





RELAZIONE DELLA PERFORMANCE 2018 - ALLEGATO 2- REPORT SUL MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI REGIONALI 2018

Azienda	Fasi	Classi	Obiettivi	Descrizione sotto indici	Note ATS	Autovalutazione (ad eccezione degli obiettivi di performance ed esito per i quali è già indicata la valutazione regionale)
		EVOLUZIONE SSR, INVESTIMENTI E SISTEMA INFORMATIVO - ATS	Monitoraggio del processo di dematerializzazione	Percentuale del 95% di rispetto su completezza e tempestività nella pubblicazione dei referti da parte di tutte le strutture del proprio territorio;	Sono stati previsti nei contratti con gli erogatori specifici obiettivi riguardanti la pubblicazione dei referti. I risultati dei monitoraggi relativi a tempestività e completezza dei referti pubblicati, effettuati e resi disponibili da Lombardia Informatica, sono stati comunicati nel corso del 2018 agli erogatori, evidenziando le criticità emerse. Le percentuali ottenute per la classe più numerosa di referti (laboratorio) sono prossime al target previsto per quanto riguarda la tempestività di pubblicazione mentre per la completezza il risultato è ancora parziale in particolare per uno degli erogatori privati. Sono stati inoltre segnalate incongruenze nel metodo di calcolo dell'indicatore che sono tuttora in fase di valutazione da parte di Lombardia Informatica.	95
				95% ricette dematerializzate di specialistica da parte dei MMG/PLS;	Da dati desunti dal report di L.I.Spa a dicembre 2018 la percentuale raggiunta di ricette dematerializzate per la specialistica è pari al 96,96%. I dati sono stati costantemente monitorati (alla ricezione dei report di L.I.Spa) e sono stati inoltrati per conoscenza e condivisione a tutti i MMG/PDF. Il Dipartimento Cure Primarie ha inoltre raccolto da tutti i medici del territorio le criticità emerse e le segnalazioni delle attività che sono impossibili da eseguire tramite DEM; di tali problemi è stata data comunicazione a L.I.Spa. Il tema è stato oggetto di interventi specifici durante un corso di aggiornamento in tre edizioni per MMG/PDF.	100

	Stabilita' programmatoria: gestione delle istanze di contributo coerente con la programmazione regionale	Assenza di istanze di contributo fuori dalla cornice programmatoria individuata dalla Giunta Regionale ed assenza di istanze di rimodulazione dei contributi gia'  assegnati;	Con nota prot. n. 38587 del 27.07.2018 è stata inviata a Regione Lombardia la richiesta di erogazione contributo in conto capitale di ? 61.790,00 Con nota prot. n. 50184 del 11.10.2018 è stata inviata a Regione Lombardia la richiesta di erogazione contributo in conto capitale di ? 125.625,66. Regione Lombardia ha liquidato entrambi i contributi. E' stato sottoscritto verbale in data 02.10.2018 con Regione Lombardia inerente la ricognizione degli investimenti in conto capitale.	100
CONTROLLO DI GESTIONE E PERSONALE - ATS	Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate e/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2017	La misurazione verra'  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 risultera'  comunque raggiunto se l'ente avra'  raggiunto il 60% di acquisti centralizzati/aggregate/servizi in concessione;	La percentuale di acquisti centralizzati è pari a 66% ed è stata comunicata a Regione Lombardia con nota prot. N.5567 del 30.01.2019.	100
OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE - ATS	Flussi sociosanitari: copertura del dato	Completa corrispondenza tra le strutture sociosanitarie censite nelle anagrafiche STS11 e RIA11 e le strutture che inviano i dati di produzione sociosanitari;	Tutte le strutture sociosanitarie che hanno inviato dati di produzione tramite flussi periodici sono censite nelle anagrafiche STS11 e RIA11	100
	Flusso SDO: copertura del dato rispetto agli erogatori	Completa corrispondenza tra le strutture di ricovero censite con i modelli HSP e le strutture che inviano il flusso SDO;	Tutte le Strutture che inviano il flusso SDO risultano censite con modelli HSP.	100
	Flussi sociosanitari: tempestivita' della rilevazione	Rispetto al 100% delle scadenze di invio	La trasmissione dei flussi sociosanitari è avvenuta nel rispetto delle scadenze definite da Regione Lombardia.	100

PROGRAMMAZION	Accreditamento Negoziazione e contratto area sociosanitaria	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 unita' d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti;	In conformità con quanto definito con DGR 7600/2017, in tema di accreditamento, si precisa che: -nel corso del 2018 sono state accreditate attività di ricovero e cura per acuti e di cure sub acute, solo attraverso processi di trasformazione/riconversione; -non sono stati accreditati nuovi centri di PMA; -è stato accreditato un punto prelievi afferente ad uno SMEL in una RSA, al fine di garantire l'integrazione tra le attività sanitarie e quelle sociosanitarie.	100
		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;	Costante monitoraggio dei flussi di rendicontazione al fine verificare l'andamento della produzione dei singoli enti erogatori rispetto ai budget assegnati. Assegnazione alle ASST dei sotto budget ADI per il loro contributo al governo della spesa e invio alle stesse dei dati di produzione al fine di monitorare l'andamento della spesa (delibera n. 48/2018 e n. 361/2018, nota prot. 0042610/2018 e prot n. 0042612/2018). Nelle schede di budget dei singoli erogatori sono stati indicati, come da disposizioni regionali, i budget trimestrali. Come previsto dalle regole regionali si è provveduto, nel mese di novembre, alla rimodulazione dei budget che ha consentito di adeguare i budget assegnati agli enti gestori all'andamento della produzione.	100
	Salute mentale e NPIA	Mantenimento del budget complessivo per gli interventi in 43san (psichiatria adulti + NPIA);	Il budget per interventi in 43/SAN è stato inserito nei contratti stipulati con l'ASST Valtellina e AL e con l'ASST Valcamonica. I consumi relativi a cittadini residenti nel territorio dell'ATS, rilevati a consuntivo per prestazioni di NPIA e psichiatria adulti in 43 SAN, rientrano nel tetto contrattuale complessivamente previsto per le due ASST.	100
		Implementazione Organismi Coordinamento Dipendenze con particolare attenzione coinvolgimento erogatori privati accreditati;	Gli organismi Coordinamento Dipendenze vedono la partecipazione attiva degli erogatori privati accreditati	100

E RETE TERRITORIALE - ATS	Dipendenze	Attivazione azioni del Piano per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico sul territorio di competenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppo di percorsi educativi nell'ambito del programma LST nelle scuole secondarie di I grado</li> <li>- collaborazione con la COOPERATIVA COLGE nell'ambito di un progetto PON della rete ss della provincia di Sondrio</li> <li>- raccordo con gli ambiti territoriali e con le strutture accreditate SSR e con le istituzioni scolastiche e le loro articolazioni al fine di condividere azioni di contrasto al Gap in continuità con le azioni promosse negli anni dagli ambiti territoriali in previsione della stesura del Piano Locale (vedi Piano Locale Gap 2019)</li> <li>- Novembre 2018 sottoscrizione Protocollo con Prefettura di Sondrio</li> <li>-Raccordo con capofila della reteSPS di Sondrio e Brescia per la pianificazioni delle azioni di contrasto al gap</li> <li>-sviluppo di buone pratiche di contrasto al gap nell'ambito del programma WHP (1 azienda)</li> </ul>	100
	Cure primarie	Attuazione degli Accordi integrativi regionali 2018 per MMG e PDF;	E' stata data puntuale applicazione ai contenuti degli Accordi Integrativi Regionali 2018 per MMG e PDF, nei modi e tempi previsti.	100
	Misure innovative e Sperimentazioni in ambito sociosanitario	Proseguimento delle azioni innovative, delle misure e delle sperimentazioni nel rispetto di quanto stabilito dalla D.G.R. n. X/7600/2017;	Le azioni innovative, le misure e le sperimentazioni, attivate sul territorio dell'ATS nell'anno 2018, sono proseguite nel rispetto di quanto stabilito dalla D.G.R. n. X/7600/2017.	100
		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 specifica misura, il numero dei beneficiari, la tipologia dei servizi resi, il valore della produzione trimestrale ed annuale;	Ai fini della redazione della relazione, nel corso del 2018 si sono monitorati i dati richiesti relativi alle diverse misure attivate sul territorio dell'ATS. La relazione conclusiva, con l'evidenza del numero degli erogatori che hanno sostenuto la specifica misura, del numero dei beneficiari, della tipologia dei servizi resi, del valore della produzione trimestrale ed annuale, è stata trasmessa a Regione - Direzione Welfare con nota protocollo n. 0010822 del 28-02-2019	100

