



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA  
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

## PIANO DELLE PERFORMANCE 2015

### FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE, POLICLINICO



ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI NATURA PUBBLICA D.M. 29-12-2004  
via Francesco Sforza, 28 – 20122 Milano – Telefono 02 5503.1 – Fax 02 58304350  
Codice Fiscale e Part. IVA 04724150968

Sistema Sanitario  Regione  
Lombardia

## NOTA INTRODUTTIVA

Il documento aggiorna la versione precedente mantenendone le caratteristiche e l'articolazione e aggiornando la definizione degli indicatori sulla base della programmazione e attuazione dei processi di miglioramento.

Le sezioni Premessa, Fondazione, Mission e Vision, Strategie sono state solo aggiornate con riferimento alla situazione dell'anno 2014 ove indicato, compatibilmente con la disponibilità dei dati.

La sezione Piano d'azione ripercorre, con i dovuti adattamenti, il documento con il quale è stato ridisegnato l'assetto organizzativo e precisati ruolo e funzione delle aree omogenee che rappresentano la principale innovazione introdotta dal nuovo Piano Organizzativo Aziendale (POA). La sezione riservata alle attività di programmazione dettaglia il ciclo della programmazione nell'ambito della Fondazione e ripropone gli obiettivi generali, per dipartimento e per area, inclusi i dipartimenti amministrativi e i servizi di staff secondo una logica coerente con quanto già impostato per il 2014 ma proiettata verso un processo di miglioramento continuo. In questo contesto si evidenziano gli elementi di raccordo con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità oltre che al Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione. Al riguardo si segnala che, al momento, non sono state emanate le direttive regionali previste nelle regole 2015 in merito alla redazione del Piano delle Performance integrato con il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione. La scelta è stata di inserire gli indicatori del Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione all'interno del Piano delle Performance in questa fase riservandosi eventuali integrazioni successive.

## INDICE

<b>1. Premessa</b>	<b>pag.4</b>
<b>2. La Fondazione IRCCS Ca' Granda</b>	<b>pag.6</b>
<b>3. Mission e vision della Fondazione IRCCS Ca' Granda</b>	<b>pag.13</b>
<b>4. Le strategie</b>	<b>pag.15</b>
<b>5. Il piano di azione</b>	<b>pag.18</b>
<b>6. Attività di programmazione 2015</b>	<b>pag.22</b>
<b>7. Le dimensioni della performance</b>	<b>pag.38</b>

## PREMESSA

L'attività di programmazione delle prestazioni erogate dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) è complessa, sia per la necessità di integrazione tra molteplici linee – assistenza, ricerca, didattica – che per la presenza di più “attori” che vi concorrono a diverso livello: oltre al Sistema Sanitario Regionale, vi è infatti il Ministero della Salute e quello della Università e Ricerca, che si articolano a livello di ciascuna Struttura o Ateneo, senza un livello intermedio regionale.

La nostra Fondazione presenta poi ulteriori peculiarità: la “Ca’ Granda” è innanzitutto di Milano e dei milanesi, ne ha fatto la storia e continua ad essere nel centro pulsante della città; ancora, il compito, la missione della “cura degli infermi”, nel senso di porsi al loro servizio, motivo per cui l’Ospedale è nato, deve continuare ad essere l’obiettivo principe delle nostre scelte e azioni: questo servizio deve includere la cura delle malattie al più alto livello di eccellenza scientifico-sanitaria e l’assistenza alla persona ed alla comunità per la promozione della salute e la prevenzione delle patologie.

Segno tangibile del legame con Milano è il patrimonio immobiliare non strumentale derivante da ingenti lasciti, come pure le donazioni che ancor oggi, con modalità e forme diverse, quali l’acquisizione di attrezzature, il supporto economico per ristrutturazioni e borse di studio, dimostrano l’attenzione e la concreta solidarietà di tanta parte del mondo ambrosiano.

Che la Fondazione, con le storiche cliniche che la compongono, sia legata in modo indissolubile a Milano e che quindi il rapporto con i cittadini debba essere mantenuto ed alimentato, è evidente: se così non fosse non avrebbe avuto probabilmente senso mantenere i padiglioni al centro della città né sostenere un rapporto stretto e vitale con il Comune, la Diocesi, la Regione, che rappresentano pienamente la Comunità milanese.

In una città che ha subito profondi mutamenti negli ultimi decenni, sia in termini quantitativi - con la riduzione dei residenti – che qualitativi – per i fenomeni dell’invecchiamento e dell’immigrazione – mantenere il rapporto con i cittadini può tuttavia rivelarsi difficile; per questo è necessario che una parte del nostro impegno vada profusa alla ricerca di occasioni che rinsaldino la tradizione e favoriscano il contatto con le numerose e ricche associazioni presenti e operanti nella Fondazione.

Se il compito di mantenere la vicinanza tra i milanesi e il “loro” Ospedale è peculiare della nostra Fondazione, la cura delle persone malate ci deve vedere in coordinamento con gli altri Ospedali di Milano e ovviamente con la Azienda Sanitaria Locale, che ha l’onere di armonizzare ospedale e territorio.

Sarebbe infatti assurda una competizione nell’attribuirsi le risorse limitate, come pure irresponsabile prevedere duplicazioni o sovrapposizioni tra prestazioni, rese da Presidi diversi, senza alcun vantaggio per le persone.

Tutto ciò -legame con la città, potenziamento della ricerca, coordinamento con le altre strutture sanitarie- deve essere poi in linea con un’altra parola d’ordine della Legge Regionale 31/97: mettere al centro la persona, secondo la bellissima declinazione che ne ha dato il nostro Cardinale Dionigi Tettamanzi nelle pagine introduttive del testo “il Policlinico. Milano e il suo Ospedale”: “...mettere al centro la persona significa riconoscere che l’altro e’ sempre una persona concreta, non virtuale o immaginata... significa tirarla fuori dall’anonimato, ridarle identità... significa accettare di fare un tratto di strada con l’altro...”.

È questo che deve guidare sia la ristrutturazione dei padiglioni (costruire per gli uomini, pensare a mura che devono accogliere persone e non macchine) che l’organizzazione aziendale, oltre che gli interventi per una maggiore efficienza economica.

## La Fondazione IRCCS Ca' Granda

La Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico, così denominata dal 01/01/2010, nasce ufficialmente nel gennaio del 2005 con la denominazione: Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, in base al Decreto legislativo n. 288 del 16 ottobre 2003 e all'accordo di programma tra Regione Lombardia, Ministero della Salute e Comune di Milano.

La Fondazione comprende l'Ospedale Maggiore di Milano e parte degli Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP): le Cliniche Mangiagalli e Regina Elena, la Clinica del Lavoro Luigi Devoto e la Clinica Pediatrica Demetrio De Marchi.

Nelle due strutture opera, in convenzione, l'Università degli Studi di Milano.

La Fondazione è stata riconosciuta, con Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2005, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di natura pubblica (IRCCS) dal Ministero della Salute, che ne è socio fondatore con la Regione Lombardia, il Comune di Milano e l'Arcidiocesi di Milano. Il carattere scientifico è riconosciuto per le discipline:

- di riparazione e sostituzione di cellule, organi e tessuti (medicina rigenerativa e dei trapianti)
- di urgenza-emergenza nell'adulto e nel bambino.

La ricerca biomedica mirata alle discipline che non fanno parte dell'accreditamento IRCCS è finanziata con fondi ottenuti da enti pubblici e privati opportunamente ricercati dal *fund-raising* concertato tra ricercatori, direzione scientifica e consulenti esterni per la preparazione e presentazione dei progetti.

Lo Statuto prevede che nuovi soci pubblici o privati («soci partecipanti») possano far parte della Fondazione previo apporto patrimoniale o patrimonialmente valutabile. I soci partecipanti hanno diritto a un componente del Consiglio di amministrazione, scelto collegialmente. Grazie a questa possibilità offerta dallo Statuto, dalla fine dell'anno 2005 Fondazione Fiera Milano è socio della Fondazione.

L'attività sanitaria per la natura stessa della Fondazione e per la complessità delle patologie trattate è rivolta al miglioramento, mantenimento e recupero dello stato di salute di tutti coloro che vi si rivolgono siano cittadini milanesi, lombardi, di altre regioni e nazionalità. Nel corso del **2014** la Fondazione ha dimesso 35.511 pazienti assistiti in degenza ordinaria di cui 12.101 hanno subito una procedura chirurgica. In particolare sono stati effettuati 56 trapianti di rene, 51 di midollo, 63 di fegato, 30 di polmone. Gli accessi in Day Hospital sono stati pari a 9.559. Sono state effettuate 2.436.694 prestazioni ambulatoriali distinte tra visite, esami di laboratorio, esami strumentali. Si sono registrati 105.948 accessi al Pronto Soccorso, dei quali 23.162 sono relativi all'età pediatrica e 27.900 all'area ostetrico-ginecologica. Gli accessi hanno dato luogo a 17.446 ricoveri e a 643.107 prestazioni. Infine le prestazioni a beneficio di pazienti interni fornite sono state rispettivamente pari a 50.926 di radiologia, 2.014 di medicina nucleare, 3.202.326 di laboratorio (tab.1).

L'articolazione delle prestazioni per tipologia di intervento riferiti ai Livelli Essenziali di Assistenza mostra che il 2,4% di esse è inquadrabile nell'area della prevenzione, il 36,6% nell'area dell' Assistenza Distrettuale, il 61% nell'area dell'Assistenza Ospedaliera (rilevazione 2014 su dati 2013).

L'attività di ricerca ha potuto contare nel 2013 su un finanziamento pari a 7,9 milioni di euro per le attività di ricerca corrente e su oltre 10,1 milioni acquisiti al di fuori della ricerca corrente; con riferimento a tale componente extra ricerca corrente il Ministero della Salute e la Regione Lombardia contribuiscono a tali

finanziamenti per una quota pari al 42%, mentre le sperimentazioni cliniche per il 25%. Presso la Fondazione si svolgono sperimentazioni cliniche su farmaci per un valorizzato totale di oltre 2,5 milioni di euro per il 30% studi farmacologici in fase I-IV e per il 37,2% di natura osservazionale.

La Fondazione ha individuato al suo interno i seguenti centri di riferimento:

- "Centro per la prevenzione e diagnosi della malattia celiaca";
- "Centro interdipartimentale di spettroscopia e di tecnologie avanzate ad RM applicate ai sistemi biologici complessi ed allo studio della funzione mitocondriale";
- "Centro di riferimento per l'orbitopatia Basedowiana";
- "Unità Valutativa Alzheimer";
- "Sclerosi Multipla".

La rete delle malattie rare all'interno della Fondazione è coordinata dal Nucleo Malattie Rare.

Alcuni referenti per le malattie rare su nomina regionale hanno contribuito in qualità di esperti o di coordinatori alla elaborazione del 70% dei 104 percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) validati dal Centro di Coordinamento Regionale. Attualmente sono 94 i PDTA attivi presso la Fondazione; nel 75% dei casi di malattie ad esordio in età pediatrica viene garantita la fase della transizione all'età adulta.

Per queste condizioni esistono coorti di pazienti molto ampie che, una volta effettuata la diagnosi, sono state prese in carico e vengono seguite potendo valutare il decorso e l'evoluzione della malattia nonché l'insorgenza di complicanze età-specifiche delle diverse patologie. Nel 75% dei casi di malattie ad esordio in età pediatrica viene garantita la fase della transizione all'età adulta. Con 8.923 schede di diagnosi inserite su 35.407 dell'intera Regione Lombardia (dati 2013) la Fondazione contribuisce a quasi il 25% di tutte le schede di diagnosi inserite dai 31 presidi ospedalieri ed IRCCS accreditati per le malattie rare in Regione Lombardia.

Oltre all'ambito dell'assistenza ai soggetti portatori di malattia rara, cinque sono i settori in cui si può riconoscere una stretta embricatura tra l'attività di ricerca e la ricaduta assistenziale: si tratta di ambiti specialistici con una notevole produzione scientifica (rilevata con il numero delle pubblicazioni e il loro impatto nella comunità scientifica, Impact Factor), che ha una contestuale ricaduta in ambito assistenziale:

- Neurologia: costituisce, insieme all'Ematologia, il primo settore per Impact Factor, per l'intensa attività di sperimentazione clinica e di laboratorio. La malattia di Alzheimer e le sindromi e malattie degenerative e neuromuscolari congenite e acquisite sono i settori di applicazione di punta;
- Malattie della coagulazione: ricerche e applicazioni cliniche su emofilia, trombosi e malattie della coagulazione fanno della Fondazione il primo e principale centro italiano per la cura e il monitoraggio di questo ambito specialistico, trasversale a molte discipline;
- Rianimazione: la messa a punto e sviluppo della metodica ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) ha fatto della Fondazione Ca' Granda uno dei principali centri italiani ove viene utilizzata nella pratica clinica e nella didattica. Ancor più recentemente presso la Fondazione sono stati realizzati i primi trapianti di polmone con organi ricondizionati (ossia polmoni che non avendo i criteri per essere impiantati sono stati sottoposti ad una metodica messa a punto da nostri ricercatori, che li ha resi idonei tanto da essere trapiantati con successo);

- Dermatologia: storia e unicità della Clinica di via Pace, pur con l'evoluzione verso assistenza prevalentemente ambulatoriale, ne fanno ancor oggi il principale centro di riferimento clinico e di ricerca nazionale delle malattie della pelle e dei linfomi cutanei.

- Epatologia: il settore raggiunge globalmente un impact factor ai massimi livelli.

