



---

**AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALCAMONICA**  
Sede legale: Breno (Bs) - Via Nissolina, 2 - tel. 0364.3291 - fax 0364.329310 - CF/P.IVA n.03775830981  
www.asst-valcamonica.it PEC: protocollo@pec.asst-valcamonica.it

**DECRETO N. 0726 DEL 30 AGO. 2017**

**OGGETTO:** Determinazioni conseguenti alla definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2017.

**IL DIRETTORE GENERALE**

Su proposta del responsabile del procedimento amm.vo:

F.to Gemma Torri

L'anno 2017, giorno e mese sopraindicati:

**RICHIAMATI:**

- la DGR n.IX/892 dell'1.12.2010: "Determinazioni in ordine alla nomina e alla valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende ospedaliere pubbliche lombarde" che modifica il sistema di configurazione e valutazione degli obiettivi di sviluppo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie lombarde con decorrenza 1 gennaio 2011;

- la DGR n.IX/1029 del 22.12.2010 "V provvedimento organizzativo 2010" ed in particolare l'allegato I.1 "Disciplina dell'Organismo Indipendente di valutazione (OIV) e nomina dei relativi componenti";

- la DGR n.X/1098 del 20.12. 2013 "IX provvedimento organizzativo 2013" ed in particolare l'allegato F.1 "Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);

- la DGR n.X/5514 del 2.8.2016 "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Azienda Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e AREU relativa alla definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2016" con la quale, fra l'altro, sono revocate le DGR nn.7351/2008, 8987-8988/2009 e 3354/-2015 nelle parti in cui costituiscono il Comitato ristretto degli Assessori per la valutazione degli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie lombarde;

- la DGR n.X/4632 del 19.12.2015: "Attuazione LR 23/2015: Determinazioni in ordine alla Direzione l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) della Valcamonica" con cui Regione Lombardia ha nominato il Dr Raffaello Stradoni Direttore Generale dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) della Valcamonica;

- le regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2017, determinate con DGR n.5954 del 5.12.2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017" - (di concerto con gli Assessori Garavaglie e Brianza) e successive circolari e note attuative;

PRESO ATTO che con deliberazione n.X/6963 del 31.7.2017 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2017" la Giunta di Regione Lombardia ha stabilito il nuovo sistema di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende e delle Agenzie Sanitarie lombarde e ha definito gli obiettivi di sviluppo ed i relativi indicatori per l'anno 2017 dei Direttori Generali delle ATS, ASST ed AREU;

RICHIAMATI altresì il decreto n.145/2017 "Riapprovazione del Piano di Organizzazione Strategico (POAS) dell'ASST della Valcamonica ai sensi della LR n.23/2015 e della DGR n.X/5513/2016, in esito a controllo regionale ai sensi dell'art.17, co.4 LR n.33/-2009" e il Piano delle Performance per il corrente anno formalizzato con decreto n.73/-2017;

VISTI in particolare, gli artt.3 e 5 del contratto di prestazione d'opera intellettuale per le funzioni di direzione sottoscritto dai Direttori Amministrativo, Sanitario e Socio-Sanitario, ai sensi dei quali, rispettivamente:

-"il Direttore Amministrativo/Sanitario/Socio-Sanitario risponde al Direttore Generale del raggiungimento degli obiettivi fissati dallo stesso";

-"il Direttore Generale stabilisce annualmente gli obiettivi aziendali del Direttore Amministrativo/Sanitario/Socio-Sanitario, stabilisce, inoltre le modalità di verifica del loro raggiungimento, da misurarsi con appositi indicatori di oggettività. Il Direttore Generale stabilisce la percentuale di incremento del trattamento economico annuo, entro il limite massimo del 20% che l'Azienda può corrispondere a titolo di incentivo per il raggiungimento di ciascuno degli obiettivi prefissati; la corresponsione di tale incremento è subordinata alla verifica da parte del Direttore Generale del raggiungimento degli obiettivi prefissati";

RILEVATO che i Direttori Amministrativo, Sanitario e Socio-Sanitario rappresentano i

principali e più diretti Collaboratori del Direttore Generale, in funzione delle competenze e della posizione rivestita nell'ambito dell'organizzazione aziendale;

RITENUTO pertanto di recepire l'allegata DGR n.X/6963 del 31.7.2017 "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2017";

RITENUTO, altresì coerente assegnare ai Direttori medesimi, congiuntamente o individualmente secondo le rispettive competenze, gli stessi obiettivi del Direttore Generale ed il corrispondente livello di raggiungimento che gli verrà riconosciuto, tenuto anche conto della loro riproducibilità e che implicano, in ogni caso, la condivisione e la partecipazione attiva della Direzione strategica, richiamando l'attenzione sulla rilevanza data agli obiettivi operativi/strategici che attengono al mantenimento dell'elemento fiduciario del mandato; e che conseguentemente i Direttori dovranno attivare le azioni ed i progetti necessari rispetto agli obiettivi;

VISTA la proposta del Responsabile del procedimento a seguito di formale istruttoria;

ACQUISITO il parere tecnico favorevole del Responsabile del procedimento, nonché l'attestazione del Direttore dell'Area gestione risorse finanziarie, circa la registrazione contabile;

DATO ATTO che il presente provvedimento è di iniziativa del Direttore Generale;

CON I POTERI di cui all'art.3 del D.Lgs n.502/1992, così come risulta modificato con D.Lgs n.517/1993 e con D.Lgs n.229/1999 ed in virtù della formale legittimazione intervenuta con DGR n.X/4632 del 19.12.2015, in attuazione delle LLRR n.33/2009 e 23/2015;

## DECRETA

1 - di recepire, per ogni conseguente effetto, la DGR n.X/6963 del 31.7.2017 "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2017", che allegata al presente atto ne forma parte integrante e sostanziale;

2 - di assegnare, per le ragioni e nei termini esemplificati in premessa, ai Direttori Sanitario, Amministrativo e Socio-Sanitario, congiuntamente o individualmente secondo le rispettive competenze, gli obiettivi di sviluppo e i relativi indicatori di cui al precedente p.1) definiti nell'allegato che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

3 - che tali obiettivi potranno essere integrati e/o modificati per effetto di diverse ed ulteriori determinazioni regionali e/o necessità aziendali;

4 - che la valutazione degli obiettivi di cui trattasi abbia valore ai fini dell'attribuzione dell'incentivo economico, entro il limite massimo del 20% del trattamento economico, che sarà determinato in ragione della ponderazione effettuata nei confronti di questa Direzione da parte di Regione Lombardia;

5 - di impegnare i Direttori ad intraprendere le azioni necessarie alla realizzazione degli obiettivi in oggetto nonché ad inviare a questa Direzione, entro il 31.10.2017, relazione intermedia che evidenzi lo sviluppo e lo stato dell'arte degli obiettivi assegnati; la data per la relazione finale che attesti il livello di raggiungimento di ogni singolo obiettivo, con riferimento agli indicatori individuati, verrà fissata e condivisa a seguito della comunicazione della Direzione Generale Welfare di avvio del procedimento di valutazione degli obiettivi;

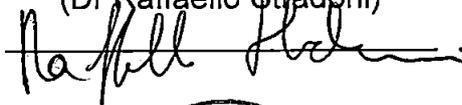
6 - che il costo derivante dal presente provvedimento di €132.761,58 trova copertura come segue:

- € 30.987,41 bilancio economico di previsione gestione ospedale per l'esercizio 2017 con registrazione al conto economico codice 671200 "Comp.incentiv.dir.generale" e centro di costo 5020000 "Direzione generale";

- € 24.789,94 bilancio economico di previsione gestione ospedale per l'esercizio 2017 con registrazione al conto economico codice 671210 "Comp.incentiv.dir.amministrativo e centro di costo 5040000 "Direzione amministrativa";
- € 24.789,94 bilancio economico di previsione gestione ospedale per l'esercizio 2017 con registrazione al conto economico codice 671220 "Comp.incentiv.dir.sanitario" e centro di costo 5030000 "Direzione sanitaria";
- € 18.449,00 bilancio economico di previsione gestione ospedale per l'esercizio 2017 con registrazione al conto economico codice 671230 "Oneri prev. direttori (gen./amm.vo/-sanit./soc.)" e centri di costo 5020000 "Direzione generale", 5040000 "Direzione amministrativa" e 5030000 "Direzione sanitaria";
- € 6.848,20 bilancio economico di previsione gestione ospedale per l'esercizio 2017 con registrazione al conto economico codice 673804 "irap su altri redditi assimilati lav. dipendente" e centri di costo 5020000 "Direzione generale", 5040000 "Direzione amministrativa" e 5030000 "Direzione sanitaria";
- € 24.789,94 bilancio economico di previsione gestione servizi sanitari territoriali per l'esercizio 2017 con registrazione al conto economico codice 671190 "Comp.Incentiv. dir. servizi sociali" e centro di costo 5050000 "Direzione socio sanitaria";
- € 2.107,15 bilancio economico di previsione gestione servizi sanitari territoriali per l'esercizio 2017 con registrazione al conto economico codice 673804 "irap su altri redditi assimilati lav. dipendente" e centro di costo 5050000 "Direzione socio sanitaria"

7 - di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale per i conseguenti controlli previsti dalla normativa vigente.

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dr. Raffaello Stradoni)





## Regione Lombardia LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 6963

Seduta del 31/07/2017

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*  
VALENTINA APREA  
VIVIANA BECCALOSSI  
SIMONA BORDONALI  
FRANCESCA BRIANZA  
CRISTINA CAPPELLINI  
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA  
GIULIO GALLERA  
MASSIMO GARAVAGLIA  
MAURO PAROLINI  
ANTONIO ROSSI  
ALESSANDRO SORTE  
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA VALUTAZIONE DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST) E DELL'AGENZIA-AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (AREU) E DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI PER L'ANNO 2017

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Dirigente Tommaso Russo

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 53 pagine

di cui 46 pagine di allegati

parte integrante



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

**VISTO** Il D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" in particolare il comma 5 dell'articolo 3 bis come modificato dal D.L. 158/2012;

**VISTA** la l.r. 33/2009, come modificata dalla l.r. 23/2015, dalla l.r. 41/2015 e dalla l.r. 15/2016;

**VISTI** altresì:

- l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 del 10 luglio 2014;
- l'art. 5 della l.r. 30 dicembre 2008, n. 38 "Disposizioni in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale - collegato";
- la l.r. 7 luglio 2008, n. 20 "Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale" in particolare l'art. 38 rubricato "sistema di valutazione";

**VISTI** i documenti di programmazione regionale, con particolare riferimento alla programmazione socio-sanitaria:

- DCR n. X/78 del 9 luglio 2013 "Programma Regionale di Sviluppo della X legislatura" e i relativi aggiornamenti approvati mediante il Documento di Economia e Finanza Regionale di cui alla risoluzione del Consiglio Regionale n. 1315 del 22 novembre 2016;
- DCR n. IX/88 del 17 novembre 2010 "Piano Socio Sanitario Regionale 2010/2014";

**RICHIAMATE:**

- la DGR n. IX/892 del 1 dicembre 2010 "Determinazioni in ordine alla nomina e alla valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere pubbliche lombarde" che modifica il sistema di configurazione e valutazione degli obiettivi di sviluppo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie lombarde con decorrenza 1 gennaio 2011;
- la DGR n. IX/1029 del 22 dicembre 2010 "V provvedimento organizzativo 2010" ed in particolare l'allegato I.1 "Disciplina dell'Organismo Indipendente di valutazione (OIV) e nomina dei relativi componenti";
- la DGR n. X/1098 del 20 dicembre 2013 "IX provvedimento organizzativo 2013"



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

- 
- ed in particolare l'allegato F.1 "Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)";
  - la DGR n. X/5514 del 2 agosto 2016 "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e AREU relativa alla definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2016" con la quale, fra l'altro, sono revocate le DGR nn. 7351/2008, 8987-8988/2009 e 3554/2015 nelle parti in cui costituiscono il Comitato ristretto degli Assessori per la valutazione degli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie lombarde;
  - la DGR n. 5954 del 5 dicembre 2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017" – (di concerto con gli Assessori Garavaglia e Brianza);

**PRESO ATTO** che ad oggi la Conferenza delle regioni e delle province autonome non ha provveduto a determinare i criteri ed i sistemi di valutazione e verifica previsti dal D.Lgs. 502/92 come modificato dal Decreto Balduzzi e che pertanto è necessario doversi determinare nella materia;

**EVIDENZIATO** che il punteggio massimo che può essere assegnato ad ogni Direttore generale è pari a 100 punti e si costruisce attraverso diverse e successive fasi illustrate in maniera particolareggiata nell'Allegato 1) "METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AGENZIE E DELLE AZIENDE SANITARIE LOMBARDE – ANNO 2017" parte integrante del presente atto;

**DATO ATTO** che la procedura di valutazione, descritta nell'Allegato 1) si compone delle seguenti fasi e considera anche l'autovalutazione rendicontata dalle Aziende/Agenzie:

Fase 1. Analisi e valutazione dell'andamento degli obiettivi legati alle ATTIVITÀ ISTITUZIONALI, svolta dagli uffici della Direzione Generale Welfare sulla base degli indicatori elencati nell'Allegato 2), in coerenza con la DGR n. X/5954 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017";

Fase 2. Analisi e valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA, svolta dagli uffici della Direzione Generale Welfare.

