

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2017	Accountability	
					VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	Note informative
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.1	Attuazione del piano di formazione dei dipendenti	CORSO FAD in materia di anticorruzione e trasparenza al 100% dei dipendenti	100%	100,0%	Il piano di formazione finalizzato alla conoscenza e al rispetto vincoli posti della attività di trasparenza e anticorruzione che l'ATS ha programmato di realizzare è stato effettuato ed ha coinvolto direttamente il 99,94% dei dipendenti .
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.2	Azioni finalizzate alla Prevenzione della Corruzione	Introduzione ed implementazione delle misure di prevenzione della corruzione da parte delle strutture afferenti ai Responsabili/Coordinatori di area. Attuazione del monitoraggio anche al fine di individuare interventi di sviluppo e correttivi.	100% dei coordinatori / responsabili	100%	Il piano di monitoraggio è stato effettuato, ha coinvolto il 100% delle strutture organizzative della ATS. E' stata svolta una specifica valutazione e analisi dei riscontri pervenuti per individuare specifiche aree critiche .
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.3	Misure di Trasparenza. Azioni previste e attuate	Introduzione ed implementazione delle misure di trasparenza da parte delle strutture afferenti ai Responsabili/Coordinatori di area Attuazione del monitoraggio anche al fine di individuare interventi di sviluppo e correttivi.	100% dei coordinatori / responsabili coinvolti	100%	Le misure richieste dal piano sono state effettuate , in particolare è stato completato il sito "Amministrazione Trasparente" che raccoglie le misure e le azioni adottate dalla ATS. Il Sito viene costantemente aggiornato ed è consultabile dai cittadini.
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.4	Misure Organizzative. Azioni previste e attuate	Definizione e monitoraggio delle misure organizzative, da parte delle strutture afferenti ai Responsabili/Coordinatori di area, per garantire il flusso informativo per la pubblicazione dei dati di cui al d.lgs. 33/2013.	100% dei coordinatori / responsabili coinvolti	100%	La pubblicazione dei dati è avvenuta, per contenuti e tempi, coerentemente con le indicazioni normative di cui al dlgs 33/2013.
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.5	Realizzazione del piano di analisi e valutazione dei rischi ATS	Predisposizione del piano di analisi e valutazione dei rischi coerente con il POAS ATS . Diffusione e informazione ai settori organizzativi.	100%	100%	Il piano dei rischi rispetto al possibile realizzarsi di situazioni critiche è stato predisposto. I contenuti, ovvero i possibili rischi e le modalità organizzative per affrontarli e superarli, sono stati definiti e valutati con ogni responsabile delle strutture organizzative.
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.6	Accesso Civico ex art. 5 c. 1 D.Lgs 33/2013. Richieste pervenute e gestione delle domande	N. richieste gestite/n. richieste pervenute appropriate	100%	100%	Tutte le richieste pervenute sono state assolte = 100%
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.1	Sviluppo del sistema Informativo Socio-Sanitario: predisposizione e attuazione del Piano annuale SISS(Piano annuale	Azioni implementate /azioni previste del Piano annuale SISS per quanto di competenza	>85%	100%	Lo sviluppo del Sistema Informativo SocioSanitario (SISS) è stato effettuato coerentemente con le indicazioni ed i piani predisposti da ATS in accordo con il sistema Regione.

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	Note informative
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.2	Sviluppo Qualità ATS - Produzione di documenti (Procedura o Regolamento o Istruzione Operativa...) a sostegno dell'Omogeneizzazione e consolidamento dei comportamenti	Realizzare la redazione di procedure/documenti organizzativi/istruzioni operative, relative alle attività finalizzate ad uniformare le attività stesse, la modulistica, i comportamenti e gli indicatori di valutazione su tutto il territorio di ATS.	100%	100%	Nel corso dell'esercizio 2017 è stata completata l'organizzazione della ATS di cui una componente fondamentale è stata l'implementazione di un sistema finalizzato ad integrare e uniformare le modalità di realizzazione delle attività maggiormente rilevanti. Sono state definite e validate 42 procedure relative ad attività considerate prioritarie.
