



Azienda Ospedaliera
Istituti Clinici di Perfezionamento

Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione convenzionato con l'Università degli Studi di Milano
 via Lodovico Castelvetro n. 22 - 20154 Milano

Deliberazione pubblicata all'Albo Informativo dell'Azienda
 dal 3/03/2015 al 17/03/2015

Il Responsabile U.O. Affari Generali e Legali
 (dot. Michele Ronchetti)

Deliberazione n. 32 del 29 GEN. 2015

Tit. di Class. 1.1.02

A20
 MR

Oggetto: approvazione del "Piano delle performance aziendale 2014-2016 e Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione 2015".

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATA la deliberazione 31 gennaio 2014, n. 49, con cui è stato approvato il "Piano strategico integrato e delle performance 2014 - 2016" di questa Azienda;

CONSIDERATO che detto Piano - il quale è stato già oggetto di un aggiornamento nel mese di giugno 2014 (rev. 2) - deve essere oggetto di una revisione annuale al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, come previsto dall'art. 10 del Decreto Legislativo 04 marzo 2009, n. 150;

PRECISATO che la redazione del documento aggiornato in esame deve avvenire, annualmente, entro il 31 gennaio (comma 1, lett. a) del succitato articolo);

ATTESO che le linee guida regionali elaborate dal "gruppo di lavoro ristretto per la definizione del piano della performance", trasmesse dal Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione regionale in data 21 dicembre 2011 (le quali erano state utilizzate per la redazione del Piano strategico approvato con la citata deliberazione n. 49/2014), non hanno avuto variazioni né aggiornamenti;

CONSIDERATO che l'"allegato B Regole di sistema 2015 ambito sanitario" - approvato con DGR X/2989 del 23 dicembre 2014 - nel definire il "miglioramento continuo" quale processo di innovazione che coinvolge tutta l'Azienda (punto 2.3.6 "Programma di miglioramento continuo") e nel fornire indicazioni per la



realizzazione del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.) (2.3.6.1), prevede che:

- il P.I.M.O. 2015 dovrà essere strutturato *“con l'evidente integrazione dei sistemi di valutazione delle performance aziendali”*;
- il P.I.M.O. dovrà essere predisposto entro il mese di febbraio 2016;

CONSIDERATO, altresì, che le citate Regole di sistema, al punto 2.3.6.2 “Piano delle performance” dispongono che:

- *“nel corso del 2015, il Piano delle performance verrà definito tenuto conto di quanto elaborato in sede di Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.)”*;
 - *“la necessaria integrazione tra questi due strumenti (Piano delle performance e P.I.M.O. – ndr) non deve duplicare gli sforzi delle Amministrazioni nonché i dati e le informazioni già rendicontate a livello regionale; tuttavia si auspica la continua valorizzazione dello specifico organizzativi di ogni Azienda lombarda”*;
- “il monitoraggio delle performance previste nel Piano Performance avviene, per l'anno 2015, mediante un set minimo di indicatori comuni a tutte le aziende ospedaliere, estrapolati dal P.I.M.O., sulla base di indicazioni operative elaborate dall'OIV della Giunta Regionale, di concerto con la DG Salute”*;

VISTO il “Piano delle performance aziendali 2014-2016 e Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione” (allegato n. 1) allo scopo predisposto dagli Uffici aziendali interessati con il coordinamento del Responsabile della S.C. Controllo di Gestione, programmazione, qualità e risk management, d.ssa Paola M. Pirola, e del Responsabile della S.S. Qualità e risk management, d.ssa Ambra Braga;

ATTESO che – come rilevato dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni Aziendali (cui il Piano in esame è stato presentato in data 23 gennaio 2015) – il “Piano delle performance aziendali 2014-2016 e Piano Integrato di Miglioramento delle Prestazioni” di cui sopra:

- è stato redatto nell'ottica dell'integrazione tra Piano delle performance e P.I.M.O. promossa da Regione Lombardia;
- rappresenta una prima proposta di aggiornamento del documento, basata sulle indicazioni relative alle Regole di sistema 2015, sopra richiamate;
- consente il rispetto della scadenza per l'aggiornamento del Piano delle performance previsto dal D. Lgs. n. 150/2009 (31 gennaio);
- sarà oggetto di successive integrazioni ai sensi di quanto in precedenza esposto;

RILEVATO che il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni Aziendale, nella seduta sopra citata, ha concordato con l'impostazione adottata per la redazione del “Piano delle performance aziendali 2014-2016 e Piano Integrato di Miglioramento delle Prestazioni” (verbale 23 gennaio 2015 – allegato n. 2);



ATTESO che il Piano oggetto del presente provvedimento:

- rappresenta lo strumento programmatico triennale nel quale, in coerenza con le risorse assegnate, vengono esplicitati gli obiettivi strategici aziendali e gli obiettivi operativi da assegnare alle articolazioni aziendali, con i relativi indicatori e le misure che consentono il monitoraggio delle attività dell'Azienda, al fine ultimo di migliorare la capacità di risposta alle esigenze dei cittadini;
- contiene e rende disponibili a tutti gli interessati gli indirizzi, gli obiettivi strategici, le azioni ed i risultati che l'A.O. intende perseguire, oltre che gli elementi utili alla misurazione ed alla valutazione della performance raggiunta;
- svolge la funzione di "integratore" fra tutte le componenti del "sistema azienda", rappresentando una sintesi di indirizzo strategico unitario con il Ciclo di programmazione economico finanziaria, con il Piano di miglioramento continuo della qualità, con il Piano di risk management, con il Piano Triennale Trasparenza e con il Piano Triennale Anti Corruzione. Fa inoltre propri e rappresenta lo spirito e i contenuti del Codice Etico Comportamentale;
- necessita, per il suo perfezionamento, dell'acquisizione di alcuni elementi (quali: obiettivi di interesse regionale del Direttore Generale) non ancora disponibili; pertanto sarà oggetto di ulteriori revisioni da approvare su proposta della S.S. Qualità e risk management;
- verrà comunque aggiornato annualmente in relazione agli obiettivi di programmazione regionale e ad eventuali modifiche della struttura organizzativa e delle modalità di funzionamento dell'Azienda;

RITENUTO, pertanto, di dover adottare formalmente il Piano della performance di questa Azienda Ospedaliera, denominato "*Piano delle performance aziendali 2014-2016 e Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione Prestazioni*", così come allegato al presente provvedimento;

SU PROPOSTA del Responsabile della U.O. Controllo di Gestione, Programmazione, Qualità e Risk Management;

VISTE:

- l'attestazione di regolarità dell'istruttoria e legittimità del presente provvedimento espressa dal Responsabile dell'U.O. Proponente;
 - l'attestazione della relativa copertura finanziaria da parte del Responsabile dell'U.O. Economico Finanziaria,
- riportate nell'ultimo foglio del presente provvedimento;

PRESO ATTO del parere favorevole espresso, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

- d e l i b e r a -

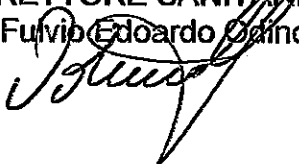
1. di approvare il "*Piano delle performance aziendali 2014-2016 e Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione*", allegato al presente provvedimento (allegato n. 1);



2. di pubblicare il predetto Piano sul sito informatico aziendale, nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente";
3. di disporre l'invio del presente provvedimento ai Responsabili delle UU.OO. interessate;
4. di dare mandato al Responsabile della S.S. Qualità e risk management, d.ssa Ambra Braga, di proseguire nel processo di definizione del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.) nei termini previsti, promuovendo le successive revisioni e integrazioni;
5. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
6. di dare mandato al Responsabile del Procedimento per tutti i necessari, successivi, incombenti all'attuazione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 della legge 7 agosto 1990, n. 241 e ss. mm.;
7. di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale.

(atti n. 45527/2012)

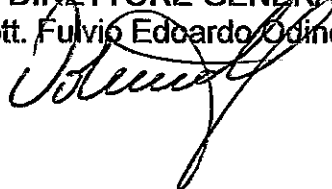
IL DIRETTORE SANITARIO
(dott. Fulvio Edoardo Odinolfi)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(dott. Marco Paternoster)



IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Fulvio Edoardo Odinolfi)





deliberazione del Direttore Generale n. 32 del 29 GEN. 2015, avente all'oggetto:

“approvazione del “Piano delle performance aziendale 2014-2016 e Piano Integrato di Miglioramento dell’Organizzazione 2015”..”

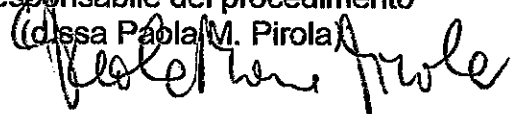
ATTESTAZIONE REGOLARITA' ISTRUTTORIA E LEGITTIMITA' DEL PROVVEDIMENTO

Destinatario del provvedimento:

- Struttura: _____
- Centro di costo: _____ (nell'ipotesi di spesa)

Milano, 29 GEN. 2015

Il Responsabile della struttura proponente
e Responsabile del procedimento

(d.ssa Paola M. Pirola)


ATTESTAZIONE COPERTURA FINANZIARIA

si attesta la copertura finanziaria e l'imputazione a bilancio degli oneri/proventi rivenienti dal presente provvedimento, con annotazione

al conto economico n. _____ descrizione: _____
_____ dell'anno _____ per Euro _____

allo stato patrimoniale n. _____ descrizione: _____
_____ dell'anno _____ per Euro _____

al conto economico n. _____ descrizione: _____
_____ dell'anno _____ per Euro _____

in attesa della stesura definitiva del bilancio preventivo del/i relativo/i esercizi/i

OVVERO

il presente provvedimento non comporta alcun onere.

Milano, 29 GEN. 2015

Il Responsabile dell'U.O. Economico Finanziaria
(d.ssa  Domenica Luppino)



Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento

INDICE

PARTE PRIMA

1. Introduzione
2. L'Azienda ICP
 - 2.1 La nascita dell'Azienda ICP
 - 2.2 Gli ICP oggi
 - 2.2.1 I Presidi Ospedalieri
 - 2.2.2 La rete dei poliambulatori
 - 2.3 La Mission aziendale
- 2.4 Gli organi dell'Azienda
 - 2.5 L'attività di diagnosi e cura
 - 2.6 Le risorse umane
 - 2.7 Il Bilancio
 - 2.8. La programmazione gestionale
 - 2.8.1 La performance organizzativa
 - 2.8.2 La performance individuale e il sistema premiante
 - 2.9 La Gestione della Qualità, della sicurezza dei pazienti e del RM e del Miglioramento Continuo
 - 2.9.1 AREE CHIAVE DEL MIGLIORAMENTO
 - 2.10 Le attività formative
 - 2.11 Il rapporto con gli stakeholder
 - 2.11.1 La Comunicazione Esterna
 - 2.11.2 La comunicazione Interna
 - 2.11.3 Il rapporto tra ICP e il mondo del volontariato: le ONLUS e le Associazioni
 - 2.11.4 I rapporti con l'Università

LA TRASPARENZA E LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

3. Le dimensioni di analisi della performance e la misurazione delle performance per ogni livello e per ogni dimensione: gli indicatori di risultato
4. La Vision e le strategie per il prossimo triennio

PARTE SECONDA

La programmazione dei progetti aziendali per l'anno 2015: il Piano di Miglioramento dell'organizzazione annuale.

1. Premessa
2. Indicazioni provenienti dalle regole di sistema 2015
 - 2.1 Integrazione Socio Sanitaria e Sanitaria
 - 2.2 Regole 2015 in ambito sanitario
 - 2.2.1 quadro di sistema
 - 2.2.2 livello programmatico
 - 2.2.2.1 Rete di offerta ospedaliera
 - 2.2.2.2 Rete di offerta territoriale
- 2.3 Equità, Trasparenza e Semplificazione
- 2.4 Miglioramenti dei servizi per cittadini e pazienti
- 2.5 Assistenza e tutela sanitaria in ambito EKDPO 2015
3. Prime Indicazioni su ulteriori progetti specifici

PRINCIPALI NORMATIVE E DOCUMENTI AZIENDALI DI RIFERIMENTO

Normativa Nazionale
Normativa Regionale e documenti collegati
Documenti Aziendali

INDICE DELLE REVISIONI		
Revisione	Descrizione	Data
0	Prima emissione documento	15 maggio 2012
1	Integrazione PTTI e PTA, Regole SSR 2014	31 gennaio 2014
2	Integrazioni PIMO	30 giugno 2014
3	Aggiornamento 2015	31 gennaio 2015



Azienda Ospedaliera

Istituti Clinici di Perfezionamento

Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione convenzionato con l'Università degli Studi di Milano

**Piano Integrato
delle Performance Aziendali 2014-2016
e Piano di Miglioramento
dell'Organizzazione 2015**

PARTE PRIMA

1. Introduzione

Il presente Piano Strategico e della Performance dell'AO ICP rappresenta lo strumento programmatico e di pianificazione triennale nel quale, partendo dai dati di attività e di risultato attuali ed in coerenza con le risorse assegnate e con le "aree chiave per la creazione di valore" individuate, vengono esplicitati gli obiettivi strategici aziendali di lungo e medio periodo e definiti gli strumenti per la loro realizzazione e per il loro monitoraggio. Nella sua seconda parte il documento - che si identifica di fatto con il Piano di Miglioramento annuale previsto dalle LGG della Regione Lombardia - illustra e dettaglia gli obiettivi operativi annuali che vengono assegnati alle singole articolazioni aziendali, anche sotto forma di obiettivi di budget, con le misure che ne consentono il monitoraggio periodico al fine di migliorare costantemente la complessiva capacità di risposta alle esigenze dei cittadini.

L'AO ICP ritiene infatti che il miglioramento continuo della propria qualità debba essere considerato un'attività strutturata, cioè sviluppata secondo progetti ed obiettivi definiti ed integrati, sistematici, guidata dai responsabili e sottoposta a revisione durante tutta la sua realizzazione.

Un tale modello implica inoltre il coinvolgimento dei cittadini e delle parti interessate, nella definizione della qualità dei servizi offerti e nella promozione e sviluppo della propria capacità di contribuire al benessere personale e collettivo (empowerment), secondo i principi della tracciabilità e della comunicazione trasparente.

Per Performance Aziendale si intende la capacità dell'Azienda di trasformare le proprie strategie in obiettivi perseguibili attraverso azioni concrete, ovvero la capacità di correlare gli obiettivi con i risultati ottenuti mediante le azioni adottate dalle strutture e servizi interessati.

Il Piano Strategico e della Performance costituisce pertanto il riferimento unitario ed integrato per la gestione aziendale dei cambiamenti organizzativi, disegnato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo; è orientato ad evidenziare i risultati ottenuti dalla Struttura, in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, raggiunti anche mediante una appropriata gestione economico-finanziaria.

Attraverso la pubblicazione del Piano l'Azienda vuole mettere a disposizione di tutti i "portatori d'interesse" (cittadini e dipendenti con le loro forme di rappresentanza e di tutela, Università, ecc.) gli indirizzi, gli obiettivi strategici, le azioni ed i risultati che intende perseguire, oltre che gli elementi utili alla misurazione e alla valutazione della performance raggiunta, comunicandoli nel modo più trasparente, comprensibile e sintetico.

Il Piano è redatto in conformità alla normativa nazionale e regionale in materia (D.Lgs 150/2009, Delibera CIVIT n° 6/2013, Coordinamento OIV dei NVP degli enti socio sanitari della Regione Lombardia, dossier di sintesi dicembre 2013), alla normativa in materia di Trasparenza ed Anticorruzione (Legge 190/2012, Delibera CIVIT n° 50/2013, Delibera ANAC 72/2013 - PNA 2013) alle Regole di Sistema per l'anno 2014 (DGR 1185/2013), predisposto in coerenza con il ciclo di programmazione finanziaria e di bilancio e collegato al Bilancio Economico di Previsione 2014; la seconda parte viene aggiornata annualmente in relazione agli obiettivi di programmazione regionale e ad eventuali modifiche della struttura organizzativa e delle modalità di funzionamento dell'Azienda.

In relazione al suo valore ed alla sua funzione di "integratore" fra tutte le componenti del "sistema azienda", il presente Piano, pur necessariamente dovendo rimandare agli specifici documenti e strumenti di lavoro in relazione ai diversi ambiti, rappresenta una sintesi di indirizzo strategico unitario con il Ciclo di Programmazione Economico finanziaria con il Piano di Risk Management, con il PTT e con il PTAC. Nello spirito e nella cultura che lo animano, il presente Piano fa inoltre propri e rappresenta i contenuti dei Codici Etico e di Comportamento aziendali.

Nella sua seconda parte, come detto, in ottemperanza alle Raccomandazioni Regionali, rappresenta il documento di definizione degli obiettivi annuali e lo strumento di gestione e monitoraggio della performance e del suo miglioramento continuo.

Metodologicamente, facendo propri la logica del PDCA, i Requisiti gestionali della Norma ISO 9001/2008 e le indicazioni del Common Assessment Framework fornite dal DFP, definisce ed esplicita, per ciascuno degli ambiti considerati, priorità, responsabilità, obiettivi e target misurabili identificandone i relativi indicatori e le modalità di analisi e di valutazione.

