

Relazione Piano delle Performance 2017



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Programmazione, Controllo di Gestione e Flussi Informativi



Contenuti

- **Generalità sull'organizzazione dell'Azienda**
- **Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi**
- **Assistenza ospedaliera**
- **Ricerca**
- **Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio**
- **Il bilancio d'Esercizio dell'anno 2017**
- **Valutazione Indicatori inseriti nel Piano della Performance 2017**

Generalità sull'organizzazione dell'Azienda

La Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico si è costituita il 1° febbraio 2005, a seguito dell'Accordo di programma sottoscritto in data 25 settembre 2000 e approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale e con successivi Accordi integrativi del 2004 e del 2009.

La Fondazione, attualmente, si caratterizza per l'integrazione tra assistenza, ricerca (riconoscimento IRCCS) e formazione (in forza della Convenzione con Università degli Studi di Milano).

L'attuale Direzione Strategica ha iniziato un processo di riorganizzazione, tuttora in corso, che coinvolge:

- l'area amministrativa e le tecnostrutture di staff
- la struttura ospedaliera e le aree assistenziali secondo le più attuali logiche di percorso del paziente
- l'area dell'emergenza-urgenza / alta intensità di cura
- un nuovo modello organizzativo che permetterà alla Direzione Strategica di definire in modo più adeguato le competenze di Fondazione Sviluppo rispetto a quelle residuali in capo alla Fondazione IRCCS per ciò che attiene la gestione del patrimonio.

Generalità sull'organizzazione dell'Azienda

Per sostenere il nuovo impianto organizzativo sono stati intrapresi, in parallelo, i seguenti percorsi operativi di gestione:

- sviluppo del percorso di budget e della contabilità analitica
- valorizzazione delle competenze professionali attraverso l'identificazione delle job e dei privileges anche attraverso lo sviluppo del "Dossier Formativo"
- potenziamento della comunicazione anche al fine di sviluppare l'identificazione del brand "Policlinico Ca' Granda" con un'elevata qualità delle prestazioni rese e della ricerca di livello internazionale
- rafforzamento della gestione operativa, del marketing e della libera professione, ridefinendo i percorsi di presa in carico dei pazienti e promuovendoli verso l'esterno enfatizzando sia aspetti di servizio che di outcome clinico.

Inoltre con il nuovo POAS sono stati introdotti Center e Unit trasversali, elementi organizzativi nuovi che hanno un ruolo di coordinamento trasversale tra professionisti e l'obiettivo di assicurare la gestione di percorsi di cura multidisciplinari che offrano outcome clinici e performance organizzative elevate. Nello schema seguente l'assetto generale in vigore con il nuovo POAS.

Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi

La Fondazione si colloca nel centro di Milano, ma in virtù della presenza di attività di rilievo regionale e nazionale, presenta un bacino di utenza che supera i confini lombardi e sempre più potrebbe svilupparsi in questa direzione, anche internazionale per valorizzare ricerca ed eccellenze cliniche. L'attività della Fondazione si caratterizza per essere:

- un punto di riferimento dei milanesi per la cura e l'assistenza della gestante e della partoriente fisiologica. Nel 2016 si sono registrati 5.394 parti con la nascita di 5.603 neonati (a testimonianza dell'elevato numero di parti gemellari). I neonati prematuri con peso inferiore a 1.500 grammi sono stati 130, 10 dei quali con un peso inferiore ai 500 grammi. Nel corso del 2017 si è registrata una riduzione dei numeri di attività legata all'area ostetrico-ginecologica anche a causa di alcune carenze logistiche in determinati reparti con particolare riferimento al puerperio;
- la Terapia Intensiva Neonatale più grande di Europa, con 23 posti letto e 563 ricoveri nel 2017, anno in cui si è assistito ad una riduzione dei neonati sani ed un incremento importante dei neonati patologici, la cui gestione ha avuto pesanti ripercussioni sull'assistenza infermieristica e sul consumo di materiale sanitario;

Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi

- la struttura ospedaliera lombarda con il maggior numero di pazienti affetti da malattie rare (6.418 malati rari, di cui il 9.6% provenienti da altra Regione, e 330 malattie rare accreditate). Sono attivi presso la Fondazione oltre 2500 protocolli di cura per questi malati;
- sede di ricovero privilegiato per la popolazione anziana residente nel centro di Milano. I dimessi con età maggiore a 75 anni nel 2017 sono stati il 15.4% dei pazienti ricoverati in Fondazione.

A seguito dell'importante lavoro di riallocazione delle degenze iniziata nel 2013 e finalizzato all'abbattimento di 7 padiglioni, atto iniziale di costruzione del nuovo ospedale, la struttura è articolata ora su due aree (rappresentate nelle tabelle seguenti). Nell'area di via Pace, in particolare hanno sede esclusivamente attività per pazienti esterni.

Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO



Area via Pace



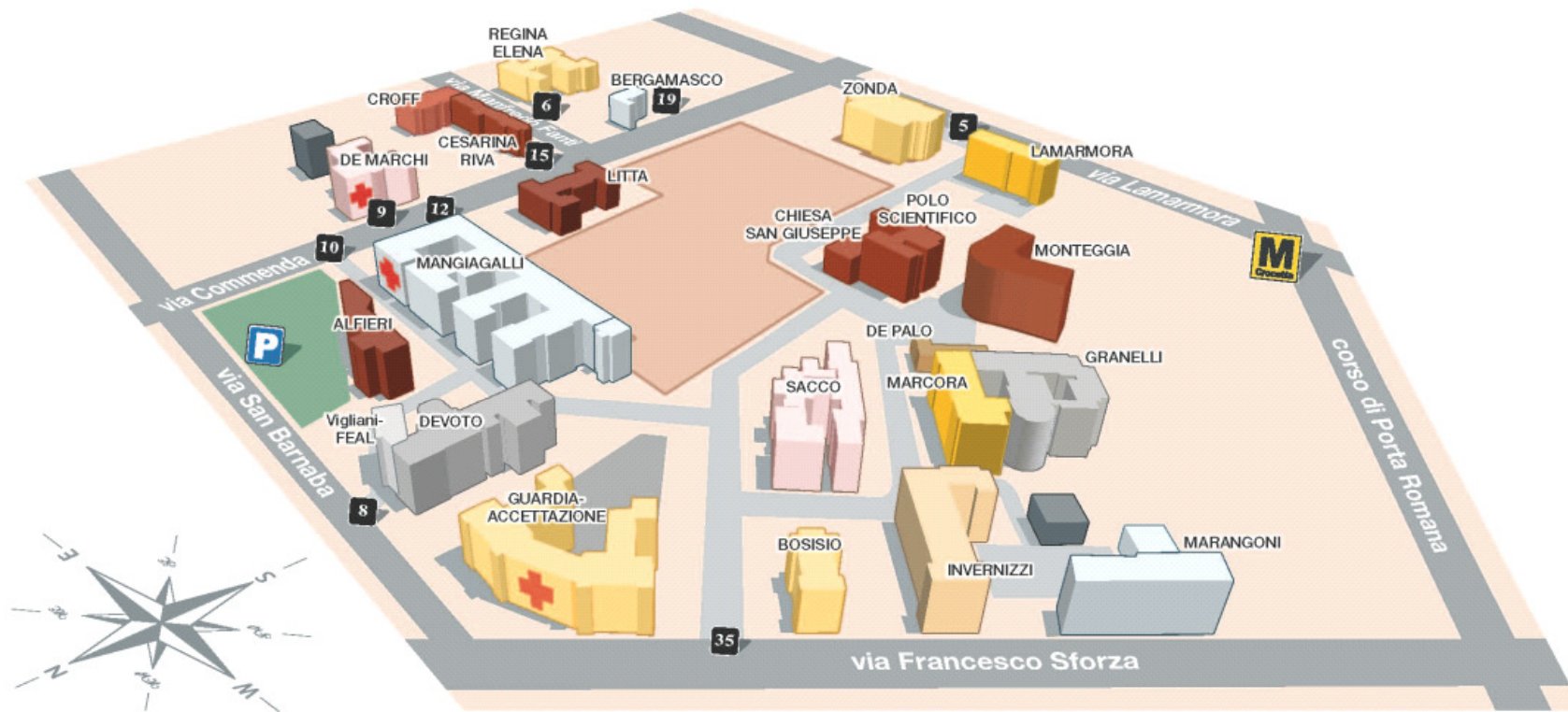
Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Sistema Sanitario  Regione Lombardia

