

# Relazione Piano delle Performance 2019



Fondazione IRCCS Ca' Granda  
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario





## 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 2019**
- **Valutazione Indicatori inseriti nel Piano della Performance 2019**

# 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).

Il Policlinico si distingue per caratteristiche che raramente convivono all'interno di una stessa realtà, e che qui si combinano in modo virtuoso per creare un ambiente unico:

- è un ospedale con sei secoli di storia, ma la sua forza è una costante spinta all'innovazione;
- è nel cuore di Milano, ma è punto di riferimento per pazienti provenienti anche da altre regioni e si colloca tra i principali centri europei per clinica e ricerca;
- coniuga una profonda specializzazione in diversi ambiti di cura con una forte interdisciplinarietà, senza mai perdere di vista i pazienti nella loro interezza.

# Generalità sull'organizzazione dell'Azienda

Da queste caratteristiche discende la sua mission: essere l'ospedale di riferimento della città di Milano e il primo IRCCS pubblico per qualità e produttività scientifica in Italia.

Questa visione si concretizza in alcuni obiettivi più specifici volti a:

- rafforzare il ruolo di centro di riferimento all'interno delle reti nazionali e internazionali che ne evidenziano le attività distintive quali l'emergenza/urgenza nell'adulto e nel bambino, i trapianti (che sono anche le aree di riconoscimento ministeriale di IRCCS ), l'assistenza materno-infantile e la presa in carico dei pazienti con malattie rare;
- promuovere la ricerca traslazionale e tutelare la proprietà dei suoi risultati;
- attuare, anche in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria;
- riqualificare da un punto di vista urbanistico e architettonico 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 (come auspicato dalla L.R. n. 23/15).

## 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 d'Europa, la cui gestione ha pesanti ripercussioni sull'assistenza infermieristica e sul consumo di materiale sanitario;
- la struttura ospedaliera lombarda con il maggior numero di pazienti affetti da malattie rare. Sono attivi presso la Fondazione oltre 2.500 protocolli di cura per questi malati;
- sede di ricovero privilegiato per la popolazione anziana residente nel centro di Milano.

A seguito dell'importante lavoro di riallocazione delle degenze finalizzato all'abbattimento di 9 padiglioni, atto iniziale di costruzione del nuovo ospedale, la struttura è articolata ora su due aree (Via Francesco Sforza e Via Pace). Nell'area di via Pace, in particolare, hanno sede esclusivamente attività per pazienti esterni.

# Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi



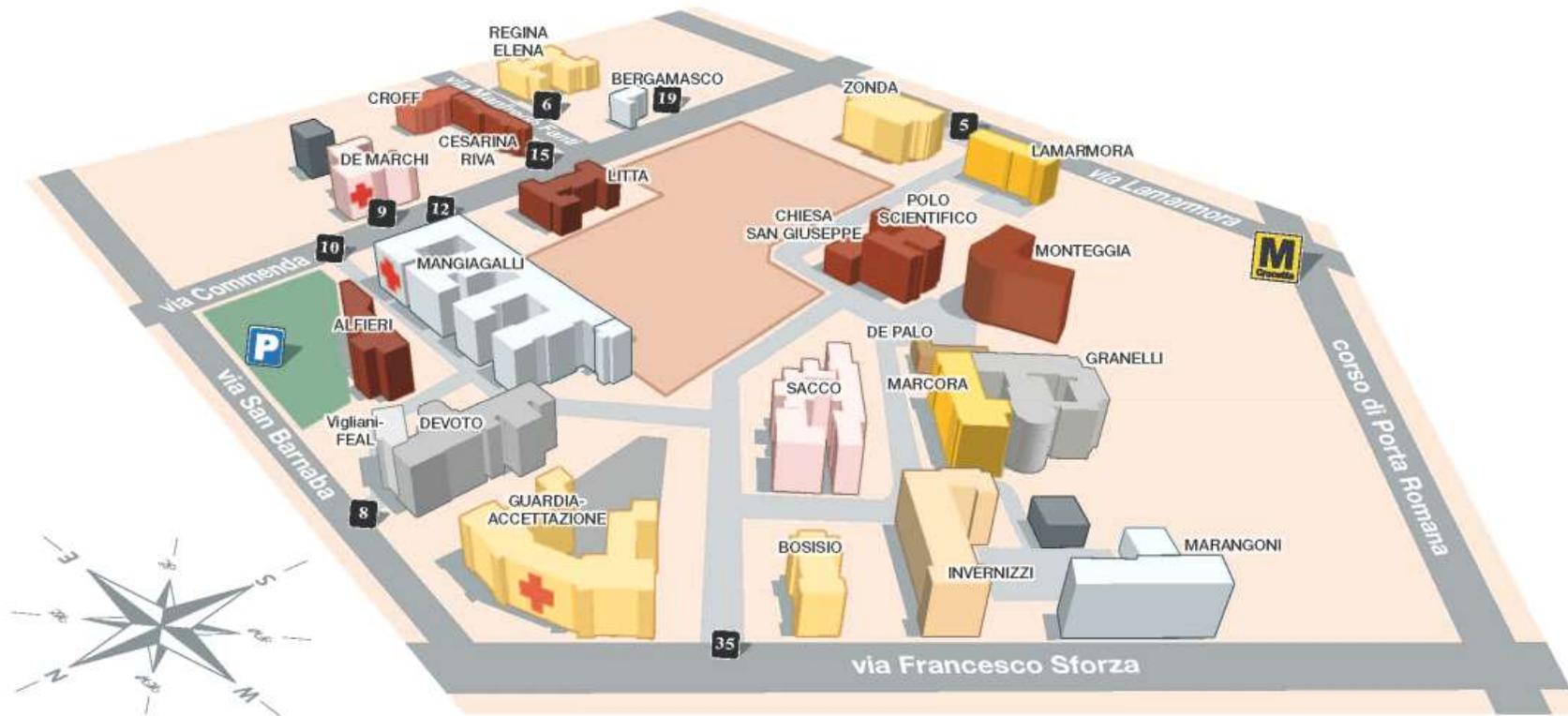
# Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi



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 2019.

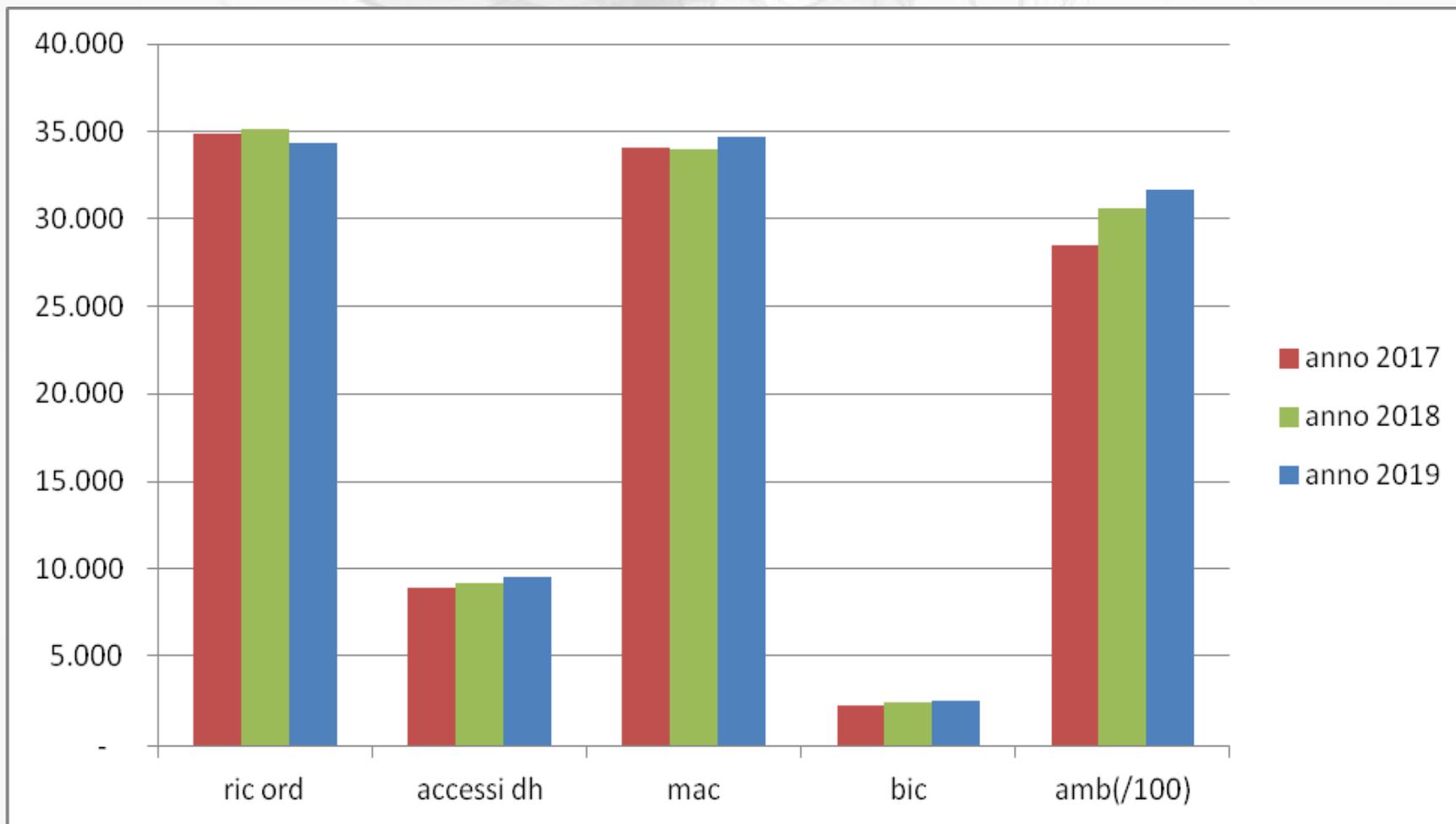
RICOVERI ORDINARI	POSTI LETTO ACCREDITATI	911
	POSTI LETTO MEDI	756
	DEGENZA MEDIA	7,1
	TASSO DI OCCUPAZIONE	83,2%
	RESIDENTI FUORI LOMBARDIA	8,8%
	INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE	0,996
	INDICE DI CASE MIX	0,978
DAY HOSPITAL-DAY SURGERY	POSTI LETTO ACCREDITATI	95
	POSTI LETTO MEDI	76