Questa classe di obiettivi, elencati nell'Allegato 3) è suddivisa ulteriormente in:

- OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI;



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

- OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI;
- OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR;

Fase 3. Verifica della regolarità dell'attività in tema di trasparenza ed anticorruzione, attività svolta dagli uffici della D.G. Welfare sulla base della documentazione trasmessa dalla U.O. Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy officer;

Fase 4. Verifica dell'inserimento nei regolamenti aziendali della funzione di monitoraggio trimestrale sull'andamento delle liste d'attesa per prestazioni istituzionali ed in ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria) e monitoraggio degli invii, alla U.O. Controllo di gestione e personale della D.G. Welfare, dei report trimestrali;

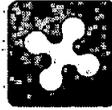
**RITENUTO** di dover procedere alla definizione degli obiettivi di sviluppo, declinati in ATTIVITÀ ISTITUZIONALI e OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA e dei relativi indicatori di misura, per i Direttori Generali delle ATS, ASST e AREU per l'anno 2017 così come indicati negli allegati 2) e 3), parti integranti del presente provvedimento;

**RITENUTO** di rafforzare la metodologia di valutazione inserendo, per quanto riguarda gli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA:

- Obiettivi legati a benchmark estremamente affidabili anche rispetto alla dimensione nazionale;
- Set di obiettivi orientati alla valutazione dell'ambito specifico aziendale;
- Una valutazione delle azioni messe in campo per la presa in carico del paziente cronico;

**RITENUTO** di fissare la seguente tempistica per la verifica del raggiungimento dei risultati di che trattasi:

- comunicazione della Direzione Generale Welfare di avvio del procedimento di valutazione degli obiettivi;
- consegna da parte dei Direttori Generali delle ATS, ASST e AREU delle dichiarazioni e dei provvedimenti richiesti per attestare il raggiungimento dei risultati, alla Direzione Generale Welfare entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di avvio della procedura di valutazione;
- istruttoria e verifica della documentazione e completamento del processo di valutazione entro 60 giorni dal ricevimento delle rendicontazioni dalle ATS/ASST;
- conclusione del contraddittorio con i Direttori Generali ed emissione dei decreti



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

della Direzione Generale Welfare entro il 31 luglio 2018;

- erogazione dell'incentivo economico spettante al Direttore Generale successivamente al termine di scadenza per la presentazione del bilancio consuntivo esercizio 2017;

**RITENUTO** di stabilire che, nel caso in cui la durata dell'incarico sia inferiore ai 12 mesi, ma comunque non inferiore a 4 nell'anno solare di riferimento, la valutazione terrà conto degli obiettivi effettivamente raggiunti nel periodo considerato;

**RITENUTO** di considerare non valutabile il Direttore Generale per il quale sia stata dichiarata la decadenza automatica ai sensi della normativa sopra richiamata;

**RITENUTO**, altresì, opportuno dare indicazione ai Direttori Generali di estendere gli obiettivi di che trattasi anche ai Direttori Sanitari, Amministrativi e Sociosanitari;

**RITENUTO** infine di demandare alle direzioni generali competenti eventuali ulteriori indicazioni operative;

**RITENUTO** che gli obiettivi di che trattasi possano costituire linee di indirizzo per i Consigli di Amministrazione nella formulazione degli obiettivi dei Direttori Generali delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico;

**VAGLIATE** ed assunte come proprie le suddette motivazioni;

**A VOTI UNANIMINI**, espressi nelle forme di legge;

### **DELIBERA**

1. di stabilire che il nuovo sistema di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende e Agenzie Sanitarie lombarde è quello previsto nell'Allegato 1) "METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AGENZIE E DELLE AZIENDE SANITARIE LOMBARDE – ANNO 2017", parte integrante del presente provvedimento;
2. di definire gli obiettivi di sviluppo e i relativi indicatori per l'anno 2017 dei Direttori Generali delle ATS, ASST e AREU così come indicati negli Allegati 2) e



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

- 3) parti integranti del presente provvedimento;
3. di fissare la seguente tempistica per la verifica del raggiungimento dei risultati di che trattasi:
- comunicazione della Direzione Generale Welfare di avvio del procedimento di valutazione degli obiettivi;
  - consegna da parte dei Direttori Generali delle ATS, ASST e AREU delle dichiarazioni e dei provvedimenti richiesti per attestare il raggiungimento dei risultati, alla Direzione Generale Welfare entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di avvio della procedura di valutazione;
  - istruttoria e verifica della documentazione e completamento del processo di valutazione entro 60 giorni dal ricevimento delle rendicontazioni dalle ATS/ASST;
  - conclusione del contraddittorio con i Direttori Generali ed emissione dei decreti della Direzione Generale Welfare entro il 31 luglio 2018;
  - erogazione dell'incentivo economico spettante al Direttore Generale successivamente al termine di scadenza per la presentazione del bilancio consuntivo esercizio 2017;
4. di considerare non valutabile il Direttore Generale per il quale sia stata dichiarata la decadenza automatica ai sensi della normativa sopra richiamata;
5. di stabilire, inoltre, che nel caso in cui la durata dell'incarico sia inferiore ai 12 mesi, ma comunque non inferiore a 4 nell'anno solare di riferimento, la valutazione terrà conto degli obiettivi effettivamente raggiunti nel periodo considerato;
6. di comunicare il presente atto a tutte le ATS e ASST di Regione Lombardia, dando indicazione ai Direttori Generali di estendere gli obiettivi della presente delibera ai Direttori Sanitari, Amministrativi e Sociosanitari;
7. di demandare alle direzioni generali competenti eventuali ulteriori indicazioni operative;
8. di comunicare il presente provvedimento alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico affinché le stesse, nella formulazione degli obiettivi dei Direttori



**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA

---

Generali, possano tenerne conto come linee di indirizzo.

IL SEGRETARIO  
FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

## ALLEGATO 1)

### **METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AGENZIE E DELLE AZIENDE SANITARIE LOMBARDE – ANNO 2017**

Il presente documento definisce la metodologia di valutazione degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell'Azienda Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU). Gli obiettivi per l'anno 2017 sono elencati negli Allegati 2) e 3).

**Il punteggio massimo che può essere assegnato ad ogni Direttore generale è pari a 100 punti e si costruisce attraverso diverse e successive fasi.**

La procedura di valutazione si compone delle seguenti fasi e considera anche l'autovalutazione rendicontata dalle Aziende/Agenzie:

**Fase 1.** Analisi e valutazione dell'andamento degli obiettivi legati alle **ATTIVITÀ ISTITUZIONALI**, svolta dagli uffici della Direzione Generale Welfare sulla base degli indicatori elencati nell'Allegato 2), in coerenza con la DGR n. X/5954 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017";

**Fase 2.** Analisi e valutazione degli **OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA**, svolta dagli uffici della Direzione Generale Welfare.

Questa classe di obiettivi è suddivisa ulteriormente in:

- **OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI;**
- **OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI;**
- **OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR;**

**Fase 3.** Verifica della regolarità dell'attività in tema di trasparenza ed anticorruzione, attività svolta dagli uffici della D.G. Welfare sulla base della documentazione trasmessa dalla U.O. Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy officer;

**Fase 4.** Verifica dell'inserimento nei regolamenti aziendali della funzione di monitoraggio trimestrale sull'andamento delle liste d'attesa per prestazioni istituzionali ed in ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria) e monitoraggio degli invii, alla U.O. Controllo di gestione e personale della D.G. Welfare, dei report trimestrali;

In particolare la metodologia di valutazione prevede:

#### **Fase 1 - ATTIVITÀ ISTITUZIONALE**

Analisi e confronto con i dati in possesso della D.G. Welfare delle rendicontazioni, inviate dalle Agenzie/Aziende del SSL, degli obiettivi individuati nell'Allegato 2).

Il contenuto degli obiettivi e degli indicatori che li declinano verifica il rispetto delle regole definite annualmente con la delibera di gestione del servizio sociosanitario. Tali obiettivi sono ritenuti adempimenti imprescindibili, si stabilisce perciò che solo un loro adeguato conseguimento permette di accedere alla successiva valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA.

La percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi inerenti l'attività istituzionale è successivamente utilizzata per determinare il valore finale della valutazione degli **OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA**.

**Affinché nella procedura di valutazione un obiettivo inserito nell'Allegato 2) sia ritenuto superato, deve essere realizzato nella misura almeno del 70%. Per poter passare alla valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA, deve essere valutato positivamente almeno il 70% degli obiettivi dell'area ATTIVITÀ ISTITUZIONALE assegnati ad ATS e ASST. Nel caso di mancato raggiungimento della soglia del 70%, non si procede alla valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA e non viene riconosciuta alcuna retribuzione di risultato.**

**Esito valutazione: valore percentuale (%)**

### **Fase 2 - OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA (PESO 100 PUNTI)**

Sono declinati ulteriormente in:

#### **OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI – (PESO 40 PUNTI)**

È verificato il posizionamento delle Aziende/Agenzie del SSL rispetto agli indicatori pubblicati sul Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>), all'interno del Servizio "Valutazione Performance", aggiornati periodicamente nell'anno 2017 in modo che ogni Direttore generale possa verificare il proprio posizionamento e gli effetti dei provvedimenti presi per migliorarlo. Il punteggio assegnato considera il posizionamento alla fine dell'anno 2017.

L'elenco degli indicatori è inserito nell'Allegato 3) e il peso è equidistribuito.

**L'obiettivo è ottenere un valore ALTO o MOLTO ALTO.**

Il punteggio conseguito per ogni obiettivo è:

- pari al 100% se la struttura ottiene un valore **MOLTO ALTO (VERDE SCURO)** o **ALTO (VERDE CHIARO)**;
- pari al 50% se la struttura ottiene un valore **MEDIO (GIALLO)**;
- pari a 0 se la struttura ottiene un valore **SCARSO (ARANCIONE)** o **MOLTO SCARSO (ROSSO)**;

I sistemi di valutazione utilizzati sono i seguenti:

- **Programma Nazionale Esiti – PNE:** sistema che valuta gli esiti degli interventi sanitari. I dati sono ottenuti con la stessa metodologia del PNE di AGENAS e sono restituiti sul portale Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>), all'interno del Servizio "Valutazione Performance";
- **IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE** – È un sistema di valutazione che risponde all'obiettivo di fornire una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle aziende sanitarie. La metodologia adottata è quella del Network delle Regioni sviluppato in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. La D.G. Welfare utilizza una selezione di questi indicatori, pubblicati anch'essi sul portale Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>).

#### **OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI – (PESO 35 PUNTI)**

Sono verificate le risultanze dell'analisi della rendicontazione di obiettivi specifici, assegnati in esclusiva ad ogni ASST/ATS del Servizio Socio-sanitario Lombardo.

L'elenco degli indicatori è inserito nell'Allegato 3) e il peso è equidistribuito.

Il punteggio è assegnato sulla base della percentuale di raggiungimento di ogni singolo obiettivo.

#### **OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 25 PUNTI)**

Si tratta di obiettivi, inseriti nell'Allegato 3), inerenti l'attuazione di quanto previsto dalle deliberazioni:

- DGR n. X/6164 del 30/01/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015";
- DGR n. X/6551 del 04/05/2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009".

L'elenco degli indicatori è inserito nell'Allegato 3) e il peso è equidistribuito.

Il punteggio è assegnato sulla base della percentuale di raggiungimento di ogni singolo obiettivo.

Il punteggio complessivo di OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI, OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI e OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR è numerico ed è ponderato con la percentuale di raggiungimento della Fase 1. ATTIVITÀ ISTITUZIONALE

#### **Fase 3. TRASPARENZA ed ANTICORRUZIONE**

Verifica l'assenza di gravi irregolarità in tema di trasparenza ed anticorruzione rilevate e segnalate dalla U.O. Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy officer. Nel caso fossero rilevate tali fattispecie, il punteggio derivante dalla valutazione della Fase 2, viene decurtato di 5 punti;

#### **Fase 4. ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria)**

Verifica l'inserimento nei regolamenti aziendali (fatto di cui deve essere data evidenza documentale nella rendicontazione) della funzione di monitoraggio trimestrale sull'andamento delle liste d'attesa per prestazioni istituzionali ed in ALPI e il regolare invio dei monitoraggi trimestrali alle strutture della D.G. Welfare. Il mancato rispetto di questa disposizione comporta una decurtazione di 5 punti rispetto alla valutazione della Fase 2.

Il risultato numerico ottenuto al termine della Fase 4. costituisce il punteggio finale.

Infine, prima di rassegnare la valutazione finale, viene illustrato il percorso effettuato e raccolto il parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

#### **OBIETTIVI DI SVILUPPO DELL'AREU**

Per quanto riguarda l'Agenzia Azienda Regionale Emergenza Urgenza, le vengono assegnati specifici obiettivi di sviluppo di cui viene valutata la percentuale di raggiungimento. La media delle percentuali di raggiungimento dei diversi obiettivi costituisce la valutazione finale.

#### **PUNTEGGIO FINALE**

**La retribuzione di risultato sarà pari al valore del punteggio finale, espresso in percentuale.**

**ALLEGATO 2)**

**VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AGENZIE, DELLE AZIENDE SANITARIE  
LOMBARDE E DELL'AREU - ANNO 2017**

**ATTIVITÀ ISTITUZIONALI**

**AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS)**

**INDICATORI ATS: la positiva valutazione di almeno il 70% delle ATTIVITÀ ISTITUZIONALI permette di accedere alla valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA. Affinché una attività sia considerata superata, deve essere realizzata almeno al 70%**

## EVOLUZIONE SSR, INVESTIMENTI E SISTEMA INFORMATIVO

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<b>Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 – Capitolo 10 - Sistemi informativi e flussi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidamento del processo di dematerializzazione delle ricette specialistiche;</li> <li>• Riallineamento dei siti aziendali a seguito dei cambiamenti introdotti dalla legge regionale n. 23/2015: invio bimestrale degli stati avanzamento del programma annuale;</li> </ul>	TUTTE LE ATS
<b>Nuova sede ATS della Città Metropolitana di Milano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attuazione del percorso di realizzazione della nuova sede con rispetto del crono programma;</li> </ul>	ATS della Città Metropolitana di Milano

## CONTROLLO DI GESTIONE E PERSONALE

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<b>Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2016</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2017 rispetto al 2016 (viene considerato il solo perimetro della programmazione aggregata). L'obiettivo risulterà comunque raggiunto se l'ente avrà raggiunto il 60% di acquisti centralizzati/aggregati/servizi in concessione;</li> </ul>	TUTTE LE ATS
<b>Copertura rispetto agli erogatori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completa corrispondenza tra le strutture di ricovero censite con i modelli HSP e le strutture che inviano il flusso SDO;</li> </ul>	TUTTE LE ATS

## PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<b>Accreditamento area sociosanitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rispetto dei criteri indicati nella Delibera delle regole DGR n. 5954/2016 per l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti (Rif. Paragrafo 5.2 Accreditamento e Paragrafo 12.4.1 Attività di verifica dei requisiti di esercizio e di accreditamento);</li> <li>• Rispetto della procedura indicata nella DGR n. 2569/2014 e s.m.i (DGR n. 4702/2015) per la messa in esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti;</li> </ul>	TUTTE LE ATS
<b>Negoziare e contratto area sociosanitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rispetto dei criteri indicati nella Delibera delle regole DGR n. 5954/2016 per la messa a contratto delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti (Rif. Paragrafo 5.3.2.1 Negoziazione e Contratti);</li> <li>• Rispetto dei criteri indicati nella Delibera delle regole DGR n. 5954/2016 per l'attribuzione del budget alle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% delle unità d'offerta interessate (Rif. Paragrafo 5.3.2. Area sociosanitaria);</li> </ul>	TUTTE LE ATS
<b>Piano annuale di vigilanza e controllo ambito sociosanitario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rispetto dei criteri indicati nella Delibera delle regole DGR n. 5954/2016 per la vigilanza e il controllo delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti (Rif. Paragrafo 12.2 Indicazioni per le ATS e Paragrafo 12.4 Indirizzi per i controlli sulle unità d'offerta sociosanitarie);</li> </ul>	TUTTE LE ATS
<b>Salute mentale e NPIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il budget complessivo 2017 per gli interventi in 43san (psichiatria adulti + NPIA) non deve essere superiore a quello del 2016 (Rif. DGR n. 5954/2016 paragrafo 5.3.1.5 Psichiatria, NPIA e sanità penitenziaria lett. g);</li> <li>• Attuazione in collaborazione con le ASST di un sistema di screening/presa in carico per tutte le puerpere in materia di depressione perinatale (Rif. DGR n. 5954/2016 paragrafo 5.3.1.5 Psichiatria, NPIA e sanità penitenziaria lett. d);</li> </ul>	TUTTE LE ATS

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Istituzione dell'Organismo di Coordinamento della Salute Mentale;</li> </ul>	
<b>Dipendenze</b>	Relazione, da trasmettere entro il 31.01.2018, con rilevazione per il territorio di competenza dei servizi già attivi per il trattamento del gioco d'azzardo patologico;	TUTTE LE ATS
<b>Cure primarie</b>	Attuazione Accordi integrativi regionali 2017 per MMG e PDF;	TUTTE LE ATS
<b>Misure innovative e Sperimentazioni in ambito sociosanitario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosecuzione delle azioni innovative, delle misure e delle sperimentazioni nel rispetto di quanto stabilito dalla DGR n. 5954/2016;</li> <li>• Relazione, da trasmettere entro il 31.01.2018, descrittiva delle modalità attraverso le quali sono stati messi in atto i raccordi con le ASST finalizzati a garantire la programmazione ed il corretto utilizzo delle risorse, in funzione sia dell'appropriatezza dei servizi resi, sia dell'equilibrio economico;</li> <li>• Relazione, da inviare entro il 31.01.2018, descrittiva delle attività di vigilanza e controllo effettuate nel 2017 sulle Misure e sulle Sperimentazioni in ambito sociosanitario, completa di analisi quali e quantitative;</li> <li>• Rispetto delle richieste regionali e delle relative tempistiche in ordine al monitoraggio e valutazione delle Misure e delle Sperimentazioni;</li> </ul>	TUTTE LE ATS

## PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<b>Reti di patologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promozione dell'attivazione presso le ASST del territorio di competenza di audit interni per il monitoraggio dell'effettiva continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali nell'ambito delle reti di patologia regionali e delle reti ospedaliere di cui al DM 70/2015;</li> </ul>	TUTTE LE ATS
<b>Sistema Trasfusionale Regionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano Annuale di programmazione e compensazione regionale ed extra-regionale delle unità di sangue su indicazione della Struttura Regionale di Coordinamento;</li> </ul>	Solo per le ATS di riferimento territoriale delle strutture sanitarie sede di Servizi Trasfusionali
<b>Sistema Regionale Trapianti</b>	<p>Promozione e monitoraggio in merito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno precedente;</li> <li>• Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale;</li> <li>• Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione;</li> </ul>	TUTTE LE ATS
<b>Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali (inibitori di pompa protonica)</b>	<p>Per i pazienti in trattamento con IPP si intendono soggetti con età superiore o uguale a 18 anni con la prescrizione di almeno una confezione di IPP in Nota 1 o 48 rapportati alla popolazione con età superiore o uguale a 18 anni.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di pazienti in trattamento con IPP sul totale della popolazione: 16%;</li> <li>• Spesa pro-capite: €12,5;</li> <li>• N.DDD di IPP consumate in ospedale totale di soggetti dimessi: 10;</li> </ul>	TUTTE LE ATS

<b>Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali (statine)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo:82%;</li> </ul>	TUTTE LE ATS
<b>Incremento delle DDD percentuali di farmaci a brevetto scaduto riferiti alle classi ATC C08CA–C09BA–C09CA–C09DA–C10AA–C01FA–J01MA–M01AH–N06AX</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il raggiungimento dell'obiettivo sarà certificato da DG Welfare tramite le risultanze del medesimo documento elaborato, per l'anno 2017, da ATS Bergamo;</li> </ul>	TUTTE LE ATS
<b>Verifica delle procedure previste dalla DGR n. 6006/2016 per l'attività preanalitica dei Servizi di Medicina di Laboratorio</b>	Verifica delle procedure e della messa in atto da parte dei Servizi di Medicina di Laboratorio di quanto previsto dall'Allegato 6 della DGR n. 6006/2016 e dalla nota della DG Welfare prot. n. G1.2017.0002865 del 30/01/2017 riguardo la preanalitica;	TUTTE LE ATS
<b>Accreditamento, negoziazione e contrattualizzazione</b>	Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali per il perfezionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante;	TUTTE LE ATS
<b>Istituzione delle Reti locali di Cure palliative e dei relativi Dipartimenti di Cure palliative ai sensi della DGR n. X/5918/2016</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidenza atto formale di istituzione;</li> <li>• Almeno una riunione con i soggetti erogatori di CP e con le Associazioni di volontariato;</li> </ul>	TUTTE LE ATS

<p><b>Attuazione della DGR n. X/5455/2016 - Corsi regionali di formazione di I Livello per gli operatori della rete di Cure palliative</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione ed interfaccia con Éupolis Lombardia finalizzata alla programmazione dei corsi di formazione territoriali;</li> <li>• Approvazione di atto formale di programmazione delle attività formative in attuazione alla DGR n. 5455/2016;</li> </ul>	<p>TUTTE LE ATS</p>
<p><b>Applicazione contenuti DGR n. 1775/11 e s.m.i. e della DGR n. 3993/2015:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTA);</li> <li>• Monitoraggio sulla esposizione delle agende e sulle azioni atte a fronteggiare i disagi derivanti dalle eccezionali sospensioni dell'attività erogativa;</li> <li>• Vigilanza sull'effettiva applicazione del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 - Art. 41;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015;</li> <li>• Evidenza della predisposizione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTA);</li> <li>• Invio semestrale del resoconto riepilogativo sulle attività di sospensione di tutte le strutture di competenza territoriale;</li> <li>• Invio semestrale del resoconto relativo alla vigilanza circa l'applicazione della normativa sulla pubblicazione sui siti delle liste di attesa su tutte le strutture di competenza territoriale;</li> </ul>	<p>TUTTE LE ATS</p>
<p><b>Rete per l'assistenza alla madre e al neonato</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione di un progetto finalizzato alla continuità assistenziale e qualità dei Punti Nascita in collaborazione con le ASST che preveda l'istituzione di un ambulatorio per le gravidanze fisiologiche per la presa in carico pre-parto entro due settimane prima del parto;</li> </ul>	<p>TUTTE LE ATS</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione della metodologia del sistema di rilevazione di Customer Satisfaction;</li> <li>• Monitoraggio della qualità percepita nei percorsi di tele sorveglianza sanitaria domiciliare e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative in attuazione dei disposti della DGR n. X/3993/15 e alla DGR n. X/4702/15;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione a comunità di pratiche su indicazione della DG Welfare finalizzate alla semplificazione e all'implementazione dell'efficacia del modello di rilevazione della qualità percepita dal cittadino;</li> <li>• Messa a sistema della rilevazione della qualità percepita relativamente ai percorsi di tele sorveglianza sanitaria e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative;</li> </ul>	<p>TUTTE LE ATS</p>
<p><b>Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale ai sensi della DGR n. X/5954/2016 e rispetto degli adempimenti ad essa connessi in materia di invio flussi, aggiornamento elenchi operatori NOC, sanzioni amministrative e certificazione obiettivi di autocontrollo AO (ai sensi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllo entro il 28 febbraio 2018 di almeno il 14% delle prestazioni di ricovero di cui: <ul style="list-style-type: none"> <li>• quota di "almeno" il 7% (quota minima incrementabile) riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica;</li> <li>• quota "fino al" 4% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica,</li> </ul> </li> </ul>	<p>TUTTE LE ATS</p>

<p>della DGR n. VII/12692/2003 e succ. nota prot. n. H1.2009.0013117, della nota prot. n. H1.2008.0037157, della DGR n. IX/2057/2011 e succ. e della DGR n. X/2313/2014);</p>	<p>effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• quota "fino al" 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC;</li> <li>• Controllo entro il 28 febbraio 2018 di almeno il 3,5% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;</li> <li>• Trasmissione mensile (entro il giorno 10) degli esiti dei controlli;</li> <li>• Trasmissione entro il 31.03.2017 e in caso di modifiche, dell'elenco aggiornato dei componenti del NOC;</li> <li>• Trasmissione alla Direzione Generale Welfare (UO Programmazione Polo Ospedaliero) delle contestazioni di sanzionamento amministrativo;</li> <li>• Invio entro il 31.01.2018 della certificazione del raggiungimento degli obiettivi di autocontrollo delle ASST di propria pertinenza, sulla base della tempestività e fruibilità dei dati inviati (congruenza formale e sostanziale);</li> </ul>	<p>TUTTE LE ATS</p>
<p><b>Collaborazioni internazionali in ambito sanitario</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricognizione dei progetti europei ed internazionali in ambito sanitario;</li> <li>• Invio di una relazione annuale sulle attività realizzate nel 2017</li> </ul>	<p>TUTTE LE ATS</p>

## PREVENZIONE

<p style="text-align: center;"><b>OGGETTIVI</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>INDICATORI</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DEST.</b></p>
<p><b>Area Stili di vita e ambienti favorevoli alla salute:</b> 1. Migliorare le coperture degli indicatori di performance 2016 (Indicatori di sintesi P - Nota</p>	<p>1.1. Se valore 2016 "buono", "ottimo": mantenimento/miglioramento;</p>	<p>TUTTE LE ATS</p>

<p><b>G1.2017.0021773 del 29/6/2017 "Report "Valutazione delle Performances ATS nell'area della prevenzione attività anno 2016");</b></p> <p><b>2. Migliorare la qualità di pianificazione e appropriatezza di processi ed interventi;</b></p> <p><b>3. Migliorare il sistema di sorveglianza e valutazione</b></p>	<p>1.2. Se valore 2016 "scarso", "insufficiente", "sufficiente ": miglioramento;</p> <p>2. Partecipazione degli operatori target alle attività formative proposte dalla DGW (Piano Formativo SSL 2017);</p> <p>3. Rispetto di metodologia e tempistica relativa ai flussi regionali (PROSA, Survey Stili di vita, Unplugged, LST, ecc.) secondo le specifiche modalità che verranno fornite dalla DGW</p>	
<p><b>Area Screening oncologici:</b></p> <p><b>1. Migliorare le coperture degli indicatori di performance 2016 (Indicatori di sintesi P - Nota G1.2017.0021773 del 29/6/2017 "Report "Valutazione delle Performances ATS nell'area della prevenzione attività anno 2016");</b></p> <p><b>2. Mettere a sistema l'ampliamento delle fasce di età nei programmi di screening dei tumori di colon retto e mammella (DDG n. 3711 del 04/04/2017 "Aggiornamento fasce età target dei programmi di screening oncologici per la prevenzione del tumore della mammella e del colon retto");</b></p> <p><b>3. Migliorare qualità del processo di engagement e appropriatezza dell'offerta dei programmi di screening oncologici organizzati;</b></p>	<p>1.1. Se valore 2016 superiore al 50% (verde): mantenimento;</p> <p>1.2. Se valore 2016 inferiore o uguale al 50% (giallo, rosso): incremento di almeno 5 punti percentuali o raggiungimento del valore "sufficienza";</p> <p>2. Evidenza documentata di attività di comunicazione, aggiornamento procedure, contrattazione e programmazione sedute per estensione pari al 5% della popolazione target/anno, entro aprile 2018;</p> <p>3. Partecipazione ai processi di audit (DDS 17 marzo 2016 - n. 1935 "Determinazioni in merito al miglioramento dei programmi di screening oncologici mediante la attivazione di percorsi di «Audit Partecipato» che utilizzano il modello «PRECEDE - PROCEED»") secondo le indicazioni che verranno fornite dalla DG Welfare;</p>	TUTTE LE ATS
<p><b>Malattie infettive:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Migliorare le coperture degli indicatori di performance 2016 (Indicatori di sintesi P - Nota G1.2017.0021773 del 29/6/2017 "Report "Valutazione delle Performances ATS nell'area della prevenzione attività anno 2016")</b></li> </ul>	<p>Indicatore di sintesi performance 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se valore 2016 superiore al 50% (verde): mantenimento;</li> <li>• Se valore 2016 inferiore o uguale al 50% (giallo, rosso): incremento di almeno 5 punti percentuali o raggiungimento del valore "sufficienza";</li> </ul>	TUTTE LE ATS
<p><b>Vaccinazioni:</b></p> <p><b>1. Migliorare le coperture degli indicatori di performance 2016 (Indicatori di sintesi P - Nota G1.2017.0021773 del 29/6/2017 "Report "Valutazione delle Performances ATS nell'area della prevenzione attività anno 2016");</b></p>	<p>1. Indicatore di sintesi performance 2017;</p> <p>1.1. Se valore 2016 superiore al 50% (verde): mantenimento;</p> <p>1.2. Se valore 2016 inferiore o uguale al 50% (giallo, rosso): incremento di almeno 5 punti percentuali o raggiungimento del valore "sufficienza";</p>	TUTTE LE ATS

<b>2. Migliorare la qualità del processo di offerta delle vaccinazioni;</b>	2. partecipazione ai processi di audit come da indirizzi regionali	
<b>Ambienti di lavoro:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mantenimento/miglioramento delle attività</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllo delle imprese attive sul territorio lombardo <math>\geq 5\%</math>;</li> <li>• Grado di intervento nelle costruzioni, quale settore ad elevato rischio ed in coerenza con il relativo Piano Nazionale: indicatore performance n. 4.14*;</li> <li>• Grado di intervento in agricoltura, quale settore ad elevato rischio ed in coerenza con il relativo Piano Nazionale: indicatore performance n. 4.20*;</li> <li>• Capacità di emersione del fenomeno: tasso grezzo di malattie professionali indicatore performance n. 4.3*;</li> <li>• Inserimento in Ma.P.I. dei casi di malattie professionali con definizione del nesso in almeno l'90% dei casi inseriti;</li> <li>• Capacità di analisi del fenomeno: inserimento in Ma.P.I. delle indagini infortunio con definizione dei fattori di rischio in almeno l'90% dei casi inseriti;</li> <li>• Inserimento in Ma.P.I. del 100% delle indagini di infortunio con esito mortale;</li> <li>• Supporto nell'invio on line delle segnalazioni di malattia professionale e delle denunce da parte del personale sanitario: n. segnalazioni on line 2017 <math>\geq</math> n. segnalazioni cartacee 2016 (Fonte COR; Person@);</li> <li>• Coinvolgimento delle Istituzioni scolastiche nello sviluppo di competenze in SSL nei curricula: n° istituti comprensivi che hanno inserito progetti di sviluppo competenza SSL nei curricula/n° totali di istituti del territorio;</li> </ul> <p>* Indicatore singolo del sistema di valutazione delle performance della prevenzione: dato 2017 <math>\geq</math> dato 2016; se in area rossa miglioramento di almeno 5 punti percentuale</p>	TUTTE LE ATS
<b>Sicurezza alimentare:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mantenimento/miglioramento delle attività</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatore di sintesi performance 2017 in coerenza con quanto indicato nella nota del 29/6/2017 prot. n. G1.2017.0021773 con</li> </ul>	

	<p>oggetto: Report "Valutazione delle Performances ATS nell'area della prevenzione attività anno 2016":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ se il valore 2016 era &gt;50% (verde): mantenimento del valore dell'anno precedente;</li> <li>○ se il valore 2016 era ≤ 50% (giallo, rosso): miglioramento di almeno 5 punti percentuali nell'indicatore di sintesi o raggiungimento della sufficienza;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Report sicurezza alimentare compresa attività micologica e acque destinate al consumo umano – attività 2017 secondo format regionale entro 28.2.2018;</li> <li>• Completa attuazione PRIC con Autorità Competenti;</li> <li>• AUDIT 882 (art.4 c. 6): realizzazione del Piano di azione secondo le tempistiche previste e in coerenza con le indicazioni regionali (Manuale Standard e altre indicazioni regionali);</li> <li>• Formazione 882: avanzamento nella formazione di tutto il personale che effettua controlli ufficiali secondo il 1° percorso previsto dall'Accordo SR 7 febbraio 2013 (almeno 90% formato) ed effettuazione di almeno 1 corso di approfondimento su un aspetto specifico del controllo ufficiale; Rendicontazione secondo il format regionale;</li> <li>• Recepimento delibera aggiornamento manuale degli standard entro 31.12.2017;</li> </ul>	TUTTE LE ATS
<p><b>Ambienti di vita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mantenimento/miglioramento delle attività;</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasmissione on line del 100% delle relazioni annuali ex articolo 9 della L. 257/92;</li> <li>• Grado di intervento in materia sostanze chimiche: coerenza con il relativo Piano Nazionale e con il PIC;</li> <li>• Grado di intervento nelle strutture socio sanitarie: indicatore performance n. 2.5*;</li> <li>• Grado di intervento nelle scuole: indicatore performance n. 2.9*;</li> <li>• Adozione di misure di prevenzione del rischio gas radon in ambienti indoor e monitoraggio dell'adozione da parte dei Comuni: N. comuni che adottano le misure di prevenzione RADON/ N. comuni territorio;</li> </ul>	TUTTE LE ATS