2. L'Azienda ICP

2.1 La nascita dell'Azienda ICP

1994: L'Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento, Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione convenzionato con l'Università degli Studi di Milano, è stata costituita nel 1994 con D.P.G.R. n. 4070 del 30.06.1994 e contestuale trasferimento alla stessa delle funzioni e dei beni, nonché assegnazione del personale, del già disciolto P.M.A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni.

1998: alla data di costituzione, l'Azienda comprendeva diverse strutture ospedaliere universitarie (Mangiagalli, De Marchi, Clinica del Lavoro, Odontostomatologia P.O. Centro Traumatologico Ortopedico) cui sono stati aggiunti nel 1998 il P.O. Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi e il P.O. Regina Elena ed i Poliambulatori di Via Andrea Doria, Via Rugabella, Via Don Orione e Via Mangiagalli.

2004: dal 16/07/2004, con D.G.R. del 11 giugno 2004 n. VII/1785, è stato affierito il "Polo Organizzativo" che, dal 1 luglio 2006 è stato a sua volta trasferito presso la ASL di Varese come da D.G.R. del 5 aprile 2006 n. VIII/2312. La relativa gestione economica, nel 2009, era ancora in capo all'Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento.

2005: sono stati incorporati e conferiti alla Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore - Policlinico il P.O. Mangiagalli costituito da Regina Elena, De Marchi, Commenda e Medicina del Lavoro.

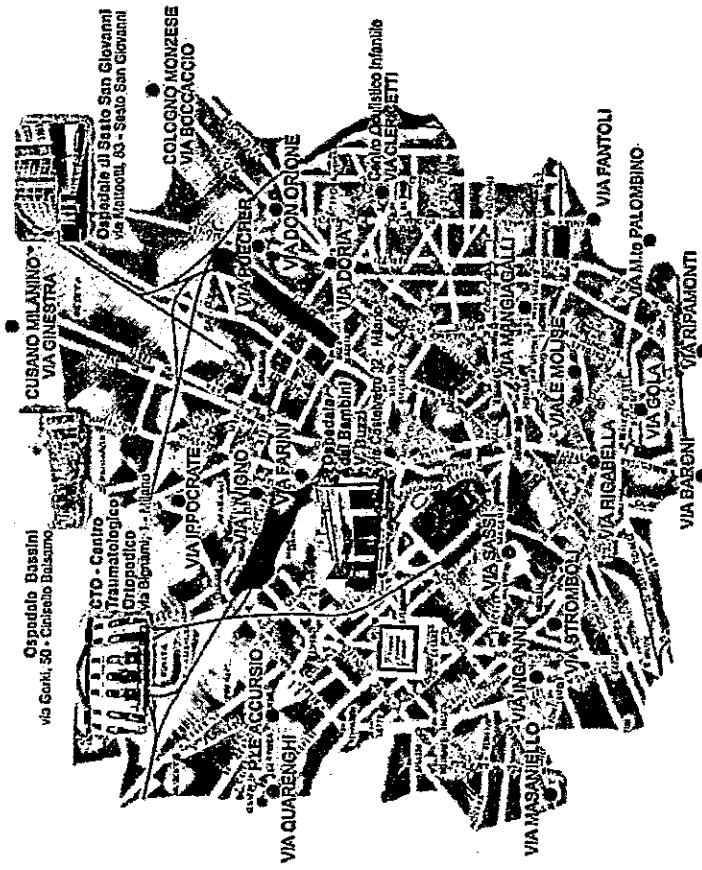
2006: mutato, in misura considerevole, l'assetto istituzionale e organizzativo aziendale dal momento che, con D.P.G.R. del 29 giugno 2006 n. 7553, è stata trasferita l'attività delle 17 strutture poliambulatoriali della Città di Milano, afferite da altre 5 aziende ospedaliere: Fatebenefratelli, Sacco, Niguarda, San Carlo e San Paolo.

2009: ulteriormente mutato l'assetto istituzionale e organizzativo aziendale in quanto, con D.G.R. 19 marzo 2008 n. VIII/580 e successivi decreti del Presidente della Giunta Regionale, sono state afferite

le strutture ospedaliere, il personale, i beni mobili ed immobili dei Presidi Ospedalierei Bassini di Cinisello Balsamo e Sesto San Giovanni e annesse strutture poliambulatoriali.

La sede legale è in via Lodovico Castelvetro, 22 - 20154 Milano.

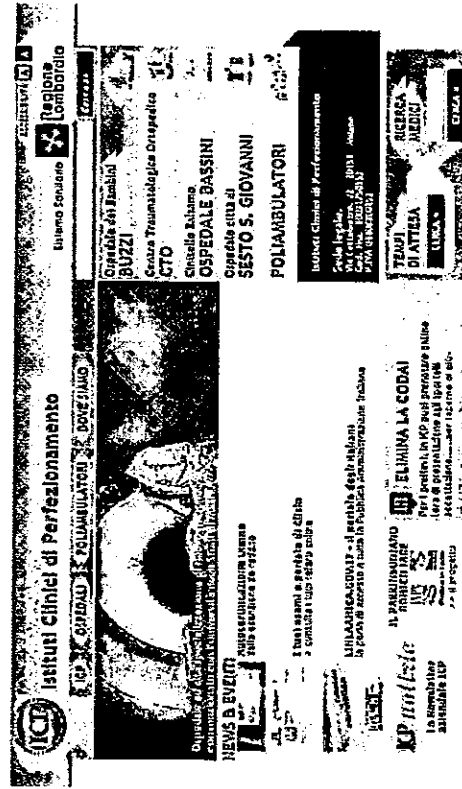
2011: mutato l'assetto istituzionale e organizzativo aziendale dal momento che, con Decreto DG Sanità del 9 maggio 2011, è stata trasferita l'attività del Centro Oculistico Infantile, afferito dalla ASL di Milano.



2.2 Gli ICP oggi

Gli Istituti Clinici di Perfezionamento rappresentano un'azienda peculiare nel panorama lombardo e nazionale in relazione alla complessità:

- organizzativa: quattro presidi ospedalieri e la rete dei Poliambulatori di Milano dislocati su un'area territoriale molto vasta e densamente popolata;
Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi
Centro Traumatologico Ortopedico - CTO
Ospedale Edoardo Bassini di Cinisello Balsamo
Ospedale Città di Sesto San Giovanni
Presidio dei Poliambulatori
- clinica: presenza di un'ampia gamma di prestazioni di alta specialità di ricovero e ambulatoriale;
- gestionale: necessità di integrare problematiche ospedaliere, territoriali e universitarie relative a strutture con riferimenti culturali, organizzativi e gestionali molto diversi.



2.2.1 Presidi Ospedalieri

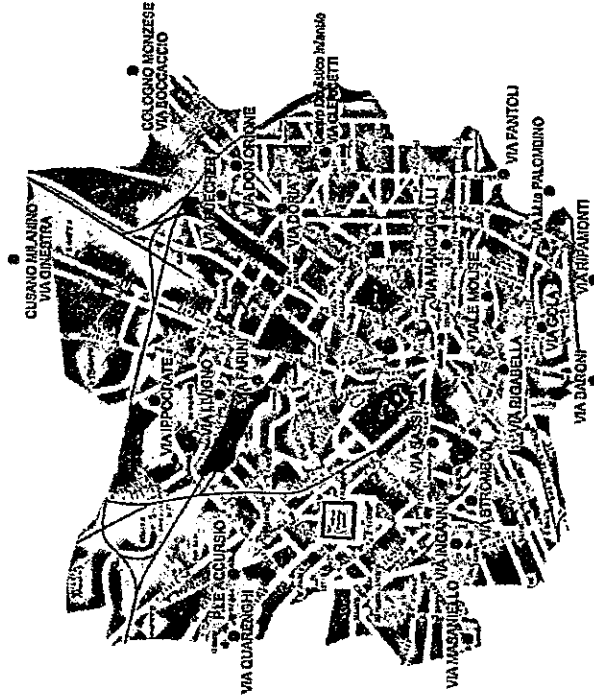
I posti letto accreditati sono 867 in regime ordinario, 90 per ricoveri in day hospital e 237 letti tecnici (tab. 1) Nell'allegato tecnico è disponibile il dettaglio della dotazione posti letto.

Tab. 1

anno 2012	Posti letto ordinari		Posti letto DH/DS		Culla/ P.I. tecnici		totale	
	assetto accreditato	effettivi (HSP)	assetto	effettivi (HSP)	assetto	accreditati	effettivi	
Sesto	203	189	13	13	82	216	202	
Bassini	315	283	20	20	95	395	303	
Buzzi	164	157	19	18	35	183	175	
CTO	185	127	38	38	25	223	165	
Totale Azienda	867	756	90	89	237	957	845	

2.2.2 La rete dei poliambulatori

È costituita da 23 Poliambulatori, di cui 21 distribuiti nell'area urbana della città di Milano e 2 in area extraurbana corrispondente al Distretto 6 (Sesto San Giovanni) e Distretto 7 (Cinisello Balsamo) della ASL Milano.



2.3 La Mission aziendale

La mission istituzionale, nelle sue linee essenziali, è ancora oggi riconducibile al motto originario degli Istituti Clinici di Perfezionamento "Sanat, sanando docet", riproposto nel logo aziendale. La mission dell'A.O. ICP si riconosce nei seguenti principi:



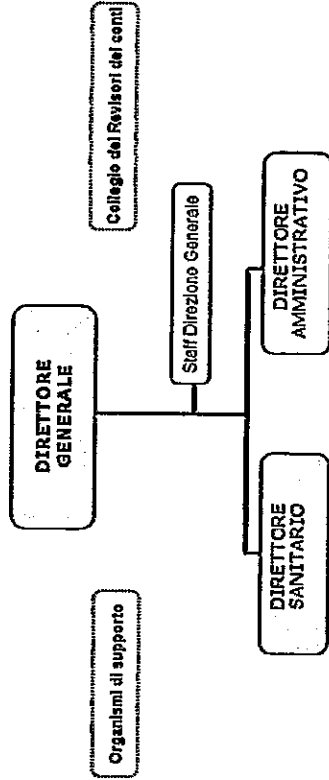
- continuare nel solco della tradizione degli ICP, garantendo prestazioni assistenziali e attività di didattica e di ricerca a rilevanza nazionale ed internazionale, con particolare riguardo all'area materno-infantile, all'ortopedia, alla riabilitazione e alla neurologia;
- garantire anche nelle altre specialità cliniche un'assistenza di qualità, soprattutto per il bacino di utenza di oltre 300.000 abitanti, collocato nell'area nord di Milano;
- garantire prestazioni specialistiche ambulatoriali di eccellenza per l'intero ambito della Città e dell'area nord di Milano;
- assicurare la formazione specialistica e lo sviluppo della ricerca, in stretto collegamento con l'Università.

A tale fine l'azienda s'impegna ad utilizzare tutte le risorse disponibili per sostenere la crescita e l'innovazione, in uno sforzo congiunto di tutte le componenti per agire con efficacia lungo le seguenti linee d'indirizzo:

- promuovere la qualità e la sicurezza delle cure, con particolare riguardo agli aspetti professionali, nel rispetto dei diritti e della dignità della persona;
- favorire ovunque possibile il trasferimento di know-how clinico e gestionale;
- razionalizzare l'utilizzo delle risorse, sostenere la qualificazione professionale e valorizzare il contributo delle persone, anche attraverso la definizione di un nuovo quadro organizzativo che vedrà la sua definizione complessiva nel POA;
- incoraggiare l'innovazione ed estendere la politica di orientamento all'utente a tutta la struttura aziendale, inclusi i poliambulatori;
- assicurare la continuità dell'assistenza e sviluppare modalità di integrazione tra le articolazioni organizzative aziendali e con le istituzioni esterne, con particolare riferimento alla Facoltà di medicina, alle Aziende Ospedaliere e all'ASL di Milano, ai Comuni di Milano e dell'area nord di Milano e alla Regione;
- collaborare all'integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali in sinergia con l'ASL di Milano e i comuni di riferimento, nel rispetto delle regole di sistema.

2.4 Gli organi dell'Azienda

Come indicato nel Piano di Organizzazione Aziendale, gli organi istituzionali sono costituiti dal Direttore Generale e dal Collegio dei Revisori:



Direttore Generale

Il Direttore Generale è il rappresentante legale dell'Azienda e responsabile della gestione complessiva dell'Azienda e del suo regolare funzionamento.

In particolare gli sono attribuiti i seguenti compiti principali:

- adozione del Piano di Organizzazione Aziendale;
- adozione degli atti di programmazione economica e finanziaria, del bilancio di previsione e del bilancio economico annuale e pluriennale;
- adozione di tutti i regolamenti interni a valenza aziendale;
- individuazione delle risorse umane, materiali ed economico-finanziarie da destinare alle diverse finalità e la loro ripartizione fra le strutture complesse;
- atti di nomina e di decadenza riservati da specifiche disposizioni alle competenze del Direttore Generale.

Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale svolge, secondo quanto stabilito dall'ordinamento (art.12, comma 3 L.R. 33/2009), le funzioni di verifica dell'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico ed il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile. Inoltre, vigila sull'osservanza delle leggi e delle verifiche di carattere finanziario e contabile.

Collegio di Direzione

Il collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, include la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese*.

Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario, unitamente al Direttore Amministrativo e per quanto di competenza, coadiuva il Direttore Generale nel governo complessivo dell'azienda. Egli assume la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, alle decisioni assunte dalla direzione generale.

Il direttore sanitario, in particolare:

- dirige i servizi sanitari ai fini tecnico-organizzativi ed igienico-sanitari;
- fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza e identifica, ai fini programmatici, la domanda di assistenza sanitaria a cui dare risposta;
- presiede il Consiglio dei Sanitari.

Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo assicura la legittimità degli atti, la definizione e la direzione del sistema di governo economico-finanziario dell'azienda, il corretto funzionamento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico, avvalendosi a tal fine delle unità organizzative afferenti ai dipartimenti amministrativi. Inoltre, in particolare:

- dirige i servizi amministrativi e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- è responsabile della definizione delle linee aziendali per il governo economico-finanziario e concorre alla verifica dell'andamento della gestione economico-finanziaria dell'azienda;
- attiva le necessarie iniziative per assicurare la maggior speditezza procedurale agli Istitutori tenuto conto delle esigenze dei centri interni e dell'utenza esterna.

2.5 L'attività di diagnosi e cura

L'A.O. ICP eroga attività sanitarie di elevata specializzazione, prestazioni di base e di media complessità mediante l'utilizzo di tecnologie avanzate e di metodologie innovative.

L'attività di diagnosi, terapia e riabilitazione vuole rispondere alla necessità degli utenti a livello cittadino, regionale ed extra regionale.

Nella sottostante tabella 2 sono rappresentate le prestazioni erogate nell'ultimo triennio.

Tab. 2 A - Azienda Ospedaliera ICP: dati generali di attività

	2010	2011	2012
Regime di ricovero ordinario			
Dimessi	34.336	33.226	31.665
Degenza media	6,47	6,33	6,5
Peso medio	0,921	0,922	0,908
Regime di ricovero in day hospital			
Dimessi	10.676	9.621	7.133
Accessi	26.762	39.200	10.937
Prestazioni ambulatoriali	4.873.360	4.545.181	4.469.057
Parti	4.670	4485	4451
Accessi di PS	130.404	130.835	126.991

Tab. 2 B Attività di Sala Operatoria

Presidio	Numero SO	Numero Interventi	Numero Interventi	Numero Interventi
		2010	2011	2012
Buzzi	3	5.696	5.610	5.619
GTO	4	3.195	3.183	3.126
Bassini	8	7.570	7.466	7.106
Sesto San Giovanni	3	3.239	3.207	2.873
Totale	18	19.690	19.466	18.724

2.6 Le risorse umane

La dotazione organica (fabbisogni di personale), approvata da Regione Lombardia con cadenza triennale, ha mantenuto presenze costanti mediante la completa realizzazione dei piani d'assunzione annuale, predisposti in considerazione del turn over, così come autorizzati dalla Regione. Notevole rilievo assume la copertura dei posti temporaneamente vacanti (suppienze) che, dato l'elevato numero di presenze femminili in Azienda, scaturisce da esigenze sostitutive, la quale, se non gestita in maniera appropriata, può essere fonte di costi non sostenibili. La fotografia del personale subordinato presente all'1 gennaio 2014 è la seguente:

Tab. 3 Personale dipendente

PERSONALE NON DIRIGENZIALE		PERSONALE DIRIGENZIALE	
Ruolo	Dipendenti x categoria	Ruolo	
SANITARIO	1567	SANITARIO	555
PROFESSIONALE	1	AMMINISTRATIVO	13
TECNICO	525	PROFESSIONALE	7
AMMINISTRATIVO	429	TECNICO	1
TOT	2522	TOT	575
		Dirigenti	
		DIR MEDICA	517
		DIR SANITARIA	38
		DIR AMMINISTRATIVA	13
		DIR PROFESSIONALE	7
		DIR TECNICA	1
		TOT GENERALE	575

2. specialisti ambulatoriali convenzionati: circa 350 medici specialisti ambulatoriali che operano nella rete dei Poliambulatori.

