

Allegato n.1 Report sullo stato di attuazione degli obiettivi

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2019	Valore raggiunto al 31/12/2019	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	FONTE
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.1	Azioni finalizzate alla Prevenzione della Corruzione	Introduzione ed implementazione delle misure di prevenzione della corruzione da parte delle strutture organizzative (Unità Operative Complesse) ATS. Predisposizione del piano di analisi e valutazione dei rischi. Attuazione del monitoraggio anche al fine di individuare interventi di sviluppo e correttivi.	100%	100%	E' stato approvato, entro il 31/01/2019, il piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza aziendale 2020-2022. Il Piano triennale è stato pubblicato c/o sito www.ats-milano.it. Il piano è stato applicato	OBJ di Budget
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.2	Misure Organizzative. Azioni previste e attuate	Definizione e monitoraggio delle misure organizzative per garantire il flusso informativo per la pubblicazione dei dati di cui al d.lgs. 33/2013.	100% delle unità organizzative coinvolte	100%	Sono stati effettuati il monitoraggio, la verifica e la validazione del rispetto degli obblighi di pubblicazione da parte dei CDR coinvolti. La UOS Trasparenza e prevenzione della corruzione verifica e certifica con periodicità trimestrale l'assenza di inadempienze in tema di trasparenza e anticorruzione. Gli obblighi informativi e di pubblicazione sono stati attuati	OBJ di Budget
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.3	Accesso Civico ex art. 5 c. 1 D.Lgs 33/2013. Richieste pervenute e gestione delle domande	N. richieste gestite/n. richieste appropriate pervenute	100%	NR	n. 0 richieste gestite / n.0 richieste pervenute appropriate	STD di Qualità.
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.1	Sviluppo del sistema Informativo Socio-Sanitario: predisposizione e attuazione del Piano annuale SISS(Piano annuale di sviluppo del Sistema Informativo Socio Sanitario)	Azioni implementate /azioni previste del Piano annuale SISS per quanto di competenza	>90%	100%	Il piano annuale SISS della ATS è stato definito e applicato in tutte le sue componenti	OBJ di Budget
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.2	Sviluppo Qualità ATS - Omogeneizzazione e consolidamento dei comportamenti	Piano di sviluppo della qualità. Completare l'azione di omogeneizzazione dei comportamenti con l'obiettivo di uniformare le attività, la modulistica, i comportamenti e gli indicatori di valutazione su tutto il territorio di ATS.	100%	100%	E' stato definito, entro il 31/10/2019, il piano per la redazione delle procedure. Monitoraggio dello stato di attuazione da parte dei CdR coinvolti. Redazione report finale entro il 31/12/2019	OBJ di Budget
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.3	Valutazione e consegna in tempi brevi dell'esito della valutazione alle famiglie/Tutori dei minori	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%	Nel corso del 2019 sono state presentate n. 5 domande che sono state evase entro i 30 gg: 5/5 = 100%	STD di Qualità
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.4	Garantire il rispetto dei tempi nel segnalare alla Rete Nazionale Farmacovigilanza le schede Reazione avversa a Farmaco (ADR) (entro 7 giorni dal ricevimento)	Rispetto del termine previsto dalla normativa vigente per l'inserimento delle schede ADR nella Rete Nazionale Farmacovigilanza (Entro 7 gg dal ricevimento della segnalazione)	100%	100%	n.453 inserimento schede ADR entro 7 gg. dalla ricezione / n.453 schede ADR segnalate. 453/453 = 100%	STD di Qualità
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.5	Copertura delle procedure di valutazione del personale	N. di dipendenti che hanno ricevuto e condiviso la valutazione effettuata dal responsabile / n. totale dei dipendenti in servizio	>= 90%	77%	Totale dipendenti in servizio: 1798 Dipendenti che hanno preso visione della scheda: 1385 Risultato: 1385/1798 = 77,03%	- Fonte Indicatore - nota Indicatori comuni per le funzioni di supporto nelle amministrazioni pubbliche (Sperimentazione 2019 - Versione 1.0) pubblicata dal Dipartimento della Funzione Pubblica -Rendicontazione - Piattaforma di P&C