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supporto ai Comuni in tema di informazione al pubblico sulla qualità delle acque di balneazione;</li> <li>• Grado di intervento in materia di fitosanitari: copertura dei controlli in rivendite, aziende produttrici, importatori paralleli</li> </ul> <p>* Indicatore singolo del sistema di valutazione delle performance della prevenzione: dato 2017 &gt;= dato 2016; se in area rossa miglioramento di almeno 5 punti percentuale</p>	
<b>Sistema Informativo della Prevenzione:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Flussi informativi/ tempistiche</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NSIS – VIG; NSIS – Pesticidi; Cruscotto CROGM: <ul style="list-style-type: none"> <li>• rendicontazione completa, nel rispetto di tempi e modalità definite dal Ministero della Salute;</li> </ul> </li> <li>• NSIS – Portale Acque di balneazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• implementazione con rispetto delle scadenze previste dal dlgs 116/2008 e dal DM 30.03.2010;</li> <li>• aggiornamento dei profili delle acque di balneazione;</li> </ul> </li> <li>• Impres@: <ul style="list-style-type: none"> <li>• rendicontazione completa di tutti i controlli effettuati, comprensivi dei risultati delle analisi (esclusa area alimenti) e dei provvedimenti assunti;</li> </ul> </li> <li>• Malattie infettive, Vaccinazioni, Screening oncologici: <ul style="list-style-type: none"> <li>• invio dei flussi informativo a dato individuale, delle survey a dati aggregati, e di report annuale nel rispetto di tempi e modalità definite dalla DG Welfare;</li> </ul> </li> </ul>	TUTTE LE ATS

## VETERINARIA

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<b>APPROPRIATA ED EFFICIENTE GOVERNANCE DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predisposizione e Deliberazione di un unico PIAPV per ATS secondo le indicazioni della Circolare Regionale, che preveda il coordinamento tra le aree funzionali dipartimentali, l'esecuzione delle attività di controllo integrate con le altre Autorità</li> </ul>	

	<p>Competenti e il monitoraggio trimestrale dello stato di avanzamento delle attività programmate entro il 28.02.2017. Predisposizione entro il 28/02/17, attuazione e rendicontazione entro il 31/01/18 di un sistema di verifiche interne. Le verifiche devono essere indirizzate alla valutazione dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal Piano e dalla pertinente legislazione alimentare e devono essere indirizzate ad un monitoraggio della supervisione attuata anche dalle strutture organizzative complesse;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deliberazione e adozione entro il 30/09/2017 di uniformi Procedure di Sistema ai sensi dell'art. 8.1 del Reg. (CE) n. 882/04, conformemente al Manuale Operativo della Autorità Competente Locale;</li> <li>• Attuazione delle disposizioni di cui alla DGR 6077 del 29/12/16 relativa alla digitalizzazione delle procedure di riconoscimento (REGG.853/04-183/05-1069/09) e registrazione (1069/09) a partire dal 01/07/17 (&gt;95%);</li> <li>• Registrazione dei controlli ufficiali in SIVI entro 30 giorni dall'effettuazione (&gt;95%) e dei dati relativi agli indicatori di attività/processo in accordo alle istruzioni fornite con nota regionale Protocollo n. G1.2016.0034353 del 03/11/2016;</li> <li>• Tempestiva attivazione di audit straordinario nel caso in cui venissero evidenziate ripetute non conformità o problematiche presso il medesimo stabilimento/allevamento anche con l'eventuale supporto tecnico del personale dell'IZSLER al fine di indagarne le cause e attuare soluzioni appropriate (&gt; 95% dei casi segnalati, indagati);</li> </ul>	<p>TUTTE LE ATS</p>
--	--	---------------------

<p><b>VERIFICA DELLA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E VALUTAZIONE DELLA TRASPARENZA E L'EFFICACIA DELLE PROCEDURE DI AUTOCONTROLLO ATTUATE DALL'INDUSTRIA ALIMENTARE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assicurare il raggiungimento degli alti standard di sicurezza con particolare riguardo alla tutela delle attività economiche tipiche delle aree montane con la puntuale applicazione delle nuove linee guida alpeggi condivise con il Ministero della Salute e le regioni dell'arco alpino in materia di buone prassi. Puntuale applicazione delle disposizioni di cui al piano alpeggi 2017 nel 100% dei casi controllati;</li> <li>• Verifica delle Azioni Correttive adottate da uno stabilimento riconosciuto a seguito del rilievo di una NC entro 15 giorni dalla scadenza del termine fissato. In caso di richiesta scritta e concessione di proroga si fa riferimento a quest'ultimo termine (&gt;95%);</li> <li>• Attuazione del 100% dei Piani di campionamenti programmati dall'UO Veterinaria con Circolare n. 1/2017 e regolare accettazione &gt;95% dei campioni effettuati;</li> <li>• Gestione integrata del controllo ufficiale sviluppando processi di controllo multidisciplinari secondo le diverse tematiche (per es. benessere animale alla macellazione, igiene della macellazione, applicazione dei criteri microbiologici, etichettatura e informazioni al consumatore ecc.). Conduzione di almeno il 20% degli audit programmati con la partecipazione di più operatori aventi diversa specializzazione (per area funzionale o per referenza). Tali verifiche sono oggetto di breve relazione alla UO Regionale entro il 31/01/2018;</li> <li>• Gestione sistema di allerta: inserimento nell'applicativo comunitario delle notifiche e dei follow up di carattere nazionale o internazionale: Allerte pubblicate iRasff/allerte aperte (escluso solo regionali) = 100% e pubblicazione dei richiami sul sito</li> </ul>	<p>TUTTE LE ATS</p>

	Ministeriale: richiami pubblicati NSIS/ richiami attivati OSA = 100%;	
<b>MANTENIMENTO DI UN'EFFICACE PREVENZIONE DELLE MALATTIE ANIMALI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rispetto dei tempi di verifica dell'attuazione delle azioni correttive a seguito di prescrizione in almeno il 95% delle aziende nelle quali è stata evidenziata una NC;</li> <li>2. Effettuazione dei Controlli nel 100% delle aziende programmate al fine del mantenimento della qualifica sanitaria; Aggiornamento delle qualifiche sanitarie nel 100% delle aziende sottoposte a controllo ufficiale; Registrazione in SIMAN del 100% dei casi di malattia infettiva soggette a denuncia entro i termini stabiliti;</li> <li>3. Predisposizione ed effettuazione di un Piano di interventi formativi/informativi per gli operatori (veterinari ll.pp, allevatori, filiera) inerenti i Piani regionali ad adesione volontaria e pubblicazione sui siti aziendali di pagine rivolte agli allevatori e alle Associazioni di categoria, di natura informativa/divulgativa e della modulistica, entro il 31.12.2017. L'attività svolta andrà rendicontata entro il 31.01.2018;</li> <li>4. Revisione del piano delle emergenze aziendale e attuazione delle eventuali azioni di miglioramento rese evidenti a seguito del processo di autovalutazione secondo le indicazioni dell'allegato B alla nota protocollo G1.2015.0018496 del 26/11/2015, entro il 31.12.2017.</li> </ol>	TUTTE LE ATS
<b>CORRETTA GESTIONE DEL FARMACO E BENESSERE ANIMALE.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formazione di almeno il 30% dei veterinari l.p. operanti nel territorio e responsabili di scorte di allevamento e del 50% del personale addetto al controllo ufficiale in materia di impiego dell'applicativo "Farmacosorveglianza" in VETINFO;</li> <li>2. Aggiornamento alle nuove disposizioni normative del 100% delle autorizzazioni sanitarie in essere per le attività di allevamento e/o fornitore di animali ai fini scientifici;</li> </ol>	TUTTE LE ATS

<p><b>CORRETTA GESTIONE DELLE AZIONI SANITARIE IN SOSTEGNO DELLA COMPETITIVITÀ E DELL'EXPORT DEI PRODOTTI DI O.A.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programmazione, esecuzione e rendicontazione di almeno un audit su ciascuno stabilimento inserito in una o più liste di impianti abilitati a esportare verso Paesi terzi avente come obiettivo la verifica del mantenimento dei requisiti specifici previsti dal Paese o Paesi in questione con corretta gestione delle eventuali NC rilevate in corso di verifica;</li> <li>2. Acquisizione della qualifica di indennità da malattia di Aujeszky in almeno l'80% degli allevamenti e aggiornamento della qualifica in BDR;</li> </ol>	<p>TUTTE LE ATS</p>
<p><b>PREVENZIONE DEL RANDAGISMO E TUTELA ANIMALI DA COMPAGNIA</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riesame e approvazione del "Piano triennale per gli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo 2015 – 2017", tenuto conto dei nuovi assetti organizzativi delle ATS e della proroga della scadenza del Piano, entro il 30.11.2017 ed attuazione del 100% delle azioni programmate nei piani triennali;</li> <li>2. Predisposizione ed effettuazione di un Piano di interventi formativi inerente il nuovo Regolamento di attuazione della legge regionale n. 33/2009, per i veterinari ufficiali, finalizzato all'attuazione dei controlli per la verifica dei requisiti delle strutture di ricovero degli animali d'affezione. L'attività svolta andrà rendicontata entro il 31.01.2018;</li> </ol>	<p>TUTTE LE ATS</p>

## **AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST)**

**INDICATORI ASST: la positiva valutazione di almeno il 70% delle ATTIVITÀ ISTITUZIONALI permette di accedere alla valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA. Affinché una attività sia considerata superata, deve essere realizzata almeno al 70%.**

## EVOLUZIONE SSR, INVESTIMENTI E SISTEMA INFORMATIVO

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<b>Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - Capitolo 9 - Investimenti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rispetto delle procedure previste per l'affidamento degli incarichi alla società regionale;</li> <li>• Rispetto integrale delle procedure previste per la sottoscrizione di accordi bonari e transazioni;</li> <li>• Rispetto delle procedure in materia di approvazione delle varianti e di utilizzo dei ribassi d'asta;</li> </ul>	TUTTE LE ASST
<b>Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 – Capitolo 10 - Sistemi informativi e flussi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidamento del processo di dematerializzazione delle ricette specialistiche;</li> <li>• Riallineamento dei siti aziendali a seguito dei cambiamenti introdotti dalla legge regionale n. 23/2015: invio bimestrale degli stati avanzamento del programma annuale;</li> </ul>	TUTTE LE ASST
<b>VII Atto integrativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasmissione alla D.G. Welfare del progetto da porre a base di gara, corredato dai pareri di legge previsti, entro i termini indicati nella Circolare della D.G. Welfare del 14/12/2016</li> </ul>	ASST inserite nella DGR n. X/5510/2016
<b>Programma adeguamento antincendio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasmissione alla D.G. Welfare del progetto da porre a base di gara, corredato dai pareri di legge previsti, entro i termini indicati nella Circolare della D.G. Welfare del 05/10/2016</li> </ul>	ASST inserite nella DGR n. X/5508/2016

## CONTROLLO DI GESTIONE E PERSONALE

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<b>Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione – errori gravi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di record di SDO contenenti errori "gravi" inferiore al 1%;</li> </ul>	TUTTE LE ASST

Ricoveri ospedalieri: Tempestività della rilevazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percentuale in ritardo oltre la scadenza mensile non superiore al 2% (sono esclusi i DH di tipo non chirurgico);</li> </ul>	TUTTE LE ASST
Flusso Endoprotesi (File SDO4) – Completezza nella compilazione di tutti i campi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;</li> </ul>	TUTTE LE ASST
Flusso Endoprotesi (File SDO4) – Completezza nella compilazione del campo “identificativo di iscrizione in BD/RDM”	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;</li> </ul>	TUTTE LE ASST
Certificati di assistenza al parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con le SDO;</li> </ul>	TUTTE LE ASST
Certificati di assistenza al parto: Tempestività della rilevazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percentuale in ritardo oltre il mese non superiore al 5%;</li> </ul>	TUTTE LE ASST
Certificati di assistenza al parto: Rapporto tra CeDAP con segnalazione di malformazione rispetto alle SDO di neonati con diagnosi di malformazione (una delle 6 diagnosi con codice ICD-9-CM compreso tra 740xx e 759xx)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scostamento massimo del 5% rispetto all'indicatore regionale;</li> </ul>	TUTTE LE ASST
Certificati di assistenza al parto: Completezza nella compilazione di tutti i campi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;</li> </ul>	TUTTE LE ASST
Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>La misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2017 rispetto al 2016 (viene considerato il solo perimetro della programmazione aggregata). L'obiettivo risulterà comunque raggiunto se l'ente avrà raggiunto il 60% di acquisti centralizzati/aggreati/servizi in concessione;</li> </ul>	TUTTE LE ASST

### **PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE**

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Salute mentale e NPIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rispetto del tetto massimo di spesa 43 San complessivo (psichiatria + NPIA adulti) indicato dalla ATS territorialmente competente, con tendenziale diminuzione del ricorso ai ricoveri extraregione;</li> </ul>	TUTTE LE ASST INTERESSATE

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione contenzioni e tendenzialmente dei TSO (la riduzione dei TSO sarà valutata come elemento indicatore di eccellenza);</li> <li>• Rispetto delle previsioni delle regole relative all'utilizzo dello strumento SMOP per la registrazione dei pazienti autori di reato;</li> <li>• Miglioramento dell'integrazione e della continuità tra ospedale e territorio (indicatore: % di pazienti dimessi dal SPDC con un appuntamento in CPS entro 7 giorni);</li> </ul>	
<b>Dipendenze</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relazione, da trasmettere entro il 31.01.2018, descrittiva delle attività intraprese per l'integrazione organizzativa e funzionale dei servizi delle dipendenze con gli altri servizi territoriali (in particolare di salute mentale e NPIA) con valutazione degli esiti e delle criticità emerse;</li> </ul>	TUTTE LE ASST INTERESSATE
<b>Cure primarie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attuazione Accordo integrativo regionale 2017 per specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie convenzionate con il SSN;</li> </ul>	TUTTE LE ASST
<b>Misure innovative in ambito sociosanitario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relazione, da trasmettere entro il 31.01.2018, delle attività anno 2017 descrittiva delle caratteristiche, emerse dalle valutazioni/rivalutazioni, delle persone che hanno beneficiato delle Misure Residenzialità leggera e RSA Aperta e dei relativi bisogni prevalenti;</li> </ul>	TUTTE LE ASST

### **PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO**

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<b>Reti di patologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidenza dell'attivazione di audit interni per il monitoraggio dell'effettiva continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali nell'ambito delle reti di patologia regionali e delle reti ospedaliere di cui al DM 70/2015;</li> </ul>	TUTTE LE ASST

<b>Sistema Trasfusionale Regionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidamento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano Annuale di programmazione e compensazione regionale ed extra-regionale delle unità di sangue su indicazione della Struttura Regionale di Coordinamento;</li> </ul>	ASST SEDE DI SERVIZI TRASFUSIONALI
<b>Sistema Regionale Trapianti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno precedente;</li> <li>• Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale;</li> <li>• Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione;</li> <li>• Numero di prelievi multitessuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2016 e comunque non inferiori a 3;</li> <li>• Incremento rispetto al 2016 del numero di trapianti da vivente (Tx rene);</li> </ul>	ASST CHE GESTISCONO ATTIVITÀ TRAPIANTOLOGICA

