



Piano della Performance

ASST Sette Laghi

2019 - 2021

Vers. 2- 28 gennaio 2019

A cura di Controllo di Gestione e Programmazione



Premessa	3
L'Azienda Socio Sanitaria Sette Laghi	3
Contesto esterno	7
Mission Aziendale	8
Gli obiettivi strategici	9
Il ciclo della performance	10
Gli obiettivi per l'anno 2019	12
Le aree di valutazione della Performance	13
Efficienza	13
Processi organizzativi	14
Il governo dei processi sanitari e amministrativi è funzionale al miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi erogati.	14
Efficacia	16
Appropriatezza e Qualità dell'assistenza	17
Accessibilità e soddisfazione	19
Risk management	20
Note esplicative sulle modalità di calcolo degli indicatori	21



Premessa

Il presente Piano della *Performance* costituisce un aggiornamento per l'anno 2019 del documento programmatico alla luce degli obiettivi strategici ed operativi, individuati nella normativa regionale, che l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Sette Laghi intende perseguire al fine di comunicare al cittadino, in modo trasparente, l'impegno concreto dell'Azienda nella tutela e nella promozione della salute e le modalità con cui esso viene messo in pratica.

Dal 1 gennaio 2016, a seguito della riforma del Servizio Socio-Sanitario – approvata con L.R. 11 agosto 2015, n. 23 – l'Azienda Ospedaliera di Circolo di Varese si è trasformata in un nuovo soggetto giuridico: ASST Sette Laghi a cui sono afferite tutte le strutture delle ex Ospedale del Circolo, il presidio ospedaliero di Tradate e le strutture territoriali dei Distretti di Arcisate, Azzate, Cittiglio, Luino, Sesto Calende, Tradate, Varese.

Con la Legge Regionale 28 novembre 2018 – n.15 si è disposto il trasferimento dell'Ospedale di Angera all'ASST Sette Laghi.

Il presente documento è adottato in attuazione del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e deve prevedere il collegamento con il Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PrIMO) e il Programma annuale per la Trasparenza e per la prevenzione della Corruzione.

Il Piano della Performance è pubblicato sul sito istituzionale nella Sezione "Amministrazione Trasparente" sotto-sezione Performance (<https://www.asst-settelaghi.it/>).

L'Azienda Socio Sanitaria Sette Laghi

L'Azienda Socio Sanitaria Sette Laghi è parte del Sistema Socio-Sanitario Regionale, nell'ambito della quale esercita le proprie funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e presa in carico, con la finalità primaria di contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione. La ASST Sette Laghi, in forza della D.G.R. della Lombardia n. 46798 del 3 dicembre 1999 ha natura di "Polo universitario".

L'attuale assetto organizzativo dell'Azienda deriva dalla riorganizzazione del Sistema Socio-Sanitario Lombardo conseguente all'approvazione della L.R. n. 23 del 11 agosto 2015 e l'Azienda si è costituita formalmente con d.g.r. 10/12/2015, n. X/4481 sede legale in Viale Borri n.57, 21100 Varese .

L'Azienda eroga i servizi sanitari e sociosanitari attraverso un'articolata rete di Presidi Ospedalieri, strutture ambulatoriali e distrettuali, destinati a rispondere in prima istanza ai



fabbisogni del territorio afferente agli ambiti di di Arcisate, Azzate, Cittiglio, Luino, Sesto Calende, Tradate, Varese.

L'attività di ricovero, è garantita in 6 Ospedali organizzati in tre Presidi:

- Presidio di Varese:
 - ✓ Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, ubicato a Varese
 - ✓ Ospedale Filippo Del Ponte, con sede a Varese
 - ✓ Ospedale di Cuasso al Monte
- Presidio del Verbano:
 - ✓ Ospedale "Causa Pia Luvini" di Cittiglio
 - ✓ Ospedale "Luini Confalonieri" di Luino
 - ✓ Ospedale "Ondoli" di Angera
- Presidio di Tradate:
 - ✓ Ospedale Galmarini di Tradate

L'organizzazione ospedaliera garantisce modelli assistenziali a diversa intensità di cura, infatti oltre a ricoveri in regime ordinario vengono assicurati ricoveri a ciclo diurno (Day Hospital e Day Surgery), ricoveri riabilitativi, BIC, MAC e cure di tipo Subacuto.

Sistema ambulatoriale

L'attività ambulatoriale territoriale viene esercitata presso le seguenti sedi:

- ✓ 7 Poliambulatori ubicati presso gli stabilimenti ospedalieri
- ✓ 1 Poliambulatorio in viale Monte Rosa a Varese
- ✓ Poliambulatori nei comuni di Arcisate, Gavirate, Sesto Calende e Varano Borghi
- ✓ Ambulatori specialistici territoriali presso i comuni di Azzate, Comerio, Gazzada, Lavena Ponte Tresa e Viggiù.
- ✓ Attività di Odontostomatologia erogate presso struttura di Velate (VA) oltre che in alcune sedi distrettuali e l'attività chirurgica è erogata presso l'Ospedale Del Ponte.

La Neuropsichiatria infantile ha sede presso l'Ospedale F. Del Ponte ed eroga la propria attività anche nelle sedi territoriali di Velate, Induno Olona, Besozzo e Luino.

Le prestazioni di Dialisi (CAL) sono erogate presso le sedi ospedaliere di Cittiglio, di Luino, di Tradate e nell'ospedale del Circolo di Varese.

Territorio

Le strutture della ex ASL afferite sono articolate in 7 Distretti sanitari: Arcisate, Azzate, Cittiglio, Luino, Sesto Calende, Tradate e Varese.

Nei Distretti sono presenti 9 Consultori e 4 SERD.



Le principali attività riguardano l'assistenza farmaceutica, dietetica e protesica, l'ADI, le vaccinazioni e la profilassi delle malattie infettive, l'attività certificativa, gli interventi per la famiglia e le attività sulle dipendenze. L'Azienda Ospedaliera dispone di due Unità Operative di Psichiatria (Varese e Verbanò) che svolgono attività residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale in:

- ✓ C.P.S. (Centri Psico Sociali) di Arcisate, Azzate, Laveno Mombello, Luino, Varese;
- ✓ 2 C.R.M. (Comunità Riabilitative a Media Assistenza) di Luino e Varese;
- ✓ 2 C.P. (Comunità Protette) ad alta e media assistenza: "Villa Forzinetti" di Varese e "Villa Maria" di Luino;
- ✓ 3 C.D. (Centri Diurni) di Bisuschio, "Luvino" di Luino e Varese.
- ✓ Nel Verbanò sono inoltre attivi progetti di Housing sociale e residenzialità leggera.