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	3.1	Utilizzo del farmaco a brevetto scaduto. Rispetto target regionale	% di farmaci a brevetto scaduto su totale della spesa farmaceutica	90%	92%	L'azione di rilevazione e monitoraggio del fenomeno unita alle iniziative di informazione e formazione nei confronti dei prescrittori ha prodotto, per il 2017, un valore % di farmaci a brevetto scaduto su totale della spesa farmaceutica pari all' 82,60% di poco inferiore rispetto al valore atteso.
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	3.2	Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali - Inibitori di Pompa Protonica	" Percentuale di pazienti in trattamento con IPP sul totale della popolazione Valore target 16% si intendono soggetti con età superiore o uguale a 18 anni."	16%	100	L'azione di rilevazione e monitoraggio del fenomeno unita alle iniziative di informazione e formazione nei confronti dei prescrittori ha prodotto, per il 2017 ha consentito di raggiungere il valore atteso. La percentuale di pazienti in trattamento con inibitori di pompa protonica (IPP) sul totale risulta del 16,46%, percentuale che si abbassa al 11,80% considerando l'indicatore relativo ai pazienti pesati.
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	3.3	Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali - Statine	Percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo. Valore target 82%	82%	90%	L'azione di rilevazione e monitoraggio del fenomeno unita alle iniziative di informazione e formazione nei confronti dei prescrittori ha prodotto, per il 2017, ha consentito alla ATS di ottenere una percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo terapeutico omogeneo pari al 71,59% inferiore rispetto al valore atteso.

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	Note informative
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	3.4	Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali	Rispetto della appropriatezza di prescrizione ed effettuazione delle prestazioni. Valore target regionale	100%	100%	<p>Nel contratto sottoscritto con gli erogatori pubblici e privati accreditati il 30.05.2017 è stato condiviso l'obiettivo di appropriatezza prescrittiva pertanto gli erogatori hanno sviluppato una serie di azioni migliorative e documentare l'attività svolta alla ATS entro il 30.11.2017. I risultati rilevati dalla ATS sono stati :</p> <p>Valutazione dell'indicatore di Appropriatezza sul tot erogatori delle prestazioni ambulatoriali=100%</p> <p>- N. prescrizioni di specialisti 2017/2016 = > 103%</p> <p>- Presenza prescrizioni di specialisti con ""codice priorità"" = 99,98%</p>
AREA DELLA PREVENZIONE	4.1	Svolgimento controlli programmati (Area Prevenzione Medica)	n. controlli effettuati / n. controlli	>=95%	100%	<p>Si documenta quantitativamente l'attività effettuata . Attività di Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN) Controlli totali programmati 5075/5184 effettuati = 98% - Campionamenti alimenti e bevande 649/649= 100%; Campionamenti acqua potabile 9175/8869= 103%; - Servizio igiene e sanità pubblica (SISP) Sopralluoghi effettuati/sopralluoghi programmati 5091/4085= 124%</p> <p>- Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro(PSAL) n. aziende controllate/n. aziende programmate 6601/8556 (PIC 4280)= 77 %- n. cantieri controllati/n. cantieri notificati 2177/23856=9,1% target (9%) 100% ; - Servizio salute ambiente (SSA)- sopralluoghi effettuati/sopralluoghi programmati 294/260=113%</p>

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	Note informative
