



# Piano della Performance

Triennio di riferimento: 2019-2021

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	1 di 20

## Indice

<b>1. PREMESSA</b> .....	3
<b>2. L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE</b> .....	4
<b>3. L'ASST DI VIMERCATE IN CIFRE</b> .....	7
<b>4. OBIETTIVI E METODI PER IL PERIODO</b>	
4.1 I "Portatori di Interesse" (stakeholder) .....	8
4.2 Il Ciclo della Performance .....	8
<b>5. AREE STRATEGICHE DI INTERVENTO</b>	
5.1 <i>Integrazione ospedale territorio e presa in carico del paziente cronico</i> .....	9
5.2 <i>Sistema di Gestione della Qualità (SGQ)</i> .....	10
5.3 <i>Sistema di Risk Management (SRM)</i> .....	11
5.4 <i>Anticorruzione e Trasparenza</i> .....	11
5.5 <i>Sviluppo della formazione</i> .....	12
5.6 <i>Miglioramento Accessibilità e Accoglienza</i> .....	12
5.7 <i>Presidio Ospedaliero Territoriale (POT)</i> .....	13
5.8 <i>Presidio Sociosanitario Territoriale (PreSST)</i> .....	13
5.9 <i>Informatizzazione e semplificazione delle procedure</i> .....	14
<b>6. LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE E GLI INDICATORI PER IL MONITORAGGIO</b>	14
<b>7. NOTE ESPLICATIVE SULLE MODALITA' DI CALCOLO DEGLI INDICATORI</b> .....	17

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	2 di 20

## 1. PREMESSA

Il Piano della *Performance* (in seguito Piano) è un documento programmatico in cui sono esplicitati gli obiettivi strategici ed operativi che l’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Vimercate intende perseguire nel triennio 2019 – 2021 al fine di comunicare al cittadino, in modo trasparente, l’impegno concreto dell’Azienda nella tutela e nella promozione della salute oltre che le modalità con cui esso viene messo in pratica.

Il presente documento è redatto in coerenza con i principi contenuti:

- nel D.Lgs. 150/2009 - art.10 in tema di redazione del piano della *Performance*
- nella Deliberazione n. 112/2010 della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT)
- Nelle Linee Guida dell’OIV regionale “Il Sistema di Valutazione delle *performance* nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde” del gennaio 2012.

Il Piano è pubblicato sul sito web dell’Azienda all’indirizzo: <http://www.asst-vimercate.it> – Sezione Amministrazione Trasparente - *Performance*.

L’Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Vimercate (in seguito Azienda) è parte del Sistema Socio-Sanitario Regionale, nell’ambito del quale esercita le proprie funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e presa in carico, con la finalità primaria di contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

L’Azienda eroga i servizi sanitari e sociosanitari attraverso un’articolata rete di Presidi Ospedalieri, strutture ambulatoriali e distrettuali, destinati a rispondere in prima istanza ai fabbisogni del territorio afferente agli ambiti territoriali di Carate Brianza, Seregno e Vimercate. La **mission** dell’Azienda è quella di contribuire alla promozione, al mantenimento e al recupero delle condizioni di salute della popolazione, erogando prestazioni sia sanitarie sia sociosanitarie, secondo standard di eccellenza, di media e elevata complessità, nel rispetto della dignità della persona, del bisogno di salute, dell’equità dell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell’economicità nell’impiego delle risorse ed in coerenza con i principi e gli obiettivi definiti dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale. L’Azienda intende strutturare un sistema “che si prenda cura” della persona e del suo benessere, collaborando attivamente con tutti gli attori del Sistema Socio-Sanitario, al fine di perseguire l’obiettivo di rafforzare nel cittadino la percezione di un’identità comune, garantendo così a tutti parità di accesso ai servizi.

La **visione strategica** dell’Azienda consiste nell’essere e voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell’assistenza per soddisfare i bisogni e le aspettative dei cittadini, avvalendosi dell’evoluzione delle tecniche, delle conoscenze, dell’integrazione dei sistemi sanitari italiani ed europei

I **valori** principali cui si ispira l’Azienda sono:

- *la centralità del paziente*
- *la libertà del cittadino nella scelta consapevole del servizio, delle cure e del professionista*
- *la tutela della vita umana nelle sue diverse fasi*
- *l’eguaglianza verso ogni persona che ha il diritto di ricevere l’assistenza e le cure mediche più appropriate, senza discriminazione di età, sesso, razza, lingua, religione ed opinioni politiche*
- *la responsabilità verso la comunità da servire e la responsabilità gestionale, clinica e dei risultati*

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	3 di 20

- *la lealtà* di tutti i membri dell'organizzazione verso la mission e gli obiettivi aziendali
- *la collaborazione* tra i diversi professionisti per fornire il miglior servizio al cittadino
- *il servizio* come capacità dell'organizzazione di orientare i processi operativi intorno alle esigenze del cittadino
- *il sostegno e lo sviluppo* della comunità affinché cresca la capacità di scelta per la promozione e la tutela della salute
- *il personale* come capitale intellettuale, professionale e culturale per garantire le prestazioni di cui il paziente necessita favorendo la valorizzazione dei professionisti
- *la professionalità* di tutti gli operatori per rispondere con appropriatezza, efficacia e competenza in ogni situazione e circostanza
- *l'imparzialità* nelle scelte e nelle decisioni come certezza di pari opportunità per ogni cittadino o dipendente
- *l'efficienza ed efficacia* nell'ottenere i migliori risultati per il cittadino congrui con le risorse attribuite
- *la partecipazione* che l'Azienda deve garantire al cittadino attraverso: un'informazione corretta, chiara e completa; la possibilità di esprimere la propria valutazione della qualità delle prestazioni erogate e di inoltrare reclami o suggerimenti per il miglioramento del servizio
- *il coinvolgimento* delle Associazioni di volontariato e le *sinergie* con gli Enti locali territoriali e con ogni altro Ente/Autorità di diretto riferimento
- *l'innovazione* tecnologica, organizzativa e formativa avanzata a tutt/i i livelli, per sostenere i miglioramenti continui dell'attività di diagnosi e cura, per produrre attività di eccellenza/
- *la sicurezza e la qualità* nell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e dei dipendenti nel rispetto della normativa vigente
- *la legittimità e legalità* come corrispondenza dell'azione della pubblica amministrazione e di tutti i dipendenti alle norme vigenti
- *la trasparenza* sia nell'attività amministrativa, informando correttamente e completamente i diversi soggetti pubblici e privati, sia nella attività clinica, informando sempre il cittadino degli effetti delle cure e dell'assistenza
- *la semplificazione* degli atti amministrativi per eliminare il disagio delle procedure superflue per i cittadini e gli operatori del sistema sanitario.

