

*Azienda di Servizi alla Persona*



**ISTITUTI MILANESI  
MARTINITT E STELLINE  
E PIO ALBERGO TRIVULZIO**

# **PIANO DELLE PERFORMANCE 2019-2021**

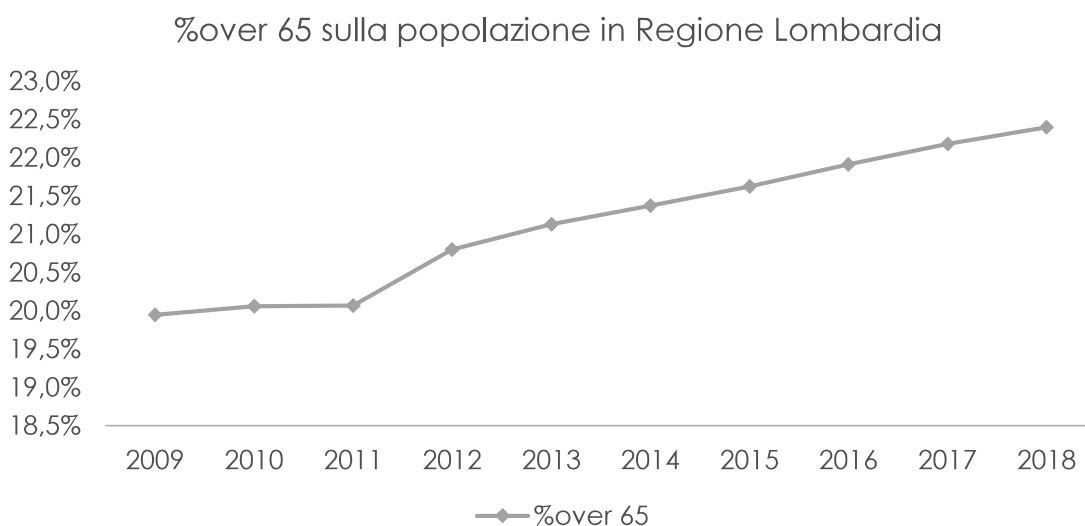
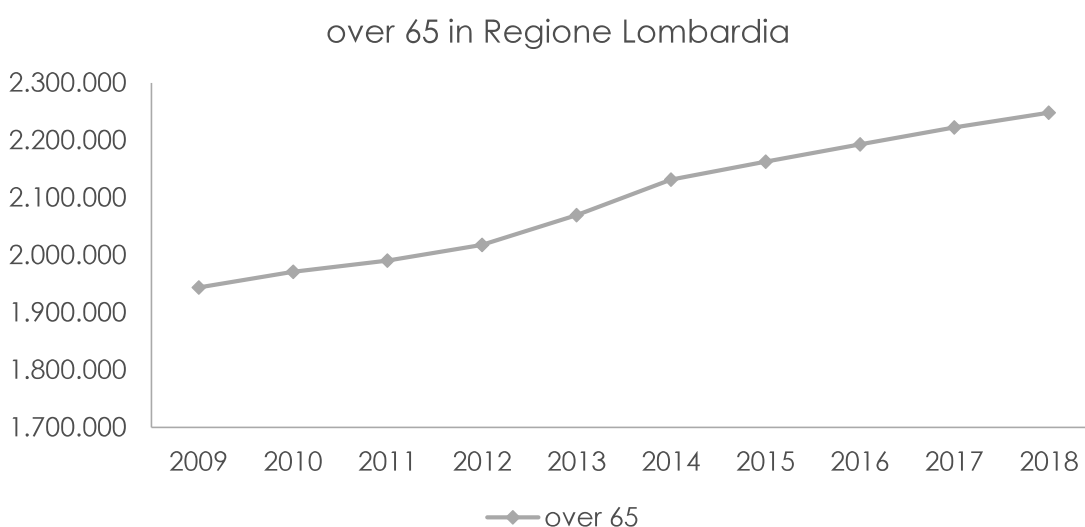
## Sommario

1.	Contesto Esterno .....	3
2.	Identità .....	5
2.1	Chi siamo e cosa facciamo .....	5
2.2.	Mission .....	6
2.3.	Come siamo organizzati.....	7
3.	L'ASP in cifre.....	8
3.1	Attività .....	8
3.2	Il tasso di occupazione dei posti letto .....	9
3.3	Le Comunità dei Minori .....	10
3.4	I dati sul personale.....	11
3.5	I dati di bilancio .....	12
4.	Obiettivi di triennio e obiettivi 2019 .....	13
4.1	Obiettivi strategici .....	13
4.2	Gli obiettivi specifici.....	15
4.2.1	Il miglioramento del risultato di esercizio .....	15
4.2.2	Il monitoraggio dei requisiti di accreditamento .....	15
4.2.3	Il miglioramento della qualità e il controllo dell'appropriatezza .....	18
4.2.4	Le nuove progettualità .....	23
4.2.5	La trasparenza e l'anticorruzione .....	24

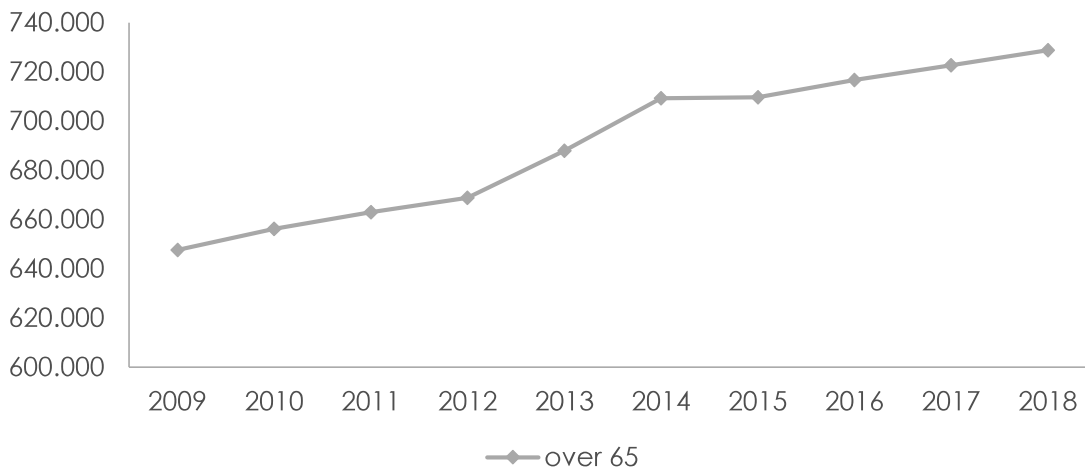
## 1. Contesto Esterno

Stando a recenti dati Eurostat, l'Italia è il paese con il più alto tasso di over 65 rispetto alla popolazione di età compresa fra i 15 e i 64 anni. Al primo gennaio 2018 la popolazione residente in Italia è pari a 60 milioni 484 mila unità. L'età media è di 45,2 anni, ciò è il riflesso di una società nella quale solo il 13,4% della popolazione ha meno di 15 anni, il 64,1% tra i 15 e i 64 anni e il 22,6% ha 65 anni e più.