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2019	Valore raggiunto al 31/12/2019	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	FONTE
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.6	Incidenza delle risorse in lavoro agile	N. di dipendenti in lavoro agile / n. totale dei dipendenti in servizio	> 2%	100%	Contratti di SW attivati con Del.N. 830/2019: 180 Dipendenti in servizio: 1798 Risultato: 180/1798 = 10,01%	- Fonte Indicatore - nota Indicatori comuni per le funzioni di supporto nelle amministrazioni pubbliche (Sperimentazione 2019 - Versione 1.0) pubblicata dal Dipartimento della Funzione Pubblica - Fonte Dato 2019 - Fonte Dato 2019: Delibera ATS n. 830 del 05/09/2019
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.7	Controllo dell'efficace implementazione e applicazione del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR)	Gestione dei Registri dei Responsabili.	100%	100%	E' stato implementato il software per la gestione degli adempimenti privacy, con collaudo realizzato in data 18 giugno 2019	OBJ di Budget
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	3.1	Utilizzo del farmaco a brevetto scaduto. Rispetto target regionale	% di consumo di medicinali a brevetto scaduto rispetto al consumo complessivo di medicinali.	78%	100%	Il report disponibile di ottobre 2019 riporta un valore percentuale pari al 83,03% (BMK01)	OBJ di Budget
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	3.2	Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali	Sviluppo di iniziative di informazione verso i prescrittori con la finalità realizzare un incremento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari.	100%	100%	Nel corso del 2019 è stata effettuata una diffusa azione di formazione nei confronti dei prescrittori. L'attività è stata documentata dal Dipartimento Farmaceutico	OBJ di Budget
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	3.3	Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali - Antibiotici.	Realizzare specifiche attività di formazione ed informazione verso i MMG e i PdF per il corretto utilizzo degli antibiotici.	100%	100%	Azioni intraprese: capillare diffusione delle informative al 100% dei MMG/PLS - miglioramento degli indicatori relativi alle DDD degli antibiotici (-0,5%) e della percentuale di piani terapeutici informatizzati (da 65% a 79%).	OBJ di Budget
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	3.4	Azione di conoscenza e governo clinico di MMG e PdF	Rilevazione periodica e analisi dell'attività. Incontri di valutazione con i MMG e PdF. Produzione della scheda di valutazione per ogni MMG e PdF.	100%	100%	Sono state implementate le schede MMG e PLS per l'anno 2017, 2018 e 2019. Le schede sono state oggetto di presentazione in più occasioni formative a MMG e PLS e gli indicatori attualmente definiti sono stati sottoposti a validazione e modificati in accordo alle indicazioni fornite dai Comitati Aziendali coordinati dalle Cure Primarie.	OBJ di Budget
AREA DELLA PREVENZIONE	4.1	Svolgimento controlli programmati (Area Prevenzione Medica). Controllo imprese	n. controlli effettuati / n. controlli programmati	>=95%	100%	473 IMPRESE CONTROLLATE TRAMITE PIANI MIRATI/376 IMPRESE PREVISTE. 525 CONTROLLI EFFETTUATI TRAMITE PIANI MIRATI	OBJ di Budget
AREA DELLA PREVENZIONE	4.2	Svolgimento controlli programmati (Area Veterinaria)	n. controlli effettuati / n. controlli programmati	>=95%	100%	Esecuzione dei Piani di controllo programmati e delle azioni previste dalla U.O. Veterinaria in materia di Sanità Animale e biosicurezza Controlli eseguiti /programmati: 3389/3412 = 99%	OBJ di Budget
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.	Adesione screening mammografico 67% Adesione screening colon retto 47%	>=100%	90%	Risultati 2019 : Adesione screening mammografico 67,4 (100%)- Adesione screening colon retto 39,3= (84%)	OBJ di Budget