## 2. L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'attuale articolazione territoriale dell'Azienda deriva dalla riorganizzazione del Sistema Socio-Sanitario Lombardo conseguente all'approvazione della L.R. n. 23 del 11 agosto 2015.

La ASST di Vimercate, comprendente gli ambiti territoriali di:

- Carate Brianza (Comuni di: Albiate, Besana Brianza, Biassono, Briosco, Carate Brianza, Lissone, Macherio, Renate, Sovico, Triuggio, Vedano al Lambro, Veduggio con Colzano, Verano Brianza), con una popolazione totale di circa 152.000 abitanti,
- Seregno (Comuni di: Barlassina, Ceriano Laghetto, Cogliate, Giussano, Lazzate, Lentate sul Seveso, Meda, Misinto, Seregno, Seveso) con una popolazione totale di circa 167.000 abitanti,

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	4 di 20

- Vimercate (Comuni di: Agrate Brianza, Aicurzio, Arcore, Bellusco, Bernareggio, Burago Molgora, Busnago, Camparada, Carnate, Caponago, Cavenago Brianza, Concorezzo, Cornate d'Adda, Correzzana, Lesmo, Mezzago, Ornago, Roncello, Ronco Briantino, Sulbiate, Usmate Velate, Vimercate), con una popolazione totale di circa 180.000 abitanti

eroga i propri servizi sanitari e socio sanitari attraverso le seguenti principali strutture:

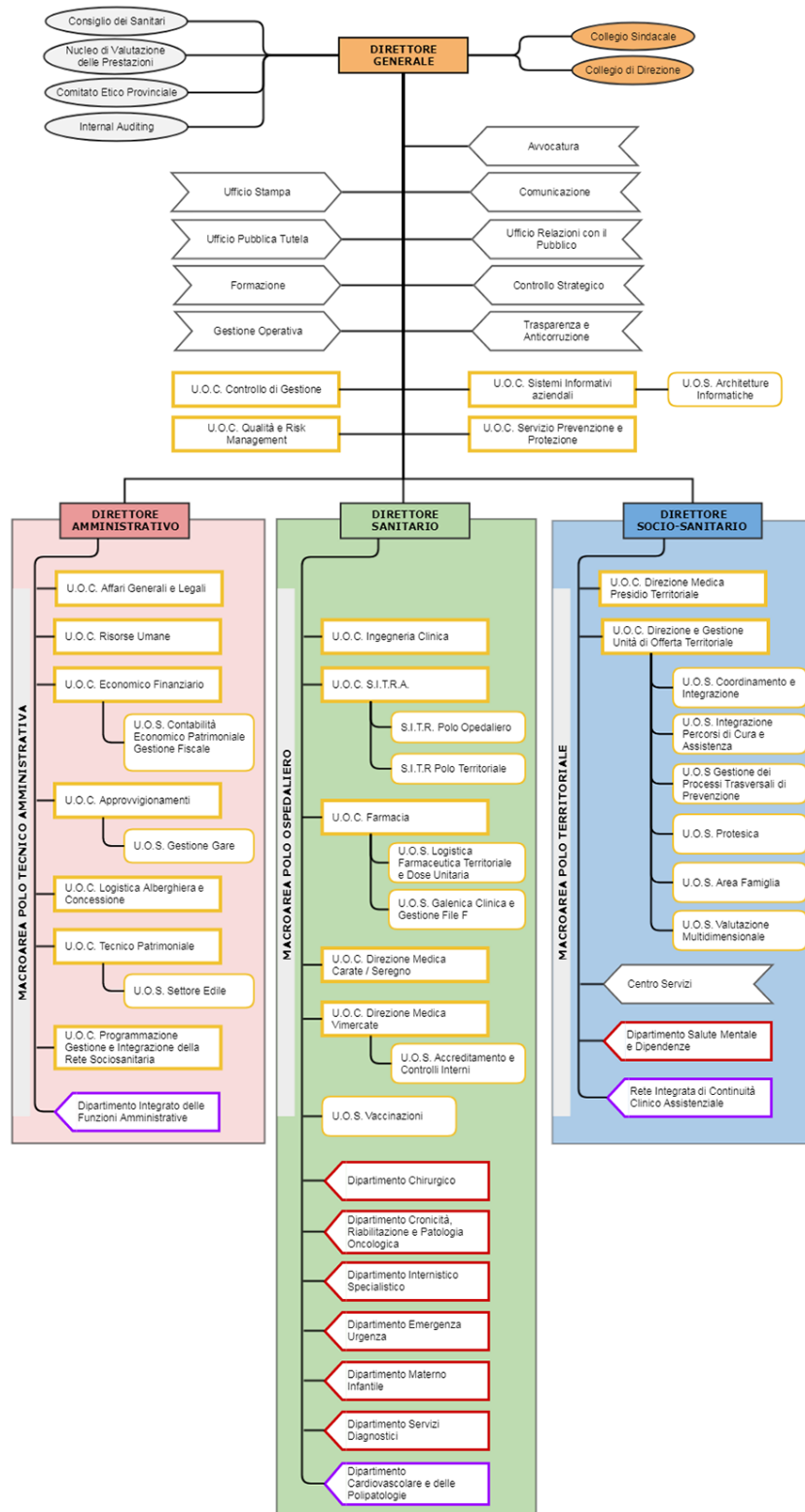
- Nuovo Ospedale di Vimercate
- Ospedale Civile Vittorio Emanuele III - Carate Brianza
- Ospedale Carlo Borella – Giussano (Presidio Ospedaliero Territoriale, POT)
- Ospedale Trabattoni Ronzoni – Seregno
- Hospice Cure Palliative di Giussano
- N. 2 PreSST (Agrate Brianza e Meda)
- N. 9 Ambulatori territoriali (Arcore, Besana Brianza, Carate Brianza, Lentate sul Seveso, Lissone, Macherio, Meda, Seveso, Usmate)
- N. 9 Consultori Familiari (Arcore, Carate Brianza, Concorezzo, Lentate sul Seveso, Lissone, Meda, Seregno, Seveso, Vimercate)
- N. 4 C.A.L. (Agrate Brianza, Carate Brianza, Lissone, Seregno)
- N. 3 C.P.S. (Besana in Brianza, Seregno, Vimercate)
- N. 2 Ambulatori psichiatrici (Carate Brianza, Lissone)
- N. 4 Centri Diurni (La Casa di Bernareggio, C.D. di Besana in Brianza, C.D. di Carate Brianza, C.D. di Seregno)
- N. 2 Comunità Protette (Besana in Brianza, Comunità Protetta ad Alta Assistenza di Meda)
- Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza di Besana in Brianza
- U.O.N.P.I.A. di Besana in Brianza, Giussano, Lentate sul Seveso, U.O.N.P.I.A. di Lissone, Seregno, Seveso, Usmate
- U.O.N.P.I.A. - Centro Diurno di Lissone
- U.O.N.P.I.A. - Centro Diurno Adolescenti di Besana in Brianza
- U.O.N.P.I.A. - Centro Residenziale Adolescenti di Besana in Brianza
- N. 2 NOA (Seregno, Vimercate)
- SERT di Carate Brianza
- Centro Diurno Disabili di Usmate Velate.

