



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 415

Seduta del 02/08/2018

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
MARTINA CAMBIAGHI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI
PIETRO FORONI

GIULIO GALLERA
STEFANO BRUNO GALLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
SILVIA PIANI
FABIO ROLFI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI OBIETTIVI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (A.T.S.), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (A.S.S.T.) E DELL'AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (A.R.E.U.) E ALLA CORRESPONSIONE DELLA RELATIVA RETRIBUZIONE DI RISULTATO AI DIRETTORI GENERALI - ANNO 2018

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Luigi Cajazzo

Il Dirigente Luigi Cajazzo

L'atto si compone di 49 pagine

di cui 42 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTI:

- Il D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”;
- Il D.lgs. 4 agosto 2016, n. 171 “Attuazione della delega di cui all’articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria”;

VISTA la Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;

VISTI altresì:

- il Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- l’intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 del 10 luglio 2014;
- l’art. 5 della l.r. 30 dicembre 2008, n. 38 “Disposizioni in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale - collegato”;
- la l.r. 7 luglio 2008, n. 20 “Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale” in particolare l’art. 30 rubricato “sistema di valutazione”;

VISTI i documenti di programmazione regionale, con particolare riferimento alla programmazione socio-sanitaria:

- D.C.R. n. XI/64 del 10 luglio 2018 “Programma Regionale di Sviluppo della XI legislatura”;
- D.C.R. n. IX/88 del 17 novembre 2010 “Piano Socio Sanitario Regionale 2010/2014”, la cui efficacia è stata prorogata con la D.G.R. n. X/2989 del 23 dicembre 2014 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2015 – (di concerto con gli Assessori Cantù e Melazzini)”;

RICHIAMATE:

- La D.G.R. n. X/6963 del 31 luglio 2017 “Determinazioni in ordine alla valutazione



Regione Lombardia

LA GIUNTA

dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2017";

- la D.G.R. n. X/7600 del 20 dicembre 2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018" – (di concerto con gli Assessori Garavaglia e Brianza);

PRESO ATTO che ad oggi la Conferenza delle regioni e delle province autonome non ha provveduto a determinare i criteri ed i sistemi di valutazione e verifica previsti dal D.lgs. n. 502/92;

EVIDENZIATO che il punteggio massimo che può essere assegnato ad ogni Direttore generale è pari a 100 punti e si costruisce attraverso diverse e successive fasi illustrate in maniera particolareggiata nell'Allegato 1) "METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI A.T.S., A.S.S.T., A.R.E.U. E LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO DEI DIRETTORI GENERALI – ANNO 2018" parte integrante del presente atto;

DATO ATTO che la procedura di valutazione, descritta nell'Allegato 1) si compone delle seguenti fasi e considera anche le autovalutazioni fornite dalle Aziende/Agenzie:

Fase 1. Analisi e valutazione dell'andamento degli obiettivi legati alle ATTIVITÀ ISTITUZIONALI, svolta dalle Strutture della Direzione Generale Welfare sulla base degli indicatori elencati nell'Allegato 2) "VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DELLE AGENZIE E DELLE AZIENDE SANITARIE LOMBARDE - ATTIVITÀ ISTITUZIONALI";

Fase 2. Analisi e valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA, svolta dalla Direzione Generale Welfare e dalla Direzione Centrale Bilancio e finanza. Questa classe di obiettivi, elencati nell'Allegato 3) "VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DELLE AGENZIE, DELLE AZIENDE SANITARIE LOMBARDE - OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA (PESO 100 PUNTI)" è suddivisa ulteriormente in:

- OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (PESO 25 PUNTI);
- OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (PESO 45 PUNTI);
- OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 30 PUNTI);

Fase 3. Verifica della regolarità dell'attività in tema di trasparenza ed



Regione Lombardia

LA GIUNTA

anticorruzione, attività svolta dalla Direzione Generale Welfare sulla base della documentazione trasmessa dalla U.O. Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy officer;

RITENUTO di dover procedere alla definizione degli obiettivi di sviluppo, declinati in ATTIVITÀ ISTITUZIONALI e OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA e dei relativi indicatori di misura, per i Direttori Generali delle A.T.S., A.S.S.T. e A.R.E.U. per l'anno 2018 così come indicati negli allegati 2) e 3), parti integranti del presente provvedimento;

RITENUTO di rafforzare la metodologia di valutazione inserendo, per quanto riguarda gli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA:

- Obiettivi legati a benchmark estremamente affidabili anche rispetto alla dimensione nazionale;
- Set di obiettivi orientati alla valutazione dell'ambito specifico aziendale;
- Una valutazione delle azioni messe in campo nell'ambito dell'implementazione e dell'evoluzione del SSR;

RITENUTO di fissare la seguente tempistica per la verifica del raggiungimento dei risultati di che trattasi:

- comunicazione della Direzione Generale Welfare di avvio del procedimento di valutazione degli obiettivi;
- consegna da parte dei Direttori Generali delle A.T.S., A.S.S.T. e A.R.E.U. delle dichiarazioni e dei provvedimenti richiesti per attestare il raggiungimento dei risultati alla Direzione Generale Welfare entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di avvio della procedura di valutazione;
- istruttoria, verifica della documentazione e completamento del processo di valutazione entro 90 giorni dal ricevimento delle rendicontazioni dalle A.T.S., A.S.S.T. e A.R.E.U.;
- contraddittorio con i Direttori Generali e, a conclusione, emissione dei decreti di valutazione della Direzione Generale Welfare;
- erogazione dell'incentivo economico, da parte di A.T.S., A.S.S.T. e A.R.E.U., spettante al Direttore Generale successivamente al termine di scadenza per la presentazione del bilancio consuntivo esercizio 2018;

RITENUTO di stabilire che, nel caso in cui la durata dell'incarico sia inferiore ai 12 mesi, ma comunque superiore a 4 mesi nell'anno solare di riferimento, la valutazione terrà conto degli obiettivi effettivamente raggiunti nel periodo



Regione Lombardia

LA GIUNTA

considerato;

RITENUTO di considerare non valutabile il Direttore Generale per il quale sia stata dichiarata la decadenza ai sensi della normativa sopra richiamata;

RITENUTO, altresì, opportuno dare indicazione ai Direttori Generali di estendere gli obiettivi di che trattasi anche ai Direttori Sanitari, Amministrativi e Sociosanitari;

RITENUTO infine di demandare alla Direzione Generale Welfare eventuali ulteriori indicazioni operative;

RITENUTO che gli obiettivi di che trattasi possano costituire linee di indirizzo per i Consigli di Amministrazione nella formulazione degli obiettivi dei Direttori Generali delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico;

VAGLIATE ed assunte come proprie le suddette motivazioni;

A VOTI UNANIMINI, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di stabilire che il sistema di valutazione degli obiettivi assegnati alle Agenzie di Tutela Sanitaria (A.T.S.), Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e all'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) è quello previsto nell'Allegato 1) "METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI A.T.S., A.S.S.T., A.R.E.U. E LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO DEI DIRETTORI GENERALI – ANNO 2018", parte integrante del presente provvedimento.
2. di stabilire altresì che il risultato ottenuto nella valutazione degli obiettivi assegnati alle A.T.S., A.S.S.T. e A.R.E.U. determina anche la definizione della retribuzione di risultato dei rispettivi Direttori Generali ai quali verrà riconosciuta in una percentuale pari alla valutazione conseguita dalla propria Azienda/Agenzia.
3. di assegnare alle A.T.S., A.S.S.T. e ad A.R.E.U. le ATTIVITÀ ISTITUZIONALI, gli



Regione Lombardia

LA GIUNTA

OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA e i relativi indicatori per l'anno 2018 così come indicati negli Allegati 2) e 3) parti integranti del presente provvedimento;

4. di fissare la seguente tempistica per la verifica del raggiungimento dei risultati di che trattasi:
 - a. comunicazione della Direzione Generale Welfare di avvio del procedimento di valutazione degli obiettivi;
 - b. consegna da parte dei Direttori Generali delle A.T.S., A.S.S.T. e A.R.E.U. delle dichiarazioni e dei provvedimenti richiesti per attestare il raggiungimento dei risultati alla Direzione Generale Welfare entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di avvio della procedura di valutazione;
 - c. istruttoria, verifica della documentazione e completamento del processo di valutazione entro 90 giorni dal ricevimento delle rendicontazioni da A.T.S., A.S.S.T. E A.R.E.U.;
 - d. contraddittorio con i Direttori Generali e, a conclusione, emissione dei decreti di valutazione della Direzione Generale Welfare;
 - e. erogazione dell'incentivo economico spettante al Direttore Generale successivamente al termine di scadenza per la presentazione del bilancio consuntivo esercizio 2018.
5. di considerare non valutabile il Direttore Generale per il quale sia stata dichiarata la decadenza ai sensi della normativa sopra richiamata.
6. di stabilire, inoltre, che nel caso in cui la durata dell'incarico sia inferiore ai 12 mesi, ma comunque superiore a 4 mesi nell'anno solare di riferimento, la valutazione terrà conto degli obiettivi effettivamente raggiunti nel periodo considerato.
7. di comunicare il presente atto alle A.T.S., alle A.S.S.T. e ad A.R.E.U. di Regione Lombardia, dando indicazione ai Direttori Generali di estendere gli obiettivi della presente delibera ai Direttori Sanitari, Amministrativi e Sociosanitari;
8. di demandare alla Direzione Generale Welfare eventuali ulteriori indicazioni operative.



Regione Lombardia
LA GIUNTA

9. di comunicare il presente provvedimento alle Fondazioni I.R.C.C.S. di diritto pubblico affinché le stesse, nella formulazione degli obiettivi dei Direttori Generali, possano tenerne conto come linee di indirizzo.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

ALLEGATO 1)

METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI A.T.S., A.S.S.T., A.R.E.U. E LA DETERMINAZIONE DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO DEI DIRETTORI GENERALI – ANNO 2018

Il presente documento aggiorna e integra la metodologia, fissata con la D.G.R. n. X/6963/2017, per la valutazione degli obiettivi assegnati alle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e all'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.).