	Reti clinico-assistenziali	Promozione dell'attivazione presso le ASST del territorio di competenza di audit interni per il monitoraggio dell'effettiva continuit� 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;	L'argomento � stato oggetto di un incontro del Collegio dei Direttori tenutosi il 10/09/2018, durante il quale � stata segnalata la necessit� di attivare gli audit interni per il monitoraggio della continuit� assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali nell'ambito delle reti di patologia regionali e delle reti ospedaliere. In tale sede sono state suggerite e condivise le modalit� di attuazione degli stessi.	100
	Sistema Regionale Trapianti	Promozione e verifica del raggiungimento, da parte delle A.S.S.T., dell'obiettivo: Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale;	ASST Valtellina e Alto Lario: N. donatori cornee: 60 - Deceduti 1007 (6%) ASST Valcamonica : N. donatori cornee: 10 - Deceduti 398 (3%) E' stato effettuato un periodico monitoraggio con le ASST Valtellina e Alto Lario e Valcamonica in merito agli indicatori previsti. L'ATS, in collaborazione con AIDO, ha sostenuto anche per il 2018 la campagna di comunicazione per favorire la donazione nell'ambito del progetto "Una scelta in comune"	100
		Promozione e verifica del raggiungimento, da parte delle A.S.S.T., dell'obiettivo: Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione;	ASST Valtellina e Alto Lario: N di TMS prelevati e inviati in banca: 35 - N pazienti sottoposti a intervento di protesi anca in elezione 223 (16%) ASST Valcamonica : N di TMS prelevati e inviati in banca: 13 - N pazienti sottoposti a intervento di protesi anca in elezione 52 (25%) E' stato effettuato un periodico monitoraggio con le ASST Valtellina e Alto Lario e Valcamonica in merito agli indicatori previsti. L'ATS, in collaborazione con AIDO, ha sostenuto anche per il 2018 la campagna di comunicazione per favorire la donazione nell'ambito del progetto "Una scelta in comune"	100
	Promozione farmaci equivalenti	Percentuale di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD erogate in farmaceutica convenzionata pari almeno al 77% (certificazione effettuata da Lispa);	Da fonte ufficiale Farmavision a dicembre 2018 la percentuale raggiunta � pari all'82,06%	100

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)	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);	E' stato effettuato un corso di aggiornamento in tre edizioni territoriali (Gravedona 6/10 - Esine 20/10, Sondrio 11/11): il tema è stato ripreso attraverso due interventi specifici su antibioticoresistenza e farmacoresistenza (progetto MEAP). Partecipazione del Direttore Sanitario ATS della Montagna in qualità di relatore al Convegno "Antibiotici news", organizzato il 16.06.2018 presso l'Ospedale di Esine.	100
Appropriatezza prescrittiva Protesica	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);	Il controllo del turnover dei medici prescrittori (MMG/PDF, Specialisti, Medici di RSA) è stato costantemente monitorato. Il controllo della correttezza delle credenziali estese è stato effettuato sul 100% dei prescrittori attraverso la verifica degli attributi delle carte SISS in loro possesso e la corretta presenza dei dati personali su Assistant-RL. L'albo dei prescrittori è stato aggiornato e deliberato.	100
	Presentazione di sintetica relazione sull'attività svolta;	La relazione sull'attività inerente la protesica, conseguente al monitoraggio dei dati desunti dai flussi informatici e dal portale Assistant-RL, è stata effettuata, integrata anche con l'attività di verifica dei prescrittori e dei fornitori inseriti negli appositi albi. Attenzione è stata data anche alla verifica, per un progetto di Governo Clinico dei MMG, della percentuale di prescrizioni tramite Assistant-RL sul totale delle prescrizioni (per ogni MMG). La relazione predisposta è allegata alla presente nota.	100
Omaggio 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.	Partecipazione a incontri di formazione;	Partecipazione all'incontro di formazione presso l'Ospedale Niguarda il 28.03.2018	100
	Verifica dei dati inseriti dai SMeL;	Dati di attività inseriti sul sito del centro di riferimento	100
	Verifica delle non conformità nei programmi VEQ;	Compilazione ed invio questionario SMeL sul portale VEQ	100

Accreditamento, negoziazione e contrattualizzazione	Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali per il perfezionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante e alla Cabina di Regia;	Partecipazione a tutti gli incontri del gruppo regionale OTA ed alla cabina di regia, documentata dagli attestati di partecipazione.	100
Reti locali di Cure palliative e dei relativi Dipartimenti di Cure palliative ai sensi della D.G.R. n.	Evidenza atto formale di istituzione e evidenza formale del loro funzionamento;	<p>In data 21 novembre 2017 con delibera n. 608 è stata deliberata la Costituzione delle Reti Locali di Cure Palliative e del Tavolo Interaziendale di Coordinamento di Indirizzo. Sono state effettuate le riunioni distrettuali delle due reti di Cure palliative per il Distretto Valtellina Alto Lario e per il Distretto Valcamonica.</p> <p>Per rete Locale ASST:  Distretto Valtellina e Alto Lario nelle seguenti date: 07/12/2017, 12//03/2018  Distretto Valcamonica nelle seguenti date: 6/03/2018, 5/06/2018, 12/10/2018  Si sono inoltre tenute riunioni del Tavolo Ristretto tra ATS e ASST in data 23/01/2018 e 26/07/2018.</p> <p>Le due Reti hanno condiviso i materiali del Fasas e adottato scale e criteri comuni per la valutazione dei pazienti.</p> <p>In data 19/12/2018 si è tenuta la riunione del Tavolo Ineraziendale di Coordinamento di Indirizzo della rete Locale di Cure Palliative.</p> <p>In occasione di tale incontro è stata anche presentata la DGR 1046 del 17/12/2018 e sono stati condivisi i nuovi criteri di valutazione delle persone che accedono al percorso di CP.</p>	100

PROGRAMMAZION E POLO	X/5918/2016	<p>Almeno una riunione con i soggetti erogatori di CP e con le Associazioni di volontariato;</p>	<p>In data 19/12 2018 si è tenuta riunione del Tavolo Interaziendale di Coordinamento di Indirizzo, composto dai rappresentanti dei soggetti Erogatori e delle Associazioni di Volontariato del Territorio, con il seguente ordine del giorno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentazione dei dati di attività cure palliative residenziali e domiciliari</li> <li>- Condivisione dei criteri per la valutazione all'accesso del percorso cure palliative e per il riconoscimento del profilo assistenziale base/specialistico</li> <li>- Funzionamento delle RLCP</li> <li>- Portale di rendicontazione</li> <li>- Varie ed eventuali.</li> </ul> <p>In tale occasione inoltre si è presentata la DGR 1046 del 17/12/2018, si è fatto il punto sulle azioni messe atto dalla Rete Locale di Cure Palliative e si sono programmate le azioni per il 2019.</p>	100
	Attuazione della D.G.R. n. X/5455/2016 - Corsi	<p>Partecipazione ed interfaccia con Polis Lombardia finalizzata alla verifica di avanzamento e/o della completa attuazione dei corsi di formazione territoriali;</p>	<p>La responsabile dell'Ufficio Formazione e i Responsabili dei Dipartimenti Cure Palliative delle ASST si sono regolarmente interfacciati con Polis Lombardia sia attraverso contatti telefonici che con la partecipazione all'incontro tenutosi a Milano presso Polis il 31/01/2018; ulteriore incontro è stato effettuato in data 27/11/2018. All'incontro hanno partecipato il Direttore Sociosanitario e la Responsabile dell'Ufficio Formazione.</p> <p>In tale occasione sono state presentati da ATS Montagna i punti di forza, le criticità rilevate e i dati relativi al numero ed alla tipologia di operatori formati nelle diverse edizioni del corso. Durante tale riunione è emersa la necessità di effettuare ulteriori edizioni al fine di completare la formazione con il coinvolgimento di tutti gli operatori interessati. In occasione della riunione del Tavolo interaziendale di Coordinamento di Indirizzo cure Palliative, tenutasi il 19/12/2018 si sono date indicazioni agli Enti Gestori, affinché rilevassero il residuo fabbisogno formativo e trasmettessero ad ATS l'elenco degli operatori da formare.</p> <p>Successivamente ATS ha provveduto a trasmettere a Polis , come previsto, l'elenco di tutti gli operatori ancora da formare, al fine della predisposizione di ulteriori corsi.</p>	100