Area via F.Sforza/Via Commenda



Assistenza ospedaliera

L'azienda opera mediante un presidio. I posti letto accreditati sono pari a 910 unità per l'attività di ricovero ordinaria e a 95 unità per l'attività di day hospital/day surgery.

Nella tabella seguente sono riportati i dati strutturali inerenti l'attività di diagnosi e cura, relativi all'anno 2017.

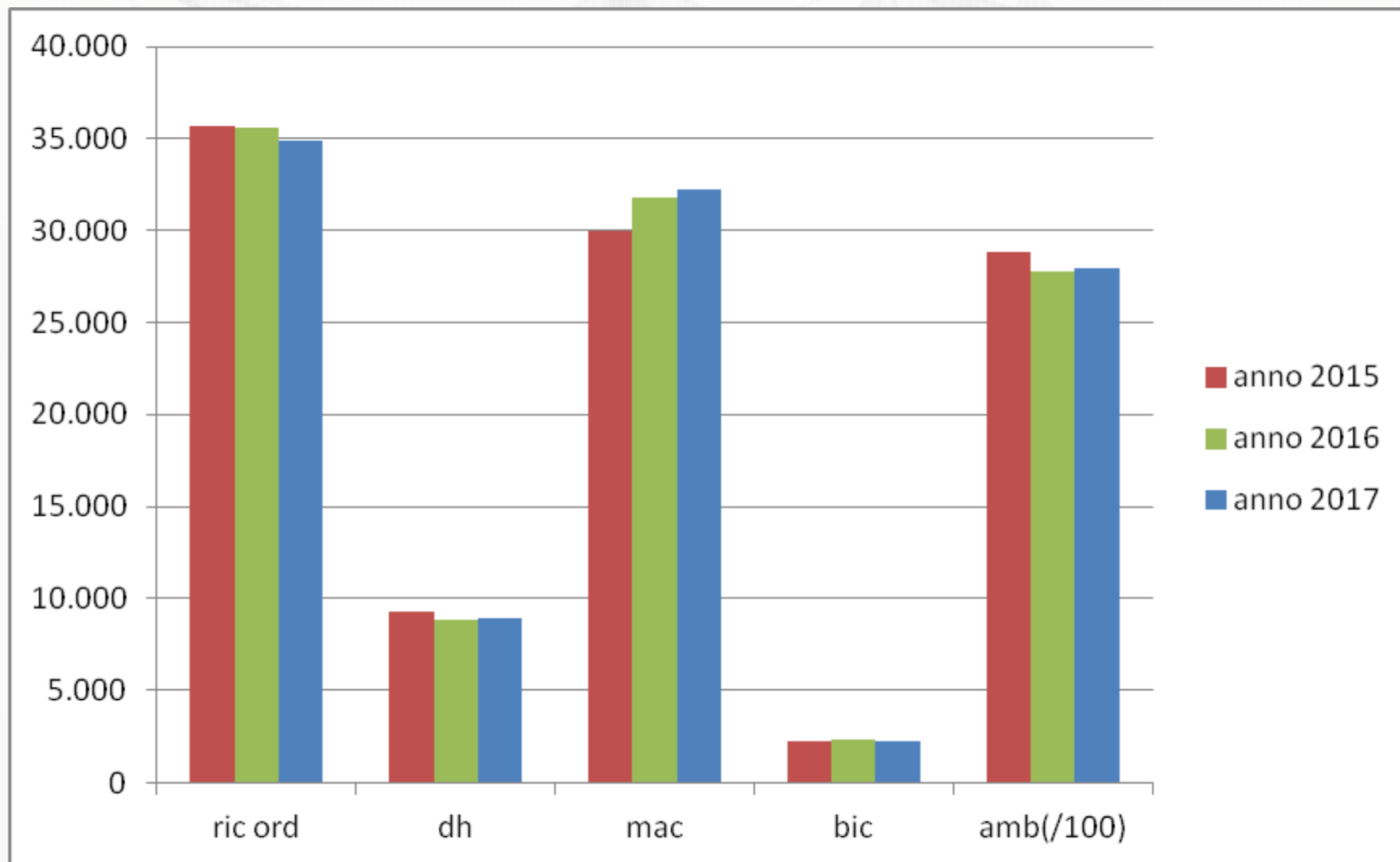
RICOVERI ORDINARI POSTI LETTO ACCREDITATI	910
POSTI LETTO MEDI	796
DEGENZA MEDIA	7,4
TASSO DI OCCUPAZIONE	86.4%
RESIDENTI FUORI LOMBARDIA	8,9%
INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE	0,933
INDICE DI CASE MIX	0,960
DAY HOSPITAL-DAY SURGERY POSTI LETTO ACCREDITATI	95
POSTI LETTO MEDI	76

Assistenza ospedaliera

La disponibilità dei posti letto medi e l'occupazione risentono ovviamente delle attività di riallocazione delle degenze a seguito dei lavori di abbattimento / ristrutturazione dei padiglioni e avvio lavori del nuovo ospedale.