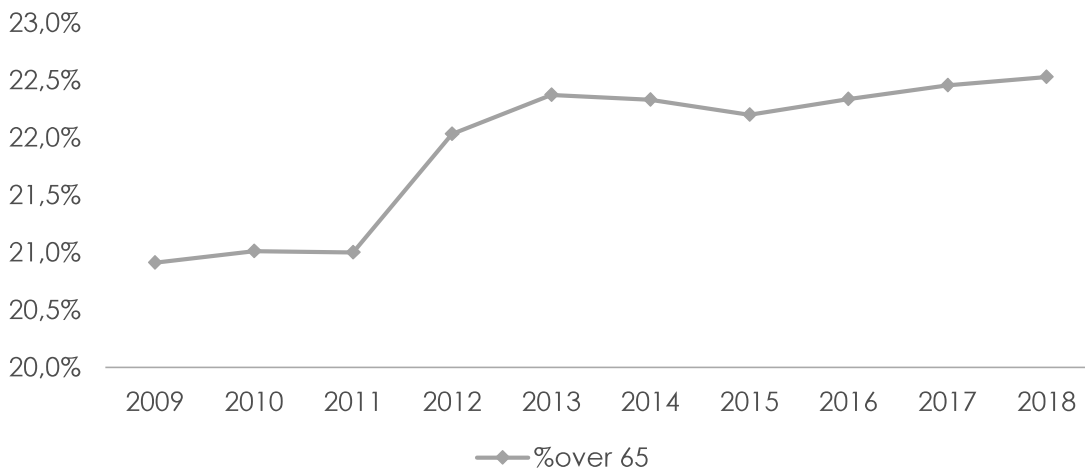
Anche a livello regionale questi dati sono confermati: guardando i grafici della Regione Lombardia e poi quelli della Città Metropolitana di Milano è possibile notare come la percentuale di popolazione over 65 sul totale sia incrementata negli ultimi dieci anni attestandosi di fatto ai valori nazionali.



### over 65 Città Metropolitana di Milano



### %over 65 sulla popolazione Città Metropolitana di Milano



Tale assetto demografico comporta un aumento di persone affette da malattie croniche, legate all'età, tra cui le demenze e una conseguente crescita dei bisogni assistenziali sia per aspetti clinici che sociali. Inoltre, l'incremento del numero di anziani porta a un aumento dell'età media negli ospedali e nelle strutture riabilitative (maggiore di 70 anni) e a una crescita delle patologie croniche che risultano in aumento visto il rialzo dell'età media. Le malattie croniche più diffuse sono: l'ipertensione (17,1%), l'artrosi/artrite (15,6%), le malattie allergiche (10,1%), l'osteoporosi (7,3%).

La domanda di servizi sanitari per soggetti anziani con patologie croniche negli ultimi anni è diventata sempre più alta e, di conseguenza, è cresciuto l'ammontare delle risorse sanitarie destinate a questa fascia di popolazione.

Il Pio Albergo Trivulzio si è impegnato a rispondere ai fabbisogni della filiera socio-sanitaria regionale con un'offerta ampia non solo per quanto riguarda la tipologia di servizio, ma anche i differenti livelli di intensità di cura.

## 2. Identità

### 2.1 Chi siamo e cosa facciamo

L'Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio, ha sviluppato un'ampia gamma di servizi che comprende:

- Cure Intermedie, cerniera tra la rete di offerta ospedaliera e il territorio. Si tratta di unità di degenza a prevalenza sanitaria, in grado di supportare la fase di deospedalizzazione, mirando al recupero funzionale delle persone, in particolare anziane, a seguito di esiti invalidanti di varie patologie neuromotorie, respiratorie, cardiologiche, oncologiche e demenze;
- RSA, luoghi di cura e assistenza ma anche luoghi di vita e di socializzazione, accolgono anziani ultra sessantacinquenni, residenti in Lombardia, non autosufficienti e non curabili a domicilio e garantiscono prestazioni sanitarie e socioassistenziali attraverso una serie di interventi integrati finalizzati al recupero delle abilità ancora esistenti e/o al mantenimento della condizione acquisita. All'interno delle strutture sono presenti nuclei specifici e distinti in grado di ricevere casi complessi relativi a pazienti affetti da Alzheimer e pazienti in stato vegetativo.
- Hospice, assistenza complementare ai malati terminali assistiti dalle unità di cure palliative milanesi, qualora la gestione a domicilio fosse non più perseguibile, per motivi clinici o psico-sociali;

### La gamma dei servizi offerti



- Centro Diurno Continuo che, come da convenzione con l'ATS può accogliere fino a un massimo di 100 pazienti al giorno. L'attività è organizzata su due turni di quattro ore ciascuno: 80 pazienti afferiscono durante la mattina e altri 20 al pomeriggio. La struttura dispone di palestre dedicate in cui i pazienti eseguono trattamenti riabilitativi, un servizio mensa per il pranzo e altri locali e servizi. Due medici fisiatri si occupano a tempo pieno dei pazienti del Centro Diurno Continuo;
- Poliambulatorio, una moderna struttura in grado di offrire a tutti visite in diverse specialità cliniche, esami diagnostici e analisi di laboratorio. L'attività è rivolta, oltre che agli utenti esterni, anche ai pazienti ricoverati nei reparti delle Cure Intermedie e in RSA;
- assistenza alle famiglie mediante lo sportello CuraMi;

- proposte educative volte all'accoglienza, alla protezione, al mantenimento, all'istruzione, allo sviluppo psicofisico e alla formazione professionale dei minori in difficoltà;
- attività culturali e didattiche mediante il Museo e la Banda Musicale.