OSPEDALIERO - ATS	regionali di formazione di I Livello per gli operatori della rete di Cure palliative	Rilevazione del fabbisogno formativo degli operatori della rete e degli operatori formati;	<p>Durante i mesi di dicembre 2017 e Gennaio 2018 si è provveduto con l'Ufficio formazione dell'ATS a quantificare il fabbisogno formativo degli operatori degli Hospice e dell'UcP DOM, individuando gli operatori già formati e quelli da formare.</p> <p>Successivamente nel primo semestre 2018 si sono attuati i corsi regionali di primo livello per gli operatori delle Cure Palliative nelle seguenti date: Distretto Valtellina e Alto Lario: 26 e 27 gennaio, 23 e 24 febbraio, 23 e 24 marzo, Distretto Valcamonica 20 e 21 aprile, 17 e 25 maggio, 22 e 23 giugno.</p> <p>Al termine dei corsi effettuati si è provveduto a quantificare la percentuale di operatori, divisi per figure professionali, ancora da formare e se ne è data comunicazione durante riunione presso Polis tenutasi in data 27/11/2018, alla quale hanno partecipato il Direttore SocioSanitario e la responsabile dell'Ufficio Formazione. In occasione della riunione del Tavolo interaziendale di Coordinamento di Indirizzo cure Palliative, tenutasi il 19/12/2018, si sono date indicazioni agli Enti Gestori, i quali hanno trasmesso ad ATS l'elenco aggiornato degli operatori da formare; l'Ufficio Formazione ha successivamente inviato a Polis come richiesto l'elenco aggiornato degli operatori da formare con successive edizioni dei Corsi.</p>	100
		Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla D.G.R. n. X/3993/2015;	<p>Previsti specifici obiettivi contrattuali volti a garantire il rispetto dei tempi di attesa. I monitoraggi ex ante sono pubblicati dagli erogatori del territorio sul portale regionale (TMA) con la periodicità prevista.</p> <p>Sono inoltre trasmessi periodicamente agli erogatori i tempi di attesa ex-post calcolati a partire dal flusso 28/san. I risultati sono stati oggetto di approfondimento nel corso degli incontri di monitoraggio dei contratti.</p> <p>Nel 2018 la percentuale di primi accessi (classe priorità d) erogati entro i tempi obiettivo previsti e riferiti a prestazioni oggetto di monitoraggio periodico è stata complessivamente pari al 96% (94,3% per le prime visite e 98,5% per le prestazioni strumentali).</p>	100
	Applicazione contenuti D.G.R. n. 1775/11 e s.m.i., della D.G.R. n. 3993/2015 e della	Evidenza della predisposizione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTA);	<p>Il PGTA è stato predisposto e approvato con delibera del D.G. ATS n. 55 del 30/1/2018.</p> <p>Il provvedimento è stato trasmesso alla DG Welfare della Regione con nota prot. n. 6198 del 31/01/2018.</p>	100

D.G.R. n. 7766/2018:	Invio semestrale del resoconto riepilogativo sulle attività di sospensione;	Effettuata analisi delle attività di sospensione registrate su portale SMAF. Acquisite dagli erogatori interessati le informazioni di dettaglio concernenti le motivazioni e le azioni correttive poste in essere. Predisposti 2 resoconti di sintesi relativi ai 2 semestri 2018 ed inviati alla DG Welfare: prot. 63377 del 28/12/2018 e prot. 13732 del 15/03/2019	100
	Invio del resoconto relativo alla vigilanza sulla pubblicazione sui siti istituzionali delle liste di attesa;	Pianificati incontri periodici con le ASST per verificare l'allineamento dei siti e la pubblicazione delle informazioni con particolare riguardo a quelle riferite alle prestazioni erogate. Effettuati incontri in data 9/2/2018 e 1/6/2018 e trasmessi resoconti in Regione in data 23/3 (nota prot. 17157) e 12/6/2018 (nota prot. 30979).	100
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	Condivisione con ASST sedi di PN del percorso nascita fisiologico (BRO) a gestione autonoma dell'ostetrica;	Preso atto della DGR 268/2018 e del Decreto 14243/2018 si è provveduto ad avviare un tavolo di lavoro con le ASST sedi di PN per condividere le modalità e i tempi di implementazione del Percorso Nascita Fisiologico (BRO).	100
	Potenziamento delle attività territoriali: condivisione dei progetti formalizzati dalle ASST con PN relativamente alle modalità operative per l'integrazione ospedale/territorio del percorso nascita;	I progetti formalizzati dalle due ASST afferenti al territorio dell'ATS della Montagna, relativi alle modalità operative per l'integrazione ospedale/territorio del percorso nascita, sono stati condivisi all'interno del Tavolo attivato sul BRO nell'incontro tenutosi in ATS in data 19-12-2019.	100
Monitoraggio della qualità percepita e implementazione del modello di rilevazione	Messa a sistema della trasmissione dei flussi derivanti dalla rilevazione della qualità percepita relativamente ai questionari ambulatoriali, ricovero e percorsi di tele sorveglianza sanitaria e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative mediante il Sistema di accoglienza SMAF;	Sono state fornite le credenziali ed i profili di accesso per gli operatori degli Enti Erogatori del Territorio e dell'ATS addetti alla gestione dei flussi informativi della customer. Gli enti erogatori del territorio hanno provveduto all'invio dei flussi utilizzando la nuova modalità prevista dalla Regione tramite portale SMAF. L'ATS ha svolto il monitoraggio della regolarità degli invii su portale SMAF segnalando ritardi o inadempienze agli erogatori interessati, e sensibilizzando gli stessi riguardo alla qualità dei contenuti trasmessi.	100

<p>Attività di controllo prestaz. sanitarie di ricovero e specialistica amb. ai sensi de pimo.DGR X/5954/16 e rispetto adempimenti ad essa connessi in materia invio flussi, aggiornam. elenchi operatori NOC, sanzioni amministrative, certificaz. obiettivi autocontrollo AO(ai sensi de pimo.DGR VII/12692/03 e succ nota prot H1.2009.0013117, nota prot H1.2008.0037157, pimo.DGR IX/2057/11</p>	<p>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;</p>	<p>Nel 2018 sono state controllate n°2.566 cartelle cliniche riferite al controllo di congruenza ed appropriatezza generica (5%); n°1.631 cartelle cliniche riferite all'autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (3,5%); Nel 2018 sono state controllate n°1402 cartelle cliniche riferite all'attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica (3%).</p>	100
	<p>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;</p>		100
	<p>Controllo entro il 31 dicembre 2018 di almeno il 3,5% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;</p>	<p>Nel 2018 sono stati controllati 42.811 record di specialistica ambulatoriale a fronte dei 40.072 record indicati come valore atteso (3,5%)</p>	100
	<p>Trasmissione mensile (entro il giorno 10) degli esiti dei controlli;</p>	<p>Estrazione e controllo della correttezza dei dati relativi ai controlli effettuati sui ricoveri e sull'ambulatoriale ed invio tramite il canale certificato regionale entro il 10 del mese successivo a quello di competenza. Su SMAF sono presenti i certificati relativi ai singoli invii.</p>	100
	<p>Trasmissione entro il 31.03.2018 e in caso di modifiche, dell'elenco aggiornato dei componenti del NOC;</p>	<p>Predisposizione prospetto aggiornato con le informazioni richieste da Regione Lombardia sulla composizione del NOC della ATS della Montagna e trasmissione alla Regione con nota del 30/03/2018 prot. N°18199</p>	100

<p>e succ, pimo.DGR X/2313/14 e note prot G1.2018.0006100 13/02/18, G1.2018.0006534 16/02/18, G1.2018.0009936 14/03/18)</p>	<p>Trasmissione del piano di attivita' per l'anno 2018 alla Direzione Generale Welfare e all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS) entro il 16.04.2018;</p>	<p>Trasmissione alla Direzione Generale Welfare e all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS) del piano delle attività per l'anno 2018 in data 13/04/2018 prot. N°20427</p>	<p>100</p>
	<p>Trasmissione alla Direzione Generale Welfare (UO Programmazione Polo Ospedaliero) e alla ACSS delle contestazioni di sanzionamento amministrativo;</p>	<p>Trasmissione alla D.G.W. ed alla ACSS, con nota del 06/07/2018 prot. 35166 e nota del 06/11/2018 prot. 54156, delle 3 contestazioni di sanzionamento amministrativo effettuate</p>	<p>100</p>
	<p>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);</p>	<p>Con nota del 24/01/2019 prot 0004376/2019 è stata inviata l'autocertificazione del raggiungimento obiettivi - anno 2018 per le ASST di pertinenza dell'ATS-Montagna, relativamente alle quote previste di autocontrollo documentale e di congruenza.</p>	<p>100</p>
	<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nel valore 'medio': Partecipazione alle attività relative alle 'sorveglianza' nazionali su comportamenti/stili di vita (HBSC, OKkio alla Salute);</p>	<p>Attività sviluppata secondo i tempi stabiliti da Regione: 1. Indagine conoscitiva sulla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti 2. Sorveglianza HBSC 2018</p>	<p>100</p>

