



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DEI SETTE LAGHI

Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

Prot. n.

15073

Varese, 17 marzo 2017

L'anno **2017**, addì **diciassette** del mese di **marzo** presso la sede dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi di Varese si riunisce il

NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Sono presenti per il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni:

- Dott. Emanuele PORAZZI Presidente
- Dott.ssa Simona MARIANI Componente
- Dott. Vittorio RUSSO Componente

Sono presenti in rappresentanza dell'ASST dei Sette Laghi

- Dott.ssa Maria Teresa ALETTI Direttore ad interim S.C. Risorse Umane
- Dott. Paolo COVACICH Responsabile S.S. Controllo di Gestione
- Dott. Rosario DIOLOSA' Dirigente S.C. Risorse Umane  
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e  
della Trasparenza
- Dott.ssa Roberta CASILLO Uff. Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Ordine del giorno:

- Piano Triennale della Performance 2017-2019
- RAR 2016
- Varie ed eventuali

L'incontro si apre alle ore 10,00

In apertura di seduta il Dott. Paolo Covacich, Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, illustra il Piano della Performance relativo al triennio 2017 - 2019 rivisto in base alle osservazioni fatte dal Nucleo nel precedente incontro.

Il Nucleo, ritenendo che gli aggiornamenti apportati sono in linea con quanto raccomandato, approva il Piano ritenendolo coerente con la normativa vigente e in linea con gli obiettivi regionali, ferma restando in ogni caso un'eventuale rivalutazione dello stesso alla luce dell'approvazione definitiva del POAS da parte della Giunta Regionale

Si affronta successivamente il secondo argomento all'ordine del giorno e precisamente il livello di raggiungimento degli obiettivi RAR 2016 assegnati al personale.

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - [www.asst-settelaghi.it](http://www.asst-settelaghi.it) - P.Iva e C.F. 03510050127  
Struttura Complessa Risorse Umane - Ufficio Relazioni Sindacali, v.le Borri 57, 21100 Varese  
Tel. 0332.278062- e-mail: [rosario.diolosa@asst-settelaghi.it](mailto:rosario.diolosa@asst-settelaghi.it)

Il Nucleo, sulla base della documentazione e delle attestazioni presentate dall'azienda, prende atto e approva il livello di raggiungimento degli obiettivi come di seguito riportato:

- 99 % dalla Dirigenza Medica dell'area Sanitaria e Territoriale
- 99 % dalla Dirigenza Sanitaria dell'area Sanitaria e Territoriale
- 99 % dalla Dirigenza PTA dell'area Sanitaria e Territoriale
- 100 % dal personale del Comparto dell'area Sanitaria e Territoriale.

Il Nucleo fa presente inoltre che il pagamento potrà avvenire solo a fronte della presentazione delle schede di valutazione attestanti il livello individuale di partecipazione nelle misure del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

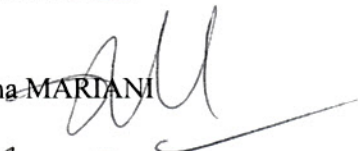
Tra le varie ed eventuali il Nucleo, nel prendere atto della proposta di modifica del Codice di Comportamento Aziendale avanzata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, fa presente che esprimerà il proprio parere a conclusione della raccolta dei vari contributi forniti da tutte le parti coinvolte nell'attività.

A conclusione dei lavori, tenuto conto della imminente scadenza relativa alla verifica della sezione Amministrazione Trasparente, si fissa quale data del prossimo incontro il 3/4 aprile 2017.

La riunione si conclude alle ore 12,15.

Letto e sottoscritto

  
Dott. Emanuele PORAZZI

  
Dott.ssa Simona MARIANI

  
Dott. Vittorio RUSSO



# ***Piano della Performance ASST Sette Laghi 2017 - 2019***

***Vers. 3 del 23 febbraio 2017  
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 2017                               | 11 |
| Le aree di valutazione della Performance                    | 13 |
| Efficienza                                                  | 13 |
| Processi organizzativi                                      | 14 |
| Efficacia                                                   | 15 |
| Appropriatezza e Qualità dell'assistenza                    | 17 |
| Accessibilità e soddisfazione                               | 18 |
| Risk management                                             | 19 |
| Note esplicative sulle modalità di calcolo degli indicatori | 20 |



## Premessa

Il presente Piano della *Performance* è un documento programmatico in cui sono esplicitati gli obiettivi strategici ed operativi 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.

La ASST Sette Laghi è in attesa di approvazione, da parte di Regione Lombardia, del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2016 – 2018 con cui ha definito il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento.

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 ([www.ospedalivarese.net](http://www.ospedalivarese.net)).

## 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 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
- 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:

- ✓ 6 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 Verbano) che svolgono attività residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale in:

- ✓ C.P.S. (Centri Psico Sociali) di Arcisate, Azzate, Laveno Mombello, Luino, Varese;

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - [www.asst-settelaghi.it](http://www.asst-settelaghi.it) - P.Iva e C.F. 03510050127  
Struttura Controllo di Gestione e Programmazione, c/o Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, v.le Borri 57, 21100 Varese  
Tel. 0332.278070 - e-mail: [contrgest@asst-settelaghi.it](mailto:contrgest@asst-settelaghi.it)



- ✓ 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 Verbano 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, Verbano 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.