Inoltre, la presenza di specialità mediche e chirurgiche integrate ha reso possibile la realizzazione di veri e propri percorsi dalla diagnosi alla cura al follow-up; in modo particolare è nel settore trapiantologico che è ben evidente il percorso assistenziale. Possiamo così parlare di:

- Percorso delle Malattie Polmonari: la Fondazione è centro di riferimento, per bambini e adulti, della Fibrosi Cistica oltre che delle malattie polmonari croniche; la Chirurgia Toracica svolge attività di eccellenza di trapianto;

- Percorso delle Malattie Epatogastroenterologiche: ricerca e cura delle epatiti virali e metaboliche, con le relative patologie croniche e neoplastiche, hanno una particolare rilevanza, con anche l'applicazione di tecniche di radiologia interventistica in fase iniziale e del trapianto di fegato; anche per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino la Fondazione opera sia sul versante medico che chirurgico;

- Percorso delle Malattie Ematologiche: oltre che l'oncoematologia, con relativo centro di trapianto di midollo, in Fondazione è particolarmente sviluppata la cura di anemie quali talassemie e quella delle coagulopatie;

- Percorso delle Malattie del Rene: anche in questo caso vi è continuità tra area nefrologica, con un carico notevole di pazienti dializzati ma anche di patologie rare, e quella chirurgica, sia sul versante urologico sia del trapianto di rene, oltre che dell'introduzione della tecnica chirurgica robotica, anche se relativa ai soli casi di prostatectomia;

- Percorso per le Neoplasie Mammarie: grazie alla Radiologia senologica è possibile in Fondazione effettuare lo screening, la successiva diagnosi istologica e l'intervento chirurgico, per il quale la Fondazione si colloca al 3° posto a Milano.

Riguardo all'assistenza alla donna e al bambino nel rimarcare che la Fondazione è sede delle principali Cliniche Ostetrico-ginecologica e Pediatrica della città, si sottolinea che ha saputo affrontare le sfide dell'evoluzione scientifica, aprendo anche a nuove attività e servizi. Oltre ai percorsi per la procreazione medicalmente assistita, con la messa a punto di un metodo innovativo per la conservazione dei gameti di pazienti oncologici, e per la gravidanza, specializzazioni sono state sviluppate per i tumori in gravidanza, endometriosi, chirurgia fetale, nefrologia pediatrica e terapia intensiva neonatale; il follow-up dei prematuri contribuisce a fare della Fondazione un punto di richiamo nazionale ed europeo.

La Fondazione è sede storica della Clinica del Lavoro, tra le principali nazionali, la prima nel mondo per fondazione (1906) e Centro di riferimento regionale e nazionale per la disciplina. L'attività clinica si è particolarmente orientata a: prevenzione, diagnosi e cura delle malattie respiratorie, allergiche, muscolo scheletriche e neuropsichiche. In questi ultimi anni, seguendo l'evoluzione delle problematiche connesse alla tutela della salute negli ambienti di lavoro e gli sviluppi normativi ad esse collegate, la Clinica ha fortemente sviluppato ed incrementato le proprie attività di ricerca, di base ed

applicata (traslazionale), orientandole anche alle problematiche ambientali più generali con forte sviluppo dell'epidemiologia, della biologia molecolare e della genetica applicate all'ambiente. È così diventata punto di riferimento anche per gli studi effettuati in tema di rapporto tra inquinamento atmosferico e salute, con significative ricadute scientifiche in ambito internazionale.

Infine, presso la Fondazione hanno sede alcune attività di rilievo sovra ospedaliero e in alcuni casi sovra regionale: tale collocazione riconosce alla Fondazione competenze e qualità, da cui derivano anche oneri, essendo le attività comunque embricate nelle attività istituzionali e assorbendo a volte anche maggiori risorse di quelle attribuite. Si tratta delle seguenti attività:

- raccolta di sangue: il Centro Trasfusionale raccoglie annualmente un numero di sacche pari 32.851 ed è sede della Banca del Sangue Raro;
- Coordinamento Interregionale Trapianti, che si occupa di gestire liste di attesa e della distribuzione di organi per una popolazione di circa 20.000.000 di residenti;
- ricerca sulle cellule staminali e raccolta di tessuti (Banca del Cordone e Biobanca).

La Fondazione è il Centro cui è affidato il trasporto neonatale per terapie intensive ed è sede del Servizio Soccorso Violenza Sessuale e Domestica.

Sono attive 28 associazioni con finalità di studio e di ricerca alcune delle quali con sede operativa presso il Policlinico:

**Associazione "Amici del Centro Dino Ferrari"**

**Associazione "Per il Policlinico" ONLUS**

**Associazione Amici della Clinica Neurochirurgica ACNUM**

**Associazione Amici della Gastroenterologia del Padiglione Granelli AAGG**

**Associazione Anti-coagulati Lombardi Milano Centro ONLUS AL**

**Associazione Coagulopatici ed Emofiliaci ONLUS ACE**

**Associazione Formazione Trauma**

**Associazione Gruppo Italiano per la lotta contro il Lupus Eritematoso Sistemico LES**

**Associazione Immunodeficienze Primitive ONLUS AIP**

**Associazione Italiana Calpaina 3 ONLUS**

**Associazione Italiana contro le Leucemie, Linfomi e Mieloma ONLUS Sezione Milano e Provincia AIL**

**Associazione Italiana per lo Studio e la Tutela della Maternità ad Alto Rischio ONLUS AISTMAR**

**Associazione Italiana Rianimazione e Urgenze Pediatriche AIR&UP**

**Associazione Italiana Studio Malformazioni ONLUS ASM**

**Associazione La Ginestra**

**Associazione Lombarda Famiglie Audiolesi ONLUS ALFA**

**Associazione Nord Italia Transplant program NITp**

**Associazione per il Bambino Reumatico Onlus ABR**

**Associazione per lo Studio e Cura delle Malattie Metaboliche del Fegato ONLUS AMMF**

**Associazione per lo Studio e la Cura delle malattie renali "Amici del Padiglione Croff" ONLUS**

**Associazione Senologia Milanese AS.SE.M**

**Associazione Studio e Trattamento del Malato Ematologico ONLUS STEM**

**Associazione Talassemici e Drepanocitici Lombardi ONLUS ATDL**

**Fondazione Angelo Bianchi Bonomi**



Fondazione G. e D. De Marchi per la lotta contro le emopatie ed i tumori dell'infanzia ONLUS

Fondazione La Nuova Speranza Lotta alla sclerosi focale ONLUS

Fondazione Luigi Villa - Centro Studi di patologia molecolare applicata alla clinica

Fondazione per la Ricerca sull'infertilità di coppia FORINF

e 51 associazioni di volontariato

---

Associazione Amici del Policlinico e della Mangiagalli Donatori di Sangue ONLUS

Associazione Amici di Gabriele ONLUS

Associazione APM Parkinson Lombardia ONLUS

Associazione Arché ONLUS

Associazione Culturale Francesco Sforza

Associazione di volontariato "Laura Coviello" per la lotta contro la leucemia ONLUS ALC

Associazione Diversamente ONLUS

Ass. Donatrici Italiane Sangue Cordone Ombelicale Sezione Regionale Lombardia ONLUS ADISCO

Associazione Dutur Claun Vip Milano ONLUS

Associazione e Fondazione ASME Assistenza e Studio Malati Ematologici ONLUS

Associazione Famiglie Sindrome di Williams ONLUS AFSW

Associazione Famiglie Atrofia Muscolare Spinale ONLUS – Famiglie SMA

Associazione Io Virgola Donna ONLUS

Associazione Italiana Afasici ONLUS Regione Lombardia AITA

Associazione Italiana Celiachia Lombardia ONLUS AIC

Associazione Italiana Familiari e Vittime della Strada ONLUS AIFVS

Associazione Italiana Giovani Parkinsoniani ONLUS - AIGP

Associazione Italiana Linfoangiomiomatosi ONLUS LAM Italia

Associazione Italiana per la Prevenzione e Cura dell'Epatite Virale "Beatrice Vitiello" ONLUS COPEV

Associazione Italiana Sindrome di Moebius ONLUS

Associazione Italiana Soccorritori AIS

Associazione Lombarda Fibrosi Cistica ONLUS ALFC

Associazione Make-A-Wish Italia ONLUS

Associazione Malattie Epatiche Autoimmuni ONLUS AMEA

Associazione Mangiagalli Life ONLUS per la tutela della salute materno-infantile AmLife

Associazione Missione Sogni ONLUS

Associazione Nazionale Donne Operate al Seno Comitato Milano ONLUS A.N.D.O.S.

Associazione Nazionale Terza Età Attiva per la Solidarietà Milano ONLUS ANTEAS

Associazione per il Bambino in Ospedale ONLUS ABIO

Associazione per il Bambino Nefropatico ONLUS ABN

Associazione per l'Informazione e lo Studio dell'Acondroplasia ONLUS AISAc

Associazione SVS DonnaAiutaDonna ONLUS

Associazione Trapianti Organi ONLUS ATO

Associazione Vision ONLUS

Associazione Volontari Ospedalieri ONLUS AVO

Centro di Aiuto alla Vita Mangiagalli ONLUS CAV

Centro Educazione Matrimoniale Prematrimoniale CEMP

Commissione Visitatori e Visitatrici dell'Ospedale Maggiore di Milano ONLUS

Commissione Visitatrici per la Maternità

Croce Rossa Italiana Comitato Locale di Milano CRI

---

---

**Fondazione Dottor Sorriso ONLUS**

**Fondazione Imation ONLUS**

**Fondazione Paracelso ONLUS**

**Fondazione Uniti per Crescere Insieme ONLUS - UCI**

**Forum della Solidarietà della Lombardia ONLUS**

**Gruppo di Volontariato per Minori e Adulti Sieropositivi ONLUS ANLAIDS**

**Gruppo Italiano Lotta alla Sclerodermia ONLUS GILS**

**Progetto Alice ONLUS Associazione per la lotta alla Sindrome Emolitico Uremica SEU**

**Progetto Itaca Associazione Volontari per la Salute Mentale ONLUS**

**Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare sezione Milano ONLUS - UILDM**

**Unione Nazionale Italiana Trasporto ammalati a Lourdes e Santuari internazionali - UNITALSI**

---

Tab.1 Sintesi dell'attività assistenziale svolta dalla Fondazione nel corso del 2014 (dati provvisori).

A) Degenza Ordinaria	2014	2013
Posti letto accreditati	912	912
Posti letto medi	791	785
Numero pazienti dimessi	35.511	35.907
Numero giornate di degenza	257.441	253.772
Durata media della degenza	7,2	7,1
Incidenza percentuale della casistica chirurgica	34,3	34,5
Incidenza percentuale della casistica chirurgica trattata in day surgery	73	42,2
Incidenza percentuale di pazienti >65 anni	23,2	21,1
Incidenza percentuale di pazienti >80 anni	8,8	7,9
Incidenza percentuale dei casi provenienti da fuori regione	8,7	8,9
<b>B) Day Hospital</b>		
Posti letto accreditati	94	94
Posti letto medi	84	84
Numero degli accessi di pazienti	9.559	10.126
Incidenza percentuale degli accessi di pazienti da fuori regione	8,2	8,9
<b>C) Prestazioni ambulatoriali</b>		
Numero complessivo di prestazioni	2.436.694	2.405.829
<b>D) Attività di trapianto</b>		
Fegato	63	46
Polmone	30	25
Rene	56	50
Midollo osseo	51	58

Tab.2 Sintesi degli indicatori economici e delle risorse impiegate dalla Fondazione

A) Indicatori economici (valori espressi in migliaia di euro)	2014	2013
Valore della produzione	420.960	417.450
Costo della produzione	406.294	401.294
Costo del personale	170.002	172.806
Costo dei beni e servizi	179.950	178.950
Costo delle attività di ricerca	14.101	12.271
<b>B) Risorse umane (unità) al 31.12.2014</b>		
Dirigenza medica	670	670
Dirigenza sanitaria	79	81
Dirigenza professionale tecnica	9	10
Dirigenza amministrativa	8	11
Personale infermieristico	1.361	1.369
Personale tecnico sanitario	219	223
Personale della riabilitazione	56	60
Personale amministrativo	318	328
Personale del ruolo tecnico sanitario e non sanitario	466	383
Personale ausiliario specializzato	157	164
Altro personale	2	2

## Mission e vision della Fondazione IRCCS Ca' Granda

La Fondazione coniuga il servizio ospedaliero con la ricerca scientifica e la formazione universitaria. I programmi di ricerca scientifica poggiano sulla cosiddetta "ricerca traslazionale", concetto che implica il trasferimento rapido dei risultati della ricerca all'assistenza.

I principali obiettivi della Fondazione riguardano:

- l'assistenza sanitaria e la ricerca biomedica e sanitaria di tipo clinico e traslazionale, al fine di mantenere e rafforzare la configurazione di "Centro di riferimento nazionale";
- l'assunzione di ogni iniziativa idonea a promuovere la ricerca traslazionale anche per tutelare la proprietà dei suoi risultati nonché la valorizzazione economica degli stessi attraverso la costituzione e/o la partecipazione a enti e società;
- l'attuazione, anche in rapporto con altri enti, di programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali delle attività di ricerca e assistenza;
- il ruolo di supporto alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea;
- la riqualificazione urbanistica e architettonica di tutta l'area ospedaliera, al fine di realizzare un ospedale "a misura d'uomo" in grado di rispondere più adeguatamente alle esigenze determinate dall'allungamento della vita, dall'aumento delle patologie croniche e degenerative e dalla richiesta crescente di assistenza non tradizionale;
- l'Integrazione e la continuità delle cure assicurando risposte sanitarie integrate e coordinate tra le diverse professionalità e le varie Unità Operative in cui è articolata la Fondazione, anche attraverso l'organizzazione dipartimentale e l'adeguamento degli strumenti organizzativi e gestionali, alla evoluzione della domanda e dell'offerta dei servizi ospedalieri;
- l'uguaglianza e l'informazione per garantire ai cittadini uguali opportunità di accesso alle prestazioni sanitarie e promuovere e curare gli aspetti relativi alla personalizzazione e all'umanizzazione delle cure, nel rispetto dei diritti e della dignità della persona;
- l'efficienza e la responsabilità per ridurre gli sprechi e le inefficienze organizzative e gestionali;
- la ricerca e le collaborazioni con le istituzioni esterne deputate alla tutela della salute, in modo da collocare la Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano nella rete dei servizi sanitari provinciali, regionali e nazionali e partecipare alle iniziative promosse a livello nazionale e regionale, in attuazione di specifici progetti obiettivo ed azioni programmate di carattere sanitario.