Promozione Salute - Prevenzione cronicita' (fattori di rischio comportamentali):	PROSA;	PROSA: Rispetto dei tempi e indicazioni regionali Survey 'Stili di vita: Rispetto dei tempi previsti e secondo le indicazioni regionali. Lettera scadenza flusso Prot. 14392/2018 del 09/03/2018 LST Lombardia - Unplugged: Rispetto dei tempi previsti e secondo le indicazioni regionali. WHP: Rispetto dei tempi previsti e secondo indicazioni regionali: -lettera del 17/09/2018 prot. N. 46194; lettera del 17/10/2018 prot.51250; lettera del 22/11/2018 prot.57287; lettera del 25/01/2019 prot.4603	100
	Survey 'Stili di vita';		100
	LST Lombardia - Unplugged;		100
	WHP;		100
Screening oncologici:	Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nel valore 'buono';	L'indicatore di sintesi, pari al 73%, dell'area ricade nel valore "buono"	100
	Evidenza documentata dell'avvio di attivita' finalizzate alla profilazione della popolazione target non aderente e all'analisi dei cancri di intervallo in sinergia con le rispettive UO di Epidemiologia;	Elaborato il report relativo alla profilazione popolazione target non aderente ed estratti e analizzati i cancri di intervallo colon e mammografico in collaborazione con l'UO di Epidemiologia	100
	Attivazione delle azioni di razionalizzazione previste dal D.D.G. 13960/2017 (inserimento delle esclusioni preinvito nel DWH);	Le esclusioni pre-invito sono state inserite nel flusso DWH di dicembre 2018, come da indicazioni regionali.	100

FASE 1 -  
ATTIVITA'  
ISTITUZION  
NALE

<p>Malattie infettive: Raggiungimento delle coperture degli indicatori di performance 2018 (Rif. Regoline 2018)</p>	<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'medio';</p>	<p>Al 31/12/2018 : TUBERCOLOSI: Casi con successo terapeutico tubercolosi &lt; 65aa / casi totali notificati &lt; 65aa : 11 /20 = 55 % (indicatore osservazionale non pesato) Casi di tubercolosi &lt;65 aa persi al follow-up / casi di tubercolosi notificati &lt; 65 aa: 0/20 = 0% Casi di tubercolosi polmonare con accertamento colturale / casi di tubercolosi polmonare notificati: 16/18 = 89 % MALATTIE BATTERICHE INVASIVE: Malattie batteriche invasive tipizzate / malattie batteriche invasive notificate: 24/30= 80% MORBILLO: casi confermati in laboratorio / casi notificati: 1/1 = 100% MALATTIE A SEGNALAZIONE IMMEDIATA Numero malattie segnalate in &lt; 3 giorni / totale malattie: 349/377 = 93 % Numero di schede complete / numero totale schede: 376/377 = 99,7% COMPLESSIVAMENTE: area "ottima"</p>	<p>100</p>
<p>Vaccinazioni: Raggiungimento delle coperture degli indicatori di performance 2018 (Rif. Regoline 2018)</p>	<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'medio'. La copertura antiinfluenzale viene valutata separatamente;</p>	<p>Al 31.12.2018 l'ATS Montagna si colloca nell'area "ottima"</p>	<p>100</p>
	<p>Controllo delle imprese attive sul territorio lombardo &gt;= 5% indicatore di performance 4.11;</p>	<p>Al 31.12.2018 sono stati effettuati controlli in 1.531 aziende su un totale di 28.688 imprese attive, pari al 5,3 %.</p>	<p>100</p>
	<p>Rispetto D.G.R. n. 164 del 29/05/2018 (tabella 1 in allegato 1): n. imprese controllate anno 2018 &gt; n. imprese controllate anno 2017;</p>	<p>In relazione al Piano Triennale Straordinario di cui alla D.G.R. n. 164 del 29/05/2018 è stato predisposto il questionario conoscitivo inviato nel mese di ottobre alle 80 imprese selezionate. Dall'analisi delle risposte si è verificato le dimensioni del comparto interessato al Piano Mirato Straordinario. In totale quindi 80 imprese controllate nel 2018 mentre 0 imprese nel 2017 (la DGR 164 non era ancora attiva).</p>	<p>100</p>

Ambienti di lavoro: Mantenimento/ miglioramento delle attività

Controllo delle imprese attive sul territorio lombardo: n. Piani Mirati/n. controlli anno 2018 > n. Piani Mirati/n. controlli anno 2017;	n. 2 piani mirati 2018/n. 140 controlli > n. 1 piano mirato 2017/n. 60 controlli	100
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;	Solo nel mese di novembre 2018 l'applicativo MORICA è stato implementato per la provincia di Sondrio. Per quanto riguarda la Valcamonica il programma è stato installato nel mese di marzo 2019. In conseguenza di quanto sopra evidenziato non è stato pertanto possibile stabilire una valutazione dei cantieri con alta priorità. L'unico raffronto possibile è stato sulla totalità dei cantieri: nel 2018 sono stati controllati 562 cantieri su un totale di 3960, pari al 14,2%.	100
Grado di intervento in agricoltura, quale settore ad elevato rischio ed in coerenza con il relativo Piano Nazionale: indicatore performance n. 4.20;	Al 31/12/2018 in ATS Montagna sono state controllate n. 92 aziende agricole su 3975 aziende attive del comparto (dato da Sistema Impres@-Bi): 2,4%. Collocazione in area "ottima"	100
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;	Per tutti i casi di malattia professionale inseriti in Ma.P.I. viene definito il nesso; anche per gli infortuni la definizione dei fattori di rischio è presente in oltre il 90% dei casi inseriti. Tutti i casi di infortunio sul lavoro con esito mortale sono stati inseriti in Ma.P.I.	100

<p>Segnalazioni di malattia professionale caricate nel Sistema on line SMP / capacita' di promozione sulla rete degli operatori sanitari territoriali: n. segnalazioni territorio ATS anno 2018 &gt;= n. segnalazioni territorio ATS anno 2017 (Person@ - SMP);</p>	<p>Al 31/12/2018 sono state caricate nel Sistema on line SMP n. 42 segnalazioni di malattia professionale nel territorio ATS Montagna, rispetto alle 12 del 2017.</p>	<p>100</p>
<p>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>	<p>9 istituti comprensivi su un totale di 27 hanno inserito nei curricula progetti di sviluppo competenza SSL.</p>	<p>100</p>
<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'buono' (Rif. Regoline 2018) ALIMENTI: Invio entro il 30 settembre 2018 dell'elenco procedure unificate, con la data di approvazione;</p>	<p>In data 28.09.2018, con nota prot. N. 48004, è stato inviato a Regione Lombardia l'elenco delle procedure unificate ed i relativi provvedimenti deliberativi di approvazione.</p>	<p>100</p>
<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'buono' (Rif. Regoline 2018) ALIMENTI: Recepimento del verbale di sopralluogo regionale entro il 31 dicembre;</p>	<p>Con delibera n. 677 del 29 novembre 2018 è stata recepita la nota Regionale G1.2018.0027932 del 13 settembre 2018, inerente il nuovo format del verbale di sopralluogo.</p>	<p>100</p>



PREVENZIONE -  
ATS

Sicurezza alimenti di  
origine non animale,  
materiali a contatto -  
MOCA e acqua  
potabile

<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'buono' (Rif. Regoline 2018) ALIMENTI: 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;</p>	<p>Al 31.12.2018 tutti gli operatori del SIAN, addetti al controllo ufficiale, sono stati formati così come previsto dall'Accordo Stato - Regioni del 07.02.2013 nell'ottica del mantenimento/ miglioramento dell'attività del Servizio.</p>	<p>100</p>
<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'buono' (Rif. Regoline 2018) ALIMENTI: Effettuazione di almeno 1 corso di approfondimento su un aspetto del controllo ufficiale (procedure di sistema/speciali di interesse);</p>	<p>Al 31.12.2018 sono stati effettuati i seguenti corsi: 1 - "LA VERIFICA DELL'EFFICACIA E DELL' APPROPRIATEZZA DEI CONTROLLI UFFICIALI IN SICUREZZA ALIMENTARE"; 2 - "IL SEQUESTRO AMMINISTRATIVO, LA CONFISCA E LE ALTRE SANZIONI ACCESSORIE NEL SISTEMA DELLA LEGGE 689/1981 E DEL DPR 571/1982: PROFILI OPERATIVI, ADEMPIMENTI"; 3 - "NUOVA DISCIPLINA SANZIONATORIA SULLA ETICHETTATURA DEGLI ALIMENTI"; 4 - "IL DECRETO LEGISLATIVO 25 NOVEMBRE 2016, N. 222"</p>	<p>100</p>

Mantenimento/miglioramento delle attività	<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'buono' (Rif. Regoline 2018) ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO: Adeguamento anagrafica punti di prelievo secondo indicazioni regionali e allineamento con i Gestori;</p>	<p>L'anagrafica dei punti di prelievo è stata allineata, in collaborazione con i Gestori degli acquedotti, secondo le indicazioni regionali.</p>	100
	<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'buono' (Rif. Regoline 2018) ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO: Controllo ai sensi del D.lgs. 31/2001, effettuando almeno il 95% dei controlli analitici programmati nei PIC dipartimentali;</p>	<p>Al 31.12.2018 sono stati effettuati 3291 controlli analitici (chimica + batteriologica) su 2800 programmati pari al 117%.</p>	100
	<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'buono' (Rif. Regoline 2018) ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO: Prelievi per il controllo della radioattività in collaborazione con ARPA</p>	<p>Al 31.12.2018, in collaborazione con ARPA, sono stati effettuati 6 campionamenti, due per ogni Comune interessato: Domaso, Plesio e Grandola ed Uniti.</p>	100