## 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 2017-2019 da cui si evidenzia una lieve flessione dei ricoveri ordinari a favore di un aumento degli interventi in Day Hospital/Day Surgery (DH/DS), di quelli in Bassa Intensità Chirurgica (BIC) e delle Macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale (MAC), con BIC e MAC che si svolgono in regime di macroattività ambulatoriale.

# 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 2018 (ultimo anno analizzato dal Ministero) si è mantenuto sostanzialmente stabile rispetto all'anno 2017.

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.

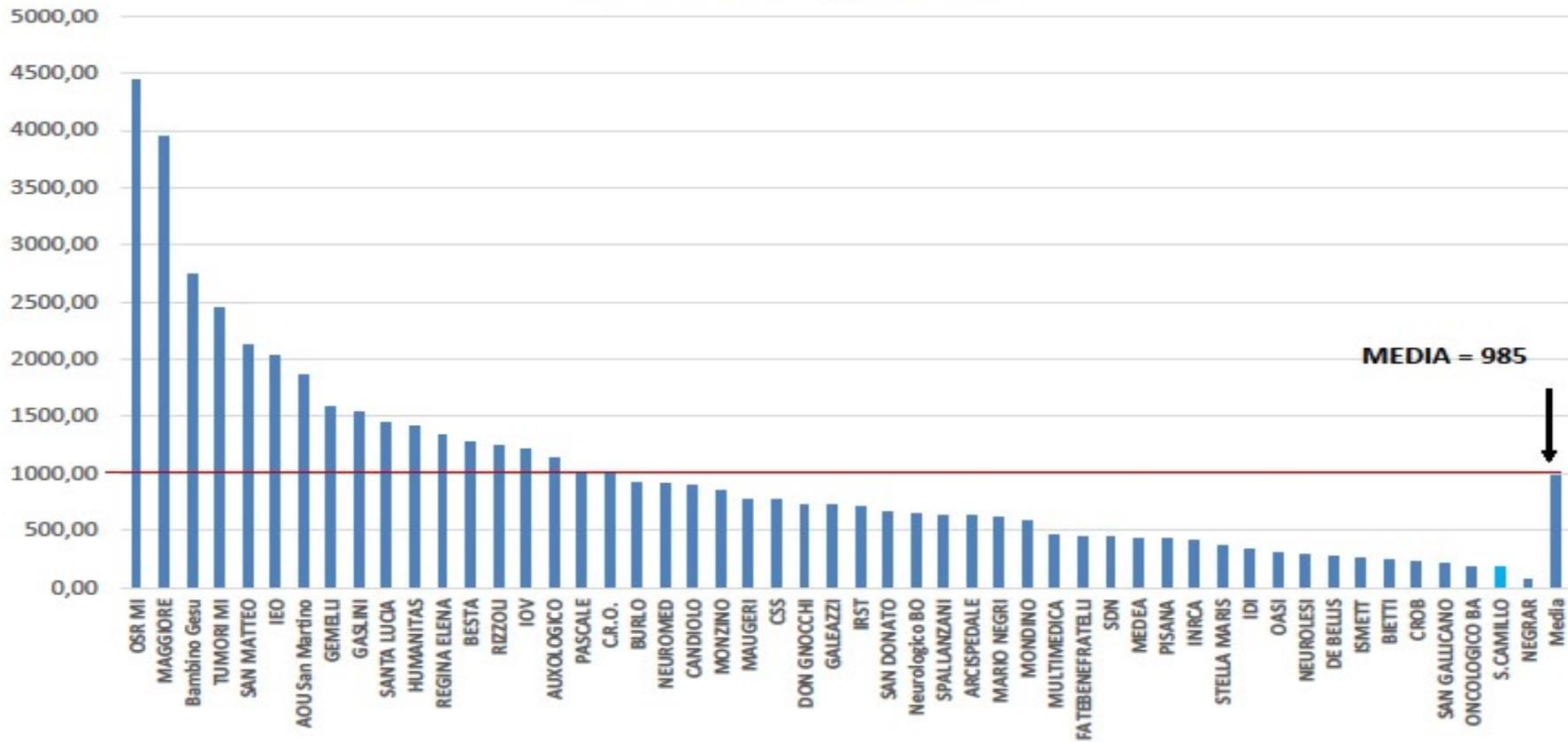
# Ricerca



Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità

## Ricerca Corrente 2019

IFN Valido RC per Istituto



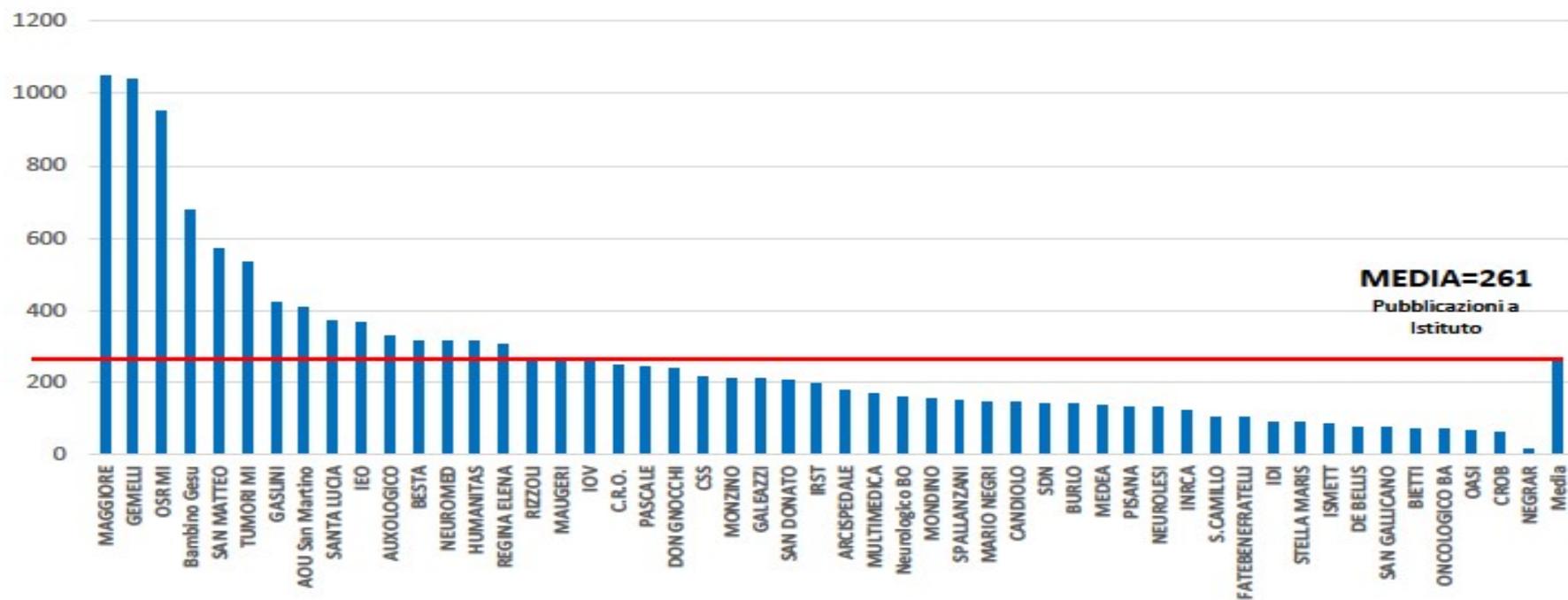
# Ricerca



Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità

## Ricerca Corrente 2019

### Numero Pubblicazioni 2018



## Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio

Il 2019 è il primo anno di insediamento della nuova Direzione Strategica e ha visto la continuità di azione rispetto alla precedente gestione. Nel corso dell'anno sono proseguiti i progetti già validati dal Consiglio di Amministrazione e sono stati avviate nuove iniziative di miglioramento dei processi.

Di seguito riportiamo le principali azioni che sono state avviate o proseguite dal 2018 e che hanno avuto continuità anche nel 2019:

- Riqualficazione dell'area Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena di Milano, forme molteplici dei luoghi della salute: realizzazione del Nuovo Ospedale;
- Realizzazione del nuovo Dipartimento di Emergenza attraverso la ristrutturazione e l'ampliamento del padiglione Guardia Accettazione: lavori di completamento al piano rialzato per realizzazione CUP, centro prelievi, endoscopie e atrio attesa;
- Adeguamento dei piani rialzato e primo e di altre aree del padiglione "Bruno Granelli";
- Adeguamento locali per trasferimento DH Fibrosi cistica umanizzazione degenze reparto Broncopneumologia nei padiglioni Devoto e Alfieri ;
- Realizzazione di 5 scale antincendio per vari padiglioni;

# Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio

- Opere di realizzazione di diversi impianti EVAC in 14 padiglioni della Fondazione;
- Opere di adeguamento di diversi impianti rilevazione fumi in alcuni padiglioni della Fondazione;
- Lavori dell'atrio della clinica Mangiagalli e del P.S. ostetrico-ginecologico, dell'area SVSED e per il restyling della clinica Santa Caterina;
- Riqualficazione puerperio 2° piano Mangiagalli.

La Direzione ha messo in atto alcune azioni volte a perseguire l'accentramento e la digitalizzazione dei processi amministrativi, che supportano indirettamente l'attività del nostro ospedale, in particolare è stata posta attenzione alla revisione di alcuni processi come:

- valutazione dei fabbisogni di personale;
- approvvigionamento dei dispositivi medici;
- adozione degli atti di gestione della Direzione e dei Dirigenti;
- gestione del flusso documentale.

## Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio

Sul fronte gestionale, prosegue il percorso di rinnovamento, volto a migliorare sia l'offerta per l'utenza, sia la gestione dei processi interni e il monitoraggio delle attività. Particolare attenzione è stata posta al Dipartimento Donna Bambino Neonato proseguendo i lavori di riqualificazione delle aree del percorso parto, la ristrutturazione delle sale parto di Mangiagalli e il restyling di Santa Caterina, completato nel 2019.

Sul fronte organizzativo invece è stata rivista l'offerta ambulatoriale con rimodulazione delle prestazioni offerte e avvio delle attività del consultorio familiare.

Inoltre è stata avviata una progressiva esternalizzazione del personale di front-office e revisione dei ruoli del personale amministrativo di supporto, incrementando gli sportelli affidati al servizio esterno, mentre internamente si sta procedendo con una revisione delle mansioni delle segreterie di dipartimento e di reparto.

Sempre relativamente al personale, dal 2018 ha preso avvio il progetto di presa in carico dei pazienti cronici secondo il nuovo modello, che ha impattato su quasi tutte le professionalità.

Come richiesto da ATS Città di Milano sono stati inoltre sottoscritti gli addendum contrattuali con le cooperative MMG che hanno pazienti frequent user presso la Fondazione.

## Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio

Nell'anno 2019 si sono compiuti gli interventi di ammodernamento tecnologico finanziati con gli stanziamenti approvati negli anni precedenti e quest'anno, da ultimo, con DGR XI/1725 del 10/06/2019 e DGR XI/2468 del 18.11.2019.

In tema di grandi apparecchiature durante il 2019 sono stati finalizzati :

- l'acquisto e il collaudo del mammografo digitale;
- l'acquisto e il collaudo tramite procedura autonoma del tavolo telecomandato digitale per Radiologia Pediatrica;
- l'aggiornamento con fondi propri del ciclotrone della medicina Nucleare;
- l'acquisto e il collaudo tramite procedura autonoma del densitometro osseo per il servizio MOC.

In merito nello specifico al finanziamento di cui alla DGR XI/2468 del 18.11.2019 (e nello specifico al finanziamento per apparecchiature sanitarie a media e bassa tecnologia), è stata avviata una ricognizione interna per la definizione dell'elenco puntuale delle attrezzature da acquisire tramite detto finanziamento.

## Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio

Riguardo il Sistema Informativo Socio-Sanitario, i progetti finanziati per 1.924.000 € con DGR 2099 sono proseguite le attività per la loro realizzazione:

- sono proseguite le attività di aggiornamento tecnologico dell'infrastruttura di rete con l'installazione dei nuovi apparati hardware e software;
- è stata avviato il progetto di informatizzazione delle sale operatorie con la costituzione del gruppo di lavoro comprendente le diverse professionalità coinvolte, è stato individuato il blocco operatorio dell'Urologia come pilota e sono iniziate le attività di configurazione;
- un gruppo di lavoro congiunto ASST Gaetano Pini-Policlinico ha proseguito l'attività per l'integrazione dei sistemi informativi allo scopo di eseguire l'attività di Laboratorio presso la Fondazione;
- sono proseguite le attività per la riorganizzazione dei magazzini dividendo quelli gestiti internamente da quelli in gestione alla società esterna ed è proseguita l'attività di emissione di ordini elettronici.

# Il bilancio d'Esercizio dell'anno 2019

Nel Bilancio di esercizio 2019 la rappresentazione dei ricavi confrontati con il Bilancio Preventivo 2019 è la seguente:

	<b>RICAVI</b>	<i>BPE 2019</i>	<i>CONSUNTIVO 2019</i>	<i>DIFFERENZE CONS/BPE</i>
AOIR01	DRG	158.617.039	156.997.243	-1.619.796
AOIR02	Funzioni non tariffate	26.153.901	33.613.189	7.459.288
AOIR03	Ambulatoriale	49.469.210	51.325.452	1.856.242
AOIR04	Neuropsichiatria	2.352.500	2.418.849	66.349
AOIR05	Screening	389.000	536.636	147.636
AOIR06	Entrate proprie	28.326.000	25.899.357	-2.426.643
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	19.519.000	21.231.924	1.712.924
AOIR08	Psichiatria	2.891.477	3.232.043	340.566
AOIR09	File F	67.450.480	77.294.026	9.843.546
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	-	4.274.485	4.274.485
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	23.361.687	24.299.839	938.152
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	-	4.625.040	4.625.040
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	-	576.984	576.984
AOIR15	Prestazioni sanitarie	22.259.616	23.215.495	955.879
	<b>Totale Ricavi (al netto capitalizzati)</b>	<b>400.789.910</b>	<b>429.540.562</b>	<b>28.750.652</b>

## Il bilancio d'Esercizio dell'anno 2019

Nel Bilancio di esercizio 2019 la rappresentazione dei costi confrontati con il Bilancio Preventivo 2019 è la seguente:

	<b>COSTI</b>	<i>BPE 2019</i>	<i>CONSUNTIVO 2019</i>	<i>DIFFERENZE CONS/BPE</i>
AOIC01	Personale	176.166.421	179.093.623	2.927.202
AOIC02	IRAP personale dipendente	11.830.756	12.021.349	190.593
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	16.140.000	17.767.025	1.627.025
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	210.657.338	225.220.805	14.563.467
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	3.495.000	3.003.898	-491.102
AOIC06	Altri costi	6.968.127	6.615.388	-352.739
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	4.679.000	9.504.485	4.825.485
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	563.000	2.194.216	1.631.216
AOIC17	Integrativa e protesica	-	-	-
	<b>Totale Costi (al netto capitalizzati)</b>	<b>430.499.642</b>	<b>455.420.789</b>	<b>24.921.147</b>
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	29.709.732	25.880.227	-3.829.505
	<b>Risultato economico</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

# Il bilancio d'Esercizio dell'anno 2019

Dal confronto si evidenzia:

- un decremento del valore dei DRG totalmente compensato dall' incremento dei valori relativi alle prestazioni ambulatoriali, allo screening, alla neuropsichiatria e alla psichiatria. Il decremento registrato per i DRG è determinato del notevole valore di assegnazione iniziale;
- una rimodulazione della contribuzione regionale tra contributo PSSR, Funzioni non tariffate e altri contributi da Regione che determina un incremento pari a € 4.567.935;
- un notevole incremento della attività libero professionale per € 1.712.924 rilevato nell'area ospedaliera e specialistica e nell'attività di consulenza. Tale incremento è determinato dal processo di revisione gestionale sia nell'interfaccia con i pazienti che con i medici, l'incremento dei ricavi ha conseguentemente determinato anche un incremento dei costi di compartecipazione al personale (compresa IRAP) e degli accantonamenti per la legge Balduzzi e per il Fondo di Perequazione;
- un notevole aumento del File F e doppio canale pari a € 10.665.226;
- un decremento della voce "Entrate proprie" per € 2.426.643 determinato principalmente dal mancato inserimento di una penale relativa ai ritardi nelle esecuzioni di alcune delle attività di manutenzione correttiva dei servizi integrati di ingegneria clinica da parte della ditta Althea spa in quanto la ditta stessa, al fine di recuperare le carenze rilevate, provvederà all'acquisizione di nuove apparecchiature in sostituzione di quelle obsolete per un importo corrispondente alla valorizzazione della penale stessa e dal mancato rinnovo della convenzione per il servizio di pediatria con l'ASST dei Sette Laghi, nonché alla diminuzione dei costi sostenuti per indennizzi e risarcimenti (SIR) che nelle tabelle di entrate proprie trovano il corrispondente utilizzo indiretto del fondo

## Il bilancio d'Esercizio dell'anno 2019

- un notevole incremento degli accantonamenti di esercizio (€ 4.825.485) riferito principalmente 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 -€ 1.054.232 giustificata quasi esclusivamente dall'inserimento di una sopravvenienza passiva riveniente dalla definitiva applicazione dell'atto transattivo sottoscritto con la Società Siram relativo alla gestione dell'appalto calore;
- un incremento della categoria Beni e Servizi (al netto dei contributi e degli utilizzi dell'anno) determinato quasi esclusivamente dall'incremento dei costi per farmaci file F;
- un incremento del costo del personale determinato principalmente dall'applicazione del CCNL 2016/2018 area sanità del 19/12/2019, dall'incremento dei fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica sanitaria e dal riconoscimento dell'indennità di mancato preavviso spettante agli eredi del personale dipendente deceduto.

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 € 8.899.525 dato dal prudenziale mancato inserimento nel BPE 2019 del valore riferito alla contribuzione.

# Valutazione Indicatori inseriti nel Piano della Performance 2019



Fondazione IRCCS Ca' Granda  
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