AREA DELLA PREVENZIONE	4.2	Svolgimento controlli programmati (Area Veterinaria)	n. controlli effettuati / n. controlli	>=95%	100%	<p>A. Piano di Coordinamento dei controlli con le altre autorità competenti esecuzione dei controlli Controlli UVAC eff./prog. = 211/211 = 100% Controlli CCNAS eff./prog. = 41/26 = 157,7 % Controlli Capitaneria di Porto eff./prog. = 49/49 = 100 % Controlli ICQRF eff./prog. = 4/4 = 100 % Controlli CC ex C.F.S. eff./prog. = 8/8 = 100% Controlli Polstrada et. All. eff./prog. = 36/36 = 100 % Totale = eff./prog. = 349/335 = 104,2 %</p> <p>B. Piano di controllo integrato in materia di condizionalità sulle aziende zootecniche beneficiarie di aiuti comunitari. Controlli effettuati/programmati = 84/84 = 100 %</p>
AREA DELLA PREVENZIONE	4.3	Governance dell'attività di Screening territorio ATS. Promuovere la partecipazione agli screening sul territorio ATS. Rilevazione dei fabbisogni di prestazioni per ciascuna linea di screening contrattualizzata con gli erogatori.	Indicatore di performance Screening mammella e colon retto estensione: 95% adesione: mammella 65% ; colon retto 47%; Screening cervice uterina estensione 95% ; adesione 40%.	>=90%	100%	<p>5.1 Estensione mammografico_ 2016: 80% e 2017: 86,4% = +6,4% (da giallo a giallo con miglioramento >+5)</p> <p>5.2 Adesione mammografico 66,6% F. VERDE (2016 fascia verde)</p> <p>5.3_Copertura mammografico 2016: 45% e 2017: 55,8% = + 10,8% (da giallo a verde)</p> <p>5.4 Estensione colon retto 100% F. VERDE (2016 fascia verde)</p> <p>5.5_Adesione colon retto 2016: 42% e 2017: 43,3% = +1,3% (da giallo a giallo con miglioramento)</p> <p>5.6 Copertura colon retto 36,4% F. GIALLA (2016 fascia gialla)</p> <p>5.9_Tempo attesa colonscopia 2016: 51% e 2017: 51,8% = +0,8% (da giallo a giallo con miglioramento)</p> <p>5.10 Tempo di attesa app. mammografico 87,5% F. VERDE (2016 fascia verde)</p> <p>5.11 Tasso di app. mammografico (e succ) 5,5% F. VERDE (2016 fascia verde)</p> <p>5.12 Colonscopie complete 93,1% F. VERDE (2016 fascia verde)</p> <p>5.15 % Cancro avanzati mammella (e succ): 17,2% F. VERDE (2016 fascia verde)</p> <p>Il valore 2017 si è mantenuto > 50% VERDE (esattamente 62,2%) quindi con un miglioramento complessivo di +9%</p>

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	Note informative
AREA DELLA PREVENZIONE	4.4	Attuazione del piano di tutela della salute e sicurezza del lavoratore	Indicatore di performance controllo => del 5% delle imprese attive presenti sul territorio.	>=95%	77%	Controllo delle imprese attive sul territorio lombardo => 5% = 6601 UL controllate/171130 (PAT)= 3,85% (77%)
AREA DELLA PREVENZIONE	4.5	Programmi e iniziative di prevenzione specifica - dipendenze - WHP (Workplace Healthcare Promotion, progetti di promozione degli stili di vita nei luoghi di lavoro) - SPS- (Scuole per la salute, progetti di promozione degli stili di vita nelle scuole) Igiene della nutrizione[1]	n. cittadini coinvolti in programmi e iniziative di prevenzione e promozione degli stili di vita	>Valore 2016	100	6.1 Gruppi di cammino in popolazione > 65 aa = 6744 F. VERDE (2016 fascia verde, migliorato +3%) 6.2 Comuni con Gruppi di cammino = 105/195 = 54% F. VERDE (2016 fascia verde, migliorato +6%) 6.3 Copertura popolazione target (lavoratori) ? Rete WHP Lombardia = 69555 F. VERDE (2016 fascia verde, migliorato +2%) 6.4 Copertura Aziende? Rete WHP Lombardia = 133 aziende f. verde (2016 f. verde, migliorato +25%) 6.15a Capitolati mense orientati ad una offerta salutare (scuole)= 280/317 = 88 % F. VERDE (2016 fascia verde) 6.15b Capitolati mense orientati ad una offerta salutare (aziende) = aziende WHP con mensa 90 capitolato sano 87 = 96,6% 6.17 Merenda sana scuole primarie = 360/693 = 52 % F. VERDE (2016 f. verde) 6.18 Life Skill Training Lombardia = Adesioni I.C. AS 2017/18: 51/274= 18,6 % f. verde(2016 f. verde) 6.19 Unplugged Lombardia = Adesioni Ist. Sup. AS 2017/18: 19/121= 15,7% f. verde si segnala che in ATS è attivo sulle scuole superiori anche il programma PEER EDUCATION che ha visto nel 2017 l'adesione di 35 scuole (2016 fascia verde)
