



CL 01.01.02

DELIBERAZIONE N. 635 DEL 28/06/2019

PROPOSTA N. 696 DEL 17/06/2019

OGGETTO: ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018

PUBBLICAZIONE DAL 28/06/2019

sull'Albo Pretorio on-line dell'Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano.



CL 01.01.02

Proposta n. 696 del 17/06/2019

OGGETTO: ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018

IL DIRETTORE UOC CONTROLLO DI GESTIONE

RICHIAMATI:

- il decreto legislativo 27.10.2009 n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che all'art. 10 comma 1, lettera b stabilisce: "l'adozione di un documento denominato: «Relazione sulla performance» che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.";
- Il decreto legislativo 14.03.2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";

DATO ATTO che, con Deliberazione del Direttore Generale n. 92 del 31 gennaio 2018, la ATS della Città Metropolitana di Milano ha adottato il Piano della Performance per il triennio 2018-2020;

PRESO ATTO del parere del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni che, riunitosi nella seduta del 24.06.2019 presso la sede di Corso Italia 19 in Milano, si è espresso favorevolmente in merito al contenuto e al profilo metodologico e redazionale del documento denominato "Relazione sulla Performance 2018";

CONSIDERATO che in applicazione del Decreto Legislativo 14.03.2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" corre l'obbligo, per la pubblica amministrazione, di pubblicazione della Relazione sulla Performance in apposita sezione del proprio sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente";

RITENUTO pertanto, di procedere alla formale adozione della "Relazione sulla Performance 2018", allegato quale parte integrante del presente provvedimento (allegato 1), e alla relativa pubblicazione in osservanza dei vigenti disposti normativi;

IL DIRETTORE GENERALE

VALUTATA l'istruttoria e richiamate le motivazioni sopra formulate che qui si intendono integralmente richiamate;

SU CONFORME PROPOSTA del Direttore della UOC Controllo di Gestione proponente che dichiara la legittimità e la regolarità tecnica del presente provvedimento;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario;

DELIBERA

1. di adottare la "Relazione sulla Performance 2018", allegato quale parte integrante del presente provvedimento (allegato 1);
2. di pubblicare detta Relazione in osservanza dei vigenti disposti normativi nella sezione del sito internet aziendale "Amministrazione Trasparente – Performance";
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
4. di dare mandato al Responsabile del Procedimento per tutti i necessari successivi adempimenti di attuazione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 della L. 241/1990;
5. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi del comma 6 dell'art. 17 della L.R. 33/2009 (come modificato dalla L.R. 23/2015);
6. di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale.



Il Direttore Generale
Walter Bergamaschi

Parere favorevole formulato ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii e della L.R. 33/2009 e ss.mm.ii. per la formulazione delle decisioni del Direttore Generale

Il Direttore Amministrativo
Giuseppe Micale

Il Direttore Sanitario
Vittorio Demicheli

Il Direttore Socio Sanitario
Rossana Angela Giove

Relazione sulla Performance 2018

IL PIANO DELLA PERFORMANCE

La Direzione strategica dell'ATS città Metropolitana di Milano definisce annualmente, entro il 31 gennaio, ai sensi dell'art. 10 e 15 del decreto legislativo (D. Lgs.) 27 ottobre 2009, n.150 un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance in coerenza con i contenuti del ciclo della programmazione, gestione e controllo sviluppato dall'ATS in un'ottica di miglioramento continuo della propria attività. Il citato piano è approvato dall'organismo indipendente di Valutazione delle performance (NVP) e pubblicato sul sito aziendale nella sezione trasparenza.

Il Piano delle performance 2018 contiene gli obiettivi a rilevanza esterna che interessano e coinvolgono maggiormente i cittadini e stakeholders. Inoltre, al fine di rendere maggiormente comprensibile e valutabile da parte di tutti i soggetti a cui si rivolge il piano, è stato definito il sistema d'indicatori per la valutazione finale dei risultati raggiunti.

La realizzazione degli obiettivi contenuti nel piano delle performance 2018 si è concretizzata, attraverso un sistema integrato, tra il processo di programmazione gestione e controllo con il sistema di qualità sviluppato dall'ATS che vede coinvolti e partecipi dirigenti e collaboratori di ogni settore organizzativo.