<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'buono' (Rif. Regoline 2018) LABORATORI DI PREVENZIONE: Rendicontazione dei controlli analitici degli alimenti nei database nazionali (NSIS VIG, NSIS Pesticidi, Cruscotto CROGM) secondo le frequenze e le modalita' stabilite dal Ministero della Salute</p>	<p>Al 31.12.2018 tutti i controlli analitici sono stati rendicontati nei database (NSIS VIG, NSIS Pesticidi, Cruscotto CROGM) nei tempi e secondo le modalità definite dal Ministero della Salute. Il laboratorio di prevenzione dell'ATS della Montagna non effettua controlli analitici su pesticidi e CROGM</p>	<p>100</p>
<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'medio'. (Rif Regoline 2018) : Trasmissione on-line del 100% dei Piani di lavoro bonifica amianto: n. piani caricati manualmente nella relazione annuale art. 9 L. 257/92;</p>	<p>Il 100% dei piani di lavoro sono stati caricati in GEMA (n.218 piani di lavoro per 2018). Nessun piano di lavoro è stato caricato manualmente.</p>	<p>100</p>

Ambienti di vita:  
Mantenimento/miglioramento delle attività';

<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'medio'. (Rif Regoline 2018) : 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;</p>	<p>In coerenza con quanto indicato dal Ministero della Salute e conformemente all'ACSR n. 5 del 20.01.2015, il Servizio Igiene e Sanità Pubblica ha fornito supporto ai Comuni promuovendo la conoscenza del rischio amianto nelle reti di distribuzione di acqua potabile. In data 21.01.2019, con numero protocollo 0003495, è stata inviata una nota di sollecito ai Comuni al fine di incentivare la registrazione sul sistema informatico Ge.M.A entro la data del 28.02.2019, così come richiesto dalla nota regionale prot. G1 .2018.0030421.</p>	<p>100</p>
<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'medio'. (Rif Regoline 2018) : 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;</p>	<p>In vista della pubblicazione del report 2018, che avverrà entro il 30 giugno 2019, si è provveduto al caricamento dei dati relativi alle bonifiche nel portale dedicato.</p>	<p>100</p>
<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'medio'. (Rif Regoline 2018) : Grado di intervento in materia sostanze chimiche: coerenza con il relativo Piano Nazionale e con il PIC;</p>	<p>Sono stati effettuate nel 2018 attività di controllo sui prodotti chimici in coerenza con quanto previsto dal Piano Nazionale Controlli 2018. In particolare sono stati effettuati controlli documentali in n. 4 aziende; n. 3 secondo la modalità REAC-EN FORCE 2 (REF 2) e n. 1 secondo la modalità REAC-EN FORCE 6 (REF 6). Sono stati effettuati n. 4 controlli analitici: ricerca di amianto in n. 2 campioni di prodotti utilizzati in aziende siderurgiche e ricerca di nichel in n. 2 campioni di prodotti di bigiotteria.</p>	<p>100</p>

<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'medio'. (Rif Regoline 2018) : 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;</p>	<p>Al 31.12.2018, 12 Comuni su 163, pari al 6.7 %, hanno adottato misure di prevenzione del rischio radon in ambiente indoor. Rispetto allo scorso anno, si nota un aumento dei Comuni che hanno adottato misure specifiche, anche grazie anche alla lettera di sollecito inviata a tutti i Comuni, con nota del Direttore Sanitario prot. n. 27526 del 23/05/2018 e a numerose telefonate di sollecito</p>	<p>100</p>
<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'medio'. (Rif Regoline 2018) : Invio di almeno un accordo ATS/ARPA che sia propedeutico alla continua progettazione, pianificazione;</p>	<p>In data 29.10.2018 l'ATS ha avuto un incontro con il direttore di ARPA Lombardia, sede di Sondrio, nel corso del quale è stato concordato di effettuare almeno una riunione quadrimestrale tra ATS ed Arpa. Nello specifico sono state analizzate due problematiche ambientali che vedono coinvolte entrambe le agenzie e il cui monitoraggio proseguirà nel 2019. E' stata inoltre inviata una comunicazione all'ARPA di Como con la proposta di un incontro ed è in fase di definizione la data.</p>	<p>100</p>
<p>Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'medio'. (Rif Regoline 2018) : Supporto ai Comuni in tema di informazione al pubblico sulla qualità delle acque di balneazione anche attraverso l'aggiornamento puntuale del Portale Acque;</p>	<p>I Comuni sono stati supportati in tema di informazione al pubblico con puntuale aggiornamento del Portale acque.</p>	<p>100</p>

	Performance 2018: valutazione sufficiente se indicatore di sintesi ricade nell'area 'medio'. (Rif Regoline 2018) : Grado di intervento in materia di fitosanitari: copertura dei controlli in rivendite, aziende agricole;	Al 31.12.2018 sono stati controllati n. 11 distributori su 29 complessivi. Nel corso dei sopralluoghi sono state controllate, a campione, 24 etichette di prodotti fitosanitari, senza riscontrare infrazioni ed è stato effettuato un campionamento di un fungicida "RAMEDIT COMBI WG", i cui principi attivi sono: cimoxanil e rame-ossicloruro di rame. Sono stati controllati n. 2 utilizzatori di prodotti professionali con esito favorevole. Inoltre è stata predisposta la brochure informativa per gli utilizzatori "Prodotti fitosanitari ad uso non professionale - Decreto Ministeriale n. 33 del 22.01.2018"	100
Sistema Informativo della Prevenzione: Flussi informativi/ tempistiche	NSIS - VIG; NSIS - Pesticidi; Cruscotto CROGM: rendicontazione completa, nel rispetto di tempi e modalità definite dal Ministero della Salute;	Invio di tutti i campioni di alimenti su NSIS VIG secondo le frequenze e le modalità stabilite dal Ministero della Salute. Il laboratorio di prevenzione dell'ATS della Montagna non effettua controlli analitici su pesticidi e CROGM.	100
	implementazione con rispetto delle scadenze previste dal D.lgs. n. 116/2008 e dal DM 30.03.2010;	Si è provveduto ad implementare il portale acque di balneazione così come previsto dal D.lgs.n.116/2008 e dal DM 30.03.2010. Tutti i profili acque di balneazione sono stati puntualmente aggiornati sul Portale Acque.	100
	aggiornamento dei profili delle acque di balneazione;		100
	rendicontazione secondo le indicazioni regionali di tutti i controlli effettuati, comprensivi dei risultati delle analisi (esclusa analisi area alimenti) e dei provvedimenti assunti;	Al 31.12.2018 tutti i sopralluoghi effettuati e i provvedimenti assunti sono stati registrati nell'applicativo Agenziale 4D Client estrapolati e caricati sul portale regionale (SMAF) I.M.Pre.S@-BI. Al 31.12.2018 tutti i soggetti strutture "piscine" sono stati identificati con relativo codice IDAGP e l'elenco è stato trasmesso in Regione per l'inserimento nel gestionale I.M.Pre.S@B in data 06.04.2018, con n. prot. 19242.	100
	identificazione dei soggetti delle strutture "piscine" e trasmissione ai fini dell'inserimento;		100
	Screening oncologici: invio dei flussi informativi a dato individuale e delle Survey a dati aggregati;	Flussi informativi a dato individuale e survey a dati aggregati inviati nei tempi previsti.	100