Per quanto concerne l'assetto organizzativo, l'Azienda è strutturata dal punto di vista fisico-territoriale, in Presidi Ospedalieri e ambiti territoriali socio-sanitari e dal punto di vista gestionale e funzionale in: Dipartimenti (gestionali e funzionali), Strutture Complesse (UOC), Strutture Semplici Dipartimentali (UOSD), Strutture Semplici (UOS), oltre che uffici e funzioni in staff alle Direzioni.

Il POAS 2016-2018 attualmente in vigore, approvato con la deliberazione n. 512 del 29.05.2017 ed aggiornato con la deliberazione n. 1/2018, ha costituito la base dell'attività programmatica e strategica durante il biennio 2017-2018. Si tratta di un piano organizzativo che riflette la sempre maggiore integrazione tra territorio e funzioni ospedaliere.

La figura seguente mostra lo schema sintetico dell'organigramma aziendale, in cui in rosso sono bordati i dipartimenti gestionali, mentre in viola quelli funzionali e in giallo le strutture di supporto.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	5 di 20



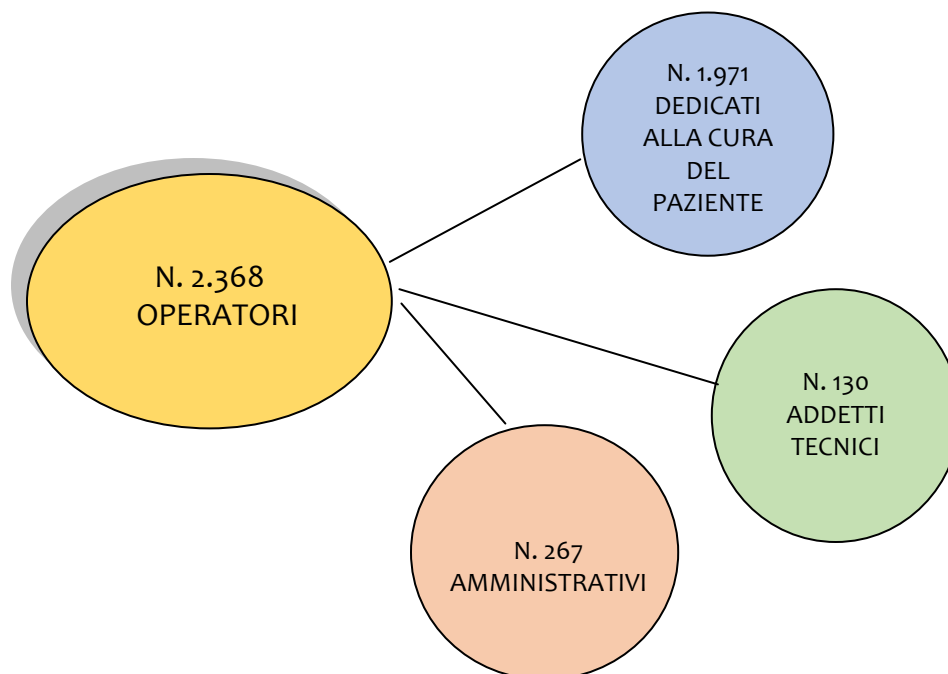
Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	6 di 20

### 3. L'ASST DI VIMERCATE IN CIFRE

Di seguito si riportano alcuni dati aggregati per descrivere alcune caratteristiche dimensionali dell'Azienda (dati di pre-consuntivo 2018, alla data del 31/12/2018):

- N. Posti Letto accreditati: 818 (737 ordinari, 81 DH/DS), cui si aggiungono 177 posti tecnici di area ospedaliera: 37 culle nido, 26 letti dialisi, 4 chirurgia ambulatoriale a bassa complessità (BIC), 58 per macroattività ambulatoriale complessa (MAC), 33 sub-acuti, 19 hospice e altri 203 posti tecnici per attività territoriali : 46 presso i centri di assistenza limitata (CAL) nefrologica, 40 di Neuropsichiatria Infantile e 117 di Psichiatria residenziale e semiresidenziale.
- Ricoveri:
  - ordinari: 26.166,
  - hospice ordinari: 478,
  - subacuti: 312.
- Accessi Pronto Soccorso: 106.701, di cui 11.200 seguiti da ricovero, per un totale di 746.723 prestazioni per esterni
- Prestazioni ambulatoriali per esterni: 2.312.654 (escluse quelle erogate in PS e quelle di NPIA).
- N. parti: 2.884.