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2019	Valore raggiunto al 31/12/2019	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	FONTE
AREA DELLA PREVENZIONE	4.4	Attuazione del piano di tutela della salute e sicurezza del lavoratore	controllo ≥ del 5% delle imprese attive presenti sul territorio.	>=95%	86%	Controllo delle imprese attive sul territorio lombardo 5% indicatore di performance 4.11: N. 7309 AZIENDE CONTROLLATE/N. 170997 AZIENDE CON DIPENDENTI= 4,3%	OBJ di Budget
AREA DELLA PREVENZIONE	4.5	Area Stili di vita e ambienti favorevoli alla salute. Migliorare le coperture degli indicatori di performance: Gruppi di cammino in popolazione > 65 anni Programmi e iniziative di prevenzione specifica - Copertura popolazione target (lavoratori) – Rete WHP Lombardia - 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.	n. cittadini coinvolti in programmi e iniziative di prevenzione e promozione degli stili di vita	>Valore 2018	100%	Gruppi di cammino >65 anni: Partecipanti >65 anni: 5845 Popolazione residente 65-74 anni: 367.803 Rete WHP: N° sedi aziendali iscritte anno 2019: 200 N° sedi aziendali iscritte anno precedente: 175 Copertura Life Skills Training: N° scuole target aderenti anno 2019: 50 N° scuole target aderenti anno precedente 51 Comuni con Gruppi di cammino: N° Comuni con gruppi di cammino 96; N° Comuni 194 completezza e correttezza metodologica, secondo le specifiche fornite dalla D.G.W., dei flussi regionali: - PROSA; - Survey Stili di vita; - LST Lombardia Unplugged; - WHP; INDICE DI SINTESI = 64.66% (FASCIA BUONO)	OBJ di Budget
AREA DELLA PREVENZIONE	4.6	Attività di Screening mammografico invio 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 90% dei casi	100%	n. 134527 esiti negativi inviati entro 21 gg / n.142142 mammografie referatate con esito negativo (95%)	STD di Qualità
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%	n.189076 esiti negativi inviati entro 21gg / n.200301 letture con esito negativo (94,4%)	STD di Qualità
AREA DELLA PREVENZIONE	4.8	Richiesta di rilascio autorizzazione all'utilizzo dei locali sotterranei e semisotterranei Rispetto dei tempi Art. 65 D.LGS 81/2008Autorizzazione Art. 65 D.LGS 81/2008.	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	94%	N. Autorizzazioni (372) emesse in 60 gg/ n. (396) richieste pervenute (94%)	STD di Qualità
AREA DELLA PREVENZIONE	4.9	Rilascio a Comuni, Provincia e Regione di pareri relativi alla valutazione dei rischi sanitari in materia di bonifica dei siti contaminati, riqualificazione urbanistica, Valutazione Ambientale Strategica e Valutazione di Impatto Ambientale	N. pareri rilasciati entro i termini previsti dagli enti richiedenti / N. pareri richiesti	>80%	100%	N. 436 pareri rilasciati entro i termini previsti dagli enti richiedenti / N.528 pareri richiesti =83%.	STD di Qualità
AREA DELLA PREVENZIONE	4.10	Certificazioni veterinarie, inerenti attività rilevanti nell'ambito della sicurezza alimentare .	n. certificati rilasciati entro 48 ore dalla richiesta / n. richieste di certificati	≥ 90 %	100%	n. 9789 certificati emessi entro 48 ore dalla richiesta/ n. 9800 richieste pervenute =99,8%	STD di Qualità
AREA DELLA PREVENZIONE	4.11	Rilascio da parte della commissione del verbale di giudizio di idoneità alla mansione	N. verbali emessi entro 90 gg. / N. richieste pervenute (escluse le pratiche che richiedono tempistiche maggiori per eventuali approfondimenti documentali o sopralluoghi)	entro 90 gg. nel 100% dei casi	84%	N.310 pareri rilasciati entro i termini previsti dagli enti richiedenti / N.369 pareri richiesti =84%	STD di Qualità