Nel grafico successivo sono illustrati alcuni indicatori sintetici delle attività di Fondazione degli anni 2015-2017, da cui si evidenzia una sostanziale stabilità dei ricoveri ordinari e delle BIC. In conformità alle disposizioni regionali si rileva una diminuzione dei dh e un contestuale aumento delle MAC. L'andamento delle prestazioni ambulatoriali, per quanto riguarda l'anno 2017, è sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti.

Assistenza ospedaliera



Ricerca

Per documentare in modo obiettivo l'attività di ricerca scientifica, i dati più validi, rappresentati dai grafici successivi, sono quelli elaborati dal Ministero della Salute, ente tutorio della Fondazione per quanto riguarda la Ricerca Scientifica. Dagli stessi si evince che l'Impact Factor validato della Fondazione 2016 è in aumento rispetto a quello dell'anno 2015 (ultimi anni analizzati dal Ministero).

Per quanto riguarda il confronto con gli altri IRCCS, vediamo che la Fondazione si classifica al primo posto tra gli IRCCS in Italia per numero di pubblicazioni presentate e come primo tra gli IRCCS pubblici per IFN validato.

Non è possibile suddividere, all'interno della Fondazione, le strutture dedite esclusivamente alla ricerca e quelle in cui assistenza e ricerca si fondono, poichè la mission di un Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico consiste nel condurre ricerche traslazionali - quali ad esempio le sperimentazioni cliniche- che sappiano attingere dall'esperienza clinica.

Si può dunque affermare che tutte le UUOO cliniche, a prescindere dalla conduzione universitaria o ospedaliera, coniugano l'assistenza con la ricerca; gli stessi ricercatori o titolari di borse di studio, finanziate da fondi di ricerca, concorrono infatti a progetti e studi di cui beneficia l'assistenza.