2.7 Il Bilancio

L'Azienda ha un bilancio di circa 300 milioni di Euro. Il suo dimensionamento è vincolato dai valori definiti dalla Regione nel decreto di assegnazione e l'impegno dell'azienda è teso a promuovere tutte le azioni volte al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario nella salvaguardia dei livelli di servizio resi. Nella tabella 2 si evidenziano i principali indicatori di tipo economico.

In particolare tutti gli indicatori sono legati alla configurazione strutturale di un'azienda ospedaliera i cui ricavi sono vincolati da limiti di finanziamento.

L'andamento di tali indicatori esprime la piena coerenza fra gli indirizzi programmatici regionali e il piano delle azioni che l'azienda pone in essere per la realizzazione delle linee strategiche.

Tab. 4 - Indicatori di bilancio

A.O. ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO		Valore al 31/12/2011	Valore al 31/12/2012	Valore al 31/12/2011	Valore al 31/12/2012
Indicatori economici-questionari					
Indicatore 1:					
Costi del personale		157.237	155.436	89,81%	89,10%
Ricavi della gestione caratteristica		248.429	248.097		
Indicatore 2:					
Costi per beni e servizi		121.797	121.066	49,42%	49,17%
Ricavi della gestione caratteristica		248.429	248.097		
Indicatore 3:					
Costi caratteristici		308.278	309.821	124,29%	125,09%
Ricavi della gestione caratteristica		248.429	248.097		
Indicatore 4:					
Costi caratteristici sterilizzati		308.278	309.821	103,23%	104,91%
Totale costi al netto ammortamenti		298.704	299.921		

2.8. La programmazione gestionale

Annualmente viene attivato il processo di budget definito nella procedura ICP-CDG-PIA 002 "Gestione del processo di budget e del ciclo di Programmazione e Controllo: Valutazione delle Performance Organizzative e integrazione con la Valutazione delle Performance Individuali". Tale processo declina, all'interno delle Unità Operative, gli obiettivi relativi alla programmazione gestionale in coerenza con gli obiettivi strategici.

In particolare gli obiettivi annuali devono essere:

- coerenti con il bilancio a salvaguardia dell'equilibrio economico-finanziario
- rilevanti e coerenti rispetto alle priorità e alle strategie della Direzione
- tesi al miglioramento della qualità dei servizi erogati
- riferibili all'arco temporale annuale
- correlati alle risorse disponibili
- misurabili tramite indicatori comparabili a standard definiti

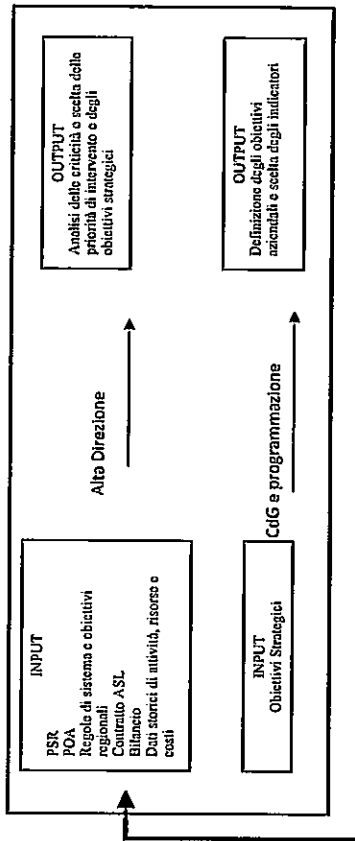
- monitorati periodicamente

- noti e accessibili in ogni fase del ciclo di gestione delle performance

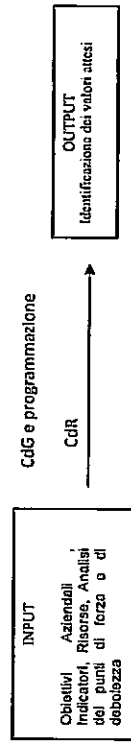
2.3.1 La performance organizzativa

La programmazione degli obiettivi di performance organizzativa si sviluppa su una prospettiva temporale variabile, anche pluriennale, coerente con la programmazione strategica triennale. La declinazione annuale si fonda poi su una serie di input, primo fra tutti il documento di programmazione regionale per l'esercizio in corso (Regole di Sistema), che entrano nel ciclo di programmazione e controllo come di seguito schematizzato.

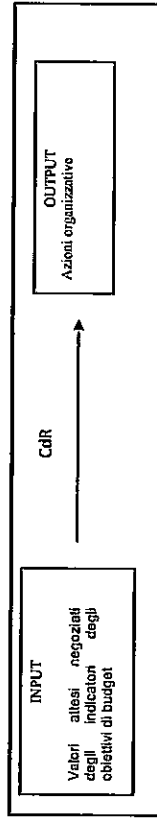
PROGRAMMAZIONE DEGLI OBIETTIVI ANNUALI



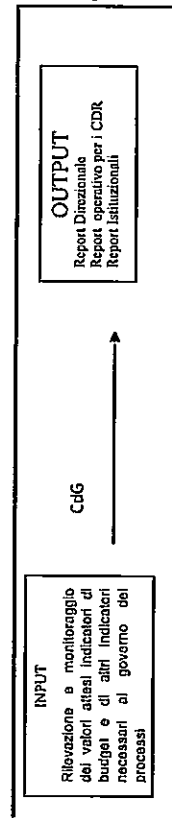
BUDGET



GESTIONE



REPORTING E MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE



Nello specifico si evidenzia come, nei dati di input per la programmazione, particolare rilievo assumono i valori di Bilancio e tra questi l'attività di ricovero e ambulatoriale erogata a favore di pazienti lombardi. Tali attività sono messe a contratto con la ASL di Milano e sono tradotti annualmente in valori che rappresentano un tetto di produzione oltre il quale non verrà riconosciuto il finanziamento nell'ambito del SSR. Da tali elementi discendono, a cascata, gli obiettivi relativi alla "risposta alla domanda di assistenza".

Le schede obiettivo delle strutture di diagnosi e cura si articolano in tre macroaree:

- Risposta alla domanda di assistenza
- Appropriata e qualità
- Performance aziendale

In particolare la macroarea "Risposta alla domanda di assistenza" si articola ulteriormente nei seguenti indicatori comuni a tutte le Strutture:

- Valore Ricoveri ordinari
- Valore Ricoveri in regime diurno
- Valore Prestazioni ambulatoriali
- Costi diretti
- Indicatori di efficienza (prestazioni interne per 1000 € di produzione; costi sanitari per 1000 € di produzione).

Con l'avvio dei Dipartimenti Gestionali l'interlocutore per la negoziazione degli obiettivi è il Direttore di Dipartimento per tutte le strutture afferenti al Dipartimento stesso.

L'insieme degli obiettivi è orientato a migliorare l'allocatione delle risorse fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze. Il valore atteso degli indicatori sarà quindi definito in relazione a risorse e attività di ogni singola struttura. Le principali risorse prese in esame sono apparecchiature (riferimento: piano degli investimenti aziendale); personale (riferimento: piano delle assunzioni aziendale); dotazione di posti letto e organizzazione (riferimento: assetto accreditato e POA); beni di consumo, con particolare attenzione a farmaci e dispositivi medici.

Sempre nelle schede obiettivo, la macroarea "appropriatezza e qualità" individua obiettivi orientati a migliorare la qualità dell'assistenza, con particolare attenzione alla soddisfazione dei pazienti (gestione delle liste di attesa, adozione di iniziative di risk management, miglioramento dell'accessibilità ai servizi, ecc) : essi vengono definiti unitariamente da CGQUARM in relazione alle priorità.

Le schede obiettivo delle Strutture amministrative e di staff alla Direzione Generale e delle Strutture di supporto sanitario si distinguono altresì in due macroaree:

- Efficienza dei processi e qualità
- Performance aziendale.

La verifica infrannuale degli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi viene effettuata con cadenza mensile per quanto riguarda gli obiettivi dell'area di risposta alla domanda di assistenza.

Particolare importanza assume la verifica mensile dell'andamento del budget in relazione al contratto ASL e la presentazione trimestrale dei dati finalizzati alla compilazione del Conto Economico Trimestrale (CET) e del flusso di Contabilità Analitica (COAN).

Per quanto attiene gli obiettivi di qualità, la periodicità è legata al tipo di obiettivo individuato e al relativo indicatore.

Al termine dell'esercizio, le schede obiettivo e le schede di budget predisposte e sottoscritte in sede di negoziazione dai Responsabili di Struttura sanitaria e amministrativa, sono oggetto di valutazione ai fini della Valutazione della Performance Organizzativa.

2.8.2 La performance Individuale e il sistema premiante

In materia di valutazione delle performances, a seguito di contrattazione decentrata con le parti sociali, è stato assunto con deliberazioni nn. 774 e 775 del 2011, il regolamento per la valutazione individuale e le relative schede di valutazione individuale sia per le aree dirigenziali (medica + SP7A) che per il personale del comparto non dirigenziale. Esse sono state predisposte mediante l'individuazione di indicatori di prestazione oggettivi, misurabili e quantificabili. La fase successiva ha consistito nella suddivisione in due sottogruppi distinti del fondo della produttività collettiva, per quanto attiene il comparto, e del fondo per la retribuzione di risultato, per quanto attiene la dirigenza, per premiare rispettivamente la performance organizzativa ed individuale. L'accordo ha sortito una nuova regolamentazione sancita con il Contratto Integrativo aziendale, sottoscritto nel mese di maggio 2012 (consultabile sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente") che prevede, per il personale non dirigenziale, la valutazione trimestrale delle performance organizzative, mediante la valutazione degli indicatori di produzione, a cura dell'U.O. Controllo di Gestione e della necessaria validazione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni per la relativa liquidazione, con cadenza trimestrale (49,5% della consistenza del fondo) ai lavoratori. Per quanto attiene la valutazione della performance individuale e la relativa remunerazione (50,5% della consistenza del fondo), il C.I.A. prevede che la stessa avvenga con cadenza annuale e stabilisce che concorrono alla formazione dei giorni utili ai fini della valutazione esclusivamente la presenza in

servizio, le ferie gli infortuni sul lavoro ed i riposi compensativi, escludendo ogni altro tipo di assenza. Tale nuovo processo valutativo, perfettamente aderente ai principi di legge è entrato nella sua piena operatività con il II° semestre 2012. In riferimento alle aree dirigenziali, tenuto conto che già dall'anno 2011 non era più prevista la corresponsione di account sulla retribuzione di risultato, la contrattazione si è soffermata particolarmente sulle modalità di distribuzione che si è conclusa con la stipula di accordi per le diverse aree (medici + apt e professione sanitaria + sanitari) tutti reperibili sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente", che prevedono lo stesso meccanismo stabilito per il personale non dirigenziale circa la suddivisione in risultato organizzativo (49% della consistenza del fondo) ed individuale (51% della consistenza del fondo), entrambi valorizzati e remunerati a saldo con cadenza annuale, mediante la valutazione degli indicatori di obiettivo assegnati ad ogni struttura in sede di discussione ed assegnazione di budget, a cura dell'U.O. Controllo di Gestione e della necessaria validazione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ed ulteriormente differenziati in considerazione degli incarichi dirigenziali attribuiti (pesatura degli incarichi). Sostanzialmente con l'ultima tornata contrattuale in sede decentrata l'Azienda ha proceduto ad adeguare, recependo pedissequamente i dettami del "Decreto Brunetta" in materia di valutazione delle performances, nonché in materia di accessibilità e trasparenza, riscontrando la capacità di assunzione di responsabilità da parte dei rappresentanti dei lavoratori (RSU ed RSA) che hanno espresso un contributo determinante al fine di addiventare ad un nuovo sistema premiante volto alla valorizzazione del merito, basato su indicatori di prestazione rilevanti, pertinenti, oggettivi, misurabili, confrontabili e tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati. Dal 2014 la scheda per la valutazione della performance individuale verrà affiancata da un ulteriore strumento di valutazione, ove saranno codificati gli indicatori/obiettivi da tradurre in comportamenti concreti al fine di misurare il comportamento individuale in materia di prevenzione dei potenziali eventi corruttivi, inizialmente per tutte le aree classificate ad alto rischio, con l'obiettivo di implementare tale ulteriore valutazione a tutte le figure professionali presenti in Azienda, nell'arco del triennio. Tale integrazione al sistema di valutazione della performance, dovrà necessariamente coinvolgere i delegati dei lavoratori (RSU) che rappresentano anche uno degli stakeholder con i quali costruire un sistema efficiente.

2.9 La Gestione della Qualità, della sicurezza dei pazienti e del RM e del Miglioramento Continuo

L'AO ICP, ai fini di una più completa realizzazione della propria mission, ha da sempre ritenuto opportuno abbracciare le teorie e le tecniche del Total Quality Management e strutturare un

proprio Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), finalizzato alla garanzia della sicurezza delle cure, al miglioramento continuo delle prestazioni e alla soddisfazione degli utenti e del personale.

L'impegno continuo è stato ed è tuttora quello di realizzare una "cultura diffusa della qualità" che favorisca un sistema di cure ed assistenza incentrato sul cittadino/utente/paziente e che soddisfi al meglio i bisogni di salute della popolazione.

Una specifica Struttura dedicata inserita nell'ambito della SC Controllo di Gestione e Programmazione (CGQUARM) supporta, sul piano metodologico ed operativo la Direzione nella definizione delle Politiche della Qualità in funzione della Mission, della Vision e degli obiettivi aziendali ed in ossequio ai principi etici ed ambientali condivisi.

Compito di questa Struttura è far sì che tutte le Strutture dell'azienda siano in grado di contribuire attivamente al ciclo del miglioramento continuo attraverso le seguenti attività:

- organizzare e gestire il sistema Qualità aziendale nelle sue diverse articolazioni, secondo una metodologia operativa sistemica, funzionale alle diverse aree ed ambiti aziendali.
- pianificare e promuovere il sostegno e il coordinamento delle Iniziative di valutazione e miglioramento e tra queste in particolare quelle inerenti la gestione del rischio clinico;
- salvaguardare l'omogeneità del sistema e garantire l'integrazione fra le sue diverse parti;
- monitorare e misurare lo sviluppo del Sistema stesso di Gestione Qualità;
- sviluppare armonicamente le diverse tecniche e metodologie della Qualità;
- individuare le aree di criticità e sviluppare azioni di miglioramento continuo;
- promuovere la cultura della Qualità e del rischio clinico nei diversi settori funzionali;
- mantenere costanti i flussi informativi dal centro alla periferia e viceversa;
- promuovere la realizzazione, il coordinamento e la valutazione dei percorsi assistenziali e della documentazione sanitaria;
- attuare la formazione di ingresso e permanente del personale sui metodi e gli strumenti del sistema Qualità e rischio clinico;
- supportare la rilevazione e l'analisi di indicatori di processo e di esito.

CGQUARM per dare maggior consistenza, metodo ed evidenza al proprio lavoro ed al SGQ, nel suo complesso e per ridurre al contempo i margini della autoreferenzialità ha adottato il modello gestionale indicato dalle Norme UNI EN ISO 9000 e molte Strutture aziendali vi hanno aderito, Certificandosi secondo la Norma ISO 9001. Gli ICP partecipano inoltre del Programma di Valutazione e Miglioramento della qualità promosso dalla Regione Lombardia.

Presso il Po Bassini, il SGQ è integrato con il Sistema di Gestione Ambientale Certificato secondo la Norma ISO 14001, in quanto il Presidio si trova inserito nel contesto di particolare tutela ambientale del Parco Nord.

Un importante ambito di sviluppo della Valutazione della Qualità è rappresentato dalle attività di analisi della Soddisfazione del Cliente Esterno, attività condotta dall'URP, secondo la metodologia comune delle Aziende Lombarde nonché del Cliente interno, sia attraverso il periodico monitoraggio della soddisfazione delle "specifiche di servizio" nei rapporti fra Strutture, sia attraverso l'iniziativa del Questionario sul Benessere organizzativo promosso nel 2013 anche in relazione alla applicazione delle disposizioni in materia di Trasparenza ed Anticorruzione ed i cui dati di risposta sono a disposizione nella specifica area internet.

Infine, sempre per quanto riguarda l'attenzione al benessere organizzativo l'AO ICP, in relazione alla Certificazione ISO 14001 del PO Bassini, ha istituito la figura del Mobility Manager che svolge il monitoraggio degli spostamenti casa-lavoro al fine di individuare le soluzioni e le agevolazioni migliori per un mobilità sostenibile del personale.

2.9.1 AREE CHIAVE DEL MIGLIORAMENTO

L'AO ICP, come premesso, ritiene la definizione dei propri obiettivi, dei propri indicatori di performance e del loro miglioramento continuo una attività strategica ed integrata ai massimi livelli, che deve essere gestita come un vero e proprio processo secondo una metodologia progettuale.

Inoltre l'AO ICP, facendo proprie le Raccomandazioni per il Miglioramento dell'organizzazione, di recente emissione da parte di Regione Lombardia e previste dalle Regole di Sistema 2014, assume come riferimento le AREE CHIAVE DI MIGLIORAMENTO (AREE CHIAVE PER LA CREAZIONE DI VALORE) che trovano fondamento nella sintesi operata da AGENAS, e che si ritiene costituiscono una concreta visione di contesto e rappresentino una possibile classificazione di riferimento per gli obiettivi ed i relativi indicatori.