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 O AL 31/12/2017	VALORE RAGGIUNTO O AL 31/12/2018	TARGET 2019	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2019		NOTE INFORMATIVE 2019
						valore assoluto	% raggiungimento	
R1.A	AUMENTO RICAVI ATTIVITA' DI RICOVERO	VALORE ASSOLUTO €/1000	157.377	157.501	159.889	156.997	98%	Target 2019: Dati Bilancio Preventivo Economico 2019 del Febbraio 2019 - Valore Raggiunto 2019: Bilancio d'Esercizio 2019. 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	59.958	60.874	61.970	64.102	103%	Target 2019: Dati Bilancio Preventivo Economico 2019 del Febbraio 2019 - Valore Raggiunto 2019: Bilancio d'Esercizio 2019. 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	72.147	84.274	67.450	77.294	115%	Target 2019: Dati Bilancio Preventivo Economico 2019 del Febbraio 2018 - Valore Raggiunto 2019: Bilancio d'Esercizio 2019. 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 prezzo di partenza è compensato da rimborsi in corso d'anno.
R1.D	RAZIONALIZZAZIONE PRESTAZIONI INTERMEDIE DI LABORATORIO	VALORE ASSOLUTO €/1000	15.810	15.438	15.438	14.400	93%	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	4.078	4.058	4.058	4.515	111%	L'obiettivo ha lo scopo di diminuire del 5% il valorizzato 2019 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	1.034	1.071	807	1.715	212%	La diminuzione del 5% come valore atteso 2019 è pari a 982.000 rispetto al valore 2018. l'obiettivo non è raggiunto.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018	TARGET 2019	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2019		NOTE INFORMATIVE 2019
						valore assoluto	% raggiungimento	
R2.A	INCREMENTO DELLA COMPLESSITÀ CLINICA TRATTATA (PESO MEDIO al netto dei DRG neonati sani e parto naturale)	VALORE ASSOLUTO	1,34	1,38	1,26	1,27	101%	Obiettivo raggiunto
R2.B	RAZIONALIZZAZIONE DEGENZA MEDIA COMPLESSIVA (INCLUSO OUTLIER)	VALORE ASSOLUTO (GIORNATE)	7,4	7,1	7,1	7,1	100%	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	15.810	15.438	15.438	14.400	93%	L'obiettivo ha lo scopo di diminuire del 5% il valorizzato 2019. 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%	20,9%	20,5%	20,5%	20,3%	99%	L'obiettivo è stato raggiunto, ma vanno sottolineate 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.)	55,8%	53,9%	55,2%	51,4%	93%	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 lordi/(Ricavi per prestazioni san. e sociosan.)	65,1%	62,8%	64,4%	64,3%	100%	L'obiettivo è in linea con il trend degli anni precedenti

### 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 31/12/2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018	TARGET 2019	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2019		NOTE INFORMATIVE 2019
						valore assoluto	% raggiungimento	
R3.A	<b>PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: IMPLEMENTAZIONE, APPLICAZIONE E MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DA PARTE DELLE STRUTTURE AFFERENTI AI RESPONSABILI COINVOLTI.</b>	Monitoraggio a cura del RPCT	verbale nucleo di valutazione n° 4 del 20 aprile 2018	Attestazione NdV del 11 aprile 2019	Attestazione e dell'NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2019	Attestazione NdV del 29 luglio 2020	100%	L'obiettivo è stato raggiunto; il Nucleo di Valutazione nell'attestazione del 29 luglio 2020, ne ha verificato la veridicità e l'attendibilità, confrontando quanto riportato nella Griglia prevista dalla delibera ANAC N°213 del 04/03/2020 rispetto a quanto pubblicato sul sito della Fondazione.
R3.B	<b>MISURE DI TRASPARENZA: IMPLEMENTAZIONE, APPLICAZIONE E MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA TRASPARENZA DA PARTE DELLE STRUTTURE AFFERENTI AI RESPONSABILI COINVOLTI.</b>	Monitoraggio a cura del RPCT	verbale nucleo di valutazione n° 4 del 20 aprile 2018	Attestazione e NdV del 11 aprile 2019	Attestazione e dell'NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2019	Attestazione NdV del 29 luglio 2020	100%	L'obiettivo è stato raggiunto; il Nucleo di Valutazione nell'attestazione del 29 luglio 2020, ne ha verificato la veridicità e l'attendibilità, confrontando quanto riportato nella Griglia prevista dalla delibera ANAC N°213 del 04/03/2020 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	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018	TARGET 2019	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2019		NOTE INFORMATIVE 2019
						valore assoluto	% raggiungimento	
R4.A	<b>SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO-SANITARIO (SISS): PREDISPOSIZIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO ANNUALE SISS.</b>	Azioni implementate /azioni previste del Piano annuale SISS	85,50%	83%	>90%	88%	97%	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

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018	TARGET 2019	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2019		NOTE INFORMATIVE 2019
						valore assoluto	% raggiungimento	
S1.A	INDICE DI ATTRATTIVITA' AZIENDALE SUI RICOVERI ORDINARI	(Ricoveri Fuori Regione / Totale Ricoveri)	8,9%	9,2%	9,1%	9,5%	105%	L'obiettivo è stato parzialmente stato raggiunto.
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	3,8%	3,4%	3,4%	3,3%	97%	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	1,3%	1,1%	1,1%	1,1%	99%	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	2,9%	2,7%	2,7%	2,8%	103%	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	35,0%	21,6%	36,1%	35,3%	98%	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 31/12/2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018	TARGET 2019	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2019		NOTE INFORMATIVE 2019
						valore assoluto	% raggiungimento	
S2.A	<b>DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA</b>	Totale casi ad alto rischio inappropriatezza / Casi "appropriati"	5%	22%	21%	20,6%	98%	L'obiettivo è stato raggiunto, il trend è in diminuzione grazie all'attenzione posta e all'impegno profuso da parte di tutti gli operatori della Fondazione.
S2.B	<b>INTERVENTI FRATTURA COLLO DEL FEMORE</b>	% interventi al collo del femore entro 48h / Totale interventi femore	65%	69%	>74%	81%	109%	L'obiettivo è raggiunto pienamente
S3.C	<b>TAGLIO CESAREO PRIMARIO</b>	Parti Cesarei primari/ Totale Parti	28%	30%	<25%	27%	109%	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	<b>PRELIEVI DI CORNEE</b>	Prelievi Cornee/Total e decessi	13%	14%	>10%	11%	113%	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