Regione  
Lombardia  
ASST Sette Laghi



Regione Lombardia  
ASST dei Sette Laghi

ASST dei SETTE LAGHI

abit. n. 445586

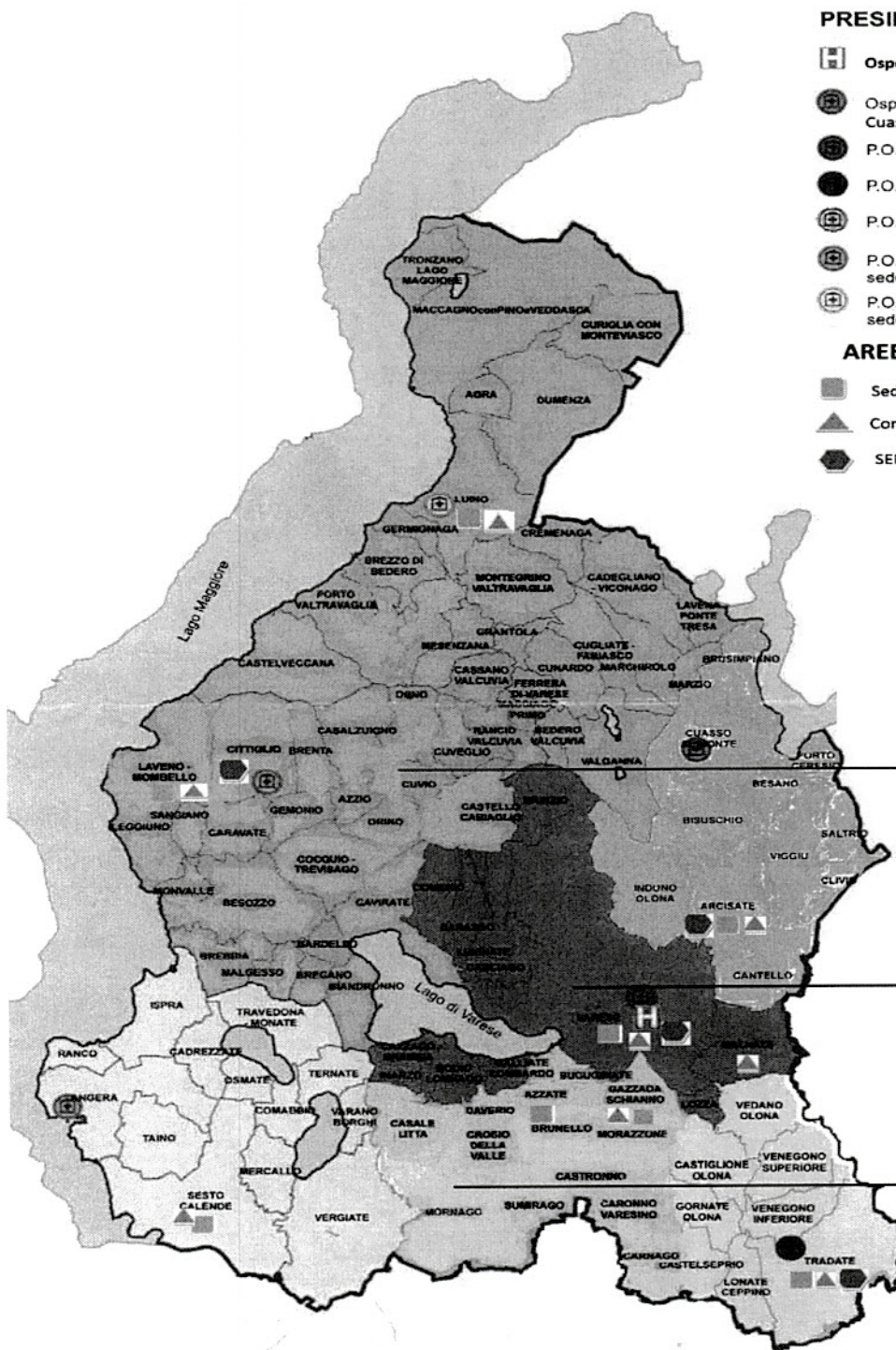
### Legenda

#### PRESIDI OSPEDALIERI

-  Ospedale di Circolo di Varese
-  Osp. Climatico  
Cuasso al Monte
-  P.O. F. Del Ponte Varese
-  P.O. Galmanni 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.

*Handwritten signature and initials.*



## 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 2015, la popolazione residente negli ambiti territoriali di pertinenza aziendale è costituita da 450.215 persone (218.118 maschi, 232.097 femmine). 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 23,2 (più di 1 anziano ogni 5 abitanti). Il valore è superiore al dato di ATS Insubria (22,3), a quello lombardo (21,9) e nazionale (22).

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 170,6 anziani ogni 100 giovani. Il valore è superiore sia a quello di ATS Insubria (160,2), sia a quello regionale (155,7), sia a quello nazionale (161,4).

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 58,2 superiore sia al dato di ATS Insubria (56,9) sia al dato lombardo (56,2), sia a quello nazionale (55,5).

| Tabella1: Contesto demografico | DISTRETTO ASST DEI SETTE LAGHI | ATS INSUBRIA | REGIONE | ITALIA |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------|---------|--------|
| INDICE VECCHIAIA               | 170,6                          | 160,2        | 155,7   | 161,4  |
| INDICE INVECCHIAMENTO          | 23,2                           | 22,3         | 21,9    | 22     |
| INDICE DI DIPENDENZA           | 58,2                           | 56,9         | 56,2    | 55,5   |

[Fonte: Elaborazione ATS Insubria su dati ISTAT]

### Il contesto epidemiologico

I dati sui malati cronici sono desumibili dalla Banca Dati Assistiti (BDA), istituita nel 2003 dalla Regione Lombardia. La BDA si basa prevalentemente sulle cause di ricovero degli ultimi anni, sull'esenzione ticket dell'assistito e sul suo profilo di consumo farmaceutico. In tal modo è possibile classificare i pazienti per le principali malattie croniche e calcolarne la diffusione (prevalenza). Come si può vedere la prevalenza dei malati cronici nel 2015 è il 31,4% nel Distretto ASST 7 Laghi, più alta rispetto all'ambito territoriale dell'ATS dell'Insubria (31%). Se si analizzano le



principali categorie di malati cronici le prevalenze più alte si osservano per cardiopatici, diabetici e malati autoimmuni.

Il tasso grezzo di mortalità per il Distretto ASST Sette Laghi è stato pari a 10,6 x 1000 abitanti, sovrapponibile al dato nazionale. I dati descrivono l'impatto della mortalità pur essendo influenzati dal grado di invecchiamento della popolazione. Si osserva un maggiore impatto della mortalità per malattie cardiocircolatorie, nel 2015 (3,9 x 1.000 abitanti), per i tumori (3,1 x 1.000 abitanti), mentre per traumatismi è risultato di 0,4 x 1000 abitanti.

## 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 "prendersi 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 2016, 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.
- 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 (prericovery, 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.
- Completamento degli interventi e attivazione progressiva dell'Ospedale F. del Ponte come presidio di riferimento sovraprovinciale per l'area materno-infantile, alla luce degli interventi strutturali già autorizzati 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.
- Percorso di certificazione della qualità per i laboratori, il ciclo passivo, la gestione dei documenti, la comunicazione, 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: 2017-2019, adottato con provvedimento deliberativo del Direttore Generale n. 58 del 30.01.2017, costituiscono anche obiettivi ed indicatori del ciclo della performance.

Le azioni individuate per l'esercizio 2017 saranno declinate come obiettivo di budget delle strutture coinvolte.

Il Piano della performance prende in 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 grado di raggiungimento degli obiettivi strutturati nel Pr.I.M.O. sarà valutato nel sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale.

## Gli obiettivi per l'anno 2017

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 sono concentrati, in particolare, sull'attuazione della Riforma Regionale:

- Apertura e graduale attivazione di tutti i servizi previsti nel Nuovo Ospedale Del Ponte.
- Attivazione del Servizio Unico di Protesica Integrata a livello provinciale.
- Centralizzazione del laboratorio di Tradate.
- Maggiore appropriatezza delle richieste di esami per pazienti ricoverati.
- Realizzazione degli interventi relativi alla presa in cura, al fine di assicurare al paziente l'accesso alle prestazioni specialistiche necessarie e previste nel percorso di cura, la

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - [www.asst-settelaghi.it](http://www.asst-settelaghi.it) - P.Iva e C.F. 03510050127

Struttura Controllo di Gestione e Programmazione, c/o Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, v.le Borri 57, 21100 Varese  
Tel. 0332.278070 - e-mail: [contrgest@asst-settelaghi.it](mailto:contrgest@asst-settelaghi.it)



gestione dell'agenda sanitaria (prenotazioni, contatti telefonici, appuntamenti, accertamenti), la gestione delle richieste di informazioni al paziente e a chi lo assiste.