<b>Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali (inibitori di pompa protonica)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per i pazienti in trattamento con IPP si intendono soggetti con età superiore o uguale a 18 anni con la prescrizione di almeno una confezione di IPP in Nota 1 o 48 rapportati alla popolazione con età superiore o uguale a 18 anni;</li> <li>• Percentuale di pazienti in trattamento con IPP sul totale della popolazione: 16%;</li> <li>• Spesa pro-capite: €12,5;</li> <li>• N.DDD di IPP consumate in ospedale totale di soggetti dimessi: 10;</li> </ul>	TUTTE LE ASST
<b>Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali (statine)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo:82%</li> </ul>	TUTTE LE ASST
<b>Ottimizzazione delle procedure previste dalla DGR n. 6006/2016 per l'attività preanalitica dei Servizi di Medicina di Laboratorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione e messa in atto delle procedure per l'attuazione di quanto previsto dall'allegato 6 della DGR n. 6006/2016 e dalla nota della DG Welfare G1.2017.0002865 del 30/01/2017 riguardo la preanalitica;</li> </ul>	TUTTE LE ASST
<b>Istituzione delle Reti locali di Cure palliative e dei relativi Dipartimenti di Cure palliative ai sensi della DGR n. X/5918/2016 in collaborazione con le ATS di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidenza con Atto formale di istituzione/adesione;</li> </ul>	TUTTE LE ASST

<p><b>Attuazione della DGR n. X/5455/2016 - Corsi regionali di formazione di I Livello per gli operatori della rete di Cure palliative</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione ad almeno una riunione con l'ATS di riferimento;</li> <li>• Atto formale relativo alla programmazione/ partecipazione dei professionisti interessati alla attività formativa programmata dalla ATS di riferimento in attuazione alla DGR n.5455/2016;</li> </ul>	<p>TUTTE LE ASST</p>
<p><b>Applicazione contenuti DGR n. 1775/2011 e smi e della DGR n. 3993/2015: Monitoraggio ex ante Attività Istituzionale, Attività Libero Professionali Intramoenia, Allargata ed in regime di Solvenza - A.L.P.I. e S. Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz) Interventi di miglioramento e trasparenza dei tempi di attesa in attuazione di quanto stabilito con DGR 1775/2011 e con ex D.Lgs. 33/2013</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015;</li> <li>• Evidenza della predisposizione e trasmissione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz);</li> <li>• Attuazione dei disposti del punto 3.3.6. della DGR n. X/1185/2013 - "Interventi di miglioramento dei tempi di attesa";</li> </ul>	<p>TUTTE LE ASST</p>

<p><b>Implementazione del sistema di rilevazione di Customer Satisfaction.</b>  <b>Monitoraggio della qualità percepita nei percorsi di tele sorveglianza sanitaria domiciliare e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative in attuazione dei disposti della DGR X/3993/15 e alla DGR X/4702/15</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione a gruppi di lavoro o iniziative di formazione, su indicazione delle ATS, finalizzate all'implementazione dell'efficacia del modello di rilevazione della qualità percepita dal cittadino;</li> <li>• Rilevazione della qualità percepita nei percorsi di tele sorveglianza sanitaria e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative mediante somministrazione, raccolta e sintesi dei questionari dedicati;</li> </ul>	<p>TUTTE LE ASST</p>
<p><b>Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle DGR n. X/2313/2014 e n. X/5954/2016</b></p>	<p>Controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 30 settembre 2017, del 7% delle prestazioni di ricovero di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 ATS di pertinenza;</li> <li>• quota "fino al" 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza;</li> </ul> <p>Invio del Piano dei Controlli aziendale alla ATS di pertinenza entro il 31.01.2017.</p>	<p>TUTTE LE ASST</p>

<b>Rete per l'assistenza alla madre e al neonato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progettazione di attività ambulatoriale finalizzata alla presa in carico delle gravidanze fisiologiche entro le due settimane prima del parto al fine di migliorare la continuità assistenziale territorio/ospedale e la sicurezza del travaglio/parto;</li> <li>• Ogni azienda in cui siano presenti sale parto deve progettare una attività ambulatoriale per la presa in carico delle gravidanze fisiologiche prima del parto. Attività ambulatoriale da commisurare alla dimensione del Punto Nascita ed alle sue articolazioni organizzative;</li> </ul>	SOLO ASST SEDI DI PUNTI NASCITA
<b>Collaborazioni internazionali in ambito sanitario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricognizione dei progetti europei ed internazionali in ambito sanitario;</li> <li>• Invio di una relazione annuale sulle attività realizzate nel 2017;</li> </ul>	TUTTE LE ASST

## PREVENZIONE

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST
<b>Area Stili di vita e ambienti favorevoli alla salute: Migliorare l'offerta di alimentazione salutare, stile di vita attivo, cessazione tabagica e "ambiente libero dal fumo" a dipendenti, visitatori e pazienti di Poli Ospedalieri e Territoriali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidenza documentata nel sistema informativo regionale WHP, di pratiche validate (modifiche ambientali) nelle aree alimentazione, attività fisica, tabagismo;</li> </ul>	TUTTE LE ASST
<b>Area Stili di vita e ambienti favorevoli alla salute: Migliorare la qualità dell'offerta di interventi di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali nei Consultori pubblici e accreditati, con particolare riferimento agli interventi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione degli operatori target alle attività formative proposte dalla DGW (Piano Formativo SSL 2017 e Formazione Programma Life Skills Training);</li> <li>• Evidenza documentata nel sistema informativo regionale PROSA, di attività in relazione alla promozione delle "competenze genitoriali"</li> </ul>	TUTTE LE ASST CON CONSULTORI

<p>nel setting scolastico e nel “percorso nascita” (Programmi PRP 2014 – 2018, DCS n. X/1497)</p>	<p>tramite la diffusione del programma “Nati per leggere” (DGR 5506 del 02/08/2016);</p>	
<p><b>Area Screening oncologici:</b>  <b>Garantire le coperture dei programmi di screening oncologici attivati dalle ATS: screening tumore cervice uterina (PAP test come test primario per le donne tra 25-33 anni e HPVdna test come test primario in donne tra 34-64 anni); screening tumore colon retto e mammella (con ampliamento fasce di età come da DDG n. 3711 del 04/04/2017)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% delle richieste ATS contrattualizzate;</li> </ul>	<p>TUTTE LE ASST</p>
<p><b>Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Segnalazioni alle ATS di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche, tubercolosi e MTS; verranno verificate: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la tempestività della segnalazione, (in coerenza con le indicazioni nazionale e regionali per ogni patologia);</li> <li>• la completezza (confronto con dati SDO, completezza dei dati inseriti);</li> <li>• corretto e tempestivo invio ai laboratori di riferimento regionali dei campioni per gli approfondimenti diagnostici;</li> <li>• utilizzo della piattaforma S-Mainf per l’inserimento delle segnalazioni;</li> </ul> </li> <li>2. verifica ed aggiornamento delle procedure di gestione per le principali malattie infettive con particolare attenzione alle unità operative a maggior rischio (esempio: con situazioni di immunodepressione, pronto soccorso etc );</li> </ol>	<p>TUTTE LE ASST</p>
<p><b>Aumento della copertura delle vaccinazioni</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS delle seguenti percentuali di copertura: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse –epatite B – HIB) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥95%</li> </ul> </li> <li>- Morbillo - Parotite – Rosolia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: 1° dose ≥95%</li> <li>• Coorte nati residenti 2011: 2° dose ≥ 95%</li> </ul> </li> <li>- Pneumococco <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥ 85%</li> </ul> </li> <li>- Meningococco C</li> </ul> </li> </ol>	<p>TUTTE LE ASST</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: ≥85%</li> <li>- Differite Tetano Pertosse Polio 4° dose</li> <li>• Coorte nati 2011 residenti ≥ 95%</li> <li>- HPV femmine dodicenni</li> <li>• Coorte nate 2004: 2° dose ≥ 80%</li> <li>- Influenza</li> <li>• over 65aa ≥ 75% ;</li> </ul> <p>Attivazione dell'offerta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per la coorte 2016 della vaccinazione antivaricella;</li> <li>- per la coorte 2017 della vaccinazione antimeningococco B;</li> <li>- per l'adolescenza della vaccinazione antimeningococco ACWY;</li> </ul> <p>2. inserimento in GEV delle vaccinazioni (attraverso applicativo aziendale o web application regionale) anche per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vaccinazioni antinfluenzali (stagione 2017/18)</li> <li>- categorie a rischio in coerenza con quanto definito nella DGR 3993 del 04/08/2015 nel sub allegato vaccinazioni;</li> </ul> <p>3. partecipazione ai processi di audit come da indirizzi regionali;</p> <p>4. invio dei flussi informativi a dato individuale, delle survey a dati aggregati, e di report annuale nel rispetto di tempi e modalità definite dalla DG Welfare;</p>	
<p><b>Sicurezza cittadino/consumatore/lavoratore: mantenimento/miglioramento delle attività</b></p>	<p>Gestione delle segnalazioni di non conformità ai Regolamenti REACH e CLP: partecipazione al monitoraggio delle segnalazioni di non conformità, contribuendo al perfezionamento degli attuali flussi informativi nell'ambito del tavolo con il MS (PRP P.9.11.2);</p>	<p>SOLO ASST SEDI DI CAV</p>
<p><b>MEDICINA LEGALE</b> <b>Riduzione tempi di attesa accertamenti area invalidità</b></p>	<p>Tempo medio di attesa tra la ricezione dell'istanza in cooperazione applicativa e la data di effettuazione visita per Commissioni invalidi ≤ 80 gg;</p>	<p>TUTTE LE ASST</p>

<b>MEDICINA LEGALE</b> <b>Miglioramento della tempistica per gli accertamenti delle Commissioni Provinciali di cecità civile</b>	Assicurare il supporto specialistico al fine di consentire una regolare periodicità delle convocazioni a visita tale da ricondurre il tempo di attesa degli accertamenti entro il limite massimo di 90 giorni;	TUTTE LE ASST
<b>MEDICINA LEGALE</b> <b>Rispetto art. 6 Legge 9 marzo 2006, n.80</b>	L'accertamento deve essere effettuato dalle Commissioni Mediche entro quindici giorni dal ricevimento dell'istanza da INPS;	TUTTE LE ASST
<b>MEDICINA LEGALE</b> <b>Qualità accertamenti invalidità: monitoraggio del numero di richieste di procedure d'urgenza</b>	Numero di richieste di visita L. 80/06 incongrue. Trasmissione del dato assoluto e del dato percentuale a Regione Lombardia relativo al periodo settembre/dicembre 2017.	TUTTE LE ASST
<b>MEDICINA LEGALE</b> <b>Attuazione degli obiettivi della DGR n. X/5954/2016 (regole di sistema 2017) paragrafo 11.4.1 (Indirizzi per la piena attuazione della LR 23/2015 nel campo della Medicina Legale e necroscopica) punti a e b</b>	<b>punto a:</b> attivazione della U.O. di Medicina Legale per la gestione unitaria delle prestazioni medico legali di rilevanza territoriale e ospedaliera;  <b>punto b:</b> atto formale di accordo interaziendale per la gestione di tipo dipartimentale di tutte le attività medico-legali, territoriali ed ospedaliere finalizzato alla massima integrazione funzionale tra le diverse UU.OO. di Medicina Legale e tale da assicurare un livello di operatività dei servizi non inferiore a quello garantito nella precedente organizzazione territoriale delle ASL	TUTTE LE ASST
<b>MEDICINA LEGALE</b> <b>Qualità attività medico legale</b>	Partecipazione dei medici afferenti alle UO di Medicina Legale ad almeno 2/3 degli incontri di aggiornamento organizzati dal tavolo tecnico medico legale regionale istituito con decreto DG Welfare n. 3646 del 31/03/2017.	TUTTE LE ASST

## **AGENZIA AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (AREU)**

**INDICATORI AREU: la positiva valutazione di almeno il 70% delle ATTIVITÀ ISTITUZIONALI permette di accedere alla valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA. Affinché una attività sia considerata superata, deve essere realizzata almeno al 70%.**

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<p><b>Dipartimento Regionale Emergenza Urgenza – DGR X/5954 del 05.12.2016 paragrafo 4.5.2.1 pag.65 – Sistema Emergenza Urgenza Extraospedaliero:</b>  <b>“Ulteriori sviluppi del Sistema di Emergenza Urgenza Extraospedaliero previsti per l’anno 2017: La costituzione di un dipartimento regionale dell’emergenza urgenza extraospedaliero che metta in rete AREU e tutti i DEA/EAS per creare un Sistema dell’emergenza a livello regionale.”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avvio delle attività del Dipartimento Regionale Interaziendale di Emergenza Urgenza attraverso la stesura del regolamento e l’indizione di specifiche riunioni con i Direttori dei DEA coinvolti;</li> </ul>	AREU
<p><b>Obiettivo: Trasporti dializzati – DGR X/5954 del 05.12.2016 paragrafo 4.5.12 pag.73 – Trasporti Sanitari e Sanitari Semplici</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avvio dell’attività di presa in carico tramite Centrale Operativa Regionale della logistica dei Trasporti Sanitari Semplici (dializzati) afferenti all’ATS (area Milano Centro);</li> </ul>	AREU
<p><b>Centrale Operativa Continuità Assistenziale – DGR X/5954 del 05.12.2016 paragrafo 4.5.11 pag.73 – Numero Unico Europeo armonizzato a valenza sociale per le cure mediche non urgenti 116117:</b>  <b>“Nel 2017 sulla scorta delle esperienze maturate nell’area territoriale di Mantova e Cremona, sarà valutato di concerto con la programmazione regionale, l’opportunità di estendere il servizio, in coerenza con il contesto evolutivo della L.r. n. 23/2015.”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estensione della copertura del n° di cittadini serviti dalla Centrale Operativa Regionale di Continuità Assistenziale (Guardia Medica) ad alcune aree del territorio dell’ATS Metropolitana;</li> </ul>	AREU
<p><b>Approvvigionamento plasma derivati – DGR X/5954 del 05.12.2016 paragrafo 4.5.7 pag.69 – Sistema Trasfusionale Regionale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avvio delle necessarie procedure ad evidenza pubblica dell’iter di gara per l’affidamento del servizio di lavorazione industriale “in conto lavoro” del plasma prodotto dai servizi trasfusionali della Regione Lombardia, Piemonte, Sardegna e Molise;</li> </ul>	AREU

<p><b>Attività prelievo trapianto di organi e tessuti – L.R. 33 del 2009 art.16 come modificato dalla L.R 23 del 2015:</b></p> <p><b>“...il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti...”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nell’ambito delle attività del servizio in materia di prelievo e trapianto di organi e tessuti, stesura del capitolato e avvio delle procedure per l’acquisizione di contenitori con standard omogenei sul territorio regionale;</li> </ul>	<p>AREU</p>
<p><b>Collaborazioni internazionali in ambito sanitario</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricognizione dei progetti europei ed internazionali in ambito sanitario: invio di una relazione dettagliata sulle attività internazionali, compresa le partecipazioni realizzate nel 2017 o dichiarazione di mancata attività internazionale;</li> </ul>	<p>AREU</p>
<p><b>Rete per l’assistenza alla madre e al neonato</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rivisitazione del sistema di trasporto in ambito dell’area RIMMI per madri (STAM), neonati (STEN) e pazienti da ricoverare in Terapia Intensiva Pediatrica;</li> </ul>	<p>AREU</p>

**ALLEGATO 3)**

**VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AGENZIE, DELLE AZIENDE SANITARIE  
LOMBARDE - ANNO 2017**

**OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA (PESO 100 PUNTI):**

- **OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (PESO 40 PUNTI)**
- **OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (PESO 35 PUNTI)**
- **OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 25 PUNTI)**
- **OBIETTIVI AGENZIA AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (PESO 100 PUNTI)**

## OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (PESO 40 PUNTI)

### ATS

Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>)