## Obiettivo strategico S3 –

### “governo dei tempi di attesa”

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 31/12/2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018	TARGET 2019	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2019		NOTE INFORMATIVE 2019
			valore assoluto	% raggiungimento				
S3.A	<b>DIMINUIZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO ATS</b>	Riduzione dei T.A. delle prestazioni che superano il T.A. obiettivo di Regione Lombardia	valore medio 2016: 66. - valore medio 2017: 98	valore medio 2017: 98 valore medio 2018: 79	<1% rispetto al T.A. medio registrato nel 2018	valore medio 2018: 79 valore medio 2019: 72	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

**Obiettivo strategico S4 –**

**“Sorveglianza igienico sanitaria”**

**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 31/12/2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018	TARGET 2019	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2019		NOTE INFORMATIVE 2019
						valore assoluto	% raggiungimento	
S4.A	<b>PIANO DI MIGLIORAMENTO SUL LAVAGGIO DELLE MANI: IMPLEMENTAZIONE DI AZIONI MIGLIORATIVE IN MERITO ALLA VALUTAZIONE DEI COMPORTAMENTI E AL FEEDBACK PER GLI OPERATORI</b>	Differenza nel consumo di soluzione idroalcolica tra inizio e fine progetto:	111%	95%	Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2019 > Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2018	16.595	99,5%	L'obiettivo non è pienamente raggiunto. In valore assoluto i flaconi consumati nel 2018 sono pari a 11.632 mentre quelli relativi al 2019 sono pari a 11.048
S4.B	<b>CONTROLLO DELL'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO PER LA PROFILASSI PERIOPERATORIA IN AREA PEDIATRICA</b>	Diminuzione delle Cartelle non conformi nel campione esaminato	20%	22%	N.C. 2019 < 25%	16%	100%	L'obiettivo è raggiunto pienamente. Il valore 2019 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

**Obiettivo strategico S5 –**

**“Mantenimento dello status di I.R.C.C.S.”**

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 31/12/2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018	TARGET 2019	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2019		NOTE INFORMATIVE 2019
						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.	3.913	4.406	3.450	4.647	100%	L'obiettivo è stato raggiunto a conferma della grande vocazione della Fondazione per la ricerca scientifica.
S5.B	Numero di pubblicazioni scientifiche		1.017	1.050	950	1.138	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	1,47	1,50	1,5	1,5	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 31/12/2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018	TARGET 2019	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2019		NOTE INFORMATIVE 2019
						valore assoluto	% raggiungimento	
D1.A	TEMPI ATTESA IN PRONTO SOCCORSO	Pazienti in Codice Giallo visitati entro 30 min.	75%	78%	75%	81%	109%	L'obiettivo è raggiunto. Il valore 2018 è in aumento rispetto all'anno precedente
D1.B	TEMPI ATTESA PER L'ACCESSO AGLI SPORTELLI CUP		T.A. 2017 < T.A. 2016	T.A. 2018 < T.A. 2017	T.A. 2019 < T.A. 2018	T.A. 2019 < T.A. 2018	100%	Esempio campione centro prelievi (caso più critico) tempo attesa medio sett 2018: 35 min - 137 pz tempo attesa medio ott 2019: 35 min - 215 pz T.A. aggiustato per n. pz campione: 2019 < 2018
D1.C	APPROPRIATEZZA E REINGEGNERIZZAZIONE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE IN PRERICOVERO	n° di pazienti che escono dal percorso di prericovero per motivi organizzativi	56%	98%	N° paz. 2019 / N° paz. 2018 < 50%	99%		N. pazienti 2018: 384 N. pazienti 2019: 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%	6%	7%	7%	9%	100%	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	RAZIONAL E	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2018	TARGET 2019	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2019		NOTE INFORMATIVE 2019
			7	8	valore assoluto	% raggiungimento		
D1.A	TEMPI ATTESA IN PRONTO SOCCORSO	Pazienti in Codice Giallo visitati entro 30 min.	75%	78%	75%	81%	109%	L'obiettivo è raggiunto. Il valore 2018 è in aumento rispetto all'anno precedente
D1.B	TEMPI ATTESA PER L'ACCESSO AGLI SPORTELLI CUP		T.A. 2017 < T.A. 2016	T.A. 2018 < T.A. 2017	T.A. 2019 < T.A. 2018	T.A. 2019 < T.A. 2018	100%	Esempio campione centro prelievi (caso più critico) tempo attesa medio sett 2018: 35 min - 137 pz tempo attesa medio ott 2019: 35 min - 215 pz T.A. aggiustato per n. pz campione: 2019 < 2018
D1.C	APPROPRIATEZZA E REINGEGNERIZZAZIONE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE IN PRERICOVERO	n° di pazienti che escono dal percorso di prericovero per motivi organizzativi	56%	98%	N° paz. 2019 / N° paz. 2018 < 50%	99%		N. pazienti 2018: 384 N. pazienti 2019: 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%	6%	7%	7%	9%	100%	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