Una delle caratteristiche più innovative della Fondazione consiste nella possibilità istituzionale di accedere a fonti di finanziamento integrative del finanziamento pubblico in tutti i campi della ricerca biomedica.

La Fondazione opera sulla base di criteri di efficacia, efficienza ed economicità ed è tenuta al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi. I volumi e le tipologie dell'attività assistenziale sono definiti mediante accordi con la Regione Lombardia, da stipularsi secondo le norme nazionali e regionali applicabili, tenendo in adeguata considerazione la particolare natura e le caratteristiche della Fondazione e, in particolare, la compresenza di attività di ricerca ed assistenza, l'eccellenza delle sue prestazioni, la risposta ai bisogni dell'utenza proveniente da altre Regioni.

Può sembrare superfluo ricordare che l'attività di assistenza- Istituto di ricovero e cura - costituisce l'obiettivo della Fondazione, essendo anche la ricerca comunque funzionale ad essa: si scrive infatti nello

Statuto di ricerca traslazionale e la Convenzione con l'Università attiene a tale area operativa, e non, ad esempio, alla ricerca biologica di base del primo triennio della Facoltà di Medicina e Chirurgia che è gestita in piena autonomia dall'Università.

È sotto gli occhi di tutti come il profilo dell'assistenza sia mutato negli ultimi decenni, con una più necessaria attenzione:

- alla cronicità,
- alle prestazioni ambulatoriali e alla contrazione di ricoveri e tempi di ricovero,
- alla continuità assistenziale, con la dovuta integrazione tra ospedale e territorio,

e con l'oggettivo incremento del contenzioso e, conseguentemente, della medicina difensiva.

Tutto ciò è evidente conseguenza del mutato quadro epidemiologico e organizzativo nazionale, regionale e dell'area metropolitana milanese, che vede :

- l'allungamento della vita, la possibilità cioè di vivere per molti anni in presenza di patologie croniche e disabilitanti, che pongono bisogni non sempre strettamente sanitari ed esigenze di carattere sociale che non possiamo ignorare;
- l'incremento della tecnologia, le possibilità diagnostiche avanzate, che offrono opportunità impensabili, ma richiedono una sempre maggiore attenzione alla appropriatezza;
- l'evoluzione delle strutture di ricovero verso l'acuzie, con riduzione dei tempi di degenza, che si scontra con un "ciclo del bisogno" sempre più lungo e articolato, evidenziando la mancanza di una vera "continuità assistenziale";
- la presenza di nuove professioni sanitarie, la riqualificazione e crescita delle figure infermieristiche e tecniche, che richiamano all'ipotesi di studiare nuove forme organizzative capaci di valorizzare tutti i professionisti.

Anche a motivo di questi fenomeni coniugare assistenza, ricerca e didattica può farsi più difficile e complesso: infatti pur essendo tali ambiti dell'attività medica strettamente correlati e sinergici l'uno con l'altro, vi sono anche rischi di conflittualità.

Più esplicitamente la Fondazione è di fronte alla necessità di prestare assistenza ai cittadini, raccogliendone tutti i diversi bisogni presenti, al pari di un ospedale "generalista", inglobato nel proprio territorio (ne sono esempio il Pronto Soccorso cui si ricorre in larga parte anche per patologie non particolarmente gravi, o le degenze di soggetti anziani e fragili in cui è rilevante il fabbisogno sociale), dovendo insieme rispondere alla sfida di sviluppare la ricerca, ponendosi come punto di riferimento, regionale e nazionale, per patologie rare, per l'utilizzo di tecniche diagnostico-terapeutiche innovative, per lo studio di efficacia di nuovi farmaci e trattamenti.

## Le strategie

Nell'attuale quadro normativo, gli atti di maggior rilievo ai fini della programmazione ed organizzazione, fermi restando gli obiettivi generali del SSN definiti con il Piano Sanitario Nazionale e i Livelli Essenziali di Assistenza, sono costituiti da:

- **Programma Regionale di Sviluppo 2013**<sup>1</sup>, ossia l'atto programmatico di legislatura, per la parte relativa all'area sociale ("Tutela e promozione della salute");
- **Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014**<sup>2</sup>, nel quale figurano gli obiettivi di sistema e le principali azioni/iniziative nel settore sanitario e socio-sanitario;
- **DGR annuale di gestione del servizio socio-sanitario**<sup>3</sup>, che comprende le risorse e loro allocazione per ciascun esercizio economico-finanziario annuale (e successivi provvedimenti circa il finanziamento delle attività di ricovero e cura);
- **Piano Regionale Prevenzione 2010-2012**, nel quale sono contenuti gli orientamenti e gli obiettivi da attuare per una azione efficace di prevenzione e promozione della salute;

e dagli atti assunti da ciascuna Azienda Ospedaliera/Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, previa approvazione regionale, relativi a:

- **Piano di Organizzazione Aziendale** – POA, approvato dalla Giunta regionale nel 2012, che delinea l'organizzazione dell'ambito dell'assistenza sanitaria;
- **Assetto accreditato delle strutture di ricovero e ambulatoriali**, che, in coerenza con le strutture individuate dal POA, delinea le prestazioni messe a contratto e quindi consente il finanziamento delle attività;
- **Contrattazione di budget**, che va definire indicatori e risorse per ciascuna Unità Operativa.

integrati dalla Convenzione con Università (nella quale vengono definiti e programmati i rispettivi compiti) e i Documenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia, elaborati nell'ambito della delega all'assistenza<sup>4</sup>.

Inoltre con Legge Regionale 7/10, all'art. Art. 16, si prevede<sup>5</sup> una maggiorazione tariffaria per IRCCS e Aziende Ospedaliere convenzionate con Università, vincolata ad alcuni parametri e alla presentazione del **piano strategico triennale**; con Decreto del Direttore Generale Sanità 11269/2010, l'istanza presentata dalla nostra Fondazione ha avuto esito positivo, con conseguente riconoscimento della maggiorazione massima del 25% sui ricoveri effettuati.

Potrebbe risultare che tali documenti vincolino in modo stringente l'azione strategica delle Strutture Sanitarie, così da rendere la programmazione annuale una mera applicazione e ripetizione di quanto già fatto in passato.

---

<sup>1</sup> [www.regione.lombardia.it/shared/ccurl/483/357/SEO30\\_23-07-2013.pdf](http://www.regione.lombardia.it/shared/ccurl/483/357/SEO30_23-07-2013.pdf)

<sup>2</sup> [www.sanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/705/206/PSSR%202010\\_2014%20dcr%20IX\\_88%2017\\_11\\_10.pdf](http://www.sanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/705/206/PSSR%202010_2014%20dcr%20IX_88%2017_11_10.pdf)

<sup>3</sup> [www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG\\_Sanita%2FDGHomeLayout&cid=1213277054618&pagenam=DG\\_SANWrapper](http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Sanita%2FDGHomeLayout&cid=1213277054618&pagenam=DG_SANWrapper)

<sup>4</sup> L'organizzazione della facoltà ([www.medicina.unimi.it/Facoltà/1055\\_ITA\\_HTML.html](http://www.medicina.unimi.it/Facoltà/1055_ITA_HTML.html)) prevede la delega all'Assistenza consistente in: Analisi ed individuazione di indicatori obiettivi di efficienza, produttività ed adeguatezza dell'assistenza presso le strutture e Censimento assistenza per valutare le problematiche della coesistenza fra produttività e necessità didattiche (scuole di specializzazione e CDL) e di ricerca

<sup>5</sup> Art. 25 bis (Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari)

In realtà i margini di autonomia, specie per un IRCCS, sono presenti, affinché, anche con la dovuta gradualità, organizzazione e attività si avvicinino sempre più alle esigenze della comunità e dei professionisti che operano in un settore così delicato come quello dell'assistenza sanitaria.

La presenza di una ricca e articolata attività di ricerca amplia ulteriormente questi margini, dando la possibilità di ipotizzare e sperimentare nuovi modelli, correlati alle diverse realtà territoriali, all'evoluzione dei bisogni, che potrebbero poi diventare patrimonio del Servizio Sanitario Regionale.

A maggior ragione in considerazione del fatto che lo Statuto della Fondazione prevede espressamente tra gli obiettivi di *"sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario"*.

Inoltre il nostro Statuto indica che *"La Fondazione svolge la sua attività sulla base di programmi annuali e/o pluriennali approvati dal Consiglio di Amministrazione. Le proposte di deliberazioni concernenti l'approvazione dei programmi annuali e/o pluriennali, i piani di sviluppo, i piani annuali di assunzione di personale, i provvedimenti di alienazione del patrimonio ..... sono preventivamente trasmesse alla Regione Lombardia ai fini dell'espressione del parere di congruità relativo alla coerenza della deliberazione proposta con la programmazione regionale. Il giudizio di coerenza è condizione necessaria per l'approvazione dell'atto"*.

Affrontare questa apparente dicotomia è vitale per la Fondazione Ca' Granda, pena lo scivolamento verso una sostanziale staticità sui risultati e prestigio raggiunti, in una sorta di autoreferenzialità di breve respiro, come pure verso l'incapacità di dare risposte adeguate ai bisogni comunque presenti di anziani e persone fragili, o peggio, di ribaltarli sul territorio, alle famiglie o agli enti locali.

Riteniamo che la via di uscita debba fondarsi su tre principali direttrici:

- porsi come obiettivo primario la qualità delle cure, mettendo realmente al centro la persona: concetto scontato ma che non trova sempre una reale declinazione; più spesso le organizzazioni, anche sanitarie, sono centrate sulle esigenze degli operatori (sui loro interessi scientifici, pur legittimi, o sulle esigenze della vita personale, oppure con uno squilibrio tra attività istituzionale e libera professione) o mirate alla mera efficienza e risparmio (che sono necessari, in relazione alle risorse limitate, ma a condizione di essere precedute dalla ricerca di efficacia e appropriatezza, per non divenire semplice taglio indiscriminato);
- considerarsi come parte di un sistema, quello della sanità della città e della regione, e, per talune specialità, del Paese, nei confronti del quale porsi in termini di sinergia e collaborazione, mettendo a servizio della città le proprie attività più peculiari, mantenendo o potenziando centri di riferimento della nostra Fondazione. In tal senso la lettura critica della propria "produzione" (DRG per i ricoveri e volumi di offerta ambulatoriale), deve divenire la ricerca a comprendere dove e come l'offerta è esuberante, quindi con rischio di inappropriata, o non adeguata a farsi carico del paziente, nella sua complessità e interezza (non considerandolo solo un insieme di patologie, oppure non creando le condizioni per un percorso che vada dalla diagnosi, alla cura, alla riabilitazione, al *follow-up*), o ancora non in linea con gli standard di qualità e di esito riconosciuti;
- mantenere viva la vocazione alla ricerca traslazionale e a quella nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, e quindi essere attrattivi per progetti e studi significativi, anche nel campo dell'applicazione della ricerca biomedica all'organizzazione sanitaria e dei modelli assistenziali (si pensi agli spazi tuttora da riempire sull'assistenza per intensità di cure o sull'effettiva dipartimentalizzazione), senza cadere nella tentazione della perpetuazione di linee già consolidate.

Nella linea dell'assistenza legata in modo stretto alla ricerca, vanno dunque sviluppate ulteriormente quelle aree in cui la Fondazione si rivela strategica, sia per l'apporto quali-quantitativo che dà alla sanità non solo milanese, sia per l'eccellenza e unicità .



## Il piano di azione

Richiamando il percorso condotto nel 2011 e, dunque, il Piano strategico 2011 e la Relazione di fine mandato, le linee di indirizzo per l'anno 2012 trovano compimento e dettaglio sia negli obiettivi assegnati a Dipartimenti e Unità Operative, che nel Piano di Organizzazione Aziendale<sup>6</sup> e nei documenti attuativi predisposti nel corso del 2013.

In considerazione della situazione economico-sociale del Paese, e delle conseguenti ricadute sul sistema sanitario nazionale e regionale, si ritiene indispensabile operare in un'ottica di sviluppo – della qualità e dell'appropriatezza assistenziale, dei modelli organizzativi integrati per aree omogenee, della ricerca traslazionale, delle sperimentazioni gestionali - evitando un arretramento o una generica riduzione di attività.

Si ritiene infatti di vitale importanza valorizzare la vocazione della Fondazione, volta a sviluppare attività iperspecialistiche, nelle diverse aree mediche e chirurgiche, senza naturalmente dimenticare la tradizione e storia che vede nell'assistenza alle persone più deboli e fragili il nostro obiettivo peculiare.

Tale approccio non contrasta con la necessità di una responsabile analisi della spesa e delle risorse disponibili, che deve essere proseguita affinando l'individuazione delle priorità – che per Fondazione sono le prestazioni di secondo e terzo livello e le eccellenze non disponibili in altre strutture della rete metropolitana- e di criteri adeguati nell'allocazione delle risorse, principalmente umane, alle diverse aree assistenziali.

Muovendoci in tale contesto, sono individuate di seguito le linee di indirizzo per le principali attività e aree di intervento.

### **L'organizzazione per aree omogenee**

Il POA 2012-2014 della Fondazione IRCCS Ca' Granda presenta come principale e innovativa modalità gestionale l'Area Omogenea, intesa come una articolazione del Dipartimento, data dall'insieme di due o più Unità Operative Complesse, di Unità Operative Semplici, di Dirigenti titolari di Incarico Professionale Complesso o di Servizio, che sono uniti da affinità disciplinare e professionale e per cui vi è quindi la possibilità di realizzare una reale condivisione delle risorse, organizzazione, modalità d'azione e sistemi di monitoraggio.

Sempre il POA delinea ulteriormente le aree omogenee come articolazione ove più Unità Operative vanno a costituire un'unica area di degenza, anche se suddivisa in diversi padiglioni in attesa della realizzazione del nuovo ospedale, e di specialistica ambulatoriale, ove operi in modo integrato il personale assegnato, che pur garantendo alcuni servizi comuni, quali guardie, può sviluppare specifiche competenze da mettere in campo sia nell'area assistenziale sia di ricerca e didattica.

L'Area Omogenea è dunque la principale modalità gestionale del POA, ponendosi come punto di sintesi tra Dipartimento - cui viene riservato un ruolo nella programmazione strategica, in stretto raccordo con l'alta Direzione - e Unità Operative Complesse - che rappresentano l'ambito di espressione delle specialità e specificità dei professionisti.