Attività di didattica e ricerca

Presso le strutture dell'ASST svolgono le attività di tirocinio teorico-pratico in ambito clinico gli studenti iscritti dal 3° al 6° anno del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e gli studenti delle lauree triennali di area sanitaria dell'Università degli Studi dell'Insubria.

Le strutture dell'ASST accolgono, inoltre, i medici iscritti alle Scuole di Specializzazione dell'Università degli Studi dell'Insubria: gli specializzandi svolgono la loro attività clinica professionalizzante, sotto la supervisione dei tutor. Si svolge inoltre attività di ricerca clinica, secondo protocolli sperimentali, subordinata al parere del Comitato Etico e monitorata da quest'ultimo.

Emergenza urgenza

Il Dipartimento di Emergenza, articolato nei presidi di Varese, Verbanò e Tradate, collabora con la AAT 118 di Varese ed Alto Milanese (area di Legnano). AAT copre un bacino di utenza stimato di circa 1.200 abitanti dei territori facenti capo ai distretti telefonici 0332/0331 delle province di Varese e Milano. Essa consta di una sede presso l'Ospedale di Circolo di Varese, ASST dei Sette Laghi. Dispone di 21 mezzi di base in convenzione continuativa, 9 in convenzione estemporanea, 4 MSA h24 e 3 MSI, di cui due h24 disposti sul territorio di competenza. E' sede anche del CUR NUE 112 di Varese, sede presso la quale convergono tutte le chiamate di emergenza per le forze dell'ordine, i Vigili del Fuoco e l'emergenza sanitaria delle province di Varese, Como, Lecco, Bergamo e Monza e Brianza.



ASST dei SETTE LAGHI




abit. n.445586

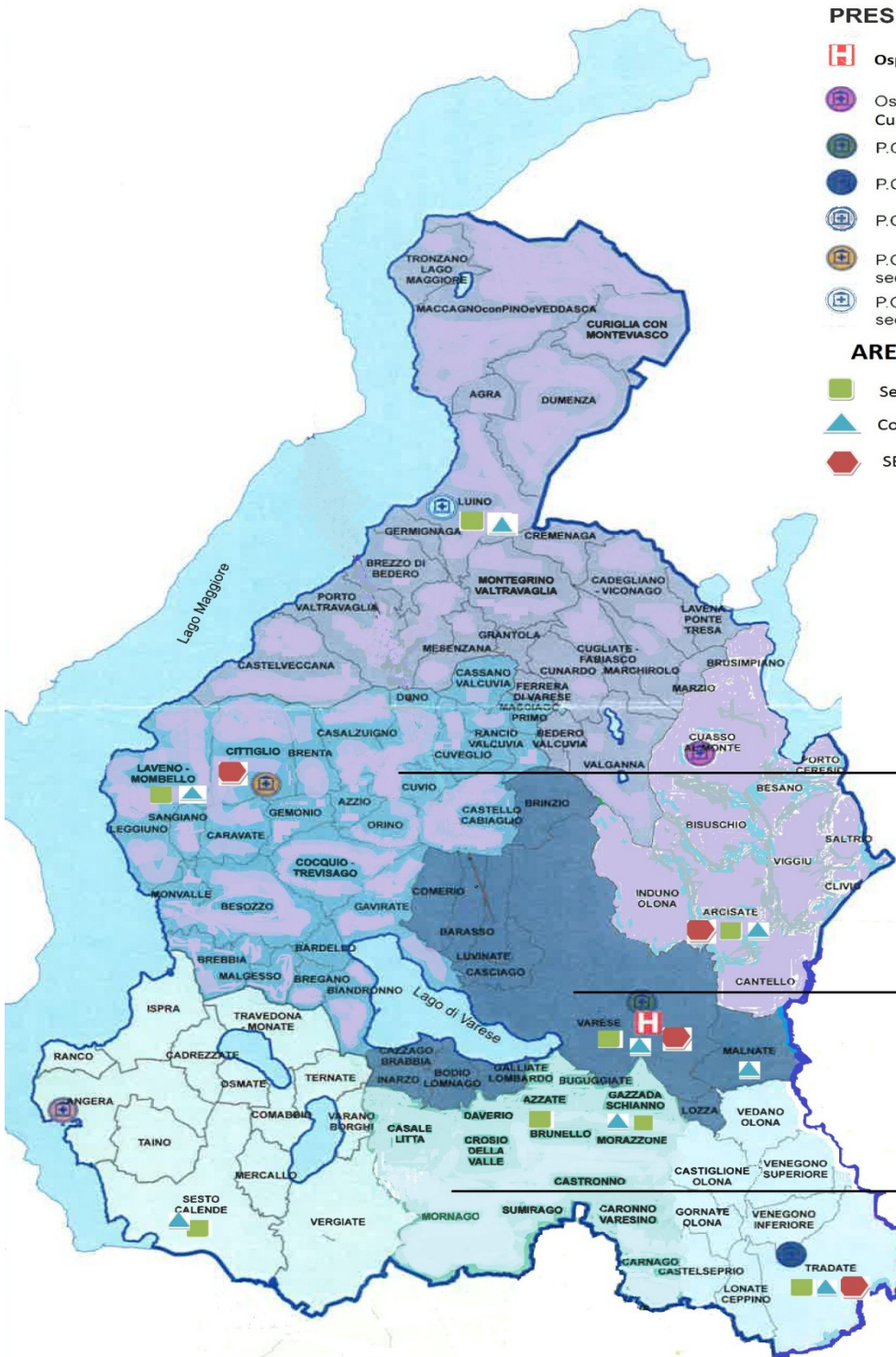
Legenda

PRESIDI OSPEDALIERI

-  Ospedale di Circolo di Varese
-  Osp. Climatico Cuasso al Monte
-  P.O. F. Del Ponte Varese
-  P.O. Galmarini Tradate
-  P.O. Ondoli Angera (ASST Valle Olona)
-  P.O. del Verbano sede di Cittiglio
-  P.O. del Verbano sede di Luino

AREE TERRITORIALI

-  Sede Area Territoriale
-  Consultorio
-  SERT



AT MONTAGNA
 abit. n. 178081
 Luino - Cittiglio - Arcisate

AT VARESE
 abit. n. 114527
 Varese

AT SUD
 abit. 152978
 Tradate - Azzate - Sesto C.



