

Relazione Piano delle Performance 2018



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



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 2018**
- **Valutazione Indicatori inseriti nel Piano della Performance 2018**

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;
- la Terapia Intensiva Neonatale più grande di Europa, con 23 posti letto;
- 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 2018 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



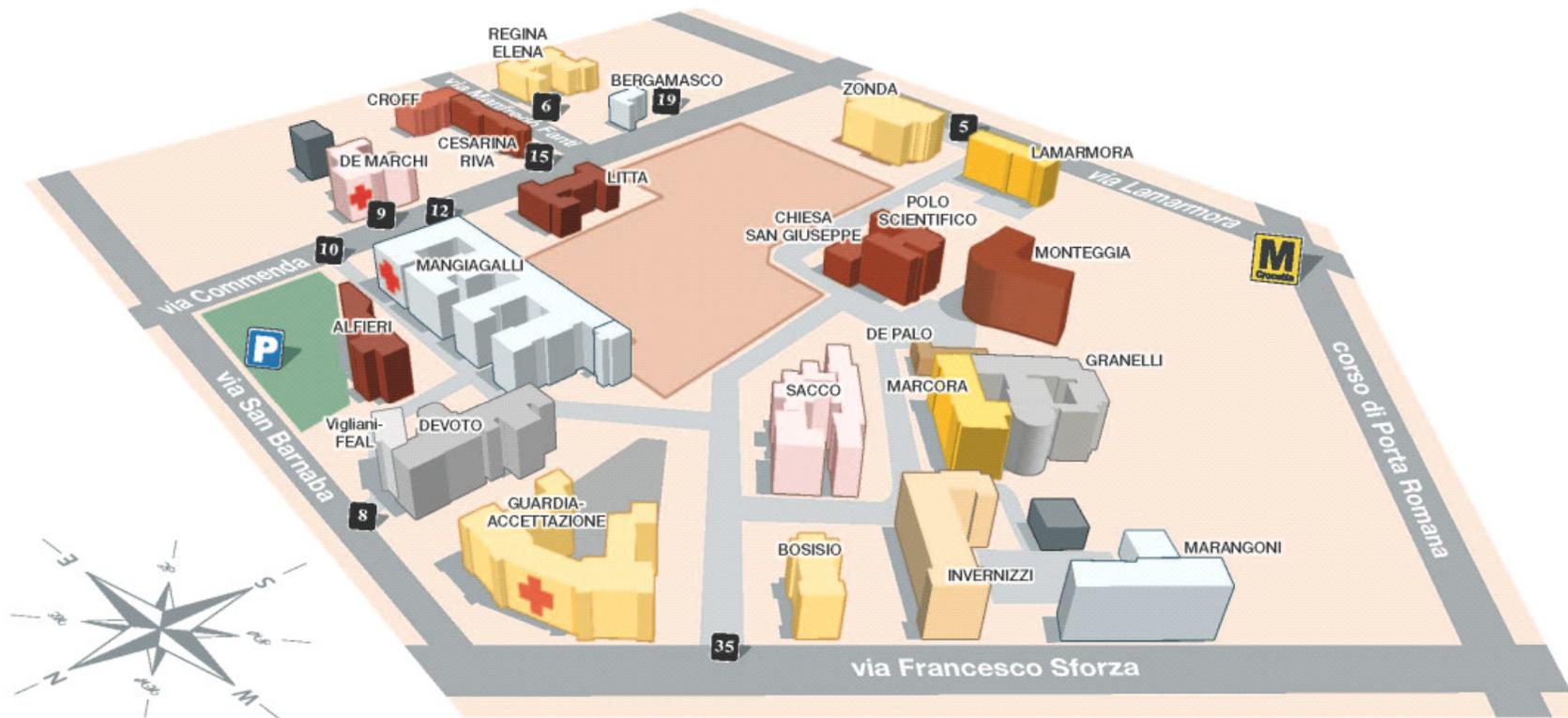
Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi



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 911 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 2018.