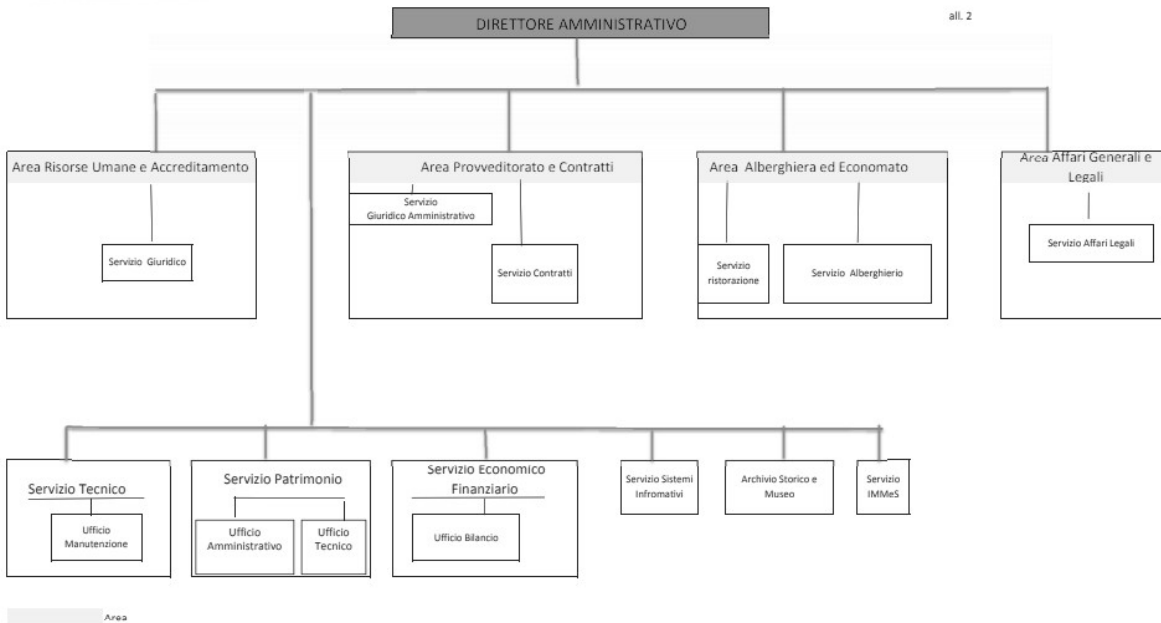
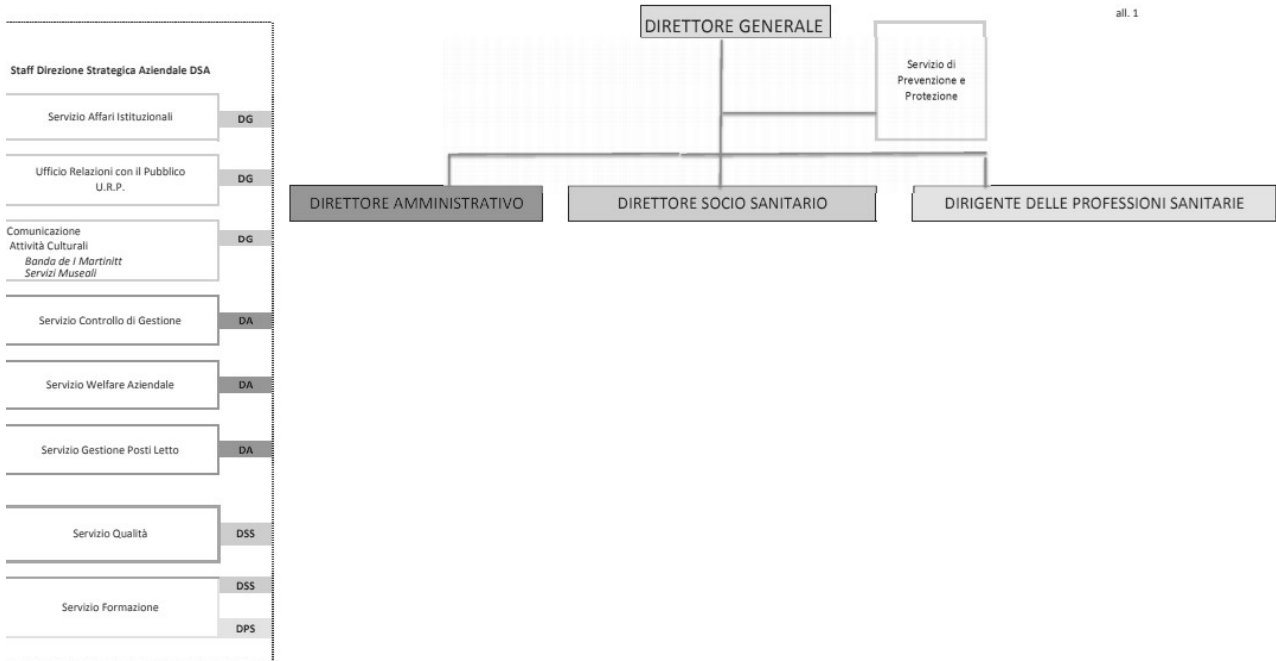
## 2.2. Mission

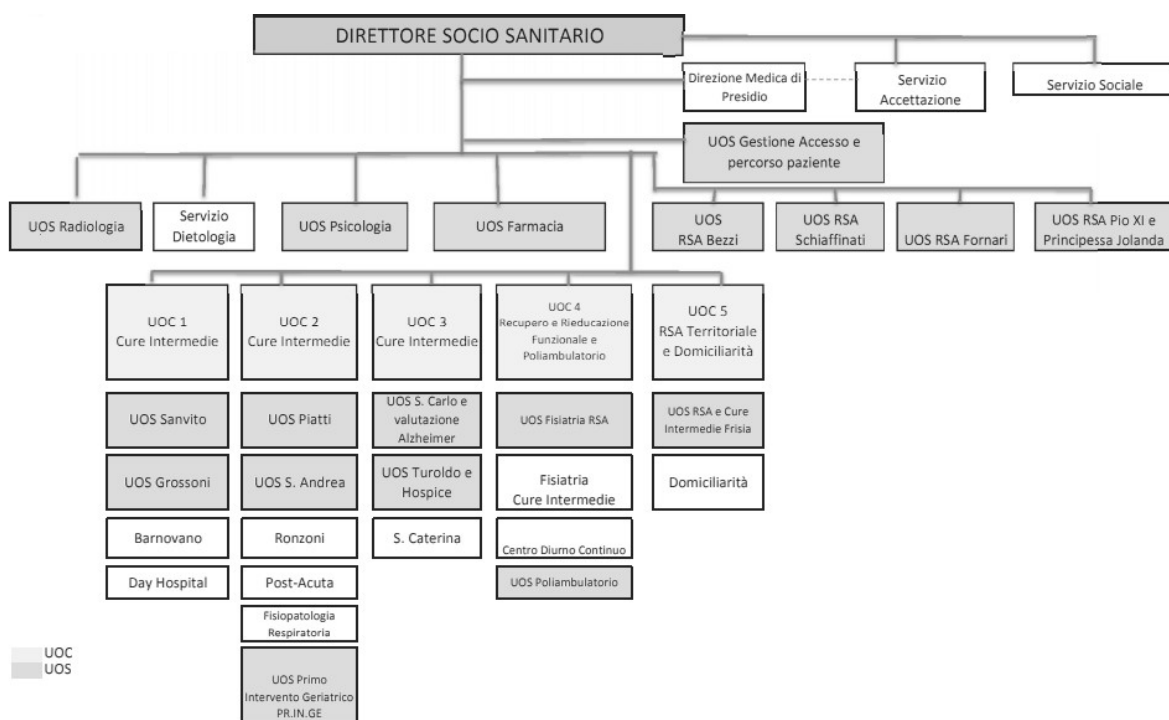
Mission dell'azienda è prendersi cura della persona, garantendone la dignità, attraverso la riabilitazione funzionale e il recupero della sua autonomia sociale e della sua capacità di relazionarsi con l'ambiente in cui vive, accompagnandola in un momento della sua vita, tra la sua casa, l'ospedale e i nostri servizi, per rispondere in modo integrato ai suoi bisogni.

### Valori



## 2.3. Come siamo organizzati





### 3. L'Azienda in cifre

#### 3.1 Attività

L'Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio dispone di 1.376 posti letto accreditati suddivisi in Cure Intermedie e RSA: dei 444 delle Cure Intermedie 404 afferiscono alla sede di Milano e 40 all'Istituto Frisia di Merate.

Gli 889 posti letto di RSA sono così suddivisi: 570 al Pio Albergo Trivulzio di cui 40 Alzheimer e 20 Stati Vegetativi, 95 alla Principessa Jolanda e 224 al Frisia, di cui 20 Alzheimer.

Vanno ancora elencati 13 posti letto di Hospice, 20 di Post Acuta e 10 di Primo Intervento Geriatrico (PR.IN.GE.).