Contesto esterno

Inquadramento generale

Al fine di inquadrare l'Azienda nel contesto di riferimento, nella presente sezione forniremo una sintesi di quelle che sono le variabili di tipo economico, sociale, ma anche demografiche ed ambientale, che caratterizzano l'area servita dall'Azienda.

Il contesto territoriale e demografico

Secondo i dati ISTAT 2017, la popolazione residente negli ambiti territoriali di pertinenza aziendale è costituita da 454.927 persone. Il territorio è distinto nei tre ambiti territoriali della Montagna (Cittiglio e Luino), di Varese e del Sud (Azzate, Sesto Calende e Tradate).

Negli ambiti territoriali di riferimento dell'ASST dei Sette Laghi, la percentuale di ultrasessantacinquenni sul totale (**Indice di Invecchiamento**) presenta un trend in costante crescita negli anni ed è pari a 23,5 (più di 1 anziano ogni 5 abitanti). Si tratta del valore più elevato tra i Distretti di ATS Insubria che ha un indice complessivo pari a 22,7.

Analogamente, il rapporto tra ultrasessantacinquenni e soggetti in età 0- 14 anni (**Indice di Vecchiaia**) è cresciuto nel tempo fino a raggiungere la presenza di 175 anziani ogni 100 giovani.

Anche in questo caso si tratta del valore più elevato tra i Distretti di ATS Insubria, che ha un indice complessivo pari a 164.

Un ulteriore indice demografico, che rappresenta un indicatore di rilevanza economica e sociale, è l'**indice di dipendenza** (rapporto tra le persone considerate in età "non più attiva" e quelle considerate in "età attiva"; nello specifico, si tratta del rapporto tra persone con meno di 14 e più di 65 anni e le persone tra i 14 e i 64 anni). Anche questo indice risulta in incremento negli anni e presenta un valore di 58,7 superiore ai Distretti di ATS Insubria che ha un indice complessivo pari a 57,4.

Il **numero dei nati vivi** nel 2017 è stato pari a 29,3%, nei distretti di ASST Sette Laghi, rispetto all'ambito territoriale di ATS Insubria. Il tasso di natalità per il Distretto Sette Laghi è pari a 7,4 nati per 1.000 residenti, in ATS Insubria è stato di 7,9.

Tabella1: Contesto demografico	INDICE INVECCHIAMENTO	INDICE VECCHIAIA	INDICE DI DIPENDENZA	NATI * 1000 AB.
DISTRETTO SETTE LAGHI	23,5	175,0	58,7	7,4
DISTRETTO VALLE OLONA	22,6	160,6	58,0	8,2
DISTRETTO LARIANO	22,0	157,9	56,0	8,1
ATS INSUBRIA	22,7	164,0	57,4	7,9

[Fonte: Elaborazione ATS Insubria su dati ISTAT]

Il contesto epidemiologico

I recenti provvedimenti regionali per la presa in carico dei pazienti cronici hanno rilevato i tassi di prevalenza per le principali categorie di cronicità: il Distretto ASST Sette Laghi presenta un tasso di 339,5 per 1.000 abitanti, mentre il valore a livello di ATS è di 332,8 per 1.000 abitanti.



Se si analizzano le principali categorie di malati cronici le prevalenze più alte si osservano per pazienti cardiopatici, diabetici e oncologici.

Il tasso grezzo di mortalità per il Distretto ASST Sette Laghi nel 2017 è stato pari a 10,6 x 1000 abitanti, è più elevato rispetto al dato di ATS (9,99). Il tasso descrive l'impatto della mortalità, pur essendo influenzato dal grado di invecchiamento della popolazione. Si osserva un maggiore impatto della mortalità per malattie cardiocircolatorie, nel 2017 (3,97 x 1.000 abitanti), per i tumori (3,05 x 1.000 abitanti), mentre per traumatismi è risultato di 0,37 x 1000 abitanti.

Il tasso grezzo di ospedalizzazione nel 2017, misura il numero di ricoveri ogni 1.000 residenti per tutte le tipologie di ricovero (ordinario + day hospital + subacuti), ha fatto registrare nel Distretto Sette Laghi un valore di 131,6 mentre in ATS Insubria l'indice è pari a 129.

Il tasso di ricovero per 1.000 abitanti per le malattie cardiocircolatorie, è stato pari a 18,8, per i tumori 12,2 e per traumatismi è risultato di 10,7, tutti superiori al dato di ATS Insubria.

Mission Aziendale

La ASST Sette Laghi si pone come punto di riferimento nel proprio territorio per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie secondo i criteri di appropriatezza, qualità, efficacia e affidabilità. Tale attività è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale. Le reti sono finalizzate a tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da non autosufficienza e da patologie cronico-degenerative

La strategia gestionale e organizzativa dell'Azienda è fortemente indirizzata alla promozione della salute, alla cura della malattia e alla soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini. In particolare sono state identificate le seguenti linee prioritarie di indirizzo coerentemente con i valori di riferimento dell'Azienda:

- essere punto di riferimento nel proprio territorio realizzando ed implementando gli strumenti di integrazione per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio sanitarie secondo i criteri di appropriatezza, qualità, efficacia e affidabilità ed in particolare:
- sviluppare attività volte ad intercettare la domanda di salute dei cittadini realizzando modelli di presa in carico che si basano su libertà di scelta dei cittadini e piena integrazione con erogatori pubblici e privati;
- messa a punto di modelli di offerta di prestazioni basati su modelli organizzativi innovativi;
- Innovare e sviluppare i sistemi informativi Aziendali per supportare la riorganizzazione in atto con l'entrata in vigore della L. 23 con particolare attenzione ai processi aziendali correlati al "prenderci cura" e lo sviluppo di una maggiore integrazione in sinergia con il Piano di attuazione pluriennale del Sistema Informativo Sociosanitario Regionale;
- dare valore alle risorse umane aziendali e mantenere viva la formazione, la didattica, la ricerca e l'aggiornamento professionale continuo al fine di favorire un miglioramento continuo mediante anche il confronto fra professionisti sia intra che extra-aziendale;