#### DOTAZIONE DI PERSONALE al 31.12.2018



Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	7 di 20

La composizione per genere di tutto il personale dipendente evidenzia una netta maggioranza del personale femminile (76%) rispetto al personale maschile, in particolare tra il personale del comparto (81%). I Dirigenti donna della ASST sono il 57%.

#### 4. OBIETTIVI E METODI PER IL PERIODO

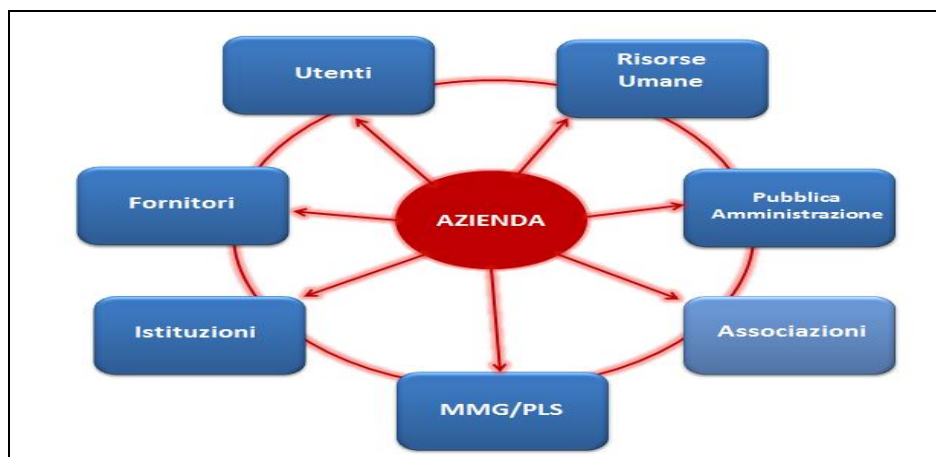
##### 4.1 I “Portatori di Interesse” (stakeholder)

L’individuazione delle aree di intervento prioritario dell’Azienda va effettuata con riferimento alle priorità di varia natura emerse dall’analisi del contesto esterno, nonché dal confronto con gli *stakeholder* nell’ambito della rete per la promozione della salute e dagli indirizzi regionali di programmazione.

In un’Azienda avente l’articolazione dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Vimercate, l’individuazione e il riconoscimento degli *stakeholder* è necessariamente un esercizio importante e complesso, che deve tenere in considerazione le istanze di molti soggetti individuali, sociali, istituzionali.

A tal proposito la figura che segue illustra gli *stakeholder* strategici, ossia tutti coloro che contribuiscono alla realizzazione della *mission* aziendale.

Figura 1 – Stakeholder strategici dell’Azienda



##### 4.2 Il Ciclo della Performance

Secondo quanto previsto dall’art. 5, comma 1, e dall’art. 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs. 150/2009, la definizione degli obiettivi nell’ambito del Piano della *performance* avviene in maniera integrata con il processo di programmazione economico - finanziaria e di bilancio.

Nell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Vimercate il sistema di *budgeting* concentra la sua attività su obiettivi sia di tipo economico/finanziario sia di tipo quali-quantitativo definiti di anno in anno dalla Direzione Strategica con riferimento a progetti da portare a compimento nei singoli periodi di interesse.

La performance aziendale è misurata:

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	8 di 20



- a livello complessivo aziendale, rispetto al raggiungimento degli obiettivi posti, prioritariamente derivanti da norme nazionali e regionali (ad esempio, regole di sistema, obiettivi dei Direttori generali),
- a livello di singola unità operativa, individuata quale autonomo centro di responsabilità,
- a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale del Comparto.

Attraverso il processo annuale di budgeting, ciascuna Unità Operativa viene coinvolta nel conseguimento degli obiettivi strategico - direzionali traducendo gli stessi in obiettivi operativi specifici per ciascuna struttura. In particolare gli obiettivi operativi oggetto della negoziazione di budget sono misurati attraverso indicatori e agli stessi viene attribuito un peso.

Gli attori del processo di budget sono rappresentati da:

- Direzione Generale che sovrintende il processo in tutte le sue fasi;
- Il Comitato di Budget - composto da Direzione Strategica, Direzioni Mediche di Presidio, Controllo di Gestione, Dirigenti S.I.T.R., Farmacia, Risk Management e Qualità – che collabora con la Direzione nella definizione dei macro obiettivi e nell'articolazione delle linee strategiche in obiettivi specifici;
- Controllo di Gestione che gestisce operativamente il processo di budget;
- Sistemi Informativi Aziendali che collaborano nell'estrazione, monitoraggio e analisi dei dati di attività;
- Direttori di articolazione Aziendale, deputati alla realizzazione degli obiettivi negoziati e alla loro condivisione con tutto il personale assegnato;
- Il Nucleo di Valutazione che è responsabile della verifica della metodologia annuale di attribuzione degli obiettivi, nonché alla verifica del piano delle performance e dei risultati raggiunti dal personale.

Il processo di budgeting si articola nelle seguenti fasi:

- 1 - Definizione dei macro obiettivi e calendarizzazione delle attività
- 2 - Formulazione delle proposte di budget
- 3 - Negoziazione, con la formalizzazione degli obiettivi definitivi mediante la compilazione e sottoscrizione di una scheda di budget.
- 4 - Monitoraggio e analisi degli eventuali scostamenti con individuazione di eventuali azioni correttive
- 5 - Verifica dei risultati.

## 5. AREE STRATEGICHE DI INTERVENTO

### 5.1 Integrazione ospedale territorio e presa in carico del paziente cronico

Proseguirà il percorso avviato con la L.R. n. 23/2015, così come recentemente specificato dalla DGR n. XI/754 del 05.11.2018 “Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ed approvazione del protocollo d'intesa tra l'assessorato al welfare e la federazione regionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri della

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	9 di 20

Lombardia” e dalla DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 (cd. Regole di sistema) che contiene gli indirizzi per l’anno 2019.