PR.IN.GE. •10	HOSPICE •13	POST ACUTA •20	C.I. •444	RSA •889
------------------	----------------	-------------------	--------------	-------------

Il PR.IN.GE., Primo Intervento Geriatrico, è un modello sperimentale di presa in carico da parte di strutture intermedie qualificate, come il Trivulzio, che integrano e supportano sia le attività di strutture di ricovero per acuti che quelle dei medici di base in una realtà particolarmente complessa come quella di Milano.

È situato presso la Struttura RSA Bezzi ed è stato attivato attraverso la riconversione di 10 posti letto RSA in posti letto di riabilitazione geriatrica. Sono erogate due tipologie di intervento: l'osservazione geriatrica breve, che prevede una permanenza massima di 48-72 ore, e il monitoraggio e la stabilizzazione clinico funzionale, per cui è previsto un ricovero per un massimo di 7-10 giorni.

### 3.2 Il tasso di occupazione dei posti letto

Come si può vedere dalle tabelle sottostanti, l'ASP ha un buon livello di saturazione dei posti letto, il fatturato è in crescita e la sua capacità produttiva eccede l'assegnazione dei budget ATS.

CURE INTERMEDIE	Tasso di Occupazione	Tasso di Occupazione	Fatturato	Fatturato
	2017	2018	2017	2018
PAT	98,77%	98,40%	25.828	26.020
Frisia	97,80%	98,84%	2.593	2.824
<b>Totale CURE INTERMEDIE</b>	<b>98,68%</b>	<b>98,44%</b>	<b>28.421</b>	<b>28.844</b>

RSA	Tasso di Occupazione	Tasso di Occupazione	Fatturato	Fatturato
	2017	2018	2017	2018
PAT (esclusi SV)	99,33%	97,88%	21.959	21.955
PJ	96,27%	98,82%	3.974	4.031
Frisia	98,74%	98,61%	8.253	8.281
<b>Totale RSA</b>	<b>98,21%</b>	<b>98,17%</b>	<b>34.186</b>	<b>34.267</b>

Stati Vegetativi	T.O.	T.O.	Fatturato	Fatturato
	2017	2018	2017	2018
Bezzi 1 SV	85,47%	89,62%	1.109	1.178

PROGETTI SPERIMENTALI	T.O.	T.O.	Fatturato	Fatturato
	2017	2018	2017	2018

Post acuta Milano	99,56%	98,88%	426.777	415.589
Post acuta Frisia	92,11%	96,16%	397.657	408.966
(PR.IN.GE)	76,52%	98,27%	375.662	717.974
<b>Totale Progetti sperimentali</b>	<b>90,98%</b>	<b>97,77%</b>	<b>1.200.097</b>	<b>1.542.529</b>

Hospice	T.O. 2017	T.O. 2018	Fatturato 2017	Fatturato 2018
Hospice	90,75%	92,80%	1.027	1.138

### 3.3 Le Comunità dei Minori

Gli Istituti Milanesi Martinitt e Stelline provvedono, invece, all'accoglimento, al mantenimento, all'educazione morale e fisica, all'istruzione, alla formazione professionale, alla protezione, allo sviluppo psicofisico e all'avviamento al lavoro di minori bisognosi, italiani e stranieri. Il programma educativo e sociale dell'IMMeS si propone di favorire l'inserimento del minore nella famiglia e nella società, collaborando con la rete territoriale dei servizi, secondo gli indirizzi dettati dalle Autorità amministrative e giudiziarie competenti e degli Enti Affidanti. L'IMMeS è costituito da una sede centrale, da 3 Comunità Alloggio da 10 posti, 2 Servizi di Pronto Intervento, 1 Alloggio per maggiorenni e 1 Alloggio per l'autonomia.

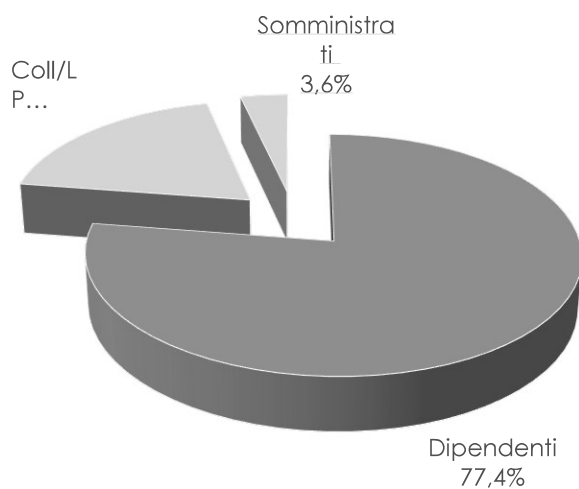
COMUNITA'	POSTI	ETA'
Comunità Curtatone	10	12-18 ANNI
Comunità Linate	10	5-13 ANNI
Comunità Stelline	10	13-18 ANNI
Comunità Prima Accoglienza	10	12-18 ANNI
Pronto Intervento I	10	12-18 ANNI
Pronto Intervento II	10	13-18 ANNI
Alloggio per maggiorenni	21	18-26 ANNI
Alloggio per l'autonomia	3	18-21 ANNI

### 3.4 I dati sul personale

Al 31/12/2018 erano presenti 1.482 persone. Di queste il 77,4% era assunto con contratto di lavoro subordinato, il 3,6% mediante un contratto di somministrazione e 19% era in libera professione. La percentuale di presenza femminile risulta sempre superiore a quella maschile.

	Totale	%Totale	Donne	Uomini	% Donne
Dipendenti	1.147	77,4%	811	336	70,7%
Collaboratori/LP	282	19,0%	164	118	58,2%
Somministrati	53	3,6%	33	20	62,3%
<b>Totale</b>	<b>1.482</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.008</b>	<b>474</b>	<b>68,0%</b>