I risultati conseguiti attraverso la valutazione di tutti gli obiettivi aziendali assegnati ad Aziende ed Agenzie del Servizio Socio Sanitario Regionale vengono assunti come performance dei Direttori Generali e utilizzati per determinarne la retribuzione di risultato.

Gli obiettivi per l'anno 2018 sono elencati negli Allegati 2) e 3).

Il punteggio massimo che può essere assegnato è pari a 100 punti e si costruisce attraverso diverse e successive fasi.

Fase 1. Analisi e valutazione dell'andamento degli obiettivi legati alle **ATTIVITÀ ISTITUZIONALI**, svolta dalle strutture della Direzione Generale Welfare sulla base degli indicatori elencati nell'Allegato 2), in coerenza con la D.G.R. n. X/7600/2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018" e con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

Fase 2. Analisi e valutazione degli **OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA**, svolta dalle U.O. della Direzione Generale Welfare e dalla U.O. Risorse economico- finanziarie del sistema socio sanitario della D.C. Bilancio e finanza.

Questa classe di obiettivi è suddivisa ulteriormente in:

- **OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (PESO 25 PUNTI);**
- **OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (PESO 45 PUNTI);**
- **OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 30 PUNTI);**

Fase 3. Verifica della regolarità dell'attività in tema di trasparenza ed anticorruzione, attività svolta dagli uffici della D.G. Welfare sulla base della documentazione trasmessa dalla U.O. Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy officer;

In particolare la metodologia di valutazione prevede:

Fase 1 - ATTIVITÀ ISTITUZIONALE

Analisi e confronto delle rendicontazioni, inserite sul Portale di governo regionale dalle Agenzie/Aziende del SSL, degli obiettivi individuati nell'Allegato 2). Tali obiettivi sono ritenuti adempimenti imprescindibili, si stabilisce perciò che solo il loro conseguimento permette di accedere alla successiva valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA.

Per poter passare alla valutazione degli **OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA**, deve ottenere una valutazione positiva almeno il **70%** degli obiettivi dell'area **ATTIVITÀ ISTITUZIONALE** assegnati ad **A.T.S.** e **A.S.S.T.** Gli obiettivi istituzionali assegnati all'**A.R.E.U.** devono essere realizzati almeno al **70%**.

Affinché nella procedura di valutazione un singolo obiettivo, inserito nell'Allegato 2), sia ritenuto superato, deve essere realizzato nella misura almeno del **70%**.

Nel caso di mancato raggiungimento della soglia complessiva del **70%**, non si procede alla valutazione degli **OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA** e non viene riconosciuta alcuna retribuzione di risultato.

Fase 2 - OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA (PESO 100 PUNTI)

Sono declinati ulteriormente in:

OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI – (PESO 25 PUNTI)

È verificato il posizionamento delle Aziende/Agenzie del SSL rispetto agli indicatori pubblicati sul Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>), aggiornati periodicamente nell'anno 2018 in modo che le direzioni strategiche possano verificare il relativo posizionamento e gli effetti dei provvedimenti presi per migliorarlo. Il punteggio assegnato considera il posizionamento alla fine dell'anno 2018 e il trend seguito nel periodo preso in considerazione e nel precedente. L'elenco degli indicatori è inserito nell'Allegato 3) e il peso è equidistribuito.

L'obiettivo è ottenere un valore **ALTO** o **MOLTO ALTO**. Viene però valutato il miglioramento della performance delle strutture recanti un valore iniziale **MOLTO SCARSO** con un incremento del **10%** della valutazione conseguita a seguito del miglioramento del posizionamento.

Il punteggio conseguito per ogni obiettivo è:

- pari al **100%** se la struttura ottiene un valore **MOLTO ALTO (VERDE SCURO)** o **ALTO (VERDE CHIARO)**;
- pari al **50%** se la struttura ottiene un valore **MEDIO (GIALLO)**;
- pari a **0** se la struttura ottiene un valore **SCARSO (ARANCIONE)** o **MOLTO SCARSO (ROSSO)**;
- pari al **10%** se la valutazione della struttura nel corso dell'anno è passata da **MOLTO SCARSO (ROSSO)** a **SCARSO (ARANCIONE)**;

Posizionamento indicatore PNE/Pisa	Percentuale raggiungimento punteggio 2017	Percentuale raggiungimento punteggio 2018
Aree ROSSA o ARANCIONE	0	0
Area GIALLA	50%	50%
Aree VERDE CHIARO + VERDE SCURO	100%	100%
Passaggio da ROSSO ad ARANCIONE	0	10%

I sistemi di valutazione presi in considerazione sono i seguenti:

- **Programma Nazionale Esiti – PNE:** sistema che valuta gli esiti degli interventi sanitari. I dati sono ottenuti con la stessa metodologia del PNE di AGENAS e sono restituiti sul Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>), all'interno del Servizio "**Valutazione Performance**";
- **IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE** – È un sistema di valutazione che risponde all'obiettivo di fornire una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle aziende sanitarie. La metodologia adottata è quella del Network delle Regioni sviluppato in

collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. La D.G. Welfare utilizza una selezione di questi indicatori, pubblicati anch'essi sul portale Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>).

OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI – (PESO 45 PUNTI)

Sono verificate le risultanze dell'analisi della rendicontazione di obiettivi specifici, assegnati ad A.S.S.T., A.T.S. e A.R.E.U.. L'elenco degli indicatori è inserito nell'Allegato 3) e il peso è equidistribuito. Il punteggio è assegnato sulla base della percentuale di raggiungimento di ogni singolo obiettivo.

OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 30 PUNTI)

Si tratta di obiettivi, inseriti nell'Allegato 3), inerenti anche l'attuazione di quanto previsto dalle deliberazioni:

- D.G.R. n. X/6164 del 30/01/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015";
- D.G.R. n. X/6551 del 04/05/2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009";
- D.G.R. n. X/7038 del 03/08/2017 "Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla D.G.R. n. X/6551 del 04/05/2017: Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione della legge n. 33/2009";
- D.G.R. n. X/7655 del 28/12/2017 "Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della D.G.R. n. X/6551 del 04/05/2017".

L'elenco degli indicatori è inserito nell'Allegato 3) e il peso è equidistribuito.

Il punteggio è assegnato sulla base della percentuale di raggiungimento di ogni singolo obiettivo.

Fase 3. TRASPARENZA ed ANTICORRUZIONE

Verifica l'assenza di irregolarità in tema di trasparenza ed anticorruzione rilevate e segnalate dalla U.O. Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy officer. Nel caso fossero rilevate tali fattispecie, il punteggio derivante dalla valutazione della Fase 2, viene decurtato del 5%;

Il risultato numerico ottenuto al termine della Fase 3 costituisce il punteggio finale.

Nell'ambito della definizione degli obiettivi annuali e nel corso della procedura di valutazione viene tenuta una interlocuzione con l'Organismo Indipendente di Valutazione di Regione Lombardia (O.I.V.) al quale, prima di rassegnare la valutazione finale, viene formalmente illustrato il percorso effettuato e ne viene raccolto il parere.

OBIETTIVI DI SVILUPPO DELL'AREU

Per quanto riguarda l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza, le vengono assegnati specifici obiettivi di cui viene valutata la percentuale di raggiungimento. La media delle percentuali di raggiungimento dei diversi obiettivi costituisce la valutazione finale.

PUNTEGGIO FINALE

La retribuzione di risultato sarà pari al valore del punteggio finale, arrotondato all'unità più prossima, espresso in percentuale.

ALLEGATO 2)

**VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (A.T.S.), DELLE AZIENDE SOCIO
SANITARIE TERRITORIALI (A.S.S.T.) E DELL'AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (A.R.E.U.)**

ANNO 2018 - ATTIVITÀ ISTITUZIONALI

AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (A.T.S.)

INDICATORI A.T.S.: la positiva valutazione di almeno il 70% delle ATTIVITÀ ISTITUZIONALI permette di accedere alla valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA. Affinché una attività sia considerata superata, deve essere realizzata almeno al 70%.

EVOLUZIONE SSR, INVESTIMENTI E SISTEMA INFORMATIVO

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Monitoraggio del processo di dematerializzazione	<ul style="list-style-type: none"> • Percentuale del 95% di rispetto su completezza e tempestività nella pubblicazione dei referti da parte di tutte le strutture del proprio territorio; • 95% ricette dematerializzate di specialistica da parte dei MMG/PLS; 	TUTTE LE A.T.S.
Stabilità programmatoria: gestione delle istanze di contributo coerente con la programmazione regionale	<ul style="list-style-type: none"> • Assenza di istanze di contributo fuori dalla cornice programmatoria individuata dalla Giunta Regionale ed assenza di istanze di rimodulazione dei contributi già assegnati; 	TUTTE LE A.T.S.

CONTROLLO DI GESTIONE E PERSONALE

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2017	<ul style="list-style-type: none"> • La misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2018 rispetto al 2017 (viene considerato il solo perimetro della programmazione aggregata). L'obiettivo risulterà comunque raggiunto se l'ente avrà raggiunto il 60% di acquisti centralizzati/agggregati/servizi in concessione; 	TUTTE LE A.T.S.

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Flussi sociosanitari: copertura del dato	<ul style="list-style-type: none"> • Completa corrispondenza tra le strutture sociosanitarie censite nelle anagrafiche STS11 e RIA11 e le strutture che inviano i dati di produzione sociosanitari; 	TUTTE LE A.T.S.

Flusso SDO: copertura del dato rispetto agli erogatori	<ul style="list-style-type: none"> • Completa corrispondenza tra le strutture di ricovero censite con i modelli HSP e le strutture che inviano il flusso SDO; 	TUTTE LE A.T.S.
Flussi sociosanitari: tempestività della rilevazione	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto al 100% delle scadenze di invio 	TUTTE LE A.T.S.

PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Accreditamento Negoziazione e contratto area sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto dei criteri indicati nella delibera delle regole D.G.R. n. X/7600/2017 per l'accreditamento, la messa a contratto e l'attribuzione del budget delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti; • Governo della spesa per ADI e UCP-Dom al fine di consentire l'erogazione del servizio per tutto il corso dell'anno e di rispettare il budget annuale di ATS attribuito complessivamente ai sensi delle regole D.G.R. n. X/7600/2017; 	TUTTE LE A.T.S.
Salute mentale e NPIA	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimento del budget complessivo per gli interventi in 43san (psichiatria adulti + NPIA); 	TUTTE LE A.T.S.
Dipendenze	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione Organismi Coordinamento Dipendenze con particolare attenzione coinvolgimento erogatori privati accreditati; • Attivazione azioni del Piano per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico sul territorio di competenza 	TUTTE LE A.T.S.
Cure primarie	<ul style="list-style-type: none"> • Attuazione degli Accordi integrativi regionali 2018 per MMG e PDF; 	TUTTE LE A.T.S.
Misure innovative e Sperimentazioni in ambito sociosanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Prosecuzione delle azioni innovative, delle misure e delle sperimentazioni nel rispetto di quanto stabilito dalla D.G.R. n. X/7600/2017; • Redazione di una relazione, da trasmettere entro il 28.02.2019, descrittiva delle attività riferite alle diverse misure in cui vengano evidenziati: il numero degli erogatori che hanno sostenuto la 	TUTTE LE A.T.S.

	specifica misura, il numero dei beneficiari, la tipologia dei servizi resi, il valore della produzione trimestrale ed annuale;	
--	--	--

PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Reti clinico-assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> Promozione dell'attivazione presso le ASST del territorio di competenza di audit interni per il monitoraggio dell'effettiva continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali nell'ambito delle reti di patologia regionali e delle reti ospedaliere di cui al DM 70/2015; 	TUTTE LE A.T.S.
Sistema Regionale Trapianti	Promozione e verifica del raggiungimento, da parte delle A.S.S.T., dell'obiettivo: <ul style="list-style-type: none"> Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale; Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione; 	TUTTE LE A.T.S.
Promozione farmaci equivalenti	<ul style="list-style-type: none"> Percentuale di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD erogate in farmaceutica convenzionata pari almeno al 77% (certificazione effettuata da Lispa); 	TUTTE LE A.T.S.
Promozione appropriatezza prescrittiva Medicinali: attività di formazione ed informazione verso i prescrittori per il corretto utilizzo degli antibiotici classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico)	<ul style="list-style-type: none"> Realizzazione di almeno un evento formativo (eventualmente FAD) rivolto a MMG/PLS per il corretto utilizzo degli antibiotici classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico); 	TUTTE LE A.T.S.

Appropriatezza prescrittiva Protesica	<ul style="list-style-type: none"> • Revisione e aggiornamento dell'albo dei prescrittori (100%) con controllo della correttezza delle credenziali estese rilasciate in base all'attività svolta (almeno 30% dei prescrittori); • Presentazione di sintetica relazione sull'attività svolta; 	<p style="text-align: center;">TUTTE LE A.T.S.</p>
Utilizzo dei dati dei questionari presenti sul Sito del Centro di Riferimento per la Qualità dei SMEL relativi alla produzione e organizzazione dei SMEL (cfr. D.G.R. n. N° X/7600 del 20/12/2017) per le verifiche dei requisiti	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione a incontri di formazione; • Verifica dei dati inseriti dai SMEL; • Verifica delle non conformità nei programmi VEQ; 	<p style="text-align: center;">TUTTE LE A.T.S.</p>
Accreditamento, negoziazione e contrattualizzazione	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali per il perfezionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante e alla Cabina di Regia; 	<p style="text-align: center;">TUTTE LE A.T.S.</p>
Reti locali di Cure palliative e dei relativi Dipartimenti di Cure palliative ai sensi della D.G.R. n. X/5918/2016	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenza atto formale di istituzione e evidenza formale del loro funzionamento; • Almeno una riunione con i soggetti erogatori di CP e con le Associazioni di volontariato; 	<p style="text-align: center;">TUTTE LE A.T.S.</p>
Attuazione della D.G.R. n. X/5455/2016 - Corsi regionali di formazione di I Livello per gli operatori della rete di Cure palliative	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione ed interfaccia con Polis Lombardia finalizzata alla verifica di avanzamento e/o della completa attuazione dei corsi di formazione territoriali; • Rilevazione del fabbisogno formativo degli operatori della rete e degli operatori formati; 	<p style="text-align: center;">TUTTE LE A.T.S.</p>
Applicazione contenuti D.G.R. n. 1775/11 e s.m.i., della D.G.R. n. 3993/2015 e della D.G.R. n. 7766/2018: <ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTA); • Monitoraggio esposizione agende e sospensione attività; 	<ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla D.G.R. n. X/3993/2015; • Evidenza della predisposizione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTA); • Invio semestrale del resoconto riepilogativo sulle attività di sospensione; • Invio del resoconto relativo alla vigilanza sulla pubblicazione sui 	<p style="text-align: center;">TUTTE LE A.T.S.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Vigilanza sull'effettiva applicazione del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 - Art. 41; 	<p>siti istituzionali delle liste di attesa;</p>	
<p>Rete per l'assistenza alla madre e al neonato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Condivisione con ASST sedi di PN del percorso nascita fisiologico (BRO) a gestione autonoma dell'ostetrica; • Potenziamento delle attività territoriali: condivisione dei progetti formalizzati dalle ASST con PN relativamente alle modalità operative per l'integrazione ospedale/territorio del percorso nascita; 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>
<p>Monitoraggio della qualità percepita e implementazione del modello di rilevazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Messa a sistema della trasmissione dei flussi derivanti dalla rilevazione della qualità percepita relativamente ai questionari ambulatoriali, ricovero e percorsi di telesorveglianza sanitaria e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative mediante il Sistema di accoglienza SMAF; 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>
<p>Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale ai sensi della D.G.R. n. X/5954/2016 e rispetto degli adempimenti ad essa connessi in materia di invio flussi, aggiornamento elenchi operatori NOC, sanzioni amministrative e certificazione obiettivi di autocontrollo AO (ai sensi della D.G.R. n. VII/12692/2003 e succ. nota prot. n. H1.2009.0013117, della nota prot. n. H1.2008.0037157, della D.G.R. n. IX/2057/2011 e succ. e della D.G.R. n. X/2313/2014 e delle note protocollo G1.2018.0006100 del 13/02/2018, G1.2018.0006534 del 16/02/2018 e G1.2018.0009936 del 14/03/2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo entro il 31 dicembre 2018 di almeno il 11,5% delle prestazioni di ricovero di cui: <ul style="list-style-type: none"> • quota di "almeno" il 5% (quota minima incrementabile) riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica; • quota "fino al" 3,5% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC; • quota "fino al" 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC; • Controllo entro il 31 dicembre 2018 di almeno il 3,5% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale; • Trasmissione mensile (entro il giorno 10) degli esiti dei controlli; 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Trasmissione entro il 31.03.2018 e in caso di modifiche, dell'elenco aggiornato dei componenti del NOC; • Trasmissione del piano di attività per l'anno 2018 alla Direzione Generale Welfare e all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS) entro il 16.04.2018; • Trasmissione alla Direzione Generale Welfare (UO Programmazione Polo Ospedaliero) e alla ACSS delle contestazioni di sanzionamento amministrativo; • Invio entro il 31.01.2019 della certificazione del raggiungimento degli obiettivi di autocontrollo delle ASST di propria pertinenza, sulla base della tempestività e fruibilità dei dati inviati (congruenza formale e sostanziale); 	
--	--	--

PREVENZIONE

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<p>Promozione Salute - Prevenzione cronicità (fattori di rischio comportamentali):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raggiungere le coperture degli indicatori di performance 2018 (<i>Rif. Regoline 2018</i>); • Migliorare il sistema di analisi di contesto e valutazione dei programmi; 	<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nel valore "medio":</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione alle attività relative alle "sorveglianza" nazionali su comportamenti/stili di vita (HBSC, OKkio alla Salute); • Completezza e correttezza metodologica, secondo le specifiche fornite dalla D.G.W., dei flussi regionali: <ul style="list-style-type: none"> • PROSA; • Survey "Stili di vita"; • LST Lombardia – Unplugged; • WHP; 	TUTTE LE A.T.S.
<p>Screening oncologici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raggiungere le coperture degli indicatori di performance 2018 (<i>Rif Regoline 2018</i>); 	<ul style="list-style-type: none"> • Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nel valore "buono"; 	TUTTE LE A.T.S.

<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare qualità del processo di engagement e appropriatezza dell'offerta dei tre programmi; 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenza documentata dell'avvio di attività finalizzate alla profilazione della popolazione target non aderente e all'analisi dei cancri di intervallo in sinergia con le rispettive UO di Epidemiologia; • Attivazione delle azioni di razionalizzazione previste dal D.D.G. 13960/2017 (inserimento delle esclusioni preinvito nel DWH); 	
<p>Malattie infettive: Raggiungimento delle coperture degli indicatori di performance 2018 (Rif. Regoline 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area "medio"; 	TUTTE LE A.T.S.
<p>Vaccinazioni: Raggiungimento delle coperture degli indicatori di performance 2018 (Rif. Regoline 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area "medio". La copertura antiinfluenzale viene valutata separatamente; 	TUTTE LE A.T.S.
<p>Ambienti di lavoro: Mantenimento/miglioramento delle attività</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo delle imprese attive sul territorio lombardo \geq 5% indicatore di performance 4.11; • Rispetto D.G.R. n. 164 del 29/05/2018 (tabella 1 in allegato 1): n. imprese controllate anno 2018 > n. imprese controllate anno 2017; • Controllo delle imprese attive sul territorio lombardo: n. Piani Mirati/n. controlli anno 2018 > n. Piani Mirati/n. controlli anno 2017; • Interventi nelle costruzioni: n. cantieri controllati ad alta priorità di rischio (secondo le indicazioni contenute nella nota regionale G1.2018.0005985 del 13/02/2018)/ n. di cantieri ad alta priorità di rischio notificati nel 2017 sul territorio di competenza; • Grado di intervento in agricoltura, quale settore ad elevato rischio ed in coerenza con il relativo Piano Nazionale: indicatore performance n. 4.20; • Inserimento in Ma.P.I.: casi di malattie professionali con definizione del nesso in almeno il 90% dei casi inseriti; indagini infortunio con definizione dei fattori di rischio in almeno il 90% dei casi inseriti; 100% delle indagini di infortunio con esito mortale; • Segnalazioni di malattia professionale caricati nel Sistema on line SMP / capacità di promozione sulla rete degli operatori sanitari 	TUTTE LE A.T.S.