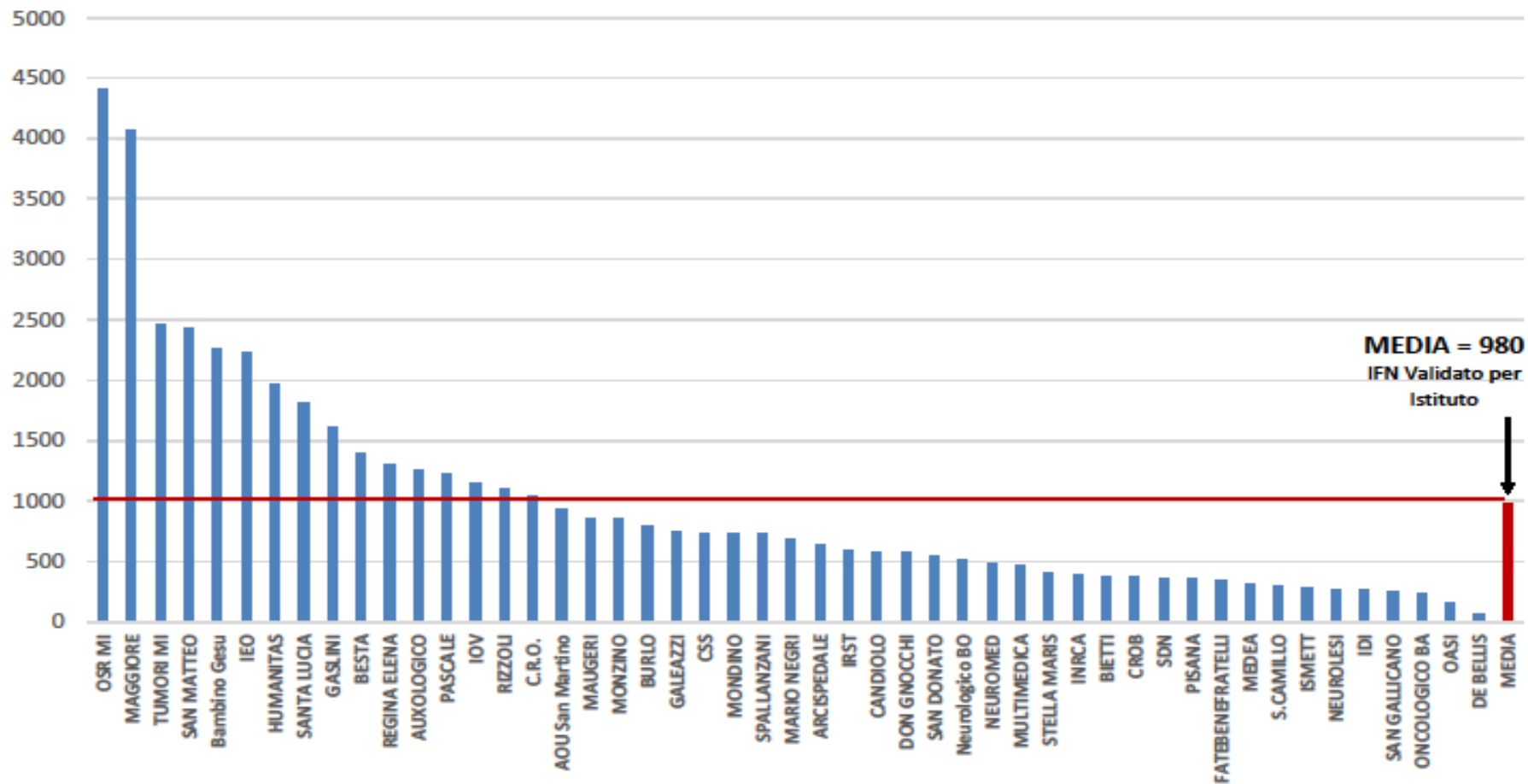
Ricerca



Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità

Ricerca Corrente 2017

IFN Validato per Istituto



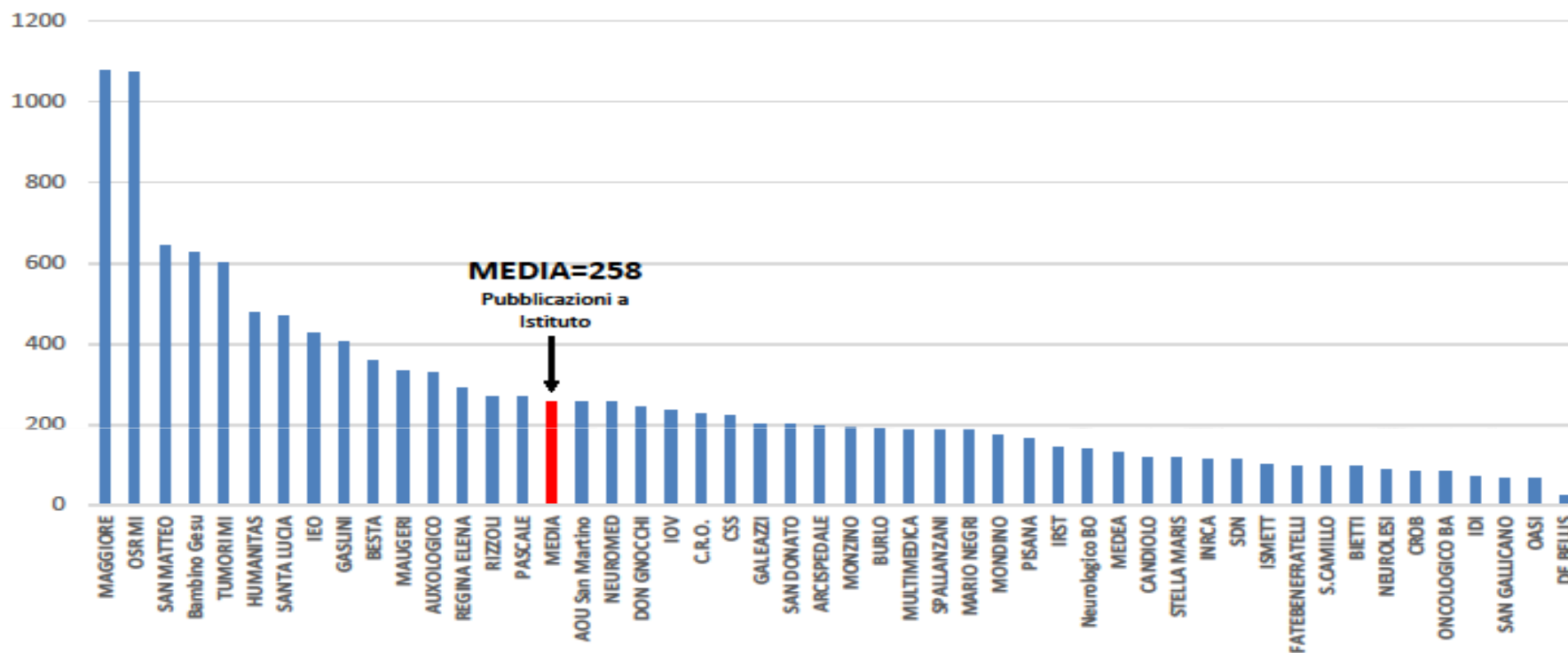
Ricerca



Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità

Ricerca Corrente 2017

Numero Pubblicazioni 2016



Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio

Il 2017 è servito a consolidare i cambiamenti avviati nel 2016 e proseguire nel percorso di rinnovamento dei processi gestionali, volti sia a migliorare l'offerta rivolta all'utenza esterna, sia a migliorare la gestione dei processi interni e il monitoraggio delle attività.

Si segnala in particolare che il 2017 ha presentato delle situazioni contingenti che hanno richiesto un immediato intervento da parte della Direzione, che ha dovuto ricorrere a delle spese non previste e incompressibili su beni, servizi e personale interinale. Si fa riferimento in particolare a:

- Adeguamento del servizio antincendio, che per poter rispecchiare gli standard richiesti, data la struttura di Fondazione, deve garantire copertura di più padiglioni con conseguente necessità di extra risorse;
- Gestione della problematica degli homeless, che ha richiesto un aumento di risorse interinali da dedicare alla sorveglianza per garantire sicurezza degli edifici (riduzione accessi/soggiorno di persone non autorizzate nei padiglioni) e decoro della struttura;

Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio

- Esternalizzazione del servizio di gestione magazzino economale e dei dispositivi sanitari presso Peschiera Borromeo, che ha portato ad un incremento dei costi per i servizi e ad una ricollocazione del personale dipendente dedicato al magazzino stesso;

Proseguono i lavori di riqualificazione dei padiglioni esistenti, in particolare con:

- la conversione delle stanze di degenza da camere a sei a camere doppie nel padiglione Granelli, nell'intento di offrire ai pazienti un setting assistenziale più idoneo;
- la ristrutturazione delle sale operatorie di Mangiagalli;
- lo spostamento da fuori le mura del Policlinico, all'area di via Pace, della camera mortuaria;
- l'ultimazione dei lavori per il Nuovo Pronto Soccorso e la Terapia Intensiva;

L'applicazione del POAS ha permesso, nel 2017, un maggiore efficientamento che ha visto coinvolti, principalmente, settori nevralgici quali l'UOC Risorse Umane, l'UOC Approvvigionamenti, l'UOC Comunicazione (con l'introduzione di ruoli nuovi che dovranno servire a migliorare la comunicazione verso l'esterno) e la nascita della UOC Gestione Operativa per il miglioramento dei processi all'interno dell'ospedale.

Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio

Di seguito riportiamo le principali azioni che sono state avviate o proseguite nel 2017:

- Riattualizzazione del Progetto di costruzione del Nuovo Ospedale a seguito dell'adozione della revisione dell'Accordo di Programma.
- Nuovo Dipartimento Emergenza Urgenza
- Ristrutturazione Padiglione Granelli
- la ristrutturazione e l'ampliamento delle sale parto in Mangiagalli che aumenteranno da 5 a 9 necessarie stante il costante numero di parti (circa 6.300 annui);
- l'esecuzione di alcuni interventi di manutenzione presso l'area di Terapia Intensiva del Padiglione di Pronto Soccorso per rendere maggiormente fruibili le aree di attività;
- la messa in esercizio della palestra sita nel piano interrato del Padiglione Monteggia;
- il trasferimento definitivo nel Padiglione Invernizzi della Cell Factory e della Biobanca;
- come concordato con Regione e ATS Milano, è stata attivata nell'anno 2017 la progettazione per la ristrutturazione dello stabile di via Ripamonti che diverrà nel corso del 2018 sede di CPS e CRA.

Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio

Dal punto di vista gestionale, saranno avviate alcune iniziative/progetti mirati a migliorare l'esperienza del paziente all'interno dell'ospedale e i processi che garantiscono l'erogazione delle cure, in particolare. Di seguito riportiamo le principali azioni che sono state avviate o proseguite nel 2017:

- Razionalizzazione e digitalizzazione dell'accoglienza;
- Revisione del processo di prericovero;
- Miglioramento di alcuni percorsi di cura, come ad esempio il maternity care pathway;
- Revisione del processo di generazione e recupero del credito;
- Libera 2.0, evoluzione della libera professione e in generale dei servizi a pagamento;
- Reingegnerizzazione della logistica ospedaliera a seguito della attivazione del nuovo magazzino centralizzato esterno;
- Sviluppo del percorso di budget e contabilità analitica anche attraverso la revisione del piano dei centri di costo e l'istituzione di un comitato budget;

Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio

Dal punto di vista gestionale, saranno avviate alcune iniziative/progetti mirati a migliorare l'esperienza del paziente all'interno dell'ospedale e i processi che garantiscono l'erogazione delle cure. Le principali azioni che sono state avviate o proseguite nel 2017 sono:

- Sviluppo della comunicazione anche attraverso la rivisitazione del sito internet e una maggiore valorizzazione del "marchio" Policlinico IRCCS Ca' Granda;
- Prosecuzione dell'implementazione del nuovo Sistema informativo socio sanitario "cartella clinica elettronica";
- Sono stati approvati a livello regionale gli indirizzi per la programmazione degli investimenti nel prossimo triennio individuando 4 aree di azione. La Direzione ha formulato il proprio piano di investimenti che rispetta il tetto di spesa complessiva di 14,7 Milioni di euro, ed è declinata in maniera uniforme tra le 4 aree:
 - Sicurezza. Incremento dei livelli di sicurezza antincendio e sismica
 - LR 23/2015. Razionalizzazione in attuazione del criterio di continuità delle cure in attuazione della LR 23/2015
 - Sistemi informativi. Implementazione dei sistemi informativi aziendali finalizzata all'attuazione della LR 23/2015
 - Grandi apparecchiature. Sostituzione di grandi apparecchiature biomediche giunte a fine vita o di cui si prevede l'esigenza di sostituzione nel prossimo biennio

Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio

- Regione Lombardia ha comunicato che sono state assegnate a questa Fondazione le risorse riguardanti l'utilizzo dei fondi di investimento per l'anno 2017 (€ 3.939.000) e le risorse da fondi indistinti per l'ammodernamento tecnologico (€ 369.660).

Il bilancio d'Esercizio dell'anno 2017

Nel Bilancio di esercizio 2017 la rappresentazione dei ricavi confrontati con il Bilancio Preventivo 2017 è la seguente:

	<i>Bilancio di Previsione 2017</i>	<i>Bilancio di Esercizio 2017</i>	<i>Differenze</i>	
RICAVI				
DRG	157.891	157.377	-	514
Funzioni non tariffate	31.679	26.259	-	5.420
Ambulatoriale	48.678	48.206	-	472
Neuropsichiatria	1.530	1.667		137
Screening	-	472		472
Entrate proprie	25.018	27.302		2.284
Libera professione (art. 55 CCNL)	19.271	17.784	-	1.487
Psichiatria	2.845	2.986		141
File F	65.445	56.790	-	8.655
Utilizzi contributi es. precedenti	-	2.818		2.818
Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	35.048	21.972	-	13.076
Altri contributi (al netto rettifiche)	-	4.629		4.629
Proventi finanziari e straordinari	-	2.290		2.290
Prestazioni sanitarie	15.098	17.693		2.595
Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	402.503	388.245	-	14.258

Il bilancio d'Esercizio dell'anno 2017

Nel Bilancio di esercizio 2017 la rappresentazione dei costi confrontati con il Bilancio Preventivo 2017 è la seguente:

	<i>Bilancio di Previsione 2017</i>	<i>Bilancio di Esercizio 2017</i>	<i>Differenze</i>
COSTI			
Personale	171.162	171.347	185
IRAP personale dipendente	11.483	11.471	- 12
Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	16.503	15.065	- 1.438
Beni e Servizi (netti)	193.887	197.768	3.881
Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	3.516	3.775	259
Altri costi	6.330	7.110	780
Accantonamenti	4.370	11.176	6.806
Oneri finanziari e straordinari	939	931	- 8
Totale Costi (al netto capitalizzati)	408.190	418.643	10.453
Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	5.687	30.398	24.711
Risultato economico	0	0	0

Il bilancio d'Esercizio dell'anno 2017

Dal confronto si ricavi/costi si evidenzia:

- un piccolo decremento dei valori di produzione (DRG, prestazioni ambulatoriali, screening, neuropsichiatria e psichiatria) di € 236.000;
- una rimodulazione in aumento di € 6.215.000 della contribuzione regionale tra Contributo PSSR, funzioni non tariffate e altri Contributi da Regione;
- un netto decremento dell'attività di libera professione (€ 1.487.000) e dei relativi costi diretti (€ 1.438.000). La somma algebrica di tali variazioni produce una diminuzione di € 49.000;
- una notevole diminuzione del file f (€ 8.655.000) e un aumento del doppio canale (€ 1.894.000) all'interno del limite delle prestazioni sanitarie;
- un notevole incremento degli accantonamenti di esercizio (€ 6.806.000) riferito all'accantonamento dell'importo per rinnovi contrattuali;
- una differenza tra proventi e oneri finanziari e straordinari pari a € 2.282.000 giustificata dall'utilizzo del fondo per rinnovi contrattuali;

Il bilancio d'Esercizio dell'anno 2017

(SEGUE) Dal confronto si ricavi/costi si evidenzia:

-l'incremento della categoria beni e servizi e della categoria altri costi (al netto dei costi di file f e hospice) sono stati, conseguentemente, finanziati dall'aumento delle entrate proprie e marginalmente dall'aumento della contribuzione regionale;

Gli altri contributi da Enti e da privati e gli utilizzi di contributi riferiti ad annualità precedenti sono inseriti in base all'effettiva contabilizzazione degli stessi (dettagliati nella tabella dei contributi) e mostrano un incremento di € 7.762.000 dato dal prudenziale mancato inserimento nel BPE 2017 del valore riferito alla contribuzione.

Valutazione Indicatori inseriti nel Piano della Performance 2017



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Programmazione, Controllo di Gestione e Flussi Informativi

Obiettivo strategico R1 –
**"Equilibrio economico-finanziario della Fondazione"
 descrive il contributo delle UU.OO. all'equilibrio economico finanziario della Fondazione
 attraverso la gestione efficace ed efficiente delle risorse assegnate nell'erogare le prestazioni
 sanitarie**