		Promozione salute: invio dei flussi informativi PROSA, Survey 'Stili di vita', LST Lombardia - Unplugged, WHP;	<p>Rispetto dei tempi previsti e secondo le metodologie richieste dai flussi regionali.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inserimento dati in PROSA: partecipazione agli incontri regionali e compilazione data base secondo tempi e indicazioni regionali.</li> <li>- Compilazione survey 2017 secondo tempi e indicazioni regionali; lettera di accompagnamento prot. 14392/2018 del 09/03/2018.</li> <li>- Compilazione flussi regionali relativi ai programmi LST e Unplugged secondo i tempi previsti.</li> <li>- invio flussi WHP nel rispetto dei tempi.</li> </ul>	100
	<p>APPROPRIATA ED EFFICIENTE GOVERNANCE DELLA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA</p>	<p>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;</p>	<p>Con deliberazione n. 130 del 27/02/2018, è stato approvato il Piano Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2015-2018, relativamente all'annualità 2018.</p> <p>Tale Piano è stato predisposto in piena coerenza e osservanza della Circolare regionale del 02/02/2018 n. 3/2018; in particolare, detto Piano ha previsto un sistema di verifiche interne (audit) e ha garantito lo svolgimento delle attività istituzionali di competenza nelle fasce orarie concordate e secondo i volumi del precedente anno solare (2017).</p>	100
		<p>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;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlli totali eseguiti nell'anno 2018= n. 2222</li> <li>- Controlli inseriti entro 30 giorni= n. 2121</li> </ul> <p>per una percentuale pari al 95,5 % (target regionale: 95%)</p>	100
		<p>n° controlli eseguiti/n° controlli programmati = 100%;</p>	<p>controlli programmati n 164/controlli eseguiti n 166 =101%</p> <p>controlli NC n 31/ controlli supervisionati n 31=100%</p> <p>controlli C n 135/ controlli supervisionati 96 = &gt; 10%</p>	100

	n❖ controlli supervisione/n❖ controlli esito NC = 100%;		100
	n❖ controlli supervisione/n❖ controlli esito conforme > 10%;		100
VERIFICA DELLA	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%;	L'attuazione delle azioni previste dal Piano alpeggi ha garantito la verifica di almeno 4 procedure per il 100% dei controlli ufficiali programmati ed eseguiti. Eseguiti il 100% dei controlli e dei campionamento programmati al 30/09/2018 con una percentuale di campioni non idonei <10%.	100
	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;	Sono state rilevate n. 221 NC e sono state risolte n. 210 NC entro 15 giorni dalla scadenza pari al 95%.	100



VETERINARIA -  
ATS

SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	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%. Pubblicazione 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%;	Tutte le allerte sono state gestite e non sono state attivate allerte con impatto extraregionale. L'ATS della Montagna è sempre stata attivata da terzi. Non sono stati adottati provvedimenti di allerta necessitanti pubblicazioni sul sito ministeriale.	100
	Esecuzione del 100% dei Piani di controllo programmati e delle azioni previste dalla U.O. Veterinaria in materia di sanita'♦ animale. Aggiornamento delle qualifiche sanitarie entro 15 giorni dalla chiusura del controllo;	Sono stati effettuati controlli nel 100% delle aziende programmate al fine del mantenimento della qualifica sanitaria e sono state aggiornate le qualifiche sanitarie nel 100% delle aziende sottoposte a controllo ufficiale entro 15 giorni dalla chiusura del controllo	100
	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);	Agli atti d'ufficio risultano n. 32 NC con prescrizioni in SIVI e n. 37 NC con prescrizioni in BDR di cui n. 2NC con prescrizioni non risultano registrate come verificate entro i tempi previsti (entro 15 gg), mentre per le altre risultano rispettati i tempi previsti (67 su 69=97%)	100

<p>MANTENIMENTO DI UN'EFFICACE PREVENZIONE DELLE MALATTIE ANIMALI</p>	<p>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>	<p>Il focolaio di salmonella presso un allevamento di galline ovaiole nel Comune di Angolo Terme, aperto il 4/10/2018, è stato registrato senza indebiti ritardi in SIMAN e chiuso l'08/10/2018.</p> <p>Anche il focolaio di peste americana accertato a Edolo, aperto il 6/11/2018 e registrato senza indebiti ritardi in SIMAN, è stato chiuso in data 7/11/2018.</p> <p>Inoltre si è attivato, in data 21/09/2018, un focolaio di TBC bovina registrato in SIMAN senza indebito ritardo e sono state attivate le azioni previste dalle disposizioni vigenti con ordinanza n. 37/2018 (prot. 0047047 del 21/09/2018); tale focolaio è stato estinto in data 06/12/2018 con ordinanza n.42/2018 (Prot.N.0059891 del 06/12/2018) a seguito di certificazione di avvenuta disinfezione dell'allevamento in seguito a stamping out.</p> <p>E' stato attivato un secondo focolaio di TBC bovina registrato in SIMAN senza indebito ritardo e sono state attivate le azioni previste dalle disposizioni vigenti con propria ordinanza n. 40 (prot. 0056116/2018 del 15/11/2018) e ordinanza n. 44 (prot. N.0062637 del 21/12/2018); tale focolaio è stato estinto in dta 29/04/2019 con ordinanza n. 10 prot. 20333 del 30/04/2019 a seguito di certificazione di avvenuta disinfezione dell'allevamento a seguito di stamping out.</p> <p>Risulta estinto altresì un focolaio di peste americana di cui all'ordinanza prot 26040 del 04/06/2019. Sono ancora aperti e in fase di chiusura a seguito di ulteriori accertamenti se favorevoli due focolai di malattia emorragica virale dei conigli.</p>	<p>100</p>
<p>CORRETTA GESTIONE DEL FARMACO E</p>	<p>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;</p>	<p>Sono stati effettuati tutti i campionamenti di muscolo (pollo/tacchino) programmati presso gli esercizi di vendita al dettaglio e presso i macelli avicoli.</p> <p>E' stata garantita anche l'attività nell'allevamento inserito nel programma.</p>	<p>100</p>

	BENESSERE ANIMALE	Attuazione del 100% del piano farmacosorveglianza, benessere e sperimentazione animale e delle azioni previste nel PNAA;	L'attività di campionamento programmata con il PNAA è stata garantita secondo modalità e tempi programmati con coerenza e pertinenza con la sua completa effettuazione. Anche l'attività di controllo negli ambiti della farmacosorveglianza e dell'alimentazione animale è stata assicurata in coerenza alla programmazione al fine della completa effettuazione dell'attività prevista. Per quanto concerne la sperimentazione animale non vi sono attività programmate e previste per assenza di operatori del settore.	100
	CORRETTA GESTIONE DELLE AZIONI SANITARIE IN SOSTEGNO DELLA COMPETITIVITA' E DELL'EXPORT DEI PRODOTTI DI O.A.	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;	Sono stati programmati n. 19 controlli di supervisione su tutti gli stabilimenti inseriti in una o più liste di impianti abilitati a esportare verso Paesi Terzi tenute dal Ministero della Salute di competenza del Dipartimento Veterinario SAOA e sono stati tutti correttamente e completamente eseguiti.	100
	PREVENZIONE DEL RANDAGISMO E TUTELA ANIMALI DA COMPAGNIA	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;	Con specifica comunicazione Protocollo N.0006016 del 31/01/2019 "TRASMISSIONE RELAZIONI ATTIVITÀ PIANO DVSAOA E ACT VCS DELL'ATS DELLA MONTAGNA AL 31/12/2018 IN ATTUAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTI DI EDUZIONE SANITARIA E ZOOFILE, DI CONTROLLO DEMOGRAFICO DELLA POPOLAZIONE ANIMALE E DI PREVENZIONE DEL RANDAGISMO 2015-2017, prorogato al 31/12/2018 CON D.G.R. N. X/5954 del 05/12/2016, sono state trasmesse le relazioni con la rendicontazione puntuale delle risorse assegnate con il decreto n. 11538/2015 e dei risultati conseguiti in considerazione degli indicatori individuati dal "Piano Regionale".	100
	B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico.	Network regionale: estensione corretta dello screening mammografico 105,81%	100
	B5.3.2	Adesione screening coloretta.	Dato relativo al periodo 01.01.2018-31.12.2018: 66,76%: Indicatore di valutazione network: valutazione ottima > 65%	100

B7.1	Copertura vaccinale MPR.	Al 31.12.2018 la copertura vaccinale MPR è pari al 95.11 % (2546/2677); pertanto ci collochiamo in area ottima	50
B7.5	Copertura vaccinale antimeningococcico.	Al 31.12.2018 la copertura vaccinale antimeningococcico è pari a 91.07 % (2438/2677), pertanto ci posizioniamo in zona media	0
B7.6	Copertura vaccinale antipneumococcico.	Al 31.12.2018 la copertura vaccinale antipneumococcico è pari a 92.87% (2486/2677), pertanto ci poniamo in fascia buona	0
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (< 14 anni).	A partire dal 2017 gli indicatori di performance riportati sul portale di governo regionale sono stati oggetto di approfondimento nel corso degli incontri di monitoraggio dei contratti con le strutture di ricovero del territorio durante i quali sono state evidenziate le eventuali anomalie e criticità riscontrate al fine di promuovere le azioni di miglioramento necessarie. Il valore dell'indicatore riportato sul DWH regionale rientra nella fascia 2 (verde) riferita al network e rispetta quindi il target previsto.	100
C8a.13a	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche.	A partire dal 2017 gli indicatori di performance riportati sul portale di governo regionale sono stati oggetto di approfondimento nel corso degli incontri di monitoraggio dei contratti con le strutture di ricovero del territorio durante i quali sono state evidenziate le eventuali anomalie e criticità riscontrate al fine di promuovere le azioni di miglioramento necessarie. il valore dell'indice riportato su DWH regionale rientra nella fascia 2 (verde) riferita al valore regionale.	50
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici.	Dai Report del Network regionale (anno virtuale) si evince un valore pari a 15.73 corrispondente alla fascia ( rif. network ) pari a due, colore verde chiaro.	100
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica.	Dai Report del Network regionale (anno virtuale) si evince un valore pari a 17.38 corrispondente alla fascia ( rif. network ) pari a due, colore verde chiaro.	100