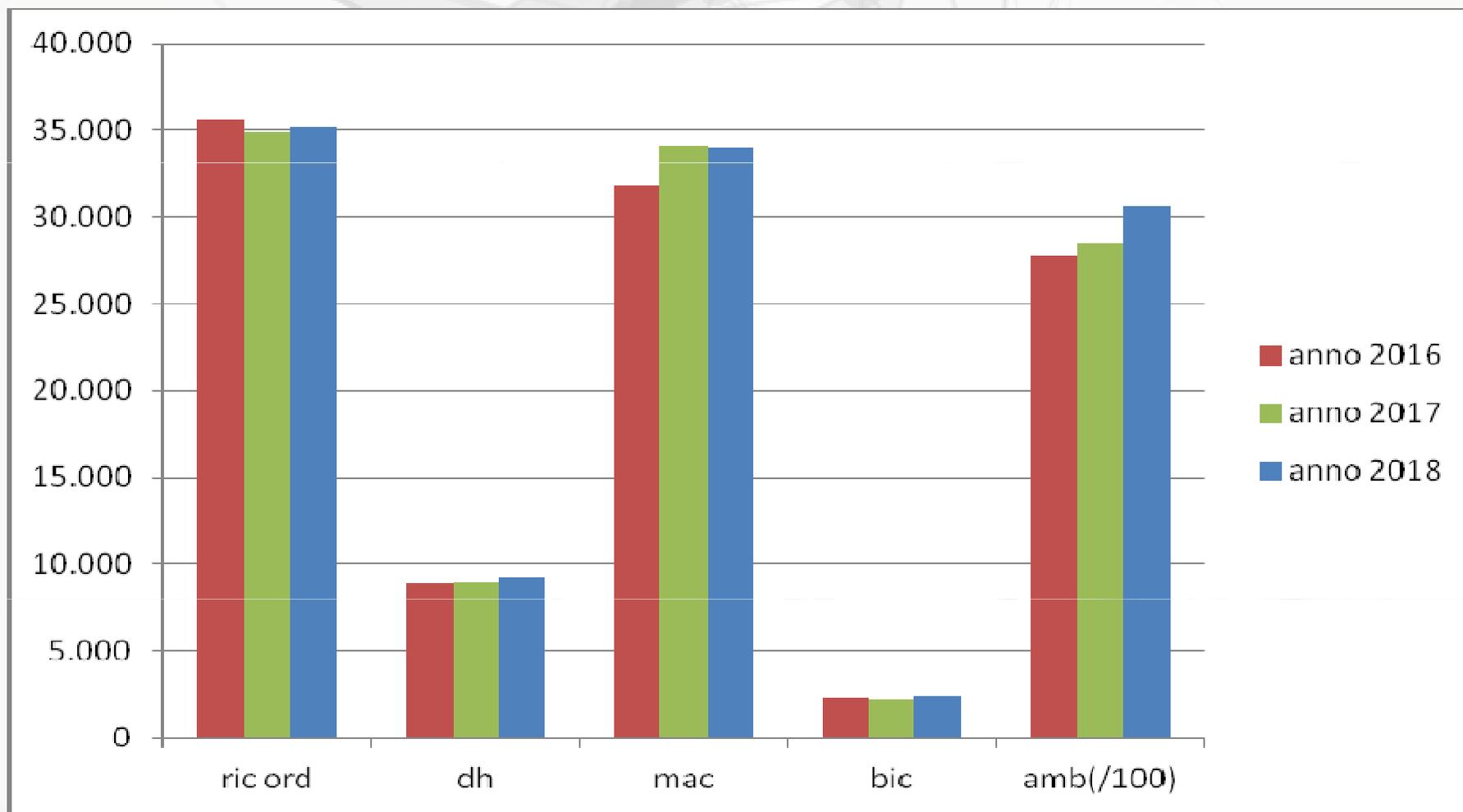
RICOVERI ORDINARI	POSTI LETTO ACCREDITATI	911
	POSTI LETTO MEDI	758
	DEGENZA MEDIA	7,1
	TASSO DI OCCUPAZIONE	86,0%
	RESIDENTI FUORI LOMBARDIA	9,1%
	INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE	0,988
	INDICE DI CASE MIX	0,977
DAY HOSPITAL-DAY SURGERY	POSTI LETTO ACCREDITATI	95
	POSTI LETTO MEDI	76

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 2016-2018, 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 2018, 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 2017 è in aumento rispetto a quello dell'anno 2016 (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.