- sviluppare la valorizzazione delle professionalità mediante rapporti di collaborazione con le Università al fine di contribuire allo sviluppo di progetti di ricerca a livello nazionale ed internazionale;
- implementare la capacità di ascolto e applicare metodi per rendere sistematici l'accoglimento e l'applicazione delle proposte di miglioramento continuo;
- riconoscere il valore del volontariato come strumento di solidarietà sociale e di concorso autonomo all'individuazione dei bisogni e al conseguimento dei fini istituzionali;
- mantenere un riferimento costante alle indicazioni nazionali, tra cui il DM 70/2005 e il "Progetto Esiti" di Agenas, e regionali dettati dalle "Regole di gestione annuali del SSR; in ragione di tali indirizzi è stato definito, per quanto di competenza, il nuovo assetto delle SC, SSD e SS;
- svolgere la propria attività puntando ad essere competitiva in termini di tempi di risposta alla domanda di salute sia per i ricoveri che per la specialistica ambulatoriale e per le attività territoriali, avendo cura di monitorare la qualità delle prestazioni e la valorizzazione delle aree di eccellenza, l'analisi e controllo dei costi in rapporto al valore delle prestazioni riconosciute dal Servizio Sanitario Regionale;
- sviluppare la partecipazione alle reti territoriali e sovra territoriali legate all'emergenza urgenza (Trauma, Stroke, Stemi, Microchirurgia);
- sviluppare in modo coordinato e coerente con gli indirizzi nazionali e regionali le discipline ospedaliere che richiederebbero bacino di utenza superiore a quello della popolazione servita dall'ASST e che riconoscono nella ASST competenze professionali e tradizione, come, a titolo di esempio, la Chirurgia Toracica, l'Ematologia, l'Oncoematologia Pediatrica, la Genetica Medica.
- sviluppare ed integrare i Presidi della rete ospedaliera mediante un approccio "hub and spoke" al fine di valorizzare tutte le professionalità presenti nei diversi Stabilimenti e punti di erogazione sul territorio.

La ASST Sette Laghi, attraverso le strutture deputate, al fine di realizzare l'integrazione tra la parte Sanitaria e la parte Socio-sanitaria in coerenza con quanto previsto dalla Regole per la gestione del servizio socio sanitario 2019, eroga le prestazioni previste nei Macroprocessi nell'ambito delle seguenti aree:

- ✓ interventi a sostegno della famiglia;
- ✓ dipendenze;
- ✓ valutazione multidimensionale del bisogno delle persone fragili

e concorre in accordo con ATS all'attuazione delle progettualità previste per la conciliazione e le misure a sostegno della famiglia e della non autosufficienza.

Gli obiettivi strategici

L'Obiettivo prioritario è l'implementazione delle azioni di attuazione della L.R. 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo, che mantiene nelle sue finalità la tutela del diritto



alla salute del cittadino, la garanzia di adeguati percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, il sostegno delle persone e delle famiglie, la promozione dell'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale, la realizzazione di reti sussidiarie di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociale e socioeconomiche.

Le evidenze che emergono dall'analisi dei dati e dai percorsi organizzativi avviati in questi anni fanno ritenere di dover stabilire gli obiettivi di seguito descritti.

- Rivisitazione delle attività ospedaliere con una concezione della centralità del servizio al paziente, in ottica di continuità tra Ospedale e Territorio nel quale la sperimentazione organizzativa viene ad assumere un'importanza strategica.
- Realizzazione di un modello organizzativo capace di garantire la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico, attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno e l'utilizzo del PAI (Piano di assistenza individuale).
- Sviluppo della Rete integrata materno infantile per la divulgazione, il sostegno e l'effettuazione delle vaccinazioni, obbligatorie e non, per l'integrazione tra l'attività ambulatoriale, di ricovero e i Consultori, per le cronicità e le fragilità nell'area minori.
- Consolidamento dell'offerta di cure subacute a gestione diretta dell'Ospedale.
- Valorizzazione delle eccellenze aziendali non solo in termini di singole Unità operative ma anche in termini di iniziative di tipo dipartimentale.
- Rispetto dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali per classe di priorità.
- Revisione e specializzazione dell'offerta riabilitativa.
- Progressivo incremento dei Percorsi diagnostici, a partire dall'area oncologica.
- Individuazione di percorsi ospedalieri programmati a supporto del Pronto soccorso.
- Ulteriore implementazione dei percorsi dedicati alla chirurgia di elezione (prericovero, Day surgery, BIC)
- Sviluppo di forme di assistenza domiciliari e di telemedicina legate alle nuove reti sanitarie (per esempio la rete delle "cure palliative", della BPCO, dello scompenso cardiaco) come risposta di secondo livello e coordinata con il Territorio ai pazienti portatori di patologie croniche riacutizzabili o degenerative.
- Rispetto dei cronoprogrammi per la realizzazione dei nuovi servizi ospedalieri (day center2, Rieducazione funzionale, CAL...) e completamento degli interventi autorizzati per l'Ospedale F. del Ponte da Regione Lombardia.
- Integrazione fra i diversi Presidi dell'Azienda, da realizzare anche attraverso un'appropriata suddivisione della casistica coerente con la mission dei Presidi stessi.
- Investire nel governo clinico, inteso come sistema di qualità, per migliorare la gestione del rischio clinico e la sicurezza.
- Implementazione del Piano di valorizzazione e valutazione della Dirigenza.
- Verifica del percorso di certificazione della qualità completato nel 2018 per i laboratori, il ciclo passivo, la gestione dei documenti, il bilancio.

Il ciclo della performance

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

Nell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Sette Laghi il sistema di budgeting riguarda obiettivi sia di tipo economico/finanziario, sia di tipo quali-quantitativo definiti di anno in anno dall'Alta Direzione.

L'ASST declina i propri obiettivi di performance tenendo conto delle peculiarità aziendali, territoriali e specialistiche, nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi.

Gli obiettivi aziendali vengono assegnati alle varie articolazioni dell'Azienda attraverso il processo di budget che fissa per ogni centro di responsabilità - unità operativa obiettivi e risorse collegate.

La valutazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle unità operative aziendali e del personale assegnato alle stesse e coinvolto concorre alla valutazione della performance organizzativa ed individuale.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è altresì uno strumento in stretta connessione con il Piano sulla trasparenza e prevenzione della corruzione (PTPCT).