Allegato n.1 Report sullo stato di attuazione degli obiettivi

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2019	Valore raggiunto al 31/12/2019	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	FONTE
AREA DELLA PREVENZIONE	4.12	Certificazioni veterinarie, inerenti attività rilevanti nell'ambito degli animali di affezione	n. certificati rilasciati entro 48 ore dalla richiesta / n. richieste di certificati	≥ 90 %	100%	n.2391 certificati emessi entro 48 ore dalla richiesta/ n. 2394 richieste pervenute (99,9%)	STD di Qualità
AREA DELLA PREVENZIONE	4.13	Prevenzione delle Malattie animali	Attuazione dei controlli programmati negli allevamenti presenti nel territorio ATS. Allevamenti controllati/esistenti	>= 95%	100%	Approvazione PIAPV con Deliberazione n. 150 del 21.02.2019 Controlli eseguiti /programmati DVSA TOTALE = 15117/15008 = 100,7%	OBJ di Budget
AREA DELLA PREVENZIONE	4.14	Salute e ambiente. Attuazione di percorsi formativi per MMG/PdF su temi legati ai danni sulla salute causati da esposizioni ambientali.	Organizzazione e attuazione di eventi formativi. Coinvolgimento di almeno il 70% dei MMG /PdF	100%	100%	E' stato proposto al Dipartimento Cure Primarie un evento formativo FAD dal titolo: "Valutazioni Urbanistiche" che ha coinvolto il 100% MMG/PLS.	OBJ di Budget
AREA DELLA PREVENZIONE	4.15	Dipendenze. Attivazione azioni del Piano per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico	Predisposizione ed attuazione delle azioni contenute nel Piano per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico sul territorio di competenza. Attuazione 100% degli obiettivi del piano	100%	100%	Sono state stipulate le convenzioni con le ASST e gli SMI per la realizzazione del Piano operativo	OBJ di Budget
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.1	Gestione richieste di autorizzazione al ricovero in RSA per i pazienti in stato vegetativo.	Tempo di risposta alle richieste di ricovero in RSA a pazienti in stato vegetativo inferiore a 30 gg. dalla ricezione della domanda, con documentazione completa.	≤ 30 gg. nel 80% dei casi	100%	N.35 domande pervenute / n 35 domande nei tempi ≤ 30 gg. = 100%	STD di Qualità
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.2	Gestione richieste di autorizzazione al ricovero in RSA per i pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica / malattie del motoneurone.	Tempo di risposta alle richieste di ricovero in RSA per pazienti con SLA - MdM dalla ricezione della domanda, con documentazione completa.	≤ 15 gg. nel 80% dei casi ≤ 30 gg. nel 100% dei casi	100%	N.40 domande pervenute / n 40 domande nei tempi ≤ 30 gg. = 100%	STD di Qualità
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.3	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%	La risposta alle domande pervenute è avvenuta nei tempi non superiori ai 90gg	STD di Qualità
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.4	attività di presa in carico. Governo della domanda - cronicità fragilità	Prosecuzione dell'attività di arruolamento dei soggetti cronici e/o fragili ed attuazione del modello di presa in carico attraverso l'analisi dei flussi informativi, il monitoraggio e la verifica dell'attuazione delle fasi previste, il controllo del rispetto delle scadenze, la rendicontazione/report periodici delle attività svolte, anche in relazione alla risposta a debiti informativi regionali	100%	100%	L'azione di presa in carico della cronicità nel corso del 2019 si è sviluppata incrementando il n dei soggetti presi in carico. Patti di cura sottoscritti nel 2019: 51723 Patti di cura sottoscritti nel 2018: 42826 incremento: +21% PAI attuati nel 2019: 45314 PAI attuati nel 2018: 34428 incremento: +32%	OBJ di Budget
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.5	Comunicazione istituzionale	Definizione e attuazione del piano di comunicazione ATS. Continuità nella attività di aggiornamento del sito ATS con la finalità di assicurare al cittadino il facile reperimento di ogni informazione necessaria all'accesso e alla fruizione dei servizi sanitari e sociosanitari. .INDICATORE DI PERFORMANCE = ATTUAZIONE del piano; costante aggiornamento del sito ATS 100%.	100%	100%	Il piano di comunicazione è stato predisposto e applicato sulla base della analisi fabbisogni ricevuti mediante compilazione di "schede comunicazione" da parte di tutte le strutture dell'ATS. Al termine dell'esercizio è stata predisposta la relazione di comunicazione per area servizi socio sanitari .	OBJ di Budget
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.1	Controlli su prestazioni di ricovero	% di controlli sulle prestazioni di ricovero 100% del valore target regionale.	100%	100%	La percentuale del 100,77% di raggiungimento al 13.12 è relativa al totale dei controlli attesi e corrisponde al 104,44% di controlli effettuati sulla quota del 7% di congruenza mirata. La percentuale sulla quota del 3,5% di autocontrollo di congruenza, è pari al 98,38% di raggiungimento. La percentuale sulla quota del 3% di autocontrollo di qualità, è pari al 98,58% di raggiungimento.	OBJ di Budget