	<p>territoriali: n. segnalazioni territorio ATS anno 2018 \geq n. segnalazioni territorio ATS anno 2017 (Person@ - SMP);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento delle Istituzioni scolastiche nello sviluppo di competenze in SSL nei curricula: n° istituti comprensivi che hanno inserito progetti di sviluppo competenza SSL nei curricula/n° totali di istituti del territorio 	
<p>Sicurezza alimenti di origine non animale, materiali a contatto - MOCA e acqua potabile Mantenimento/miglioramento delle attività</p>	<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area "buono" (Rif. Regoline 2018)</p> <p>ALIMENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invio entro il 30 settembre 2018 dell'elenco procedure unificate, con la data di approvazione; • Recepimento del verbale di sopralluogo regionale entro il 31 dicembre; • Completamento della formazione del 100% degli operatori del controllo ufficiale secondo quanto previsto dal primo percorso dall'Accordo Stato – Regioni del 07/02/2013, con particolare riferimento al nuovo personale assunto o al personale di nuova assegnazione al SIAN. Rendicontazione entro il 31 gennaio 2019 secondo il format specifico; • Effettuazione di almeno 1 corso di approfondimento su un aspetto del controllo ufficiale (procedure di sistema/speciali di interesse); 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>
<p>Sicurezza alimenti di origine non animale, materiali a contatto - MOCA e acqua potabile Mantenimento/miglioramento delle attività</p>	<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area "buono" (Rif. Regoline 2018)</p> <p>ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adeguamento anagrafica punti di prelievo secondo indicazioni regionali e allineamento con i Gestori; • Controllo ai sensi del D.lgs. 31/2001, effettuando almeno il 95% dei controlli analitici programmati nei PIC dipartimentali; • Prelievi per il controllo della radioattività in collaborazione con ARPA 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p> <p>A.T.S. COINVOLTE (secondo programmazione regionale)</p>

<p>Sicurezza alimenti di origine non animale, materiali a contatto - MOCA e acqua potabile</p> <p>Mantenimento/miglioramento delle attività</p>	<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area "buono" (<i>Rif. Regoline 2018</i>)</p> <p>LABORATORI DI PREVENZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendicontazione dei controlli analitici degli alimenti nei database nazionali (NSIS VIG, NSIS Pesticidi, Cruscotto CROGM) secondo le frequenze e le modalità stabilite dal Ministero della Salute 	<p>A.T.S. CON LABORATORIO</p>
<p>Ambienti di vita:</p> <p>Mantenimento/miglioramento delle attività;</p>	<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area "medio". (<i>Rif Regoline 2018</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasmissione on-line del 100% dei Piani di lavoro bonifica amianto: n. piani caricati manualmente nella relazione annuale art. 9 L. 257/92; • Promuovere nei Comuni la conoscenza della presenza di amianto nelle tubazioni della rete idrica incentivandone il censimento nella specifica voce "uso indiretto" delle relazioni annuali art. 9 della L. 257/92, in coerenza con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e conformemente all'ACSR n. 5 del 20.01.2015; • Analisi dei dati relativi alle notifiche e piani di lavoro esportati da Ge.M.A.: pubblicazione web ATS del Report anno 2018 entro il primo semestre 2019; • Grado di intervento in materia sostanze chimiche: coerenza con il relativo Piano Nazionale e con il PIC; 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione di misure di prevenzione del rischio gas radon in ambienti indoor e monitoraggio dell'adozione da parte dei Comuni: N. comuni che adottano le misure di prevenzione RADON/ N. comuni territorio; • Invio di almeno un accordo ATS/ARPA che sia propedeutico alla continua progettazione, pianificazione; • Supporto ai Comuni in tema di informazione al pubblico sulla qualità delle acque di balneazione anche attraverso l'aggiornamento puntuale del Portale Acque; • Grado di intervento in materia di fitosanitari: copertura dei controlli in rivendite, aziende agricole; 	
<p>Sistema Informativo della Prevenzione: Flussi informativi/ tempistiche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NSIS – VIG; NSIS – Pesticidi; Cruscotto CROGM: rendicontazione completa, nel rispetto di tempi e modalità definite dal Ministero della Salute; • NSIS – Portale Acque di balneazione: <ul style="list-style-type: none"> ○ implementazione con rispetto delle scadenze previste dal D.lgs. n. 116/2008 e dal DM 30.03.2010; ○ aggiornamento dei profili delle acque di balneazione; • <u>I.M.Pre.S@-BI</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ rendicontazione secondo le indicazioni regionali di tutti i controlli effettuati, comprensivi dei risultati delle analisi (esclusa analisi area alimenti) e dei provvedimenti assunti; ○ identificazione dei soggetti delle strutture "piscine" e trasmissione ai fini dell'inserimento; • Screening oncologici: invio dei flussi informativi a dato individuale e delle Survey a dati aggregati; • Promozione salute: invio dei flussi informativi PROSA, Survey "Stili di vita", LST Lombardia – Unplugged, WHP; 	<p style="text-align: center;">TUTTE LE A.T.S.</p>

VETERINARIA

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<p>APPROPRIATA ED EFFICIENTE GOVERNANCE DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deliberazione del PIAPV entro il 28 febbraio e attuazione delle attività programmate, incluse quelle previste dalla Circolare n° 3/2018 e monitorate attraverso un sistema di verifiche interne, garantendo l'attività istituzionale presso impianti riconosciuti sia nelle fasce orarie comprese nell'orario di servizio che nelle fasce orarie concordate al di fuori dell'orario di servizio almeno secondo i volumi attività 2017; • Registrazione in SIVI dei dati relativi agli indicatori di attività/processo entro 30 giorni dall'effettuazione e attivazione della valutazione delle performance con l'attuazione delle disposizioni regionali in merito agli indicatori di processo; • Condizionalità, appropriata gestione dell'attività di controllo e supervisione: <ul style="list-style-type: none"> ○ n° controlli eseguiti/n° controlli programmati = 100%; ○ n° controlli supervisione/n° controlli esito NC = 100%; ○ n° controlli supervisione/n° controlli esito conforme ≥ 10%; 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>
<p>VERIFICA DELLA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attuazione delle azioni previste dal Piano alpeggi con verifica di almeno 4 procedure per il 95% dei controlli ufficiali. Esecuzione del 100% dei piani di controllo e di campionamento programmati entro il 31/12/2018 con una percentuale di campioni non idonei <10%; • Verifica delle azioni correttive adottate negli stabilimenti riconosciuti a seguito di segnalazione di N.C. entro 15 gg dalla scadenza in oltre il 90% delle N.C. registrate; • Gestione sistema di allerta. Pubblicazione allerte in IRASFF; n° allerte originali pubblicate in IRASFF contestualmente alla pubblicazione sul portale regionale/n° allerte originali pubblicate in applicativo regionale con impatto extra regionale =100%. 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>

	<p>Publicazione sul portale NSIS del Ministero della Salute degli avvisi di richiamo predisposti dagli OSA; Registrazione misure adottate nell'applicativo regionale/riscontro pubblicazione sul sito Ministeriale = 100%;</p>	
<p>MANTENIMENTO DI UN'EFFICACE PREVENZIONE DELLE MALATTIE ANIMALI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esecuzione del 100% dei Piani di controllo programmati e delle azioni previste dalla U.O. Veterinaria in materia di sanità animale. Aggiornamento delle qualifiche sanitarie entro 15 giorni dalla chiusura del controllo; • Verifica delle azioni correttive messe in atto dall'allevatore a seguito di prescrizioni del competente Servizio Veterinario entro il termine di 15 giorni dalla scadenza fissata per la risoluzione della NC stessa (95% dei controlli); • Attivazione delle misure previste dalla norma in caso di insorgenza di focolai di malattie epidemiche senza indebiti ritardi e attuazione delle disposizione previste dalla UO regionale in materia di biosicurezza; 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>
<p>CORRETTA GESTIONE DEL FARMACO E BENESSERE ANIMALE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esecuzione del 100% dei campioni previsti dal piano di monitoraggio dell'antimicrobico-resistenza entro il 31/12/2018 e calcolo della DDVET negli allevamenti inseriti nel programma, con interventi mirati nel 100% di allevamenti che si scostano dal dato pubblicato da EMA per le molecole individuate; • Attuazione del 100% del piano farmacosorveglianza, benessere e sperimentazione animale e delle azioni previste nel PNAA; 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>
<p>CORRETTA GESTIONE DELLE AZIONI SANITARIE IN SOSTEGNO DELLA COMPETITIVITÀ E DELL'EXPORT DEI PRODOTTI DI O.A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esecuzione dei controlli di supervisione secondo le modalità richieste dalle Autorità dei Paesi terzi di destino e conduzione di almeno una supervisione/anno su tutti gli stabilimenti inseriti in una o più liste di impianti abilitati a esportare verso Paesi terzi tenute dal Ministero della Salute; 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>

PREVENZIONE DEL RANDAGISMO E TUTELA ANIMALI DA COMPAGNIA	<ul style="list-style-type: none">• Rendicontazione puntuale delle risorse assegnate con il Decreto n. 11538/2015 e predisposizione di una relazione sui risultati conseguiti, in considerazione degli indicatori individuati dal “Piano” regionale, entro il 31 gennaio 2019;	TUTTE LE A.T.S.
---	---	------------------------

AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (A.S.S.T.)