- Presa in carico di tutti i sistemi informativi delle strutture afferite.
- Valutazione sull'efficienza e la razionalizzazione nell'utilizzo di beni e servizi sanitari.
- Applicazione del nuovo assetto organizzativo a seguito dell'adozione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS).
- Definizione di un sistema di valutazione delle performance, sia organizzativa che individuale, per il personale della dirigenza e del comparto.
- Aggiornamento mappatura dei processi previsti nel Piano Triennale Trasparenza e Anticorruzione.
- Consolidamento dei percorsi di miglioramento qualitativo nei seguenti ambiti: definizione dei privilegi per il personale della dirigenza sanitaria; avvio del percorso di certificazione della qualità ISO per l'area dei laboratori, degli approvvigionamenti e della gestione dei documenti e della comunicazione.
- Perseguimento degli obiettivi del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (Pr.I.M.O.), approvato con D.G.R. N. X/3652 del 05.06.2015: migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria; promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale; monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori



## 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 proposte l'anno scorso ma, in parte, con nuovi obiettivi in seguito alla costituzione della nuova azienda:

1. Efficienza
2. Qualità dei processi e delle prestazioni
3. Efficacia
4. Appropriatezza
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. Tale indicatore dovrebbe essere superiore a 1.

**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                                                                     | Andamento atteso 2017 |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Efficienza                   | Mantenimento dell'equilibrio economico, finanziario e patrimoniale | 1.a Valore produzione effettiva/valore produzione finanziata                   | Incremento            |
|                              |                                                                    | 1.b Valore farmaci/valore produzione effettiva                                 | mantenimento          |
|                              |                                                                    | 1.c Valore dispositivi/valore produzione effettiva                             | Riduzione             |
|                              |                                                                    | 1.d Valore protesi/valore produzione effettiva                                 | Riduzione             |
|                              |                                                                    | 1.e Valore produzione effettiva/Personale dipendente equivalente a tempo pieno | 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 Attivazione Ospedale Del Ponte:** Lo stabilimento F. Del Ponte, grazie ai nuovi importanti interventi strutturali migliorativi, diverrà punto di riferimento per le problematiche connesse all'area materno-infantile. L'attivazione inizierà nel corso del 2017 e vedrà una progressiva implementazione di reparti e servizi.

**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 Attuazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma per la trasparenza e l'integrità:** 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.

| Dimensione della performance | Obiettivi                          | Indicatore                                                                                                       | Risultato atteso 2017                          |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Processi organizzativi       | Attivazione Ospedale Del Ponte     | 2.a Attivazione dei servizi previsti nel Nuovo Ospedale Del Ponte                                                | Rispetto del cronoprogramma                    |
|                              | Lettere di dimissione              | 2.b Percentuale lettere di dimissione firmate digitalmente                                                       | mantenimento                                   |
|                              | Verballi PS                        | 2.c Percentuale verbali Pronto Soccorso (PS) firmati digitalmente                                                | mantenimento                                   |
|                              | Referti laboratorio                | 2.d Percentuale referti di laboratorio firmati digitalmente                                                      | mantenimento                                   |
|                              | Referti radiologia                 | 2.e Percentuale referti di radiologia firmati digitalmente                                                       | mantenimento                                   |
|                              | Referti ambulatoriali              | 2.f Percentuale referti ambulatoriali firmati digitalmente                                                       | incremento                                     |
|                              | Piano anticorruzione e trasparenza | 2.g Attuazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma per la trasparenza e l'integrità: | Realizzazione come da cronoprogramma del piano |

## 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 di cui alla tabella di pagina 6 (identificati con codice ICD-9-CM) accettati nei reparti di destinazione nei tempi previsti

**3.b 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

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

**3.d 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.e 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.

| Dimensione della performance | Obiettivi                                                     | Indicatore                                                                                  | Risultato atteso 2017                                             |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Efficacia                    | Capacità dell'Azienda di rispondere ai bisogni del territorio | 3.a Gestione della casistica individuata nel Piano di Gestione del Sovraffollamento         | 90% pazienti, con patologia da PGS, ricoverati nei tempi previsti |
|                              |                                                               | 3.b Frattura del collo del femore intervento chirurgico entro 48ore (indicatore PNE)> 70%   | Mantenimento                                                      |
|                              |                                                               | 3.c Degenza Media Preoperatoria (indicatore Portale di Governo Regione)                     | Riduzione                                                         |
|                              |                                                               | 3.d Soggetti arruolati nei percorsi cronicità / Soggetti ricoverati per patologia specifica | Indicatore di nuova implementazione                               |
|                              |                                                               | 3.e Copertura vaccinale                                                                     | % popolazione target per tipologia di vaccinazione                |



## 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 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.

**4.b 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.

**4.c Dimissioni volontarie in regime ordinario per acuti:** le dimissioni volontarie possono essere legate a una valutazione non positiva della qualità percepita dell'assistenza da parte del soggetto assistito.

**4.d Trasferimenti in regime ordinario per acuti:** un numero significativamente alto di trasferimenti tra strutture può evidenziare problemi relativi alla qualità dell'assistenza erogata.

**4.e 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.f % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri:** il contenimento dei ricoveri medici brevi rappresenta un utilizzo più appropriato del ricovero e dei posti letto

| Dimensione della performance             | Obiettivi                     | Indicatore                                                                                                                | Risultato atteso 2017 |
|------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Appropriatezza e Qualità dell'assistenza | Ritorni in sala operatoria    | 4.a Ritorni in sala operatoria                                                                                            | Riduzione             |
|                                          | Ricoveri ripetuti entro 30 gg | 4.b Ricoveri ripetuti per acuti entro 30 gg in regime ordinario stessa MDC/ Totale ricoveri in regime ordinario per acuti | Riduzione             |
|                                          | Dimissioni volontarie         | 4.c Dimissioni volontarie in regime ordinario per acuti / Totale ricoveri in regime ordinario per acuti                   | Mantenimento          |



|  |                                |                                                                                                      |              |
|--|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|  | Trasferimenti tra strutture    | 4.d Trasferimenti in regime ordinario per acuti /Totale ricoveri in regime ordinario per acuti       | Mantenimento |
|  | DRG inappropriati              | 4.e Rapporto DRG inappropriati/totale DRG (indicatore DG Salute)                                     | Mantenimento |
|  | Ricoveri ordinari medici brevi | 4.f % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri (indicatore Portale di Governo Regione) | Riduzione    |