RELAZIONE DELLA PERFORMANCE 2018

La Relazione della performance attesta, a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi indicati. L'adozione del documento che è adottato entro il 30 giugno di ogni anno, viene pubblicato sul sito ATS nella sezione trasparenza ai sensi dell'articolo 10, comma 8, lettera b) del d.lgs. 33/2013.

La finalità della relazione del piano della performance, costruita in una logica di accountability, è di mettere a disposizione dei cittadini e stakeholder un report che indichi gli obiettivi che l'ATS ha realizzato rispetto a quanto programmato. L'intento e la volontà della ATS è di produrre un documento dettagliato e comprensibile soprattutto ai "non addetti ai lavori" che assicuri ai destinatari un elevato livello di visibilità e chiarezza dell'attività svolta e dei risultati conseguiti

Al fine di rendere concreta questa necessità il report rileva, per ciascun obiettivo contenuto nel piano delle performance, l'indicatore di misurazione del grado di raggiungimento accompagnato da un commento la cui finalità è quella di esporre e attestare l'attività realizzata per il conseguimento dell'obiettivo e i conseguenti risultati raggiunti. Quindi un report ispirato ai principi di trasparenza, intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti.

Linee strategiche, coerenti con la mission dell'ATS, che il piano delle performance rileva e ne favorisce il perseguimento sono:

- Vigilanza controllo e promozione dell'appropriatezza dell'offerta/domanda sanitaria e sociosanitaria;
- Attivazione d'interventi finalizzati alla trasparenza e anticorruzione;

- Sviluppo dell'attività di prevenzione sanitaria;
- Conoscenza, gestione e presa in carico della cronicità;
- Azioni per migliorare la conoscenza e l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari;
- Impiego efficiente delle risorse;
- Sviluppo organizzativo e organizzazione per processi.

Queste linee strategiche trovano la loro attuazione negli obiettivi indicati nel piano e assegnati ai settori organizzativi di competenza attraverso il sistema di programmazione e controllo (sistema di BDG ATS). All'interno di quest'attività di programmazione si determinano le condizioni organizzative e operative per concretizzare gli obiettivi attesi. Il sistema gestionale sviluppato dalla ATS consente un costante monitoraggio dello stato d'attuazione degli obiettivi evidenziando, in corso d'opera, le eventuali criticità e i conseguenti interventi correttivi.

Il report sullo stato d'attuazione degli obiettivi del piano della performance al 31/12/2018 (**allegato n.1**) documenta il grado di raggiungimento degli obiettivi del piano. In particolare la colonna "Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato" descrive ciò che è stato attuato per raggiungere l'obiettivo; inoltre viene esplicitata la metrica di misurazione del risultato. Il *grado di raggiungimento* è confrontato con il *valore target* (obiettivo atteso) e consente di apprezzare lo scostamento fra l'atteso e il risultato. Il sistema di controllo e verifica dei risultati permette di consolidare i punti di forza del sistema e di conoscere e analizzare i punti di debolezza per avviare le necessarie azioni di miglioramento.

Collegamento con le risorse

Per quanto riguarda il rapporto fra gli obiettivi di performance e le correlate risorse destinate alla attività della ATS dell'esercizio 2018 si allega (**allegato n.2**) il modello LA (**Livelli Assistenziali**) che consente una lettura delle risorse dedicate (natura e valore) per livello di assistenza erogato. Di fatto il modello LA riclassifica tutte le voci di costo (aggregate per macro voci) del bilancio consuntivo 2018 dell'ATS per destinazione. In questo modo fornisce una importante informazione sull'impiego delle risorse.

Allegato n.1 Report sullo stato di attuazione degli obiettivi

Allegato n.2 Risorse impiegate per Livelli Assistenziali (Modello LA) (Dati/1000)