AREA DELLA PREVENZIONE	4.6	Attività di Screening mammograficoInvio di esito negativo al cittadino per le mammografie eseguite con il programma di screening	Tempo trascorso tra la data in cui è stata effettuata la mammografia di screening e la data di invio dell'esito negativo alla paziente o disponibilità al CUP.(Esclusi i referti con esito non negativo di un determinato periodo che richiedono un diverso percorso)	≤ 21 gg. da calendario nel 85% dei casi	100%	INDICATORE DI TEMPESTIVITA RILEVATO (112.175/115.249)= 97,33%
AREA DELLA PREVENZIONE	4.7	Attività di Screening colonretto invio di esito negativo al cittadino del test di ricerca sangue occulto eseguito con il programma di screening	Tempo trascorso tra la data della lettura in laboratorio del campione e data di invio dell'esito negativo al paziente.(Esclusi i referti con esito non negativo di un determinato periodo che richiedono un diverso percorso)	≤ 21 gg. da calendario nel 90% dei casi	100%	INDICATORE DI TEMPESTIVITA RILEVATO (165.099/165.159) = 99,96%

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	Note informative
AREA DELLA PREVENZIONE	4.8	Autorizzazione Art. 65 D.LGS 81/2008Autorizzazione Art. 65 D.LGS 81/2008A seguito di richiesta dell'utente rilascio autorizzazione all'utilizzo dei locali sotterranei e semisotterranei	N. autorizzazioni emesse entro 60 gg / N. richieste pervenute,(escluse le pratiche che richiedono tempistiche maggiori per eventuali approfondimenti documentali o sopralluoghi)	entro 60 gg. nel 100% dei casi	95%	INDICATORE RILEVATO. Le autorizzazioni emesse entro i 60gg sono state effettuate nel 100% dei casi
AREA DELLA PREVENZIONE	4.9	Vigilanza, controllo, prevenzione in materia di epidemiologia ambientale.Rilascio a Comuni, Provincia e Regione di pareri relativi alla valutazione dei rischi sanitari in materia di bonifica dei siti contaminati, riqualificazione urbanistica.	N. pareri rilasciati entro i termini previsti dagli enti richiedenti / N. pareri richiesti	>80%	100%	INDICATORE DI TEMPESTIVITA RILEVATO . I pareri richiesti e rilasciati nei tempi previsti sono stati effettuati nel 95% dei casi (177/185=95%).
AREA DELLA PREVENZIONE	4.10	Certificazioni veterinarie, inerenti attività rilevanti nell'ambito della sicurezza alimentare .	Data emissione / data richiesta < 48 ore.	certificati entro 48 ore dalla richiesta ≥ 90 %	100%	INDICATORE DI TEMPESTIVITA RILEVATO. I certificati emessi entro 48 ore dalla richiesta sono stati realizzati per il 98% della domanda .
AREA DELLA PREVENZIONE	4.11	Rilascio da parte della commissione del verbale di giudizio di idoneità alla mansione. Idoneità alla mansione e ricorso avverso il giudizio del medico competente	N. verbali emessi entro 90 gg. / N. richieste pervenute	entro 90 gg. nel 100% dei casi	97%	INDICATORE DI TEMPESTIVITA RILEVATO. i verbali emessi entro 90gg rispetto alle richieste pervenute è stato soddisfatto nel 97% dei casi.
AREA DELLA PREVENZIONE	4.12	Certificazioni veterinarie, inerenti attività rilevanti nell'ambito degli animali di affezione	Data emissione / data richiesta < 48 oreData emissione / data richiesta < 48 ore	certificati entro 48 ore dalla richiesta ≥ 90 %	100%	INDICATORE DI TEMPESTIVITA RILEVATO. I certificati emessi entro 48 ore dalla richiesta sono stati realizzati nel 99% dei casi.