INDICATORI A.S.S.T.: la positiva valutazione di almeno il 70% delle ATTIVITÀ ISTITUZIONALI permette di accedere alla valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA. Affinché una attività sia considerata superata, deve essere realizzata almeno al 70%.

EVOLUZIONE SSR, INVESTIMENTI E SISTEMA INFORMATIVO

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Stabilità programmatoria: gestione delle istanze di contributo coerente con la programmazione regionale	<ul style="list-style-type: none"> Assenza di istanze di contributo fuori dalla cornice programmatoria individuata dalla Giunta Regionale ed assenza di istanze di rimodulazione dei contributi già assegnati dalla Giunta Regionale; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Completezza Fascicolo Sanitario Elettronico	<ul style="list-style-type: none"> Pubblicazione del 95% dei referti prodotti entro 24 ore; Invio referti di laboratorio in CDA2 secondo struttura già definita; Pubblicazione dei referti prodotti in intramoenia; Raggiungimento target specifico percentuale di prescrittori in modalità dematerializzata; 	TUTTE LE A.S.S.T.

CONTROLLO DI GESTIONE E PERSONALE

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2017	<ul style="list-style-type: none"> La misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2018 rispetto al 2017 (viene considerato il solo perimetro della programmazione aggregata). L'obiettivo risulterà comunque raggiunto se l'ente avrà raggiunto il 65% di acquisti centralizzati/aggregati/servizi in concessione; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Adesione alle convenzioni centralizzate ARCA: classi di Dispositivi medici a maggior spesa.	<ul style="list-style-type: none"> Verrà verificato l'obbligo di adesione alle procedure centralizzate di ARCA attraverso la verifica puntuale del grado di adesione ad alcune convenzioni attivate dalla Centrale d'Acquisto; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Adesione convenzioni Centrale Acquisti Regione Lombardia – CONSIP e utilizzo piattaforma telematica SINTEL nelle procedure d'acquisto. Classi d'acquisto previste negli adempimenti LEA: energia elettrica; gas;	<ul style="list-style-type: none"> Verifica effettuata sulle classi previste negli adempimenti LEA per quanto riguarda gli acquisti: a) adesione convenzioni CONSIP; b) adesioni convenzioni ARCA; c) utilizzo della piattaforma telematica SINTEL; 	TUTTE LE A.S.S.T.

ausili per persone disabili (CPV 33196200; ausili per la deambulazione CPV 33141720); antisettici		
---	--	--

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione – errori gravi	<ul style="list-style-type: none"> Percentuale di record di SDO contenenti errori “gravi” inferiore al 1%; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Ricoveri ospedalieri: Tempestività della rilevazione	<ul style="list-style-type: none"> Percentuale in ritardo oltre la scadenza mensile non superiore al 2% (sono esclusi i DH di tipo non chirurgico); 	TUTTE LE A.S.S.T.
Certificati di assistenza al parto	<ul style="list-style-type: none"> Scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con le SDO; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Certificati di assistenza al parto: Tempestività della rilevazione	<ul style="list-style-type: none"> Percentuale in ritardo oltre il mese non superiore al 5%; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Certificati di assistenza al parto: Rapporto tra CeDAP con segnalazione di malformazione rispetto alle SDO di neonati con diagnosi di malformazione (una delle 6 diagnosi con codice ICD-9-CM compreso tra 740xx e 759xx)	<ul style="list-style-type: none"> Scostamento massimo del 5% rispetto all’indicatore regionale; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Certificati di assistenza al parto: Completezza nella compilazione di tutti i campi (compresi i campi istituiti da Regione Lombardia nel 2016 e disponibili da portale)	<ul style="list-style-type: none"> Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale; 	TUTTE LE A.S.S.T.

PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Salute mentale e NPIA	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto del tetto massimo di spesa 43 San complessivo (psichiatria + NPIA adulti) indicato dalla ATS territorialmente competente, con tendenziale diminuzione del ricorso ai ricoveri extraregione; Riduzione delle contenzioni; 	TUTTE LE A.S.S.T. INTERESSATE

	<ul style="list-style-type: none"> Definizione di indicazioni/progetti per la promozione della salute fisica del paziente psichiatrico anche in collaborazione con i Servizi per le dipendenze; Realizzazione in ambito NPIA di eventi formativi multidisciplinari rivolti alle varie professionalità interessate su uno dei seguenti temi: autismo e disabilità complessa, acuzie psichiatriche dell'adolescenza, doppia diagnosi, transizione all'età adulta; 	
Dipendenze	<p>Redazione di una relazione, da trasmettere entro il 28.02.2019, che certifichi:</p> <ul style="list-style-type: none"> L'implementazione di servizi/attività per la diagnosi e cura del GAP; L'implementazione di attività di integrazione tra l'ambito della salute mentale e delle dipendenze; L'implementazione di attività di integrazione tra reparti ospedalieri e servizi per le dipendenze (es epatologia, infettivologia, psicologia clinica, ecc.); 	TUTTE LE A.S.S.T. INTERESSATE
Cure primarie	<ul style="list-style-type: none"> Attuazione dell'Accordo integrativo regionale 2018 per specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie convenzionate con il SSN; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Misure innovative in ambito sociosanitario	<ul style="list-style-type: none"> Redazione di una relazione, da trasmettere entro il 28.02.2019, delle attività anno 2018 descrittiva delle caratteristiche, emerse dalle valutazioni/rivalutazioni, delle persone che hanno beneficiato della misura Residenzialità assistita; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Negoziazione e contratto area sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> Gestioni dirette da parte delle ASST: rispetto dell'equilibrio economico stabilito con Decreto 1378/2018 per tutte le UdO, ad esclusione di ADI e UCP-Dom; Monitoraggio, in collaborazione con le ATS, dell'andamento della spesa ADI e dei voucher emessi al fine di consentire l'erogazione del servizio per tutto il corso dell'anno e di rispettare il budget riconosciuto; 	TUTTE LE A.S.S.T. INTERESSATE

PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Reti clinico-assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> Evidenza dell'attivazione di audit interni per il monitoraggio dell'effettiva continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali nell'ambito delle reti clinico-assistenziali regionali e delle reti ospedaliere di cui al DM 70/2015; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Sistema Trasfusionale Regionale	<ul style="list-style-type: none"> Consolidamento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano Annuale di programmazione e compensazione regionale ed extra-regionale delle unità di sangue su indicazione di AREU/Struttura Regionale di Coordinamento; 	A.S.S.T. SEDE DI SERVIZI TRASFUSIONALI
Sistema Regionale Trapianti	<ul style="list-style-type: none"> Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale; Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione; Numero di prelievi multitessuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2017 e comunque non inferiori a 3; Incremento rispetto al 2017 del numero di trapianti da vivente (Tx rene); 	A.S.S.T. CHE GESTISCONO ATTIVITÀ TRAPIANTOLOGICA
Promozione appropriatezza prescrittiva: attività di formazione ed informazione verso i prescrittori per il corretto utilizzo degli antibiotici classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico)	<ul style="list-style-type: none"> Realizzazione di almeno un evento formativo (eventualmente FAD) rivolto a Medici ospedalieri per il corretto utilizzo degli antibiotici, classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico); 	TUTTE LE A.S.S.T.

<p>Flussi Assistenza Farmaceutica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Flusso File F; Flusso File R; Flusso Acquisti Medicinali: Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi definite da D.G.W.; 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>
<p>Compilazione e aggiornamento dei questionari informatizzati sul Sito del Centro di Riferimento per la Qualità dei SMeL relativi alla produzione e organizzazione dei SMeL (cfr. D.G.R. n. X/7600 del 20/12/2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione a incontri di formazione; • Compilazione corretta dei questionari nei tempi richiesti; • Mantenimento dell'aggiornamento degli stessi; 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>
<p>Reti locali di Cure palliative (RLCP) e relativi Dipartimenti interaziendali di Cure palliative ai sensi della D.G.R. n. X/5918/2016 in collaborazione con le ATS di riferimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenza con Atto formale della istituzione della RLCP e/o adesione formale alla stessa; • Almeno una riunione nell'ambito dei dipartimenti interaziendali di cure palliative; 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>
<p>Attuazione della D.G.R. n. X/5455/2016 - Corsi regionali di formazione di I Livello per gli operatori della rete di Cure palliative</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenza della partecipazione dei professionisti interessati alla attività formativa programmata dalla ATS di riferimento in attuazione alla D.G.R. n.5455/2016; • Rilevazione del fabbisogno formativo e degli operatori formati; 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>
<p>Applicazione contenuti D.G.R. n. 1775/2011 e s.m.i., della D.G.R. n. 3993/2015 e della D.G.R. n. 7766/2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz); • Monitoraggio e vigilanza sulle liste di attesa in attuazione di quanto stabilito con D.G.R. 1775/2011, D.lgs. 33/2013 e D.G.R. 7766/18 	<ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015; • Evidenza della predisposizione e trasmissione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz); • Attuazione dei disposti del punto 3.3.6. della D.G.R. n. X/1185/2013 - "Interventi di miglioramento dei tempi di attesa"; • Partecipazione a sperimentazioni regionali e nazionali mirate all'ottimizzazione delle risorse a all'abbattimento delle liste di attesa; 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>

<p>Monitoraggio della qualità percepita e implementazione del modello di rilevazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione della qualità percepita e trasmissione dei flussi derivanti mediante il sistema di accoglienza SMAF; 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>
<p>Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle D.G.R. n. X/2313/2014, n. X/7600/2017 e delle note protocollo G1.2018.0006100 del 13/02/2018 e protocollo G1.2018.0006534 del 16/02/2018</p>	<p>Controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 30 giugno 2018, del 6,5% delle prestazioni di ricovero di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quota "fino al" 3,5% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza; • Quota "fino al" 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza; • Invio del Piano dei Controlli aziendale alla ATS di pertinenza entro il 28.02.2018; 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>
<p>Rete per l'assistenza alla madre e al neonato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Progettazione del percorso nascita fisiologico (BRO) a gestione autonoma dell'ostetrica; • Formalizzazione delle modalità operative condivise con ATS per l'integrazione ospedale/territorio del percorso nascita; 	<p>SOLO A.S.S.T. SEDI DI PUNTI NASCITA</p>