Area	Codice	Indicatore	Target 2018	Valore raggiunto al 31/12/2018	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	Fonte
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.1	Formazione in materia di anticorruzione e trasparenza. Formazione dell'80% dei dipendenti che operano nell'area organizzativa che partecipa al piano di formazione.	100%	100%	Attuazione del convegno in materia di anticorruzione e trasparenza, obbligatorio per i dipendenti dell'ATS che svolgono attività di vigilanza ed ispezione. Indicatore di performance: partecipazione, a ciascuna edizione, del 90% dei dipendenti indicati da ciascun Direttore del Dipartimento coinvolto.	Programmazione e controllo ATS
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.2	Introduzione ed implementazione delle misure di prevenzione della corruzione da parte delle strutture organizzative (Unità Operative Complesse) ATS. Attuazione del monitoraggio anche al fine di individuare interventi di sviluppo e correttivi.	100%	100%	Sono state attuate e verificate le misure di prevenzione come da piano anticorruzione ATS.	Programmazione e controllo ATS
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.4	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%	Il monitoraggio dei flussi oggetto di pubblicazione sono controllati da parte del UOS trasparenza e anticorruzione con periodicità mensile e quindi viene garantito il rispetto dell'obbligo e pubblicazione dei dati ATS come da d.lgs. 33/2013.	Programmazione e controllo ATS
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.5	Predisposizione del piano di analisi e valutazione dei rischi coerente con il POAS ATS. Diffusione e informazione ai settori organizzativi.	100%	100%	Il Piano anticorruzione e trasparenza è stato approvato e pubblicato, nell'area amministrazione trasparente del sito aziendale, entro il 31.01.2018. Il Piano di valutazione dei rischi, è stato predisposto, risulta agli atti della UOS Trasparenza e prevenzione della corruzione e farà parte del Piano anticorruzione e trasparenza 2019/2021	Programmazione e controllo ATS
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1.6	N. richieste gestite/n. richieste pervenute appropriate	100%	100%	n. 1 richieste gestite / n.1 richieste pervenute appropriate	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.1	Azioni implementate /azioni previste del Piano annuale SISS ATS	>90%	NV	Il piano annuale non è stato predisposto per l'esercizio 2018.	Programmazione e controllo ATS
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.2	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%	Sono state realizzate il 98,5% delle procedure	26/01/18: definito il piano annuale 2018, condiviso, con la divisione in due semestri delle procedure da effettuare l° semestre 33 procedure, secondo semestre 29 procedure Totale 62 procedure. Al 31/12/2018 n 61 procedure pubblicate nel 2018 in area intranet ATS.	Programmazione e controllo ATS

Area	Codice	Indicatore	Target 2018	Valore raggiunto al 31/12/2018	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	Fonte
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.3	Sicurezza e controllo degli alimenti di origine animale Rilascio delle certificazioni richieste dagli operatori economici e cittadini/utenti in modo tempestivo e puntuale	Data emissione / data richiesta < 48 ore	≥ 90 %	Nel 99,7% rilasciati entro <48 ore	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.4	Sanità Animale Rilascio delle certificazioni richieste dagli operatori economici e cittadini/utenti in modo tempestivo e puntuale	Data emissione / data richiesta < 48 ore	90%	Nel 99,8% rilasciati entro <48 ore	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.5	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%	n. 7 risposte con esito consegnate entro 30gg dalla data di ricezione della domanda / n. 7 domande pervenute	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
SVILUPPO ORGANIZZATIVO - QUALITÀ E ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI	2.6	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%	n. 158 inserimenti schede ADR entro 7 gg. dalla ricezione / n.158 schede ADR segnalate	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
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.	77%	Il monitoraggio regionale rileva una percentuale pari al 79,00% progressivo del periodo gennaio-novembre 2018 (REPORT BMK1 per il medesimo periodo = 81,52%),	Programmazione e controllo ATS
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%	Convegno: "Prescrizione appropriata di farmaci per patologie croniche (farmaci a brevetto scaduto, ipolipemizzanti, IPP) " - codice ID 123662 Convegno sull'antibiotico-resistenza del 19/05/2018. Il monitoraggio regionale rileva una percentuale pari al 79,00% come report BMK2 progressivo del periodo gennaio-novembre 2018 (REPORT BMK1 per il medesimo periodo = 81,52%), quindi superiore all'obiettivo assegnato	Programmazione e controllo ATS