## 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.

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

**5.c 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                                                                         | Risultato atteso 2017 |
|--------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Accessibilità e soddisfazione utenza | Tempi di attesa       | 5.a Prime visite specialistiche entro 30 gg                                        | Incremento            |
|                                      | Customer satisfaction | 5.b N. giudizi customer satisfaction pari a 6 + n. giudizi pari a 7/Totale giudizi | Mantenimento          |
|                                      | Reclami               | 5.c Reclami ricevuti/ 1.000 ricoveri                                               | 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                                                            | Risultato atteso 2016 |
|------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Risk management              | Cadute                                      | 6.a Cadute di persone trattate /1.000 gg degenza                      | riduzione             |
|                              | Risarcimento eventi avversi in area clinica | 6.b Richieste risarcimento area clinica (escluso PS)/1.000 gg degenza | riduzione             |



## ***Note esplicative sulle modalità di calcolo degli indicatori***

### **1.a Valore produzione effettiva/valore produzione finanziata**

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

### **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, NPJA, 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, NPJA, psichiatria, File F escluso tipologia 15 e 19)

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

### **2.a Attivazione Ospedale Del Ponte**

Rispetto del cronoprogramma

### **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 e Programma per la trasparenza e l'integrità:**

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 Frattura del collo del femore intervento chirurgico entro 48ore**

Numeratore: Numero interventi per frattura femore entro  $\leq 2$  giorni

Denominatore : Numero interventi per frattura femore

**3.c Degenza Media Preoperatoria**

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

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

**3.d Soggetti arruolati nei percorsi cronicità**

Numeratore : Soggetti arruolati nei percorsi cronicità

Denominatore: Soggetti ricoverati per patologia specifica

**3.e Copertura vaccinale:**

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

**4.a Ritorni in sala operatoria**

Numeratore: Ritorni in sala operatoria

Denominatore : Ricoveri di tipo chirurgico (indicatore DG Salute)

**4.b 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.c Dimissioni volontarie in regime ordinario per acuti**

Numeratore: dimissioni volontarie (MODIM=2) in ricoveri ordinari per acuti (riferimento: protocollo DG Salute)

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

**4.d Trasferimenti in regime ordinario per acuti**



Numeratore: ricoveri in ricoveri ordinari per acuti con dimissioni seguite entro due giorni da ricovero ordinario per acuti in altra struttura (riferimento: protocollo DG Salute)

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

**4.e Rapporto tra DRG inappropriati e DRG appropriati**

Numeratore: Numero ricoveri ordinari ad alto rischio di inappropriatezza

Denominatore: Numero ricoveri ordinari appropriati

**4.f % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri**

Numeratore: N. ricoveri ordinari medici 0,1,2 giorni

Denominatore : N. ricoveri ordinari medici (escluso DRG 391 Neonato normale)

**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 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.c Reclami ricevuti**

Numeratore: numero totale reclami ricevuti

Denominatore: migliaia di ricoveri (ordinari, DH, subacuti)

**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)

**Avvio del percorso di integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali finalizzati alla presa in carico del paziente cronico e fragile, attraverso la promozione di forme di integrazione operativa e gestionale con particolare riguardo a:**

- sviluppo di modelli organizzativi previsti dagli atti regionali in attuazione della L.23/2015 (DGR466 de 23/12/2015 e DGR 5113 del 29/04/2016) per l'integrazione ed il raccordo tra i servizi e competenze professionali ospedaliere e territoriali, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale (es. RICCA, RIMMI, ecc);

- promozione di interventi formativi orientati allo sviluppo di risorse umane per la presa in carico della cronicità e alla gestione del cambiamento nella rete dei servizi;
- promozione di interventi di comunicazione a diversi target, per migliorare la capacità d'accedere alle informazioni e di utilizzarle in modo efficace per prevenire e/o gestire correttamente la cronicità e l'accesso ai servizi di cura dedicati

|                                                                                                                                                          |                                                                                                      | FLAG<br>ESECUZIONE |     |                    |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----|--------------------|------------|
|                                                                                                                                                          |                                                                                                      | Pers. Coinvolto    | OBJ | Risorse Umane urp  | Sitra sert |
| <b>Elaborazione di opuscoli informativi per l'accoglienza dei degenti CONTENENTI le principali informazioni su come si svolge la giornata in reparto</b> |                                                                                                      |                    |     |                    |            |
| Azione                                                                                                                                                   | Elaborazione della documentazione in accordo con l'URP                                               |                    |     |                    |            |
| Indicatore                                                                                                                                               | Esposizione della documentazione nelle camere di degenza                                             |                    |     |                    |            |
| Personale coinvolto                                                                                                                                      | Personale delle UU.OO. di degenza coinvolte, URP                                                     | 211                | X   | urp, capose; sitra |            |
| <b>Educazione alimentare nel paziente cardiologico</b>                                                                                                   |                                                                                                      |                    |     |                    |            |
| Azione                                                                                                                                                   | Elaborazione di un progetto e arruolamento pazienti cardiologici in fase di dimissione piu follow-up |                    |     |                    |            |
| Indicatore                                                                                                                                               | Avvio del progetto entro il 31/12/16                                                                 |                    |     |                    |            |
| Personale coinvolto                                                                                                                                      | Personale della Cardiologia, UCIC e Ambulatori cardiologici del Presidio di Varese                   | 75                 | X   | sitra              |            |
| <b>REVISIONE DELLA PROCEDURA DI DIMISSIONE DEL PAZIENTE FRAGILE</b>                                                                                      |                                                                                                      |                    |     |                    |            |
| Azione                                                                                                                                                   | Stesura e/o revisione delle linee guida                                                              |                    |     |                    |            |
| Indicatore                                                                                                                                               | Documento prodotto entro il 31/12/16                                                                 |                    |     |                    |            |
| Personale coinvolto                                                                                                                                      | Personale delle UU.OO. di Degenza del H. Tradate                                                     | 31                 | X   | sitra              |            |
| <b>PROMOZIONE DI PROGETTI FORMATIVI ORIENTATI ALLA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E ALLA GESTIONE DEL CAMBIAMENTO NELLE RETI DEI SERVIZI</b>            |                                                                                                      |                    |     |                    |            |
| Azione                                                                                                                                                   | Planificazione di corsi specifici                                                                    |                    |     |                    |            |
| (*) Indicatore                                                                                                                                           | Frequenza ad almeno 1 corso specifico"/anno (2016)                                                   |                    |     |                    |            |
| Personale coinvolto                                                                                                                                      | Personale UU.OO. / Servizi / Risk manager                                                            | 8                  | X   | sitra              |            |
| <b>Dimissione Infermieristica del paziente cronico fragile</b>                                                                                           |                                                                                                      |                    |     |                    |            |
| Azione                                                                                                                                                   | Compilazione tempestiva e puntuale della scheda di dimissione infermieristica                        |                    |     |                    |            |
| Indicatore                                                                                                                                               | Percentuale di compilazione completa 4° trimestre 2016 verificata tramite audit >= 95%               |                    |     |                    |            |