Nell’anno 2018 è stata avviata la fase operativa della presa in carico del paziente cronico, nel rispetto delle indicazioni regionali che hanno guidato tutto il percorso attuativo.

L’esperienza ha reso evidenti elementi critici del sistema quali la stratificazione degli utenti, il ruolo del Medico di Medicina Generale, le difficoltà della filiera erogativa (liste di attesa per prestazioni specialistiche) e l’azienda ha potuto sperimentare gli strumenti, le modalità organizzative per l’attuazione del percorso, realizzando un “apprendimento sul campo” utile a focalizzare le proprie capacità.

Con le nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso, si sono introdotti ulteriori elementi nella Presa in Carico (PIC):

- Promozione dell’adesione dei MMG/PLS a seguito della sottoscrizione del Protocollo di intesa con gli ordini dei medici;
- Sviluppo di nuove azioni per l’arruolamento dei cittadini nel programma di presa in carico tramite proposta diretta del MMG e, per i pazienti più complessi, da parte degli specialisti;
- Integrazione MMG/PLS e specialisti ospedalieri;
- Ulteriore implementazione e miglioramento degli strumenti informatici;
- Possibilità di erogare prestazioni anche da parte dei MMG in coerenza con l’ACN, anche tramite strumenti di telemedicina;
- Istituzione di un gruppo di lavoro per il monitoraggio delle modalità di gestione della PIC.

Il completamento del nuovo modello di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche influenzerà gli obiettivi strategici dell’azienda in una progettualità sulle diverse funzioni complementari:

- **ORGANIZZAZIONE:** Rendere la PIC una componente dei processi interni dell’ASST, definendone ruoli e responsabilità, modalità operative e sistemi di analisi dei dati in ottica strategica di indirizzo;
- **FORMAZIONE:** rivolta al personale chiamato ad interagire con il cittadino nel percorso di presa in carico, così da accompagnarlo pro-attivamente e correttamente verso le soluzioni più funzionali.
- **COMUNICAZIONE:** rafforzare l’attività di comunicazione interna ed esterna per facilitare il processo di arruolamento dei pazienti.
- **STRUMENTI:** sviluppo dei sistemi informatici a supporto del percorso PIC che facilitino le interazioni tra professionisti e l’acquisizione di dati necessari al monitoraggio del processo.

## 5.2 **Sistema di Gestione della Qualità (SGQ)**

Nel corso del 2019 proseguiranno le attività connesse con il progetto di revisione documentale iniziato nel 2018. La revisione dei documenti aziendali del SGQ costituisce importante premessa per l’adeguamento alle nuove prescrizioni normative ISO 9001:2015. In particolare saranno oggetto di attenta revisione i documenti organizzativi delle unità operative (DO), le mappe di processo (MP) e i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	10 di 20

Nell'anno 2019 continuerà l'iter già sperimentato nel 2018 che vede nell'implementazione del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PrIMO) una modalità gestionale che comprende diverse aree strategiche aziendali, sia cliniche che amministrative. La definizione del Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) costituisce il documento strategico di sintesi per la pianificazione delle attività annuali e/o pluriennali finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie aziendali. Al fine di favorire la diffusione dei principi generali del PrIMO, proseguirà anche nel 2019 il percorso di formazione del personale che è stato giudicato molto positivamente nel 2018. Nell'ambito delle attività di audit, proseguiranno nel 2019 le audizioni clinico – organizzative già effettuate nel 2018, con particolare riferimento al tema delle reti (patologie tempo dipendenti, reti integrate ospedale territorio).

### **5.3 Sistema di Risk Management (SRM)**

Proseguiranno nel 2019 le attività connesse alle linee di indirizzo regionali rilasciate nel dicembre 2018. In particolare sarà formalizzato il Piano Annuale di Risk Management (PARM) con la definizione dei progetti annuali di gestione del rischio.

Saranno considerati eventuali progetti interaziendali di gestione del rischio, sulla base delle indicazioni regionali e delle opportunità di collaborazione con altre aziende (ATS e ASST), insistenti sull'area geografica di riferimento.

Nel 2019 sarà oggetto di implementazione la più recente Raccomandazione del Ministero della Salute riguardante il tema degli errori legati all'uso degli acronimi, con particolare riferimento agli errori nella terapia farmacologica. Proseguirà nel 2019 la diffusione della cultura della segnalazione delle reazioni avverse a farmaco (ADR) tramite l'uso del software aziendale di riferimento, con l'opportunità di inserimento nel software regionale VIGIFARMACO.

L'azienda si impegna a partecipare al nuovo programma software per la gestione dei sinistri, attivato a livello regionale e obbligatorio a partire dal 2020.

### **5.4 Anticorruzione e Trasparenza**

Proseguirà nel 2019 l'attività di prevenzione della corruzione così come stabilito dalla Legge 190/2012 e s.m.i. anche attraverso il corso di formazione generale già implementato nel corso degli anni passati.

Si procederà alla valutazione del rischio di corruzione secondo la metodologia suggerita da ANAC per quanto riguarda le unità operative con delega di spesa. Sarà mantenuto un adeguato livello di monitoraggio di eventuali comportamenti illeciti secondo quanto previsto nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT).

Per quanto riguarda la Sezione del sito Internet aziendale dedicata - "Amministrazione Trasparente" - particolare attenzione sarà riservata al tema del Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci (PAC), secondo quanto previsto dalle Regole di sistema regionali 2019.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	11 di 20

### 5.5 Sviluppo della formazione

La formazione e l'aggiornamento del personale, oltre ad essere considerati come processo di acquisizione, sviluppo di abilità e competenze, sono anche trasmissione di valori di riferimento e norme comportamentali.