## SELEZIONE INDICATORI "SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI" NETWORK DELLE REGIONI

1	A1.1	Mortalità infantile
2	B4.1.1	Consumo territoriale farmaci oppioidi
3	B5.3.2	Adesione screening coloretale
4	B7.1	Copertura vaccinale MPR
5	B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani
6	B7.5	Copertura vaccinale antimeningococcico
7	B7.6	Copertura vaccinale antipneumococcico
8	B28.1.2	% di anziani con cure domiciliari con valutazione
9	B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico
10	C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (< 14 anni)
11	C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)
12	C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni
13	C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30gg per 1.000 residenti
14	C8.a.5	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni
15	C8a.13a	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
16	C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
17	C9.8.1.1	Consumo di antibiotici
18	C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica
19	C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica
20	C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Antiipertensivi)
21	C11a.2.1	Tasso di ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
22	C11a.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

23	C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia
24	F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
25	F15.2.1	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti
26	F15.2.2	N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni
27	F15.2.3	N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati

## ASST

**Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>)**

### **SELEZIONE INDICATORI “SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI” NETWORK DELLE REGIONI**

1	C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico
2	C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico
3	C14.4	% ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni
4	C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg
5	C5.2	% fratture femore operate entro 2 giorni
6	C5.3	% prostatectomie transuretrali
7	C7.3	% di episiotomie depurate (NTSV)
8	C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)
9	C10.4.2	Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata
10	C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche

### **INDICATORI PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)**

1	CARDIO1	Mortalità a trenta giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (ima)
2	CARDIO2	Proporzione di stemi (infarto miocardico con soprallivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca) entro 2 giorni
3	CARDIO3	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio (scc)
4	CARDIO4	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (bpac)

5	CARDIO5	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache.
6	CARDIO6	Mortalità a 30 giorni da riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale
7	CHGEN1	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
8	CHGEN2	Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui
9	ONCO1	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui
10	ONCO2	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
11	ONCO3	Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore maligno del polmone
12	ONCO4	Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore gastrico maligno
13	ONCO5	Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon
14		Proporzione di parti con taglio cesareo primario
15		Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto naturale)
16		Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto cesareo)
17		Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico
18		Mortalità a 30 giorni dopo intervento di craniotomia eseguita in pazienti con tumore cerebrale
19	OSTEO1	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (struttura di ricovero)
20	OSTEO2	Tempi d'attesa per intervento chirurgico a seguito di frattura della tibia e/o perone
21	RESPIRO1	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (bpcO) riacutizzata.

## OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (PESO 35 PUNTI)

### ASST

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<b>Obiettivo Osservatorio Epidemiologico Regionale</b>	Trasmissione secondo le tempistiche definite nella Delibera delle Regole e nella circolare Flussi per l'anno 2017 dei flussi informativi sanitari e sociosanitari;	TUTTE LE ASST
<b>Invio flusso consumi dispositivi medici</b>	Verifica del grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo del flusso consumi dispositivi medici con quello	TUTTE LE ASST

	<p>indicato nelle apposite voci di bilancio;</p> <p>L'obiettivo è raggiunto con una percentuale pari all'85%. Tutte le aziende devono inviare il dato tutti i mesi dell'anno (nel caso di non invio mensile deve essere inviata nota formale a DG Welfare);</p>	
<b>Invio flusso contratti</b>	Verifica del grado di copertura dei contratti relativi ai dispositivi medici inviati;	TUTTE LE ASST
<b>Verifica flussi CO.AN.</b>	<p>a) Invio flussi di CO.AN. tramite l'apposito Portale sul controllo di gestione come da tempistica prevista da note regionali;</p> <p>b) Invio flussi CO.AN preventivo e assestamento e rispetto delle scadenze previste;</p> <p>c) Valutazione del rispetto delle percentuali di quadratura Co.Ge-Co.An come da Linee guida;</p>	TUTTE LE ASST
<b>Invio trigger in sala parto</b>	Verifica invio mensile dei trigger in sala parto;	TUTTE LE ASST CON SALE PARTO
<b>Implementazione raccomandazioni Ministeriali</b>	Dovranno essere implementate a livello aziendale almeno l'80% delle 17 raccomandazioni ministeriali (tra quelle applicabili alla propria realtà);	TUTTE LE ASST
<b>Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell'area del personale: conto annuale esercizio 2016, allegato al CE anno 2016 (IV trimestre 2016) e anno 2017, bilancio – modello A e reciproca coerenza fra gli stessi</b>	Allineamento tra i dati inviati nei diversi flussi 90%;	TUTTE LE ASST
<b>STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copertura entro il 31/12/2017 delle strutture autorizzate entro il 30/06/2017: 100%;</li> <li>• Copertura entro il 31/03/2018 delle strutture autorizzate dopo il</li> </ul>	TUTTE LE ASST

	30/06/2017 ed entro il 30/09/2017: 70%;	
<b>Scostamento beni e servizi dichiarato in assestamento rispetto al consuntivo</b>	Verranno valutati negativamente importi superiori all'1% di scostamento;	TUTTE LE ASST
<b>Agende trasparenti: Flusso MOSA</b>	Conferimento dei dati corretti e aggiornati di tutte le agende per ciascuna sede al fine di garantirne la pubblicazione;	TUTTE LE ASST
<b>Aggiornamento sistemi informativi: registrazione arruolamento, pubblicazione PAI</b>	Attivazione nel proprio sistema informativo delle funzioni per registrare l'arruolamento dei pazienti e la pubblicazione dei PAI secondo le indicazioni regionali;	TUTTE LE ASST
<b>Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione spesa beni e servizi definita nelle regole di sistema 2017;</li> <li>• Raggiungimento produzione a contratto per Lombardi;</li> <li>• Mantenimento produzione extra regione/rispetto ai costi di produzione;</li> <li>• Scostamento beni e servizi dichiarato in assestamento rispetto al consuntivo;</li> </ul>	TUTTE LE ASST
<b>Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie verso la Regione</b>	Allineamento posizioni da Stato Patrimoniale per crediti e debiti dell'esercizio;	TUTTE LE ASST
<b>Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany</b>	Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti;	TUTTE LE ASST
<b>Anticipazione di Tesoreria</b>	Azzeramento dell'utilizzo dell'anticipazione di Tesoreria;	TUTTE LE ASST
<b>Tempi di pagamento beni e servizi (ITP)</b>	Sarà valutato il reale posizionamento aziendale rispetto dell'ITP inferiore a zero;	TUTTE LE ASST
<b>Realizzazione di un progetto di adozione e incremento prescrittivo di farmaci biosimilari per i principi attivi infliximab e etanercept</b>	Relazione del progetto in cui si evidenzia l'incremento dei pazienti trattati con biosimilari 2017 vs 2016 ed il risparmio economico ottenuto, utilizzando come fonte dati le rendicontazioni file F anno 2016 e anno	TUTTE LE ASST

	2017.	
<b>AMBIENTI DI LAVORO</b> Segnalazione telematica di mesoteliomi, tumori naso-sinusali, tumori della vescica e del polmone	Segnalazione di mesoteliomi, tumori naso-sinusali, tumori della vescica e del polmone individuati secondo i criteri descritti all'interno della funzionalità telematica presente in SISS a cura dei reparti competenti	TUTTE LE ASST

### ATS

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<b>SALUTE E AMBIENTE</b> Partecipazione attiva e propositiva in Commissione VIA Regionale (contributi valutativi e consegna dati sanitari), in coerenza con la DGR n. X/4792 del 08.02.2016	n. di istruttorie con richiesta di integrazione relativa agli aspetti di salute pubblica/n. istruttorie totali = 1	TUTTE LE ATS
<b>SCREENING ONCOLOGICI: Avviare la messa a sistema della attivazione/ aggiornamento del programma di screening organizzato del tumore della cervice uterina con test primario PAP test per le donne tra 25-33 anni e test primario HPV dna test per le donne tra 34-64 anni (DGR 3003/2015, 5954/2016, DDG 12386/2016</b>	Evidenza documentata di attività di comunicazione, raccordo con laboratori di riferimento, aggiornamento procedure, contrattazione e programmazione sedute per estensione pari al 5% della popolazione target/anno, entro aprile 2018	TUTTE LE ATS
<b>Attuazione della nuova governance e della relativa riorganizzazione dei dipartimenti veterinari e sicurezza alimenti di origine animale</b>	Attuazione entro il 30/11/2017 della nuova Governance e della relativa riorganizzazione dei dipartimenti veterinari e sicurezza alimenti di origine animale secondo le modalità codificate nei POAS	TUTTE LE ATS TUTTE LE ATS
<b>Adesione convenzioni Centrale Acquisti Regione Lombardia – CONSIP e utilizzo piattaforma telematica SINTEL nelle procedure d'acquisto. Classi d'acquisto previste negli adempimenti LEA: energia elettrica; gas; ausili per persone</b>	Verifica effettuata sulle classi previste negli adempimenti LEA per quanto riguarda gli acquisti: a) adesione convenzioni CONSIP; b) adesioni convenzioni ARCA; c) utilizzo della piattaforma telematica SINTEL;	TUTTE LE ATS

<b>disabili (CPV 33196200; ausili per la deambulazione CPV 33141720); antisettici</b>		
<b>Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell'area del personale: conto annuale esercizio 2016, allegato al CE anno 2016 (IV trimestre 2016) e anno 2017, bilancio – modello A e reciproca coerenza fra gli stessi</b>	Allineamento tra i dati inviati nei diversi flussi 90%	TUTTE LE ATS
<b>STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copertura entro il 31/12/2017 delle strutture autorizzate entro il 30/06/2017: 100%;</li> <li>• Copertura entro il 31/03/2018 delle strutture autorizzate dopo il 30/06/2017 ed entro il 30/09/2017: 70%;</li> </ul>	TUTTE LE ATS
<b>Obiettivo Osservatorio Epidemiologico Regionale</b>	Trasmissione secondo le tempistiche definite nella Delibera delle Regole e nella circolare Flussi per l'anno 2017 dei flussi informativi sanitari e sociosanitari;	TUTTE LE ATS
<b>Scostamento beni e servizi dichiarato in assestamento rispetto al consuntivo</b>	Verranno valutati negativamente importi superiori al 1% di scostamento;	TUTTE LE ATS
<b>Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione spesa beni e servizi definita nelle Regole di sistema 2017;</li> <li>• Mantenimento della spesa per prestazioni sanitarie rispetto alle Regole di sistema;</li> </ul>	TUTTE LE ATS
<b>Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie verso la Regione</b>	Allineamento posizioni da Stato Patrimoniale per crediti e debiti dell'esercizio;	TUTTE LE ATS
<b>Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany</b>	Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti;	TUTTE LE ATS
<b>Anticipazione di Tesoreria</b>	Azzeramento dell'utilizzo dell'anticipazione di Tesoreria;	TUTTE LE ATS

<b>Tempi di pagamento beni e servizi (ITP)</b>	Sarà valutato il reale posizionamento aziendale rispetto dell'ITP inferiore a zero;	TUTTE LE ATS

### **OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 25 PUNTI)**

#### **ATS**

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<b>Governance dell'inserimento dell'attività di prevenzione (vaccinazioni e screening) all'interno del percorso di presa in carico (offerta)</b>	Presenza nel PAI dell'attività di prevenzione (valutazione fattori di rischio comportamentali, vaccinazioni e screening) all'interno del percorso di presa in carico (offerta);	TUTTE LE ATS
<b>Corretta implementazione delle previsioni della DGR 6551 ed eventuali provvedimenti integrativi nel merito della valutazione dell'inidoneità dei soggetti gestori</b>	Indicatore di risultato: rispetto del cronoprogramma;	TUTTE LE ATS
<b>ATS: Presa in carico del paziente cronico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasmissione ai gestori della presa in carico dei dati epidemiologici e demografici della popolazione cronica del territorio (frequent users, patologie, ecc);</li> <li>• Organizzazione di adeguati momenti di informazione e comunicazione agli erogatori e ai medici di cure primarie;</li> <li>• Completamento del percorso di valutazione e selezione dei soggetti gestori;</li> </ul>	TUTTE LE ATS

## ASST

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<b>VACCINAZIONI: inserimento in GEV delle vaccinazioni (attraverso applicativo aziendale o web application regionale) per vaccinazioni antinfluenzali (stagione 2017/18) e categorie a rischio in coerenza con quanto definito nella DGR 3993 del 04/08/2015 nel sub allegato vaccinazioni</b>	Evidenza dell'inserimento delle vaccinazioni antinfluenzali in GEV (100% delle vaccinazioni antinfluenzali erogate nella stagione 2016/17) e per le categorie a rischio (almeno 20 record per ogni ASST);	TUTE LE ASST
<b>Definizione puntuale della rete degli erogatori.</b>	Verifica del corretto adempimento da parte dell'ATS di riferimento.	TUTTE LE ASST
<b>ASST: Presa in carico del paziente cronico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentazione della candidatura come soggetto gestore;</li> <li>• Organizzazione del percorso di presa in carico e della filiera erogativa (con altri erogatori e i medici di cure primarie);</li> <li>• Predisposizione del sistema informativo a supporto della presa in carico;</li> </ul>	TUTTE LE ASST

## OBIETTIVI AGENZIA AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (PESO 100 PUNTI)

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.	PESO
<b>Aderenza al percorso trauma maggiore con centralizzazione in un HUB (CTS o CTZ) con neurochirurgia</b>	Percentuale dei pazienti con trauma maggiore centralizzati all'HUB (CTS o CTZ con neurochirurgia) $\geq$ 75%	AREU	10
<b>Aderenza al percorso ACC (Arresto cardio</b>	Percentuale di utilizzo del DAE sul totale degli interventi in	AREU	10

<b>circolatorio)</b>	cui il primo mezzo sul posto è un mezzo di base (MSB) $\geq 75\%$		
<b>Aderenza al Percorso STEMI</b>	75° percentile del tempo tra trasmissione dell'ECG in sala operativa (First Medical Contact) e la centralizzazione dei pazienti con diagnosi di STEMI presso un presidio ospedaliero dotato di emodinamica $\leq 60$ minuti.	AREU	<b>10</b>
<b>Aderenza al Percorso STROKE</b>	75° percentile del tempo tra prima chiamata e arrivo in centro di I° e II° livello di pazienti con diagnosi di ICTUS (codice ICTUS) $\leq 60$ minuti	AREU	<b>10</b>
<b>Tempo di intervento primo mezzo di soccorso sul posto per i codici rossi e gialli (intervallo allarme target).</b>	75° percentile degli intervalli di tempo tra la ricezione delle chiamate da parte della centrale operativa e l'arrivo in posto del primo mezzo di soccorso su gomma di tutte le missioni durante l'anno per i codici rossi e gialli $\leq 18$ minuti	AREU	<b>10</b>
<b>Tracciabilità delle informazioni connesse con l'attività di soccorso</b>	Percentuale di soccorsi primari con tracciabilità di dati, informazioni, comunicazioni attraverso registrazioni informatizzate $\geq 95\%$	AREU	<b>10</b>
<b>Tempestività nell'attivazione dei mezzi di soccorso</b>	75° percentile del tempo che intercorre tra l'attivazione del mezzo di soccorso e la partenza effettiva $\leq 3$ minuti.	AREU	<b>5</b>
<b>Gestione delle situazioni di malfunzionamento delle SOREU</b>	Predisposizione della documentazione prescrittiva da utilizzare in caso di malfunzionamento dei sistemi	AREU	<b>5</b>

	informatico e gestionale delle SOREU		
<b>Sicurezza del servizio NUE 112</b>	Formalizzazione di una check-list per la definizione delle modalità di processazione delle chiamate CUR 112	AREU	<b>5</b>
<b>Qualità dello storage delle unità di sangue</b>	Percentuale di filtrazioni prestorage per dipartimenti DMTE $\geq 90\%$	AREU	<b>5</b>
<b>Adesione alla programmazione inerente la raccolta e consumo delle unità di sangue fatta da SRC- AREU</b>	Costruzione di un DB per la verifica del Delta tra valori programmati e dati effettivi	AREU	<b>5</b>
<b>Qualità dell'attività di trasporto organi e tessuti</b>	Revisione almeno annuale delle procedure aziendali in materia di trasporto organi, tessuti, équipe chirurgiche e pazienti .	AREU	<b>5</b>
<b>Tempestività risposte da parte del NUE 112</b>	90° percentile dei secondi medi di risposta $\leq 15$ secondi (tre squilli)	AREU	<b>5</b>
<b>Sviluppo attività di elisoccorso in notturna</b>	Numero di missioni compiute di elisoccorso in notturna annue $\geq +10\%$ del 2016	AREU	<b>5</b>

**ALLEGATO 2)**

**VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE LOMBARDE**  
**ANNO 2017**

**ASST DELLA VALCAMONICA**

**ATTIVITÀ ISTITUZIONALI**

INDICATORI ASST: la positiva valutazione di almeno il 70% delle ATTIVITÀ ISTITUZIONALI permette di accedere alla valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA. Affinché una attività sia considerata superata, deve essere realizzata almeno al 70%.