*[Handwritten signatures]*

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |    |   |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|------------|
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                                                                                              | Personale infermieristico delle UU.OO. degenza / Risk manager                                                                                                                                          | 1  | X | sitra      |
| <b>Compiare in modo completo e tempestivo la Documentazione Clinica</b>                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                        |    |   |            |
| Azione                                                                                                                                                                                                                                                           | Compilazione completa e tempestiva della Documentazione sanitaria ADI, Consulenti e SERD e rendicontazione dei loro flussi                                                                             |    |   |            |
| Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                       | Tempestivo e corretto invio dei flussi specifici                                                                                                                                                       |    |   |            |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                                                                                              | Personale di ADI, Consulenti, SERD, Ambulatori                                                                                                                                                         | 0  |   |            |
| stesura di una procedura per la valutazione diagnostica (sanitaria e psico-sociale) e la presa in carico ai fini trattamentali (medico-infermieristica e sociale) delle persone con problematiche di dipendenza detenute presso la casa circondariale di varese" |                                                                                                                                                                                                        |    |   |            |
| Azione                                                                                                                                                                                                                                                           | Elaborazione della PROCEDURA per la valutazione diagnostica (medica, infermieristica e psico-sociale) e la presa in carico (medica, infermieristica e sociale)                                         |    |   |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  | Condivisione della Procedura con Direzione della Casa Circondariale di Varese, U.E.P.E. Varese e ASST Direzione Medica, responsabile dell'assistenza sanitaria presso la Casa Circondariale di Varese. |    |   |            |
| Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                       | Personale SESTI (infermieri, educatori professionali, assistenti sociali e personale amministrativo).                                                                                                  | 16 | X | sitra sert |

*[Handwritten signature]*

Hal Fall

Efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di attività clinica, scientifica e amministrativa, nonché dei servizi in genere con particolare riguardo a:

- sviluppo protocolli operativi per la comunicazione interna e esterna (anche riguardo all'accoglienza dei pazienti);
  - sviluppo protocolli/procedure per la prevenzione degli errori clinici e/o scientifici
- riqualificazione dei percorsi diagnostico – terapeutici nell'ottica della ri-compattazione dell'offerta

FLAG  
ESECUZIONE  
OBI

Risorse Umane  
urp

SC Approvvigionamenti  
SC Radioterapia

Medicina Nucleare  
Fisica Sanitaria  
Farmacia  
Sitra

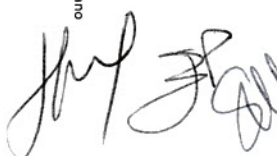
Tecnico  
Patrimoni  
ale Varese  
e Verbano

Pers. Coinvolto

| Partecipare ai corsi di formazione su tematiche del rischio clinico & della qualità          |                                                                                                                                                                               |      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| Azione                                                                                       | Partecipazione ai corsi di formazione                                                                                                                                         |      |  |
| (*) Indicatore                                                                               | Almeno il 70 % delle varie professionalità partecipa almeno ad 1 corso di quelli in elenco per il 2016                                                                        | X    |  |
| Personale coinvolto                                                                          | Personale delle varie UU.OO., Formazione, Risk Manager                                                                                                                        | 1537 |  |
| Ridurre il numero di emocolture singole positive per stafilococchi coagulasi negativi (CoNS) |                                                                                                                                                                               |      |  |
| Azione                                                                                       | Adesione al protocollo per l'emocoltura per le UU.OO. di degenza ordinaria                                                                                                    |      |  |
| Indicatore                                                                                   | Numero di emocolture singole positive per CoNS < 3,6%                                                                                                                         | X    |  |
| Personale coinvolto                                                                          | UU.OO. di degenza, Microbiologia                                                                                                                                              | 3    |  |
| aderire alla raccomandazione ministeriale 2                                                  |                                                                                                                                                                               |      |  |
| Azione                                                                                       | Revisione ed implementazione della Raccomandazione Ministeriale 2                                                                                                             |      |  |
| Indicatore                                                                                   | Il documento è implementato entro febbraio 2017                                                                                                                               | X    |  |
| Personale coinvolto                                                                          | Blocchi operatori, Risk Manager                                                                                                                                               | 82   |  |
| aderire alla raccomandazione ministeriale 8                                                  |                                                                                                                                                                               |      |  |
| Azione                                                                                       | Revisione ed implementazione della Raccomandazione Ministeriale 8                                                                                                             |      |  |
| Indicatore                                                                                   | Il documento è implementato entro febbraio 2017                                                                                                                               | X    |  |
| Personale coinvolto                                                                          | UU.OO. dell'area Salute Mentale, Risk Manager                                                                                                                                 | 156  |  |
| Segnalare gli eventi sentinella/avversi occorsi nella pratica clinica e assistenziale        |                                                                                                                                                                               |      |  |
| Azione                                                                                       | Compilazione e trasmissione delle Schede di segnalazione Eventi sentinella/avversi, secondo le indicazioni della procedura aziendale                                          |      |  |
| Indicatore                                                                                   | Rapporto Eventi sentinella segnalati al RM / Eventi sentinella a contenzioso pari a 1                                                                                         | X    |  |
| Personale coinvolto                                                                          | Personale di tutte le UU.OO., Risk Manager                                                                                                                                    | 8    |  |
| Monitoraggio dei tempi di cambio in Sala Operatoria                                          |                                                                                                                                                                               |      |  |
| Azione                                                                                       | Compilazione schede audit                                                                                                                                                     |      |  |
| Indicatore                                                                                   | Effettuazione di almeno 3 osservazioni/anno/blocco operatorio                                                                                                                 | X    |  |
| Personale coinvolto                                                                          | Personale dei blocchi operatori, Risk Manager                                                                                                                                 | 81   |  |
| Aderire al protocollo igiene mani                                                            |                                                                                                                                                                               |      |  |
| Azione                                                                                       | Predisposizione check list di audit in riferimento alle LG WHO 2010; effettuazione audit annuale per ogni UU.OO. di degenza ordinaria e per i Servizi di Radiologia aziendali |      |  |
| Indicatore                                                                                   | % aderenza al protocollo igiene mani verificato tramite audit. Almeno il 70% per ogni figura professionale e per i visitatori                                                 | X    |  |
| Personale coinvolto                                                                          | Personale della degenza e dei Servizi di Radiologia aziendali, Risk Manager                                                                                                   | 161  |  |
| attenzione al diario inf/co e al pre - post operatorio E ALLA SCHEDA CADUTA PAZIENTI         |                                                                                                                                                                               |      |  |
| Azione                                                                                       | Compilazione completa della Documentazione                                                                                                                                    |      |  |
| Indicatore                                                                                   | Percentuale di compilazione completa verificata tramite audit >= 95%                                                                                                          | X    |  |
| Personale coinvolto                                                                          | Personale delle UU.OO. interessate (tranne H. TRADATE), Risk Manager                                                                                                          | 1    |  |
| Applicare il progetto regionale "Trigger Tools"                                              |                                                                                                                                                                               |      |  |
| Azione                                                                                       | Compilazione, entro i termini previsti, del campo "Trigger Tool" dell'applicativo CeDAP                                                                                       |      |  |
| Indicatore                                                                                   | % di compilazione dell'applicativo nei tempi previsti. Almeno 90% dei parti che hanno generato eventi TRIGGER.                                                                |      |  |