PREVENZIONE

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<p>Promozione Salute - Prevenzione cronicità (fattori di rischio comportamentali): Implementare l'offerta di opportunità per l'adozione di stili di vita favorevoli alla salute nei dipendenti, nei visitatori e nei pazienti/utenti, in sinergia con le ATS</p>	<p>Evidenza documentata nella rendicontazione WHP 2018. Valutazione sufficiente se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutti i Presidi sono iscritti al Programma WHP; • Presenza, nei presidi iscritti prima del 2018, di "Pratiche Raccomandate" nell'area "Tabagismo"; • Continuità, nei presidi iscritti prima del 2018, nello sviluppo delle pratiche nelle aree "Alimentazione", "Tabagismo", "Attività Fisica"; 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>
<p>Screening oncologici: Garantire le coperture dei programmi di screening oncologici attivati dalle ATS: screening tumore cervice uterina (PAP test come test primario per le donne tra 25-33 anni e HPVdna test come test primario in donne tra 34-64 anni); screening tumore colon retto e mammella (con ampliamento fasce di età come da D.D.G. n. 3711 del 04/04/2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 100% delle richieste ATS contrattualizzate; • Invio delle refertazioni di anatomia patologia ai Centri screening ATS (100% delle richieste relative ai cancri alla mammella screen detected incidenti nel 2017 entro 31 agosto 2018); • Partecipazione dei professionisti di screening ai percorsi di analisi dei cancri di intervallo e dei cancri screen detected avanzati promossi dalle ATS; 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>
<p>Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Segnalazioni alle ATS di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche, tubercolosi e MTS; verranno verificate attraverso l'utilizzo della piattaforma S-Mainf per l'inserimento delle segnalazioni: <ul style="list-style-type: none"> • la tempestività della segnalazione; • la completezza dei dati inseriti; • la completezza delle segnalazioni inserite con l'evidenza dell'esito dell'incrocio con i dati delle SDO (a cura dell'ASST); • Invio tempestivo dei campioni isolati ai laboratori di riferimento regionali per morbillo/rosolia; malattie invasive batteriche e tubercolosi (valutazione a cura dell'ATS); 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>

<p>Aumento della copertura delle vaccinazioni</p>	<p>Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS delle seguenti percentuali di copertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati 2018: <ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus ciclo completo $\geq 75\%$; • Meningococco B 1° dose $\geq 75\%$; • Coorte nati 2006: <ul style="list-style-type: none"> • HPV 2° dose $\geq 75\%$; • Coorte nati 2002: <ul style="list-style-type: none"> • antimeningococco ACWY $\geq 75\%$; • Difterite Tetano Pertosse Polio 5° dose $\geq 75\%$; • over 65 anni: <ul style="list-style-type: none"> • antinfluenzale $\geq 75\%$; • Coorte 1953: <ul style="list-style-type: none"> • Pneumococco offerta; • Herpes zoster offerta; • Inserimento in GEV di tutte le vaccinazioni, comprese antinfluenzali e quelle per categorie a rischio, attraverso applicativo aziendale o web application regionale; • Vaccinazione degli operatori sanitari con particolare attenzione alle unità operative a maggior rischio per la presenza di soggetti fragili (esempio: con situazioni di immunodepressione, ginecologia ostetricia, pronto soccorso etc). Percentuale degli operatori immuni per MPRV e influenza suddivisa per UUOO; 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>
<p>Sicurezza cittadino/consumatore/lavoratore: mantenimento/miglioramento delle attività</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione delle segnalazioni di non conformità ai Regolamenti REACH e CLP: partecipazione al monitoraggio delle segnalazioni di non conformità, contribuendo al perfezionamento degli attuali flussi informativi nell'ambito del tavolo con il MS (PRP P.9.11.2); 	<p>SOLO A.S.S.T. SEDI DI CAV</p>

AMBIENTI DI LAVORO Segnalazione telematica di mesoteliomi, tumori naso-sinusali, tumori della vescica e del polmone	<ul style="list-style-type: none"> • Segnalazione di mesoteliomi, tumori naso-sinusali, tumori della vescica e del polmone individuati secondo i criteri descritti all'interno della funzionalità telematica presente in SISS a cura dei reparti competenti; 	TUTTE LE A.S.S.T.
MEDICINA LEGALE Riduzione tempi di attesa accertamenti area invalidità	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo medio di attesa tra data acquisizione pratica e prima convocazione a visita, per Commissioni invalidi ≤ 60 gg solari (escluse le procedure d'urgenza) - periodo di riferimento secondo semestre 2018; 	TUTTE LE A.S.S.T. CON U.O. MEDICINA LEGALE
MEDICINA LEGALE Miglioramento dei percorsi per il cittadino disabile	<ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione delle commissioni di cui all'art. 4 comma 1 bis della Legge n. 104/1992, finalizzate a consentire percorsi di accertamento distinti e specializzati per persone in età evolutiva, prevedendo la partecipazione delle necessarie figure specialistiche (come pediatri e neuropsichiatri infantili); 	TUTTE LE A.S.S.T. CON U.O. MEDICINA LEGALE

AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (A.R.E.U.)

INDICATORI AREU: la positiva valutazione delle ATTIVITÀ ISTITUZIONALI permette di accedere alla valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA. Affinché una attività sia considerata superata, deve essere realizzata almeno al 70%.

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Centrale Operativa Integrata per i trasporti sanitari e per la continuità assistenziale	<ul style="list-style-type: none">• Presentazione del progetto a valenza regionale ed attuazione di quanto definito nel cronoprogramma concordato con Regione Lombardia	A.R.E.U.
Predisposizione del Piano di programmazione della raccolta di sangue e definizione del Piano plasma regionale	<ul style="list-style-type: none">• Definizione dei fabbisogni regionali, in raccordo con le ASST, di sangue e plasma-derivati al fine della predisposizione del Piano di programmazione della raccolta di sangue e definizione del Piano plasma;	A.R.E.U.
Stabilità programmatoria: gestione delle istanze di contributo coerente con la programmazione regionale	<ul style="list-style-type: none">• Assenza di istanze di contributo fuori dalla cornice programmatoria individuata dalla Giunta Regionale ed assenza di istanze di rimodulazione dei contributi già assegnati;	A.R.E.U.

ALLEGATO 3)

**VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (A.T.S.), DELLE AZIENDE SOCIO
SANITARIE TERRITORIALI (A.S.S.T.) E DELL'AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (A.R.E.U.)**

ANNO 2018 - OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA (PESO 100 PUNTI):

- **OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (PESO 25 PUNTI)**
- **OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (PESO 45 PUNTI)**
- **OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 30 PUNTI)**
- **OBIETTIVI AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (PESO 100 PUNTI)**

OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (PESO 25 PUNTI)

ATS

SELEZIONE INDICATORI “SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI”

NETWORK DELLE REGIONI

B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico.
B5.3.2	Adesione screening coloretale.
B7.1	Copertura vaccinale MPR.
B7.5	Copertura vaccinale antimeningococcico.
B7.6	Copertura vaccinale antipneumococcico.
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (< 14 anni).
C8a.13a	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche.
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici.
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica.
C11a.2.1	Tasso di ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni).
C11a.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni).
C13a.2.2.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali.
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia.
C28.1	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore.
F12a.14	Percentuale (%) molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza.
F15.2.1	N. aziende controllate/N. aziende con dipendenti >= 1.
F15.2.2	N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni.

ASST

SELEZIONE INDICATORI “SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI” NETWORK DELLE REGIONI

C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico.
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico.
C10.4.2	Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata.
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella.
C10.4.3/4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon retto.
D9	Abbandoni da Pronto Soccorso.
C16.1	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti.
NSG-EX LEA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.
	Riammissione a 30 giorni dopo intervento di protesi di ginocchio (solo per ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO)
	Reintervento entro 6 mesi dopo intervento di artroscopia di ginocchio (solo per ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO)

INDICATORI PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)

CARDIO3	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio (scc)
CARDIO4	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (bpac)
CARDIO6	Mortalità a 30 giorni da riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale
CHGEN1	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
ONCO1	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui
ONCO2	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
ONCO5	Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
	Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto naturale)
	Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto cesareo)

RESPIRO1	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (bpcO) riacutizzata.
OSTEO1	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano.

OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (PESO 45 PUNTI)

ASST

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Efficienza organizzativa nell'attuazione dei programmi di investimento: rispetto dei tempi di consegna della documentazione progettuale, corredata dai pareri di legge previsti, alla D.G.W. entro i termini stabiliti dagli atti regionali (VII Atto Integrativo, Programma adeguamento Antincendio, D.G.R. n. X/6548/2017)	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto dei tempi indicati nell'originario provvedimento di assegnazione dei finanziamenti comprovato dalla lettera di trasmissione a D.G.W. della documentazione progettuale completa dei pareri previsti dalla normativa regionale (UTR e ATS). (il risultato viene decurtato del 5% per ogni mese solare di ritardo); 	TUTTE LE A.S.S.T. INTERESSATE (che non hanno già consegnato la documentazione progettuale nel corso del 2017)
FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI	<ul style="list-style-type: none"> Compilazione al 100% dei modelli HSP11 - HSP 11BIS - HSP12 - HSP13 -HSP 14 - HSP22BIS - HSP 23 - HSP 24 - RIA11 - STS 11 - STS 14 - STS21 - STS 24 - FLS 11 - FLS12 - FLS 18 - FLS 21; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Invio flusso consumi dispositivi medici	<ul style="list-style-type: none"> Verifica del grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo del flusso consumi dispositivi medici con quello indicato nelle apposite voci di bilancio; <p>L'obiettivo è raggiunto con una percentuale pari all'85%. Tutte le aziende devono inviare il dato tutti i mesi dell'anno (nel caso di non invio mensile deve essere inviata nota formale a DG Welfare). L'obiettivo è parametrato sulle stesse CND calcolate nell'adempimento LEA ministeriale;</p>	TUTTE LE A.S.S.T.