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2019	Valore raggiunto al 31/12/2019	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	FONTE
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.2	Controlli su prestazioni di specialistica ambulatoriale	% di controlli sulle prestazioni ambulatoriali 100% del valore target regionale	100%	100%	Nel corso del 2019 sono stati controllati 534.184 record rispetto all'atteso di 526.000 record raggiungendo una percentuale di controllo del 102%.	OBJ di Budget
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.3	Accessibilità e Tempi di Attesa dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali Predisposizione e attuazione del piano di governo dei tempi d'attesa	Indicatore di performance \geq del 95% delle prestazioni sanitarie devono essere erogate nei tempi d'attesa definiti dalla normativa.	\geq 95%	97%	Dall'analisi dei dati già resi disponibili nella piattaforma regionale SMAF RL_MTA la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo riferito ai primi accessi entro le tempistiche da garantire, si posiziona al 92%	OBJ di Budget
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.4	Azioni di 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%	In ambito di Accreditamento al 31/12/2019 sono pervenute n. 45 istanze, per tutte è stato avviato il procedimento di verifica. Procedimenti da concludere entro il 31/12/2019: n. 33 Procedimenti conclusi: n. 33	STD di Qualità
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.5	Azioni di accreditamento delle unità d'offerta Sanitarie	N. delibere relative ad istanze di autorizzazione e accreditamento concluse in 60 giorni / N. di delibere relative ad istanze di autorizzazione e accreditamento (Esclusi i procedimenti interessati da diffide, prescrizioni e o richieste di integrazioni documentali)	entro 60 gg nel 95% dei casi	100%	103 / 103 = 100%	STD di Qualità
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.6	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	\geq 90% chiamate ricevute	100%	rapporto tra n. chiamate ricevute e n. chiamate risposte = 92,4 %	STD di Qualità
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.7	Attività di vigilanza e controllo in ambito sociosanitario	Verifica annuale del mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento di almeno il 30% delle unità d'offerta sociosanitarie	100%	100%	Effettuate vigilanza in almeno 701 strutture su 2012 strutture totali: 701/2012 = 35%.	OBJ di Budget
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.8	Attività di controllo sulle unità d'offerta sociali	Attività di verifica dei requisiti: garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute	100%	96%	Azioni di Controllo attuate: n. sopralluoghi CPE n. 210 n. sopralluoghi mantenimento n. 414 n. sopralluoghi straordinari n. 6 n. verbali documentali UdO vigilate redatti nel 2019 n. 118 totale numero UdO processate 748 rispetto ai 780 programmati = 95,8%.	OBJ di Budget
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.9	Vigilanza sulle farmacie pubbliche e private aperte al pubblico.	Attuare almeno il controllo del 50% delle farmacie operanti sul territorio ATS	100%	100%	Al 31/12/2019 sono state ispezionate 504 farmacie su 995. Lo standard è stato pertanto raggiunto.	STD di Qualità



Allegato n.1 Report sullo stato di attuazione degli obiettivi

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2019	Valore raggiunto al 31/12/2019	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	FONTE
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.10	Azioni e interventi di conoscenza e governo dell'offerta sanitaria.	Predisposizione delle schede con specifici indicatori di performance per ogni struttura erogatrice sanitaria.	100%	100%	Sono stati recepiti i piani di miglioramento delle ASST Lodi, Nord Milano, Ovest Milano e Melegnano Martesana che sono stati oggetto di una revisione con una azione coordinata dalla Direzione Strategica a cui hanno lavorato il Dipartimento PAAPSS e l'Unità di Epidemiologia che ha permesso la produzione di un documento di revisione degli standard DM70 contenente una dettagliata valutazione del piano di miglioramento presentato. L'evidenza della trasmissione in regione dei 4 piani di miglioramento ricevuti dalla ASST (l'ASST Rhodense non era inclusa nell'obiettivo assegnato da Regione Lombardia) e dei 4 documenti relativi alla revisione commentata e i documenti originali sono depositati presso la Direzione Generale Aziendale.	Rilevazione dati DM 70
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.11	Rilevazione, gestione e analisi dei flussi informativi relativi alla qualità percepita dal cittadino relativamente ai servizi di assistenza specialistica territoriale presso le strutture erogatrici.	Relazione semestrale che evidenzia le criticità e individua le opportune azioni di miglioramento	100%	100%	Ricevuta da Regione comunicazione in data 4/12/2019 da Ufficio Comunicazione DG Welfare con indicazioni relative alla rendicontazione della Customer Satisfaction da parte delle strutture pubbliche e sanitarie private accreditate contrattualizzate (accesso e utilizzo piattaforma SMAF) e rendicontazione segnalazioni/reclami da parte di ATS Milano (scadenza 28/02/2020)	OBJ di Budget
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.1	Costo pro capite per assistito del personale	costo del personale / numero assistiti	<= 49	100%	104.756.357/3.592.013 = 29,17	Bilancio (foglio "Indicatori ATS")
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.2	Costo pro capite per assistito di beni e servizi	costo per beni e servizi / numero assistiti	<= 22	100%	2.761.7629/3.592.013 = 7,68	Bilancio (Numeratore: Importo "Beni e Servizi (Netti)" da foglio SKATS; denominatore: N. Assistiti da foglio "Indicatori ATS")
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.3	Tasso di assenteismo dipendenti	n. ore di assenza / n. ore da contratto	<= 20,6	91,64%	97.796/435.072 = 22,48	Nell'area Amministrazione trasparente presente il dato sul tasso di assenza per mese e per UO.
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.4	Grado di copertura delle attività formative per il personale	N. di dipendenti che hanno seguito almeno un'attività formativa nell'anno / n. totale dei dipendenti in servizio	>=95%	100%	1.700/1.727 = 98,5%	- Fonte Indicatore - nota Indicatori comuni per le funzioni di supporto nelle amministrazioni pubbliche (Sperimentazione 2019 - Versione 1.0) pubblicata dal Dipartimento della Funzione Pubblica -Rendicontazione -Progetti RAR ed OBJ di Budget relativi alle iniziative FAD.