|                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                          | Personale delle UU.OO. Ostetricia-Ginecologia-Sala Parto, Risk Manager                                                                                                                                                                                                  | 0   |   |
| <b>PROTOCOLLO OPERATIVO PER INTEGRARE ED OTTIMIZZARE IL LAVORO DEL PERSONALE TECNICO/AMM.VO DI TUTTAL'ASST</b>                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |   |
| Azione                                                                                                                                                                                       | Regolamentazione del flusso dei dati tecnici/amm.vi dal sorgere dell'abbisogno all'appletamento e fino al controllo dell'avvenuta azione. (Centro Servizi Manutenzioni)                                                                                                 |     |   |
| Indicatore                                                                                                                                                                                   | Sicurezza del protocollo operativo entro il 31/12                                                                                                                                                                                                                       |     |   |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                          | Personale UU.Tecnica Varese e Verbano                                                                                                                                                                                                                                   | 44  | X |
| <b>STANDARDIZZAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA ALL'ESPLETAMENTO DELLA PROCEDURA DI GARA</b>                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |   |
| Azione                                                                                                                                                                                       | Redazione di atti standardizzati, specifici per le varie procedure contrattuali (capitolati di gara, disciplinari, moduli e corrispondenza...)                                                                                                                          |     |   |
| Indicatore                                                                                                                                                                                   | Entro il 31.12.2016<br>1. Presenza degli atti standard<br>2. Redazione del responsabile                                                                                                                                                                                 |     |   |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                          | Personale amministrativo SC Approvvigionamenti: ufficio pare, segreteria                                                                                                                                                                                                | 14  | X |
| <b>MONTITORAGGIO MENSILE DELLE ANOMALIE PRESENTI NEL CICLO PASSIVO IN PARTICOLARE RISPETTO AGLI ORDINI EMESSI E NON EVASI E ALLE FATTURE DI FORNITURE GIA ESEGUITE E NON ANCORA RICEVUTE</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |   |
| Azione                                                                                                                                                                                       | Estrazione dati dalla procedura di contabilità e evidenziazione delle anomalie per la successiva trasmissione ai magazzini di riferimento per le attività di competenza                                                                                                 |     |   |
| Indicatore                                                                                                                                                                                   | Dal prossimo mese di settembre<br>1. Estrazione mensile e compilazione<br>2. relazione del Responsabile                                                                                                                                                                 |     |   |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                          | Personale amministrativo SC Approvvigionamenti: ufficio ordini, ufficio liquidazione fatture, ufficio richiesta DURC                                                                                                                                                    | 14  | X |
| <b>MAPPATURE DELLE PROCEDURE, DISTINTE IN CODIFICATE E NON, ESPLETATE DAL SETTORE LOGISTICA E SERVIZI ECONOMICI DELLA SC APPROVVIGIONAMENTI</b>                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |   |
| Azione                                                                                                                                                                                       | Rilevazione delle attività svolte e individuazione delle attività che si ritiene debbano essere inserite in una procedura codificata                                                                                                                                    |     |   |
| Indicatore                                                                                                                                                                                   | Entro il 31.12.2016<br>1. Stesura di una mappatura<br>2. Redazione del Responsabile del settore logistica e servizi economici                                                                                                                                           |     |   |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                          | Personale amministrativo S.C. Approvvigionamenti: ufficio logistica<br>Personale tecnico-economale dei servizi: centralino, autisti, portinieri, magazzini, trasporti                                                                                                   | 138 | X |
| <b>PROTOCOLLO PER LA REVISIONE DELLA CARTELLONISTICA AZIENDALE</b>                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |   |
| Azione                                                                                                                                                                                       | 1) rilevazione dei cartelli esistenti;<br>2) definizione di un protocollo, concordato con l'ufficio comunicazione, che stabilisca quale sia il set di cartelli da esporre;<br>3) creazione dei nuovi cartelli;<br>4) sostituzione dei vecchi cartelli con quelli nuovi. |     |   |
| Indicatore                                                                                                                                                                                   | Entro il 31.12.2016 realizzazione della nuova cartellonistica                                                                                                                                                                                                           |     |   |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                          | Personale Sistemi di Accesso e Comunicazione                                                                                                                                                                                                                            | 0   |   |
| <b>TEMPO MEDIO PER GLI INTERVENTI DI MANUTENZIONE INTERNA</b>                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |   |
| Azione                                                                                                                                                                                       | Mantenimento degli standard attuali di esecuzione delle attività manutentive                                                                                                                                                                                            |     |   |
| Indicatore                                                                                                                                                                                   | tempo medio di intervento < 8gg per chiamate a soluzione interna                                                                                                                                                                                                        |     |   |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                          | Personale tecnico di ingegneria clinica                                                                                                                                                                                                                                 | 0   |   |
| <b>DIMENSIONE INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE CRONICO/FRAGILE</b>                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |   |
| Azione                                                                                                                                                                                       | Pianificazione di audit documentale con elaborazione check per il monitoraggio della scheda di dimissione infermieristica                                                                                                                                               |     |   |
| Indicatore                                                                                                                                                                                   | N° schede analizzate/totali della CC campionate: almeno il 70%                                                                                                                                                                                                          |     |   |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                          | Risk Manager                                                                                                                                                                                                                                                            | 0   |   |
| <b>FORMAZIONE AL PERSONALE SANITARIO DELL'ASST SU TEMATICHE RELATIVE AL RISCHIO CLINICO E ALLA QUALITA'</b>                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |   |
| Azione                                                                                                                                                                                       | Programazione e svolgimento del percorso formativo                                                                                                                                                                                                                      |     |   |
| Indicatore                                                                                                                                                                                   | Almeno 5 eventi formativi entro dicembre 2016                                                                                                                                                                                                                           |     |   |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                          | Risk Manager                                                                                                                                                                                                                                                            | 0   |   |

UT Varese Verbano



**Avvio del percorso di integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali finalizzati alla presa in carico del paziente cronico e fragile, attraverso la promozione di forme di integrazione operativa e gestionale con particolare riguardo a:**

- sviluppo di modelli organizzativi previsti dagli atti regionali in attuazione della L.23/2015 (DGR466 de 23/12/2015 e DGR 5113 del 29/04/2016) per l'integrazione ed il raccordo tra i servizi e competenze professionali ospedaliere e territoriali, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale (es. RICCA, RIMMI, ecc);
- promozione di interventi formativi orientati allo sviluppo di risorse umane per la presa in carico della cronicità e alla gestione del cambiamento nella rete dei servizi;
- promozione di interventi di comunicazione a diversi target, per migliorare la capacità d'accedere alle informazioni e di utilizzarle in modo efficace per prevenire e/o gestire correttamente la cronicità e l'accesso ai servizi di cura dedicati.