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	TARGET 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017		NOTE INFORMATIVE
				valore assoluto	% raggiungimento	
R1.A	AUMENTO RICAVI ATTIVITA' DI RICOVERO	VALORE ASSOLUTO €/1000	157.891	157.377	100%	Sono stati rispettati i livelli di attività di ricovero assegnati alla Fondazione. Si segnala in proposito l'aumento del 1,5% dei posti letto e del 3,9% della casistica chirurgica dato quest'ultimo che si è riverberato sulla complessità della casistica trattata aumentata del 2,8%
R1.B	MANTENIMENTO RICAVI PRESTAZIONI AMBULATORIALI ^{1,2}	VALORE ASSOLUTO €/1000	59.888	59.958	100%	Sono stati rispettati i livelli di attività ambulatoriale assegnati alla Fondazione. Nel computo sono considerati anche i ricavi della Neuropsichiatria Infantile, della Psichiatria e le entrate proprie relative ai tickets
R1.C	MANTENIMENTO FILE F ASSEGNATO IN VALORE ASSOLUTO	VALORE ASSOLUTO €/1000	78.147	72.147	100%	Target 2017: Dati Bilancio Preventivo Economico 2018 del Febbraio 2018 - Valore Raggiunto 2017: Bilancio d'Esercizio 2017. l'obiettivo è stato ampiamente raggiunto. Da segnalare che la contrazione dei costi non è dovuta a una diminuzione dei pazienti trattati, ma a fattori legati agli accordi negoziali per i farmaci HCV il cui presso di partenza è compensato da rimborsi in corso d'anno.
R1.D	RAZIONALIZZAZIONE PRESTAZIONI INTERMEDIE DI LABORATORIO	VALORE ASSOLUTO €/1000	15.424	15.810	0%	Diminuzione del 5% del valorizzato 2016 - Dato rilevato dall'applicativo LIS. L'obiettivo non è stato raggiunto anche se a fronte di un valore 2017 poco superiore al target considerando le motivazioni che hanno portato al raggiungimento degli obiettivi individuati per l'attività di ricovero (aumento attività chirurgica)
R1.E	RAZIONALIZZAZIONE PRESTAZIONI INTERMEDIE DI RADIOLOGIA	VALORE ASSOLUTO €/1000	3.696	4.078	0%	Diminuzione del 5% del valorizzato 2016 - Dato rilevato dall'applicativo RIS. L'obiettivo non è stato raggiunto e l'incremento del valore 2017 rispecchia in valore assoluto l'andamento dell'obiettivo precedente (R1.D) relativo alle prestazioni intermedie di laboratorio.
R1.F	CONTROLLI NOC SULLE PRESTAZIONI: RIDUZIONE DEL 5% SUGLI ABBATTIMENTI NOC ANNO PRECEDENTE.	VALORE ASSOLUTO €/1000	942	1.034	0%	Il target 2017 è stato modificato per adeguarlo a quanto indicato dall'assegnazione regionale 2016: - decurtazioni NOC = 992.031. la diminuzione del 5% come valore atteso 2017 è pari a 942.000 in luogo di 894.000 indicato nel Piano Performance 2017-2019

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	TARGET 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017		NOTE INFORMATIVE
				valore assoluto	% raggiungimento	
R2.A	INCREMENTO DELLA COMPLESSITÀ CLINICA TRATTATA (PESO MEDIO)	VALORE ASSOLUTO	1,05	1,08	100%	Il target 2017 è stato modificato da 1,03 a 1,05 in seguito alla elaborazione definitiva dei valori 2017. Si evidenzia un aumento pari al 2,8% dovuto anche alla diminuzione della casistica medica (-3,3%).
R2.B	RAZIONALIZZAZIONE DEGENZA MEDIA COMPLESSIVA (INCLUSO OUTLIER)	VALORE ASSOLUTO (GIORNATE)	7,2	7,4	97%	L'obiettivo non è stato pienamente raggiunto e le motivazioni possono essere ricercate anche nelle dimissioni difficili di pazienti in carico a reparti di medicina (outlier) e all'aumento della degenza media preoperatoria.
R2.C	RAZIONALIZZAZIONE DEGLI ESAMI DI LABORATORIO PER INTERNI: VALORE ASSOLUTO 2017 < VALORIZZATO 2016	VALORE ASSOLUTO €/1000	15.424	15.810	0%	Diminuzione del 5% del valorizzato 2016 - Dato rilevato dall'applicativo LIS. L'obiettivo non è stato raggiunto anche se a fronte di un valore 2017 poco superiore al target considerando le motivazioni che hanno portato al raggiungimento degli obiettivi individuati per l'attività di ricovero (aumento attività chirurgica)
R2.D	GESTIONE RAZIONALE DELL'AFFLUSSO DI RICOVERI PROVENIENTI DA PS: AUMENTO DELLE DIMISSIONI EFFETTUATE NEI GIORNI FESTIVI E PREFESTIVI	(DIMISSIONI FESTIVO+PREFESTIVO 2017) / TOTALE DIMISSIONI U.O. 2017 ≥ 30%	22%	21%	0%	Il target 2017 è stato modificato da 32 a 22 in seguito a un errore di calcolo. L'obiettivo non è stato raggiunto anche se si evidenzia una leggera inversione di tendenza.
R2.E	INCIDENZA DEL COSTO DEL PERSONALE SUI RICAVI DELLA GESTIONE CARATTERISTICA	Costo del Personale (Escluso IRAP)/(Ricavi per prestazioni san. e sociosan.)	55,6%	55,8%	100%	L'obiettivo è stato raggiunto in considerazione del fatto che il valore 2017 è in linea con il target 2017
R2.F	INCIDENZA DEL COSTO PER BENI E SERVIZI SUI RICAVI DELLA GESTIONE CARATTERISTICA	Costo B&S netti/(Ricavi per prestazioni san. e sociosan.)	65,3%	65,1%	100%	L'obiettivo è stato raggiunto in considerazione del fatto che il valore 2017 è in linea con il target 2017

Obiettivo strategico R3 –

“Trasparenza e Prevenzione della Corruzione”

sono descritti gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	TARGET 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017		NOTE INFORMATIVE
				valore assoluto	% raggiungimento	
R3.A	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: IMPLEMENTAZIONE, APPLICAZIONE E MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DA PARTE DELLE STRUTTURE AFFERENTI AI RESPONSABILI COINVOLTI.	Monitoraggio a cura del RPCT ¹	Attestazione dell'NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2017	verbale nucleo di valutazione n° 4 del 20 aprile 2018	100%	L'obiettivo è stato raggiunto; il Nucleo di Valutazione nel verbale n° 4 del 20 aprile 2018, redige l'attestazione relativa alla veridicità e all'attendibilità, alla data dell'attestazione, confrontando quanto riportato nella Griglia prevista dalla delibera ANAC N°141/2018 rispetto a quanto pubblicato sul sito della Fondazione.
R3.B	MISURE DI TRASPARENZA: IMPLEMENTAZIONE, APPLICAZIONE E MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA TRASPARENZA DA PARTE DELLE STRUTTURE AFFERENTI AI RESPONSABILI COINVOLTI.	Monitoraggio a cura del RPCT ¹	Attestazione dell'NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2017	verbale nucleo di valutazione n° 4 del 20 aprile 2018	100%	L'obiettivo è stato raggiunto; il Nucleo di Valutazione nel verbale n° 4 del 20 aprile 2018, redige l'attestazione relativa alla veridicità e all'attendibilità, alla data dell'attestazione, confrontando quanto riportato nella Griglia prevista dalla delibera ANAC N°141/2018 rispetto a quanto pubblicato sul sito della Fondazione.

