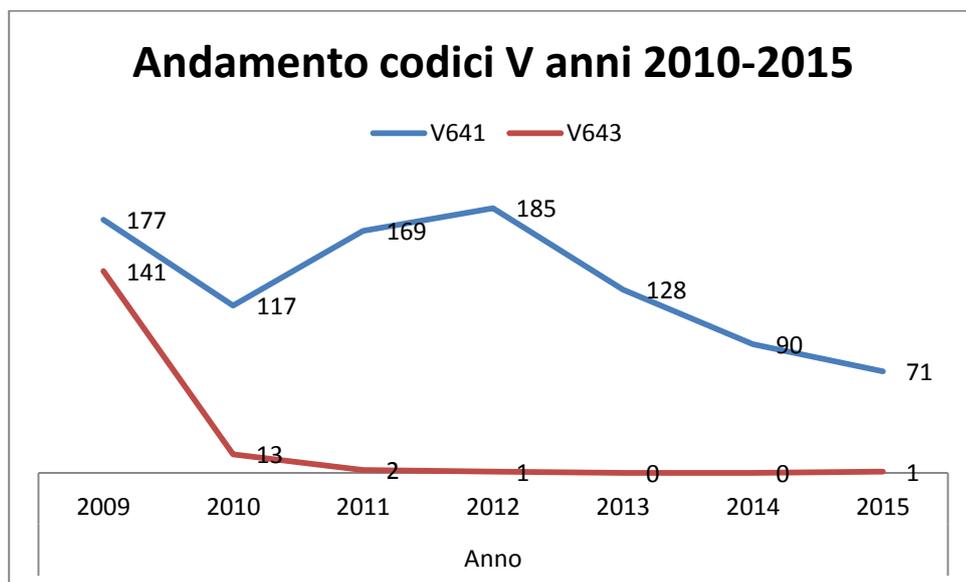




Episodi di ricovero con il codice V64.1 e V64.3

Sono stati controllati tutti gli episodi di ricovero con codice V64.1 e V64.3:

- codice V64.1, intervento chirurgico o altra procedura non eseguite per controindicazioni cliniche,
- codice V64.3, procedura non eseguita per altre ragioni.





Autocontrollo congruenza: controllo della completezza della documentazione clinica

L'attività di autocontrollo interna, come già precedentemente descritto, viene effettuata mensilmente su un campione casuale di cartelle cliniche, stratificate per ogni singolo reparto, e corrispondente al 5% della produzione totale dei ricoveri .

I NIC, dopo aver analizzato gli esiti dell'attività di autocontrollo, segnalano ai responsabili delle singole UO le criticità evidenziate attraverso report ed incontri informativi specifici sull'argomento.

Nel corso di tali incontri sono state sempre sottolineate tutte le difformità riscontrate e i responsabili delle UUOO sono stati sollecitati a porre maggior attenzione alla corretta compilazione della documentazione sanitaria.

Si riportano di seguito i risultati.

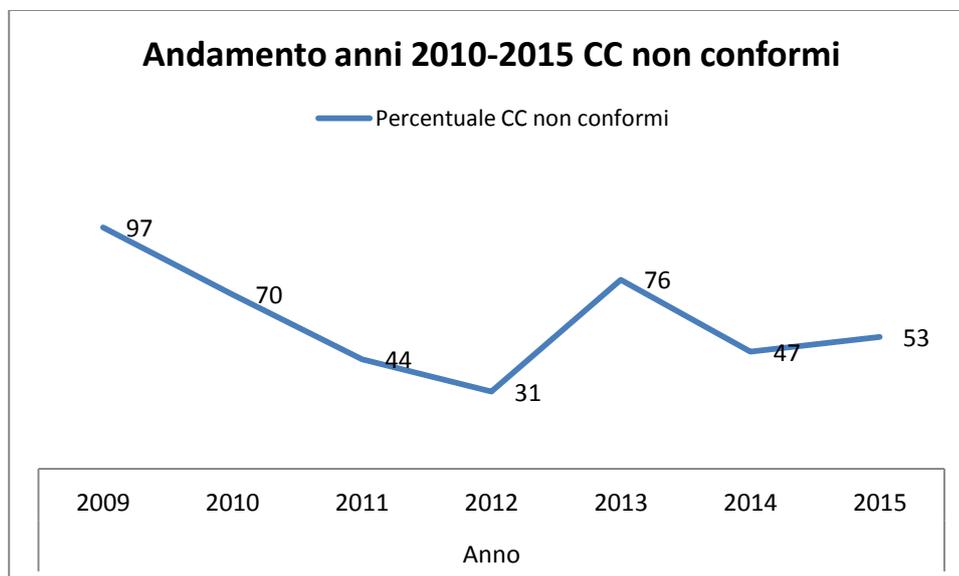
Sono state considerate non conformi le cartelle cliniche in cui risultava assente anche un solo elemento della Check list.