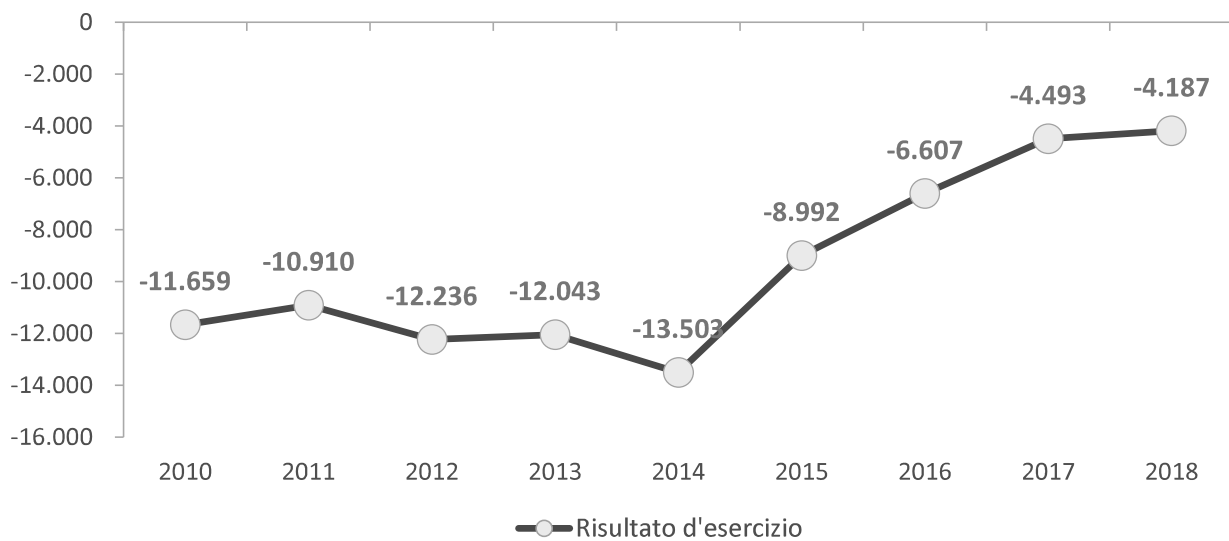
Suddivisione del personale dell'ASP



### 3.5 I dati di bilancio

	2017	2018	Delta	Delta %
<b>Totale Ricavi</b>	87.565	89.297	1.732	2,0%
<b>Totale Costi</b>	-87.074	-89.143	-2.069	2,4%
<b>1° Margine di Contribuzione</b>	491	154	-337	-68,7%
<b>2° Margine di Contribuzione</b>	-2.478	-2.449	29	-1,2%
<b>Risultato di Esercizio</b>	7.354	3.093	-4.261	-57,9%

Trend del risultato d'esercizio al netto delle poste straordinarie



## 4. Obiettivi di triennio e obiettivi 2019

### 4.1 Obiettivi strategici

La recente riforma del decreto legislativo. n. 150/2009, in materia di ciclo della performance, ha introdotto, in particolare, la categoria degli obiettivi specifici triennali che ogni pubblica amministrazione deve individuare nel proprio Piano della performance, e che ne rappresentano il punto di riferimento e ne esprimono la funzione direzionale.

Nell'introdurre tale categoria di obiettivi il legislatore ha voluto porre l'attenzione sulla performance organizzativa.

Lo sviluppo degli obiettivi specifici ha rappresentato anche la base di partenza per la definizione degli aspetti connessi alla programmazione del budget, allo scopo di garantire la necessaria coerenza fra i due ambiti di programmazione insieme alla coerenza con quanto stabilito nel Documento di Programmazione Economica 2019-2021, approvato con Deliberazione n. 3=6 del 20 giugno 2019.

L'attività ha preso il via con l'attivazione dei lavori per l'adozione del DPE, le cui priorità saranno precisate più nel dettaglio negli obiettivi degli anni 2020 e 2021.

Più in generale le aree e gli obiettivi strategici sulle quali l'ASP si concentrerà per il prossimo triennio sono i seguenti:

- **A - Miglioramento del risultato di esercizio**
- **B - Monitoraggio dei requisiti di accreditamento**
- **C - Miglioramento della qualità e controllo dell'appropriatezza**
- **D - Investimento in nuove progettualità**
- **E - Monitoraggio adempimenti trasparenza e anticorruzione**

Ogni obiettivo strategico è a sua volta declinato in obiettivi specifici che assumono, a seconda del grado di coinvolgimento del dirigente responsabile cui si assegnano gli obiettivi specifici, connotazioni e pesi differenti.

In riferimento all'obiettivo strategico B – Monitoraggio dei requisiti di accreditamento, e per rendere più efficace la verifica circa il rispetto dei requisiti di accreditamento, l'ASP ha istituito con Determinazione n. RU/99/2017 del 28 aprile 2017 apposito Nucleo interno che, secondo un calendario definito, verifica il rispetto sia dei requisiti strutturali di esercizio, sia dei requisiti organizzativi e gestionali generali e specifici, utilizzando a riguardo la check list di ATS Città Metropolitana di Milano.

A completamento di quanto sopra, si riporta di seguito la mappatura degli obiettivi strategici e operativi relativi all'anno 2019.



## 4.2 Gli obiettivi specifici

### 4.2.1 Il miglioramento del risultato di esercizio

L'Obiettivo strategico **A - Miglioramento del risultato di esercizio** – conferito sia alla dirigenza amministrativa che sanitaria - si declina nei due obiettivi specifici:

#### **A1 – Rispetto/Miglioramento del budget - specifico per la struttura.**

Il dirigente responsabile risponde del mancato rispetto del budget annuo di riferimento, comunicato in sede di consegna delle schede obiettivi.

#### **A2 – Rispetto/Miglioramento del budget – generale aziendale.**

Il dirigente responsabile risponde del mancato rispetto del budget annuo aziendale di riferimento. L'obiettivo ha la finalità di rendere il rispetto del budget aziendale un obiettivo comune a cui tutti concorrono con le medesime responsabilità.

### 4.2.2 Il monitoraggio dei requisiti di accreditamento

L'Obiettivo strategico **B - Monitoraggio dei requisiti di accreditamento** – conferito alla dirigenza sanitaria e amministrativa coinvolta nel procedimento di mantenimento dei requisiti - si declina nell'obiettivo specifico che segue:

#### **B1 – Sorveglianza e controllo del mantenimento dei requisiti di accreditamento organizzativi, strutturali e riferiti al rispetto dei flussi e debiti informativi verso ATS.**

A proposito del monitoraggio dell

#### **B1 – Azione 1 Sorveglianza e controllo del mantenimento dei requisiti di accreditamento organizzativi (check list, esito verifiche ispettive):**

##### Indicatore

Esito verifiche ispettive sull'appropriatezza svolte da ATS e/o nucleo interno di autocontrollo (check list).

##### Target

100% verbale con percentuale di raggiungimento degli indicatori $\geq 95\%$
40% verbale con percentuale di raggiungimento degli indicatori compresa fra 94 e 85%
0% verbale con percentuale di raggiungimento degli indicatori $\leq 84\%$

##### Campione

Nei 3 quadrimestri verrà visionato il seguente numero di FASAS:

**Per CURE INTERMEDIE:** 16 per UOC 1, 15+ 5 per UOC 3 (CI e HOSPICE) e 20 per UOC 2 (CI e fisiorespiro) e 8 per UOC 5 (CI e PA FRISIA).

**Per RSA:** 6 per PIO XI e 6 per PJ, 14 per BEZZI, 14 per SCHIAFFINATI, 7 per FORNARI, e 15 per UOC 5 (RSA FRISIA )

**Per ADI:** 10

**Per UOC FKT:** 5 ambulatoriali, 5 semiresidenziali e 10 CDC

Qualora siano presenti in un quadrimestre sia la valutazione del nucleo interno che la valutazione di ATS, per il raggiungimento dell'obiettivo prevale il giudizio di ATS.

I FASAS scelti per la valutazione sono quelli di ingressi ultimo trimestre 2018 e gli ingressi del 2019 per quanto riguarda le RSA, poiché sono quelli potenzialmente esaminabili da ATS. Per quanto riguarda CI, UOC FKT, ADI e HOSPICE vengono visionati i FASAS di soggetti ricoverati al momento del controllo e FASAS di pz dimessi nel mese precedente con lo scopo di provvedere subito a colmare le inadempienze riscontrate. I FASAS saranno scelti in modo casuale dal nucleo. I controlli saranno **a sorpresa** e non più anticipati da mail del nucleo.