<p>Invio flusso contratti dispositivi medici</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica del grado di copertura dei contratti relativi ai dispositivi medici inviati; <p>L'obiettivo è raggiunto con una percentuale pari ad almeno il 25% dei codici di repertorio presenti nel flusso consumi dispositivi medici e nel flusso contratti dispositivi medici (anno 2018). L'obiettivo è calcolato con gli stessi parametri nell'adempimento LEA ministeriale, ma a livello di singola azienda anziché di intera Regione;</p>	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>
<p>Verifica flussi CO.AN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Invio flussi trimestrali, consuntivo, preventivo e assestamento tramite l'apposito Portale sul controllo di gestione come da tempistica prevista da note regionali; • Valutazione del rispetto delle % di quadratura Co.Ge. - Co.An., come da linee guida, e della coerenza della rilevazione dei ricavi con i flussi di produzione, misurata dai report di quadratura pubblicati sul portale del controllo di gestione (si terrà conto di eventuali situazioni particolari a livello aziendale ove adeguatamente giustificate); 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>
<p>Invio trigger in sala parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica invio mensile dei trigger in sala parto; 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>
<p>Implementazione raccomandazioni Ministeriali</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dovranno essere implementate a livello aziendale almeno l'80% delle raccomandazioni ministeriali pubblicate dal Ministero della Salute (tra quelle applicabili alla propria realtà). Per le aziende che hanno dichiarato nel 2017 di non aver ancora implementato le raccomandazioni 04, 08, 09, 10 e 14 l'obiettivo si ritiene raggiunto se le raccomandazioni risulteranno implementate; 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>
<p>Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell'area del personale: conto annuale esercizio 2017, allegato al CE anno 2017 (IV trimestre 2017), modello A e reciproca coerenza fra gli stessi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Allineamento tra i dati inviati nei diversi flussi 90%; 	<p>TUTTE LE A.S.S.T.</p>

STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell’anno 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Copertura entro il 31/12/2018 delle strutture autorizzate entro il 30/06/2018: 100%; • Copertura entro il 31/12/2018 delle strutture autorizzate dopo il 30/06/2018 ed entro il 30/09/2018: 50%; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Implementazione Sistema MOSA	<ul style="list-style-type: none"> • Pubblicazione quotidiana informazioni intera offerta ambulatoriale; • Invio quotidiano notifiche relative a tutti gli appuntamenti registrati; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell’equilibrio di bilancio	<ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento produzione a contratto per Lombardi; • Rispetto degli obiettivi per beni e servizi per singola area come da D.G.R. n. X/7600/2017; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie	<ul style="list-style-type: none"> • Allineamento posizioni da Stato Patrimoniale per crediti e debiti (intercompany); • Verifica della sussistenza delle posizioni creditorie e debitorie; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany	<ul style="list-style-type: none"> • Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Anticipazione di Tesoreria	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto del divieto di ricorrere alle anticipazioni di tesoreria; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Tempi di pagamento beni e servizi (ITP); Piano dei flussi di cassa;	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto dei tempi di pagamento; • Rispetto degli importi definiti con budget di cassa reale e pagamenti G3S (valutazione degli scostamenti per una corretta gestione delle risorse): verrà valutato lo scostamento tra la previsione e l’effettivo consuntivato (competenza 2018); 	TUTTE LE A.S.S.T.
PAC – Percorso attuativo della certificabilità di bilancio	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto della tempistica stabilita dalle linee guida regionali; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Realizzazione di un progetto di adozione e incremento prescrittivo di farmaci biosimilari per i principi attivi	<ul style="list-style-type: none"> • Relazione del progetto in cui si evidenzia l’incremento dei pazienti trattati con biosimilari 2018 vs 2017 ed il risparmio economico 	TUTTE LE A.S.S.T.

etanercept e rituximab	ottenuto, utilizzando come fonte dati le rendicontazioni file F delle due annualità;	
AMBIENTI DI LAVORO Promozione del benessere del lavoratore e prevenzione dei fattori di rischio	<ul style="list-style-type: none"> Studio di contesto/fattibilità funzionale alla pianificazione degli interventi che integrano la prevenzione dai rischi e pericoli per la salute connessi al lavoro con la promozione del benessere del lavoratore (modello Total Worker Health); 	A.S.S.T. SEDE DI U.O.O.M.L.
PROMOZIONE SALUTE - PREVENZIONE CRONICITÀ <ul style="list-style-type: none"> Implementare l'offerta di programmi, promossi da Consulteri pubblici e accreditati, di promozione della salute 0-3 anni, in raccordo con percorsi di continuità ospedale territorio (PLS – Punti Nascita) e in sinergia con le ATS Implementare l'offerta di programmi, promossi da Consulteri pubblici e accreditati, di promozione della salute (life skills e peer education) in età adolescenziale, in sinergia con le ATS 	<ul style="list-style-type: none"> Evidenza documentata (PROSA e SURVEY Stili di vita), di attività integrate di promozione delle principali "competenze genitoriali" (allattamento al seno, acido folico, astensione alcol e fumo, posizione nel sonno, sicurezza domestica e in viaggio, vaccinazioni, lettura ad alta voce –D.G.R. 5506/2016), con particolare attenzione ai target con fragilità socio-culturali; Partecipazione ai programmi regionali attivati dalle ATS ed alle attività formative regionali (Piano Formativo SSL 2018, Formazione Life Skills Training e Unplugged); 	TUTTE LE A.S.S.T. CON CONSULTORI
AUMENTO DELLA COPERTURA DELLE VACCINAZIONI	<p>Raggiungimento delle seguenti percentuali di copertura:</p> <p>Coorte nati residenti 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> Esavalente 3° dose ≥95%; MPR 1° dose ≥95%; Varicella 1° dose ≥75%; Pneumococco 3° dose ≥95%; Meningococco C ≥95%; <p>Coorte nati 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> Difterite Tetano Pertosse Polio 4° dose ≥95%; MPR 2° dose ≥95%; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Attuazione della D.G.R. n. X/6472/2017	<ul style="list-style-type: none"> Le UOOML contribuiscono al raggiungimento dell'obiettivo di emersione delle malattie professionali di cui al PNP/PRP con evidenza nel Sistema Informativo Regionale (Person@ - Ma.P.I./SMP); 	A.S.S.T. SEDE DI U.O.O.M.L.
MEDICINA LEGALE	<ul style="list-style-type: none"> Le UU.OO. di medicina legale forniscono il supporto formativo alle 	TUTTE LE A.S.S.T. CON

Miglioramento dei percorsi per il cittadino disabile	articolazioni specialistiche aziendali per la redazione del certificato introduttivo all'invalidità civile: realizzazione di un evento formativo (corso FAD, corso residenziale, ecc.);	U.O. MEDICINA LEGALE
--	---	----------------------

ATS

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI	<ul style="list-style-type: none"> • Compilazione al 100% dei modelli HSP11 - HSP 11BIS - HSP12 - HSP13 -HSP 14 - HSP22BIS - HSP 23 - HSP 24 - RIA11 - STS 11 - STS 14 - STS21 - STS 24 - FLS 11 - FLS12 - FLS 18 - FLS 21; 	TUTTE LE A.T.S.
SALUTE E AMBIENTE Rafforzare il contributo della epidemiologia sul tema Ambiente e Salute secondo le linee indicate dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.	<ul style="list-style-type: none"> • Presentazione di almeno uno studio realizzato, in continuità con quanto richiesto da questa D.G. (nota prot. G1.2017.0027546 del 12/09/2017) nell'ambito del progetto "EpiAmbNET", finanziato dal Centro nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute; 	TUTTE LE A.T.S.
PROMOZIONE SALUTE - PREVENZIONE CRONICITÀ Implementare azioni finalizzate a sostenere processi di engagement del cittadino per la prevenzione della cronicità e l'invecchiamento attivo e in buona salute	Presenza della mappatura territoriale, e della relativa diffusione a tutti gli stakeholder, dell'offerta di: <ul style="list-style-type: none"> • Programmi/iniziative per attività/esercizio fisico individuale e collettivo; • Servizi per il trattamento del tabagismo; • Servizi per il trattamento dell'obesità; Documentazione da trasmettere alla D.G. Welfare entro 31 gennaio 2019;	TUTTE LE A.T.S.
SCREENING ONCOLOGICI <ul style="list-style-type: none"> • Implementare l'ampliamento delle fasce di età nei programmi di screening dei tumori di colon retto e mammella (DDG 3711/2017) • Implementare il programma organizzato di screening del tumore della cervice uterina (D.G.R. 7013/2017) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenza documentata di attività di comunicazione, aggiornamento procedure, contrattazione e programmazione sedute per estensione pari o superiore al 10% della popolazione 70-74 aa; • Evidenza documentata di attività di comunicazione, aggiornamento procedure, contrattazione e programmazione sedute per chiamata attiva con estensione pari o superiore al 50% della popolazione femminile di età tra i 25 e 33 anni per PAP test; 	TUTTE LE A.T.S.