Sono state valutate complessivamente 136 cartelle. Sono state riscontrate 65 NC pari al 47%

Confronto risultati Controllo della completezza della documentazione clinica 2009-2015

Nel 2009 le cartelle non conformi erano circa il 97%. Nel 2010 la percentuale di non conformità delle cartelle esaminate è risultata essere del 70%. Nel corso del 2011 si osservato un ulteriore miglioramento rispetto all'anno 2010 in quanto la percentuale di cartelle non conformi era pari al 44%, tale tendenza positiva si registra anche nel 2012 con una percentuale di cartelle non conformi pari al 31,2%. Nel 2013 la percentuale di non conformità (76%) è aumentata in relazione ad alcune modifiche dei criteri di valutazione. Nel 2014 la percentuale di NC riscontrata è pari al 47%, è diminuita rispetto al 2013 e tale tendenza è riconducibile al recepimento dei criteri di valutazione introdotti nel 2013.

Nel 2015 la percentuale di NC riscontrata è pari al 53%, stabile rispetto al 2014.



Controllo di appropriatezza di erogazione ricoveri riabilitazione

L'attività di controllo della Riabilitazione si articola secondo 2 tipologie:

congruenza e appropriatezza.

Nel corso degli anni 2009 – 2015, da cui si può evincere come nel corso di questi anni la definizione dei criteri di appropriatezza, la puntuale applicazione dei requisiti richiesti e i controlli più specifici sulla stessa attività abbiano portato a incrementare la qualità delle prestazioni erogate in tale ambito.

Nell'anno 2015 l'attività di controllo interno è stata effettuata sull'intera produzione riabilitativa. I NOC nell'anno 2015 hanno effettuato un controllo mirato nell'ambito dell'appropriatezza di erogazione, sono state modificate 0 cartelle (0%).

Non è stato effettuato alcun abbattimento economico.



5 LA FORMAZIONE

Nella tabella seguente si riportano i principali dati relativi alla formazione svolta nell'ex A.O. G. Pini nell'anno 2015:

Area riferimento	Corsi erogati
Amministrativa	11
Sanitaria	29
Sicurezza	6
Empowerment	5
Totale	51

Tipologia di corso	Partecipanti
Residenziale	290
Sicurezza	134
Individuale	41
Totale	465

Erogate 337 ore di eventi ECM

Erogate 448,6 crediti ECM



6 LA COMUNICAZIONE

Nel 2015 l'Ufficio ha dato corso al piano di comunicazione proposto alla Direzione Generale e a Regione Lombardia, orientato principalmente a tre ambiti di attività: lo sviluppo di progetti e strategie multistakeholder, l'implementazione dei media digitali, il coordinamento dei contenuti di comunicazione istituzionale.

- Progetto “Arcadia” > restyling degli spazi pubblici ospedalieri
- Progetto “Pini a misura di Bambino” > miglioramento dei processi di permanenza e accessibilità per i piccoli pazienti
- Regolamento di gestione logo e patrocinio (attivo dal gennaio 2016)
- Aggiornamenti sito internet aziendale
- Sviluppo nuova piattaforma intranet
- Newsletter aziendale
- Presenza e reputation dell'Istituto Pini su piattaforme “Social” e YouTube
- Piattaforma “Pini in Rete”
- Piano editoriale annuale
- Progetti di promozione salute e stili di vita sani (in collaborazione con Direzione medica di presidio) > pubblicazione e diffusione della rubrica “Nutrizione in Pillole” e delle campagne sul lavaggio delle mani
- Annual Report 2014
- Attività di ufficio Stampa > gara per l'affidamento del servizio in outsourcing, emanazione nuova procedura, esecuzione del piano editoriale annuale.



7 URP

Customer satisfaction > La rilevazione dell'anno 2015 ha riguardato 11 ambulatori e 20 reparti di degenza, con la somministrazione di 4264 questionari di gradimento (Ambulatori: 2959, Degenza: 1305).

La rilevazione dei dati è stata curata dall'Università IULM attraverso lo svolgimento di 30 tirocini.

I dati integrali sono stati trasmessi ad ASL nei termini richiesti e presentati al personale il 15/12/2015.

Gestione segnalazioni > L'Urp ha raccolto e risposto a 186 reclami e a 140 encomi durante l'anno, dando corso a tutte le richieste pervenute dall'utenza con i professionisti coinvolti.

Durante l'anno ha dato corso inoltre a 772 attività giornaliere, ossia richieste risolte entro 24 ore e che non rientrano nella procedura di segnalazione Reclami/Encomi.