Per ogni UOC viene valutata l'aderenza alla check list regionale utilizzata anche da ATS per ogni unità di offerta. Per RSA si valutano sia gli indicatori generali che specifici, mentre per CI e UOC FKT si valutano solo gli indicatori generali (esattamente come fa ATS). Per HOSPICE e ADI si valutano gli indicatori generali e quelli specifici per quella Udo.

Il calcolo della percentuale si fa dividendo gli indicatori raggiunti per la somma di indicatori raggiunti e non raggiunti. Pertanto quelli segnati come NON PERTINENTI non rientrano nel calcolo essendo appunto indicatori non valutabili.

## **B1 – Azione 2**

### **Sorveglianza e controllo del mantenimento dei requisiti di accreditamento strutturali/gestionali (check list, esito verifiche ispettive)**

#### Indicatore

Esito verifiche ispettive sulla vigilanza dei requisiti strutturali/gestionali svolte da ATS e/o nucleo interno di autocontrollo (check list). Si verifica, tra gli altri, il mantenimento della destinazione d'uso dei locali secondo assetto accreditato e il mantenimento degli standard gestionali del personale medico.

#### Target

100% verbale positivo per mantenimento di tutti i requisiti
50% verbale con prescrizioni o inadempienze significative o rilievo durante sopralluogo del cambio di destinazione d'uso di 1 locale
0% verbale con gravi inadempienze o rilievo durante sopralluogo del cambio di destinazione d'uso di 2 o più locali o non raggiungimento degli standard

#### Campione

Nel corso del 2019 verranno verificati a campione per ogni UOC i locali accreditati dal nucleo interno di autocontrollo al fine di verificare che tutti i locali continuino a rispettare le destinazioni d'uso comunicate in ATS per l'accreditamento.

Verrà inoltre selezionata una settimana a campione per la verifica del mantenimento degli standard gestionali del personale medico (valido per UOC 1, 2,3 e 5). Per quanto riguarda la UOC 3, in particolare per l'Hospice, verrà valutato il raggiungimento delle ore a standard di tutto il personale afferente alla DSS, quindi non solo le ore di presenza del medico ma anche di AS e psicologo.

Per quanto riguarda le UOS RSA si farà riferimento al numero di presenze minime in tutto il comparto RSA come concordato.

Qualora siano presenti in un quadrimestre sia la valutazione del nucleo interno che la valutazione di ATS, per il raggiungimento dell'obiettivo prevale il giudizio di ATS.



\* \* \* \* \*

L'obiettivo è declinato in modo differente per la UOS PSICOLOGIA.

**B1 – Azione 1**

**Sorveglianza e controllo del mantenimento dei requisiti di accreditamento organizzativi e gestionali (check list, esito verifiche ispettive)**

**Indicatore 1**

Esito verifiche ispettive sull'appropriatezza svolte da ATS e/o nucleo interno di autocontrollo, mediante check list, riguardo la presa in carico dei pazienti ricoverati in hospice (campione di 5 FASAS a quadrimestre)

**Target**

100% verbale con indicatore generale 1 riguardante la presa in carico psico-sociale sempre soddisfatto
40% verbale con indicatore generale 1 riguardante la presa in carico psico-sociale soddisfatto in almeno l'85% del campione
0% verbale con indicatore generale 1 riguardante la presa in carico psico-sociale soddisfatto in meno dell' 85% del campione

Per la valutazione si terrà conto dell'indicatore generale 1 della check list utilizzata da ATS per i 5 FASAS esaminati in Hospice in ogni quadrimestre.

**B1 – Azione 2**

**Indicatore 1**

Esito verifiche a campione del registro presenze settimanali di Hospice

**Target**

100% la verifica a campione mostra il raggiungimento degli standard di accreditamento
0% la verifica a campione mostra il mancato raggiungimento degli standard di accreditamento

Per ogni quadrimestre verrà fatta una verifica del registro presenze di Hospice, dove verranno verificate le ore di presenza dello psicologo nella settimana campionata in modo casuale. Si prendono come standard le 7.35 ore settimanali come se l'Hospice fosse sempre alla massima occupazione.

\* \* \* \* \*

L'obiettivo è declinato in modo differente per la UOS ACCESSO.

**B1 – Azione 1**

**Assolvimento debito monitoraggio attività accesso cure intermedie**

**Indicatore 1**

Misurazione della tempestività di assolvimento del debito quindicinale relativo alla gestione delle liste d'attesa.

**Target**

100% rispetto delle scadenze
------------------------------

0% mancato rispetto delle scadenze
------------------------------------

Invio al valutatore (DSS e DMP) di un report quindicinale sull'andamento delle liste d'attesa (CSM, extra CSM e domicilio) suddiviso per setting (gg, spec e specificando le branche specialistiche).

### **Indicatore 2**

Misurazione della tempestività di assolvimento del debito quadrimestrale relativo alla valutazione e gestione ingressi domande di CI.

#### **Target**

100% rispetto delle scadenze
------------------------------

0% mancato rispetto delle scadenze
------------------------------------

Invio al valutatore (DSS e DMP) di un report quadrimestrale sull'andamento della valutazione e della gestione delle domande di ingresso in cure intermedie.

### **Indicatore 3**

Misurazione della completezza dei dati

#### **Target**

100% report completo
----------------------

0% report incompleto
----------------------

Completezza del report quadrimestrale che deve contenere:

- Domande di ingresso pervenute distinte in CSM, extra CSM e domicilio (specificando ospedali di provenienza)
- Domande di ingresso pervenute distinte in rifiutate e accettate
- Distinzione per setting (gg e spec) e per profilo
- Distinzione per sesso
- Tempi di attesa medi tra arrivo della domanda, valutazione ed ingresso distinti per lista d'attesa (CSM, extra CSM, domicilio)
- Gestione interna dei posti letto con relative discrepanze fra programmato e attuato (distinto per sezione)

Andamento mensile di ricoveri da CSM in valore assoluto e % sulla totalità degli ingressi.

## **4.2.3 Il miglioramento della qualità e il controllo dell'appropriatezza**

L'Obiettivo strategico **C - Miglioramento della qualità e controllo dell'appropriatezza** – che si declina in modo differente a seconda che sia conferito alla dirigenza sanitaria o alla dirigenza amministrativa – riguarda gli obiettivi specifici che seguono:

### **C1 – Miglioramento documentazione clinico-assistenziale (aderenza protocolli/procedure)**

**Azione 1 - Aderenza compilazione FASAS alle procedure riguardanti CONSENSO INFORMATO, LDD, CADUTE, CONTENZIONE, DOLORE, MUST**

#### **Indicatore 1**

Verifica di un campione selezionato 3 volte all'anno di FASAS.

Per CURE INTERMEDIE: 16 per UOC 1, 15+ 5 per UOC 3 (CI e HOSPICE) e 20 per UOC 2 (CI e fisiorespiro) e 8 per UOC 5 (CI e PA FRISIA).