Di conseguenza, i processi e le attività di programmazione illustrati nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione dell'ASST Sette Laghi, integrato con il programma per la trasparenza e l'integrità, periodo temporale di riferimento: 2019-2021, adottato con provvedimento deliberativo del Direttore Generale n. del 31.01.2019, costituiscono anche obiettivi ed indicatori del ciclo della performance.

Le azioni individuate per l'esercizio 2019 sono declinate come obiettivo di budget delle strutture coinvolte.

Il Piano della performance prende a riferimento anche le indicazioni regionali per l'implementazione del Programma Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PrIMO).

Si tratta di una piattaforma integrata all'interno della quale si inseriscono: il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, le verifiche interne e l'audit, le valutazioni di performance, il monitoraggio dell'organizzazione attraverso indicatori/obiettivi di tutte le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale lombardo a seguito di percorsi di sviluppo delle conoscenze del sistema.

Il Piano della Performance presenta una selezione di indicatori di efficacia e di appropriatezza e qualità dell'assistenza che costituiscono parte del sistema di valutazione della performance e degli esiti per le ASST di Regione Lombardia.



Gli obiettivi per l'anno 2019

Gli obiettivi strategici indicati nel paragrafo precedente vengono declinati in una serie di linee di intervento che caratterizzano la programmazione annuale e che per l'anno in corso si possono sintetizzare nella seguente tabella:

Tabella2: Obiettivi Budget 2019

Area strategica	Obiettivi	Indicatori
Piena attuazione della L.R. 23/2015	Integrazione attività clinico assistenziali tra i presidi e con il territorio	Integrazione Ospedale di Angera; Sviluppo Rete Materno-Infantile; Integrazione Psichiatria e NPI
Presa in carico	Completamento del nuovo modello di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche	Sviluppo rete cure palliative, percorsi BPCO, diabete e scompenso cardiaco
Tempi attesa	Contenimento dei tempi d'attesa per la fruizione delle prestazioni ambulatoriali	Rispetto dei tempi d'attesa sulla base delle classi di priorità
Prevenzione	Promozione della salute, ampliamento partecipazione popolazione agli screening oncologici e all'offerta vaccinale	Volumi prestazioni di screening, realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale
Sistema Qualità, governo clinico e risk management	Primo; Certificazione qualità; Documentazione clinica; Rischio clinico	Rispetto scadenze Certificazione bilancio (PAC); Valutazione esiti PNE; Completezza cartella clinica e Fascicolo Sanitario Elettronico
Governo delle risorse	Equilibrio economico di bilancio; Efficienza fattori produttivi; Centralizzazione delle Gare; Piano degli Investimenti	Rispetto integrale obiettivi regionali in materia di bilancio; Valutazione indicatori specifici di performance del Portale RL; Adesione tempestiva alle procedure centralizzate; Pianificazione delle attività previste nel piano di investimenti
Sistema dei controlli	Monitoraggio e verifica dei sistemi di controllo aziendale	Controlli NOC; Rispetto normativa anticorruzione; Libera professione
Risorse Umane	Applicazione dei Contratti Collettivi Nazionale di Lavoro; Implementazione sistema di valorizzazione della professionalità	Attuazione degli istituti previsti nei nuovi CCNL; Implementazione del nuovo progetto per la rilevazione delle presenze-assenze con specifica piattaforma per il sistema di valutazione
Attività trasversali	Piano di Comunicazione; Gestione flussi informativi; Digitalizzazione della documentazione sanitaria	Implementazione nuovo sito aziendale; Tempestività e completezza dei flussi informativi; Progetto cartella clinica informatizzata



Processi organizzativi amministrativi	Revisione dei processi aziendali relativi all'accoglienza del cittadino e del paziente ambulatoriale e degente; Revisione di percorsi amministrativi	Nuovi percorsi per Scelta e revoca, CUP, Gestione chiamate liste operatorie; Progetti riorganizzativi in aree amministrative
---------------------------------------	--	--

Le aree di valutazione della Performance

La programmazione strategica aziendale trova attuazione nel ciclo della performance che prevede la redistribuzione degli obiettivi aziendali alle articolazioni organizzative attraverso lo strumento del budget.

Il ciclo della performance prevede il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali, individuate come centro di responsabilità, nelle fasi di negoziazione e assegnazione degli obiettivi; lo stato di avanzamento nel raggiungimento dei risultati, viene valutato con un idoneo sistema di monitoraggio che preveda la puntuale misurazione degli indicatori.

Le aree verso le quali si orienta la programmazione operativa sono quelle individuate nei Piani della Performance precedenti ma, in parte, rivisti sulla base degli obiettivi indicati nelle Regole di Sistema e nel Sistema di Valutazione delle Aziende Sanitarie:

1. Efficienza
2. Qualità dei processi e delle prestazioni
3. Efficacia
4. Appropriatelyzza
5. Accessibilità e soddisfazione
6. Risk management

Efficienza

In un contesto di tensioni economiche e finanziarie, l'Azienda tende a massimizzare l'efficienza dei processi di produzione, l'efficienza delle procedure di acquisto e a migliorare l'appropriatezza d'uso delle risorse.

La misurazione dell'efficienza viene effettuata sui seguenti indicatori:

1.a Valore produzione effettiva/valore produzione finanziata: capacità dell'Azienda di raggiungere efficacemente gli obiettivi di produzione annualmente assegnati e finanziati nel bilancio aziendale come ricavi per prestazioni erogate in equilibrio con i costi di produzione.

1.b Valore farmaci/valore produzione effettiva: l'incidenza del costo dei farmaci sul valore della produzione effettiva dovrebbe indicare, a parità di produzione, la capacità di conseguire prezzi di acquisto vantaggiosi. Tale indicatore, tuttavia, può essere influenzato da variabili quali l'introduzione di nuovi farmaci ad alto costo.

1.c Valore dispositivi/valore produzione effettiva: l'incidenza del costo dei dispositivi (protesi, reagenti, ecc.) sul valore della produzione indica la capacità di conseguire prezzi di acquisto vantaggiosi a parità di produzione, ma può essere influenzato da variabili quali l'introduzione di nuovi dispositivi.

1.d Valore protesi/valore produzione effettiva: l'incidenza del costo delle protesi (protesi ortopediche, elettrostimolatori impiantabili, protesi cardiocirurgiche, ecc.) sul valore della produzione effettiva indica la



capacità di conseguire prezzi di acquisto vantaggiosi a parità di produzione, ma può essere influenzato da variabili quali l'introduzione di nuovi dispositivi o il cambiamento del mix di prestazioni erogate.