Obiettivo strategico R4 –

“Semplificazione ed innovazione”

L'obiettivo strategico racchiude le iniziative di sviluppo tecnologico e semplificazione coerentemente con la programmazione regionale esplicitata nel Piano di Intervento annuale edito da Lombardia Informatica.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	TARGET 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017		NOTE INFORMATIVE
				valore assoluto	% raggiungimento	
R4.A	SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO-SANITARIO (SISS): PREDISPOSIZIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO ANNUALE SISS.	Azioni implementate /azioni previste del Piano annuale SISS	> 85%	85,50%	99%	L'obiettivo è stato raggiunto e certificato da LISPA

Obiettivo strategico S1 –

“Garantire i livelli di assistenza”

L'obiettivo strategico si prefigge di misurare l'efficacia e l'equità delle prestazioni e dei servizi sanitari erogati dalla Fondazione.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	TARGET 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017		NOTE INFORMATIVE
				valore assoluto	% raggiungimento	
S1.A	INDICE DI ATTRATTIVITA' AZIENDALE SUI RICOVERI ORDINARI	(Ricoveri Fuori Regione / Totale Ricoveri)	8,45%	8,95%	100%	L'obiettivo è stato pienamente raggiunto a conferma della competitività della Fondazione nel panorama sanitario lombardo
S1.B	RICOVERI ORDINARI RIPETUTI ENTRO L'ANNO SOLARE (%)	N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto entro l'anno (01/01-31/12)/ Tot. Dimissioni	5,17%	3,79%	100%	L'obiettivo è stato pienamente raggiunto a conferma della qualità delle prestazioni fornite dai reparti di ricovero della Fondazione.
S1.C	DIMISSIONI VOLONTARIE (%)	N° dimissioni volontarie/ Totale dimissioni	1,70%	1,30%	100%	L'obiettivo è stato pienamente raggiunto evidenziando una particolare attenzione degli operatori della Fondazione a intercettare e prevenire eventuali criticità che possono sfociare nella dimissione volontaria del paziente.
S1.D	TRASFERIMENTI FRA STRUTTURE (%)	N° trasferiti (secondo codifica SDO)/ Totale dimessi	2,93%	2,86%	100%	L'obiettivo è formalmente raggiunto anche se i valori rispecchiano un sostanziale allineamento che può considerarsi fisiologico
S1.E	DIMINUZIONE DELLE DIMISSIONI CON DRG MEDICO NELLE UU.OO. CHIRURGICHE	DRG MEDICI / TOTALE DRG 2017	<30%	35%	93%	L'obiettivo è stato raggiunto parzialmente raggiunto. E' opportuno continuare a porre l'attenzione su questo fenomeno che se non governato porta all'utilizzo improprio delle risorse assegnate alle unità chirurgiche.

Obiettivo strategico S2 –

“appropriatezza delle prestazioni erogate“

L’obiettivo strategico si prefigge di misurare alcuni aspetti della qualità delle prestazioni e dell’utilizzo delle risorse sanitarie, al fine di promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e dell’assistenza erogata.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	TARGET 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017		NOTE INFORMATIVE
				valore assoluto	% raggiungimento	
S2.A	DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ¹	Casi "inappropriati" / Totale casi ad alto rischio inappropriatezza	<21%	5%	100%	L'obiettivo è pienamente raggiunto a dimostrazione dell'attenzione posta dagli operatori della Fondazione
S2.B	INTERVENTI FRATTURA COLLO DEL FEMORE ²	% interventi al collo del femore entro 48h / Totale interventi femore	>60%	65%	92%	L'obiettivo non è raggiunto completamente. La causa potrebbe essere ricondotta alla particolarità dei pazienti oggetto della della rilevazione che non sempre possono essere in grado di subire interventi chirurgici nei tempi previsti.
S3.C	TAGLIO CESAREO PRIMARIO ³	Parti Cesarei primari/ Totale Parti	<25%	28%	89%	L'obiettivo non è pienamente raggiunto. Le motivazioni potrebbero essere ricondotte alla tipologia delle pazienti che afferiscono in Fondazione che per tradizione è deputata a trattare casi molto complessi.
S4.D	PRELIEVI DI CORNEE	Prelievi Cornee/Totale decessi	>10%	8%	80%	L'obiettivo è raggiunto in parte. Probabilmente ci sono criticità legate al lato organizzativo e comunicativo tra professionisti e pazienti.

L'obiettivo strategico si prefigge di verificare il contenimento dei tempi di attesa con l'obiettivo di attualizzarli rispetto a eventuali nuove priorità e necessità attraverso l'analisi dei tempi medi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio da parte di ATS Milano.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	TARGET 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017		NOTE INFORMATIVE
				valore assoluto	% raggiungimento	
S3.A	DIMINUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO ATS¹	Riduzione dei T.A. delle prestazioni che superano il T.A. obiettivo di Regione Lombardia	<1% rispetto al T.A. medio registrato nel 2016	valore medio 2016: 66. - valore medio 2017: 98		L'obiettivo non è stato raggiunto. I dati forniti dalla Direzione Medica di Presidio risultano fortemente penalizzanti. Si deve tuttavia tenere presente che la Fondazione è una struttura presso la quale si eseguono numerose prestazioni di II e III livello, si formano medici e specialisti, è sede di ricerca universitaria. Per tali motivazioni è possibile che non sia sempre possibile rispettare i tempi sopra indicati, anche in considerazione del fatto che devono essere privilegiate le coorti di pazienti gravi o con malattie rare, che non possono trovare adeguata assistenza in altra sede, e le consulenze per altre strutture ospedaliere e del territorio anche nazionale per pazienti particolarmente complessi. Si precisa che le tempistiche sono relative ai primi accessi e possono differire molto per le visite di controllo, a seconda dello specifico percorso diagnostico-terapeutico."

L'obiettivo strategico si prefigge di promuovere la tutela della salute collettiva attraverso la prevenzione delle malattie, la promozione della salute ed il miglioramento della qualità della vita.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	TARGET 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017		NOTE INFORMATIVE
				valore assoluto	% raggiungimento	
S4.A	PIANO DI MIGLIORAMENTO SUL LAVAGGIO DELLE MANI: IMPLEMENTAZIONE DI AZIONI MIGLIORATIVE IN MERITO ALLA VALUTAZIONE DEI COMPORTAMENTI E AL FEEDBACK PER GLI OPERATORI	Differenza nel consumo di soluzione idroalcolica tra inizio e fine progetto:	Flaconi di soluzione Idroalcolica consumati 2017>Flaconi di soluzione Idroalcolica consumati 2016	1,11	100%	L'obiettivo è pienamente raggiunto. In valore assoluto i flaconi consumati nel 2106 sono pari a 10.983 mentre quelli relativi al 2017 sono pari a 11.632
S4.B	CONTROLLO DELL'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO PER LA PROFILASSI PERIOPERATORIA IN AREA PEDIATRICA	Diminuzione delle Cartelle non conformi nel campione esaminato	N.C.2017 <30%	20%	100%	L'obiettivo è pienamente raggiunto a conferma dell'attenzione posta dagli operatori della Fondazione verso temi che non rappresentano un mero adempimento, ma riguardano il buon esito della prestazione sanitaria.