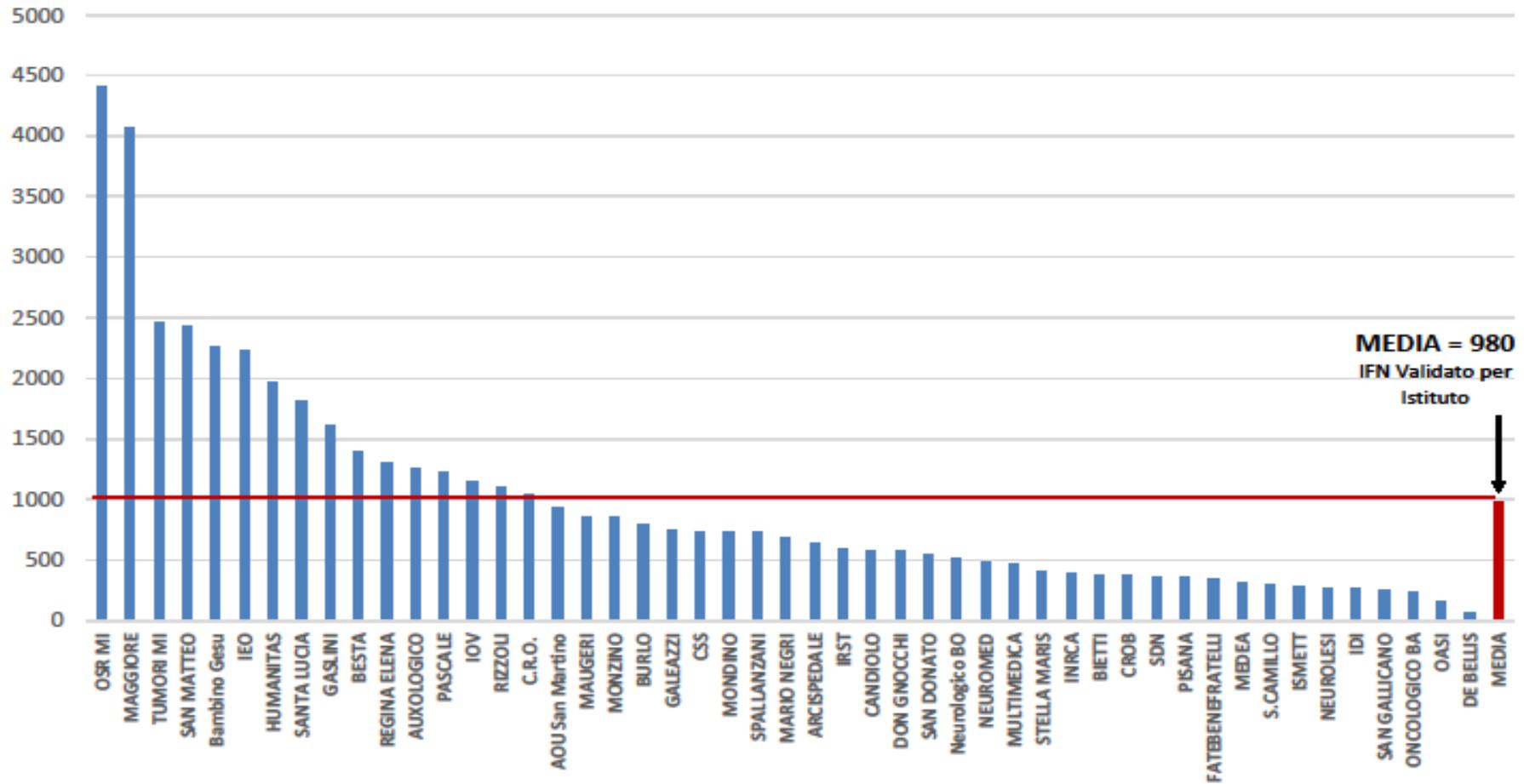
Ricerca



Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità

Ricerca Corrente 2017

IFN Validato per Istituto



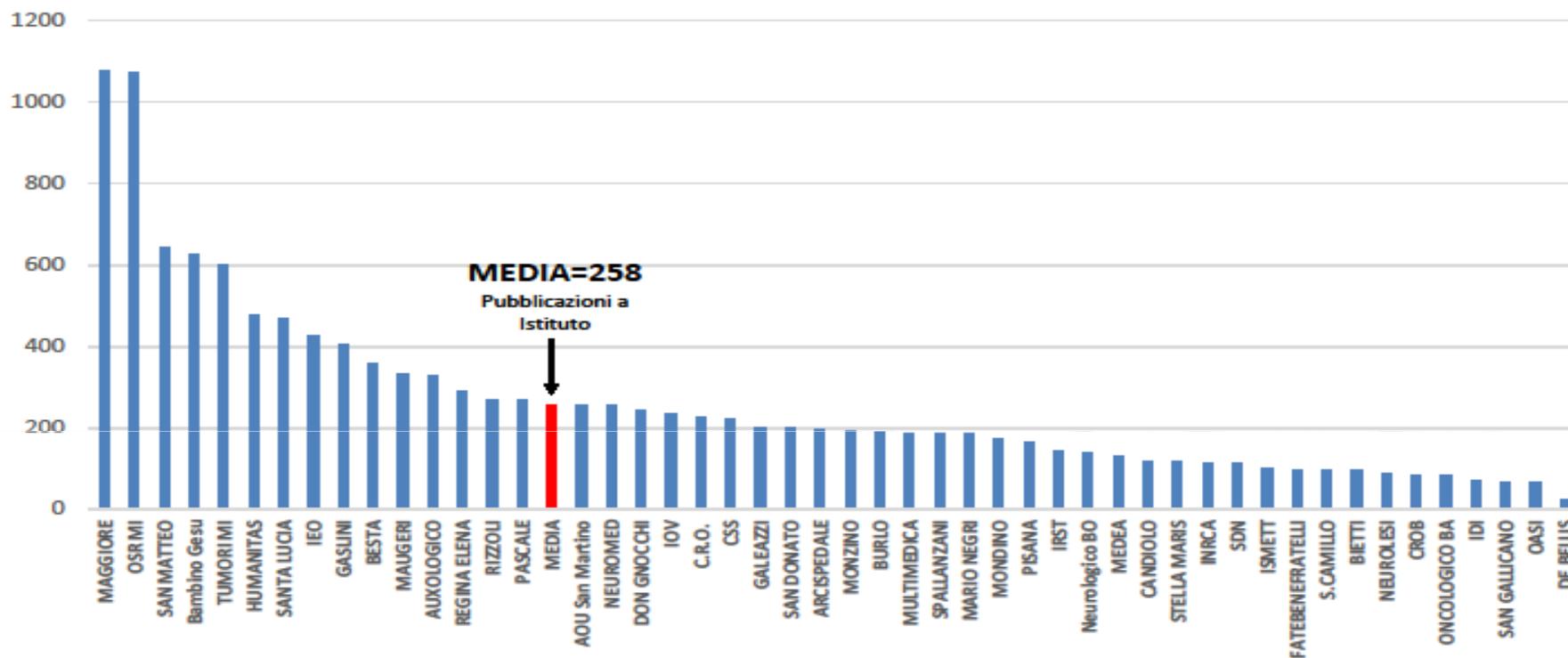
Ricerca



Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità

Ricerca Corrente 2017

Numero Pubblicazioni 2016



Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio

Il 2018 è servito a consolidare i cambiamenti avviati nel 2016-2017 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 2018 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;
- l'ultimazione dei lavori per il Nuovo Pronto Soccorso e la Terapia Intensiva;

L'applicazione del POAS ha permesso, dal 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 2018:

- 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;
- Via Ripamonti e consultori – come concordato con Regione e ATS Milano è stata attivata la progettazione per la ristrutturazione dello stabile di via Ripamonti che è diventata sede di CPS e CRA. Sono stati trasferiti presso via Pace i consultori inizialmente siti in Conca dei Navigli e Corso Italia, 52.

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 2018:

- 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