**EVOLUZIONE SSR, INVESTIMENTI E SISTEMA INFORMATIVO**

<b>Obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Azioni/Provvedimenti</b>	<b>Direzioni Interessate</b>	<b>Referenti</b>
<b>Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - Capitolo 9 - Investimenti</b>	Rispetto delle procedure previste per l'affidamento degli incarichi alla società regionale;		DA	Minolfi
	Rispetto integrale delle procedure previste per la sottoscrizione di accordi bonari e transazioni;		DA	Minolfi
	Rispetto delle procedure in materia di approvazione delle varianti e di utilizzo dei ribassi d'asta;		DA	Minolfi
<b>Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - Capitolo 10 - Sistemi informativi e flussi</b>	Consolidamento del processo di dematerializzazione delle ricette specialistiche;		Direzione Strategica	Romellini
	Riallineamento dei siti aziendali a seguito dei cambiamenti introdotti dalla legge regionale n. 23/2015: invio bimestrale degli stati avanzamento del programma annuale;		Direzione Strategica	Torri Romellini

<b>VII Atto integrativo</b>	Trasmissione alla D.G. Welfare del progetto da porre a base di gara, corredato dai pareri di legge previsti, entro i termini indicati nella Circolare della D.G. Welfare del 14/12/2016		DA	Minolfi
<b>Programma adeguamento antincendio</b>	Trasmissione alla D.G. Welfare del progetto da porre a base di gara, corredato dai pareri di legge previsti, entro i termini indicati nella Circolare della D.G. Welfare del 5/10/2016		DG	Ruggeri

## CONTROLLO DI GESTIONE E PERSONALE

Obiettivi	Indicatori	Azioni/Provvedimenti	Direzioni Interessate	Referenti
<b>Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione - errori gravi</b>	Percentuale di record di SDO contenenti errori "gravi" inferiore al 1%;		DS	Brasa
<b>Ricoveri ospedalieri: Tempestività della rilevazione</b>	Percentuale in ritardo oltre la scadenza mensile non superiore al 2% (sono esclusi i DH di tipo non chirurgico);		DS	Brasa
<b>Flusso Endoprotesi (File SDO4) - Completezza nella compilazione di tutti i campi</b>	Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;		DS	Brasa
<b>Flusso Endoprotesi (File SDO4) - Completezza nella compilazione del campo "identificativo di iscrizione in BD/RDM"</b>	Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;		DS	Brasa
<b>Certificati di assistenza al parto</b>	Scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con le SDO;		DS	Pepicelli

<b>Certificati di assistenza al parto: Tempestività della rilevazione</b>	Percentuale in ritardo oltre il mese non superiore al 5%;		DS	Pepicelli
<b>Certificati di assistenza al parto: Rapporto tra CeDAP con segnalazione di malformazione rispetto alle SDO di neonati con diagnosi di malformazione (una delle 6 diagnosi con codice ICD-9-CM compreso tra 740xx e 759xx)</b>	Scostamento massimo del 5% rispetto all'indicatore regionale;		DS	Pepicelli
<b>Certificati di assistenza al parto: Completezza nella compilazione di tutti i campi</b>	Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;		DS	Pepicelli
<b>Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2016</b>	La misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2017 rispetto al 2016 (viene considerato il solo perimetro della programmazione aggregata). L'obiettivo risulterà comunque raggiunto se l'ente avrà raggiunto il 60% di acquisti centralizzati/aggregati/servizi in concessione;		DG DA DS	Mazzoli (Vender Minolfi Ruggeri Formentelli Romellini)

## PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE

Obiettivi	Indicatori	Azioni/Provvedimenti	Direzioni Interessate	Referenti
<b>Salute mentale e NPIA</b>	Rispetto del tetto massimo di spesa 43 San complessivo (psichiatria + NPIA adulti) indicato dalla ATS territorialmente competente, con tendenziale diminuzione del ricorso ai ricoveri extraregione;		DSS	Zindato (Rinaldi)

	Riduzione contenzioni e tendenzialmente dei TSO (la riduzione dei TSO sarà valutata come elemento indicatore di eccellenza);		DSS	Zindato
	Rispetto delle previsioni delle regole relative all'utilizzo dello strumento SMOP per la registrazione dei pazienti autori di reato;		DSS	Zindato
	Miglioramento dell'integrazione e della continuità tra ospedale e territorio (indicatore: % di pazienti dimessi dal SPDC con un appuntamento in CPS entro 7 giorni);		DSS	Zindato
<b>Dipendenze</b>	Relazione, da trasmettere entro il 31.01.2018, descrittiva delle attività intraprese per l'integrazione organizzativa e funzionale dei servizi delle dipendenze con gli altri servizi territoriali (in particolare di salute mentale e NPIA) con valutazione degli esiti e delle criticità emerse;		DSS	Zindato (Baisini Rinaldi)
<b>Cure primarie</b>	Attuazione Accordo integrativo regionale 2017 per specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie convenzionate con il SSN;		DA DS	Scolari Brasa
<b>Misure innovative in ambito sociosanitario</b>	Relazione, da trasmettere entro il 31.01.2018, delle attività anno 2017 descrittiva delle caratteristiche, emerse dalle valutazioni/ rivalutazioni, delle persone che hanno beneficiato delle Misure Residenzialità leggera e RSA Aperta e dei relativi bisogni prevalenti;		DSS	Pieracci

## PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO

Obiettivi	Indicatori	Azioni/Provvedimenti	Direzioni interessate	Referenti
<b>Reti di patologia</b>	Evidenza dell'attivazione di audit interni per il monitoraggio dell'effettiva continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali nell'ambito delle reti di patologia regionali e delle reti ospedaliere di cui al DM 70/2015;		DG DA	Bertoli
<b>Sistema Trasfusionale Regionale</b>	Consolidamento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano Annuale di programmazione e compensazione regionale ed extra-regionale delle unità di sangue su indicazione della Struttura Regionale di Coordinamento;		DS	Romano
<b>Sistema Regionale Trapianti</b>	Mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno precedente;		DS	Morandini
	Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale;		DS	Morandini
	Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione;		DS	Chitoni
	Numero di prelievi multitessuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2016 e comunque non inferiori a 3;		DS	Morandini
	Incremento rispetto al 2016 del numero di trapianti da vivente (Tx rene);	TX RENE OBIETTIVO NON APPLICABILE		
<b>Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei</b>	Per i pazienti in trattamento con IPP si intendono soggetti con età superiore o uguale a 18		DS	Vender

<b>medicinali (inibitori di pompa protonica)</b>	anni con la prescrizione di almeno una confezione di IPP in Nota 1 o 48 rapportati alla popolazione con età superiore o uguale a 18 anni;			
	Percentuale di pazienti in trattamento con IPP sul totale della popolazione: 16%;			
	Spesa pro-capite: €12,5;			
	N.DDD di IPP consumate in ospedale totale di soggetti dimessi: 10;			
<b>Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali (statine)</b>	Percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo:82%		DS	Vender
<b>Ottimizzazione delle procedure previste dalla DGR n. 6006/2016 per l'attività preanalitica dei Servizi di Medicina di Laboratorio</b>	Definizione e messa in atto delle procedure per l'attuazione di quanto previsto dall'allegato 6 della DGR n. 6006/2016 e dalla nota della DG Welfare G1.2017.0002865 del 30/01/2017 riguardo la preanalitica;		DS	Fenini
<b>Istituzione delle Reti locali di Cure palliative e dei relativi Dipartimenti di Cure palliative ai sensi della DGR n. X/5918/2016 in collaborazione con le ATS di riferimento</b>	Evidenza con Atto formale di istituzione/adesione;		DG DSS	Ceresetti (Torri)
<b>Attuazione della DGR n. X/5455/2016 - Corsi regionali di formazione di I Livello per gli operatori della rete di Cure palliative</b>	Partecipazione ad almeno una riunione con l'ATS di riferimento		DG DSS	Cattaneo (Fanetti)
	Atto formale relativo alla programmazione/partecipazione dei professionisti interessati alla attività formativa programmata dalla ATS di riferimento in attuazione alla DGR n.5455/2016		DG DSS	Cattaneo (Fanetti)
<b>Applicazione contenuti DGR n. 1775/2011 e smi e della DGR n. 3993/2015: Monitoraggio ex ante Attività Istituzionale, Attività Libero Professionali Intramoenia, Allargata ed in regime di Solvenza - A.L.P.I. e S. Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di</b>	Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015;		DS	Brasa
	Evidenza della predisposizione e trasmissione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz);		DS	Brasa

<p><b>governo dei tempi di attesa (PGTAz)</b>  <b>Interventi di miglioramento e trasparenza dei tempi di attesa in attuazione di quanto stabilito con DGR 1775/2011 e con ex D.Lgs. 33/2013</b></p>	<p>Attuazione dei disposti del punto 3.3.6. della DGR n. X/1185/2013 - "Interventi di miglioramento dei tempi di attesa";</p>		DS	Brasa
<p><b>Implementazione del sistema di rilevazione di Customer Satisfaction.</b></p> <p><b>Monitoraggio della qualità percepita nei percorsi di tele sorveglianza sanitaria domiciliare e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative in attuazione dei disposti della DGR X/3993/15 e alla DGR X/4702/15</b></p>	<p>Partecipazione a gruppi di lavoro o iniziative di formazione, su indicazione delle ATS, finalizzate all'implementazione dell'efficacia del modello di rilevazione della qualità percepita dal cittadino;</p>		DG	Sanzogni
	<p>Rilevazione della qualità percepita nei percorsi di tele sorveglianza sanitaria e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative mediante somministrazione, raccolta e sintesi dei questionari dedicati;</p>		DG	Sanzogni
<p><b>Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle DGR n. X/2313/2014 e n. X/5954/2016</b></p>	<p>Controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 30 settembre 2017, del 7% delle prestazioni di ricovero di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 ATS di pertinenza;</li> <li>- quota "fino al" 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza;</li> </ul>		DS	Brasa
	<p>Invio del Piano dei Controlli aziendale alla ATS di pertinenza entro il 31.01.2017.</p>		DS	Brasa

<b>Rete per l'assistenza alla madre e al neonato</b>	Progettazione di attività ambulatoriale finalizzata alla presa in carico delle gravidanze fisiologiche entro le due settimane prima del parto al fine di migliorare la continuità assistenziale territorio/ospedale e la sicurezza del travaglio/parto;		DS	Pepicelli
	Ogni azienda in cui siano presenti sale parto deve progettare una attività ambulatoriale per la presa in carico delle gravidanze fisiologiche prima del parto. Attività ambulatoriale da commisurare alla dimensione del Punto Nascita ed alle sue articolazioni organizzative;	Parlare con Dr.ssa Barcellini		DS
<b>Collaborazioni internazionali in ambito sanitario</b>	Ricognizione dei progetti europei ed internazionali in ambito sanitario;		DS	Brasa
	Invio di una relazione annuale sulle attività realizzate nel 2017;		DS	Brasa

### PREVENZIONE

Obiettivi	Indicatori	Azioni/Provvedimenti	Direzioni interessate	Referenti
<b>Area Stili di vita e ambienti favorevoli alla salute: Migliorare l'offerta di alimentazione salutare, stile di vita attivo, cessazione tabagica e "ambiente libero dal fumo" a dipendenti, visitatori e pazienti di Poli Ospedalieri e Territoriali</b>	Evidenza documentata nel sistema informativo regionale WHP, di pratiche validate (modifiche ambientali) nelle aree alimentazione, attività fisica, tabagismo;		DG	Ruggeri

<p><b>Area Stili di vita e ambienti favorevoli alla salute:</b>  <b>Migliorare la qualità dell'offerta di interventi di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali nei Consultori pubblici e accreditati, con particolare riferimento agli interventi nel setting scolastico e nel "percorso nascita" (Programmi PRP 2014 - 2018, DCS N.x/1497)</b></p>	<p>Partecipazione degli operatori target alle attività formative proposte dalla DGW (Piano Formativo SSL 2017 e Formazione Programma Life Skills Training);</p> <p>Evidenza documentata nel sistema informativo regionale PROSA, di attività in relazione alla promozione delle "competenze genitoriali" tramite la diffusione del programma "Nati per leggere" (DGR 5506 del 02/08/2016);</p>		DS	Pepicelli
<p><b>Area Screening oncologici:</b>  <b>Garantire le coperture dei programmi di screening oncologici attivati dalle ATS: screening tumore cervice uterina (PAP test come test primario per le donne tra 25-33 anni e HPVdna test come test primario in donne tra 34-64 anni); screening tumore colon retto e mammella (con ampliamento fasce di età come da DDG n. 3711 del 04/04/2017)</b></p>	<p>100% delle richieste ATS contrattualizzate;</p>		DS	Brasa
<p><b>Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività</b></p>	<p>1) Segnalazioni alle ATS di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche, tubercolosi e MTS; verranno verificate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la tempestività della segnalazione, (in coerenza con le indicazioni nazionale e regionali per ogni patologia);</li> <li>- la completezza (confronto con dati SDO, completezza dei dati inseriti);</li> <li>- corretto e tempestivo invio ai laboratori di riferimento regionali dei campioni per gli approfondimenti diagnostici;</li> <li>- utilizzo della piattaforma S-Mainf per l'inserimento delle segnalazioni;</li> </ul>		DS	Brasa (Patroni)
	<p>2) verifica ed aggiornamento delle procedure di</p>		DS	Brasa