1.e Valore produzione effettiva/Personale dipendente equivalente a tempo pieno: indica la produttività media del personale dipendente, espressa come valore della produzione effettiva per ogni unità di personale equivalente (ovvero "teste" pesate per periodi di servizio o per tipo di impegno orario).

Dimensione della performance	Obiettivi	Indicatore	2017	2018 previsione	Andamento atteso 2019
Efficienza	Mantenimento dell'equilibrio economico, finanziario e patrimoniale	1.a Valore produzione effettiva/valore produzione finanziata	101,1	100,2	Mantenimento
		1.b Valore farmaci/valore produzione effettiva	17,90%	17,3%	Mantenimento
		1.c Valore dispositivi/valore produzione effettiva	9,30%	8,5%	Mantenimento
		1.d Valore protesi/valore produzione effettiva	4,00%	4,5%	Riduzione
		1.e Valore produzione effettiva/Personale dipendente equivalente a tempo pieno	66.839 euro	69.900 euro	Mantenimento

Processi organizzativi

Il governo dei processi sanitari e amministrativi è funzionale al miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi erogati.

Gli indicatori su cui si misura l'azienda sono:

2.a Integrazione Ospedale di Angera: rispetto della road-map per assicurare la gestione dei servizi e delle funzioni sanitarie e non sanitarie presso l'Ospedale di Angera, senza soluzione di continuità, a decorrere dal 01.01.2019;

Indicatori SISS: nell'ambito del progetto regionale "Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale", le strutture erogatrici sono tenute a pubblicare della documentazione sanitaria nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) dei cittadini, accessibile via internet mediante autenticazione dell'utente (credenziali GASS) anche per il tramite del suo medico di base. L'implementazione di tale progetto da parte dell'Azienda implica il buon funzionamento dell'organizzazione in termini di risorse umane e di attrezzature, auspicando il progressivo incremento dei relativi indicatori che misurano l'incidenza dei documenti pubblicati rispetto al totale prestazioni:



- 2.b Percentuale lettere di dimissione firmate digitalmente
- 2.c Percentuale referti Pronto Soccorso (PS) firmati digitalmente
- 2.d Percentuale referti di laboratorio firmati digitalmente
- 2.e Percentuale di referti di radiologia firmati digitalmente
- 2.f Percentuale referti ambulatoriali firmati digitalmente
- 2.g Ricette de materializzate compilate

2.h Attuazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione Trasparenza (PTPCT): l'Azienda e le sue articolazioni devono attivarsi per dare piena attuazione alla programmazione aziendale in materia. L'attuazione è misurata sulle azioni declinate nel relativo documento.

Dimensio ne della performa nce	Obiettivi	Indicatore	2017	2018 previsione	Risultato atteso 2019
Processi organizza tivi	Integrazione Ospedale di Angera	2.a Rispetto della road map prevista per garantire la continuità dei servizi sanitari e non sanitari			Nessuna interruzione dei servizi sanitari e non sanitari nel Presidio
	Lettere di dimissione	2.b Percentuale lettere di dimissione firmate digitalmente	93,2%	91%	Mantenimento
	Verbali PS	2.c Percentuale verbali Pronto Soccorso (PS) firmati digitalmente	91,9%	89%	Mantenimento
	Referti laboratorio	2.d Percentuale referti di laboratorio firmati digitalmente	100%	100%	Mantenimento
	Referti radiologia	2.e Percentuale referti di radiologia firmati digitalmente	99%	98%	Mantenimento
	Referti ambulatoria li	2.f Percentuale referti ambulatoriali firmati digitalmente	70%	67%	Incremento



Ricette dematerializzate	2.g Rispetto del piano SISS	62.426	260.000	Conseguimento dei risultati previsti nel Piano SISS
Piano anticorruzione e trasparenza	2.h Attuazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma per la trasparenza e l'integrità:	100% Adempimenti realizzati	In corso	Realizzazione cronoprogramma piano (PTPCT)

Efficacia

L'efficacia dell'Azienda è intesa come capacità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento con qualità e sicurezza delle cure.

In questo ambito gli obiettivi aziendali prioritari, come definito nel Piano della Performance, sono rappresentati dall'integrazione del sistema aziendale di emergenza e urgenza, con percorsi interni dedicati ai pazienti che accedono da Pronto soccorso, dalla valutazione di indicatori determinanti per l'esito delle cure e dallo sviluppo di percorsi di integrazione tra l'ospedale e il territorio.

Gli indicatori di efficacia su cui si misura l'Azienda sono:

3.a Gestione della casistica individuata nel Piano di Gestione del Sovraffollamento: Oltre il 90% dei pazienti, portatori delle patologie identificate nel Piano, accettati nei reparti di destinazione nei tempi previsti

3.b Soggetti arruolati nei percorsi cronicità: Implementazione di percorsi integrati di presa in carico delle persone fragili e/o con patologie croniche e delle loro famiglie.

3.c Copertura vaccinale: Con il passaggio dell'attività erogativa relativa alle vaccinazioni alle ASST, sono assegnati specifici obiettivi relativi alla copertura vaccinale, come previsto dal Piano Regionale Vaccini.

3.d Ritorni in sala operatoria: si tratta di tutti quei ricoveri chirurgici nei quali si identificano due o più procedure eseguite in giornate diverse. Tale indicatore non sempre è indicativo di una scarsa qualità delle cure in quanto può rappresentare anche la necessità di eseguire, per ragioni cliniche, più interventi chirurgici allo stesso paziente nel corso del medesimo episodio di ricovero.

3.e Ricoveri ripetuti per acuti entro 30 gg in regime ordinario stessa MDC: un numero elevato di ricoveri consecutivi per le stesse ragioni può evidenziare problemi in termini di appropriatezza e/o qualità delle cure prestate.