OBIETTIVI DI  
PERFORMANCES  
ED ESITI (PESO 25  
PUNTI) - ATS

C11a.2.1	Tasso di ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni).	A partire dal 2017 gli indicatori di performance riportati sul portale di governo regionale sono stati oggetto di approfondimento nel corso degli incontri di monitoraggio dei contratti con le strutture di ricovero del territorio durante i quali sono state evidenziate le eventuali anomalie e criticità riscontrate al fine di promuovere le azioni di miglioramento necessarie. Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione per diabete si osserva una riduzione del numero di ricoveri di questa tipologia rispetto al 2017 ed il tasso ATS risulta inferiore a quello medio regionale.	50
C11a.3.1	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni).	A partire dal 2017 gli indicatori di performance riportati sul portale di governo regionale sono stati oggetto di approfondimento nel corso degli incontri di monitoraggio dei contratti con le strutture di ricovero del territorio durante i quali sono state evidenziate le eventuali anomalie e criticità riscontrate al fine di promuovere le azioni di miglioramento necessarie. L'incremento riscontrato sui ricoveri è riferito in particolare ai primi mesi dell'anno ed è esteso a tutte le strutture ospedaliere del territorio. E' quindi ipotizzabile un effettivo incremento della domanda dovuto a fenomeni di riacutizzazione della patologia soprattutto nella popolazione anziana.	0
C13a.2.2.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con pia' di 65 anni.	A partire dal 2017 gli indicatori di performance riportati sul portale di governo regionale sono stati oggetto di approfondimento nel corso degli incontri di monitoraggio dei contratti con le strutture di ricovero del territorio durante i quali sono state evidenziate le eventuali anomalie e criticità riscontrate al fine di promuovere le azioni di miglioramento necessarie. Il tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti over 65 risulta pari a 20.51, inferiore al tasso medio regionale 24,43.	50

C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali.	A partire dal 2017 gli indicatori di performance riportati sul portale di governo regionale sono stati oggetto di approfondimento nel corso degli incontri di monitoraggio dei contratti con le strutture di ricovero del territorio durante i quali sono state evidenziate le eventuali anomalie e criticità riscontrate al fine di promuovere le azioni di miglioramento necessarie. Il numero di ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali è diminuito rispetto al 2017 e il tasso riscontrato è in linea con la media regionale. Si osserva inoltre che le dimensioni del territorio coperto dall'ATS della Montagna, l'elevata dispersione della popolazione e le difficoltà poste dalla rete viaria favoriscono l'opzione del ricovero nelle situazioni nelle quali sussista un dubbio diagnostico. Tali condizioni possono quindi giustificare, almeno in parte, lo scostamento del tasso rispetto al valore regionale.	0
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia.	Il valore dell'indicatore riportato su DWH regionale rispetta il target previsto e rientra nella fascia 2 (verde) riferita al network e nella fascia 1 (verde) riferita al valore regionale.	100
C28.1	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore.		NA
F12a.14	Percentuale (%) molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza.	Dai Report del Network regionale (anno virtuale) si evince un valore pari a 77,88 corrispondente alla fascia ( rif. network ) pari a due, colore verde chiaro.	100
F15.2.1	N. aziende controllate/N. aziende con dipendenti >= 1.	Al 31/12/2018 sono state controllate n. 1.531 aziende su un totale di 28.688 aziende attive, pari al 5,3%.	NA
F15.2.2	N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni.	Al 31/12/2018 sono state controllate n. 610 imprese edili su n. 4336 imprese costruzioni attive (14%).	NA
FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI	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;	I 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 sono stati compilati secondo le modalità previste e nel rispetto delle scadenze stabilite.	100

<p>SALUTE E AMBIENTE Rafforzare il contributo della epidemiologia sul tema Ambiente e Salute secondo le linee indicate dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.</p>	<p>Presentazione di almeno uno studio realizzato, in continuita' 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;</p>	<p>Sono stati prodotti due studi di epidemiologia ambientale relativi ai due ex-siti industriali di Dongo e Novate Mezzola, mediante determinazione di SMR e SIR e compilazione del questionario relativo alle attività di epidemiologia ambientale nell'ambito del progetto "EpiAmbNET"</p>	<p>100</p>
<p>PROMOZIONE SALUTE - PREVENZIONE CRONICITA'</p>	<p>Presenza della mappatura territoriale, e della relativa diffusione a tutti gli stakeholder, dell'offerta di: Programmi/iniziative per attivita'/esercizio fisico individuale e collettivo. Documentazione da trasmettere alla D.G. Welfare entro 31 gennaio 2019.</p>	<p>Invio documentazione alla Direzione Generale Welfare con nota n. 6033 del 31.01.2019</p>	<p>100</p>
<p>Implementare azioni finalizzate a sostenere processi di engagement del cittadino per la prevenzione della cronicita' e l'invecchiamento attivo</p>	<p>Presenza della mappatura territoriale, e della relativa diffusione a tutti gli stakeholder, dell'offerta di: Servizi per il trattamento del tabagismo. Documentazione da trasmettere alla D.G. Welfare entro 31 gennaio 2019.</p>	<p>Invio documentazione alla Direzione Generale Welfare con nota n. 6033 del 31.01.2019</p>	<p>100</p>

e in buona salute	Presenza della mappatura territoriale, e della relativa diffusione a tutti gli stakeholder, dell'offerta di: Servizi per il trattamento dell'obesita'◆. Documentazione da trasmettere alla D.G. Welfare entro 31 gennaio 2019.	Invio documentazione alla Direzione Generale Welfare con nota n. 6033 del 31.01.2019	100
SCREENING ONCOLOGICI: Implementare l'ampliamento delle fasce di età nei programmi di screening dei tumori di colon retto e mammella (DDG 3711/2017)	Evidenza documentata di attività◆ di comunicazione, aggiornamento procedure, contrattazione e programmazione sedute per estensione pari o superiore al 10% della popolazione 70-74 aa;	Tutta la popolazione in fascia di età target, 50-74 anni, viene invitata attivamente ai programmi di screening mammografico e colon-rettale	100
SCREENING ONCOLOGICI: Implementare il programma organizzato di screening del tumore della cervice uterina (D.G.R. 7013/2017)	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;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione alla "Cabina di regia screening cervice" presso ATS Brianza, con valutazione del piano di fattibilità, contatto con il laboratorio di riferimento e sistemi informativi, e relativo corso di formazione.</li> <li>- Confermata l'acquisizione del software necessario per la gestione del processo di screening e in svolgimento l'attività di configurazione.</li> <li>- Programma di screening cervicocarcinoma attivo sul territorio Vallecamonica con chiamata attiva di tutta la popolazione 25-64 anni.</li> </ul>	100



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

<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>	<p>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>	<p>Per le classi di acquisto previste negli adempimenti LEA è stata effettuata l'adesione alla Convenzione Consip sino al 30.04.2018 per il gas naturale e sino al 31.03.2018 per l'energia elettrica. In attuazione della l.r.n.23/2015 e s.m.i. l'ASST VAL è diventata proprietaria degli immobili in uso all'ATS della Montagna e ha avviato le procedure di adesione alle Convenzioni Consip/ARCA per i predetti immobili relativamente all' energia elettrica e al gas. Per quanto concerne il gas naturale la procedura di adesione è stata attivata a fine 2018.      Le rimanenti classi di acquisto non rientrano nell'ambito di attività di competenza ATS.</p>	<p>100</p>
<p>SICUREZZA ALIMENTI DI ORIGINE NON ANIMALE: Verificare l'efficacia e l'appropriatezza dei controlli ufficiali ai sensi dell'art. 8 punto 3 lettera a) del Regolamento CE n. 882/2004</p>	<p>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;</p>	<p>Con delibera n. 127 del 21.02.2018 è stato recepito il decreto Regione Lombardia n. 1272 del 2.2.2018 "Indirizzi regionali per la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali".      Al 31.12.2018 sono stati effettuati 2 Audit interni (sede Valcamonica e sede Medio Alto Lario).      Sono stati controllati, tramite la compilazione di apposita scheda di verifica, il 10% dei verbali di sopralluogo redatti nel 2018.      Sono stati formati, con apposito corso Regionale, 4 operatori del SIAN che hanno provveduto alla verifica in tempo reale del 25% dei 16 operatori che effettuano i controlli ufficiali ai sensi del Reg. CE 882/2004.      La relazione sulla verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali secondo gli indirizzi regionali forniti con decreto n. 1272 del 02/02/2018, è stata inviata a regione con nota prot. n. 5235 del 29.01.2019.</p>	<p>100</p>