<p>Adesione convenzioni Centrale Acquisti Regione Lombardia – CONSIP e utilizzo piattaforma telematica SINTEL nelle procedure d'acquisto. Classi d'acquisto previste negli adempimenti LEA: energia elettrica; gas; ausili per persone disabili (CPV 33196200; ausili per la deambulazione CPV 33141720); antisettici</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica effettuata sulle classi previste negli adempimenti LEA per quanto riguarda gli acquisti: a) adesione convenzioni CONSIP; b) adesioni convenzioni ARCA; c) utilizzo della piattaforma telematica SINTEL; 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>
<p>SICUREZZA ALIMENTI DI ORIGINE NON ANIMALE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificare l'efficacia e l'appropriatezza dei controlli ufficiali ai sensi dell'art. 8 punto 3 lettera a) del Regolamento CE n. 882/2004 • Interventi di semplificazione: raccordo con gli sportelli unici per le attività produttive 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuazione delle verifiche dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali secondo gli indirizzi regionali forniti con decreto n. 1272 del 02/02/2018, con rendicontazione entro il 31 gennaio 2019; • Gestione informatizzata dei procedimenti di registrazione in raccordo con i SUAP attraverso l'utilizzo della Scrivania Enti Terzi, resa disponibile dal gestore del portale telematico nazionale www.impresainungiorno.gov.it, entro il 31 dicembre 2018; 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>
<p>Invio flusso consumi dispositivi medici</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica del grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo del flusso consumi dispositivi medici con quello indicato nelle apposite voci di bilancio; <p>L'obiettivo è raggiunto con una percentuale pari all'85%. Tutte le aziende devono inviare il dato tutti i mesi dell'anno (nel caso di non invio mensile deve essere inviata nota formale a DG Welfare). L'obiettivo è parametrato sulle stesse CND calcolate nell'adempimento LEA ministeriale;</p>	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>
<p>Verifica flussi CO.AN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Invio flussi trimestrali, consuntivo, preventivo e assestamento tramite l'apposito Portale sul controllo di gestione come da tempistica prevista da note regionali. Valutazione del rispetto delle % di quadratura Co.Ge. - Co.An., come da linee guida; 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>

Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio	<ul style="list-style-type: none"> Riduzione spesa beni e servizi definita nelle Regole di sistema 2018; 	TUTTE LE A.T.S.
Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie	<ul style="list-style-type: none"> Allineamento posizioni da Stato Patrimoniale per crediti e debiti (intercompany); Verifica della sussistenza delle posizioni creditorie e debitorie; 	TUTTE LE A.T.S.
Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany	<ul style="list-style-type: none"> Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti; 	TUTTE LE A.T.S.
Anticipazione di Tesoreria	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto del divieto di ricorrere alle anticipazioni di tesoreria; 	TUTTE LE A.T.S.
Tempi di pagamento beni e servizi (ITP); Piano dei flussi di cassa;	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto dei tempi di pagamento; Rispetto degli importi definiti con budget di cassa reale e pagamenti G3S (valutazione degli scostamenti per una corretta gestione delle risorse): verrà valutato lo scostamento tra la previsione e l'effettivo consuntivato (competenza 2018); 	TUTTE LE A.T.S.
PAC – Percorso attuativo della certificabilità di bilancio	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto della tempistica stabilita dalle linee guida regionali; 	TUTTE LE A.T.S.
Monitoraggio e governo del sistema MOSA	<ul style="list-style-type: none"> Percentuale del 90% di rispetto su completezza e tempestività degli invii sia da parte delle strutture pubbliche che private; 	TUTTE LE A.T.S.
STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2018	<ul style="list-style-type: none"> Copertura entro il 31/12/2018 delle strutture autorizzate entro il 30/06/2018: 100%; Copertura entro il 31/12/2018 delle strutture autorizzate dopo il 30/06/2018 ed entro il 30/09/2018: 50%; 	TUTTE LE A.T.S.
Garantire la corretta gestione del sistema di prevenzione e controllo nella Sanità Pubblica Veterinaria	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione dei report degli audit effettuati dal Ministero della Salute, della Commissione Europea e della UO Veterinaria; 	TUTTE LE A.T.S.
Attuazione della D.G.R. XI/165 del 2018 con nuove modalità operative nelle ATS coinvolte	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione dei protocolli regionali di attuazione delle azioni previste dalla D.G.R. in materia di gestione delle problematiche sanitarie collegate alla fauna selvatica alloctona con il 	TUTTE LE A.T.S.

	coinvolgimento degli enti preposti;	
--	-------------------------------------	--

OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 30 PUNTI)

ATS

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
<p>PROMOZIONE SALUTE - PREVENZIONE CRONICITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Migliorare la governance della prevenzione nel percorso di presa in carico da parte dei gestori • Avviare programmi di diagnosi precoce nella popolazione 45-60aa con fattori di rischio (tabagismo, sedentarietà, ipertensione, glicemia elevata, dislipidemie, obesità/sovrappeso) e/o patologie croniche non complicate. • Incrementare opportunità di contrasto alla sedentarietà nella popolazione generale e in target specifici (rischio cronicità 45-60aa, invecchiamento attivo over 60) 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza nei PAI della rilevazione/valutazione di: <ul style="list-style-type: none"> • fattori di rischio (bmi, consumi alcool/tabagismo, sedentarietà); • offerta vaccinale (categorie a rischio); • aderenza screening oncologici; <p>Valore > = 90% dei PAI sottoscritti;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenza di progettualità, anche a carattere sperimentale, definite sulla base dell'analisi di contesto epidemiologico, che prevedano offerta di approccio comportamentale (counselling ed invio a programmi/iniziativa/servizi) e, se necessario, farmacologico, realizzate in sinergia con MMG, Associazioni, ecc.; <p>Documentazione da trasmettere alla D.G. Welfare entro 31 gennaio 2019;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenza di progettualità, anche a carattere sperimentale, finalizzate a promuovere contesti urbani favorenti uno stile di vita attivo (urban health) e l'attivazione di una rete di offerta di programmi strutturati di esercizio fisico (anche basati su protocolli 	<p>TUTTE LE A.T.S.</p>

	<p>di AFA-EFA) mediante sinergie e collaborazioni intersettoriali (Comuni, Terzo Settore, Fondazioni, Università – Scienze Motorie, RSA, Enti di promozione sociale e sportiva, Impresa privata, ecc.);</p> <p>Documentazione da trasmettere alla D.G. Welfare entro 31 gennaio 2019;</p>	
Presa in carico del paziente cronico	<ul style="list-style-type: none"> Istituzione della commissione valutativa interna alle ATS, per la gestione di eventuali contenziosi con il gestore, richieste di aggravamento delle patologie in attuazione della D.G.R. n. X/6164/2017; 	TUTTE LE A.T.S.
Coerenza fra tempi e prestazioni previste dai PAI	<ul style="list-style-type: none"> Verifica della coerenza tra prestazioni previste dai PAI e quanto erogato sia dal punto di vista quantitativo che delle tempistiche; 	TUTTE LE A.T.S.

ASST

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.
Presa in carico del paziente cronico	<ul style="list-style-type: none"> L'Azienda deve sottoscrivere il n. dei patti di cura pari all'80% delle manifestazioni di interesse dichiarate nell'anno 2018; L'Azienda deve redigere e pubblicare n. di PAI pari all'80% dei n. di patti di cura sottoscritti nel 2018; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Pubblicazione AGENDE di prenotazione delle prestazioni sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> Pubblicazione del 100% delle AGENDE di prenotazione delle prestazioni sanitarie; 	TUTTE LE A.S.S.T.
Rispetto TEMPI d'ATTESA	<ul style="list-style-type: none"> TEMPI d'ATTESA - Valutazione del rispetto delle normative nazionali e regionali vigenti in materia di tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie; 	TUTTE LE A.S.S.T.

OBIETTIVI AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (PESO 100 PUNTI)

OBIETTIVI	INDICATORI	DEST.	PESO
Aderenza al percorso trauma maggiore con centralizzazione in un HUB (CTS o CTZ) con neurochirurgia	Percentuale dei pazienti con trauma maggiore centralizzati all'HUB (CTS o CTZ con neurochirurgia) $\geq 75\%$;	A.R.E.U.	10
Aderenza al percorso ACC (Arresto cardio circolatorio)	Percentuale di utilizzo del DAE sul totale degli interventi in cui il primo mezzo sul posto è un mezzo di base (MSB) $\geq 75\%$;	A.R.E.U.	10
Aderenza al Percorso STEMI	75° percentile del tempo tra trasmissione dell'ECG in sala operativa (First Medical Contact) e la centralizzazione dei pazienti con diagnosi di STEMI presso un presidio ospedaliero dotato di emodinamica ≤ 60 minuti;	A.R.E.U.	10
Aderenza al Percorso STROKE	75 ° percentile del tempo tra prima chiamata e arrivo in centro di I° e II° livello di pazienti con diagnosi di ICTUS (codice ICTUS) ≤ 60 minuti;	A.R.E.U.	10
Tempo di intervento primo mezzo di soccorso sul posto per i codici rossi e gialli (intervallo allarme target).	75° percentile degli intervalli di tempo tra la ricezioni delle chiamate da parte della centrale operativa e l'arrivo in posto del primo mezzo di soccorso su gomma di tutte le missioni durante l'anno per i codici rossi e gialli ≤ 18 minuti;	A.R.E.U.	10
Tracciabilità delle informazioni connesse con l'attività di soccorso	Percentuale di soccorsi primari con tracciabilità di dati, informazioni, comunicazioni attraverso registrazioni informatizzate $\geq 95\%$;	A.R.E.U.	10

Tempestività nell'attivazione dei mezzi di soccorso	75° percentile del tempo che intercorre tra l'attivazione del mezzo di soccorso e la partenza effettiva <=/= 3 minuti.	A.R.E.U.	10
Programmazione delle sedute per la raccolta delle unità di sangue	Utilizzo di un gestionale regionale per la programmazione della raccolta periodica delle unità di sangue	A.R.E.U.	5
Coordinamento logistico riferito delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti	Messa a disposizione, alle le equipe di prelievo, degli idonei contenitori per il trasporto di organi e tessuti, secondo quanto indicato dalle linee guida del Centro Nazionale Trapianti (CNT) e definite da Regione Lombardia;	A.R.E.U.	10
Tempestività risposte da parte del NUE 112	90° percentile dei secondi medi di risposta <=/= 15 secondi (tre squilli);	A.R.E.U.	10
Attività di elisoccorso	Predisposizione del capitolato di gara per l'affidamento del servizio di elisoccorso di Regione Lombardia	A.R.E.U.	5