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.1	Comunità per minori vittime di abuso o maltrattamento	Predisposizione e attuazione del Piano di interventi previsti per minori in stato di abbandono inseriti nel percorso di adozione. Indicatore di performance Attuazione del piano 100% delle azioni previste. Valutazione esisti.	100% delle azioni previste dal piano	100	INDICATORE RILEVATO. Il piano di intervento è stato predisposto e applicato .

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	Note informative
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.2	Attività di Psichiatria - Sanità Penitenziaria	Attivazione di n 4 posti accreditati di residenzialità terapeutica che dovranno essere espressamente dedicati a questo target di pazienti (minori con problemi di salute mentale che incorrono in procedimenti di natura penale),	100%	100	L'ATS ha previsto e concordato nella contrattualizzazione con le strutture erogatrici (n. 4 strutture interessate) la disponibilità di posti letto.
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.3	Presa in carico della cronicità - Attività ambulatoriali.	Implementazione di percorsi di presa in carico del paziente cronico che prevedano che l'erogatore si faccia carico della garanzia dell'accesso preferenziale alle prestazioni programmabili. Sul Tot accessi => 30% sono accessi preferenziali di pazienti cronici "	100%	100	E' stato avviato e concluso il percorso per l'iscrizione nell'elenco degli idonei dei gestori/co-gestori ed erogatori per la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili ai sensi della DGR 6551 del 4.05.2017. Sono state realizzate le attività formative e informative nei confronti dei gestori e cogestori per la presa in carico dei pazienti cronici . L'attività di presa in carico è stata avviata con la comunicazione ai pazienti cronici interessati.
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.4	Gestione richieste di autorizzazione al ricovero in RSA per i pazienti in stato vegetativo. Valutazione e invio dell' esito in tempi brevi alle Riabilitazioni e alle RSA per il ricovero di persone in stato vegetativo	Tempo di risposta alle richieste di ricovero in RSA a pz in stato vegetativo inferiore a 30 gg. dalla ricezione della domanda, con documentazione completa.	≤ 30 gg. nel 80% dei casi	100%	INDICATORE RILEVATO. il 94% delle richieste ha ricevuto la risposta entro 30 gg.
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.5	Gestione richieste di autorizzazione al ricovero in RSA per i pz. affetti da sclerosi laterale amiotrofica / malattie del motoneurone.	Tempo di risposta alle richieste di ricovero in RSA per pz. con SLA - MdM dalla ricezione della domanda, con documentazione completa.	≤ 15 gg. nel 80% dei casi ≤ 30 gg. nel 100% dei casi	100%	INDICATORE RILEVATO. Il 100% delle richieste sono state evase con risposta entro 30 gg.
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.6	Valutazione delle domande ai fini dell'inserimento in struttura residenziale per minori con gravissima disabilità.	"N. domande con esito consegnato alla famiglia entro 30 giorni effettivi dalla ricezione della domanda / N. domande pervenute x 100 (Sono escluse le richieste non formalizzate o non complete degli elementi fondamentali per l'accesso e la valutazione)."	Entro 30 gg. nel 90% dei casi; entro 45 gg. nel 100%	100%	INDICATORE RILEVATO. Il 100% delle richieste ha ricevuto la risposta entro 45 gg.

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	Note informative
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.7	Gestione domande di rimborso cure all'estero.	Tempo di evasione dalla presentazione dell'istanza per cure all'estero al riconoscimento economico entro 90 giorni dalla presentazione dell'istanza.	100%	100%	INDICATORE RILEVATO. Tutte le pratiche sono state evase entro 90 gg dalla presentazione .
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.1	Controlli su prestazioni di ricovero	% di controlli sulle prestazioni di ricovero	>=14%	100%	E' stato effettuato entro il 28 febbraio 2018 il 14% delle prestazioni di ricovero .Controlli sulle prestazioni di ricovero al 28.02.2018: 100% dei controlli attesi.