Distinguiamo aree omogenee monospecialistiche – costituite cioè da Unità di una medesima specialità o specialità affini – e Unit – che vedono due o più Unità di specialità differente, tipicamente mediche e chirurgiche, unificate da percorsi diagnostico-terapeutici comuni per organo-apparato, oppure da medesime modalità di erogazione dell'assistenza (es.: ambulatoriale).

---

<sup>6</sup> L'attuale POA è stato adottato con Deliberazione della Giunta Regionale IX/4641 del 28 dicembre 2012

Nel caso delle Unit, come già definito dal POA, si tratta di gruppi di professionisti che, pur afferendo a diverse discipline, condividono il medesimo percorso assistenziale, costruito ponendo al centro la persona malata.

È evidente che nelle due tipologie la condivisione di risorse e percorsi sarà sostanzialmente totale nel primo tipo e parziale nelle Unit.

Il Direttore di Area Omogenea d'intesa con i Direttori di Dipartimento, in particolare:

- presenta e condivide le scelte relative alla organizzazione e gestione dell'area, in modo che siano coerenti con l'andamento complessivo del Dipartimento e, per il tramite del Direttore di esso, con quelle dell'intero ospedale;
- riferisce le criticità e ipotesi di soluzioni, le richieste di personale e attrezzature, i progetti speciali, cosicché possano essere valutati nell'ambito del Comitato di Dipartimento.

Le aree omogenee e le Unit esercitano una funzione di carattere gestionale; il Direttore, nominato dal Direttore Generale, sentito il Direttore di Dipartimento, ha dunque in capo la responsabilità della gestione dell'intera attività, sia nelle fasi di pianificazione, coerente con la programmazione strategica, che di monitoraggio e valutazione.

L'assetto organizzativo delle Aree Omogenee tiene in considerazione i seguenti punti:

1. Definizione area/e di degenza: riassetto delineato seguendo criteri di aggregazione (minore è la frammentazione, maggiore l'efficienza e la possibilità di confronto tra professionisti), intensità di cura, omogeneità dei supporti infermieristici;
2. Definizione area di MAC/BOCA: assegnazione di spazi, risorse, protocolli di funzionamento, ovviamente compatibile con le risorse disponibili;
3. Definizione piano attività ambulatoriale: individuazione delle modalità di accesso (agende elettroniche o meno, call center, accettazione regolarmente svolta al momento dell'erogazione...), le liste di attesa, le prestazioni medie erogate e la compatibilità con la richiesta, le eventuali duplicazioni e possibilità di unificazione (anche con altre aree ove presenti). Criteri di razionalizzazione, ampliamento in orario pomeridiano (che dovrà essere garantito per almeno il 50% della complessiva attività), maggior utilizzo degli spazi in verticale.
4. Definizione piano utilizzo sale operatorie: anche supportati da Direzione Sanitaria, UOC Coordinamento dei Dipartimenti Clinici, Direzione Sanitaria di Presidio e SITRA, con il progetto di lavoro in corso, modalità di utilizzo dei diversi blocchi operatori, secondo gli obiettivi più volte enunciati nei documenti strategici (programmazione secondo lista di attesa e non per posti letto della UO; rispetto dei parametri per gli indicatori di ora inizio/tempo di cambio/...; razionalizzazione delle sale/equipe dedicate all'urgenza).
5. Verifica dello stato di utilizzo dei sistemi informativi per la degenza, ambulatori, acquisizione servizi interni - order entry, richieste farmaci, beni e servizi ecc... - con individuazione dei punti critici e degli strumenti per il loro superamento, che non siano mero rinvio ad altri Uffici/Service;
6. Analisi delle risorse: personale assegnato, di tipo quali-quantitativo raffrontato coi requisiti di accreditamento e verificandone le modalità organizzative; piano per individuare le competenze o aree di sofferenza e modalità di riqualificazione delle persone presenti, ove necessaria, e di reclutamento compatibile coi vincoli presenti. Modalità organizzative che prevedano un'equa rotazione tra il personale medico delle attività più onerose, oltre che di gestione delle diverse attività. È sul piano dell'integrazione dei dirigenti medici e sanitari che ci si attende il maggiore sforzo nel delineare nuove modalità di gestione, che non considerino più separate le équipe tra UOC, quando le stesse siano della medesima disciplina, ma attribuiscono all'Area detto personale con suddivisioni funzionali per attività prevalente, che considererà le competenze maturate, che

non debbono però diventare vincolo, soprattutto per i più giovani, a limitare i confini della propria crescita professionale.

7. Attività didattica: ricognizione dei diversi contributi che singoli e struttura effettuano; per le UUOO con presenza di personale universitario modalità e tempi di integrazione, i programmi di addestramento degli specializzandi e della loro compartecipazione alle attività dell'Area. Per le UUOO a direzione ospedaliera attuale contributo e in prospettiva l'ulteriore coinvolgimento.
8. Attività di ricerca: oltre ai dati oggettivi – Impact Factor, sperimentazioni in corso, progetti di ricerca - delineare le modalità di progressiva integrazione dei laboratori esistenti presso le piattaforme tecnologiche di Fondazione, in stretta collaborazione con la Direzione Scientifica, come pure adottate linee tendenti a promuovere la collaborazione su progetti di ricerca o sperimentazioni cliniche, con un utilizzo delle risorse meno frammentato.

Per le aree omogenee che non hanno diretta gestione di posti letto, afferenti quindi ai Dipartimenti dei Servizi e di Medicina preventiva:

1. Rivalutazione dei flussi e volumi di attività per pazienti ricoverati o inseriti in coorti di pazienti seguiti (malattie rare, follow up...) che debbono costituire la priorità; per i primi ci si basa sull'utilizzo di order entry, per gli altri agende elettroniche dedicate. Piano articolato, cui dare informazioni codificate agli operatori, soggetto a monitoraggio, per valutarne la congruità con le esigenze delle UUOO Cliniche.
2. Piano attività di specialistica ambulatoriale: ambulatori/erogatori presenti, modalità di accesso (agende elettroniche o meno, call center, accettazione regolarmente svolta al momento dell'erogazione...), liste di attesa, prestazioni medie erogate e compatibilità con la richiesta, eventuali duplicazioni e possibilità di unificazione (anche con altre aree ove presenti). ampliamento in orario pomeridiano e/o il sabato mattina.
3. Completamento del percorso di unificazione dei Laboratori e avvio di piattaforme tecnologiche uniche per Fondazione, sia per attività assistenziali che di ricerca; analogamente proseguirà il piano di revisione dei blocchi di diagnostica per immagini.
4. Attuazione del POA per quanto riguarda le interrelazioni e passaggi di struttura con altre Aree e Dipartimenti (area allergologica, area broncopneumologica, area ematologica, area interventistica..) individuando risorse, strutture, spazi per la piena integrazione.
5. Analisi delle risorse: analisi del personale assegnato, di tipo quali-quantitativo, su una prospettiva biennale, raffrontato con indicatori relativi al carico prestazionale verificandone le modalità organizzative; piano per individuare le competenze o aree di sofferenza e modalità di riqualificazione delle persone presenti, ove necessaria, e di reclutamento compatibile coi vincoli presenti con le caratteristiche precedentemente delineate.
6. Attività didattica: anche in questo caso ricognizione dei diversi contributi che singoli e struttura effettuano.
7. Attività di ricerca: oltre ai dati oggettivi – Impact Factor, sperimentazioni in corso, progetti di ricerca –progressiva integrazione dei laboratori esistenti presso le piattaforme tecnologiche di Fondazione, linee tendenti a promuovere la collaborazione su progetti di ricerca o sperimentazioni cliniche, con un utilizzo delle risorse meno frammentato.

In relazione alle peculiarità o per specifiche esigenze delle diverse aree omogenee/Unit, viene data ampia facoltà al direttore di esplicitare altri aspetti, non sopra evidenziati.

#### **Sistemi informativi e analisi dei dati**

La centralità dell'infrastruttura informatica come prerequisito di qualsiasi progetto di riorganizzazione è condivisa da tutti; vi è dunque la prioritaria necessità di compiere uno sforzo ulteriore per migliorare una situazione di sofferenza.

## **Risorse: criteri per l'attribuzione di personale, spazi, attrezzature**

Nella gestione delle risorse umane assume particolare significato:

- l'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma per la Trasparenza e l'Integrità – finalizzato ad individuare misure preventive aggiuntive rispetto al mero rispetto delle norme e procedure disciplinate da specifici provvedimenti-;
- la definizione di criteri omogenei per l'attribuzione di retribuzioni aggiuntive derivanti da convenzioni, progetti regionali, contributi finalizzati, sperimentazioni cliniche;
- il processo di valutazione, ai fini della retribuzione variabile, secondo le indicazioni regionali e con criteri meritocratici sia delle performance d'equipe che individuali.

Con medesimi criteri succitati sono valutate **le attribuzioni di spazi, attrezzature**, anche con riguardo alla ricerca, proseguendo nella definizione di piattaforme per le attività di laboratorio più complesse (es.: biologia molecolare), utilizzate in modo coordinato dai diversi gruppi.

Un ulteriore e non ultimo ambito di sviluppo e consolidamento è costituito dai sistemi di certificazione della qualità, anche per quanto riguarda l'assetto dei dipartimenti.

## **Adeguamenti strutturali**

La realizzazione del nuovo PS, nel quale sarà collocato oltre al PS Generale quello Pediatrico, costituirà un ulteriore passo per la configurazione del nuovo Policlinico.

Ciò, consentirà l'attivazione di un modello organizzativo in linea con l'evoluzione dell'area di emergenza-urgenza., oltre a favorire la distinzione tra attività d'urgenza e attività programmata.

Il completamento dell'Istituto di Genetica Molecolare, per le parti attribuite al Policlinico, consente di realizzare innanzitutto sinergie nell'utilizzo di attrezzature.

## **Attività amministrative e di sistema**

Nel sentiero tracciato di una pianificazione puntuale dei servizi e attività amministrative, che hanno lo scopo di supportare l'attività clinica e di ricerca, si procederà a:

- Acquisizione attrezzature secondo le richieste e gli ordini di priorità avanzati dai Dipartimenti;
- Monitoraggio dei costi relativi agli approvvigionamenti – con particolare riguardo a farmaci, protesi, reagenti-, attivando anche focus specifici su particolari criticità (ad esempio per farmaci ad alto costo su file F o attrezzature per chirurgia robotica);
- Verifica delle attività in appalto, in ordine ai costi preventivati e alle misure di controllo sulle prestazioni rese;
- Prosecuzione del processo di dematerializzazione ;

## Attività di programmazione 2015

Le attività di programmazione sono state attuate individuando gli obiettivi per tutti i dipartimenti gestionali e per ciascuna UOC e UOSD a partire dalle indicazioni contenute nelle DGR che hanno fissato le regole di sistema per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno in corso.

Su tali basi la Fondazione ha definito i propri obiettivi comuni e specifici per ciascun dipartimento avendo attenzione alle aree dell'innovazione tecnologica e organizzativa, delle attività ordinarie, della responsabilità gestionale.

### Il ciclo della programmazione

Preliminare alla valutazione annuale delle performance, finalizzata anche al sistema premiante, sia essa organizzativa (d'equipe) o individuale, ed alla scelta dei relativi percorsi/strumenti da utilizzare, è la definizione degli obiettivi, che, per rendere efficace e "reale" la valutazione, debbono presentare alcuni requisiti:

- Coerenza con i piani e programmi della Fondazione: gli obiettivi non possono essere la semplice riproposizione di quanto previsto a livello regionale (pur dovendo ovviamente essere coerenti con essi), ma devono presentare specificità relative ai piani della Fondazione, al superamento di criticità evidenziate, agli sviluppi previsti, devono inoltre essere raccordati al Piano di Miglioramento Organizzativo (PIMO) secondo quanto previsto dalla DGR n. X/2989 del 23/12/2014 ; in tale ottica la pesatura degli obiettivi privilegia quelli qualitativi e strategici, in modo da rendere esplicite le priorità più rilevanti;
- Inserimento in un quadro complessivo e sistemico: sebbene gli obiettivi siano annuali e debbano riguardare attività mirate, è abbastanza evidente che una suddivisione netta tra attività ordinaria e attività su obiettivi è artificiosa; si può quindi stabilire che vi siano alcuni obiettivi generali, assegnati, anche se con una certa variabilità, a tutte le UUOO ed altri, definibili straordinari, attribuiti solo ad alcune UUOO; inoltre tutti gli obiettivi oggetto di retribuzione aggiuntiva debbono rientrare in un unico provvedimento/quadro, pur con le relative pesature;
- Loro definizione in modo completo ed entro termini ragionevoli, non oltre il marzo dell'anno su cui sono articolati; le performance attese devono essere definite in termini di obiettivi, indicatori, target attesi e responsabile della valutazione di 1° istanza, in modo da poterne valutare periodicamente gli andamenti e, a fine anno, i risultati effettivamente conseguiti;
- Assegnazione in modo puntuale ad UO, Area Omogenea/Unit o Dipartimenti, in modo da individuarne in modo chiaro le relative responsabilità; l'assegnazione alle UUOO degli obiettivi da conseguire ha anche il significato di riconoscere l'unitarietà di equipe e stimolare il "gioco di squadra", superando la divisione orizzontale per qualifiche.