- 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
- 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 2018

Nel Bilancio di esercizio 2018 la rappresentazione dei ricavi confrontati con il Bilancio Preventivo 2018 è la seguente:

		<i>BPE 2018</i>	<i>CONSUNTIVO 2018</i>	<i>DIFFERENZE CONS/BPE</i>
	RICAVI			
AOIR01	DRG	158.596	157.501	- 1.095
AOIR02	Funzioni non tariffate	26.551	26.154	- 397
AOIR03	Ambulatoriale	46.784	49.294	2.510
AOIR04	Neuropsichiatria	1.650	1.743	93
AOIR05	Screening	476	496	20
AOIR06	Entrate proprie	26.608	28.326	1.718
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	17.395	19.519	2.124
AOIR08	Psichiatria	3.141	2.961	- 180
AOIR09	File F	59.500	64.283	4.783
AOIR10	Utilizzi contribuiti esercizi precedenti	-	2.912	2.912
AOIR11	Altri contribuiti da Regione (al netto rettifiche)	19.696	26.539	6.843
AOIR12	Altri contribuiti (al netto rettifiche)	-	6.784	6.784
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	-	4.079	4.079
AOIR15	Prestazioni sanitarie	20.719	22.280	1.561
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	381.116	412.871	31.755

Il bilancio d'Esercizio dell'anno 2018

Nel Bilancio di esercizio 2018 la rappresentazione dei costi confrontati con il Bilancio Preventivo 2018 è la seguente:

		<i>BPE 2018</i>	<i>CONSUNTIVO 2018</i>	<i>DIFFERENZE CONS/BPE</i>
	COSTI			
AOIC01	Personale	171.131	174.943	3.812
AOIC02	IRAP personale dipendente	11.512	11.729	217
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	14.727	16.140	1.413
AOIC04	Beni e Servizi	195.278	204.655	9.377
	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	3.775	3.495	- 280
AOIC05	Altri costi	6.597	6.979	382
AOIC06	Accantonamenti dell'esercizio	4.978	12.205	7.227
AOIC07	Oneri finanziari e straordinari	939	3.456	2.517
AOIC17	Integrativa e protesica			-
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	408.937	433.602	24.665
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	27.821	20.731	- 7.090
	Risultato economico	0	0	

Il bilancio d'Esercizio dell'anno 2018

Dal confronto si evidenzia:

- un incremento dei valori di produzione (drg, prestazioni ambulatoriali, screening, neuropsichiatria e psichiatria) per un importo complessivo di € 1.348.000. la voce prestazioni di ricovero registra un decremento a seguito del notevole valore di assegnazione iniziale, il valore di drg prodotti nell'anno 2018 risulta comunque essere in linea con quello del Bilancio di Esercizio 2017;
- una rimodulazione della contribuzione regionale tra contributo PSSR, Funzioni non tariffate e altri contributi da Regione che determina una diminuzione di € 644.000;
- un notevole incremento della attività libero professionale per € 2.124.000 determinato dal processo di revisione gestionale sia nell'interfaccia con i pazienti che con i medici e da un nuovo canale di prenotazione attraverso il sito aziendale;
- un notevole aumento del File F e doppio canale pari a € 9.417.000;
- un incremento della voce "Entrate proprie" per € 1.718.000 determinato principalmente dall'aumento dei ricavi per affitto del patrimonio disponibile non afferito alla Fondazione Patrimonio Ca' Granda, dal contratto relativo al servizio di ristoro a mezzo distributori automatici e all'incremento degli utilizzi indiretti dei fondi oneri e rischi;

Il bilancio d'Esercizio dell'anno 2018

- un notevole incremento degli accantonamenti di esercizio (€ 7.227.000) riferito all'accantonamento dell'importo per rinnovi contrattuali e all'inserimento dell'accantonamento delle quote relative ai contributi vincolati dell'anno non utilizzate;
- una differenza tra proventi e oneri finanziari pari a € 1.562.000 giustificata dall'inserimento di una sopravvenienza attiva relativa a una nota di credito da ricevere a chiusura del contenzioso relativo alla corretta qualificazione delle cubature da conteggiare al fine della determinazione del costo per appalto calore relativamente agli anni 2016/2017;
- un decremento della categoria Beni e Servizi (al netto dei contributi e degli utilizzi dell'anno) determinato esclusivamente dall'inserimento delle variazioni delle rimanenze dei magazzini di reparto;
- un incremento del costo del personale determinato dal completamento del piano assunzioni 2017, dal costo del personale afferito dalla ATS Città Metropolitana di Milano a seguito del così detto "Progetto Milano" e dall'applicazione del CCNL 2019/2018 del comparto.

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 € 9.696.000 dato dal prudenziale mancato inserimento nel BPE 2018 del valore riferito alla contribuzione.

Valutazione Indicatori inseriti nel Piano della Performance 2018



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Programmazione, Controllo di Gestione e Flussi Informativi