Tali aree sono: efficacia (accessibilità e fruibilità, appropriatezza processi assistenziali, appropriatezza professionale e sviluppo competenze, esiti); efficienza (efficienza economica, efficienza organizzativa); empowerment (umanizzazione).

In tale sintesi sono incluse di fatto tutte le prospettive di performance (quella Economico-Finanziaria, i Processi Interni, la Crescita ed Innovazione, ed il Cliente) applicabili ad una organizzazione sanitaria, previste da tutti i modelli che la letteratura propone ed espresse con un dettaglio sufficiente a rappresentare tutta la nostra complessità.

In questo modello infine, gli obiettivi aziendali comprendono e rappresentano tutte le dimensioni della Qualità riconosciute ufficialmente dall'Institute of Medicine, ovvero efficacia, tempestività, sicurezza, efficienza, equità, orientamento al cittadino.

Una volta definite le strategie ed identificati gli obiettivi di lungo, medio e breve periodo, l'AO ICP, tenuto conto di tutti gli elementi in ingresso (consuntivi, risultati, indicazioni degli organismi di governo), effettua il proprio RIESAME annuale e pianifica le attività per il Miglioramento, definendo target da raggiungere e tempi di realizzazione, attribuendo le responsabilità e le risorse e indicando la modalità delle misurazioni e delle valutazioni organizzative ed individuali. L'output di tale complessa operazione è costituito sia dal Piano di Miglioramento Annuale, sia dalle Schede Obiettivi e Budget che ne rappresentano la sintesi attuativa di breve periodo sulla cui base si poggia l'impianto della valutazione organizzativa ed individuale.

Un utile riferimento per elementi in ingresso per il riesame è contenuto sempre all'interno delle già citate Raccomandazioni per il Miglioramento dell'organizzazione.

2.10 Le attività formative

Nel rispetto del principio che la qualità dei servizi erogati e l'efficienza del sistema aziendale si perseguono anche attraverso una politica di valorizzazione e sviluppo delle risorse umane, la formazione e lo sviluppo professionale continuo sono un elemento significativo negli Istituti Clinici di Perfezionamento, come confermato dal motto originario degli Istituti, "Sanat sanando docet", guarisci e guardando insegna, nello sviluppo della formazione del personale.

In questo spirito, è stata costituita una struttura formazionale con lo scopo di integrare al meglio gli indirizzi strategici e gli obiettivi della Direzione con le esigenze formative espresse dagli operatori, nel rispetto delle linee guida per la formazione emanate dalla Regione per l'Educazione Continua in Medicina.

Dall'anno 2005 gli Istituti Clinici di Perfezionamento sono Provider ECM accreditato dalla Regione Lombardia. L'attività di formazione nel triennio 2009-2011, è riassunta nella tabella seguente:

Tab. 5 - Attività formative

ANNO	EVENTI FORMATIVI	EDIZIONI	PARTICIPANTI	CREDITI FORMATIVI
2009	161	322	7.759	35.224
2010	223	396	7.497	39.553
2011	247	402	8.116	39.270

2.11 Il rapporto con gli stakeholder

Il presente Piano è redatto in modo da consentire a chiunque sia portatore di interesse di contribuire alla sua realizzazione ed al suo miglioramento continuo.

In particolare l'Azienda intrattiene rapporti continuativi e proficui sia con le Organizzazioni Sindacali in rappresentanza del proprio personale sia con gli organismi Istituzionali Territoriali che rappresentano la cittadinanza (es. consigli comunali aperti) sia, infine, con gli organismi di rappresentanza di categorie di utenti/pazienti.

2.11.1 La Comunicazione Esterna

Stante le caratteristiche dell'Azienda, illustrate al punto 3.1 e 3.2, particolare attenzione strategica è stata posta alla comunicazione con i cittadini e le loro amministrazioni, nei comuni in cui insistono gli ospedali a maggior radicamento territoriale. In tal senso, nel 2011 è stata data disponibilità a partecipare a Consigli Comunali aperti dedicati all'attività di ICP. La disponibilità, prontamente raccolta dalle Amministrazioni Comunali di Sesto San Giovanni e di Cinisello Balsamo ha consentito la presentazione più articolata e trasparente dei dati di attività e produzione, dei servizi offerti, dei piani di sviluppo e dei vincoli connessi, delle iniziative integrate socio-sanitarie dei propri presidi ospedalieri e dei poliambulatori. Analogamente, ICP ha partecipato ad incontri pubblici, realizzati congiuntamente alle Amministrazioni Comunali di Cologno Monzese, Cusano Milanino e Bresso per la presentazione dei piani di sviluppo o di nuova aperture di Poliambulatori sul territorio. L'attenzione di ICP ad un rapporto più stretto con tutti gli stakeholders che "conoscendo di più i propri ospedali, li sentono più loro e li sostengono" ha portato alla realizzazione di iniziative di "ospedale aperto" ai cittadini, sia con attività informative e scientifiche sia con momenti di intrattenimento volti anche a sdrammatizzare la percezione dell'ospedale in grandi e piccoli. Le

Iniziativa hanno coinvolto l'Ospedale dei bambini V. Buzzi di Milano con "Ospedale per amico", l'Ospedale Città di Sesto San Giovanni con "Open Day, Il Bassini di Cinisello con "Bassini a braccia aperte".

Tutte le precedenti iniziative in tema di comunicazione esterna, verranno riproposte anche nei prossimi anni secondo quanto previsto dal Piano di Comunicazione ponendo attenzione a cogliere le richieste e le indicazioni provenienti dal territorio.

2.11.2 La comunicazione interna

Oltre ai momenti istituzionali, quali gli incontri sindacali, il Collegio di Direzione, il Consiglio dei Sanitari e gli incontri tra la Direzione Aziendale e i Responsabili delle Strutture Sanitarie e Amministrative ed i loro coordinatori, la comunicazione interna utilizza vari altri canali tra i quali ICP intranet, la rete interna di comunicazione aziendale che contiene dati e informazioni sulle attività aziendali e attraverso la quale si può accedere a numerosi altri applicativi aziendali che consentono l'accesso a specifici data base e ad archivi gestionali di interesse per l'organizzazione. Inoltre viene pubblicata ICP notizie, la newsletter che è inviata mensilmente per mail a tutto il personale.

2.11.3 Il rapporto tra ICP e il mondo del volontariato: le ONLUS e le Associazioni

La peculiare tipologia di offerta dell'A.O. ICP, in settori ad alta specializzazione e con patologie rare, croniche e di particolare impatto sociale, favorisce la presenza in Azienda di numerose associazioni di volontariato a tutela di specifici interessi ed impegnate nel dare aiuto e sostegno ai pazienti e ai loro familiari in situazioni di particolare disagio.

Alle associazioni di volontariato l'Azienda garantisce momenti di ascolto e dialogo attraverso l'URP e ne favorisce l'azione anche mediante la concessione di appositi spazi fisici all'interno dei propri presidi.

Tutte le Associazioni concorrono a far crescere attorno alla realtà ospedaliera uno spirito di solidarietà partecipata e di accresciuta responsabilità sociale che vede al centro dell'attenzione l'utente dei servizi o la persona malata e l'ascolto dei suoi bisogni di cittadino.

Le Associazioni di volontariato possono operare nella realtà ospedaliera attraverso le seguenti prevalenti modalità:

- A- attività diretta sul paziente nelle strutture di degenza e ambulatoriali, volte a realizzare le finalità assistenziali dell'associazione a fianco del personale di assistenza sanitaria;
- B- attività di informazione/formazione/orientamento a disposizione degli utenti presso sedi ospedaliere e ambulatoriali;
- C- attività di fund raising, donazioni, finanziamenti per attività di assistenza, cura, ricerca a favore dell'Azienda o di specifiche categorie di pazienti.

Il rapporto tra ICP e le associazioni di volontariato è regolato da una specifica politica (ICP PA 013) e con alcune di esse sono in vigore specifiche convenzioni che prevedono, tra l'altro, la verifica dell'iscrizione al registro generale regionale del volontariato ai sensi dell'art. 5 della LR n° 1 del 14 febbraio 2008.

2.11.4 I rapporti con l'Università

L'A.O. ICP è convenzionata con l'Università degli Studi di Milano e con l'Università di Milano - Bicocca, in un complesso sistema di rapporti che coinvolge varie unità operative, anche a direzione didattica, afferenti ai diversi presidi aziendali; vede impegnati studenti dei Corsi di laurea della Facoltà di medicina e chirurgia, dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie, delle Scuole di specializzazione, dei Corsi di perfezionamento, dei Dottorati di ricerca e dei Master universitari. Gli obiettivi dell'Azienda sono quindi perseguiti d'intesa con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano e di Milano - Bicocca, nella consapevolezza che l'insieme delle attività di assistenza, didattica e ricerca costituiscono un fattore di garanzia della qualità delle cure e di stimolo per l'innovazione e lo sviluppo dei servizi.

Nel rispetto delle finalità istituzionali proprie di ciascun Ente, i rapporti tra Università e ICP sono regolati da specifici accordi, in base ai quali numerosi medici svolgono attività didattica e convenzionata con Scuole di specializzazione universitarie. Inoltre, in molte unità operative di diagnosi e cura, sono sistematicamente presenti studenti, specializzandi e personale in addestramento e formazione, in sintonia con la vocazione all'insegnamento dell'azienda ospedaliera e con i più recenti orientamenti in ambito didattico, con le positive ricadute per tutti coloro che usufruiscono di tali servizi(cittadino).

2.12 LA TRASPARENZA E LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Le disposizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) e del Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità (P.T.T.I.) elaborati ai sensi della Legge 6 novembre 2012 n. 190 e del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33, sono coordinati con gli obiettivi programmati per la valutazione della performance.

Secondo le indicazioni di cui alle Delibere Civit n. 6/2013, n. 50/2013 e alle Linee Guida contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione approvato con la Delibera Civit n. 72/2013, l'Amministrazione procede alla costruzione di un ciclo della performance integrato che comprenda anche gli ambiti relativi:

- alla trasparenza ed alla integrità
- al piano di misure in tema di prevenzione e contrasto alla corruzione.

Allo scopo di dare puntuale attuazione alla normativa anticorruzione e di valorizzazione della trasparenza, anche ai sensi dell'art. 10, comma 3 del D.Lgs. n. 33/2013, dunque, il Piano della Performance necessariamente contempla quali obiettivi strategici trasversali a tutte le Unità Operative aziendali e a tutti i Dirigenti "la prevenzione della corruzione" nonché la "promozione di maggiori livelli di trasparenza". Essi dovranno poi tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali aventi ad oggetto l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione declinate nel P.T.P.C. e l'assolvimento degli specifici obblighi di pubblicazione come posti in capo alle singole strutture dal P.T.T.I.. La valutazione della performance dei Dirigenti dovrà conseguentemente essere parametrata anche sul grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla dirigenza in materia di prevenzione della corruzione e di ottemperanza agli obblighi di trasparenza.

3. Le dimensioni di analisi delle performance e la misurazione delle performance per ogni livello e per ogni dimensione: gli indicatori di risultato

Secondo le indicazioni emergenti sia da Civit che dalla Regione Lombardia (dossier ONV- Regole 2014) risulta evidente un chiaro riferimento a favore di un atteggiamento di massima coerenza ed integrazione tra i Piani, le Politiche o comunque la documentazione aziendale di indirizzo strategico. In particolare è richiesto alle Aziende uno sforzo nell'identificazione di misure di performance

metodologicamente commensurabili, di tipo complementare e che possano fornire un quadro d'insieme coerente sia ai fini del benchmarking che della comunicazione al cittadino."

Elemento fondamentale per realizzare l'integrazione auspicata tra le strategie di sviluppo e governo della salute e la mission aziendale e tradurra in progetti operativi i cui output ed outcome siano visibili, misurabili e comunicabili ai cittadini, è la capacità del management di schedulare questa attività attraverso strumenti di progettazione e programmazione che traducano e declinino gli obiettivi e le attività conseguenti a tutti i livelli dell'organizzazione, sino a quello individuale.

Secondo le linee guida dell'Organismo indipendente di Valutazione Regionale (OIV), sono definiti almeno tre livelli basilari nella attribuzione delle dimensioni e delle aree di performance: quello strategico, quello della programmazione dei progetti e quello di programmazione gestionale, che possono essere descritti e quindi misurati, secondo le loro specifiche dimensioni.

Le dimensioni del livello strategico, che rappresentano le aree di valutazione della programmazione sanitaria, sono:

- **Economicità** Rappresenta la capacità dell'Azienda di razionalizzare la spesa con conseguente contenimento dei costi garantendo l'equilibrio economico finanziario e mantenendo elevati standard di qualità dei servizi erogati.
- **Efficacia esterna** (impatto sui bisogni). Rappresenta la capacità dell'Azienda di rispondere in modo appropriato, coordinato e tempestivo ai bisogni di salute della popolazione
- **Efficacia organizzativa** Rappresenta la capacità dell'azienda di promuovere il benessere organizzativo anche attraverso l'attenzione ai percorsi formativi e all'aggiornamento e manutenzione della tecnologia disponibile.
- **Efficacia interna**, Rappresenta la capacità dell'azienda di raggiungere complessivamente gli obiettivi gestionali definiti in sede di programmazione annuale.

Le dimensioni del livello programmazione sono invece direttamente legate allo stato di avanzamento dei singoli progetti e la loro misurazione riguarda la valutazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto di:

- fasi e dei tempi previsti,
- standard qualitativi e quantitativi definiti,
- livello previsto di assorbimento delle risorse.

Infine, le dimensioni del livello gestionale, assimilabili in tutto alle aree chiave del miglioramento della qualità e definibili anche come aree di performance, possono essere ben schematizzate in:

- **Efficienza**: Rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni.
- **Qualità dei processi organizzativi**. Rappresenta la capacità dell'Azienda di gestire correttamente i processi sanitari e di supporto, secondo standard qualitativi riconosciuti e condivisi con particolare riferimento agli Standard del Manuale di R.L., compresa la corretta gestione della documentazione sanitaria.
- **Efficacia**: rappresenta la capacità dell'Azienda di erogare prestazioni che rispondano a criteri di risultato e qualità dell'esito condivisi.
- **Appropriatezza e sicurezza dell'assistenza**: l'appropriatezza rappresenta la capacità dell'Azienda di erogare ogni prestazione nel giusto setting assistenziale garantendo la sicurezza del cittadino e la prevenzione e gestione del rischio clinico.
- **Accessibilità e soddisfazione dell'utenza**. Rappresenta la capacità dell'Azienda di rendere equo e tempestivo l'accesso alle prestazioni e ai servizi da parte degli utenti; la soddisfazione dell'utenza esprime il rapporto tra l'organizzazione e l'assistito, ponendo il focus della misurazione sulla qualità percepita dal paziente al quale viene erogata una prestazione.

Sulla base di quest'ultimo livello di aggregazione, una organizzazione orientata alla qualità ed alla sicurezza dei pazienti e dei professionisti ed al miglioramento continuo delle proprie performance non può prescindere dall'implementare un sistema di misura e di monitoraggio che le fornisca i dati per una valutazione costante e non autoreferenziale dei propri processi e delle proprie attività.

L'AO ICP, tenendo conto della proposta di indicatori di cui all'allegato A del dossier di sintesi OIV Regione Lombardia, dicembre 2013, degli indicatori di outcome rilevati da Regione Lombardia e presentati attraverso il Portale per la Valutazione delle Performance e da quelli presentati dall'AGENAS all'interno del PNE, nonché dell'esempio di composizione del "cruscotto aziendale" presentato nelle LLGG di Regione Lombardia, ha individuato un proprio pannello di indicatori direzionali che, definendo con chiarezza i flussi, le responsabilità i valori di riferimento e gli obiettivi, consente periodicamente agli interessati di conoscere l'andamento degli indicatori di processo e di esito individuati e le azioni messe in campo per il miglioramento.

Tali indicatori costituiscono il cruscotto fondamentale ma ulteriori misure possono essere definite in relazione ad ulteriori nuovi obiettivi che di volta in volta vengono individuati ed assegnati secondo la metodologia e le modalità già descritte.