Il piano formazione 2019 è in corso di definizione e sarà trasmesso, entro il termine stabilito ai competenti uffici regionali. Il piano sarà focalizzato su ambiti diversificati, tra i quali:

- Area Etico – Giuridica, con particolare riferimento ai temi della privacy e della prevenzione della corruzione, della trasparenza e dell'integrità;
- Area Risk Management – Qualità, con particolare riferimento ai temi della sicurezza e segnalazioni degli eventi avversi, del fenomeno "violenza" all'interno delle strutture sanitarie;
- Area Promozione della salute, con particolare riferimento ai temi della gestione dello stress in ambito lavorativo e dei gruppi motivazionali sugli stili di vita;
- Area Emergenza – Urgenza, con particolare riferimento ai temi: BLS/D rivolto agli operatori sanitari e laici, alla gestione del bambino critico in Pronto soccorso e al supporto vitale avanzato nelle emergenze intraospedaliere al fine di incrementare il pool del MET ospedaliero;
- Prevenzione delle infezioni, con particolare riferimento ai temi della lotta alla sepsi, Prevenzione e controllo trattamento delle infezioni da enterobacteriaceae resistenti ai Carbapenemi;
- Integrazione Ospedale/Territorio, con particolare riferimento ai temi della dimissione protetta in una logica di continuità assistenziale e della gestione integrata ospedale/territorio del paziente portatore di PEG.

### 5.6 Miglioramento Accessibilità e Accoglienza

L'Azienda si è sempre contraddistinta per la realizzazione di progetti nell'area dell'accoglienza e dell'accessibilità, utilizzando anche modalità innovative realizzate all'interno delle proprie strutture quali il ritiro di referti ed immagini mediante sistemi informatizzati, i pagamenti on line (CRS-MALL e PagoPA), i totem "zerocoda" per prenotazioni e pagamenti, ecc., nonché per una elevata attenzione alla problematica dei tempi di attesa.

In particolare, in attuazione delle disposizioni normative di cui alle DD.GG.RR. n. X/7766 del 17/01/2018 e n. XI/1046 del 17.12.2018, si procederà ad attivare ovvero proseguire le azioni necessarie a:

- garantire la totale trasparenza delle liste di attesa mediante la pubblicazione ai Sistemi Centrali Regionali di tutte le agende comprese quelle di libera professione nonché di tutti gli appuntamenti;
- garantire la corretta alimentazione del flusso MOSA ed implementare la disponibilità di sportelli dedicati a tale funzionalità per la fruizione diretta da parte del cittadino/utente;
- garantire la disponibilità di slot dedicati alla presa in carico del paziente cronico;
- partecipare attivamente al Gruppo di Miglioramento dei Tempi di Attesa coordinato da ATS;

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	12 di 20

- favorire ogni azione utile al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva (l'azione di miglioramento su tale tematica proposta da ASST Vimercate è stata fatta propria, quale "azione di sistema", da ATS Brianza);
- responsabilizzare il cittadino/utente allo sviluppo di una cultura della condivisione (prenotazioni razionali, comunicazione disdette, accettazioni autonome) finalizzata alla migliore gestione di una risorsa "scarsa" quale quella della disponibilità di prestazioni ambulatoriali;
- mantenere ed eventualmente ampliare le fasce orarie di esecuzione delle prestazioni ambulatoriali per favorire l'accesso della popolazione attiva (evoluzione del progetto "ambulatori aperti");
- garantire percorsi "facilitati" di prenotazione del follow-up contestuali al primo accesso per la prestazione specialistica;
- mantenere l'erogazione delle prestazioni "di base" delle attività di scelta e revoca (cambio medico, esenzioni per patologia) presso i CUP ospedalieri.

### 5.7 Presidio Ospedaliero Territoriale (POT)

Sin dal 2016 l'Azienda ha avviato la trasformazione del P.O. di Giussano in POT, collaborando con le amministrazioni per definire un progetto sostenibile di riqualificazione e implementazione delle attività, a seguito del trasferimento di attività di ricovero mediche e chirurgiche nel Presidio di Carate.

La progettualità presentata ha puntato a implementare il presidio come punto strategico della rete della cronicità portando nuove attività/servizi territoriali e di specialistica ambulatoriale orientati alla gestione di pazienti cronici e fragili. Fin da subito sono stati realizzati: la farmacia territoriale, il trasferimento dei progetti sperimentali della NPI, ambulatori specialistici per la cronicità, servizi diagnostici di base, un polo per la cronicità e fragilità (unificazione delle commissioni invalidi di Seregno e Carate, centro servizi per la presa in carico della cronicità, coordinamento delle dimissioni protette/difficili, scelta e revoca, protesica maggiore e integrativa, ecc.). Nel POT sono presenti anche due unità di degenza: una per subacuti e un hospice a cui sono collegati la rete dell'assistenza domiciliare di cure palliative e gli ambulatori. Anche la Rete locale di Cure Palliative – per le due ASST di Vimercate e Monza – ha sede presso il POT. Altre attività sono in fase di implementazione sebbene il presidio non abbia ancora avuto il riconoscimento ufficiale in quanto si è in attesa della definizione regionale degli standard di accreditamento.

### 5.8 Presidio Sociosanitario Territoriale (PreSST)

L'Azienda ha preso attivamente parte alla realizzazione di due PreSST: Agrate Brianza e Meda. Il PreSST di Meda (sulla base di un accordo sottoscritto nel febbraio 2017 con il Comune, l'ATS territorialmente competente e diversi stakeholders) vede la partecipazione attiva di 4 MMG e 1 PDF, la farmacia comunale, i servizi sociali comunali, la Valutazione Multidimensionale (VMD) integrata e il volontariato locale.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	13 di 20

Il PreSST di Agrate (accordo sottoscritto nel dicembre 2018) vede la partecipazione di 4 MMG associati + 3 singoli, 2 PDF associati, il servizio di vaccinazioni pediatriche, i servizi di scelta e revoca, il punto prelievi, le certificazioni medico legali ed il CUP.

### **5.9 Informatizzazione e semplificazione delle procedure**

L'informatizzazione e la semplificazione delle procedure amministrative e sanitarie sono strumenti fondamentali per le sfide poste dall'evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo. Nel corso del 2019, pertanto, proseguiranno le iniziative per la continua digitalizzazione dei processi aziendali a vantaggio: dell'organizzazione, dei professionisti che operano presso l'azienda e dei cittadini.