Area	Codice	Indicatore	Target 2018	Valore raggiunto al 31/12/2018	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	Fonte
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	3.3	Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali - Antibiotici. Realizzare specifiche attività di formazione ed informazione verso i MMG e i PLS per il corretto utilizzo degli antibiotici, con l'obiettivo della riduzione di almeno 3% per la classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico) in DDD/1000 abitanti/anno corrente vs anno precedente	100%	100% iniziative di formazione	Iniziativa attuata: "Convegno per i MMG dal titolo: "Contrastrò all'antibiotico-resistenza e uso appropriato dei farmaci antimicrobici". Convegno per gli operatori di RSA "" Antibiotico terapia sul territorio "" Piano Controlli farmaceutici - monitoraggio trimestrale (NOTA ATS prot. .111501 del 26/7/2018) Progetto UNIT ANTIBIOTICOTERAPIA SUL TERRITORIO " Il monitoraggio sull'andamento delle DDD per gli antibiotici . Il periodo gennaio-ottobre 2018 rileva incremento sempre più contenuto delle DDD pari all'0,81% (da 14,18/die a 14,30/die per 1.000 ab.res.)"	Programmazione e controllo ATS
AREA DELLA PREVENZIONE	4.1	Svolgimento controlli programmati (Area Prevenzione Medica)	>=95%	100	Ambienti di vita :Performance 2018: INDICATORE DI SINTESI 79,63 FASCIA BUONA Igiene Prevenzione Sanitaria INDICATORE DI SINTESI PERFORMANCE: 100% FASCIA OTTIMA	Programmazione e controllo ATS
AREA DELLA PREVENZIONE	4.11	Rilascio da parte della commissione del verbale di giudizio di idoneità alla mansione	entro 90 gg. nel 100% dei casi	94%	n. 222 verbali emessi in 90 gg / n. 236 richieste pervenute =94%	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
AREA DELLA PREVENZIONE	4.13	Prevenzione delle Malattie animali	>= 95%	100%	allevamenti: controlli effettuati/programmati = 2021/2021 = 100%	Programmazione e controllo ATS
AREA DELLA PREVENZIONE	4.2	Svolgimento controlli programmati (Area Veterinaria)	>=95%	100%	Verifica della Sicurezza degli alimenti di origine animale Controlli effettuati /programmati = 998/946= 105,5% Campioni effettuati/programmati = 2407/2384 = 100,9% Prescrizioni verificate entro 15 gg. dalla scadenza /prescrizioni impartite = 450/462 = 97,4%	Programmazione e controllo ATS

Area	Codice	Indicatore	Target 2018	Valore raggiunto al 31/12/2018	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	Fonte
AREA DELLA PREVENZIONE	4.3	Indicatore di performance Adesione screening mammografico 67%. Adesione screening colon retto 47%. Indicatore di performance sul complesso della attività di screening 64%.	>=100%	95%	Verifica della costante implementazione dei programmi di screening 2018. % ADESIONE SCREENING MAMMOGRAFICO: 64% % ADESIONE SCREENING COLON RETTO: 45%	Programmazione e controllo ATS
	4.4	Indicatore di performance controllo => del 5% delle imprese attive presenti sul territorio.	>=95%	100%	Controllo delle imprese attive sul territorio lombardo 5% indicatore di performance N. 9330 AZIENDE CONTROLLATE/N. 171206 AZIENDE CON DIPENDENTI= 5,4%	Programmazione e controllo ATS
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 aa 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.	>Valore 2017	100%	Di seguito i dati relativi agli Indicatori Prestazionali confronto 2017 su 2018 (Performance 2018. 6.1 Rete WHP 175/136 6.2 Rete WHP 127/132 6.3 Rete SPS 198/627 6.5 Merenda salutare nelle Scuole 457/623 6.7 Piedibus Plessi 122/623 6.8 Piedibus Comuni : 70/195 6.9 LIFE SKILLS TRAINING 51/49 6.10 UNPLUGGED 19/44 6.12 G.Cammino Comuni : 98/195 6.13 pane ridotto contenuto sale ASST 36/55 (fonte SIAN) 6.14 pane ridotto contenuto sale MENSE SCOLASTICHE 1231/1853 (fonte SIAN) 6.15 panificatori aderenti rete 221/905 (fonte SIAN) 6.16 Counseling MMG : 379/2100 (medici aderenti al progetto FAD) (fonte DIP. CURE PRIMARIE) L' indicatore di sintesi viene calcolato dalla Regione registra una tendenza incrementale del valore degli indicatori di performance, nel suo insieme, rispetto al dato 2017 INDICATORE DI SINTESI 66,67 _ FASCIA BUONA	Programmazione e controllo ATS
	4.6	Attività di Screening mammografico Invio di esito negativo al cittadino per le mammografie eseguite con il programma di screening	≤ 21 gg. da calendario nel 85% dei casi	Nel 95% invio esito ≤ 21 gg	n. 111.844 esiti negativi inviati entro 21 gg. dalla data della mammografia / n. 117.925 mammografie refertrate con esito negativo = 95%	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS

Allegato n.1 Report sullo stato di attuazione degli obiettivi

Area	Codice	Indicatore	Target 2018	Valore raggiunto al 31/12/2018	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	Fonte
AREA DELLA PREVENZIONE	4.7	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	Nel 94% invio esito ≤ 21 gg	n.= 137.007 esiti negativi inviati entro 21 gg dalla lettura campione / n.145.856 referti con esito negativo lettura negative effettuate =94%	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
AREA DELLA PREVENZIONE	4.8	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	97%	n.197 autorizzazioni emesse in 60 gg / n. 203 richieste pervenute =97%	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
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	>80%	100,00%	n. 356 pareri rilasciati entro i termini previsti / n. 394 pareri richiesti =90,3%	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.4	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% entro 30 giorni	n.30 risposte per ricovero in RSA inviate entro 30 gg dalla data di ricezione della domanda/ n. 30 domande di ricovero pervenute (documentazione completa)	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.5	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% entro 30 giorni	n. 23 risposte per ricovero in RSA inviate entro 30 gg dalla data di ricezione della domanda / n. 23 domande di ricovero pervenute	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.6	Tempo di evasione dalla presentazione dell'istanza per cure all'estero al riconoscimento economico entro 90 giorni dalla presentazione dell'istanza.	100%	100% entro 90 giorni	n. 61 riconoscimenti per cure estero effettuate entro 90 gg dalla presentazione dell'istanza / n.61 istanze presentate	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS

Allegato n.1 Report sullo stato di attuazione degli obiettivi

Area	Codice	Indicatore	Target 2018	Valore raggiunto al 31/12/2018	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	Fonte
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.7	Attività di arruolamento dei soggetti cronici e/o fragili 2018. Attuazione del modello di presa in carico.	100%	100%	ATS, nell'ambito dell'attuazione del nuovo modello di Presa in Carico del paziente cronico e fragile, ha istituito la Commissione per l'attuazione del modello di presa in carico e per lo svolgimento dei compiti definiti da Regione Lombardia, fra cui la verifica delle procedure implementate, la gestione di eventuali contenziosi o di motivate sostituzioni del Gestore, le richieste di aggravamento delle patologie.	Programmazione e controllo ATS
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.8	Produzione e invio a ogni cittadino, residente nel territorio ATS ed eleggibile alla nuova modalità di presa in carico, una lettera personalizzata contenente le informazioni necessarie a valutare la nuova offerta di servizi, per poter consapevolmente aderire e individuare il gestore del proprio percorso di cura. INDICATORE DI PERFORMANCE = N cittadini eleggibili/ n comunicazioni trasmesse.	>90%	100%	ATS Milano ha espletato tutte le azioni previste dai provvedimenti regionali per l'attuazione del modello di presa in carico. Sono state inviate le lettere individuali di invito agli assistiti che, in base all'analisi dei consumi di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie effettuati, sono risultati affetti - da almeno due anni - da patologie croniche e rare. Complessivamente sono state inviate 1.053.440 lettere	Programmazione e controllo ATS
GOVERNO DELLA DOMANDA	5.9	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 socio-sanitari. INDICATORE DI PERFORMANCE = ATTUAZIONE del piano ; costante aggiornamento del sito ATS 100%.	100%	100%	E' stato approvato il Piano di Comunicazione 2018 con delibera n. 301 del 21/03/2018 - trasmesso d inviato all'Ufficio Comunicazione DG Welfare Regione Lombardia in data 04/04/2018. Il piano è stato costantemente aggiornato con la finalità di favorire l'accesso ai servizi socio-sanitari.	Programmazione e controllo ATS
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.1	% di controlli sulle prestazioni di ricovero 100% del valore target regionale.	100%	100%	L'obiettivo numerico è stato garantito. sono state controllate il 5% delle prestazioni sanitarie di ricovero il 3 e 3,5% mediante la verifica autocontrollo Erogatori.	Programmazione e controllo ATS
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.10	Verifica dei requisiti delle strutture di ricovero degli animali d'affezione.. INDICATORE DI PERFORMANCE Controlli sulle tipologie di impianti >= 95%	100%			