Tab. 6 - Aree di performance e relativi indicatori

AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	RESP. RIL.	Periodicità di rilevazione	TARGET
Efficacia	PRODUZIONE LORDA/PRODUZIONE FINANZIABILE	Bilancio aziendale	Economico Finanziario	trimestrale	Cfr. bilancio
	COSTO PERSONALE/PRODUZIONE NE LORDA	Contabilità Analitica	Controllo di Gestione	trimestrale	Vs anno precedente
	COSTI BENI E SERVIZI/PRODUZIONE LORDA	Contabilità analitica	Controllo di Gestione	trimestrale	Vs anno precedente
	Costi personale, beni e servizi e altri costi/Produzione da bilancio	Bilancio aziendale	Economico Finanziario	trimestrale	Vs anno precedente
Qualità dei Processi organizzativi	Costo caratteristiche/Totale costi al netto am.m.ti sterilizzati	Bilancio aziendale	Economico Finanziario	trimestrale	Vs anno precedente
	INDICATORI	FONTE DEL DATO	RESP. RIL.	Periodicità di rilevazione	TARGET
	UOVO che hanno raggiunto i propri obiettivi annuali con Punteggio % > 80	Valutazione Performance Organizzativa validata dal NVP	Controllo di Gestione	annuale	100%
	Assenteismo	CONTO ANNUALE	GRUO	mensile	Vs anno precedente
Qualità dei Processi organizzativi	N. dipendenti ruolo am.m.vo / N. totale dipendenti	CONTO ANNUALE	GRUO	annuale	Vs anno precedente
	Costo dirigenti Medici per 1000 € di produzione ricoveri	COAN	Controllo di Gestione	annuale	Vs anno precedente
	N. ricoveri per infermiere	SDO/FLUPER	Cd G/GRUO	annuale	Vs anno precedente
	INDICATORI SISS di Interesse delle UOVO di diagnosi e cura (Publicazione nel fascicolo sanitario personale di referti ambulatoriali, verbali di PS, lettere di dimissione)	SIA			
Vedi Cruscotto di Il livello SISS					
Correttezza, completezza e qualità della documentazione sanitaria (% abbattimento e % concordanza ASL)					Abbatt. < 5% del valore del campione. Concordanza =1

AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	RESP. RIL.	Periodicità di rilevazione	TARGET	FORMAZIONE	
						CONTATO ANNUALE	FORMAZIONE
Appropriatezza ed efficacia	Ricoveri fuori ASL/ricoveri tot	SDO	CdG	annuale	Vs anno precedente	FORMAZIONE	
	N° dimessi ordinari con DRG potenzialmente inappropriati/ 118 DRG P.S./N° dimessi totali <29% (escluse Riabilitazione, Hospice e Subacuti);	SDO/Portale DWH R. L.	CdG	annuale	(v.a.<29%) DRG 410= 0 Peso Medio DRG => anno precedente	FORMAZIONE	
	0 dh DRG 410/MAC peso medio DRG	SDO/Portale DWH R. L.	CCQUARM	mensile		FORMAZIONE	
	Prestazioni interne (x e lab.)/1.000 € di produzione	SDO/Portale DWH R. L.	CCQUARM	trimestrale	< 5% anno precedente	FORMAZIONE	
	Ricoveri ripetuti entro 30 gg della dimissione per lo stesso MDC	SDO/Portale DWH R. L.	CCQUARM	trimestrale	0	FORMAZIONE	
	Ritorni in sala operatoria nello stesso ricovero per la stessa procedura ICDS/CM	SDO/Portale DWH R. L.	CCQUARM	trimestrale	0	FORMAZIONE	
	Dimissioni volontarie/dimissioni tot	SDO/Portale DWH R. L.	CCQUARM	trimestrale	< anno precedente	FORMAZIONE	
	Dimissioni per trasferimento tra strutture/dimissioni tot	SDO/Portale DWH R. L.	CCQUARM	trimestrale	< anno precedente	FORMAZIONE	
	N° cartelle cliniche conformi agli standard (vedi obiettivi annuali di Budget)	Cartelle Cliniche	QUARM	trimestrale	Dolore 100%/80% FUT >80%	FORMAZIONE	
	Frattura collo del femore operata entro 48 ore/ tot fratture operate	SDO/Portale DWH R. L.	CCQUARM	annuale	100%	FORMAZIONE	
	Parti cesaree/parti totali	SDO	CCQUARM	trimestrale	Cfr media regionale non > anno precedente	FORMAZIONE	

AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	SOURCE DEL DATO	CDG	TRIMESTRALE	>20%
AREA DI PERFORMANCE Sicurezza e Risk Management	Parti vaginali in analgesia/tot parti vaginali	SDO	CDG	trimestrale	>20%
	Applicazione PDTA (v-obiettivo annuale Budget)	Cartelle Cliniche	QUARM	annuale	1 PDTA
	N° eventi avversi in terapia farmacologica /totale e.a.	Fonte del dato Data base eventi avversi	RESP. RIL	Periodicità di rilevazione	TARGET
AREA DI PERFORMANCE Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Caduti pazienti ricoverati con danno/100 gg deg indicatori ICA	Data base eventi avversi	RM	semestrale	Vs anno precedente
	Risarcimenti area clinica/deg deg. tot	INFOSP	RM	semestrale	Cfr media regionale
	Monitoraggio applicazione L. 81/08 (SGSL)	Vedi Cruscotto Il livello CIO	RM/AGL	annuale	Cfr media regionale
AREA DI PERFORMANCE Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Tempi attesi per le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio regionale (% utenti soddisfatti (ottimo e buono)/totale indagati)	SPP	SPP	annuale	Formazione su rischio specifico = > 60%
	Reclami ricoveri/deg deg	Fonte del dato	RESP. RIL	Periodicità di rilevazione	TARGET
	Reclami ricoveri/deg deg	Sistema ADT	SPE	mensile	1° disponibilità entro i termini
	Reclami ricoveri/deg deg	Dati URP	URP	quadrimestre	Vs anno precedente
	Reclami ricoveri/deg deg	Dati URP	URP	annuali	Vs anno precedente
AREA DI PERFORMANCE Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Reclami prestazioni/n° accessi ambulatoriali	Dati URP	URP	annuali	Vs anno precedente
	INIZIATIVE TRASPARENZA (protocollo per controllo attualità documenti, tempi risposta accesso agli atti :100% totale accessi nei tempi)	RTAC	URP	annuali	Vs anno precedente
Vedi Cruscotto di Il livello Piano Trasparenza e Anticorruzione					

4 La Vision e le strategie per il prossimo triennio

Alla luce della Mission e sulla base delle condizioni di contesto e delle risorse descritte, l'A.O. ICP, identifica quale valore fondamentale e strategico la centralità del cittadino in qualità di paziente, utente e famiglia e si prefigge di realizzarla e garantirla attraverso una presa in carico integrale e continuativa dei suoi bisogni espliciti ed impliciti attraverso un contratto chiaro e trasparente.

In quest'ottica l'AO ICP promuove iniziative di comunicazione interna e esterna finalizzate sia a fornire a tutti gli stakeholders un quadro complessivo dell'attività e dei programmi, sia a stimolare il senso di prossimità dei cittadini nei confronti dei "loro" ospedali e poliambulatori ed il senso di appartenenza dei dipendenti.

A tal fine l'AO si impegna a valorizzare e mettere in campo tutte le opportunità di cui dispone, sfruttando in particolare la sua articolata offerta di servizi (che va da eccellenze specialistiche di terzo livello alla disponibilità di strutture per gli screening fino alla presenza di specialisti ambulatoriali distribuiti sull'intero territorio dell'ASL di Milano). Ciò si riverbera positivamente sia dal punto di vista della diffusione delle migliori pratiche cliniche sia dal punto di vista organizzativo facilitando l'utente in percorsi più appropriati alla sue esigenze, anche in un'ottica di continuità assistenziale.

L'A.O. ICP intende realizzare questa vision attraverso l'individuazione delle seguenti linee strategiche cui sono correlati i piani di azione che annualmente vengono definiti all'interno del ciclo di programmazione aziendale:

1. Ridefinire la struttura organizzativa:

- privilegiare la realizzazione di dipartimenti trasversali, funzionali alla miglior gestione dei pazienti e dei percorsi diagnostico terapeutici,
- favorire l'integrazione mediante una rete che coinvolga sia le strutture ospedaliere che quelle territoriali,
- migliorare la comunicazione con particolare riferimento alle infrastrutture informatiche.

La programmazione annuale degli obiettivi e dei progetti descrive la progressiva realizzazione delle linee strategiche qui descritte che, di anno in anno, vengono declinate e monitorate.

2. **Promuovere una cultura e uno stile direttivo improntati alla condivisione, sostenendo in tutti gli operatori la consapevolezza del proprio ruolo, il senso di appartenenza ed il significato della responsabilità assegnata, con spirito non autoreferenziale.**

3. **Valorizzare gli operatori come persone portatrici di valori, idee, risorse e competenze da promuovere e sviluppare con metodo e in coerenza con le strategie di sviluppo aziendale.**

4. **Creare un ambiente lavorativo sano e sicuro con attenzione allo sviluppo di condizioni organizzative che tutelino anche nei confronti di rischi verso terzi. Particolare attenzione dovrà essere riservata alla creazione di un clima partecipativo, orientato al risultato, alla condivisione di obiettivi comuni.**

5. **Incentivare la cultura della consapevolezza e dell'appropriatezza dell'uso delle risorse ai fini del contenimento dei consumi e di un loro migliore utilizzo.**

6. **Sviluppare la collaborazione tra Istituzioni ed Organizzazioni al fine di offrire una risposta più completa ai bisogni di salute dei cittadini promuovendone, al contempo, un maggior coinvolgimento nelle decisioni che li riguardano.**

7. **Per quanto attiene gli obiettivi di medio lungo periodo, recepire le indicazioni del Piano Socio Sanitario 2010-2014 (DCRL 98/10) e il nuovo patto per la salute 2010-2012 (DGR 11.086/10). In particolare l'Azienda è impegnata a dotarsi di tutti gli strumenti utili a perseguire il miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni, nel rispetto delle dimensioni etiche e sociali di cittadinanza.**

L'Azienda sarà inoltre impegnata nel portare a termine il processo di integrazione del 5 Presidi provenienti da realtà diverse.

Per quanto attiene gli obiettivi della Qualità, la progettazione di lungo periodo è orientata al raggiungimento della totale compliance a tutti gli Standard previsti dal Programma Regionale di Valutazione delle Aziende di cui alla Check -list di Autovalutazione ed. 2014 , all'estensione del dominio della Certificazione UNI EN ISO 9001 almeno a tutte le attività di supporto tecnico ed amministrativo, ai Servizi Diagnostici ed intensivi non ancora compresi. Un ulteriore obiettivo strategico, importante anche sotto il profilo della sostenibilità ambientale ed economica potrebbe essere inoltre quello della estensione a tutti i PPOO della Certificazione ISO 14001, in un'ottica di sviluppo integrato di un SGQ -Sicurezza ed Ambiente.

A seguito della recente normativa citata, in materia di trasparenza e anticorruzione, l'AO ICP ha provveduto con atto formale a definire i propri piani (ICP PA 03 e ICP PA 04). Essi costituiscono l'atto formale che attesta e dichiara la politica di prevenzione del rischio corruttivo che l'Azienda intende perseguire al fine di garantire il corretto e trasparente funzionamento della PA.

I documenti sono integrati con il presente Piano delle Performance e con il SGQ ed il monitoraggio degli obiettivi e delle azioni che si sviluppa in una programmazione annuale, è descritto all'interno del Piano di Miglioramento annuale, oggetto della seconda parte del presente documento.

Più in generale, la modalità e la metodologia con cui l'AO ICP intende perseguire i suoi obiettivi strategici sarà, secondo quanto indicato dalle Regole 2014 e dalla successive Raccomandazioni per il Miglioramento, quello della gestione attraverso un Piano Integrato di cui il presente documento contiene e comunica, nella sua prima parte le linee strategiche e gli indirizzi triennali e, nella successiva parte, la pianificazione dell'anno corrente.

Nella Relazione annuale delle Performance saranno riportati gli esiti della rilevazione degli indicatori individuati per le diverse aree di performance.

PARTE SECONDA

Le performance, la programmazione dei progetti aziendali per l'anno 2015 e il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione

1. Premessa

Come anche indicato nelle regole di sistema per l'anno 2015, che promuovono l'integrazione tra il Piano delle Performance (PP) e il Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO), i due strumenti, pur nelle loro differenze, convergono nel presente documento programmatico annuale che traduce le strategie in *obiettivi operativi specifici (output)* temporalmente connotati, individuando responsabilità, target ed indicatori di misurazione della performance. Per realizzare questa seconda fase occorre che siano disponibili alcuni importanti *elementi in ingresso* sia di *origine interna* - quali il Riesame Direzionale Aziendale annuale, con il consuntivo dei dati di attività e il Bilancio Preventivo - che di *origine esterna* - quali le valutazioni istituzionali e le altre valutazioni di seconda e terza parte, i nuovi Obiettivi Aziendali di Interesse Regionale e il Contratto di esercizio stipulato con la ASL. Tali elementi pervengono alle AO con una tempistica non sempre confacente ad una pianificazione sistematica ed ordinata degli obiettivi ad inizio anno e coincidente anche con i tempi previsti dalla normativa sulla Trasparenza per il Piano Performance o per il Risk Management. Queste ragioni rendono necessario ed opportuno che il PP e PIMO necessitino di successive integrazioni e revisioni. Ciò peraltro rende il documento uno strumento maggiormente flessibile e dinamico in alcune sue parti che si devono consolidare nel tempo. La capacità di individuare ed esprimere questo *livello multidimensionale di analisi*, che deve comunque tener conto di tutte le *aree chiave* identificate, dipende dalla *regia strategica direzionale e degli staff*, cui è richiesto di trasformare i tempi in sinergie e di effettuare la valutazione della fattibilità e delle priorità degli interventi.

Premessa fondante del presente documento ed a cui si rimanda in quanto parte iniziale del PIMO, è il Riesame Direzionale Aziendale, la cui elaborazione da parte della Struttura Qualità è solitamente prevista, in accordo con la Norma ISO 9001, per i primi mesi dell'anno. Il RDA presenta le analisi e valutazioni delle performance per il periodo precedente e, per quanto possibile, la programmazione degli obiettivi per il periodo successivo. Essendo prassi consolidata e condivisa

presso la nostra AO che gli obiettivi per la qualità coincidano sempre maggiormente con gli obiettivi gestionali, il RDA di ICP prevede, ormai da qualche anno, una successiva integrazione sia della parte valutativa delle performance (per esempio allorché pervengano ulteriori valutazioni istituzionali che possono modificare le valutazioni interne), sia, e soprattutto, della parte relativa agli obiettivi e ai progetti, in relazione alle Indicazioni che pervengono dalle Istituzioni in tempi successivi. Quest'anno il Rapporto per il RD dell'AO ICP, accogliendo le indicazioni delle Raccomandazioni per il PIMO di RL, ribadite nelle Regole 2015, è stato organizzato in due successivi step: il primo entro il mese di gennaio. Esso contiene la sintesi delle relazioni prodotte dalle Strutture competenti per i vari ambiti di cui agli elementi in ingresso previsti dal PIMO, con l'andamento dei relativi indicatori, le cui schede, con i dati analitici, sono inoltrate in RL quale parte del PIMO stesso mediante il Sistema dei Flussi Informativi Regionali (SMAF). Il RDA contiene inoltre le anticipazioni disponibili sui risultati degli Obiettivi Aziendali e di Budget 2014, nonché le ultime valutazioni di Qualità Percepita e l'ultimo trimestre disponibile degli indicatori Regionali di Outcome. Infine vengono presentati i dati sullo stato del SGQ, sia interni che di parte terza. È importante sottolineare che i nuovi indicatori previsti dalle schede PIMO di RL, ove non interamente sovrapponibili, integrano gli altri indicatori di qualità abitualmente raccolti e già storicamente presentati nell'ambito della valutazione delle Performance.

Un secondo upgrade del RDA, e, conseguentemente anche del presente documento, verrà quindi effettuato non appena disponibili i già citati ed ulteriori elementi in ingresso, sia di provenienza interna che esterna.

Un'altra importante precisazione è relativa al ruolo del Piano di Formazione annuale che, come previsto dalle LLGG, dovrebbe sostenere il processo miglioramento attraverso la sinergia tra obiettivi ed attività di formazione progettate. Per le evidenti ragioni di disallineamento temporale, che prevedono che i fabbisogni formativi siano individuati alla fine dell'anno precedente, questa sinergia si realizza, nel primo semestre, sui livelli macro di lungo periodo mentre, con l'aggiornamento previsto nel secondo semestre, è possibile operare un più stretto collegamento con le concrete esigenze emergenti.

Il primo elemento programmatico che si rende solitamente disponibile entro la fine dell'anno precedente e che quindi consente la prima progettualità aziendale, è rappresentato dalle determinazioni regionali per l'esercizio successivo o "Regole di Sistema".

2. Indicazioni provenienti dalle Regole di Sistema 2015

2.1 Integrazione Socio-sanitaria e Sanitaria (all. A alle regole)

Il sistema deve prevedere azioni per il perseguimento di obiettivi di integrazione nelle seguenti aree:

- Promozione della salute e prevenzione
Sviluppo del Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 (PRP); particolare attenzione va data allo sviluppo dei programmi seguenti:
 1. Aziende che promuovono la salute – rete WHIP Lombardia
 2. Promozione Allattamento al Seno
 3. Promozione azioni della rete HIPH
 4. Percorsi di screening oncologici
- Promozione dei progetti di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, attraverso i Dipartimenti Materno Infantili e le UONPIA
- Cronicità
Particolare attenzione va data al percorso di cura affinché vengano attivati nelle varie fasi i setting di cura più appropriati a livello ospedaliero e territoriale
- Cure Palliative
Promozione dei lavori della Rete finalizzato allo sviluppo omogeneo, all'analisi e individuazione di indicatori appropriati, alla definizione di un regolamento tipo
- Punti Nascita
Miglioramento dell'efficienza del percorso nascita e incentivazione della professionalità ostetrica con apertura di un ambulatorio per la gravidanza fisiologica in almeno un Punto Nascita dell'AO

2.2 Regole 2015 in ambito sanitario (All B alle Regole)

2.2.1 QUADRO DI SISTEMA

Prosegue il percorso di miglioramento della capacità negoziale/contrattuale, di analisi della spesa e di monitoraggio della stessa con il fine di adottare misure di razionalizzazione della spesa e di miglioramento dell'efficienza con particolare riguardo a beni e servizi e nello specifico a farmaci e dispositivi.