Dimensione della performance	Obiettivi	Indicatore	2017	2018 previsione	Risultato atteso 2019
Efficacia	Capacità dell'Azienda di rispondere ai bisogni del territorio	3.a Gestione della casistica individuata nel Piano di Gestione del Sovraffollamento	77%	78%	90% pazienti, con patologia da PGS, ricoverati nei tempi previsti



		3.b Soggetti arruolati nei percorsi cronicità			Indicatore di performance per la valutazione della funzione di accompagnamento alla PIC
		3.c Copertura vaccinale	Obiettivo parzialmente conseguito	Obiettivo parzialmente conseguito	Realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale
Indicatori Portale di Governo Regione Lombardia		3.d Ritorni in sala operatoria	1.16%	0,86%	Mantenimento
		3.e Ricoveri ripetuti per acuti entro 30 gg in regime ordinario stessa MDC	3,49%	3,54%	Riduzione

Appropriatezza e Qualità dell'assistenza

Tra gli indicatori utilizzati da Regione Lombardia nell'ambito del "Sistema di valutazione periodica della performance delle strutture di ricovero e cura", vi sono alcuni indicatori di risultato "generici" che approssimano la qualità delle cure più specificatamente misurati sugli esiti clinici. Tali indicatori sono:

4.a Rapporto tra DRG inappropriati e DRG appropriati: un numero significativamente alto di DRG ad alto rischio di in appropriatezza evidenzia un cattivo utilizzo delle risorse dedicate all'attività di ricovero.

4.b Degenza Media Preoperatoria: Il contenimento della degenza preoperatoria permette di ridurre le complicanze e di utilizzare al meglio i posti letto.

4.c Frattura del collo del femore intervento chirurgico entro 48ore: La rapidità nell'intervento per la frattura del collo del femore è determinante per ridurre la mortalità

4.d Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni: la PTCA (Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea) è una metodica mini-invasiva che consente di dilatare le arterie che diffondono il sangue alle strutture cardiache (arterie coronariche) nel caso in cui siano totalmente o parzialmente occluse dalle placche aterosclerotiche. Ha lo scopo di ripristinare in una determinata regione del muscolo cardiaco un adeguato flusso sanguigno evitando la comparsa degli eventi clinici che caratterizzano l'ischemia miocardica (angina, infarto miocardico). In letteratura è dimostrato il rapporto inverso tra la tempestività di esecuzione della procedura nel paziente con IMA (tempo door-to-balloon) e la mortalità a breve termine

4.e Proporzione di parti con taglio cesareo primario: la "Proporzione di parti con taglio cesareo primario" è un indicatore che può essere utilizzato per valutare la qualità dell'assistenza fornita alle partorienti. Gli ospedali e i sistemi sanitari sono spesso confrontati sulla base di questo indicatore, dal momento che valori più bassi possono riflettere una pratica clinica più appropriata e che una parte dei tagli cesarei potrebbe essere eseguita per "ragioni non mediche".



4.f Colectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni: è uno degli indicatori monitorato dal Piano Nazionale Esiti di Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) per valutare le performance della struttura.

Dimensione della performance	Obiettivi	Indicatore	2017	2018 previsione	Risultato atteso 2019
Appropriatezza e Qualità dell'assistenza	Indicatori Portale di Governo Regione Lombardia	4.a Rapporto DRG inappropriati/totale DRG	15%	16,8% Standard qualità =4 (Basso)	Riduzione
		4.b Degenza Media Preoperatoria	1,99	1,97 Standard qualità =4 (Basso)	Riduzione
	Indicatore PNE	4.c Frattura del collo del femore intervento chirurgico entro 48ore (indicatore PNE)> 70%	80%	80% Standard qualità =1 (Molto Alto)	Mantenimento
		4.d Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	55,7%	58% Standard qualità =2 (Alto)	Mantenimento
		4.e Proporzione di parti con taglio cesareo primario	14%	13,7% Standard qualità =2 (Alto)	Mantenimento



		4.f Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	69,7%	75% Standard qualità =2 (Alto)	Mantenimento
--	--	---	-------	-----------------------------------	--------------

Accessibilità e soddisfazione

Intesa come capacità di adeguare l'erogazione del servizio ai bisogni di salute della popolazione. Il governo dei tempi di attesa, la messa in campo di forme nuove di organizzazione, la trasparenza delle informazioni e la conseguente misurazione della soddisfazione del cliente/utente sono gli indicatori su cui orientare l'attività.

5.a Tempi di attesa prime visite: l'accessibilità alle prestazioni erogate dall'Azienda è misurata sulla rilevazione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie. La Regione disciplina i requisiti minimi di accesso, stabilendo, per esempio, che almeno il 95% delle prime visite richieste sia erogato entro 30 giorni.

5.b Tempi di attesa ricoveri

I tempi d'attesa monitorati riguardano il percorso oncologico e sono parte degli indicatori del "Sistema di valutazione della performance dei sistemi regionali" della Scuola Superiore S. Anna di Pisa:

- Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella
- Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata
- Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon
- Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto

Customer satisfaction: la rilevazione della qualità percepita dai pazienti e dai loro accompagnatori è costantemente monitorata dall'Azienda e utilizzata per orientare il processo di costante miglioramento della qualità dell'assistenza. Gli indicatori proposti per la misurazione della performance aziendale sono:

5.c Giudizi customer: le schede di rilevazione della customer satisfaction contengono anche un item sulla valutazione complessiva della qualità percepita.

5.d Reclami ricevuti: i reclami permettono di recepire indicazioni utili a migliorare servizi o loro parti che non incontrino i bisogni dell'utenza per vari motivi. Monitorare il numero di reclami ricevuti permette di tenere sotto controllo elementi essenziali per migliorare costantemente la qualità del servizio erogato.

Dimensione della performance	Obiettivi	Indicatore	2017	2018 previsione	Risultato atteso 2019
Accessibilità e soddisfazione utenza	Tempi di attesa	5.a Prime visite specialistiche entro 30 gg	56%	46%	Incremento



	Tempi di attesa	5.b Tempi di attesa ricoveri	Standard qualità =3 (Medio)	Valore Critico Tumore prostata	Riduzione
	Customer satisfaction	5.c N. giudizi customer satisfaction pari a 6 + n. giudizi pari a 7/Totale giudizi	84,70%		Mantenimento
	Reclami	5.d Reclami ricevuti /Totale segnalazioni			Riduzione

Risk management

La gestione del rischio clinico è un'importante area strategica presidiata dall'Azienda, funzionale non solo al sistema di gestione della qualità delle prestazioni ma anche alle implicazioni economiche e finanziarie che ne derivano.

Gli indicatori di performance di tale area strategica sono:

6.a Cadute di persone trattate: il dato sulle cadute risente dell'incompleta segnalazione negli anni precedenti, l'indicatore può risultare in incremento perché più rappresentativo tra le cadute avvenute e le segnalazioni effettuate.