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.2	Controlli su prestazioni di specialistica ambulatoriale	% di controlli sulle prestazioni ambulatoriali	>=3,5%	100	E' stato effettuato entro il 28 febbraio 2018 il 3,5% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.Controlli su prestazioni di specialistica ambulatoriale: 100% dei controlli attesi.
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.3	Monitoraggio e governo delle liste di attesa	Riduzione percentuale delle prestazioni che eccedono i tempi previsti rispetto all'anno precedente	-1% rispetto a 2016	100%	E' stato definito il piano dei controlli 2017 (Stesura PGTA/PDTA= 100%), sono stati effettuati i monitoraggi mensili : (monitoraggi mensili 12/12=100%) . Rilevazione : Prenotazioni ENTRO T MAX tot. 2017 % 370.490 / 392.054= 94,50%.
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.4	Corretto Utilizzo degli accessi in pronto soccorso	incidenza dei codici bianchi sul totale	<Valore 2016	100%	CODICE BIANCO: indica per il paziente con accesso in pronto soccorso che non vi è nessuna urgenza - il paziente non è in pericolo e non ha bisogno dell' intervento del pronto soccorso e può rivolgersi al proprio medico. La riduzione dei codici bianchi indica un aumento della appropriatezza nell'utilizzo della offerta sanitaria. Rilevazione dei codici bianchi :2016: 381.202,00 /1.451.947,00 = 26,25%----2017: 357.773,00 / 1.455.854,00 = 24,57%

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	Note informative
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.5	Controlli sulle Unità d'offerta socio sanitarie UdO	% di UdO controllate	>50%	100	Area Accreditamento e Vigilanza Strutture Socio sanitarie: E' stato effettuato il 100% delle visite ispettive per la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle Strutture Socio sanitarie. - Area Vigilanza Strutture Sociali: E' stato effettuato il 100% delle verifiche del mantenimento dei requisiti minimi d'esercizio e 100% dei sopralluoghi per Comunicazioni Preventive d'Esercizio per le aree di Milano Est e Ovest.
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.6	Controllo dei Fascicolo Socioassistenziale e Sanitario - (diario clinico del percorso socioassistenziale e sanitario del paziente) FASAS UdO residenziali e semiresidenziali	% di FASAS controllati nelle UdO campione	>15%	100%	Attività effettuata :% di FASAS controllati nelle UdO campione: RSA: 15% (101% dell'obiettivo) RSD: 32% (101% dell'obiettivo) Hospice: 16% (100% dell'obiettivo) Comunità Tox: 16% (101% dell'obiettivo) Comunità Tox Bassa soglia: 16% (210% dell'obiettivo) CSS: 30%: (101% dell'obiettivo) Cure Intermedie: 11% (105% dell'obiettivo) CDI: 18% (103% dell'obiettivo) CDD: 30% (101% dell'obiettivo)
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.7	Controllo dei FASAS UdO in regime ambulatoriale e domiciliare	% di FASAS controllati nelle UdO campione	>5%	100%	Attività effettuata : % di FASAS controllati nelle UdO campione CF: 5% (100% dell'obiettivo) Dipendenze Amb: 6% (100% dell'obiettivo) RIA Amb: 3% (104% dell'obiettivo) ADI: 5% (108% dell'obiettivo)
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.8	Accessibilità e Tempi di Attesa dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali	Indicatore di performance => del 95% delle prestazioni sanitarie devono essere erogate nei tempi d'attesa definiti dalla normativa .	>=95%	99,50%	INDICATORE DI TEMPESTIVITA RILEVATO.Prenotazioni ENTRO T MAX tot. 2017 % 370490 / 392054= 94,50%.