Il percorso adottato in Fondazione prevede:

- Definizione dei pre-requisiti, degli obiettivi generali e degli obiettivi straordinari a cura della Direzione strategica, sulla base dei piani e programmi della Fondazione.
- Declinazione degli obiettivi a cura del Servizio Controllo di gestione e Programmazione e presentazione alle UUOO/Aree/Dipartimenti e Nucleo di valutazione;
- Negoziazione e formalizzazione degli obiettivi: la negoziazione di obiettivi e risorse con UUOO/Aree/Dipartimenti in modo unitario per dirigenza e comparto curata dal Controllo di Gestione e Programmazione;
- Monitoraggio quadrimestrale a cura del Controllo di Gestione e Programmazione, con presentazione e invio dei risultati alla Direzione Strategica e ai Dipartimenti;
- Presentazione, da parte del Direttore di Dipartimento-Area-UOC e dei Coordinatori e Responsabili di area, degli obiettivi e dei risultati del monitoraggio periodico, a tutti gli operatori della UO/Area; in particolare gli stessi dovranno essere definiti in tempo utile e quindi presentati a tutto il personale con apposite riunioni, come pure gli esiti del relativo monitoraggio e raggiungimento;
- Pubblicazione in intranet sia gli obiettivi che i risultati ottenuti; inoltre con frequenza annuale la Direzione strategica rende disponibili alle OOSS le quote dei rispettivi fondi disponibili e, a consuntivo, la suddivisione per Dipartimento-Area-UOC delle quote assegnate ;

- Valutazione finale, di norma entro marzo/aprile dell'anno successivo a cura del Nucleo di Valutazione su istruttoria del Controllo di gestione e Programmazione.

### **La ripartizione dei fondi**

Nell'ambito della definizione di unitarietà degli obiettivi - inserendo cioè in un unico quadro gli obiettivi regionali e aziendali - è coerente che i fondi dedicati vengano attribuiti con un medesimo criterio.

I fondi vengono attribuiti a Dipartimento-Area-UOC in relazione al numero di dirigenti assegnati, definendo quindi il budget di ciascuna struttura per quota capitaria .

### **La valutazione dei risultati conseguiti**

La Direzione strategica attribuisce importanza fondamentale alla valutazione del risultato dell'équipe: proprio perché è dal concorso e collaborazione della squadra che originano le migliori performance, pur con contributi diversi. A tal fine è ribadito l'obbligo da parte dei Direttori e coordinatori/responsabili di area di porre a conoscenza di tutti gli operatori gli obiettivi e loro monitoraggio.

La valutazione finale è condotta sulla base degli indicatori definiti ad inizio anno, approvati dal Nucleo di valutazione; in corso d'anno è preceduta dal monitoraggio condotto dal Controllo di Gestione nel corso del quale il Direttore di UO, coadiuvato dai coordinatori e responsabili di area, effettua una autovalutazione, nella quale non sono comunque ammissibili rinvii a responsabilità di altre UUOO/Servizi che non siano stati evidenziati e documentati nelle fasi precedenti; inoltre, a fine anno, il responsabile della valutazione di prima istanza effettua la propria valutazione, su cui il Nucleo di valutazione baserà la propria attività.

Il livello di raggiungimento degli obiettivi rileva soltanto ai fini della determinazione del budget e dell'attribuzione del corrispettivo economico d'équipe, mentre per la valutazione individuale rileva solo il giudizio valutativo individuale.

Qualora non venga riscontrato il raggiungimento di uno o più obiettivi, il Controllo di Gestione attiverà le necessarie verifiche, i cui esiti saranno pubblicati su intranet.

Il Nucleo di Valutazione verifica il grado di raggiungimento degli obiettivi in corso d'anno e a fine periodo.

Obiettivi comuni di Fondazione	
<b>Attività rivolta all'utenza</b>	<p>Mantenimento dei livelli di attività assistenziali garantiti dalla Fondazione a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni e miglioramento dei livelli di qualità percepita dalla popolazione.</p> <p>Costante adeguamento dei livelli di offerta al mutare delle condizioni legate ai cambiamenti demografici ed epidemiologici e all'adeguamento delle tecnologie.</p> <p>Prosecuzione delle azioni volte a garantire un supporto di eccellenza nella gestione delle malattie rare.</p>
<b>Attività di gestione e innovazione organizzativa</b>	<p>Con riferimento agli interventi di razionalizzazione queste riguarderanno le attività ambulatoriali per le quali occorre prevedere la riduzione del numero di erogatori, e la informatizzazione dell'intero processo che va dalla prenotazione alla refertazione e la prosecuzione e implementazione di ambulatori multidisciplinari (malattie intestinali, orl, basedow...) e di pacchetti assistenziali integrati.</p> <p>Per quanto si riferisce all'attività di degenza si persegue una progressiva razionalizzazione delle risorse attraverso la compiuta realizzazione di aree omogenee ove sia attuata la gestione dei pazienti per gravità, la gestione unificata del personale e delle attività di guardia attiva.</p> <p>Infine si intende verificare la reale consistenza delle attività amministrative e la conseguente gestione del personale ad esse dedicato al fine di pervenire ad una razionalizzazione.</p>

DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E SPECIALIZZAZIONI MEDICHE	
<b>Attività rivolta all'utenza</b>	<p>Il Dipartimento ha fornito 2.477 prestazioni di ricovero ordinario, 1.806 accessi in <i>day hospital</i> e 252.084 prestazioni ambulatoriali di cui 11.848 complesse nel corso del 2014 (dati provvisori). Si ritiene che tali livelli di attività debbano essere mantenuti, pur nel mutare del contesto assistenziale nel quale verranno erogate, a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni.</p>
<b>Attività di gestione</b>	<p><b>Area di Medicina Interna e Geriatria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione area di degenza e MAC , comprensiva di tutti i posti letto attivi delle rispettive UUOCC (Devoto, Granelli, via Pace) per intensità di cura.</li> <li>• Gestione degli ambulatori con raggruppamento per patologia e percorsi</li> <li>• Gestione del personale medico come unica équipe con destinazione funzionale per attività prevalente e gestione unitaria delle guardie e attività trasversali</li> </ul> <p><b>Area di Medicina Specialistica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione degli ambulatori con raggruppamento per patologia e percorsi, ivi compresi gli ambulatori in collaborazione con l'area pediatrica</li> <li>• Collaborazione e integrazione in area di degenza, ambulatoriale, didattica e ricerca all'interno del Dipartimento.</li> </ul>
<b>Innovazione</b>	<p>Sperimentazione modalità di gestione e presa in carico del paziente fragile</p> <p>Verifica e piano di rientro per utilizzo informatica nell'attività sanitaria</p>
<b>Attuazione Piano Integrato di</b>	<p>Le valutazioni mediche iniziali eseguite prima dell'accettazione in regime di ricovero o prima di una procedura ambulatoriale (incluse le situazioni in cui i pazienti hanno effettuato percorsi di pre-ricovero / pre-ospedalizzazione) non</p>

<b>Miglioramento dell'Organizzazione</b>	devono superano i 30 giorni. Il paziente che, in base ai criteri, è identificato a rischio per problemi di tipo nutrizionale, viene sottoposto a una valutazione nutrizionale specialistica. Miglioramento delle politiche di gestione dei farmaci antibiotici. Revisione e validazione dei protocolli di antibioticoprofilassi. Gestione delle soluzioni di elettroliti concentrati.
<b>Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</b>	Partecipazione alle iniziative previste dal PNA come da PTPC.

<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA</b>	
<b>Attività rivolta all'utenza</b>	Il Dipartimento ha fornito 6.438 prestazioni di ricovero ordinario, 1.664 accessi in <i>day hospital</i> e 151.747 prestazioni ambulatoriali di cui 615 complesse nel corso del 2014 (dati provvisori). Si ritiene che tali livelli di attività debbano essere mantenuti a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni
<b>Attività di gestione</b>	<p><b>Area di Chirurgia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione dell' area di degenza e BOCA, comprensiva di tutti i posti letto attivi delle rispettive Unità Operative, seguendo il criterio dell'intensità di cura</li> <li>• Gestione degli ambulatori con raggruppamento per patologia e percorsi e individuazione di ambulatori per patologie condivisi con altre aree;</li> <li>• Pianificazione attività blocchi operatori unificata, con criteri e monitoraggio della funzionalità con verticalizzazione e incremento efficienza;</li> <li>• Gestione del personale medico come unica équipe con destinazione funzionale per attività prevalente e gestione unitaria guardie e attività trasversali</li> </ul> <p><b>Area Testa - collo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione dell' area di degenza e BOCA, comprensiva di tutti i posti letto attivi delle rispettive Unità Operative in modo coordinato seguendo il criterio dell'intensità di cura;</li> <li>• Gestione degli ambulatori con raggruppamento per patologia e percorsi e individuazione di ambulatori per patologie condivisi con altre aree, specie pediatrica;</li> <li>• Pianificazione attività blocchi operatori unificata, con criteri e monitoraggio della funzionalità con verticalizzazione e incremento efficienza</li> </ul>
<b>Innovazione</b>	Verifica e piano di rientro per utilizzo informatica attività sanitaria, con particolare riguardo a gestione informatizzata liste di attesa, programmazione sale operatorie, refertazione ambulatoriale.
<b>Attuazione Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione</b>	Le valutazioni mediche iniziali eseguite prima dell'accettazione in regime di ricovero o prima di una procedura ambulatoriale (incluse le situazioni in cui i pazienti hanno effettuato percorsi di pre-ricovero / pre-ospedalizzazione) non devono superano i 30 giorni.  Il paziente che, in base ai criteri, è identificato a rischio per problemi di tipo nutrizionale, viene sottoposto a una valutazione nutrizionale specialistica.  Miglioramento delle politiche di gestione dei farmaci antibiotici. Revisione e validazione dei protocolli di antibioticoprofilassi.



	Gestione delle soluzioni di elettroliti concentrati.
<b>Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</b>	Partecipazione alle iniziative previste dal PNA come da PTPC.

<b>DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E SALUTE MENTALE</b>	
<b>Attività rivolta all'utenza</b>	Il Dipartimento ha fornito 1.103 prestazioni di ricovero ordinario, 220 accessi in <i>day hospital</i> e 41.970 prestazioni ambulatoriali di cui 4.358 complesse nel corso del 2014 (dati provvisori). Si ritiene che tali livelli di attività debbano essere mantenuti a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni
<b>Attività di gestione</b>	<p><b>Area Neurologica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione delle attività delle UO afferenti così da delineare un'Area nella quale vi siano attività trasversali condivise dall'intera équipe – guardie, degenze – e ambiti prevalenti, ma non esclusivi, coordinati tra loro.</li> <li>• Gestione degli ambulatori con definizione dei flussi dei pazienti, agende elettroniche, registrazione completa delle attività svolte;</li> </ul> <p><b>Area di Salute Mentale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione delle attività di degenza e ambulatoriali, comprese quelle territoriali, con ridisegno organizzativo calibrato su requisiti/attività/coordinamento/risorse disponibili.</li> </ul>
<b>Innovazione</b>	Partecipazione al progetto di unificazione delle piattaforme tecnologiche e riorganizzazione dei laboratori, che dovranno essere unificati pur nel rispetto delle specificità Verifica e piano di rientro per utilizzo informatica attività sanitaria
<b>Attuazione Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione</b>	<p>Le valutazioni mediche iniziali eseguite prima dell'accettazione in regime di ricovero o prima di una procedura ambulatoriale (incluse le situazioni in cui i pazienti hanno effettuato percorsi di pre-ricovero / pre-ospedalizzazione) non devono superare i 30 giorni.</p> <p>Il paziente che, in base ai criteri, è identificato a rischio per problemi di tipo nutrizionale, viene sottoposto a una valutazione nutrizionale specialistica.</p> <p>Miglioramento delle politiche di gestione dei farmaci antibiotici. Revisione e validazione dei protocolli di antibiotico profilassi. Gestione delle soluzioni di elettroliti concentrati.</p>
<b>Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</b>	Partecipazione alle iniziative previste dal PNA come da PTPC.

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	
<b>Attività rivolta all'utenza</b>	<p>Il Dipartimento ha fornito 1.614.975 prestazioni ambulatoriali e 105 accessi in <i>day hospital</i> nel corso del 2014 (dati provvisori) oltre ad assicurare lo svolgimento delle attività a beneficio delle Unità Operative della Fondazione. Si ritiene che i livelli di attività forniti debbano essere mantenuti, pur nel mutare del contesto assistenziale nel quale verranno erogate, a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni.</p> <p>Analisi delle convenzioni attive e passive e della attività Libero professionale, finalizzata a definire regole e parametri per equilibrarla all'attività di istituto e valorizzare le competenze presenti.</p>
<b>Attività di gestione</b>	<p><b>Area Diagnostica per immagini</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Articolazione delle attività per interni e ambulatoriali improntato a razionalizzazione e pieno utilizzo delle attrezzature</li> <li>• Sviluppo delle professionalità e integrazione delle risorse umane, sia tecniche, che della dirigenza medica e sanitaria</li> </ul> <p><b>Area Laboratori</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione delle attività di laboratorio finalizzate a integrazioni –interne, e con il Dipartimento delle Unit e con altre Aziende Sanitarie –</li> </ul> <p>Avvio della piattaforma di biologia molecolare con crono programma della completa integrazione delle equipe afferenti a diverse UUOO</p>
<b>Innovazione</b>	Attuazione del POA per le correlazioni con altri Dipartimenti e la condivisione di laboratori/piattaforme tecnologiche
<b>Attuazione Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione</b>	Miglioramento delle politiche di gestione dei farmaci antibiotici.
<b>Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</b>	Partecipazione alle iniziative previste dal PNA come da PTPC.