Allegato n.1 Report sullo stato di attuazione degli obiettivi

Area	Codice	Indicatore	Target 2018	Valore raggiunto al 31/12/2018	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	Fonte
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.11	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%	È stata implementata una scheda per la misurazione degli "indicatori PNE e di Performance" delle strutture di ricovero e cura pubbliche e private afferenti a ATS Milano. Tale scheda è stata condivisa con gli erogatori (Incontro erogatori del 14/03/2018). In tale scheda sono stati proposti gli outcome che l'Ente si impegna a garantire quale percorso di miglioramento per l'anno 2018. Sono stati effettuati 25 incontri verbalizzati con gli erogatori per la condivisione degli obiettivi e la valutazione degli indicatori inseriti nella scheda.	Programmazione e controllo ATS
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.2	Controlli su prestazioni di specialistica ambulatoriale	100%	100%	Come programmato è stato effettuato il controllo d del 3.5% delle prestazioni specialistiche . Obiettivo atteso controlli di 520.586 record ne sono stati verificati n. 531.304	Programmazione e controllo ATS
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.3	Accessibilità e Tempi di Attesa dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali	>=95%	99%	Dall'analisi dei dati pubblicati nella piattaforma regionale SMAF RL_MTA (ultimo monitoraggio del 05/12/2018), il 94% delle prestazioni specialistiche ambulatoriali , relativi ai primi accessi, avviene entro i tempi di attesa da garantire .	Programmazione e controllo ATS
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.4	Azioni di autorizzazione e accreditamento delle unità d'offerta socio sanitarie	entro 60 gg nel 100% dei casi	100%	n. 41 SCIA conclude in 60 gg nel secondo semestre / n. 41 SCIA pervenute nel secondo semestre. Risultato 100% entro 60gg	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.5	Azioni di accreditamento delle unità d'offerta Sanitarie.	entro 60 gg nel 95% dei casi	100% entro 60 giorni	n.116/n.116=100%Il valore è dato dal numero totale di istanze, che hanno generato un atto deliberativo o un parere ATS (escluse le archiviazioni) . Quindi il rapporto è dato dal numero di atti emessi entro 60 gg rispetto al numero totale di atti emess	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.6	Gestione richieste continuità assistenziale.Presa in carico delle chiamate al numero unico della centrale operativa.	≥ 90% chiamate ricevute	100%	n. 308.772 risposte effettuate / n. 332.954 chiamate pervenute (dato AREU) =93% presa in carico delle chiamate	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.7	Attività di vigilanza e controllo in ambito socio sanitario	100%	100%	VIGILANZA N° visite ispettive effettuate/N° visite ispettive programmate ATS: 241/238 (101%) APPROPRIATEZZA: N° di FASAS controllati/N° FASAS programmati ATS: 3926/3312 (118%) Provvedimenti conclusi entro i termini: 53/53=100%	Programmazione e controllo ATS

Allegato n.1 Report sullo stato di attuazione degli obiettivi

Area	Codice	Indicatore	Target 2018	Valore raggiunto al 31/12/2018	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	Fonte
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.8	Attività di verifica dei requisiti:Garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute	100%	100%	Sono state effettuate la verifica con sopralluogo nei confronti di tutte le unità d'offerta oggetto di SCIA e/o di istanza di accreditamento. • sono state compiute le verifiche annuali del mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento di almeno il 30% delle unità d'offerta socio-sanitarie, con sopralluogo senza preavviso, assicurando che tutte le unità d'offerta siano verificate nell'arco di tre anni.	Programmazione e controllo ATS
GOVERNO DELL'OFFERTA	6.9	Vigilanza sulle farmacie pubbliche e private aperte al pubblico.	100%	Attuato il controllo sul 49% delle farmacie	totale anno 2018: n. 490 farmacie ispezionate / n. 1001 farmacie del territorio di ATS =49%	Rilevazione e monitoraggio degli standard di qualità ATS
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.1	Costo pro capite per assistito del personale	49	100,00%	costo del personale / numero assistiti= euro per assistito	Contabilità analitica
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.2	Costo pro capite per assistito di beni e servizi	22	96,92%	costo per beni e servizi / numero assistiti	Contabilità analitica
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.3	Tasso di assenteismo dipendenti	20,6	94,93%	n.giornate di assenza / n. giornate lavorative da contratto. Nel computo delle assenze sono calcolati tutti i giorni di mancata prestazione lavorativa a qualsiasi titoli verificatasi (malattia,ferie, permessi, aspettative a vario titolo, comandi, congedo obbligatorio etc.)	Contabilità analitica
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.4	Attuazione del piano di formazione dei dipendenti	>=95%	100,00%	n. dipendenti con almeno un corso di formazione /n. dipendenti	Programmazione e controllo ATS
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.5	Rispetto dei tempi di pagamento	≥ 95%	100%	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).	Programmazione e controllo ATS