FLAG

ESECUZIONE

Pers. Coinvolto

OBI

Sert

Dip. Med. Interna / Geriatria

**DEFINIZIONE DEL PERCORSO OSPEDALIERO E DI DIMISSIONE DEL PAZIENTE FRAGILE NELL'ASST DEI SETTE LAGHI**

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|-----------|
| Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                               | 1-Entro ottobre 2016 le UO individuate identificano, per ogni dipartimento 2 tipologie di fragilità (ad es. paziente oncologico, grande anziano, malattie rare, fragilità sociale, trapiantato ....)                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |   |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2-Entro dicembre 2016 presentazione alla Direzione sanitaria dei documenti/flow chart completi degli aspetti organizzativi interni all'ASST e delle implicazioni a livello dei soggetti che non fanno parte della ASST                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |   |           |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                                                                                                      | TUTTI I DIRIGENTI MEDICI E SANITARI DI:<br><br>Medicina 1, Medicina 2, Medicina Tradate, Medicina riabilitativa, Oncologia, Medicina Luino, Medicina Cittiglio, Cure subacute Varese, Cure subacute Luino, Degenza breve internistica, Radioterapia, Medicina nucleare, Cure Palliative, Geriatria, Endocrinologia, Psicologia clinica, Pediatria Varese, Pediatria Cittiglio, Pediatria Tradate, Psichiatria Varese, Psichiatria Verbano, Nefrologia Varese, Nefrologia Tradate, Ematologia, NPI | 171 | X | Geriatria |
| <b>stesura di una "procedura per la valutazione diagnostica (sanitaria e psico-sociale) e la presa in carico ai fini trattamentali (medico-infermieristica e sociale) delle persone con problematiche di dipendenza detenute presso la casa circondariale di Varese"</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |           |
| Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                               | Entro dicembre 2016 condivisione della Procedura con Direzione della Casa Circondariale di Varese, U.E.P.E. Varese e ASST Direzione Medica, responsabile dell'assistenza sanitaria presso la Casa Circondariale di Varese.                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |   |           |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                                                                                                      | Personale SERT (medici, psicologi).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 14  | X | sert      |

Revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici nell'ottica dell'evoluzione del SSN, in applicazione della L.23/2015, con particolare riguardo a:

- predisposizione di nuove procedure entro il 31/12/2016 in base alle priorità delle singole A.S.S./A.S.T. promozione di interventi di formazione e/o informazione rivolta agli operatori finalizzata a diffondere principi e strategie della L. 23/2015

| DEFINIZIONE DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN URGENZA IN OTTICA D'IMPRESA (PERCORSO AMBULATORIALE, CRITERI DI TRASFERIMENTO)                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| SPORTE (APPROPRIATO DIAGNOSTICO, CRITERI DI DIMISSIONE, RINVIO AL CURANTE E/O PERCORSO AMBULATORIALE, CRITERI DI TRASFERIMENTO)                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| Indicatore                                                                                                                                                                            |  | 1. entro ottobre 2016 individuazione di 2 percorsi trasversali (nuovi o revisioni dei percorsi esistenti) a livello dipartimentale (o interdipartimentale) sulla base delle priorità individuate dalla Direzione medica, comunicazione formale dei dipartimenti degli argomenti dei esami;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  | 2. entro dicembre 2016 presentazione dei documenti/flow chart completi degli aspetti organizzativi alla Direzione sanitaria e programmazione dei tempi di implementazione dei progetti   |  |  |  |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                   |  | TUTTI I DIRIGENTI MEDICI E SANITARI DI:<br>Neurologia Trapianti, Neurochirurgia, PS Varese, PS Trapianti, PS Cittiglio, PS Luno, Chirurgia 1 e 2, Chirurgia Luno, Chirurgia Trapianti, Ginecologia A e B, Ginecologia di Cittiglio, Neonatologia, Cardiologia, Pediatria, Urologia, Urologia Varese, Ortopedia Varese, Ortopedia Cittiglio, Ortopedia Trapianti, Malattie infettive, Direzione medica Varese, Direzione medica Verbania, Direzione medica Trapianti, Gastroenterologia, Chirurgia generale ad indirizzo trapianto (organo con degenza breve chirurgia, Pneumologia, Riabilitazione cardiologica, UCI, Oncologia, Odontostomatologia, ORL, Chirurgia Toracica, Audioprofittologia |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| EUROPEIZZAZIONE DI PROCEDURE ASSISTENZIALI PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE POSTOPERATORIO, DOLORE ACUTO E DOLORE CRONICO                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| Indicatore                                                                                                                                                                            |  | 1. entro ottobre 2016 identificazione di 5 linee guida coerenti con l'obiettivo e trasmissione delle stesse alla Direzione sanitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  | 2. entro dicembre 2016 trasmissione formale di ogni Direttiva ai propri Collegi della linea guida (anche tramite riunioni o eventi formativi) e evidenza dell'adesione dei Collaboratori |  |  |  |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                   |  | TUTTI I DIRIGENTI MEDICI E SANITARI DI:<br>Dipartimento di anestesia e rianimazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| EUROPEIZZAZIONE DI PROTOCOLLI ASSISTENZIALI DI SORVEGLIANZA SANITARIA E ELABORAZIONE DI PROTOCOLLI ASSISTENZIALI DI SORVEGLIANZA SANITARIA E ELABORAZIONE DI PROTOCOLLI ASSISTENZIALI |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| Indicatore                                                                                                                                                                            |  | 1. entro ottobre 2015 comunicazione formale alla Direzione sanitaria dei protocolli aziendali di sorveglianza sanitaria e radioprotezione per le diverse figure professionali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  | 2. entro dicembre 2016 monitoraggio della coerenza temporale nell'applicazione dei protocolli in tutte le sedi aziendali                                                                 |  |  |  |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                   |  | TUTTI I DIRIGENTI MEDICI E SANITARI DI:<br>Medicina del lavoro e Fisica sanitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| DEFINIZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI DEI MATERIALI BIOLOGICI (TEMPI, MODALITÀ, SEDI) IN FUNZIONE DEL PROGETTO DI GESTIONE CENTRALIZZATA DEI LABORATORI                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| Indicatore                                                                                                                                                                            |  | 1. entro ottobre 2016 analisi dei percorsi assistenziali dei pazienti, modalità, sedi in funzione del progetto di gestione centralizzata dei laboratori                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  | 2. entro dicembre 2016 completamento del progetto di centralizzazione dei laboratori e documenti operativi                                                                               |  |  |  |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                   |  | TUTTI I DIRIGENTI MEDICI E SANITARI DI:<br>Chimica clinica, Microbiologia, Anatomia patologica, Genetica medica, Immunopatologia e medicina trasfusionale, Laboratorio analisi Trapianti, Medicina trasfusionale Trapianti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| GUARDIA RADIOLOGICA AZIENDALE E PROVA DISPONIBILITÀ NEUROLOGICA AZIENDALE                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| Indicatore                                                                                                                                                                            |  | 1. entro Ottobre 2016 revisione del regolamento aziendale nell'ipotesi dell'inclusione dell'Ospedale di Trapianti nel progetto, con particolare evidenza sull'analisi dei flussi di comunicazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  | 2. entro dicembre 2016 avvio sperimentale durante il IV e del progetto (atti salvi impedimenti del punto di vista tecnologico o informatico)                                             |  |  |  |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                   |  | TUTTI I DIRIGENTI MEDICI E SANITARI DI:<br>Radiologia A e B, Radiologia di Trapianti, Radiologia del Verbania, Neuroradiologia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| UNIFICAZIONE DEI SERVIZI DI FARMACIA                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| Indicatore                                                                                                                                                                            |  | 1. entro ottobre 2016 condivisione della procedura di gestione della farmacia (valida per tutte le sedi aziendali) con la direzione sanitaria ed individuazione delle 5 istruzioni operative principali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  | 2. entro dicembre 2016 completamento delle 5 istruzioni operative principali, diffusione a tutti i Collaboratori e validazione nel sistema aziendale                                     |  |  |  |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                   |  | TUTTI I DIRIGENTI MEDICI E SANITARI DI:<br>Farmacia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| Definizione aziendale del "Principio" dei Dirigenti della Unità di Medicina Legale                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| Indicatore                                                                                                                                                                            |  | 1. entro ottobre 2016 condivisione dei criteri professionali secondo la metodologia in uso in Azienda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  | 2. entro dicembre 2016 avvio dei progetti funzionali al raggiungimento degli obiettivi professionali per ogni Dirigente aziendale assegnato alle Unità di medicina legale                |  |  |  |
| Personale coinvolto                                                                                                                                                                   |  | TUTTI I DIRIGENTI MEDICI DELLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                          |  |  |  |