DIPARTIMENTO DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DEL NEONATO	
<b>Attività rivolta all'utenza</b>	<p>Il Dipartimento ha fornito 18.888 prestazioni di ricovero ordinario, 5.187 accessi in <i>day hospital</i> e 216.048 prestazioni ambulatoriali di cui 3.217 complesse nel corso del 2014 (dati provvisori). Si ritiene che tali livelli di attività debbano essere mantenuti a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni.</p>
<b>Attività di gestione</b>	<p><b>Area Ostetrico – Ginecologica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulteriore sviluppo dell'integrazione delle aree di degenza e ambulatoriale, con definizione di percorsi e protocolli condivisi (es.: percorso nascita con ASL)</li> <li>• Verifica e piano di rientro per utilizzo informatica attività sanitaria, con particolare riguardo a gestione informatizzata della refertazione ambulatoriale</li> </ul> <p><b>Area Neonatologica – Pediatrica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definire area di degenza e MAC secondo le previsioni POA (alta e media intensità di cura), prevedendo la modalità di gestione integrata delle équipe mediche e</li> </ul>

	<p>infermieristiche;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piano complessivo dell'attività ambulatoriale volto a definire percorsi unitari e non per UO;</li> <li>• Integrazione del personale medico, volta a favorire la professionalità acquisita e sviluppare nuove competenze;</li> </ul>
<b>Innovazione</b>	<p>Progetto con ASL e Comune per ulteriore integrazione coi servizi territoriali e formazione personale della Fondazione con maggior coinvolgimento nei servizi</p> <p>Partecipazione alla fase di studio e progettazione dell'area materno-infantile del nuovo ospedale</p> <p>Verifica e piano di rientro per utilizzo informatica attività sanitaria, con particolare riguardo a gestione informatizzata liste di attesa, refertazione ambulatoriale</p>
<b>Attuazione Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione</b>	<p>Le valutazioni mediche iniziali eseguite prima dell'accettazione in regime di ricovero o prima di una procedura ambulatoriale (incluse le situazioni in cui i pazienti hanno effettuato percorsi di pre-ricovero / pre-ospedalizzazione) non devono superare i 30 giorni.</p> <p>Il paziente che, in base ai criteri, è identificato a rischio per problemi di tipo nutrizionale, viene sottoposto a una valutazione nutrizionale specialistica.</p> <p>Miglioramento delle politiche di gestione dei farmaci antibiotici. Revisione e validazione dei protocolli di antibiotico profilassi. Gestione delle soluzioni di elettroliti concentrati.</p>
<b>Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</b>	<p>Partecipazione alle iniziative previste dal PNA come da PTPC</p>

DIPARTIMENTO DI MEDICINA PREVENTIVA	
<b>Attività rivolta all'utenza</b>	<p>Il Dipartimento ha fornito 110 prestazioni di ricovero ordinario, 31 accessi in <i>day hospital</i> e 42.218 prestazioni ambulatoriali di cui 2.041 complesse nel corso del 2014 (dati provvisori) oltre alle attività di tutela della salute dei lavoratori dipendenti dalla Fondazione e da altre aziende pubbliche e private convenzionate. Si ritiene che i livelli di attività forniti debbano essere mantenuti, pur nel mutare del contesto assistenziale nel quale verranno erogate, a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni</p> <p>Inoltre è obiettivo del Dipartimento l'attuazione di un progetto per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori della Fondazione (anagrafica aggiornata e completa, comprensiva di personale non strutturato e studenti, semplificazione delle modalità di convocazione, informatizzazione completa dei dati sanitari e valutazione di inserimento nel FSE).</p>
<b>Attività di gestione</b>	<p><b>Area Tutela e sicurezza del lavoratore</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione delle attività ambulatoriali valorizzando le professionalità e integrandosi con altri Dipartimenti onde evitare duplicazioni e potenziare aree non presidiate;</li> <li>• Definizione delle attività istituzionali e di quelle rese ad altri Enti e Aziende ai fini di ricerca e del relativo fabbisogno di risorse;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attuazione del POA per le correlazioni con altri Dipartimenti</li> </ul> <p><b>Area Statistica ed Epidemiologia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizzazione delle attività di ricerca e di monitoraggio e pianificazione dei fabbisogni compatibilmente con i vincoli normativi</li> <li>• Definizione della struttura e risorse per la nuova UO e piano di attività trasversali alla Fondazione</li> </ul>
<b>Innovazione</b>	Sviluppare l'attività di epidemiologia clinica, finalizzata ad elaborare i dati di attività della Fondazione (SDO, specialistica ambulatoriale, farmaceutica) per valutarne qualità e appropriatezza, elaborando anche un sistema che consenta la lettura integrata a ciascuna UO dell'attività clinica svolta (casistica trattata, farmaci prescritti, interventi effettuati, consulenze e accertamenti richiesti) per poter poi apportare correttivi e miglioramenti in fase di programmazione
<b>Attuazione Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione</b>	Analisi tramite indagine dello Stress Lavoro Correlato (Slc)
<b>Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</b>	Partecipazione alle iniziative previste dal PNA come da PTPC.

#### DIPARTIMENTO DELLE UNITS MULTISPECIALISTICHE E DEI TRAPIANTI

<b>Attività rivolta all'utenza</b>	Il Dipartimento ha fornito 5.642 ricoveri e 433 accessi in dh, 262.878 prestazioni ambulatoriali di cui 9.512 nel corso del 2014 (dati provvisori) oltre ad assicurare lo svolgimento delle attività di medicina trasfusionale e dei trapianti. Si ritiene che i livelli di attività debbano essere mantenuti a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni
<b>Attività di gestione</b>	<p><b>Area Cardio - Polmonare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definire area di degenza, MAC e BOCA, che pur con un utilizzo destinato alle tre specialità preveda un margine di flessibilità in relazione al fabbisogno (liste di attesa, urgenze);</li> <li>• Piano complessivo dell'attività ambulatoriale volto a definire percorsi e pacchetti tipici della Unit (pazienti trapiantati, pazienti con multimorbidità, pazienti pediatrici..);</li> <li>• Pianificazione dell'attività della Chirurgia toracica di concerto con le altre UUOO afferenti al medesimo blocco operatorio;</li> <li>• Definizione delle modalità e tempistica per il raccordo con l'area pediatrica e per l'integrazione con il Dipartimento di medicina Preventiva;</li> <li>• Individuazione delle interrelazioni con altre strutture sanitarie per attività non disponibili in Fondazione (Cardiochirurgia, Riabilitazione respiratoria e cardiologica...);</li> </ul> <p><b>Area Nefro – Urologica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzare area di degenza, MAC e BOCA come indicato nel POA, che pur con un utilizzo destinato alle tre specialità preveda un margine di flessibilità in relazione al fabbisogno (liste di attesa, urgenze);</li> <li>• Piano complessivo dell'attività ambulatoriale volto a definire percorsi e pacchetti tipici della Unit (pazienti trapiantati, pazienti con multimorbidità, pazienti pediatrici..);</li> <li>• Pianificazione dell'attività chirurgica che preveda una progressiva integrazione tra le</li> </ul>

	<p>due UOC sia in ambito di ricovero che ambulatoriale;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione delle modalità e tempistica per il raccordo con l'area pediatrica ;</li> </ul> <p><b>Area Gastro – Epatologica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Definire area di degenza , MAC , BOCA ed Endoscopia, che pur con un utilizzo destinato alle tre specialità preveda un margine di flessibilità in relazione al fabbisogno (liste di attesa, urgenze); indicando anche per l'area di degenza ipotesi di collocazione nell'attuale assetto strutturale;</li> <li>Piano complessivo dell'attività ambulatoriale volto a definire percorsi e pacchetti tipici della Unit (pazienti trapiantati, pazienti con multimorbidità, pazienti pediatrici..);</li> <li>Pianificazione dell'attività della Chirurgia epatobiliopancreatica di concerto con le altre UUOO afferenti al medesimo blocco operatorio;</li> <li>Definizione delle modalità di raccordo con Chirurgia Pediatrica – gestione per endoscopia- delle modalità e tempistica per il raccordo con l'area pediatrica ;</li> </ul> <p><b>Area Ematologica- Trasfusionale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Definire area di degenza , MAC e BOCA, che pur con un utilizzo destinato alle due specialità cliniche di ematologia preveda un margine di flessibilità in relazione al fabbisogno (liste di attesa, urgenze); indicando anche per l'area di degenza ipotesi di collocazione nell'attuale assetto strutturale;</li> <li>Piano complessivo dell'attività ambulatoriale volto a definire percorsi unitari e non per UO (pazienti pediatrici, pazienti oncologici, pazienti gravide, donatori....);</li> </ul> <p>Integrazione del personale medico, volta a favorire la professionalità acquisita e sviluppare nuove competenze anche in ambito clinico</p>
<b>Innovazione</b>	<p>Sviluppo delle relazioni con Direzione Generale Sanità e altre Aziende Ospedaliere al fine di dare seguito a progetti di integrazione per funzioni sovraziendali e di livello nazionale</p> <p>Verifica e piano di rientro per utilizzo informatica attività sanitaria, con particolare riguardo a gestione informatizzata liste di attesa, programmazione sale operatorie, refertazione ambulatoriale.</p> <p>Attuazione del POA per le correlazioni con altri Dipartimenti (Servizi, Donna Bambino Neonato), Coordinamento Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio (Trapianti), Scientifica (Terapia cellulare e Criobiologia) e la condivisione di laboratori/piattaforme tecnologiche</p>
<b>Attuazione Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione</b>	<p>Le valutazioni mediche iniziali eseguite prima dell'accettazione in regime di ricovero o prima di una procedura ambulatoriale (incluse le situazioni in cui i pazienti hanno effettuato percorsi di pre-ricovero / pre-ospedalizzazione) non devono superare i 30 giorni.</p> <p>Il paziente che, in base ai criteri, è identificato a rischio per problemi di tipo nutrizionale, viene sottoposto a una valutazione nutrizionale specialistica.</p> <p>Miglioramento delle politiche di gestione dei farmaci antibiotici. Revisione e validazione dei protocolli di antibiotico profilassi. Gestione delle soluzioni di elettroliti concentrati.</p>
<b>Attuazione Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</b>	<p>Partecipazione alle iniziative previste dal PNA come da PTPC.</p>

DIPARTIMENTO ANESTESIA, RIANIMAZIONE ED EMERGENZA URGENZA	
<b>Attività rivolta all'utenza</b>	Il Dipartimento fornisce il supporto di terapia intensiva a tutte le Unità Operative e al settore dell'Emergenza Urgenza; inoltre assicura la gestione delle attività di Pronto Soccorso il cui volume di prestazioni è stato pari a 643.107 e, infine, prestazioni ambulatoriali pari a 15.794 sempre nel corso del 2014 (dati provvisori).
<b>Attività di gestione</b>	<p><b>Area Medicina Perioperatoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione al progetto di riorganizzazione dei blocchi operatori, con proposte volte a razionalizzare l'utilizzo delle sale e del personale</li> <li>• Attuazione delle Previsioni POA su Servizi innovativi</li> </ul> <p><b>Area Rianimazione e terapia intensiva, emergenza e urgenza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione della struttura e risorse per nuove UUOO in relazione alla disponibilità del Padiglione Guardia Accettazione</li> <li>• Proposta di riorganizzazione terapie intensive in relazione al nuovo riassetto strutturale dei Padiglioni</li> </ul>
<b>Innovazione</b>	Definizione di soluzioni innovative per la gestione dei flussi di pazienti in Pronto Soccorso
<b>Attuazione Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione</b>	Miglioramento delle politiche di gestione dei farmaci antibiotici. Revisione e validazione dei protocolli di antibiotico profilassi. Gestione delle soluzioni di elettroliti concentrati.
<b>Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</b>	Partecipazione alle iniziative previste dal PNA come da PTPC.

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
<b>Attuazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione</b>	<p><b>UOC Patrimonio</b></p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)            Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>)            Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Inserimento, da parte delle stazioni appaltanti individuate al capitolo 4 del PTPC delle clausole di salvaguardia per il rispetto del patto di integrità (<i>rif. capitolo 5.5 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p>

	<p><b>UOC Risorse Umane</b></p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Sottoscrizione dichiarazione di presa d'atto della disponibilità on-line del P.T.P.C. da parte del personale dipendente neoassunto (<i>rif. capitolo 6 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità e inconfiribilità dell'incarico (<i>rif. capitolo 11 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p><b>UOC Approvvigionamenti</b></p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Inserimento, da parte delle stazioni appaltanti individuate al capitolo 4 del PTPC delle clausole di salvaguardia per il rispetto del patto di integrità (<i>rif. capitolo 5.5 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p><b>UOC Economico Finanziaria</b></p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p><b>UOS Libera professione e Convenzioni</b></p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>)</p>
--	---

	<p>Adempimenti per il conferimento o l'autorizzazione di incarichi extra-istituzionali (<i>rif. capitolo 5.6 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità e inconfiribilità dell'incarico (<i>rif. capitolo 11 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p><b>Servizio Affari Legali e contenzioso</b></p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti per il conferimento o l'autorizzazione di incarichi extra-istituzionali (<i>rif. capitolo 5.6 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità e inconfiribilità dell'incarico (<i>rif. capitolo 11 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p>
<p><b>Attuazione Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità</b></p>	<p><b>UOC Patrimonio</b></p> <p><b>UOC Approvvigionamenti</b></p> <p><b>UOC Risorse Umane</b></p> <p><b>UOC Economico Finanziaria</b></p> <p><b>UOC Servizio Controllo di Gestione e Programmazione</b></p> <p><b>Servizio Affari Legali e contenzioso</b></p> <p><b>UOS Libera professione e Convenzioni</b></p> <p>Ottemperanza agli obblighi e alle tempistiche di pubblicazione previsti dal Programma Triennale</p>
<p><b>Attuazione Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione</b></p>	<p><b>UOC Economico Finanziaria</b></p> <p>Monitoraggio dell'andamento della gestione economica finalizzata alla razionalizzazione della spesa e al mantenimento dell'equilibrio di bilancio.</p> <p><b>UOC Risorse Umane</b></p> <p>Adeguamento ai Requisiti Di Accreditemento – Personale.</p> <p>Copertura fabbisogno personale.</p> <p>Valutazione annuale delle competenze.</p> <p>Analisi del fenomeno infortunistico.</p> <p>Valutazione della saturazione dell'offerta formativa dell' incidenza ore formative sulle</p>



	<p>ore lavorate e dei crediti ecm erogati per profilo.</p> <p><b>Servizio Affari Legali e contenzioso</b></p> <p>Controllo dell' andamento delle richieste di risarcimento</p> <p><b>UOC Approvvigionamenti</b></p> <p>Monitoraggio della corretta evasione dell'ordine-appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto</p> <p><b>UOC Servizio Controllo di Gestione e Programmazione</b></p> <p>Riesame obiettivi a medio termine.</p>
--	---

DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE	
<b>Attuazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione</b>	<p><b>UOC Funzioni Tecniche</b></p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Inserimento, da parte delle stazioni appaltanti individuate al capitolo 4 del PTPC delle clausole di salvaguardia per il rispetto del patto di integrità (<i>rif. capitolo 5.5 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p><b>UOC Ingegneria Clinica</b></p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Inserimento, da parte delle stazioni appaltanti individuate al capitolo 4 del PTPC delle clausole di salvaguardia per il rispetto del patto di integrità (<i>rif. capitolo 5.5 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p><b>UOC Sistemi Informativi e Informatici</b></p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>)</p>

	<p>Inserimento, da parte delle stazioni appaltanti individuate al capitolo 4 del PTPC delle clausole di salvaguardia per il rispetto del patto di integrità (<i>rif. capitolo 5.5 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Notifica del P.T.P.C. a tutti i dipendenti tramite pubblicazione di apposito avviso sul portale telematico di visualizzazione dei cedolini (<i>rif. capitolo 6 del PTPC</i>)</p> <p>Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del PTPC</i>)</p> <p>Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito: iniziative ed accorgimenti tecnici (<i>rif. capitolo 12 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p>
<b>Attuazione Programma Triennale per la Trasparenza e l'Intergrità</b>	<p><b>UOC Funzioni Tecniche</b></p> <p><b>UOC Ingegneria Clinica</b></p> <p><b>UOC Sistemi Informativi e Informatici</b></p> <p>Ottemperanza agli obblighi e alle tempistiche di pubblicazione previsti dal Programma Triennale</p>
<b>Attuazione Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione</b>	<p><b>UOC Funzioni Tecniche</b></p> <p>Verifica dell'applicazione del piano delle manutenzioni su impianti.</p> <p><b>UOC Ingegneria Clinica</b></p> <p>Efficienza dell'alta tecnologia diagnostica in termini di riduzione dei tempi di fermo grandi apparecchiature.</p> <p>Analisi età media alte tecnologie.</p> <p><b>UOC Sistemi Informativi e Informatici</b></p> <p>Valutazione della numerosità dei referti pubblicati al SISS.</p> <p>Disastri Recovery Management: sicurezza del recovery delle infrastrutture a supporto dei processi amministrativi, clinici ed assistenziali.</p> <p>Riduzione del numero di blocchi informatici.</p> <p>Monitoraggio circa il rispetto dei tempi dei flussi informativi.</p> <p>Individuazione e realizzazione di progetti finalizzati a migliorare l'accessibilità alle informazioni ed alla documentazione relativa ai processi di pubblico interesse.</p>

#### UNITA' OPERATIVE DI STAFF

<b>Attuazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione</b>	<p><b>UOC Coordinamento Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio</b></p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Conflitto di interessi (<i>rif. Cap. 5.1 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Monitoraggio rapporti con soggetti esterni (<i>rif. Cap. 5.2 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Incarichi in caso di condanna penale per delitti contro al P.A (<i>rif. Cap. 5.4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC (<i>rif. Cap. 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p><b>UOC Organizzazione e Integrazione delle Risorse – SITRA</b></p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Conflitto di interessi (<i>rif. Cap. 5.1 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Monitoraggio rapporti con soggetti esterni (<i>rif. Cap. 5.2 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Incarichi in caso di condanna penale per delitti contro al P.A (<i>rif. Cap. 5.4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Patti di integrità negli affidamenti (<i>rif. Cap. 5.5 del P.T.P.C.</i>)</p>
---	--

	<p>Monitoraggio del rispetto dei termini dei procedimenti (<i>rif. Cap. 7 del P.T.P.C.</i>)  Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC (<i>rif. Cap. 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p><b>UOS Ufficio Relazioni con il Pubblico e Carta dei Servizi</b>  Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile (<i>rif. capitolo 5.7 del P.T.P.C.</i>)</p> <p><b>UOS Prevenzione e Protezione</b>  Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)  Conflitto di interessi (<i>rif. Cap. 5.1 del P.T.P.C.</i>)  Incarichi in caso di condanna penale per delitti contro al P.A (<i>rif. Cap. 5.4 del P.T.P.C.</i>)  Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC (<i>rif. Cap. 13 del P.T.P.C.</i>)</p>
<p><b>Attuazione  Programma Triennale  per la Trasparenza e  l'Integrità</b></p>	<p><b>UOC Coordinamento Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio  UOC Organizzazione e Integrazione delle Risorse – SITRA</b>  Ottemperanza agli obblighi e alle tempistiche di pubblicazione previsti dal Programma Triennale</p>
<p><b>Attuazione Piano  Integrato di  Miglioramento  dell'Organizzazione</b></p>	<p><b>UOC Coordinamento Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio</b>  Adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento  Monitoraggio dei livelli di contaminazione da legionella delle acque.  Adeguamento ai Requisiti Di Accreditamento – Personale.  Analisi del fenomeno infortunistico.  Valutazione del livello di implementazione delle procedure per la sicurezza previste dalla Raccomandazioni Ministeriali.  Valutazione della qualità della documentazione sanitaria.  Monitoraggio dei tempi di attesa.</p> <p><b>UOS Prevenzione e Protezione</b>  Attuazione interventi correttivi per problemi ad alto rischio</p> <p><b>UOC Farmacia</b>  Valutazione del tasso di segnalazione di sospetta reazione avversa.  Gestione dei <i>recall</i> dei dispositivi medici.  Riduzione del rischio di sovradosaggio accidentale derivante dall'uso improprio di elettroliti.  Aggiornamento del Prontuario farmaceutico ospedaliero (PFO).</p> <p><b>UOS Ufficio Relazioni con il Pubblico e Carta dei Servizi</b>  Valutazione del livello di qualità percepita da parte dell'utenza e di soddisfazione del servizio dato in outsourcing.</p> <p><b>Ufficio Comunicazione</b>  Valutazione della conoscenza e l'accessibilità al sito aziendale.</p> <p><b>UOC Qualità Appropriatezza RM e Privacy</b>  Definizione di PDTA Aziendali in base a criteri di priorità.  Verifica dell'adeguatezza del modello in riferimento agli adempimenti richiesti dal D.Lgs. 196/03 con particolare riferimento alla omessa o inidonea informativa e al trattamento dei dati in violazione della normativa.  Pianificazione ed effettuazione audit interni e di terza parte.</p> <p><b>Responsabile Anticorruzione</b>  Monitoraggio della realizzazione delle azioni previste nel Piano triennale prevenzione corruzione (PTPC) e Piano triennale trasparenza e integrità (PTTI) adottato.</p>

**DIREZIONE SCIENTIFICA**

<p><b>Attuazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione</b></p>	<p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)                      Conflitto di interessi (<i>rif. Cap. 5.1 del P.T.P.C.</i>)                      Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. Cap. 5.3 del P.T.P.C.</i>)                      Incarichi in caso di condanna penale per delitti contro al P.A (<i>rif. Cap. 5.4 del P.T.P.C.</i>)                      Monitoraggio del rispetto dei termini dei procedimenti (<i>rif. Cap. 7 del P.T.P.C.</i>)                      Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pa (<i>rif. Cap. 11 del P.T.P.C.</i>)                      Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC (<i>rif. Cap. 13 del P.T.P.C.</i>)</p>
<p><b>Innovazione</b></p>	<p>Regolamentazione delle sperimentazioni cliniche farmacologiche no-profit/spontanee condotte in Fondazione evidenziando un percorso che permetta la corretta effettuazione, registrazione e rendicontazione di procedure e/o esami extra standard di cura previste dai diversi protocolli e svolte all'interno della Fondazione.</p>
<p><b>Attuazione Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione</b></p>	<p><b>UOS Formazione e Aggiornamento del personale</b>                      Valutazione della saturazione dell'offerta formativa dell' incidenza ore formative sulle ore lavorate e dei crediti ecm erogati per profilo.</p>

## LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE

Le dimensioni di analisi della performance attengono ai tre livelli decisionali: strategico, di programmazione e gestionale.

### Livello strategico

L'obiettivo di un'organizzazione complessa è quello di produrre un significativo impatto sull'ambiente esterno (**efficacia esterna**) misurabile in termini di soddisfacimento delle attese riconducibili alla propria missione e, dunque, ai profili di attività che la devono caratterizzare. In tale ottica i caratteristici indicatori di attrazione/fuga non consentono di leggere compiutamente tali aspetti che vengono meglio rappresentati ponendo attenzione ad attività peculiari e caratterizzanti che soddisfano bisogni di prestazioni di elevata complessità ovvero che corrispondono a processi riconducibili alle aree che connotano il profilo scientifico della Fondazione. Coerentemente con tale profilo è parte della valutazione di efficacia esterna la misurazione sul piano quali-quantitativo dei livelli di produttività scientifica in quanto strettamente collegati all'efficacia dell'assistenza prestata.

L'assetto organizzativo deve mettere gli operatori in condizione di dispiegare al meglio i propri livelli di competenza e di acquisirne in relazione alle esigenze di sviluppo che si manifestano nel tempo. I livelli di **efficacia organizzativa** sono dunque valutabili attraverso la verifica della qualità nello sviluppo delle competenze necessarie all'ottimale svolgimento delle attività, dell'adeguatezza dell'assetto finalizzato al raggiungimento degli obiettivi nonché della capacità di mettere a disposizione risorse adeguate ai fini degli investimenti necessari allo svolgimento delle attività.

Analogamente sul piano della **efficacia interna** si ritiene di dover porre attenzione alla efficacia gestionale, ossia alla fluidità dei processi interni messi in atto e necessari per raggiungere gli obiettivi e consentire il determinarsi delle migliori condizioni perché le unità operative siano messe in condizione a loro volta di raggiungerli. È l'ambito infrastrutturale proprio del processo di governo clinico e amministrativo della Fondazione.

Sempre a tale livello la Fondazione dovrà garantire il soddisfacimento di requisiti di **economicità** misurabili in termini di compatibilità tra il valore dell'attività svolta ed i costi sostenuti per i fattori produttivi necessari.

### Livello di programmazione

Come già specificato, la Fondazione definisce annualmente per ciascuna unità operativa sanitaria, amministrativa, in staff il programma degli obiettivi "economici", "organizzativi", "di qualità" che devono essere raggiunti, collegandoli al sistema premiante. Tale declinazione deriva dalla analisi e adattamento al contesto locale delle regole di sistema integrate con gli obiettivi individuati nell'ambito del contratto di fornitura sottoscritto con la ASL Milano e con quelli definiti a livello delle diverse articolazioni organizzative e cioè Dipartimenti, Aree Omogenee e Unità Operative. Il processo prevede una prima fase di negoziazione alla quale seguono attività di monitoraggio con cadenza quadrimestrale. L'analisi del grado di raggiungimento di tali obiettivi misurati attraverso lo scostamento tra osservato e atteso definisce non solo il livello di efficacia della programmazione aziendale, ma anche e soprattutto l'adeguato esercizio delle competenze manageriali diffuse ai diversi livelli dell'articolazione aziendale. Essa fotografa, inoltre, la capacità di progettazione e di gestione dei progetti da parte dei dirigenti responsabili con particolare riferimento al rispetto dei piani di lavoro, delle tempistiche relative, delle compatibilità con le risorse disponibili.

## Livello gestionale

È il livello del governo clinico e della produzione di valore per i cittadini in termini di risultato ottenuto per ogni unità monetaria investita. A questo livello si intersecano, dunque, le dimensioni della efficienza, appropriatezza organizzativa, qualità dei processi e dell'organizzazione, qualità dell'assistenza, accessibilità e livello di soddisfazione percepito dall'utenza. La rilevazione e il monitoraggio di indicatori pertinenti consentono una lettura integrata della qualità espressa da ciascuna articolazione aziendale. In particolare


- L'**efficienza** rappresenta la capacità misurabile di fornire prestazioni efficaci attraverso un utilizzo ottimale dei fattori produttivi con conseguente riduzione degli sprechi;
- L'**appropriatezza organizzativa** attiene alla capacità di fornire la prestazione nel corretto contesto assistenziale evitando comportamenti opportunistici, fenomeni di selezione della casistica che danneggerebbero il cittadino;
- La **qualità dell'assistenza** rappresenta la capacità di operare in modo efficace ; tale condizione è rilevabile attraverso strumenti di misura che evidenzino la frequenza di risultati negativi per il paziente secondo il modello proposto per la valutazione degli ospedali;
- La dimensione della **qualità dei processi** si riferisce alla organizzazione dei processi produttivi secondo logiche di corretta gestione e applicazione di buone pratiche che minimizzino i rischi di errore e testimonino circa il raggiungimento degli standard predefiniti;
- La dimensione della **accessibilità e soddisfazione dell'utenza** rappresenta l'area della valutazione di come il processo assistenziale viene percepito dal cittadino che ne usufruisce e che esprime il proprio giudizio avendo attenzione sia al grado di soddisfacimento del bisogno espresso sia alla tempestività con la quale tale percorso si realizza. È questa l'area della rilevazione di ogni tipologia di barriera alla fruizione dei servizi sanitari.

### **La misurazione delle performance: gli indicatori di risultato**

Le diverse dimensioni considerate vengono monitorate attraverso la selezione di un insieme di indicatori che coprono l'intero spettro di analisi al fine di evitare il rischio di una disomogenea e squilibrata rappresentazione del contesto organizzativo. Il sistema tiene conto sia dei criteri e degli indicatori con i quali i risultati della gestione della Fondazione vengono monitorati e valutati in ambito di Servizio sanitario regionale, anche ai fini del confronto con altre Fondazioni e Aziende Ospedaliere, sia della programmazione gestionale. Al fine del processo di valutazione della *performance* non vengono individuati tutti gli indicatori previsti per il monitoraggio dei diversi progetti aziendale, ma ne viene proposta una sintesi che funge da quadro di controllo dell'andamento delle diverse fasi del processo di programmazione e gestione.

Gli indicatori selezionati vengono riportati nella tabella seguente con riferimento ai processi decisionali e alle dimensioni di analisi ai quali si riferiscono. Essi includono gli indicatori previsti dal Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione che, dunque, alimentano il Piano delle Performance. Gli indicatori rispondono ai requisiti di pertinenza, robustezza, affidabilità, misurabilità.