Allegato n.1 Report sullo stato di attuazione degli obiettivi

Area	Codice	Indicatore	Target 2018	Valore raggiunto al 31/12/2018	Azioni attuate-Risultati raggiunti-Indicatori di misurazione del risultato.	Fonte
RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	7.6	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%	<p>È stato effettuato il percorso, per tutte le attività previste e con l'ultimo audit in materia di trattamento dei dati (rapporto 23.11.2018).</p> <p>L'attività è proseguita secondo il programma 2017 e 2018, è stata avviata l'attività per le seguenti aree :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestione del processo di controllo delle autocertificazioni (nota DG prot. 13735/2018); - gestione delle attività intramoenia (nota DG prot. 15862/2018) - gestione delle attività extraistituzionali (nota DG prot. 15849/2018). 	Programmazione e controllo ATS

MODELLO DI RILEVAZIONE LIVELLI DI ASSISTENZA - SINTESI

		STRUTTURA RILEVATA						OGGETTO DELLA RILEVAZIONE					
REGIONE		030		ATS/ASST/IRCCS		321		CONSUNTIVO ANNO					
								2018					
Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio	Costi per acquisti di servizi	Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale	%		
1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	1.901	45.453	56.654	2.030	5.519	16.046	4.611	1.315	21.265	154.794	2,8%		
2 - Assistenza distrettuale	72.895	3.073.609	17.854	193	3.288	10.520	1.827	519	8.554	3.189.259	58,1%		
Guardia medica	15	11.493	64	1	12	112	11	3	49	11.760			
Medicina generale	22	293.467	1.636	29	296	2.859	277	79	1.257	299.922			
Emergenza sanitaria territoriale	-	5.636	-	-	-	-	-	-	-	5.636			
Assistenza farmaceutica	72.757	1.078.287	2.713	27	308	1.314	250	72	1.140	1.156.868			
Assistenza Integrativa	-	45.820	29	-	6	9	3	1	12	45.880			
Assistenza specialistica	68	821.768	9.222	90	1.681	3.888	854	243	3.883	841.697			
Assistenza Protetica	1	11.082	160	2	12	142	17	5	82	11.503			
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	10	159.851	1.539	13	242	588	137	38	702	163.120			
Assistenza territoriale semiresidenziale	1	67.352	164	2	52	99	18	4	94	67.786			
Assistenza territoriale residenziale	21	574.787	2.327	29	679	1.509	260	74	1.334	581.020			
Assistenza Idrotermale	-	4.066	-	-	-	-	-	-	1	4.067			
3 - Assistenza ospedaliera	33	2.146.399	-	-	-	-	-	30	-	2.146.462	39,1%		
Attività di pronto soccorso	-	43.810	-	-	-	-	-	-	-	43.810			
Assistenza ospedaliera per acuti	-	1.848.020	-	-	-	-	-	30	-	1.848.050			
Interventi ospedalieri a domicilio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Assistenza ospedaliera per lungodegenti	-	20.285	-	-	-	-	-	-	-	20.285			
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	-	188.282	-	-	-	-	-	-	-	188.282			
Emocomponenti e servizi trasfusionali	33	235	-	-	-	-	-	-	-	268			
Trapianto organi e tessuti	-	45.767	-	-	-	-	-	-	-	45.767			
TOTALE	74.829	5.265.461	74.508	2.223	8.807	26.566	6.438	1.864	29.819	5.490.515	100,0%		



ATS della Città Metropolitana di Milano

Allegato alla Proposta di deliberazione n. 696 del 17/06/2019

Oggetto: ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018

PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITÀ DELL'ITER PROCEDURALE

Si attesta la regolarità dell'iter procedurale della presente proposta deliberativa per quanto di competenza.

Milano, 24/06/2019



Per il Direttore

UOC Attività Istituzionale e di Controllo

Vanda Rivelli