FLAG  
ESECUZIONE

Per. Coinvolto OMI Trasparenza Medica e Fisica Sanit. Farmacia Anestesia SC Approv. Risorse Uff. Economiche Convegni Tecnico pa. tecnico pat. medicina d SA

Ing. clinica

CF/distret. CF/distret. CF/distret. DMPO NCH COGE  
ti Trapianti ti Varese to Sesto  
Cittiglio

DMPO NCH NCH  
Chirurgia  
toracica

Handwritten signatures and initials.

*[Handwritten signature]*

|                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                   |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------|-----------------|
| UO Medicina legale                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2  | X                                 | Medicina legale |
| <b>Definizione del percorso ambulatoriale estendibile dai pazienti con lesioni cutanee</b>                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                   |                 |
| Indicatore                                                                                                                     | 1. entro ottobre 2016 condivisione del progetto con identificazione dell'area ambulatoriale dedicata e delle tipologie di pazienti<br>2. entro dicembre 2016 completa attuazione del percorso ambulatoriale presso l'Ospedale di Circolo e approvazione/revisione delle linee guida aziendali in materia |    |                                   |                 |
| Personale coinvolto                                                                                                            | TUTTI DIRIGENTI MEDICI E SANITARI DI<br>Chirurgia generale, Dermatologia, Chirurgia plastica, Dermatologia                                                                                                                                                                                               | 4  |                                   |                 |
| <b>CONFERIMENTO INCASSI INFORMATICA E INCASSI SANITARIA REGIONALE CON LA COSTITUZIONE DELLA ASST DEI SETTE LAGHI DI VARESE</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                   |                 |
| Indicatore                                                                                                                     | Rispetto delle scadenze previste dal mandato di rappresentanza e dalle convenzioni con la ASST Valle Olona e con la A15                                                                                                                                                                                  |    | obiettivo 2.9<br>richiesta del DA |                 |
| Personale coinvolto                                                                                                            | Dirigenza Amministrativa                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 13 | X                                 |                 |
| Se approvate Risorse un Economico convenzioni tecnico pat tecnico patrimoniale v. SMA Ing. Cl.                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                   |                 |
| <b>ATTIVITÀ DI VIGILANZA COLLABORATIVA - SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE</b>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                   |                 |
| Indicatore                                                                                                                     | Verifica di almeno 2 procedure (di cui 1 sanitaria e 1 amministrativa)                                                                                                                                                                                                                                   |    |                                   |                 |
| Personale coinvolto                                                                                                            | Dirigente Amministrativo ufficio anticorruzione e trasparenza                                                                                                                                                                                                                                            | 1  | X                                 | trasparenza     |
| <b>PRESA IN CARICO FLUSSI INFORMATIVI DELLE STRUTTURE AFFERITE NELL'ASST</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                   |                 |
| Indicatore                                                                                                                     | Rispetto della tempistica e della completezza dei flussi come da indicatori regionali                                                                                                                                                                                                                    |    |                                   |                 |
| Personale coinvolto                                                                                                            | Dirigente Amministrativo Controllo di Gestione                                                                                                                                                                                                                                                           | 1  | X                                 |                 |
| <b>PROCESSI ORIZZONTALI OSPEDALE-TERMINO</b>                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                   |                 |
| Indicatore                                                                                                                     | Entro il 30/9 versale dell'incontro con la UO OO coinvolte, entro il 31/12 stesura di 1 percorso in una delle aree individuate                                                                                                                                                                           |    |                                   |                 |
| Personale coinvolto                                                                                                            | Dirigenti Medici e Sanitari dei Distretti                                                                                                                                                                                                                                                                | 25 | X                                 |                 |
| CF/distretti CF/distretti CF/distretto Sesto                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                   |                 |

COGE





| PESUNO DI TRAIANTE                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| STRUTTURE COMPATISTE:                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Con                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| SS 8 Terapia Intensiva                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ZAMBROCCIA E LUCIC                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| con                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>SS Anestesia ed</li> <li>Intensivazione</li> <li>SS Cardiologia</li> </ul> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ZAMBROCCIA                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| con                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| SS Chirurgia day surgery e                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ambulante                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| MODALITÀ                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ALTERNATIVA                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| SS Oncologia medica                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| SS NEUROLOGIA                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| NEUROLOGIA                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| RINOTORINOLARINGIA                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| RINOTORINOLARINGIA                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| AUDIOLOGIA                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| S. FARMACIA                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| S. LABORATORIO ANALISI                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| S. MEDICINA TRASFUSIONALE                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| S. OCULISTICA                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Terapia alla SC oculistica Verona                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| S. OTTOMETRICA OTOLOGIA                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Terapia alla SC ginecologia A                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| S. RECUPERO E RIABILITAZIONE                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Terapia alla SC Riabilitazione                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| eurocentro - Verona                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

*Handwritten signature*

all set for

[illegible]

All set