Particolare rilievo verrà dato ai servizi informatizzati indispensabili alla piena attuazione del processo di "presa in carico" dei pazienti cronici; verranno ulteriormente perfezionate le funzionalità necessarie al corretto ed efficace svolgimento delle attività di arruolamento, di predisposizione e pubblicazione dei Piani Assistenziali Individuali e verranno introdotte anche le funzionalità di gestione clinica ed assistenziale disponibili nell'ambito della Cartella Clinica Elettronica già pienamente diffusa ed utilizzata con successo in tutti i Presidi Ospedalieri dell'ASST di Vimercate.

Particolare attenzione verrà posta, inoltre, nei confronti di tecnologie innovative che possono ulteriormente valorizzare il significativo patrimonio informativo disponibile presso l'ASST di Vimercate; verrà, infatti, implementata una nuova architettura informatica di Big Data Analytics progettata per svolgere analisi di tipo predittivo che possano essere di supporto alla efficace gestione dei percorsi di cronicità ed al perfezionamento dei processi sociosanitari.

Nel corso del 2019, infine, verranno avviate le procedure per il perfezionamento del processo di automazione della logistica del farmaco con possibilità di applicare le tecnologie di automazione anche ad altri ambiti aziendali, ritenuti strategici.

La continua e progressiva attuazione del percorso di digitalizzazione dei processi aziendali e della documentazione di natura sociosanitaria favorisce una maggiore collaborazione ed integrazione tra i diversi professionisti che partecipano ai percorsi di diagnosi, cura ed assistenza; la piena integrazione dei sistemi informativi aziendali con i sistemi regionali costituisce, inoltre, elemento fondamentale per la semplificazione dei processi, per la razionalizzazione delle risorse e per il miglioramento dei servizi rivolti ai cittadini.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	14 di 20

## 6. LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE E GLI INDICATORI PER IL MONITORAGGIO

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVI	INDICATORE	Andamento 2019	Andamento 2020	Andamento 2021
<b>Efficienza</b>	Mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale	Valore produzione effettiva/valore produzione finanziata (contratto)	Miglioramento	Mantenimento/miglioramento	Mantenimento/Miglioramento
<b>Efficacia</b> (impatto sui bisogni)	Capacità dell'Azienda di rispondere ai bisogni del territorio	Proporzione ricoveri fuori ATS/ Totale ricoveri	Mantenimento/miglioramento	Mantenimento/miglioramento	Mantenimento/miglioramento
		Proporzione di parti con taglio cesareo primario (indicatore PNE)	Mantenimento/miglioramento	Miglioramento	Mantenimento
<b>Processi organizzativi</b>	Assenze	Giorni medi di assenza (ferie, assenze retribuite, assenze non retribuite) dal servizio per dipendente (da CONTO ANNUALE)	Mantenimento/miglioramento	Mantenimento/miglioramento	Mantenimento/miglioramento
	Formazione	Giorni medi di formazione per dipendente (da CONTO ANNUALE)	Mantenimento/miglioramento	Mantenimento	Mantenimento
	Lettere di dimissione firmate digitalmente	Percentuale lettere di dimissione firmate digitalmente	Miglioramento	Mantenimento	Mantenimento
	Referti PS firmati digitalmente	Percentuale referti Pronto Soccorso (PS) firmati digitalmente	Miglioramento	Mantenimento	Mantenimento
	Verbali sala operatoria firmati digitalmente	Percentuale verbali sala operatoria firmati digitalmente	Miglioramento	Mantenimento	Mantenimento
	Referti ambulatoriali firmati digitalmente	Percentuale referti ambulatoriali firmati digitalmente	Miglioramento	Mantenimento	Miglioramento

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	15 di 20

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVI	INDICATORE	Andamento 2019	Andamento 2020	Andamento 2021
<b>Appropriatezza e Qualità dell'assistenza</b>	Tempi di attesa	Prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio effettuate entro 30 gg/ totale prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio	Mantenimento/ miglioramento	Miglioramento	Miglioramento
	LEA	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore (indicatore PNE) per pazienti >65 aa $\geq$ 74% (media regionale)	$\geq$ 74% (media regionale)	Miglioramento	Mantenimento
	LEA	Ricoveri ordinari per acuti (108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza) da ridurre ad una % media regionale $\leq$ 18% dei DRG appropriati	ridurre ad una % media regionale $\leq$ 18%	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento
	Ricoveri ripetuti entro 30 gg	Ricoveri ripetuti per acuti entro 30 gg in regime ordinario stessa MDC/ Totale ricoveri in regime ordinario per acuti (indicatore DG Salute)	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento
<b>Accessibilità e soddisfazione utenza</b>	Customer satisfaction	N. giudizi customer satisfaction pari a 6 + n. giudizi pari a 7/Totale giudizi	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento
	Reclami	Reclami ricevuti/ 1.000 ricoveri	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento
	Trasparenza	Revisione Carta dei Servizi	Redazione nuova Carta dei Servizi	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento
<b>Risk management</b>	Cadute con danno di persone trattate	Cadute con danno di persone trattate /1.000 gg degenza	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	16 di 20





DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVI	INDICATORE	Andamento 2019	Andamento 2020	Andamento 2021
	Risarcimento eventi avversi in area clinica	Richieste risarcimento area clinica (escluso PS)/1.000 gg degenza	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento
Area territoriale	Soggetti in cure palliative	Soggetti in cure palliative aa in corso / Soggetti in cure palliative aa precedente	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento
	Soggetti arruolati nei percorsi cronicità	Soggetti presi in carico PIC/soggetti ricoverati per patologie croniche afferenti specialità CARDIOLOGICA e PNEUMOLOGICA	Indicatore di nuova implementazione	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento
	Soggetti arruolati nei percorsi cronicità	Soggetti presi in carico PIC/soggetti ambulatoriali per patologie croniche afferenti specialità ENDOCRINOLOGICA	Indicatore di nuova implementazione	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento
	Soggetti ricoverati Sub Acuti Giussano	Soggetti ricoverati provenienti dal territorio/soggetti ricoverati totali	Indicatore di nuova implementazione	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento
	Soggetti in percorso Dimissioni Protette	Soggetti in dimissione Protetta aa in corso/soggetti in Dimissione Protetta aa precedente	Indicatore di nuova implementazione	Mantenimento/ miglioramento	Mantenimento/ miglioramento
	Promozione della salute in pazienti con cronicità	Incremento degli interventi di diffusione cultura della promozione della salute/stili di vita tra gli operatori	Indicatore di nuova implementazione	Miglioramento	Miglioramento