Per RSA: 6 per PIO XI e 6 per PJ, 14 per BEZZI, 14 per SCHIAFFINATI, 7 per FORNARI, e 15 per UOC 5 (RSA FRISIA )

Per ADI:10

Per UOC FKT: 5 ambulatoriali, 5 semiresidenziali e 10 CDC

**Target**

100% FASAS tutti aderenti alle procedure
30% FASAS parzialmente aderenti alla procedura quindi anche in caso di un solo FASAS campionato non aderente a una delle procedure in esame
0% tutti i FASAS non aderenti alle procedure

**Campione**

I FASAS scelti per la valutazione sono quelli di ingressi ultimo trimestre 2017 e gli ingressi del 2018 per quanto riguarda le RSA, poiché sono quelli potenzialmente esaminabili da ATS. Per quanto riguarda CI, UOC FKT, ADI e HOSPICE vengono visionati i FASAS di soggetti ricoverati al momento del controllo con lo scopo di provvedere subito a colmare le inadempienze riscontrate. I FASAS saranno scelti in modo casuale dal nucleo.

**Esempio esplicativo**

CADUTE: si visionano 20 FASAS per la UOC in esame. L'indicatore è valutabile in 18 FASAS. Se è raggiunto in tutti e 18 (18/18) si valuta 100%, se non è mai raggiunto (0/18) si valuta 0%, se è raggiunto parzialmente (17/18) si valuta 30%. Si procede analogamente per i restanti item. Se dei 5 item esaminati, anche solo uno risultava parzialmente raggiunto l'intero obiettivo viene valutato come parzialmente raggiunto.

**Indicatore 2 (valido solo per CI, quindi UOC 1, 2, 3 e 5 e UOC FKT)**

Verifica di un campione selezionato 3 volte all'anno di FASAS.

Per CURE INTERMEDIE: 16 per UOC 1, 15+ 5 per UOC 3 (CI e HOSPICE) e 20 per UOC 2 (CI e fisiorespiro) e 6+10 per UOC 5 (CI FRISIA e ADI).

**Target**

100% tutti i FASAS campionati hanno ricetta SSR completa
0% anche 1 dei FASAS campionati ha ricetta incompleta

Tutti i FASAS campionati dovranno essere completi anche nella ricetta SSR proveniente dagli Ospedali invianti.

\* \* \* \* \*

L'obiettivo è declinato in modo differente per la UOS ACCESSO.

**Azione 1**

Verifica di un campione selezionato 3 volte all'anno di FASAS.

Per CURE INTERMEDIE: 16 per UOC 1, 15 per UOC 3 (solo CI) e 20 per UOC 2 (CI).

**Target**

100% tutti i FASAS campionati hanno ricetta SSR completa
0% anche 1 dei FASAS campionati hanno ricetta incompleta

Tutti i FASAS campionati dovranno essere completi anche nella ricetta SSR proveniente dagli Ospedali invianti.

**C2 – Miglioramento appropriatezza prescrittiva (esami di laboratorio, diagnostica per immagini, visite e prestazioni specialistiche, farmaci ed emoderivati)**

**AZIONE 1 (Non valido per UOC FKT) - Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva farmacologica e contenimento della spesa**

**Indicatore 1**

Esito delle verifiche sulle prescrizioni farmacologiche fuori prontuario

**Target**

100% tutte le prescrizioni fuori prontuario arrivano complete di firme, timbri e motivazioni e vengono approvate da farmacia e DSS
50% anche solo una prescrizione fuori prontuario arriva incompleta o non viene approvata
0% più di una prescrizione fuori prontuario arriva incompleta o non viene approvata

**Campione**

Nel corso dell'anno verranno valutate tutte le prescrizioni fuori prontuario pervenute alla UOS Farmacia e conseguentemente approvate dalla stessa e poi autorizzate dalla DSS. Per motivazione non si intende il semplice quesito diagnostico, bensì il perché è necessario e insostituibile il farmaco fuori prontuario richiesto. L'obiettivo sarà valutato a fine anno.

**Indicatore 2**

Riduzione rispetto al 2017 del consumo degli IPP (per os e ev) su giornate di degenza ordinaria

**Target**

100% riduzione del consumo di IPP orali maggiore o uguale al 15% per CI PAT; al 20% per RSA PAT; per UOC 5 e UOS Bezzi mantenimento dei consumi uguale al 2018
50% riduzione compresa tra il 15% e il 12% per CI PAT; compresa tra il 20% e il 15% per RSA PAT; per UOC 5 e UOS Bezzi aumento dei consumi compreso fra 0,1 e 5% rispetto al 2018
0% riduzione inferiore al 12% per CI PAT; inferiore al 15% per RSA PAT; per UOC 5 e UOS Bezzi aumento dei consumi superiore al 5% rispetto al 2018

**Campione**

Per ogni UOC/UOS verrà calcolato il consumo del 2017 come pezzi su giornate di degenza ordinaria rispetto al quale si chiede una riduzione per il 2019 del 15% per le Cure Intermedie PAT e del 20% per RSA PAT. Per la UOC 5 e la UOS Bezzi che nel 2018 hanno raggiunto l'obj prefissato si chiede il mantenimento dei consumi. Nel corso dell'anno verranno inviati dalla farmacia dei report mensili sull'andamento dei consumi per facilitare il monitoraggio.

Verranno sterilizzate dal conteggio le seguenti sezioni: Grossoni, Piatti, Pringe e Bezzi SV.

**Indicatore 3**

Riduzione rispetto al 2017 del consumo di Xprep, Pursennid e Lovoldyl su giornate di degenza ordinaria con mantenimento del consumo di Movicol uguale al 2017

**Target**

100% riduzione del consumo di Xprep, Pursennid e Lovoldyl maggiore o uguale al 50% senza aumenti di consumo di Movicol superiori al 10% per RSA; maggiore o uguale al 10% senza aumenti di consumo
--

di Movicol superiori al 10% per CI; per UOC 3, UOC 5 e UOS Fornari mantenimento dei consumi uguale al 2018
50% riduzione del consumo di Xprep, Pursennid e Lovoldyl compresa tra il 40 % e il 49% senza aumenti di consumo di Movicol superiori al 10% per RSA; compresa tra il 10 % e l'8% senza aumenti di consumo di Movicol superiori al 10% per CI; per UOC 3,UOC 5 e UOS Fornari aumento dei consumi compreso fra 0,1 e 5% rispetto al 2018
0% riduzione del consumo di Xprep, Pursennid e Lovoldyl inferiore al 40% e/o aumenti di consumo di Movicol superiori al 10% per RSA; inferiore all'8% e/o aumenti di consumo di Movicol superiori al 10% per CI; per UOC 3,UOC 5 e UOS Fornari aumento dei consumi superiore al 5% rispetto al 2018

#### Campione

Per ogni UOS RSA verrà calcolato il consumo del 2017 come pezzi su giornate di degenza ordinaria rispetto al quale si chiede una riduzione per il 2019 del 50% senza variazioni nel consumo di Movicol superiori al 10% rispetto allo storico dell'anno precedente. Per ogni UOC CI si chiede una riduzione per il 2019 del 10% senza variazioni nel consumo di Movicol superiori al 10% rispetto allo storico dell'anno precedente. L'obiettivo sarà valutato a fine anno. Per la UOC 3, la UOC 5 e la UOS Fornari che nel 2018 hanno raggiunto l'obj prefissato si chiede il mantenimento dei consumi. Nel corso dell'anno verranno inviati dalla farmacia dei report mensili sull'andamento dei consumi per facilitare il monitoraggio.

#### Indicatore 4

Riduzione rispetto al 2017 del consumo di meropenem su giornate di degenza ordinaria secondo le linee di indirizzo condivise.