Beni e servizi: E' prevista una riduzione media di sistema del 1,7% per la spesa di beni e servizi che verrà declinata in obiettivi specifici per ogni AO e per classe omogenea di spesa per BeS (Dispositivi medici con repertorio, altri beni sanitari, BeS non sanitari e servizi sanitari da terzi (escluse le consulenze e collaborazioni che ricadono nella spesa per il Personale). La sommatoria degli obiettivi delle singole classi costituirà l'obiettivo di riduzione della spesa per beni e servizi assegnato al DG nell'ambito del più generale obiettivo di mantenimento dell'equilibrio economico finanziario.

Filie E: incremento massimo di spesa dell'8% come tetto di sistema regionale.

Bilancio: una specifica circolare regionale definirà i tempi e la modalità di invio per l'approvazione da parte della Giunta Regionale. Nel decreto di assegnazione saranno esplicitati i valori per le varie tipologie di spesa che rappresenteranno un vincolo gestionale oggetto di puntuale monitoraggio.

Certificazioni trimestrali: obiettivo aziendale è il pieno rispetto dei tempi di invio dei flussi economici e dei valori appostati a bilancio preventivo. Non saranno consentiti travasi di risorse tra varie voci, salvo apposito Decreto della DGS.

Controllo di Gestione: una specifica circolare definirà i tempi per l'invio della CoAn e nuove regole di quadratura CoAN/CoGe.

SIMT: prosegue l'analisi relativa alla struttura dei ricavi e dei costi.

Piano Attuativo Certificabilità Bilanci (PAC): applicazione del piano. Uno specifico successivo provvedimento regionale darà indicazioni sugli ulteriori sviluppi.

Gestione Finanziaria: necessario garantire modalità e tempi di pagamento in linea con le regole regionali rappresenta un obiettivo Aziendale. Obiettivo è l'ulteriore riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori, anche grazie alla fatturazione elettronica. Resta obbligatoria entro il 10 di ogni mese la dichiarazione del DG sul rispetto dei tempi di pagamento ai fornitori.

Fatturazione elettronica: prosegue il percorso di attivazione.

Saranno obiettivi ulteriori:

- l'estensione del sistema di fatturazione passiva
- pieno allineamento tra G3S e quanto derivante dai sistemi contabili aziendali
- tempistica regolarizzazione compensazioni
- limitare il ricorso delle anticipazioni di liquidità ordinaria, le cui modalità e condizioni di accesso sono in corso di definizione da parte della Giunta
- adempimenti LEA, in corso di approvazione da parte del Ministero Salute
- adesione alle disposizioni in essere per la regolarizzazione delle prestazioni erogate a STP (onere 9) a carico delle prefetture.

2.2.2 LIVELLO PROGRAMMATARIO

2.2.2.1 Rete di offerta ospedaliera

- Riabilitazione: potenziamento postazioni MAC a fronte di riconversione dei posti letto, anche ordinari
- Offerta ospedaliera: raggiungimento degli standard di previsti nel patto della Salute 2014-2016. Seguirà documento di indirizzo specifico da parte della DGS e del nuovo PSSR 2015. specifici successivi provvedimenti daranno indicazioni relativamente alla riorganizzazione alte specialità, emodinamica, punti nascita, medicina di laboratorio, SIMT.

Negoziazione:

- area ricoveri: Riduzione del 10% della valorizzazione del 108 DRG a rischio di in appropriatezza da contenere comunque ad un valore <22% rispetto ai DRG appropriati (incluso i ricoveri per i residenti fuori regione). Al di sopra di tale valore si applicherà una regressione tariffaria.
- permane rimodulazione -2+2 % del contratto in base a valutazione performance che sarà resa nota da parte della Regione in sede di negoziazione (aprile 2015)
- area ambulatoriali: salvaguardia delle prestazioni di visite specialistiche; ecografie; screening; mammografie.
- si conferma per il 2015 il mantenimento del progetto "ambulatori aperti"
- riguardo le procedure chirurgiche monoperatore, queste sono state integrate e con specifico successivo provvedimento regionale, verranno forniti i codici procedura

Revisione del sistema tariffario

È stata definita una revisione delle tariffe dei DRG, tenendo conto delle analisi dei costi e delle tariffe massime Ministeriali.

Alcuni DRG inoltre verranno caratterizzati da tariffe diverse in relazione alle procedure o diagnosi presenti nella SDO. La descrizione di queste modifiche è dettagliata nel relativo nomenclatore tariffario pubblicato dalla Regione.

Riordino della rete di offerta

Con specifici successivi provvedimenti regionali, entro il 31 gennaio 2015, verranno individuati obiettivi specifici nei seguenti ambiti.

- Ambito aziendale

- Potenziamento delle attività di BIC, Day Surgery, Week Surgery con contestuale riduzione/chiusura di degenze ordinarie H24 di specialità chirurgiche e favorire l'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura e/o secondo le modalità già previste dalla dgr 9014/2009;
- Potenziamento delle attività MAC e sub acuti con contestuale riduzione / chiusura di degenze internistiche per acuti;
- Inserimento di attività di Assistenza Primaria con definizione di percorsi di integrazione e di collaborazione diretta tra MMG – PLS e Specialisti Ospedalieri;
- Consolidamento e aggregazione delle attività e unità operative, anche a livello interaziendale, che non richiedono una diffusione capillare sul territorio (laboratori di analisi, riabilitazioni, servizi farmacia), anche accompagnate dalla riduzione del numero di stabilimenti aziendali attivi;
- Rimodulazione dei servizi di Pronto soccorso in relazione al numero effettivo di accessi per fascia oraria, anche attraverso protocolli di integrazione con i servizi di continuità assistenziale;
- Miglioramento della gestione operativa dei blocchi operatori;
- Riduzione dei tempi di attesa di posti letto per pazienti urgenti migliorando l'integrazione fra le aree di emergenza e di PS e il resto dell'ospedale;
- Miglioramento della gestione delle liste di attesa;

- **Riduzione e controllo delle infezioni** acquisite in ospedale.
- **Ambiti di collaborazione interaziendali** che prevedano funzioni sovra-aziendali per:
 - Rimodulazione dell'attività di laboratorio all'interno dell'ambito territoriale secondo le linee guida indicate per l'Area Metropolitana di Milano;
 - Integrazione di modelli organizzativi di guardia e pronta disponibilità soprattutto nelle discipline di alta specializzazione, dei servizi diagnostici, laboratoristici e trasfusionali;
 - Modelli organizzativi che permettano di condividere tecnologie ad alto costo e tecniche chirurgiche complesse anche attraverso convenzioni tra enti che permettano la mobilità di equipe (ad esempio radioterapia e chirurgia miniminvasivi, robotica etc.);
 - Modelli di integrazione dell'attività di emergenza-urgenza e rimodulazione della rete del pronto soccorso, DEA, EAS;
 - Adesione di AREU e delle AA.OO. al progetto di integrazione del flusso informativo tra sistemi gestionali del 118 e del PS.

Entro il 28 febbraio 2015 verranno predisposti uno o più progetti analitici su questi temi individuando: risparmi di spesa, durata, risultati attesi. Sarà obiettivo aziendale e ai fini della valutazione verranno considerati la qualità dei Progetti e i risultati raggiunti. Tale valutazione a livello aziendale inciderà sulla performance dei Direttori di Dipartimento. Inoltre tali progetti potranno essere proposti per le RAR 2015.

Riordino delle alte specialità

Con specifico successivo provvedimento verrà emesso un nuovo atto Regionale di riordino delle UUOO di alta specialità.

Riordino SMEL

Con specifici successivi provvedimenti Regionali si procederà al riordino degli SMEL.

Punti Nascita e rete materno-infantile

A) Rete per l'assistenza alla madre e al neonato. Prosegue la riorganizzazione dei punti nascita, con particolare riferimento ai seguenti obiettivi di sistema:

-Accordo Stato-Regioni del 16.12.2010 su sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita: identificazione di modelli organizzativi per il miglioramento della continuità Ospedale/Territorio – progetto unico per ogni ASL con tutte le AO dotate di Punto Nascita

coinvolte. Progetti da presentare entro aprile 2015, con validazione del Comitato Percorso Nascita Locale, comprensivo degli Indicatori. Applicazione e operatività entro settembre. Aree tematiche indicative:

- Cartella unica per controllo gravidanza/puerperio.
- Sostegno dell'allattamento naturale.
- Individuazione di situazioni a rischio sociale e percorsi di protezione durante la gravidanza/puerperio.
- Individuazione, prevenzione e sostegno per la depressione post partum.

-Sperimentazioni e riorganizzazioni della rete in coerenza dell'Accordo Stato-Regioni 2010:

- Sperimentazioni di modalità innovative per favorire la continuità assistenziale e la remunerazione, anche tra organizzazioni di natura amministrativa diversa del processo assistenziale gravidanza-travaglio-parto-nascita-puerperio e primi controlli neonatali. Sperimentazione in due ASL campione da settembre 2015;
 - Miglioramento della sicurezza, efficacia ed efficienza della rete per l'assistenza a madri e neonati attraverso l'aggregazione, in caso di patologia della gravidanza o minaccia di parto prima del termine, della casistica più complessa con necessità assistenziali elevate.
 - Accentuazione del processo organizzativo di concentrazione in Centri di Riferimento della patologia della gravidanza e della patologia neonatale. Progetto sperimentale in tre ASL limitrofe in cui sia già attivo STEN e STAM; progetto (comprensivo di indicatori) entro marzo 2015, operatività sperimentale da giugno.
 - Attivazione di trasporto assistito materno (STAM) e sistema di trasporto emergenza neonatale (STEN) su tutta la Regione. Progetto, unico per ogni ASL che coinvolga tutte le AO con Punto Nascita comprensivo degli indicatori, entro aprile 2015, attivazione sperimentale entro settembre.
 - Attuazione di modalità organizzative, entro giugno 2015, per consentire la parto analgesia H 24 in almeno un Punto Nascita per ogni AO.
- B) Rete SIDS (Sindrome della morte improvvisa del lattante). In tale ambito si procederà:
- all'individuazione di un Comitato Esecutivo - cabina di regia della rete composta da figure di esperienza

- all'avvio di sperimentazioni attraverso modalità innovative per favorire la presa in carico della famiglia

Reti di patologia

- Rete Ematologica Lombarda (REL)
- Rete Oncologica Lombarda (ROL)
- Rete Nefrologica Lombarda (ReNe)
- Rete Stroke
- @Rete Stremi
- Rete Diabete

Obiettivi generali di rete:

1. Sviluppo ed evoluzione del governo delle reti di patologia con finalità di ulteriore razionalizzazione ed efficientamento
2. Nomina e strutturazione per ogni singola rete di uno specifico Comitato Esecutivo (CE).
3. Obiettivi primari del governo delle reti:

a. definizione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA) con particolare attenzione al tema dell'appropriatezza clinica, dell'efficienza dei modelli organizzativi e della razionalizzazione delle risorse;

b. definizione di indicatori di monitoraggio/valutazione dei PDTA di patologia;

c. verifica dei PDTA attraverso lo strumento degli Audit interni ed esterni.

In particolare per la Rete Oncologica Lombarda (ROL)

1. Prosecuzione dell'attività degli 8 Work Package previsti dal "Progetto ROL 4: managed care network".
 2. Perfezionamento di Linee Guida e Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) per garantire continuità assistenziale e appropriatezza di cura.
 3. Perfezionamento, con il supporto dei professionisti membri del Comitato Esecutivo ROL e dei Coordinatori DPO, degli indicatori dei PDTA del carcinoma della mammella e colon-retto.
- #### Sistema trasfusione
- Il programma regionale per il 2015 prevede:
1. Perfezionamento del processo di riorganizzazione/centralizzazione del Sistema Trasfusionale Regionale.

2. Perfezionamento del processo di adeguamento ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi

3. Prosecuzione del programma di visite ispettive alle Strutture trasfusione regionali e alle Unità di Raccolta a gestione associativa, per la verifica con cadenza biennale, della sussistenza dei requisiti minimi vigenti.

4. Ridefinizione complessiva del modello economico a supporto del processo di riorganizzazione/centralizzazione del sistema trasfusionale regionale. Principi: semplificazione dell'attività di gestione amministrativa ed economica a livello di compensazione degli emocomponenti e degli emoderivati tra Aziende Ospedaliere; studio di un nuovo sistema tariffario per le attività di lavorazione/validazione del sangue e dei suoi componenti; necessità di eliminare il meccanismo di fatturazione tra A.O..

Appropriatezza prescrittiva

- Si procederà, da parte della Regione, a individuare condizioni di derogabilità per le prestazioni di endoscopia digestiva e di ecodoppler vascolare e per l'accesso a terapie con dispositivi medici nell'incontinenza urinaria.

- Proseguiranno gli interventi per migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni, in particolare di laboratorio. Tali attività andranno documentate con l'obiettivo di riduzione della spesa dei reagenti e di riduzione dal 5 al 10 % del numero di determinazioni per interni e per accessi di PS non seguiti da ricovero. In particolare si sono individuate le seguenti fattispecie di situazioni da monitorare e che saranno successivamente oggetto di ulteriori provvedimenti regionali:

- Analisi che prevedono un congruo tempo di ripetizione (ad esempio: elettroforesi, colesterolo, marcatori tumorali).
- Analisi che possono essere prescritte solo nel caso in cui risultati precedenti ne indichino la necessità (ad esempio: conferma di analisi screening positive).
- Analisi che possono essere prescritte solo in presenza di determinati quesiti diagnostici o di definite diagnosi (ad esempio: dosaggio CA 15-3 per tumore mammario) o, in altri termini, analisi che non devono essere prescritte per determinate patologie (ad esempio: PSA in paziente di sesso femminile).

- Analisi che non possono essere prescritte contemporaneamente perché forniscono la medesima informazione clinica (ad esempio: VES e Proteina C reattiva).
 - Analisi che devono essere prescritte solo in presenza di diagnosi accertata (ad esempio Marcatori tumorali).
- Viene modificato l'allegato C della DGR 4716/2013 "Procedura per la richiesta ed accettazione prestazioni di genetica medica di cui all'allegato B" (esclusivamente per le prestazioni di genetica medica), come di seguito riportato: *possono prescrivere le prestazioni solo i medici specializzati in genetica medica o gli specialisti di branca attinente e all'interno comunque, di un percorso di consulenza genetica (pre test e post test). I MMG e i PdLS e gli altri specialisti possono prescrivere la prestazione "Prima visita di genetica medica" cod. tariffario 89.7B.1.*

Medicina di genere

Verranno posti in atto una serie di interventi volti a:

- individuare e realizzare all'interno delle strutture sanitarie PDTA che garantiscano il rispetto delle differenze di genere dei pazienti. Per ogni PDTA devono essere individuati indicatori di processo e di esito in grado di monitorare le azioni positive attuate.
- Predisporre di un piano annuale delle attività *gender oriented* e di una relazione conclusiva contenente indicatori di processo e di esito.
- Ricerca: disegnare studi clinici *gender oriented*.
- Attuare eventi formativi specialistici e per la medicina territoriale.

Gestione del Farmaco

Verranno definiti requisiti di accreditamento per la gestione ed organizzazione del servizio Farmacia.

Verrà attivato un GdL regionale per verificare lo stato dei modelli distributivi al fine di pervenire ad un modello di riferimento

Risk management

Obiettivo regionale è di fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed Internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure.

Il Piano strategico di Risk Management anno 2015 dovrà essere elaborato con riferimento all'andamento della rischiosità aziendale, prendendo come riferimento i dati degli indicatori regionali di benchmarking sul rischio nonché gli eventi sentinella e gli eventi avversi più rilevanti. Particolare attenzione deve essere posta all'individuazione di indicatori per la misurazione dei risultati sia di processo che di esito.

Nell'implementazione delle linee strategiche in ambito di gestione del rischio, riveste priorità l'applicazione

in protocolli aziendali delle Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico:

Nel 2015 gli interventi debbano essere prioritariamente rivolti a diminuire il rischio nei seguenti ambiti:

- 1) rischio in sala parto,
- 2) prevenzione delle infezioni ospedaliere
- 3) prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici.

Programma di Miglioramento Continuo e Piano Performance

Entro il mese di febbraio deve essere predisposto il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO)

Gli obiettivi prioritari da sviluppare nel corso dell'anno, individuati nell'area "Garantire i livelli di assistenza", e comuni a tutte le strutture ospedaliere, riguardano la gestione di:

- infezioni correlate all'assistenza/sepsi
- percorsi di Pronto Soccorso
- continuità di cure

Nel corso del 2015, il piano delle performance, di cui alle legge 150/09, nelle more di quanto previsto dalla legge 144/14 art. 19 comma 10, verrà definito tenuto conto di quanto elaborato in sede di Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.).