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	17 di 20

## 7. NOTE ESPLICATIVE SULLE MODALITA' DI CALCOLO DEGLI INDICATORI

### Valore produzione effettiva/valore produzione finanziata

Numeratore: valore della produzione effettiva (ricoveri, ambulatoriale, NPJA, psichiatria)

Denominatore: valore della produzione a contratto, desunta da flussi validati da ATS

### Proporzione ricoveri fuori ATS/ Totale ricoveri

Numeratore: numero ricoveri (ordinari, DH, subacuti) a favore di persone residenti fuori ATS di competenza territoriale

Denominatore: numero totale ricoveri (ordinari, DH, subacuti)

### Proporzione di parti con taglio cesareo primario (indicatore PNE)

Numeratore: numero ricoveri con effettuazione parto cesareo (come da protocollo PNE)

Denominatore: numero totale ricoveri per parto (riferimento: protocollo PNE)

### Giorni medi di assenza (ferie, assenze retribuite, assenze non retribuite) dal servizio per dipendente

Numeratore: giorni totali di assenza (per ferie, assenze retribuite, assenze non retribuite) del personale dipendente

Denominatore: numero totale personale dipendente

### Giorni medi di formazione per dipendente

Numeratore: giorni totali di formazione del personale dipendente

Denominatore: numero totale personale dipendente

### Percentuale lettere di dimissione firmate digitalmente

Numeratore: numero di lettere di dimissioni con firma digitale

Denominatore: numero totale di lettere di dimissioni

### Percentuale referti Pronto Soccorso (PS) firmati digitalmente

Numeratore: numero di referti di PS con firma digitale

Denominatore: numero totale di referti di PS

### Percentuale verbali sala operatoria firmati digitalmente

Numeratore: numero di verbali di sala operatoria con firma digitale

Denominatore: numero totale di verbali di sala operatoria

### Percentuale referti ambulatoriali firmati digitalmente

Numeratore: numero di referti ambulatoriali con firma digitale

Denominatore: numero totale di referti ambulatoriali

### Prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio effettuate entro 30 gg/ totale prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio

Numeratore: numero di prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa effettuate entro 30 giorni dalla prenotazione

Denominatore: numero totale di prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	18 di 20

**Frattura del collo del femore intervento chirurgico entro 48 ore (indicatore Piano Nazionale Esiti – PNE) per pazienti > 65 anni: percentuale non inferiore al 74%**

Numeratore: ricoveri con intervento chirurgico per frattura collo femore entro 48 h dall'ammissione (riferimento: protocollo PNE)

Denominatore: numero totale ricoveri per frattura collo femore (come da protocollo PNE)

**Ricoveri ordinari per acuti (108 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza) da ridurre entro una media regionale del 18% rispetto ai DRG appropriati**

Numeratore: ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatazza

Denominatore: ricoveri ordinari con DRG non a rischio di inappropriatazza

**Ricoveri ripetuti per acuti entro 30 gg in regime ordinario stessa MDC/ Totale ricoveri in regime ordinario per acuti (indicatore DG Salute)**

Numeratore: ricoveri ordinari per acuti avvenuti entro 30 gg dalla dimissione da ricovero ordinario per acuti precedente con la stessa MDC (come da protocollo DG Salute)

Denominatore: ricoveri ordinari per acuti totali (riferimento: protocollo DG Salute)

**N. giudizi customer satisfaction pari a 6 + n. giudizi pari a 7/Totale giudizi**

Numeratore: numero giudizi di customer satisfaction con valutazione pari a 6 o 7

Denominatore: numero totale giudizi customer satisfaction

**Reclami ricevuti/ 1.000 ricoveri**

Numeratore: numero totale reclami ricevuti

Denominatore: migliaia di ricoveri (ordinari, DH, subacuti)

**Trasparenza**

Adozione e pubblicazione on line nuova carta dei servizi

**Cadute con danno di persone trattate /1.000 gg degenza**

Numeratore: numero totale cadute di persone trattate

Denominatore: migliaia di giornate di degenza (inclusi accessi DH/DS, BIC e MAC, pesati ½ giornata di degenza ordinaria)

**Richieste risarcimento area clinica (escluso PS)/1.000 gg degenza**

Numeratore: numero totale richieste di risarcimento pervenute nell'anno solare

Denominatore: migliaia di giornate di degenza (inclusi accessi DH/DS, BIC e MAC, pesati ½ giornata di degenza ordinaria)

**Soggetti in cure palliative**

Numeratore: Soggetti in cure palliative aa in corso

Denominatore: Soggetti in cure palliative aa precedente

**Soggetti arruolati nei percorsi cronicità**

Numeratore: Soggetti arruolati nei percorsi cronicità

Denominatore: Soggetti ricoverati per patologia specifica

**Soggetti ricoverati Sub acuti Giussano**

Numeratore: Soggetti ricoverati in Sub acuti provenienti dal territorio (invio prevalentemente da MMG)

Denominatore: soggetti ricoverati totali

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	19 di 20

**Soggetti in percorso Dimissioni Potette**

Numeratore: Soggetti in dimissione protetta anno in corso

Denominatore: Soggetti in dimissione protetta anno precedente.

**Promozione della salute in pazienti con cronicità**

Numeratore: N. eventi formativi anno in corso

Denominatore: N. eventi formativi anno precedente.

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Vimercate  
Direzione Generale  
Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione  
Via Santi Cosma e Damiano, 10 – 20871 Vimercate (MB)

Telefono: 039.6654405 ufficio

Sito internet: <http://www.asst-vimercate.it>

E-mail aziendale: [ufficio.controllogestione@asst-vimercate.it](mailto:ufficio.controllogestione@asst-vimercate.it)

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
2019	U.O.C. Controllo di Gestione	00		Direzione Strategica	20 di 20