**Area della Attività rivolta all'utenza - Obiettivo : Costante adeguamento dell'offerta; miglioramento dei livelli di qualità**

Dimensione di analisi	Criterio	Indicatore	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014*	Anno 2015
Efficacia esterna	Complessità della casistica	Peso medio casistica della Fondazione Peso medio per area: Medica Chirurgica Ostetrico ginecologica Pediatria medica Pediatria chirurgica	1,052  1,126 1,937 0,986 0,760 1,140	1,063  1,259 1,924 0,708 0,820 1,489	1,113  1,219 1,949 0,702 0,910 1,265	
Efficacia esterna	Accessibilità	Prestazioni erogate in regime di urgenza/emergenza per tipologia di codice di accesso: Codice bianco Codice verde Codice giallo Codice rosso	45.880 395.231 144.598 26.498	45.547 388.480 157.777 28.062	42.879 392.492 176.364 31.298	
Efficacia esterna	Livello di attrazione	Percentuale di ricoveri ordinari extra regione della Fondazione Percentuale di ricoveri ordinari extra regione per Area: Area della Medicina e delle specialità mediche Area della Chirurgia e delle specialità chirurgiche Area della Salute della Donna, del Bambino, del Neonato Area delle Neuroscienze e degli organi di senso Area della Salute Mentale Area della Medicina Preventiva Area delle UNITS	8,2%  8% 12% 9% 14% 6% 31,9%	8,9%  6,2% 12% 11%  38%	5,4% 12% 7,3% 10,6%  31,4% 9,8%	
Efficacia esterna	Livello di qualità percepita	Indice di soddisfazione (1-7) Indice di raccomandabilità (1-7) Indice di riutilizzo (1-7) N° valutazioni positive area degenza (intervallo 1-7): Area della Medicina e delle specialità mediche Area della Chirurgia e delle specialità chirurgiche Area della Salute della Donna, del Bambino, del Neonato Area delle Neuroscienze e degli organi di senso Area della Medicina Preventiva N° valutazioni positive area ambulatoriale (intervallo 1-7): Area della Medicina e delle specialità mediche Area della Chirurgia e delle specialità chirurgiche Area della Salute della Donna, del Bambino, del Neonato Area delle Neuroscienze e degli organi di senso Area della Medicina Preventiva Area dei Servizi Diagnostici Area della Anestesia, Rianimazione, Terapia del dolore	5,87 6,08 6,12  5,99 6,09 5,94 6,05 6,09  5,85 5,60 5,56 5,77 6,30 5,94 6,46	5,87 6,06 6,10  5,89 6,16 5,91 5,99 6,16  5,89 5,67 5,72 5,82 6,13 5,72 6,24	5,87 6,13 6,19  5,92 5,95 5,74 6,35 5,86  5,86 5,68 5,49 5,87 6,12 5,78 6,01	
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Livello di adesione alle politiche di Fondazione	N° di prestazioni invasive per le quali è stata compilata la scheda di corretta identificazione del paziente, della procedura e della lateralità/totale delle prestazioni per le quali è prevista. N° di pazienti caduti/ numero di giornate degenza nell'anno	100% 1,45 / 1000 gg	100% 1,43 / 1000 gg	1,70/ 1000 gg	

Mantenimento/miglioramento degli indici

**Segue**

**Area della Attività rivolta all'utenza - Obiettivo : Costante adeguamento dell'offerta; miglioramento dei livelli di qualità**

Dimensione di analisi	Criterio	Indicatore	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014*	Anno 2015
Efficacia esterna	Ottemperanza agli obblighi e alle tempistiche di pubblicazione previsti dal PTPC	Pubblicazione dei documenti secondo la tempistica definita da parte delle Unità Operative responsabili		100%		Mantenimento dell'indice

**Area della Responsabilità gestionale: Obiettivo – Razionalizzazione delle risorse**

Dimensione di analisi	Criterio	Indicatore	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014*	Anno 2015
Efficacia organizzativa	Realizzazione aree omogenee	Progetti di riorganizzazione interna realizzati /su previsti	75%	100%		Mantenimento/miglioramento degli indici
Efficacia interna	Innovazione tecnologia	Rispetto delle fasi di avanzamento dell'attuazione del progetto di sviluppo della chirurgia robotica	75%	75%		
Efficacia interna	Benessere organizzativo	Tasso di assenteismo (al netto del periodo di ferie)	8,9%	8,34%		
Efficacia interna	Formazione	N° partecipanti a corsi/totale dipendenti	0,66	0,76	In fase di acquisizione	
Efficienza	Utilizzo delle risorse	Costo medio per farmaci per punto Drg	188	193	198	
		Costo medio dei dispositivi per punto Drg	484	465	465	
		Costo medio dei diagnostici per punto Drg	415	392	392	
		Rapporto visite e prestazioni ambulatoriali esclusi servizi diagnostici/ n. erogatori	3.478,6	3.399	3.811	



**Area dell'innovazione:** Obiettivo – Realizzare percorsi e processi di innovazione organizzativa e tecnologica

Dimensione di analisi	Criterio	Indicatore	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014*	Anno 2015
Efficacia interna	Innovazione tecnologica	N° referti SISS/totale prestazioni ambulatoriali (escl. diagnostiche)	20%	43%	45%	Mantenimento/ miglioramento degli indici
		N° referti SISS/ lettere di dimissioni	33%	54%	55%	
Efficacia interna	Innovazione tecnologica	Rispetto delle fasi si avanzamento nella realizzazione del progetto RIS-PACS	100%			
Efficacia interna	Innovazione organizzativa	Attuazione organizzazione delle attività MAC per aree omogenee	100%	100%		
Efficacia interna	Innovazione scientifica	Evidenza di Integrazione delle attività di ricerca con quelle dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare attraverso pubblicazioni congiunte delle due istituzioni	100%	100%		

## Area dei Progetti Integrati di Miglioramento dell'Organizzazione

Ambito	Report atteso	Indicatori	2014
1 ECON-FINANZIARIO	1.1 Situazione economico-finanziaria	Costo personale/produzione lorda	46,2
		Spesa per beni e servizi/produzione lorda	50,41
		Costi: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio	106,35
2 STRUTTURA	2.1 Requisiti di accreditamento	Requisiti non ancora raggiunti con incremento =>5% /Requisiti non ancora raggiunti	
2 STRUTTURA	2.2 Manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori	Numero verifiche eseguite nei tempi/Numero verifiche pianificate	
2 STRUTTURA	2.3 Verifiche impianti	Numero di campionamenti positivi nei punti di controllo (=> 102 UFC/l)/Numero punti di controllo	
2 STRUTTURA	2.4 Documento di valutazione dei rischi	Numero di correttivi apportati per problemi ad alto rischio/Numero di correttivi pianificati per problemi ad alto rischio (individuati in riunione periodica)	
3 TECNOLOGIE	3.1 Governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)	Num. di ore di fermo macchina TC e RMN nell'anno/ Num. ore di servizio atteso TC e RMN	0,384

Ambito	Report atteso	Indicatori	2014
3 TECNOLOGIE	3.2 Farmacovigilanza	Num. di segnalazioni di sospetta ADR/ Giornate di degenza	0,47
3 TECNOLOGIE	3.3 Dispositivo sorveglianza	Num. Recall gestiti nei tempi / N° Recall ricevuti	100
3 TECNOLOGIE	3.4 Uso in sicurezza dei farmaci	Num. dei punti di detenzione dei farmaci controllati e conformi/ Punti di detenzione dei farmaci controllati e non conformi	98,1
3 TECNOLOGIE	3.5 Valutazione ed aggiornamento del prontuario aziendale	Num. di aggiornamenti/anno	1
4 SISTEMI INFORMATIVI	4.1 Progetto SISS	Num. di referti pubblicati sulla rete SISS/ N. di referti da pubblicare secondo target RL	
4 SISTEMI INFORMATIVI	4.2 Disaster recovery	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno.	SI
4 SISTEMI INFORMATIVI	4.3 Continuità operativa	Situazioni in cui un applicativo informatico non è stato accessibile/funzionante per un tempo superiore ad un riferimento deciso dall'ospedale (es. 15 minuti);	4
5 RISORSE UMANE	5.1 Requisiti di accreditamento	Num. requisiti di accreditamento SSR sul personale assolti/ Num. Requisiti di accreditamento SSR sul personale	100

Ambito	Report atteso	Indicatori	2014
5 RISORSE UMANE	5.2 Analisi del fabbisogno di personale	Organico medio FTE (si consiglia di calcolare anche l'organico minimo e massimo nell'anno) Organico FTE da fabbisogno approvato/ Richiesta personale da scheda di budget annuale approvato	82,2
5 RISORSE UMANE	5.3 Governo del clima aziendale -"CUG / Stress lavoro correlato"	Num. Dipendenti che hanno risposto al questionario SLC (eventuali disaggregazioni)/ Num. Totale dipendenti	
5 RISORSE UMANE	5.4 Sicurezza del posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria	Num. infortuni / ore lavorate x 1.000.000	61,7
5 RISORSE UMANE	5.5 Analisi dell'attività formativa erogata	Num. partecipanti / Num. Posti di formazione previsti	83,3
5 RISORSE UMANE	5.6 Rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi	Num. Ore di formazione erogate al personale (si suggerisce di disaggregare per interna ed esterna e per tipologia)/Num. ore lavorate	1
5 RISORSE UMANE	5.7 Valutazione e sviluppo delle competenze	Num. Dipendenti con valutazione annuale delle competenze previste dal profilo e dal ruolo / Totale personale dipendente	96,6
5 RISORSE UMANE	5.8 Accredimento provider (ove presente in azienda)	Num. crediti ECM erogati / personale con obbligo ECM	19,5
6 ORGANIZZAZIONE	6.1 Obiettivi di mandato	Presenza report di assegnazione obiettivi entro 30 gg dall'arrivo in Azienda	SI

Ambito	Report atteso	Indicatori	2014
6 ORGANIZZAZIONE	6.2 Segnalazioni dei cittadini	Num. segnalazioni per classe prioritaria/ Num. segnalazioni complessive	
6 ORGANIZZAZIONE	6.3 Rilevazione della qualità percepita (customer)	Num. degli item pari a 6 + n° item pari a 7 / Num. totale degli item	
6 ORGANIZZAZIONE	6.4 Strategie della comunicazione aziendale	Num. accessi al sito anno corrente/ Num. accessi anno precedente	1,12
6 ORGANIZZAZIONE	6.5 Gestione del rischio clinico	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	
6 ORGANIZZAZIONE	6.6 Gestione del contenzioso	Num. RR Area Clinica (Tot reparti, escluso PS)/ GG degenza Tot	1,7
6 ORGANIZZAZIONE	6.7 Verbalì e reports afferenti a Comitati con partecipazione aziendale	Num. relazioni annuali dei Comitati/ Num. comitati esistenti	1
6 ORGANIZZAZIONE	6.8 Indicatori dei processi sanitari ed organizzativi dell'assistenza	Num. PDTA implementati/ Num. di DRG scelti (almeno 1 criterio vedi rationale)	
6 ORGANIZZAZIONE	6.9 Qualità della documentazione sanitaria	Valore delle cartelle non confermate (anche in invarianza DRG) al controllo NOC/ Valore delle cartelle campione controllo NOC	0,06
6 ORGANIZZAZIONE	6.10 Qualità dei flussi informativi	% spedizioni in ritardo/ Tot spedizioni	

Ambito	Report atteso	Indicatori	2014
6 ORGANIZZAZIONE	6.11 Monitoraggio liste d'attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	78
6 ORGANIZZAZIONE	6.12 Recepimento delle comunicazioni dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.lgs 231/01	Num. di raccomandazioni-prescrizioni emesse dall'OdV e chiuse con esito positivo dall'Organizzazione nei tempi stabiliti nel periodo di riferimento/ Totale delle raccomandazioni-prescrizioni emesse nel periodo di riferimento e da chiudere nei tempi stabiliti nel periodo di riferimento considerato.	66,6
6 ORGANIZZAZIONE	6.13 Adeguamenti del Codice Etico e del Modello Organizzativo	Il codice etico (o codice etico - comportamentale) è aggiornato rispetto ai reati previsti dal D.Lgs. 231/01 (o Legge 190/2012 e DPR 62/2013) o cambiamenti organizzativi aventi impatto sul codice stesso?	SI
6 ORGANIZZAZIONE	6.14 Prevenzione della corruzione, dell'illegalità e trasparenza	Num. di azioni riportate nel PTPC e PTTI chiuse nel periodo di riferimento considerato/ Num. totale azioni previste dal PTPC e PTTI nel periodo di riferimento considerato	92,4
6 ORGANIZZAZIONE	6.15 Tutela dei dati personali sensibili e genetici	Num. segnalazioni ricevute in merito al mancato rispetto del D.lgs. 196/03	0

Ambito	Report atteso	Indicatori	2014
6 ORGANIZZAZIONE	6.16 Semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste	
6 ORGANIZZAZIONE	6.17 Qualità dei fornitori	Num. delle corrette evasioni di ordini-appalti rispetto a quanto contrattualmente previsto/ Num. totale ordini-appalti evasi	
6 ORGANIZZAZIONE	6.18 Qualità dei servizi forniti in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento/ Num. totale dei questionari compilati	
6 ORGANIZZAZIONE	6.19 Esiti degli audit interni e di parte terza	Num. audit effettuati/ Num. audit pianificati	94,9
6 ORGANIZZAZIONE	6.20 Riesame obiettivi medio termine	Num. valutazioni effettuate/ Num. valutazioni pianificate	100

Ambito	Report atteso	Indicatori	2014
6 ORGANIZZAZIONE	6.21 Sviluppo di processi secondo il metodo HTA	Num.anni Alte Tecnologie / num. Alte Tecnologie	
		Num.anni TC / num. TC presenti	
		Num.anni RMN / num. RMN presenti	
		Num. anni LINAC / num. LINAC	
		Num. anni TC/PET / num. TC/PET presenti	
		Num. anni GCC / num. GCC presenti	
		Num. anni GTT presenti / num. GTT presenti	
7 AUTOVALUTAZIONE	7.1 Riesame delle autovalutazioni	Num. standard raggiunti per area/Num. standard valutati per area	60,5

\* dati parziali, provvisori o in corso di rilevazione