Internal Audit

Entro il 15 dicembre 2015 dovrà essere comunicata la pianificazione annuale di Internal Auditing

HITA

Entro marzo 2015 la DG salute raccoglierà atti e documentazioni, compreso il Piano Lavoro del 2015, predisposti dalla Commissione Dispositivi Medici Aziendale.

Emergenza Urgenze:

verranno aggiornate le reti di Patologia tempo dipendenti (STEMI, STROKE, TRAUMIA) e la classificazione del PPI, PS, DEA, EAS. Gli obiettivi dei tavoli di confronto dovranno essere finalizzati

- a:
- la verifica della corretta gestione delle patologie tempo-dipendenti e delle situazioni di sovraffollamento dei PS/DEA/EAS nel rispetto delle indicazioni regionali;
 - condividere i criteri di attribuzione dei codici di triage;
 - promuovere percorsi formativi integrati ed interaziendali;
 - proporre soluzioni di miglioramento organizzativo dei codici minori ed individuare forme di integrazione tra i sistemi di E/U e servizi di continuità assistenziale;
 - individuare modalità per individuare e gestire al meglio le violenze di genere;
 - proporre soluzioni per prevenire atti di violenza verso gli operatori;

E' previsto anche per il 2015 il proseguimento del progetto Codici Minori e pronto soccorso. Sempre per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamenti per acuti o comunque di trattamento ospedaliero saranno sperimentate percorsi agevolati che prevedano la possibilità prenotazione di esami ed ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi, adottando apposite procedure per l'invio alla rete delle Cure primarie, attivando ogni possibile collegamento tra gli specialisti del pronto Soccorso e la rete degli specialisti territoriali. Dovranno essere realizzati progetti di integrazione dell'attività di emergenza-urgenza Intra ed extra Ospedaliera.

2.2.2.2 Rete di Offerta Territoriale

Governo del farmaco. Saranno obiettivi aziendali:

- aggiornamento dei prontuari ospedalieri entro il primo semestre 2015
- prosecuzione attività avviate sui farmaci equivalenti
- adesione agli eventi formativi per la promozione degli strumenti di governo clinico, tra cui il prontuario alle dimissioni), e la promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto.
- uso degli strumenti di analisi e monitoraggio condivisi con ASL
- aggiornamento dei progetti inerenti l'appropriatezza prescrittiva e distribuzione per conto come da precisazione su precedenti deliberazioni contenute nell'allegato B sub allegato 6

- controllo della prescrizione/erogazione in file F dei farmaci con scheda AIFA

Presidi Ospedalieri Territoriali

Con specifici successivi provvedimenti verrà attivata l'ipotesi progettuale DI POT nei Poliambulatori ICP di via Farini e di via Livigno.

Tutela della salute mentale

-Adesione e sviluppo dei programmi di Psichiatria e di Neuropsichiatria in accordo con ASL

-Introduzione di 4 nuove prestazioni di NPI ad integrazione del nomenclatore tariffario

Governo dei fattori produttivi

- consolidamento della razionalizzazione organizzativa della gestione del sistema di approvigionamento di beni e servizi.

- realizzazione di progetti interaziendali volti alla creazione di funzioni aggregate. Con specifici successivi provvedimenti, entro il 31 gennaio, la DGS individuerà obiettivi specifici di sistema e gli schemi di progetto per le AO, nei seguenti ambiti:

- La gestione economica del personale
- La formazione
- La gestione dei concorsi
- Gestione dei servizi di farmacie ed economici, sia in ambito aziendale che sovraziale
- La gestione dei sistemi informativi, anche attraverso la centralizzazione dei data center a livello regionale
- La gestione di servizi non sanitari (sterilizzazione ecc)
- L'area tecnica e di ingegneria clinica
- La riduzione delle locazioni passive, riconducendo le attività all'interno del patrimonio disponibile aziendale

Entro il 28 febbraio le AO predisporranno uno o più progetti analitici su questi temi individuando: risparmi di spesa, durata, risultati attesi. Sarà obiettivo del DG la qualità dei Progetti e i risultati raggiunti. Inoltre tali progetti potranno essere proposti per le RAR 2015.

(In analogia al punto relativo alla razionalizzazione delle attività sanitarie).

POA: in scadenza 2014 è confermato fino al 31/12/2015

Politiche del personale

Nel corso del 2015 sarà messo a regime il Progetto regionale di determinazione dei fabbisogni standard di personale per il superamento dei Piani Assunzioni:

- entro febbraio 2015 sarà chiesto di compilare un format, ancora da predisporre da parte di RL con successivo provvedimento;
- I fabbisogni si baseranno sulle informazioni contenute nel Fluper e obiettivo aziendale è rappresentato dalla qualità di compilazione del FLUPER che deve essere coerente con CA, CET, CoAn, Assetto Accreditato, POA, SDO, 28SAN;
- con specifico successivo provvedimento la DGS darà specifiche indicazioni per ciascun flusso e entro gennaio dovrà essere identificato un referente unico aziendale dirigenziale per i flussi.

Formazione ECVI

Nel corso del 2015 si procederà all'adeguamento all'impianto normativo nazionale

Politiche degli acquisti

Si conferma il sistema a rete e si prevede l'istituzione con DGR del Tavolo Tecnico degli appalti. Nel frattempo si conferma l'obbligo di procedere tramite ARCA e CONSIP, in via residuale in forma aggregata e solo ad ultimo in gare autonome.

Devono essere inviati alla DGS:

- Entro il 15 Gennaio 2015 - Resoconto delle procedure d'acquisto pubblicate nel 2014 e revisione della programmazione 2015 (gare aggregate e da svolgere in autonomia)
- Entro il 30 Aprile 2015 - Programmazione degli acquisti 2015 e 2016 (gare aggregate e da svolgere in autonomia);
- Entro il 30 Settembre 2015 - Prima revisione della programmazione per gli anni 2015 e 2016 e programmazione delle procedure d'acquisto per l'anno 2017 (gare aggregate e da svolgere in autonomia);
- Entro il 15 Gennaio 2016 - Resoconto procedure d'acquisto pubblicate nel 2015 e revisione programmazione 2016 e 2017 (gare aggregate e da svolgere in autonomia).

Obiettivo aziendale 2015: incrementare di un ulteriore 10% la spesa effettiva attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2014. L'obiettivo risulterà in ogni caso raggiunto se l'ente avrà raggiunto un valore di acquisti centralizzati/aggiunti pari ad 50%.

Dispositivi Medici: perverranno istruzioni in sede di bilancio preventivo per la definizione di un budget annuale dei consumi di dispositivi medici per classe CND. Il flusso Consumi DM deve essere in quadratura con il bilancio e coerente con il flusso contratti.

E' obbligatorio il flusso per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie entro il 31 dicembre 2014 per le grandi apparecchiature sanitarie in uso alla data del 31 dicembre 2013.

Si richiede l'uso attento e costante del DWH regionale come strumento di verifica e monitoraggio: il posizionamento dell'AO rispetto alla media regionale sarà valutato nell'ambito degli obiettivi. Il Collegio Sindacale verificherà l'utilizzo di questi strumenti in fase di predisposizione delle procedure di acquisizione.

Obiettivo aziendale è anche la relazione trimestrale al 15 del mese successivo alla chiusura di ogni trimestre.

Interventi finalizzati alla razionalizzazione delle sedi

Entro il primo trimestre 2015 deve essere inviata alla DG Salute un'analisi dettagliata sull'assetto del patrimonio immobiliare con le proposte di razionalizzazione.

2.3. EQUITA' TRASPARENZA E SEMPLIFICAZIONE

Potenziamento flussi informativi

1. Ricoveri ospedalieri (SDO). E' in corso una significativa modifica delle informazioni raccolte attraverso il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Con la sperimentazione del nuovo tracciato record.
2. Prestazioni ambulatoriali. unificazione degli attuali due flussi informativi (28/SAN e MEF) A partire dal 1.1.2015 il flusso informativo sarà unificato.
3. Attività svolte in hospice. L'attuale flusso informativo delle attività erogate negli hospice necessita di essere adeguato al flusso informativo vigente a livello nazionale.
4. Abortività. Nel 2015 occorrerà mettere in atto specifiche iniziative per ridurre in maniera significativa le discrepanze tra i flussi informativi ISTAT degli aborti spontanei (mod. D11) e delle interruzioni volontarie di gravidanza (mod. D12) e le SDO.
5. Coerenza tra posti letto ed attività erogate. Il confronto tra i posti letto dichiarati nei cosiddetti "Flussi informativi ministeriali" (modelli HSP, STS, ...) e le attività di ricovero effettivamente erogate (SDO) evidenzia a volte la presenza di incoerenze e valori discordanti tra le due fonti

informative. Nel 2015 dovranno essere effettuate specifiche iniziative per ridurre tali incoerenze e discrepanze ai valori minimi.

6. Corretta registrazione nei flussi informativi di attività dei dati di riconoscimento individuali. Alcuni flussi informativi di attività (SDO, prestazioni ambulatoriali, ...) contengono informazioni (codice fiscale, dati anagrafici) che identificano i singoli utenti del SSR. Il confronto tra tali dati e gli analoghi presenti nella Anagrafe degli Assistenti lombardi (NAR) segnala l'esistenza di significative differenze nelle informazioni registrate, con la conseguenza (tra altre) da una parte che emerge del contenzioso nella esposizione delle prestazioni erogate a cittadini supposti residenti in altre regioni e dall'altra che prestazioni erogate a cittadini erroneamente classificati come lombardi non vengono esposte alle regioni di competenza. Nel 2015 dovranno essere attivate specifiche iniziative per eliminare tali differenze.

Successive disposizioni della DGS forniranno opportune e specifiche indicazioni per ciascuno dei flussi informativi citati, anche attraverso la fissazione di obiettivi per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

Cittadini stranieri: miglioramento della rendicontazione delle prestazioni erogate a cittadini stranieri (mobilità attiva). Gli importi economici che non saranno recuperati per assenza di informazioni, rimarranno in carico alla struttura erogante.

Controlli

- Area Amministrativa

Sarà obiettivo del DG la riduzione dell'utilizzo delle proroghe rispetto al 2014 in particolare per i contratti scaduti da più tempo

- Area Liste di Attesa

Entro il 28 febbraio 2014 andrà inviato il Piano di Governo dei Tempi di Attesa Aziendale (PGTAz) ed entro il 31 luglio quello relativo al II semestre.

Nel flusso SDO è fatta obbligo l'accuratezza dell'inserimento della classe di priorità del ricovero e della data di prenotazione del ricovero programmato

Nelle prescrizioni ambulatoriali si ricorda l'obbligo dell'indicazione della classe di priorità.

Tutte le strutture dovranno fornire al call center regionale tutte le loro agende di specialistica ambulatoriale, SSN, Solvenza e Libera Professione, anche quelle le cui prestazioni non sono prenotabili dal call center stesso; tutte le strutture dovranno, come già previsto, compilare e

trasmettere il debito informativo di cui alla circolare 28/san/97 anche per tutte le attività erogate in regime di libera professione intramuraria e di solvenza;

Con successivo provvedimento, entro il mese di marzo del 2015, la DG Salute dovrà istituire un flusso informativo ad hoc relativo alle liste di attesa in regime di ricovero elettivo e alle agende di prenotazione per le attività chirurgiche rese in regime di ricovero ordinario.

- Appropriata e monitoraggio

Controlli Ricoveri

3% autocontrollo qualità documentale. Invio esiti in ASL entro 30/9/2015.

4% autocontrollo congruenza e appropriatezza generica. Invio esiti in ASL entro 30/9/2015.

7% controllo mirato ASL

Invariate le modalità.

Il 31 gennaio deve essere inviato in ASL il Piano di Controllo Aziendale

Controllo ambulatoriali

3.5% delle pratiche. Invariate le modalità.

Procedure riconducibili al 108 DRG a rischio di in appropriatezza

Vengono sottoposte a revisione, come da allegato B sub allegato 8.

Le procedure odontoiatriche 23.11 e 23.19 vengono eliminate e trasformate in BIC dal 1° gennaio 2015.

2.4. MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER CITTADINI E PAZIENTI

Attività volte alla semplificazione

-Proseguimento del progetto di de materializzazione delle prescrizioni farmaceutiche. La diffusione della ricetta de materializzata costituisce un obiettivo strategico 2015.

-Azioni di semplificazione e standardizzazione delle agende e di allineamento della prenotabilità dei vari canali esterni al CUP. Prenotazione con bollino verde anche da CCR.

-Monitoraggio delle agende disponibili al sistema di prenotazione regionale (istituzione nuovo flusso informativo)

-attivazione di vari modi possibili di pagamento del ticket attraverso canali diversi.

- rispetto del Piano Annuale SISS contenente tutti gli obiettivi da raggiungere, in particolare:

- Diffusione/utilizzo servizio SISS

- Integrazione/evoluzione SISS
 - Livelli di servizio
 - Comunicazione ai cittadini e formazione agli operatori
- Customer Satisfaction: si conferma la DGR 1185/2013
Misure per il miglioramento dell'equità
- Assistenza diabetica: si individuano nuove disposizioni sull'erogabilità di presidi e si stabilisce che entro marzo 2015 la DGS emanerà indirizzi sulla prescrivibilità dei microinfusori.
 - Adesione alle disposizioni in merito all'impiego off-label di farmaci nelle malattie rare nei presidi della RMR
 - Odontoiatria Sociale: verrà emanato dalla DGS un provvedimento per disciplinare la modalità di accesso per prestazioni extra LEA per l'erogazione gratuita di protesi dentarie

2.5. ASSISTENZA E TUTELA SANITARIA IN AMBITO EXPO 2015

Realizzazione progetto di potenziamento del Poliambulatorio di via Rugabella con offerta specialistica in varie discipline.

3. Prime Indicazioni su ulteriori progetti specifici

Ambito strutturale. Procedono gli interventi di razionalizzazione degli spazi con particolare attenzione ai Poliambulatori territoriali dove è in corso di elaborazione uno specifico progetto che riguarda il Poliambulatorio di Via Molise con trasferimento delle attività presso il nuovo Poliambulatorio di Via Don Bosco a decorrere dal 1° marzo 2015.

Ambito Tecnologico e di area tecnica. Alla luce delle indicazioni regionali, è allo studio la fattibilità di progetti di collaborazione interaziendale mirata alla razionalizzazione delle risorse strumentali al fine di ridurre i costi di gestione delle attrezzature, proseguendo il progetto già avviato nel corso del 2014.

Ambito Farmaci e Presidi. Prosegue il progetto avviato che pone al centro dell'attenzione la sicurezza per i pazienti e la prevenzione dei possibili errori nella terapia farmacologica. Il progetto è finalizzato al miglioramento del processo prescrittivo in termini di appropriatezza, di completezza della prescrizione e di prevenzione degli eventi avversi riconducibili alla interazione tra farmaci, con una favorevole ricaduta sugli aspetti di carattere gestionale (approvvigionamento di farmaci, contenimento dei consumi, riduzione delle scorte e corretta valorizzazione delle giacenze di reparto). In particolare verranno automatizzate: l'attività di movimentazione dei farmaci verso i centri di costo, le referenze da gestire e gli aspetti tecnici dell'interfacciamento con il gestionale di magazzino. Inoltre si è deciso di introdurre in un reparto un armadio informatizzato di che possa garantire la tracciabilità e la sicurezza delle terapie, compreso il percorso prescrittivo, anticipando la soluzione che in prospettiva potrà riguardare tutti i reparti degli ICP.

POT Nell'ambito delle sperimentazioni dei Presidi Ospedalieri Territoriali, L'AO ICP partecipa con un progetto che propone, nell'ambito dell'area milanese, la presa in carico dei pazienti con patologie cronico - degenerative per fornire un importante contributo alla loro assistenza in due punti di erogazione ritenuti strategici: Via Farini e Via Livigno.

Il progetto prevede l'aggregazione funzionale dei MMG ponendo le basi per lo sviluppo della rete integrata ospedale – territorio supportata dalle strutture ospedaliere afferenti a ICP. In particolare si richiama la gestione di un PDTA ad alta cronicità, quale quello della malattia diabetica, di integrazione con i MMG con la creazione di un percorso clinico organizzato e coordinato che risponda ai bisogni del paziente in termini di assistenza clinico terapeutica.

L'integrazione con il territorio arriva a garantire la continuità assistenziale con i medici messi a disposizione da ASL Milano, secondo modalità organizzative che rendono possibile offrire il servizio alla popolazione nelle 24 ore integrando anche attività socio sanitarie come ad esempio l'ADI, Assistenza Domiciliare Integrata.

Ambito Sicurezza e Prevenzione. Si prevede di:

- concludere la fase di valutazione del rischio da stress correlato, restituendo i risultati dell'analisi compiuta sui dati raccolti a tutti i reparto strutture dell'azienda;
- proseguire con l'attività di valutazione del rischio per luogo concludendo tutto il Presidio Bassini e il PO Buzzi;
- offrire un programma formativo, conforme ai requisiti previsti dall'Accordo Stato Regioni del dicembre 2014, ma soprattutto mirato sui rischi prevalenti presenti in Azienda;
- acquisire ausili e presidi necessari per la riduzione del rischio e proseguire le opere di adeguamento strutturale, impiantistico e di bonifica da amianto.