	gestione per le principali malattie infettive con particolare attenzione alle unità operative a maggior rischio (esempio: con situazioni di immunodepressione, pronto soccorso etc );			(Patroni)
<b>Aumento della copertura delle vaccinazioni</b>	<p>1) Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS delle seguenti percentuali di copertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse – epatite B – HIB) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥95%</li> </ul> </li> <li>- Morbillo - Parotite – Rosolia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: 1° dose ≥95%</li> <li>• Coorte nati residenti 2011: 2° dose ≥ 95%</li> </ul> </li> <li>- Pneumococco <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥ 85%</li> </ul> </li> <li>- Meningococco C <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: ≥85%</li> </ul> </li> <li>- Difterite Tetano Pertosse Polio 4° dose <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati 2011 residenti ≥ 95%</li> </ul> </li> <li>- HPV femmine dodicenni <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nate 2004: 2° dose ≥ 80%</li> </ul> </li> <li>- Influenza <ul style="list-style-type: none"> <li>• • over 65aa ≥ 75%;</li> </ul> </li> </ul> <p>Attivazione dell'offerta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per la coorte 2016 della vaccinazione antivaricella;</li> <li>- per la coorte 2017 della vaccinazione antimeningococco B;</li> <li>- per l'adolescenza della vaccinazione antimeningococco ACWY;</li> </ul>		DSS	Pieracci
	<p>2) inserimento in GEV delle vaccinazioni (attraverso applicativo aziendale o web application regionale) anche per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vaccinazioni antinfluenzali (stagione 2017/18)</li> <li>- categorie a rischio in coerenza con quanto definito nella DGR 3993 del 04/08/2015 nel sub</li> </ul>		DSS	Pieracci

	allegato vaccinazioni;			
	3) partecipazione ai processi di audit come da indirizzi regionali;		DSS	Pieracci
	4) invio dei flussi informativi a dato individuale, delle survey a dati aggregati, e di report annuale nel rispetto di tempi e modalità definite dalla DG Welfare;		DSS	Pieracci
<b>Sicurezza cittadino/consumatore/lavoratore: mantenimento/miglioramento delle attività</b>	Gestione delle segnalazioni di non conformità ai Regolamenti REACH e CLP: partecipazione al monitoraggio delle segnalazioni di non conformità, contribuendo al perfezionamento degli attuali flussi informativi nell'ambito del tavolo con il MS (PRP P.9.11.2);	<b>LA NOSTRA AZIENDA NON E' SEDE UOML E CAV</b>		
<b>MEDICINA LEGALE</b> <b>Riduzione tempi di attesa accertamenti area invalidità</b>	Tempo medio di attesa tra la ricezione dell'istanza in cooperazione applicativa e la data di effettuazione visita per Commissioni invalidi ≤ 80 gg;		DSS	Pieracci (Rizzi)
<b>MEDICINA LEGALE</b> <b>Miglioramento della tempistica per gli accertamenti delle Commissioni Provinciali di cecità civile</b>	Assicurare il supporto specialistico al fine di consentire una regolare periodicità delle convocazioni a visita tale da ricondurre il tempo di attesa degli accertamenti entro il limite massimo di 90 giorni;		DSS	Pieracci (Rizzi)
<b>MEDICINA LEGALE</b> <b>Rispetto art. 6 Legge 9 marzo 2006, n.80</b>	L'accertamento deve essere effettuato dalle Commissioni Mediche entro quindici giorni dal ricevimento dell'istanza da INPS;		DSS	Pieracci (Rizzi)
<b>MEDICINA LEGALE</b> <b>Qualità accertamenti invalidità: monitoraggio del numero di richieste di procedure d'urgenza</b>	Numero di richieste di visita L. 80/06 incongrue. Trasmissione del dato assoluto e del dato percentuale a Regione Lombardia relativo al periodo settembre/dicembre 2017.		DSS	Pieracci (Rizzi)
<b>MEDICINA LEGALE</b>	<b>punto a:</b> attivazione della U.O. di Medicina Legale per la gestione unitaria delle prestazioni medico legali di rilevanza territoriale e		Direzione Strategica	Direzione Strategica

<p><b>Attuazione degli obiettivi della DGR n. X/5954/2016 (regole di sistema 2017) paragrafo 11.4.1 (Indirizzi per la piena attuazione della LR 23/2015 nel campo della Medicina Legale e necroscopica) punti a e b</b></p>	<p>ospedaliera;</p>			
<p><b>MEDICINA LEGALE</b> <b>Qualità attività medico legale</b></p>	<p>partecipazione dei medici afferenti alle UO di Medicina Legale ad almeno 2/3 degli incontri di aggiornamento organizzati dal tavolo tecnico medico legale regionale istituito con decreto DG Welfare n. 3646 del 31/03/2017.</p>		<p>Direzione Strategica</p>	<p>Direzione Strategica</p>



**ALLEGATO 3)**

**VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AGENZIE, DELLE AZIENDE SANITARIE  
LOMBARDE - ANNO 2017**

**OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA (PESO 100 PUNTI):**

- **OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (PESO 40 PUNTI)**
- **OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (PESO 35 PUNTI)**
- **OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 25 PUNTI)**

## OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (PESO 40 PUNTI)

### ASST

Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>)

## SELEZIONE INDICATORI "SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI" NETWORK DELLE REGIONI

1	C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	
2	C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	
3	C14.4	% ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	
4	C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	
5	C5.2	% fratture femore operate entro 2 giorni	
6	C5.3	% prostatectomie transuretrali	
7	C7.3	% di episiotomie depurate (NTSV)	
8	C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	
9	C10.4.2	Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata	
10	C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	
Azioni/Provvedimenti		Direzioni interessate	Referenti
		DG DS	Tutti gli uffici assegnatari schede di budget. Monitoraggio da parte Controllo di Gestione.

## INDICATORI PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)

1	CARDIO1	Mortalità a trenta giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (ima)
2	CARDIO2	Proporzione di stemi (infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca) entro 2 giorni
3	CARDIO3	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio (scc)
4	CARDIO4	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (bpac)
5	CARDIO5	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache.
6	CARDIO6	Mortalità a 30 giorni da riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale
7	CHGEN1	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
8	CHGEN2	Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui
9	ONCO1	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui
10	ONCO2	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
11	ONCO3	Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore maligno del polmone
12	ONCO4	Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore gastrico maligno
13	ONCO5	Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon
14		Proporzione di parti con taglio cesareo primario
15		Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto naturale)
16		Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto cesareo)
17		Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico
18		Mortalità a 30 giorni dopo intervento di craniotomia eseguita in pazienti con tumore cerebrale
19	OSTEO1	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (struttura di ricovero)
20	OSTEO2	Tempi d'attesa per intervento chirurgico a seguito di frattura della tibia e/o perone
21	RESPIRO1	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (bpc) riacutizzata.

Azioni/Provvedimenti	Direzioni interessate	Referenti
	DG DS	Tutti gli uffici assegnatari schede di budget. Monitoraggio da parte Controllo di Gestione.

## OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (PESO 35 PUNTI)

Obiettivi	Indicatori	Azioni/Provvedimenti	Direzioni interessate	Referenti
<b>Obiettivo Osservatorio Epidemiologico Regionale</b>	Trasmissione secondo le tempistiche definite nella Delibera delle Regole e nella circolare Flussi per l'anno 2017 dei flussi informativi sanitari e sociosanitari;		Direzione Strategica	Romellini
<b>Invio flusso consumi dispositivi medici</b>	<p>Verifica del grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo del flusso consumi dispositivi medici con quello indicato nelle apposite voci di bilancio;</p> <p>L'obiettivo è raggiunto con una percentuale pari all'85%. Tutte le aziende devono inviare il dato tutti i mesi dell'anno (nel caso di non invio mensile deve essere inviata nota formale a DG Welfare);</p> <p><b>PRECISAZIONI IN MERITO ALL'INDICATORE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- corretto inserimento dei dati (repertorio/CND/data di competenza) in NFS e/o trasmissione al SI dei dati da fonti esterne (esempio emodinamica, dialisi, assistant e fonti esterne ditte) - (FAR/AGRM/SIC/Protesica);</li> <li>- invio e verifica formale dei flussi (SI)</li> <li>- messa a disposizione almeno trimestrale dei report di analisi dei flussi inviati per il confronto con i dati di bilancio (SI/CDG);</li> <li>- confronto tra flussi e dati di bilancio (AGRF/CDG) in collaborazione con i servizi coinvolti.</li> </ul>		Direzione Strategica	Vender Mazzoli Formentelli Pieracci Romellini Lazzati Ferrè
<b>Invio flusso contratti</b>	Verifica del grado di copertura dei contratti relativi ai dispositivi medici inviati;		DG	Romellini
<b>Verifica flussi CO.AN.</b>	a) Invio flussi di CO.AN. tramite l'apposito Portale sul controllo di gestione come da tempistica prevista da note regionali;		DG	Ferrè

	<p>b) Invio flussi CO.AN preventivo e assestamento e rispetto delle scadenze previste;</p> <p>c) Valutazione del rispetto delle percentuali di quadratura Co.Ge-Co.An come da Linee guida;</p>			
<b>Invio trigger in sala parto</b>	Verifica invio mensile dei trigger in sala parto;		DS	Pepicelli
<b>Implementazione raccomandazioni Ministeriali</b>	Dovranno essere implementate a livello aziendale almeno l'80% delle 17 raccomandazioni ministeriali (tra quelle applicabili alla propria realtà);		DG	Venia
<b>Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell'area del personale: conto annuale esercizio 2016, allegato al CE anno 2016 (IV trimestre 2016) e anno 2017, bilancio – modello A e reciproca coerenza fra gli stessi</b>	Allineamento tra i dati inviati nei diversi flussi 90%;		DA	Scolari
<b>STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2017</b>	Copertura entro il 31/12/2017 delle strutture autorizzate entro il 30/06/2017: 100%;		DA	Scolari
	Copertura entro il 31/03/2018 delle strutture autorizzate dopo il 30/06/2017 ed entro il 30/09/2017: 70%;		DA	Scolari
<b>Scostamento beni e servizi dichiarato in assestamento rispetto al consuntivo</b>	Verranno valutati negativamente importi superiori all'1% di scostamento;		Direzione Strategica	Lazzati (Mazzoli Minolfi Formentelli Vender Ruggeri Romellini)
<b>Agende trasparenti: Flusso MOSA</b>	Conferimento dei dati corretti e aggiornati di tutte le agende per ciascuna sede al fine di garantirne la pubblicazione;		DA	Scolari per CUP

<b>Aggiornamento sistemi informativi: registrazione arruolamento, pubblicazione PAI</b>	Attivazione nel proprio sistema informativo delle funzioni per registrare l'arruolamento dei pazienti e la pubblicazione dei PAI secondo le indicazioni regionali;		DG	Romellini
<b>Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio</b>	Riduzione spesa beni e servizi definita nelle regole di sistema 2017;		Direzione Strategica	Lazzati (Mazzoli Minolfi Formentelli Vender Ruggeri Romellini)
	Raggiungimento produzione a contratto per Lombardi;		Direzione Strategica	Ferrè
	Mantenimento produzione extra regione/rispetto ai costi di produzione;		Direzione Strategica	Ferrè
	Scostamento beni e servizi dichiarato in assestamento rispetto al consuntivo;		Direzione Strategica	Lazzati (Mazzoli Minolfi Formentelli Vender Ruggeri Romellini)
<b>Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie verso la Regione</b>	Allineamento posizioni da Stato Patrimoniale per crediti e debiti dell'esercizio;		DA	Lazzati
<b>Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany</b>	Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti;		DA	Lazzati
<b>Anticipazione di Tesoreria</b>	Azzeramento dell'utilizzo dell'anticipazione di Tesoreria;		DA	Lazzati
<b>Tempi di pagamento beni e servizi (ITP)</b>	Sarà valutato il reale posizionamento aziendale rispetto dell'ITP inferiore a zero;		DA	Lazzati e servizi liquidatori
<b>Realizzazione di un progetto di adozione e</b>	Relazione del progetto in cui si evidenzia l'incremento dei pazienti trattati con biosimilari 2017 vs 2016 ed il		DS	Vender

<b>incremento prescrittivo di farmaci biosimilari per i principi attivi infliximab e etanercept</b>	risparmio economico ottenuto, utilizzando come fonte dati le rendicontazioni file F anno 2016 e anno 2017			
<b>AMBIENTI DI LAVORO</b>  <b>Segnalazione telematica di mesoteliomi, tumori naso-sinusali, tumori della vescica e del polmone</b>	Segnalazione di mesoteliomi, tumori naso-sinusali, tumori della vescica e del polmone individuati secondo i criteri descritti all'interno della funzionalità telematica presente in SISS a cura dei reparti competenti		DS	Brasa

## OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 25 PUNTI)

Obiettivi	Indicatori	Azioni/Provvedimenti	Direzioni interessate	Referenti
<b>VACCINAZIONI: inserimento in GEV delle vaccinazioni (attraverso applicativo aziendale o web application regionale) per vaccinazioni antinfluenzali (stagione 2017/18) e categorie a rischio in coerenza con quanto definito nella DGR 3993 del 04/08/2015 nel sub allegato vaccinazioni</b>	Evidenza dell'inserimento delle vaccinazioni antinfluenzali in GEV (100% delle vaccinazioni antinfluenzali erogate nella stagione 2016/17) e per le categorie a rischio (almeno 20 record per ogni ASST);		DSS	Pieracci
<b>Definizione puntuale della rete degli erogatori.</b>	Verifica del corretto adempimento da parte dell'ATS di riferimento.		DSS	Pieracci
<b>ASST: Presa in carico del paziente cronico</b>	Presentazione della candidatura come soggetto gestore;		DG	DG
	Organizzazione del percorso di presa in carico e della filiera erogativa (con altri erogatori e i medici di cure primarie);		DG	DSS DS
	Predisposizione del sistema informativo a supporto della presa in carico;		DG	Romellini

*Deo*

### Fase 3. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

Obiettivi	Indicatori	Direzioni interessate	Referenti
Attività in tema di trasparenza ed anticorruzione	<p>Mancato rilievo e segnalazione dalla UO Sistema dei Controlli, Prevenzione della corruzione trasparenza e privacy officer di gravi irregolarità in tema di trasparenza e anticorruzione</p> <p>Nel caso fossero rilevate gravi irregolarità, il punteggio derivante dalla valutazione della Fase 2, viene decurtato di 5 punti</p>	Direzione Strategica	Ceresetti

### Fase 4. ALPI (attività Libero Professionale Intramuraria)

Obiettivi	Indicatori	Azioni/Provvedimenti	Direzioni interessate	Referenti
ALPI (attività Libero Professionale Intramuraria)	<p>Inserimento nei regolamenti aziendali della funzione di monitoraggio trimestrale sull'andamento delle liste d'attesa per prestazioni istituzionali ed in ALPI (si intende una sintetica relazione da inviare alla UO Controllo di Gestione e Personale della DG Welfare, al termine di ogni trimestre, nella quale viene illustrato il volume di attività in ALPI per le prestazioni ricomprese nel flusso ALPI VOLUMI e il rapporto tra attività in ALPI e prestazioni istituzionali).</p> <p>il mancato rispetto comporta una decurtazione di 5 punti rispetto della valutazione della fase 2</p>		Direzione Strategica	Scolari Ferrè

**PS: Nei casi di assenza prolungata o per pensionamento prossimo o già avvenuto il Referente titolare deve passare le consegne al F.F. che proseguirà nell'attività intrapresa dal titolare.**

**RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE**

Il presente atto viene pubblicato in copia all'Albo di questa Azienda Socio-Sanitaria Territoriale della Valcamonica Via Nissolina n. 2 - Breno (Brescia) - per 15 giorni consecutivi, a

**6 - SET. 2017**

decorrere dal .....

IL RESPONSABILE AREA  
GESTIONE DELLE RELAZIONI  
(Gemma Torri)

*[Handwritten signature]*



**CERTIFICATO DI COPIA AUTENTICA**

Si attesta che la presente copia, composta da

N. 78 (settantotto) pagine,  
è conforme all'originale.

**6 - SET. 2017**

Breno, .....

IL RESPONSABILE AREA  
GESTIONE DELLE RELAZIONI  
(Gemma Torri)

*[Handwritten signature]*