"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	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2016	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	TARGET 2018	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018		NOTE INFORMATIVE
						valore assoluto	% raggiungimento	
R1.A	AUMENTO RICAVI ATTIVITA' DI RICOVERO	VALORE ASSOLUTO €/1000	155.416	157.377	158.596	157.501	99%	Target 2018: Dati Bilancio Preventivo Economico 2018 del Febbraio 2018 - Valore Raggiunto 2018: Bilancio d'Esercizio 2018. Sono stati rispettati i livelli di attività di ricovero assegnati alla Fondazione. Si segnala in proposito la diminuzione della valorizzazione dei Fuori Regione che ha inciso su quella complessiva.
R1.B	MANTENIMENTO RICAVI PRESTAZIONI AMBULATORIALI	VALORE ASSOLUTO €/1000	59.708	59.958	58.711	60.874	104%	Target 2018: Dati Bilancio Preventivo Economico 2018 del Febbraio 2018 - Valore Raggiunto 2018: Bilancio d'Esercizio 2018. 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	63.107	72.147	78.147	84.274	108%	Target 2018: Dati Bilancio Preventivo Economico 2018 del Febbraio 2018 - Valore Raggiunto 2018: Bilancio d'Esercizio 2018. 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	16.386	15.810	15.246	15.438	101%	L'obiettivo ha lo scopo di diminuire del 5% il valorizzato 2017. L'obiettivo non è stato raggiunto sebbene il trend sia in diminuzione rispetto agli anni precedenti. Le motivazioni sono riconducibili all'aumento dell'attività di ricovero di tipo chirurgico che assorbe maggiori risorse rispetto a quella medica.
R1.E	RAZIONALIZZAZIONE PRESTAZIONI INTERMEDIE DI RADIOLOGIA	VALORE ASSOLUTO €/1000	3.993	4.078	3.550	4.058	114%	L'obiettivo ha lo scopo di diminuire del 5% il valorizzato 2018 rilevato dall'applicativo RIS che gestisce l'attività radiologica. L'obiettivo non è stato raggiunto in quanto l'aumento dell'attività di ricovero di tipo chirurgico assorbe maggiori risorse rispetto a quella medica.
R1.F	CONTROLLI NOC SULLE PRESTAZIONI: RIDUZIONE DEL 5% SUGLI ABBATTIMENTI NOC ANNO PRECEDENTE.	VALORE ASSOLUTO €/1000	992	1.034	807	1.071	133%	La diminuzione del 5% come valore atteso 2018 è pari a 982.000 rispetto al valore 2017. l'obiettivo non è raggiunto.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2016	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	TARGET 2018	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018		NOTE INFORMATIVE
						valore assoluto	% raggiungimento	
R2.A	INCREMENTO DELLA COMPLESSITÀ CLINICA TRATTATA (PESO MEDIO al netto dei DRG neonati sani e parto naturale)	VALORE ASSOLUTO	1,33	1,34	1,35	1,38	102%	Il target 2018 indicato nel Piano delle Performance 2017-2019, è stato modificato in 1,35 a seguito di un adeguamento della modalità di selezione della casistica. Si evidenzia un aumento pari al 2,0% grazie anche all'aumento della casistica medica (+0,8%).
R2.B	RAZIONALIZZAZIONE DEGENZA MEDIA COMPLESSIVA (INCLUSO OUTLIER)	VALORE ASSOLUTO (GIORNATE)	7,2	7,4	7,0	7,1	101%	Con il termine "outlier" si indica la presenza nel computo dell'indicatore sia della casistica superiore alla media sia di quella inferiore. L'obiettivo non è stato pienamente raggiunto e le motivazioni possono essere ricercate nelle dimissioni critiche di pazienti affetti da pluripatologie in carico a reparti di medicina, che presentano ricoveri di lunga durata e all'aumento della degenza media preoperatoria che aumenta la durata totale della degenza
R2.C	RAZIONALIZZAZIONE DEGLI ESAMI DI LABORATORIO PER INTERNI: VALORE ASSOLUTO 2018 < VALORIZZATO 2017	VALORE ASSOLUTO €/1000	16.386	15.810	15.246	15.438	101%	L'obiettivo ha lo scopo di diminuire del 5% il valorizzato 2017. L'obiettivo non è stato raggiunto sebbene il trend sia in diminuzione rispetto agli anni precedenti. Le motivazioni sono riconducibili all'aumento dell'attività di ricovero di tipo chirurgico che assorbe maggiori risorse rispetto a quella medica.
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%	22,0%	20,9%	25,0%	20,5%	82%	L'obiettivo non è stato raggiunto, per le difficoltà di dimissione verso il domicilio o verso altre strutture accettanti (c.d. dimissioni protette).
R2.E	INCIDENZA DEL COSTO DEL PERSONALE SUI RICAVI DELLA GESTIONE CARATTERISTICA	Costo del Personale (Escluso IRAP)/(Ricavi per prestazioni san. e sociosan.)	54,9%	55,8%	55,2%	53,9%	98%	L'obiettivo è in linea con il trend degli anni precedenti
R2.F	INCIDENZA DEL COSTO PER BENI E SERVIZI SUI RICAVI DELLA GESTIONE CARATTERISTICA	Costo B&S netti/(Ricavi per prestazioni san. e sociosan.)	62,3%	65,1%	64,4%	62,8%	98%	L'obiettivo è in linea con il trend degli anni precedenti

Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di competenza

(*)dell'anno

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	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2016	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	TARGET 2018	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018		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	verbale nucleo di valutazione n° 4 del 20/04/2017	verbale nucleo di valutazione n° 4 del 20 aprile 2018	Attestazione del NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2018	Attestazione del NdV del 11 aprile 2019	100%	L'obiettivo è stato raggiunto; il Nucleo di Valutazione nell'attestazione del 11 aprile 2019, redige l'attestazione relativa alla veridicità e all'attendibilità, alla data dell'attestazione, confrontando quanto riportato nella Griglia prevista dalla delibera ANAC N°1074 del 21/11/2018 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	verbale nucleo di valutazione n°4 del 20/04/2017	verbale nucleo di valutazione n° 4 del 20 aprile 2018	Attestazione del NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2018	Attestazione del NdV del 11 aprile 2019	100%	L'obiettivo è stato raggiunto; il Nucleo di Valutazione nell'attestazione del 11 aprile 2019, redige l'attestazione relativa alla veridicità e all'attendibilità, alla data dell'attestazione, confrontando quanto riportato nella Griglia prevista dalla delibera ANAC N°1074 del 21/11/2018 rispetto a quanto pubblicato sul sito della Fondazione.

Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni (*) di risorse inserite nel Bilancio di competenza dell'anno

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	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2016	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	TARGET 2018	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018		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	mail a bonalumi	85,50%	90%	83%	92%	Non raggiunto. Sono stati raggiunti 6/6 obiettivi indicati come qualitativi e 14 su 18 indicati come quantitativi per una percentuale totale pari a 83%

(*)Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di competenza dell'anno

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	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2016	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	TARGET 2018	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018		NOTE INFORMATIVE
						valore assoluto	% raggiungimento	
S1.A	INDICE DI ATTRATTIVITA' AZIENDALE SUI RICOVERI ORDINARI	(Ricoveri Fuori Regione / Totale Ricoveri)	8,40%	8,95%	9,50%	9,15%	96%	L'obiettivo non è stato pienamente raggiunto anche se in aumento rispetto al dato 2017 (8,95%)
S1.B	RICOVERI ORDINARI RIPETUTI ENTRO L'ANNO SOLARE (%)	N. rientri con stesso MDC nello stesso reparto entro l'anno (01/01-31/12)/ Tot. Dimissioni	3,51%	3,79%	4,80%	3,41%	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%	1,50%	1,07%	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%	2,25%	2,74%	122%	L'obiettivo non è formalmente raggiunto, i valori rispecchiano l'aumento delle dimissioni protette per la particolare casistica di pazienti cronici e pluripatologici.
S1.E	DIMINUZIONE DELLE DIMISSIONI CON DRG MEDICO NELLE UU.OO. CHIRURGICHE	DRG MEDICI / TOTALE DRG 2017	38%	35%	<28%	21,58%	100%	L'obiettivo è stato pienamente raggiunto a conferma della qualità delle prestazioni fornite dai reparti di ricovero della Fondazione.

Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di (*)competenza dell'anno

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	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2016	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	TARGET 2018	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018		NOTE INFORMATIVE
						valore assoluto	% raggiungimento	
S2.A	DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	Totale casi ad alto rischio inappropriata / Casi "appropriati"	11%	5%	21%	22%	105%	L'obiettivo non è stato raggiunto ma il trend è in diminuzione grazie all'attenzione posta e all'impegno profuso da parte di tutti gli operatori della Fondazione.
S2.B	INTERVENTI FRATTURA COLLO DEL FEMORE	% interventi al collo del femore entro 48h / Totale interventi femore	66%	65%	60%	69%	114%	L'obiettivo è raggiunto pienamente
S3.C	TAGLIO CESAREO PRIMARIO	Parti Cesarei primari / Totale Parti	29%	28%	25%	30%	120%	L'obiettivo non è stato raggiunto, essendo la Fondazione centro di riferimento nazionale per le patologie neonatali, il ricorso a parti programmati è sicuramente più alto rispetto alle altre strutture.
S4.D	PRELIEVI DI CORNEE	Prelievi Cornee/Totale decessi	12%	13%	>10%	14%	100%	L'obiettivo è stato pienamente a conferma del trend degli anni precedenti

Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di (*)competenza dell'anno

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	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2016	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	TARGET 2018	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018		NOTE INFORMATIVE
						valore assoluto	% raggiungimento	
S3.A	DIMINUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO ATS	Riduzione dei T.A. delle prestazioni che superano il T.A. obiettivo di Regione Lombardia	66	valore medio 2016: 66. - valore medio 2017: 98	<1% rispetto al T.A. medio registrato nel 2017	valore medio 2017: 98 valore medio 2018: 79	100%	L'obiettivo è stato pienamente raggiunto e si sottolinea il fatto 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."

Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di (*)competenza dell'anno

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	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2016	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	TARGET 2018	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018		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:	1,15	1,11	Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2018 > Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2017	11.048	95%	L'obiettivo non è pienamente raggiunto. In valore assoluto i flaconi consumati nel 2017 sono pari a 11.632 mentre quelli relativi al 2018 sono pari a 11.048
S4.B	CONTROLLO DELL'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO PER LA PROFILASSI PERIOPERATORIA IN AREA PEDIATRICA	Diminuzione delle Cartelle non conformi nel campione esaminato	nd	20%	N.C.2018 < 25%	22%	100%	L'obiettivo è raggiunto pienamente. Il valore 2018 è in aumento rispetto all'anno precedente, nonostante si mantenga sotto il valore indicato dal target

Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel (*) Bilancio di competenza dell'anno

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	VALORE RAGGIUNTO AL	VALORE RAGGIUNTO AL	TARGET 2018	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018		NOTE INFORMATIVE
			31/12/2016	31/12/2017		valore assoluto	% raggiungimento	
S5.A	Impact Factor normalizzato	l'IF è un metodo bibliometrico che usa le citazioni nelle produzioni intellettuali scientifiche per stabilire connessioni ad altri lavori o altri ricercatori.	4.267	3.913	3.450	4.406	100%	L'obiettivo è stato raggiunto a conferma della grande vocazione della Fondazione per la ricerca scientifica.
S5.B	Numero di pubblicazioni scientifiche		997	1.017	950	1.050	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	nd	1,47%	1,51%	1,50%	100%	L'obiettivo è raggiunto

Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse

(*)inserite nel Bilancio di competenza dell'anno

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE RAGGIUNTO AL	VALORE RAGGIUNTO AL	TARGET 2018	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018		NOTE INFORMATIVE
			O AL 31/12/2016	O AL 31/12/2017		valore assoluto	% raggiungimento	
D1.A	TEMPI ATTESA IN PRONTO SOCCORSO	Pazienti in Codice Giallo visitati entro 30 min.	74%	75%	75%	78%	100%	L'obiettivo è raggiunto. Il valore 2018 è in aumento rispetto all'anno precedente
D1.B	TEMPI ATTESA PER L'ACCESSO AGLI SPORTELLI CUP		50 minuti	T.A. 2017 < T.A. 2016	T.A. 2018 < T.A. 2017	T.A. 2018 < T.A. 2017		Esempio campione centro prelievi (caso più critico) tempo attesa medio sett 2017: 35 min - 137 pz tempo attesa medio ott 2018: 35 min - 215 pz T.A. aggiustato per n. pz campione: 2018 < 2017
D1.C	APPROPRIATEZZA E REINGEGNERIZZAZIONE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE IN PRERICOVERO	n° di pazienti che escono dal percorso di prericovero per motivi organizzativi	87,8%	56%	N° paz. 2018 / N° paz. 2017 < 50%	98,18%		N. pazienti 2017: 384 N. pazienti 2018: 377
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%	1%	6%	7%	7%		Denominatore: totale pratiche (esclusi: LP/medicina del lavoro/accessi diretti o comunque prestazioni non prenotate in anticipo/prericovero/donatori/arruolamenti presa in carico/bic e mac) = 339.682 Numeratore: Pratiche pagate al punto giallo = 23.156 Num/Den = 7% (target)

Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite (*)nel Bilancio di competenza dell'anno

Obiettivo strategico D2 – “Cura della relazione e della comunicazione fra professionista e utente/paziente”.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2016	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	TARGET 2018	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018		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.	obiettivo individuato per il 2017	Segnalazioni gestite tramite applicativo: 100%	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.	obiettivo individuato per il 2017	Num BioCV caricati in MYAliseo: Num BioCV pubblicati correttamente: 583	100% BioCV pubblicati correttamente	In fase di rilevazione		
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)	2016: 0,29 2015: 0,34	2017: 0,26 2016: 0,29	(Percorsi Mediazione 2018 / Totale Reclami 2018) > (Percorsi Mediazione 2017 / Totale Reclami 2017)	0,45	100%	Esito fornito dall'URP. Anno 2018: Segnalazioni: 2.005/Mediazioni=9

Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di competenza (*)dell'anno