L'obiettivo strategico si prefigge di verificare i caratteri di eccellenza del livello dell'attività di ricovero e cura di alta specialità al fine di assicurare una più alta qualità dell'attività assistenziale.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	TARGET 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017		NOTE INFORMATIVE
				valore assoluto	% raggiungimento	
S5.A	Impact Factor Validato	l'IF è un metodo bibliometrico che usa le citazioni nelle produzioni intellettuali scientifiche per stabilire connessioni ad altri lavori o altri ricercatori.	3.450	3.913	100%	L'obiettivo è stato raggiunto a conferma della grande vocazione della Fondazione per la ricerca scientifica.
S5.B	Numero di pubblicazioni scientifiche		950	1.017	100%	L'obiettivo è stato raggiunto a conferma della grande vocazione della Fondazione per la ricerca scientifica.
S5.C	Capacità di attrazione Fondi di Ricerca	GRANT ANNO PRECEDENTE / FINANZIAMENTO ANNO IN CORSO	1,51%	1,47%	97%	L'obiettivo è stato raggiunto parzialmente

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	TARGET 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017		NOTE INFORMATIVE
				valore assoluto	% raggiungimento	
D1.A	TEMPI ATTESA IN PRONTO SOCCORSO	Pazienti in Codice Giallo visitati entro 30 min.	75%	75%	100%	Si conferma il valore del target 2017 in quanto anche per l'anno considerato, il 75% in codice giallo sono stati visitati entro 30 minuti
D1.B	TEMPI ATTESA PER L'ACCESSO AGLI SPORTELLI CUP		T.A. 2017 < T.A. 2016	T.A. 2017 < T.A. 2016	100%	L'obiettivo è raggiunto. Data la presenza di CUP in diversi padiglioni, nel 2017, data la criticità emersa presso il Centro Prelievi e data la difficoltà (dovuta a un sistema eliminacode non integrato e privo di reportistica), si è concentrato il lavoro di monitoraggio del dato medio sul mese di settembre. Inoltre, grazie all'aggiornamento della politica di privacy che permette di acquisire il consenso oralmente e tramite l'applicativo cupnet (e non più firmando un modulo cartaceo) si è ottenuta una riduzione del tempo di servizio dello sportello. Tempo di servizio nel 2017 < Tempo servizio 2016. Il dettaglio è disponibile nella relazione prodotta dalla Gestione Operativa agli atti del Controllo di Gestione
D1.C	APPROPRIATEZZA E REINGEGNERIZZAZIONE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE IN PRERICOVERO	n° di pazienti che escono dal percorso di prericovero per motivi organizzativi	N° paz. 2017 / N° paz. 2016 < 50%	56%	89%	L'obiettivo è parzialmente raggiunto. Al momento non vi è un dato certo riguardo il “motivo” di uscita del paziente dal percorso di prericovero. Osservando il numero di pazienti che effettuano il prericovero ma poi non continuano il percorso (cartella chiusa) abbiamo registrato 681 pratiche nel 2016 e 384 nel 2017. Il rapporto tra questi due numeri è 56% ovvero 6 p.p. sopra il target ma si includono anche uscite per motivi clinici e/o di ripensamento non legato a motivi organizzativi – pertanto, si può considerare che, grazie agli interventi di reingegnerizzazione del percorso, l'indicatore target è molto probabilmente raggiunto.
D1.D	REVISIONE PROCESSO PRENOTAZIONE/ACCETTAZIONE/PAGAMENTO TICKET ATTRAVERSO LA CREAZIONE DI PERCORSI DIFFERENZIATI A SECONDA DELLE NECESSITÀ DELL'UTENZA PER FACILITARE L'ACCESSO ALLA STRUTTURA OSPEDALIERA	Pagamenti effettuati dall'utenza al Punto Giallo >5%	6%	6%	100%	Considerando tutte le quietanze di pazienti paganti (non esenti) e escludendo gli accessi diretti si sono registrate nel II semestre 2017 (le casse automatiche aggiornate sono entrate in funzione a luglio 2017) 85.022 transazioni, di cui 5.329 tramite Punto Giallo ovvero 6% = target 6%

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	TARGET 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017		NOTE INFORMATIVE
				valore assoluto	% raggiungimento	
D2.A	Gestione informatizzata dell'intero percorso segnalazioni/contatti URP/Customer Care	Progettazione e realizzazione del un sistema informatizzato che consenta la gestione dell'applicativo.	100% segnalazioni gestite tramite applicativo	Segnalazioni gestite tramite applicativo: 100%	100%	L'obiettivo è stato pienamente raggiunto. E' stato realizzato un applicativo che permette agli operatori dell'URP di gestire telematicamente tutte le segnalazioni pervenute, smistarle via email direttamente alle UO interessate e estrarre periodicamente la reportistica riepilogativa e di dettaglio.
D2.B	Valorizzazione dei profili professionali dei medici/dirigenti e coerenza con iniziativa Operazione Trasparenza	Revisione di tutti i BioCv del personale dirigente medico in area istituzionale e libera professione.	100% BioCV pubblicati correttamente	Num BioCV caricati in MYAliseo: Num BioCV pubblicati correttamente: 583	73%	Esito fornito da Sistemi Informativi. Numero BioCV caricati sul portale delle Risorse Umane MYAliseo: 801 BioCV pubblicati correttamente in Intranet: 583
D2.C	Implementazione del servizio di mediazione a tutti i Dipartimenti, per diminuire il conflitto con l’utenza nelle situazioni di incomprensione, insoddisfazione e tensione.	(Percorsi Mediazione 2017 / Totale Reclami 2017) > (Percorsi Mediazione 2016 / Totale Reclami 2016)	(Percorsi Mediazione 2017 / Totale Reclami 2017) > (Percorsi Mediazione 2016 / Totale Reclami 2016)	2017: 0,26 2016: 0,29	0%	Esito fornito dall'URP - Anno 2016: Segnalazioni=701/Mediazioni=2 Anno 2017: Segnalazioni: 1.545/Mediazioni=4