Ambito Affari Generali. Anche al fine di migliorare le relazioni con le Associazioni di Volontariato, verrà sviluppato un progetto per la gestione informatica delle pratiche in questo settore, per contenere i tempi di definizione delle pratiche attraverso la creazione di un database che consenta di reperire celermente tutte le informazioni anche in forma aggregata, redigere la documentazione mediante la stampa unione e monitorare le principali fasi del processo.

Ambito Legale. Verrà perseguito l'abbattimento del quantum delle richieste risarcitorie inerenti la nuova polizza di assicurazioni aziendali RCT/RCO in SIR nella misura del 20% della monetizzazione

svolta dalle controparti, in relazione al 70% delle richieste risarcitorie pervenute nel periodo 1 agosto - 31 dicembre 2014 e per tutta l'annualità assicurativa 2015.

Ambito Qualità dei processi sanitari. Vengono qui illustrati alcuni Obiettivi di Miglioramento e Progettualità aziendali per il prossimo periodo, alcuni già in atto e per i quali è previsto un ulteriore sviluppo, ed altri di nuova introduzione che troveranno specifica declinazione nell'ambito degli obiettivi di performance organizzativa, RAR o obiettivi di Qualità e Risk Management:

- Introduzione dei nuovi modelli di FUT aziendale e monitoraggio dell'impatto sugli EA;
- Revisione PDTA aziendali e monitoraggio;
- Produzione e condivisione dei dati di monitoraggio e di valutazione delle performance dal Portale di Governo di RL ed avvio dell'attività di revisione di 2° livello attraverso l'analisi delle Cartelle Cliniche;
- Revisione della documentazione sanitaria ed implementazione degli strumenti informatici;
- Estensione del dominio di Certificazione ISO ad alcune ulteriori SC;
- Analisi delle criticità sugli indicatori relativi agli elementi Ingresso del PIMO e sugli elementi misurabili non o parzialmente applicati dell'Autovalutazione.

Area Accoglienza. Progetto ambulatori aperti. Dopo un periodo sperimentale si propone una fase di consolidamento e sviluppo del progetto ambulatori aperti. Promuovendo l'estensione di apertura al pubblico di alcune attività nei Poliambulatori, ci si propone di agire sul contenimento dei tempi di attesa di prestazioni che presentano criticità e di migliorare l'accoglienza dei pazienti offrendo prestazioni in orari più agevoli per venire incontro alle esigenze di alcune fasce della popolazione in età lavorativa e scolastica.

Ambito EXPO' 2015. In ottemperanza alle disposizioni della Giunta Regionale Lombardia (Deliberazione N° X/2989 del 23/12/2014 "Regole di Sistema 2015"), nella quale sono tra l'altro previste le modalità di erogazione per l'assistenza e la tutela sanitaria nell'ambito di EXPO 2015, l'A.O. ICP con il presente progetto intende proporre un intervento sanitario specifico e articolato a

Milano, per dare risposte efficaci ai visitatori che abbiamo bisogno di interventi sanitari in occasione dell'EXPO.

La scelta strategica legata a Expo 2015 si colloca anche quale intervento riqualificante di un Poliambulatorio pubblico, che per la sua multi valenza specialistica, oltre alla sua collocazione centrale, è in grado di raccogliere un ampio bacino d'utenza, offrendo un'immagine moderna e innovativa del Servizio Sanitario Regionale.

Il progetto, si struttura attraverso percorsi sanitari dedicati finalizzati all'accoglienza di visitatori stranieri nonché a tutti i cittadini lombardi ed italiani. L'evento EXPO 2015 diventa l'occasione per sperimentare anche una diversa modalità organizzativa della medicina territoriale dove l'offerta di medicina specialistica si integra con percorsi organizzativi di accesso diretto alle cure di primo livello.

In tale ottica, il progetto si inserisce in un dispositivo di molteplici attività di supporto sanitario quali le strutture di EMERGENZA – URGENZA opportunamente organizzate, i Punti di Primo Intervento presso l'area espositiva, e appunto l'individuazione di una struttura sanitaria territoriale con le seguenti caratteristiche:

- a. allocazione in zona centrale a Milano (in prossimità dei principali siti turistici ed alberghi)
- b. sperimentazione gestionale e assistenziale per l'accoglienza ed accessibilità di cittadini italiani iscritti al SSN e di cittadini europei con TEAM (tessera europea di assicurazione malattia), oltreché cittadini che non godono di copertura con SSN;
- c. offerta di prestazioni sanitarie specialistiche erogate da medici specialisti ambulatoriali in ampliamento orario e in stretta connessione con i medici dedicati all'accesso diretto;
- d. accordi specifici con DEA territorialmente competenti per la gestione di pazienti ingravescenti;

Principali normative e documenti aziendali di riferimento

Normativa Nazionale

- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n° 150 art. 14
- Delibera n° 89/2010 Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche
- Delibera n° 104/2010 Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche
- Delibera n° 114/2010 Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche
- Delibera n° 6/2013 Autorità Nazionale Anticorruzione
- Delibera n° 50/2013 Autorità Nazionale Anticorruzione
- Delibera n° 72/2013 Autorità Nazionale Anticorruzione
- Nuovo patto per la salute 2010-2012 (DGR 11086/10)
- Norma UNI-EN-ISO 9001/2008

Normativa Regionale e documenti collegati

- Manuale della Cartella Clinica della Regione Lombardia - Ed .2007
- Piano Socio Sanitario 2010-2014 (DCRL 88/10)
- DGR 1151/2010 all. C, commi 7c, 7d
- DGR 351/2010 "prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura"
- Report di valutazione degli ospedali lombardi anno 2010 – Regione Lombardia
- Report di Valutazione della performance economica 2010 – Regione Lombardia
- DGR 1596/2011 Ulteriori determinazioni NVP Enti Sanitari
- Decreto 4914/2011 "Linee Guida agli enti del SSR – Nuclei di Valutazione delle Prestazioni (NVP) e s.m.l.
- Manuale Standard per l'Accreditamento degli Ospedali - JCI - Ed.2011
- DGR 2633/2011 "Determinazioni in ordine alla Gestione del SSR per l'esercizio 2012 (all. 9)
- Decreto 349/2012 "approvazione del metodo per l'individuazione dell'indicatore sintetico di performance per le strutture di ricovero"

- Sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie Pubbliche Lombarde – OIV Regione Lombardia – dicembre 2012
- Coordinamento OIV dei NVP degli enti socio sanitari della Regione Lombardia, dossier di sintesi dicembre 2013
- DGR 1185/2013 "Determinazioni in ordine alla Gestione dei SSR per l'esercizio 2014 (all. 3)
- DGR 2989/2014 "Determinazioni in ordine alla Gestione dei SSR per l'esercizio 2015"
- Linee Guida per la elaborazione e lo sviluppo del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto con il SSR lombardo – DGS Regione Lombardia – Gennaio 2014

Documenti Aziendali

- Procedura Aziendale ICP-CDG-PrA 002 "gestione del ciclo di programmazione e controllo: Valutazione delle performance organizzative e integrazione con la valutazione delle performance individuali"
- Codice Etico AO ICP
- POA ICP anni 2009 - 2011
- Contratto Integrativo aziendale della dirigenza medica del 27.9.10
- Contratto Integrativo aziendale del comparto non dirigenziale del 12.10.10
- Contratto Integrativo aziendale della dirigenza SPTA in fase di discussione
- Bilancio preventivo economico 2012
- ICP - PrA 006 "monitoraggio, gestione ed analisi degli indicatori aziendali"
- ICP - MA 023 e 023s "elenco indicatori"
- ICP - MA 039 e 045 "valori indicatori" e "analisi indicatori" e relative registrazioni semestrali
- ICP - IA 002 "valutazione credenziali del personale dirigente sanitario"
- ICP - MA 043 e 044 "mappatura" e "schede" delle credenziali del personale dirigente sanitario)
- ICP – PA 013 "protocollo aziendale di collaborazione con le associazioni di volontariato"
- ICP – PA 04 "programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014 - 2016"
- ICP – PA 03 "piano triennale per la prevenzione della corruzione 2014 - 2016"
- ICP – PA 05 " piano di Risk Management 2014"



Azienda Ospedaliera

Istituti Clinici di Perfezionamento

Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione convenzionato con l'Università degli Studi di Milano

VERBALE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE AZIENDALE

In data 23 gennaio 2015 presso la Direzione Generale in Via Castelvetro, 22 sono presenti il:

- Dott. Maurizio Emanuele PIZZICAROLI
- Dott. Sergio COSTANTINO
- Prof. Giovanni Paolo CRESPI

nominati componenti del Nucleo di Valutazione Aziendale.

Per l'Amministrazione dell'ICP sono presenti:

- Dott.ssa Paola Maria PIROLA – Responsabile Controllo di Gestione, Programmazione, QuaRM
- Dott.ssa Ambra Braga – Responsabile SS Qualità e Risk Management

In apertura di seduta viene proposto l'esame dei seguenti argomenti all'OdG:

- Regole di Sistema 2015
- Piano delle performance e programma integrato di miglioramento dell'organizzazione – aggiornamento annuale 2015
- varie ed eventuali

1. Regole di Sistema 2015

Con DGR 2989/2014 "Determinazioni in ordine alla Gestione del SSR per l'esercizio 2015", pervenuta in data 29/12/2014, Regione Lombardia ha fornito le linee di indirizzo per l'anno in corso e le prime disposizioni in merito agli obiettivi aziendali.

Il documento prevede un allegato A "integrazione sociosanitaria e sanitaria" e un allegato B "regole di sistema 2015 in ambito sanitario" che riporta le linee di indirizzo su tutti i temi della gestione ospedaliera.

E' stato predisposto uno schema di sintesi delle principali disposizioni con l'indicazione delle scadenze dove disponibili (all. 1).

Come linee generali emergono:

- **consolidamento** di attività già avviate negli anni precedenti: promozione della salute, medicina di genere, fatturazione elettronica, punti nascita, SIMT, Emergenza Urgenza, POT, salute mentale, liste di attesa;
- attenzione importante alla necessità di garantire l'**appropriatezza**, clinica, organizzativa e prescrittiva;
- attenzione al **governo** degli acquisti (beni e servizi), governo del farmaco e governo del personale;
- rinforzo delle attività di **rete**, sia sul versante clinico con le reti di patologia e i relativi PDTA che sul versante organizzativo con le reti interaziendali e ospedale territorio;
- sviluppo dei **flussi informativi** sanitari e amministrativi con obiettivi di miglioramento della qualità di compilazione maggiori e di coerenza tra loro. Avvio di nuovi flussi o potenziamento e integrazione di flussi esistenti con altre informazioni;
- ridefinizione delle **tariffe DRG** con identificazione in alcuni casi di differenziazioni di remunerazione nell'ambito dello stesso DRG in relazione alle diagnosi e alla durata di degenza (es. in neonatologia). In altri casi vengono modificate le soglie di degenza per le complicanze (es. parto);
- individuazione di due aree di sviluppo a livello programmatico strategico

Sede Legale: Via Castelvetro n.22 - 20154 Milano - Cod. Fisc. 80031750153 - P.IVA 04408300152 - Web: www.icp.mi.it

- riordino rete ospedaliera - ambito aziendale
- governo dei fattori produttivi

nell'ambito delle quali la DGS individuerà obiettivi specifici e schemi di progetto a seguito dei quali le AO entro il 28 febbraio dovranno predisporre uno o più **progetti strategici** sui temi proposti individuando: risparmi di spesa, durata, risultati attesi.

Saranno oggetto di valutazione del DG la qualità dei Progetti e i risultati raggiunti. Inoltre tali progetti potranno essere proposti per le RAR 2015.

- **Piani Strategici:** RM, PP - PIMO
- interventi per la **semplificazione** e per l'**equità**
- interventi per **EXPO 2015**

Al fine di condividere gli obiettivi individuati e le azioni da adottare per il loro perseguimento, il DG ha convocato un incontro con i responsabili degli uffici amministrativi, di staff e delle Direzioni Mediche di Presidio per il giorno 27 gennaio.

Il Nucleo di Valutazione nell'osservare le evidenti interrelazioni tra le diverse linee generali individuate dalla DGR 2989/14, invita l'AO, in attesa di ulteriori indicazioni e di provvedimenti specifici sulle singole aree, ad avviare il percorso di pianificazione tenendo conto dei collegamenti e delle sinergie attuabili tra le varie attività.

2. Piano delle performance e piano integrato di miglioramento dell'organizzazione – aggiornamento annuale 2015

Viene presentato l'aggiornamento annuale 2015 del Piano delle Performance (PP) 2014-2016 e Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) annuale (all.2),

Il PP 2014 - 2016 dell'AO ICP rappresenta lo strumento programmatico e di pianificazione triennale nel quale vengono esplicitati gli obiettivi strategici aziendali e definiti gli strumenti per la loro realizzazione e per il loro monitoraggio. Nella sua seconda parte il documento illustra e dettaglia gli obiettivi operativi annuali che vengono assegnati alle singole articolazioni aziendali.

Con le regole di sistema, viste al punto 1, in merito al PP e PIMO, Regione Lombardia dispone che:

"Nel corso del 2015, il piano delle performance, di cui alle legge 150/09, nelle more di quanto previsto dalla legge 144/14 art. 19 comma 10, verrà definito tenuto conto di quanto elaborato in sede di Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.).

La necessaria integrazione tra questi due strumenti non deve duplicare gli sforzi delle amministrazioni nonché i dati e le informazioni già rendicontate al livello regionale; tuttavia si auspica la continua valorizzazione dello specifico organizzativo di ogni Azienda lombarda.

Indicazioni per il monitoraggio delle performance:

Il monitoraggio delle performance previste nel Piano Performance avviene, per l'anno 2015, mediante un set minimo di indicatori comuni a tutte le aziende ospedaliere, estrapolati dal P.I.M.O., sulla base di indicazioni operative elaborate dell'OIV della Giunta Regionale, di concerno con la DG Salute." (DGR 2989 All.B, par. 2.3.6.2)

Inoltre in merito al PIMO viene definito che." (DGR 2989 All.B, par. 2.3.6.1):

"La realizzazione del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.) è responsabilità della Direzione Strategica che deve gestire il processo di

*pianificazione
programmazione
monitoraggio*

del miglioramento dell'organizzazione tramite il Responsabile per la Qualità aziendale.....

....Il processo parte dalla check-list di autovalutazione, dalle valutazioni esterne e dal sistema di indicatori relativo agli elementi di ingresso essenziali per portare al riesame della Direzione una visione d'insieme della valutazione delle aree di interesse per l'intera organizzazione aziendale e per evidenziare le priorità e la sostenibilità degli obiettivi di miglioramento....

...Nel 2015, per quanto riguarda la stesura del P.I.M.O., dovrà essere strutturata con l'evidente integrazione dei sistemi di valutazione delle performance aziendali e della gestione del rischio con il supporto informativo proveniente dai dati del monitoraggio interno e dalla autovalutazione....

....Il P.I.M.O. dovrà essere predisposto entro il mese di febbraio."

Pur avendo quindi Regione Lombardia di fatto promosso l'integrazione tra PP e PIMO ed assegnando a quest'ultimo la scadenza del 28 febbraio, per rispettare la scadenza dell'aggiornamento del PP prevista dalla

Legge 150/09 al 31 gennaio, si è proceduto ad una prima proposta di aggiornamento del documento basata sulle indicazioni relative alle Regole di Sistema 2015, già in possesso delle AO, e si rimanda a successive revisioni le opportune integrazioni.

L'Ufficio Qualità e RM, su mandato della Direzione Aziendale, è impegnato nella preparazione del Riesame di Direzione (RD) che rappresenta la prima parte del PIMO e che fornisce la visione d'insieme della valutazione delle aree di interesse per l'intera organizzazione aziendale al fine di evidenziare le priorità e la sostenibilità degli obiettivi di miglioramento.

Il Rapporto per il RD dell'AO ICP, accogliendo le indicazioni delle LLGG di RL, inserite nelle Regole e negli Obbiettivi 2015, sarà predisposto in due successivi step: il primo entro il mese di febbraio - in relazione all'obbiettivo 2014 delle DG, relativo al PIMO - e conterrà la sintesi delle relazioni prodotte dalle Strutture competenti per i vari ambiti di cui agli elementi in ingresso previsti, con l'andamento dei relativi indicatori. Inoltre dovrebbero già risultare disponibili a tale data le prime valutazioni relative agli obbiettivi sia Aziendali che di Budget 2014, nonché le prime valutazioni di Qualità Percepita e l'ultimo trimestre degli indicatori regionali di Outcome. Infine saranno disponibili ed presentati i dati di valutazione del SGQ, sia interni che di parte terza.

Un secondo upgrade del RD verrà quindi effettuato non appena disponibili gli ulteriori elementi in ingresso sia di provenienza interna che istituzionale esterna.

Il NVP prende atto del Piano delle Performance e Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione - aggiornamento 2015 redatto dall'Amministrazione e condivide la scelta di introdurre i nuovi indicatori definiti dalla regione nell'ambito del PIMO mantenendo il monitoraggio degli indicatori storicamente utilizzati.

Letto, confermato, sottoscritto

Dott. PIZZICAROLI _____

Dott. COSTANTINO _____

Prof. CRESPI _____

All.ti: c.s.d.