Allegato n.1 Report sullo stato di attuazione degli obiettivi

Area	Codice	Cosa misuriamo	Indicatore	Target 2019	Valore raggiunto al 31/12/2019	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	FONTE
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.5	Rispetto dei tempi di pagamento	La gestione dei pagamenti verso i fornitori deve garantire: - il rispetto delle scadenze delle fatture (30/60 giorni, fatto salvo i contratti vigenti con altre tempistiche).	≥ 95%	100%	Calcolo dell'indicatore ITP con pubblicazione nell'amministrazione trasparente. ITP annuo inferiore a zero, indica che i tempi di pagamento sono inferiori a 30/60 giorni. Nel 2019 l'indicatore ha valore negativo (-10,07), cioè indica tempi medi di pagamento, ponderati anche all'importo delle fatture pagate, inferiori ai 30/60 giorni.	Dato Pubblicato sul sito ATS al seguente percorso: Amministrazione Trasparente-Pagamenti dell'Amministrazione-Indicatore di Tempestività dei Pagamenti-Indicatore di Tempestività.
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.6	Adesione alle procedure centralizzate/aggregate	Spesa effettuata attraverso procedure centralizzate-aggregate / Totale spesa per Beni e Servizi	>= 2018	100%	Anno 2018: 8.598.009,41/26.695.000 = 0,322 Anno 2019: 10.900.559,30/27.617.629 = 0,395	OBJ di Budget (indicatore presente anche all'interno della nota della Funzione Pubblica)
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.7	Attività di internal audit	Pianificazione annuale del monitoraggio dei rischi in rapporto alla organizzazione e attività. Piano annuale di attività e attuazione del piano al 100%	100%	100%	Il Piano 2019 è stato definito e deliberato (deliberazione n. 129/2019).	OBJ di Budget
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.8	Responsabilizzazione e controllo dei costi e ricavi aziendali. Rispetto dei vincoli regionali. Applicazione del processo di controllo.	Continuità nell'azione di responsabilizzazione e controllo dei Centri di Responsabilità sui ricavi e costi aziendali in ottica di razionalizzazione delle risorse e riduzione dei costi. Rispetto dei vincoli regionali di assegnazione. Monitoraggio costante dei fattori produttivi impiegati.	100%	100%	Prosecuzione dell'attività di programmazione e controllo dei costi per beni e servizi da parte degli Enti Acquirenti mediante lo strumento, ormai consolidato, messo a disposizione del CDG all'interno della Scheda di Budget (Scheda P&C Costi). Tale attività è stata effettuata in occasione della predisposizione dei flussi BPE 2019, 1° CET 2019 - 2° CET 2019 - 3° CET 2019, e 4° CET 2019. Sono stati rispettati le assegnazioni date alla ATS	OBJ di Budget