6.b Richieste risarcimento area clinica: il numero di richieste di risarcimento per eventi avversi in area clinica, rilevati in occasione di un accesso alle cure sanitarie, che possono essersi verificati fino a dieci anni prima.

Dimensione della performance	Obiettivi	Indicatore	2017	2018 previsione	Risultato atteso 2019
Risk management	Cadute	6.a Cadute di persone trattate /1.000 gg degenza	1,64		Riduzione
	Risarcimento eventi avversi in area clinica	6.b Richieste risarcimento area clinica (escluso PS)/1.000 gg degenza	0,31		Riduzione



Note esplicative sulle modalità di calcolo degli indicatori

1.a Valore produzione effettiva/valore produzione finanziata

Numeratore: valore della produzione effettiva (ricoveri, ambulatoriale, NPIA, psichiatria, File F escluso tipologia 15 e 19)

Denominatore: valore della produzione a contratto, desunta da Contabilità Generale (COGE) o da contratto in essere con ATS (ricoveri, ambulatoriale, NPIA, psichiatria, File F escluso tipologia 15 e 19)

1.b Valore farmaci/valore produzione effettiva

Numeratore: valore complessivo dei farmaci (compreso File F ad eccezione tipologia 15 e 19)

Denominatore: valore della produzione effettiva (ricoveri, ambulatoriale, NPIA, psichiatria, File F escluso tipologia 15 e 19)

1.c Valore dispositivi/valore produzione effettiva

Numeratore: valore complessivo dei dispositivi appartenenti a tutte le classi della Classificazione Nazionale Dispositivi (CND), escluse J e P

Denominatore: valore della produzione effettiva (ricoveri, ambulatoriale, NPIA, psichiatria)

1.d Valore protesi/valore produzione effettiva

Numeratore: valore complessivo delle protesi appartenenti alle classi J e P della CND

Denominatore: valore della produzione effettiva (ricoveri, ambulatoriale, NPIA, psichiatria, File F escluso tipologia 15 e 19)

1.e Valore produzione effettiva/Personale dipendente equivalente a tempo pieno

Numeratore: valore della produzione effettiva (ricoveri, ambulatoriale, NPIA, psichiatria, File F escluso tipologia 15 e 19)

Denominatore: personale dipendente equivalente a tempo pieno (FTE) al 31/12 di ogni anno

2.a Integrazione Ospedale di Angera

rispetto della road-map per la piena integrazione dell'ospedale nell'ASST Sette Laghi

2.b Percentuale lettere di dimissione firmate digitalmente

Numeratore: numero di lettere di dimissioni con firma digitale

Denominatore: numero totale di lettere di dimissioni

2.c Percentuale referti Pronto Soccorso (PS) firmati digitalmente

Numeratore: numero di referti di PS con firma digitale

Denominatore: numero totale di referti di PS

2.d Percentuale referti di laboratorio firmati digitalmente

Numeratore: numero di referti di laboratorio con firma digitale

Denominatore: numero totale di referti di laboratorio

2.e Percentuale referti di radiologia firmati digitalmente

Numeratore: numero di referti di radiologia con firma digitale

Denominatore: numero totale di referti di radiologia



2.f Percentuale referti ambulatoriali firmati digitalmente

Numeratore: numero di referti ambulatoriali con firma digitale

Denominatore: numero totale di referti ambulatoriali

2.g Attuazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione Trasparenza (PTPCT):

Numeratore: numero di adempimenti ottemperati

Denominatore: numero di adempimenti da ottemperare

3.a Gestione della casistica individuata nel Piano di Gestione del Sovraffollamento

Numeratore: numero pazienti con patologia prevista da PGS ricoverati nei tempi previsti

Denominatore: numero totale pazienti con patologia prevista da PGS

3.b Soggetti arruolati nei percorsi cronicità

Numeratore : Soggetti arruolati nei percorsi cronicità

Denominatore: Soggetti ricoverati per patologia specifica

3.c Copertura vaccinale:

% popolazione target per tipologia di vaccinazione (Esavalente - anti Morbillo - Parotite – Rosolia 93%;
Antinfluenzale 50%;

3.d Ritorni in sala operatoria

Numeratore: Ritorni in sala operatoria

Denominatore : Ricoveri di tipo chirurgico (indicatore DG Salute)

3.e Ricoveri ripetuti per acuti entro 30 gg in regime ordinario stessa MDC

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

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

4.a Frattura del collo del femore intervento chirurgico entro 48ore

Numeratore: Numero interventi per frattura femore entro ≤ 2 giorni

Denominatore : Numero interventi per frattura femore

4.b Rapporto tra DRG inappropriati e DRG appropriati

Numeratore: Numero ricoveri ordinari ad alto rischio di inappropriatezza

Denominatore: Numero ricoveri ordinari appropriati

4.c Degenza Media Preoperatoria

Numeratore: Giorni di degenza precedenti l'intervento in regime ordinario

Denominatore : Numero di casi chirurgici in regime ordinario (esclusi trapianti)

4.d Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni

Numeratore: Numero di episodi di IMA in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni.

Denominatore : Numero di episodi di IMA



4.e Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Numeratore: Numero di parti cesarei
Denominatore : Numero totale di parti

4.f Colectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni
Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colectomia laparoscopica (indicatore PNE)

5.a Prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio effettuate entro 30 gg

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

5.b Tempi di attesa ricoveri

Numeratore: Numero gg. Tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento specifico (flusso SDO)
Denominatore: Numero di ricoveri per intervento chirurgico specifico (flusso SDO)

5.c N. giudizi customer satisfaction pari a 6 + n. giudizi pari a 7

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

5.d Reclami ricevuti

Numeratore: Numero totale reclami ricevuti dall'ufficio URP
Denominatore: Numero totale delle segnalazioni (positive e negative) ricevute dall'ufficio URP

6.a Cadute di persone trattate

Numeratore: numero totale cadute di persone trattate
Denominatore: migliaia di giornate di degenza (inclusi accessi DH/DS, BIC e MAC, pesati ½ giornata di degenza ordinaria)

6.b Richieste risarcimento area clinica (escluso PS)

Numeratore: numero totale richieste di risarcimento pervenute nell'anno solare
Denominatore: migliaia di giornate di degenza (inclusi accessi DH/DS, BIC e MAC, pesati ½ giornata di degenza ordinaria)