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.9	Autorizzazione e accreditamento delle unità d'offerta socio sanitarie	N. SCIA contestuali o richieste di accreditamento concluse in 60 gg. / N. SCIA contestuali o richieste di accreditamento presentate.(Esclusi i procedimenti interessati da diffide, prescrizioni e o richieste di integrazioni documentali)	entro 60 gg nel 100% dei casi	100%	INDICATORE DI TEMPESTIVITA RILEVATO.Le richieste di accreditamento sono stat soddisfatte entro 60gg nel 100% dei casi . N domande 9/ n risposte entro 66gg 9=100%

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	Note informative
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.10	accreditamento delle Strutture Sanitarie	N. di istanze di accreditamento concluse in 60 gg.(con la predisposizione dell'atto) / N. di istanze di accreditamento presentate.(Esclusi i procedimenti interessati da diffide, prescrizioni e o richieste di integrazioni documentali)	entro 60 gg nel 95% dei casi	100%	Viene effettuato un costante monitoraggio delle tempistiche dei procedimenti di accreditamento e delle verifiche requisiti tecnologici e strutturali .Verifiche Strutturali19/19 =100%
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.11	Accessi ispettivi a farmacie territoriali, grossisti, parafarmacie, case di cura, RSA, ospedali.	N. accessi ispettivi effettuati / N. accessi ispettivi programmati	≥ 95%	100%	ATTIVITA REALIZZATA. Sono stati effettuati n.395 accessi (obbiettivo atteso: 260 accessi).
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.12	Gestione richieste continuità assistenziale.Presa in carico delle chiamate al numero unico della centrale operativa	N. risposte effettuate dall'operatore/n. totale chiamate pervenute alla centrale operativa.	≥ 90% chiamate ricevute	86%	L'attività rilevata indica una percentuale dell'86% della presa incarico. E' in corso una riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale si prevede entro la fine dell'anno l'allineamento di tutti i territori di ATS alla nuova organizzazione del servizio .
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.1	Costo pro capite per assistito del personale	costo del personale / numero assistiti	49	100%	INDICATORE D'EFFICIENZA RILEVATO. Costo del personale euro 121.227.000 n. assistiti 3.472.461= Incidenza del costo del personale per assistito: euro 35
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.2	Costo pro capite per assistito di beni e servizi	costo per beni e servizi / numero assistiti	22	100%	INDICATORE D'EFFICIENZA RILEVATO 2017 : COSTO BENI E SERVIZI (NETTI):45.335.000 n. assistiti: 3.472.461 = Incidenza del costo dei beni e servizi per assistito 13,06 2016 : COSTO BENI E SERVIZI (NETTI): 51.433.000 n. assistiti: 3.426.401 = 15,01

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2017	VALORE RAGGIUNTO AL 31/12/2017	Note informative
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.3	Tasso di assenteismo dipendenti	n.ore di assenza / n. ore da contratto	20,6	96%	INDICATORE RILEVATO: Dato 2017: 21,38 Dato 2016: 20,98
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.4	Attuazione del piano di formazione dei dipendenti	n. dipendenti con almeno un corso di formazione /n. dipendenti	>=95%	100%	La programmazione e gestione del piano di formazione ha realizzato il 78,68% degli eventi previsti. Sono stati realizzati 155 (144 eventi ECM e 11 non ECM), corrispondenti a 204 edizioni, i vanno aggiunti ulteriori 37 eventi (33 ECM e 4 non ECM), corrispondenti a 61 edizioni. Tutto il personale in servizio (esclusi congedi, aspettative, malattie, maternità ecc.) al 31/12/2017, con l'eccezione di 1 unità, ha partecipato ad almeno 1 evento formativo. Il n. dei formandi è quindi pari a 1706 persone
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.5	Pagamento fornitori. Tempo medio di pagamento	n. medio giornate intercorse tra ricevimento fattura e pagamento ai fornitori	60	67%	2016 .Indicatore di tempestività 17,97 Tempo medio di pagamento 90gg -- 2017 Indicatore di tempestività 12,08 Tempo medio di pagamento 95gg Ai sensi dell'art. 10 del D.P.C.M. 22/09/2014 si pubblica l'indicatore di tempestività dei pagamenti .L'indicatore di tempestività dei pagamenti è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture.
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.6	Pagamenti fatture "Distinte Contabili Riepilogative" delle Farmacie.Garantire il rispetto dei tempi per consentire la tempestiva liquidazione delle fatture	Rispetto delle scadenze definite dal Calendario Attività (piano di attività) .	100%	100%	Le scadenze riferite al debito informativo interno ed esterno sono state rispettate nel 100% dei casi .