#### Target

100% riduzione del 15% del consumo di meropenem per UOC 1, UOC 2 e UOS PIO/PJ; per le restanti mantenimento dei consumi uguale al 2018
50% riduzione del consumo di meropenem compresa tra 10% e 14% per UOC 1, UOC 2 e UOS PIO/PJ; per le restanti aumento dei consumi compreso fra 0,1 e 5% rispetto al 2018
0% riduzione inferiore al 10% per UOC 1, UOC 2 e UOS PIO/PJ; per le restanti aumento dei consumi superiore al 5% rispetto al 2018

#### Campione

Per la UOC 1, la UOC 2 e la UOS PIO/PJ verrà calcolato il consumo del 2017 come pezzi su giornate di degenza ordinaria rispetto al quale si chiede una riduzione per il 2019 del 15%. Per le UOC/UOS rimanenti che nel 2018 hanno raggiunto l'obj prefissato si chiede il mantenimento dei consumi. L'obiettivo sarà valutato a fine anno. Nel corso dell'anno verranno inviati dalla farmacia dei report mensili sull'andamento dei consumi per facilitare il monitoraggio.

\* \* \* \* \*

L'obiettivo è declinato in modo differente per la UOS FARMACIA

**Azione 1 - Garantire l'appropriatezza delle prescrizioni**

**Indicatore 1**

Esito delle verifiche sulle prescrizioni farmacologiche fuori prontuario

**Target**

100% evidenza del monitoraggio con apposita modulistica
0% insufficiente o mancata evidenza del monitoraggio

Ogni quadrimestre la UOS dovrà fornire un report sull'andamento prescrittivo di farmaci fuori prontuario specificando per ogni sezione quanti richieste sono arrivate non complete e quanti farmaci non sono stati approvati ricorrendo ad un sostituto presente in prontuario.

**Indicatore 2**

Monitoraggio e accompagnamento alla riduzione del consumo degli IPP rispetto al 2017

**Target**

100% evidenza del monitoraggio mensile
0% insufficiente o mancata evidenza del monitoraggio

Ogni mese la UOS dovrà fornire ai capi UOC/UOS (e al misuratore) un report sull'andamento prescrittivo di IPP con allegata una valutazione qualitativa dell'andamento ed eventuali criticità.

**Indicatore 3**

Monitoraggio e accompagnamento alla riduzione del consumo di Pursennid e Bisocodile con mantenimento del consumo di Movicol uguale al 2017.

**Target**

100% evidenza del monitoraggio mensile
0% insufficiente o mancata evidenza del monitoraggio

Ogni mese la UOS dovrà fornire ai capi UOC/UOS (e al misuratore) un report sull'andamento prescrittivo di lassativi con allegata una valutazione qualitativa dell'andamento ed eventuali criticità.

**Indicatore 4**

Monitoraggio e accompagnamento alla riduzione del consumo di meropenem secondo le linee di indirizzo condivise.

**Target**

100% evidenza del monitoraggio mensile
0% insufficiente o mancata evidenza del monitoraggio

Ogni mese la UOS dovrà fornire ai capi UOC/UOS (e al misuratore) un report sull'andamento prescrittivo di meropenem con allegata una valutazione qualitativa dell'andamento ed eventuali criticità.

**C3 – Miglioramento procedimenti amministrativi**

A ciascun dirigente responsabile di Area o Servizio vengono assegnati obiettivi specifici relativi al settore di competenza.

Le azioni a carattere trasversale sono state individuate nelle seguenti:

- Dematerializzazione

- Attuazione regolamento gestione orario di servizio e congelamento/diminuzione del credito/debito (presentazione proposta da approvare da parte del DA)
- Contributo al DPE (programmazione fabbisogno acquisti) assicurando il rispetto e il monitoraggio delle tempistiche ivi indicate
- Rispetto della programmazione relativa all'ambito di competenza (concorsi, investimenti)

Gli indicatori sono individuati sulla base delle scadenze individuate nella programmazione, sul riferimento a dati relativi all'anno precedente, e nel rispetto delle tempistiche inserite nella documentazione condivisa.

#### 4.2.4 Le nuove progettualità

L'Obiettivo strategico **D – Nuove progettualità** – che si declina in modo differente a seconda che sia conferito alla dirigenza sanitaria o alla dirigenza amministrativa – riguarda gli obiettivi specifici che seguono:

##### **D1 – Progetto aziendale (sanitari)**

##### **Azione 1 -Progetto specifico per la struttura**

##### Indicatore 1

Individuazione del progetto specifico per la struttura condiviso e approvato da DG e DSS

##### Target

100% condivisione del progetto e sua approvazione entro aprile da parte di DG e DSS
0% mancata condivisione o condivisione in ritardo del progetto

Valutazione nel primo quadrimestre 2019

##### Indicatore 2

Attuazione del progetto specifico per la struttura

##### Target

100% attuazione completa del progetto specifico per la struttura
50% attuazione parziale del progetto specifico per la struttura
0% mancata attuazione o attuazione insufficiente o carente del progetto specifico per la struttura

Valutazione nel terzo quadrimestre 2019.

##### **D1 – Progetti specifici (amministrativi)**

Ad ogni dirigente responsabile di Area o Servizio vengono assegnati progetti strategici di natura trasversale declinati nel modo che segue:

- **Coordinamento del gruppo di lavoro relativo al Servizio Integrato funzioni sanitarie, pulizie e lavanolo e studio di fattibilità**

- **Unità di progetto 'Controllo servizi sanitari esternalizzati' (Radiologia - Odontoiatria - Laboratorio Analisi)**
- **Unità di progetto "Valutazione del patrimonio aziendale e sostenibilità del piano-programma"**
- **Rispetto procedura affidamenti diretti**

L'obiettivo per il Museo si declina invece nel modo seguente:

- **Partecipazione a tutte le iniziative Musei gratis la prima domenica del mese e alle giornate di "MilanoSiFaStoria" e "Giornata nazionale dei Piccoli Musei"**
- **Raccolta fondi attraverso partecipazione a progetti**
- **Avvio iniziative riguardanti il 10° anniversario della nascita del Museo**

Gli indicatori sono individuati sulla base delle scadenze individuate nella programmazione, con riguardo ai dati relativi all'anno precedente e nel rispetto delle tempistiche inserite nella documentazione aziendale di riferimento.

#### 4.2.5 La trasparenza e l'anticorruzione

L'Obiettivo strategico **E – Trasparenza e anticorruzione** è declinato nell'obiettivo specifico che segue, che riguarda tutta la dirigenza aziendale per l'ambito di competenza:

**Obiettivo E1 – Supporto all'aggiornamento annuale del Piano della Trasparenza e messa in atto degli adempimenti ivi contenuti.**

Gli obiettivi 2019 come sopra descritti, seguiranno, per la loro assegnazione al personale dirigenziale e di comparto afferente ad ogni UOC, UOS, Area o Servizio, quanto dettagliatamente descritto nel Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance aziendale, approvato con Determinazione DG n. 22 del 21.03.2019 redatto nel rispetto sia delle Linee guida **ANAC** sui Sistemi di misurazione e valutazione della performance sia delle modifiche al d.lgs. 150/2009 apportate dal D.lgs. 74/2017, e così come convalidato dall'**Organismo Indipendente di Valutazione** nella seduta del 25 febbraio 2019.