OBIETTIVI  
SPECIFICI  
AZIENDALI (PESO  
45 PUNTI) - ATS

<p>SICUREZZA ALIMENTI DI ORIGINE NON ANIMALE: Interventi di semplificazione: raccordo con gli sportelli unici per le attività produttive</p>	<p>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 <a href="http://www.impresainungiorno.gov.it">www.impresainungiorno.gov.it</a>, entro il 31 dicembre 2018;</p>	<p>Tutte le SCIA vengono ricevute tramite PEC dai SUAP dei Comuni che, attraverso il portale <a href="http://impresainungiorno.gov.it">impresainungiorno.gov.it</a>, le inviano a tutti gli Enti interessati nella vigilanza. Inoltre, si è partecipato alla riunione regionale con i rappresentanti delle InfoCamere che forniscono gratuitamente l'utilizzo della piattaforma "Scrivania Enti Terzi".</p>	<p>100</p>
<p>Invio flusso consumi dispositivi medici</p>	<p>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; L'obiettivo a'◆ 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 a'◆ parametrato sulle stesse CND calcolate nell'adempimento LEA ministeriale;</p>	<p>Nei mesi da gennaio a settembre 2018 l'ATS non ha inviato il Flusso Consumi DM, in quanto in tale periodo non sono stati effettuati acquisti e/o scarichi di dispositivi medici alle UU.OO. Di tale evenienza è stata inviata apposita comunicazione mensilmente alla DG Welfare. Dal mese di ottobre 2018 è stato inviato regolarmente il flusso mensile consumi .</p>	<p>100</p>

Verifica flussi CO.AN.	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;	Tutti i flussi di contabilità analitica sono stati inviati nel rispetto sia della tempistica prevista da Regione Lombardia che delle percentuali di quadratura Co.Ge - Co.An. indicate nelle linee guida regionali	100
Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio	Riduzione spesa beni e servizi definita nelle Regole di sistema 2018;	Gli obiettivi di riduzione della spesa per beni e servizi definiti nelle regole di sistema 2018 sono stati completamente rispettati; la valutazione è stata effettuata sulla base dei dati di consuntivo 2018	100
Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie	Allineamento posizioni da Stato Patrimoniale per crediti e debiti (intercompany);	Tutte le partite creditorie e debitorie intercompany sono state verificate e riconciliate.	100
	Verifica della sussistenza delle posizioni creditorie e debitorie;	Attività completata e validata dal Collegio Sindacale	100
Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany	Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti;	Allineamento partitario Intercompany CET 4 trimestre completo e consuntivo 2018	100
Anticipazione di Tesoreria	Rispetto del divieto di ricorrere alle anticipazioni di tesoreria;	Nel corso dell'esercizio 2018 non è stato effettuato alcun ricorso ad anticipazioni di tesoreria	100
Tempi di pagamento beni e servizi (ITP);	Rispetto dei tempi di pagamento;	I tempi di pagamento sono stati rispettati. L'indicatore di tempestività dei pagamenti è stato rilevato trimestralmente e pubblicato sul sito.	100

Piano dei flussi di cassa;	Rispetto degli importi definiti con budget di cassa reale e pagamenti G3S (valutazione degli scostamenti per una corretta gestione delle risorse): verra' valutato lo scostamento tra la previsione e l'effettivo consuntivato (competenza 2018);	Il rispetto degli importi definiti con budget di cassa reale e pagamenti G3S è stato garantito con riferimenti ai primi nove mesi. Dal mese di ottobre il canale G3S è stato sostituito con l'attivazione di SIOPE PLUS	100
PAC - Percorso attuativo della certificabilità di bilancio	Rispetto della tempistica stabilita dalle linee guida regionali;	L'azienda ha rispettato tutte le scadenze regionali previste per i Percorsi certificabilità bilanci.	100
Monitoraggio e governo del sistema MOSA	Percentuale del 90% di rispetto su completezza e tempestività degli invii sia da parte delle strutture pubbliche che private;	La corretta gestione del flusso MOSA è stata prevista con specifica clausola nel contratto stipulato con degli Enti Erogatori pubblici e privati del territorio. La completezza e tempestività del flusso MOSA è periodicamente verificata tramite i report di riscontro forniti dal gruppo "gestione MOSA" di LISPA. Nel corso dell'anno si sono rilevati problemi nella gestione del flusso da parte di un erogatore del territorio al quale è stata segnalata l'anomalia in occasione dei monitoraggi periodici. La stessa struttura ha segnalato problemi di connettività con la rete SISS che ostacolano il corretto assolvimento del debito informativo. In proposito sono già stati effettuati due incontri congiunti con Lombardia Informatica per individuare una soluzione al problema segnalato.	100
STRUTTURE COMPLESSE - Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2018	Copertura entro il 31/12/2018 delle strutture autorizzate entro il 30/06/2018: 100%;	E' stata autorizzata una sola Struttura Complessa per la quale si è provveduto alla revoca del relativo bando con delibera n. 514 del 18/09/2018. Con delibera n. 236 del 12/10/2018 si è provveduto alla reindizione del medesimo. Con deliberazione n.735 del 28/12/2018 sono stati approvati gli atti del concorso espletato ed è stato nominato il Direttore della S.C. a decorrere dal 31/12/2018 (il dirigente ha preso regolare servizio il 01/02/2019)	100
	Copertura entro il 31/12/2018 delle strutture autorizzate dopo il 30/06/2018 ed entro il 30/09/2018: 50%;	Non sono presenti autorizzazioni di copertura di Strutture Complesse pervenute nel periodo di riferimento	NA

Garantire la corretta gestione del sistema di prevenzione e controllo nella Sanita' Pubblica Veterinaria	Valutazione dei report degli audit effettuati dal Ministero della Salute, della Commissione Europea e della UO Veterinaria;	Gli audit effettuati sul Dipartimento Veterinario SAOA e sull'Area Coordinamento Territoriale VCS nel corso dell'anno 2018 hanno conseguito un esito soddisfacente con report favorevoli.	100
Attuazione della D.G.R. XI/165 del 2018 con nuove modalita' operative nelle ATS coinvolte	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 coinvolgimento degli enti preposti;	Non sono previste azioni in capo all'ATS della Montagna dal D.G.R. n. XI/165 in materia di gestione delle problematiche sanitarie collegate alla fauna selvatica alloctona.	100
	Presenza nei PAI della rilevazione/valutazione di: fattori di rischio (bmi, consumi alcool/tabagismo, sedentarieta'◆); Valore > = 90% dei PAI sottoscritti ed evidenza documentale delle attivita'◆ intraprese	Non è ad oggi possibile verificare la presenza nei PAI della rilevazione/valutazione dei fattori di rischio Con le tre Cooperative di MMG aderenti alla presa in carico è stato effettuato un monitoraggio continuo in merito alla rilevazione/valutazione dei fattori di rischio con percentuali riferite di rilevazione che oscillano tra il 10 e il 70% dei PAI sottoscritti	100
	Presenza nei PAI della rilevazione/valutazione di: offerta vaccinale (categorie a rischio); Valore > = 90% dei PAI sottoscritti ed evidenza documentale delle attivita'◆ intraprese	Non è ad oggi possibile verificare la presenza nei PAI della rilevazione/valutazione dell'offerta vaccinale.	100
	Presenza nei PAI della rilevazione/valutazione di: aderenza screening oncologici; Valore > = 90% dei PAI sottoscritti ed evidenza documentale delle attivita'◆ intraprese	Non è ad oggi possibile verificare la presenza nei PAI della rilevazione/valutazione di aderenza screening oncologici	100

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

PROMOZIONE  
SALUTE -  
PREVENZIONE  
CRONICITA'

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.; Documentazione da trasmettere alla D.G. Welfare entro 31 gennaio 2019;

Invio documentazione alla Direzione Generale Welfare con nota n. 6033 del 31.01.2019

100

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 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.); Documentazione da trasmettere alla D.G. Welfare entro 31 gennaio 2019;

Invio documentazione alla Direzione Generale Welfare con nota n. 6033 del 31.01.2019

100

		Presa in carico del paziente cronico	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;	La Commissione si è regolarmente riunita nel corso del 2018 ed è stata formalmente istituita ad aprile 2019	100
		Coerenza fra tempi e prestazioni previste dai PAI	Verifica della coerenza tra prestazioni previste dai PAI e quanto erogato sia dal punto di vista quantitativo che delle tempistiche;	Per quanto riguarda i controlli residuali sui CREG tutte le verifiche previste sono state effettuate. Per la Presa in Carico non è ad oggi possibile verificare la coerenza tra le prestazioni previste dai PAI e quanto erogato poiché sul portale regionale non è disponibile il flusso informativo relativo ai PAI degli assistiti presi in carico	100
FASE 3 - TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	Attestazione_DG.stamp.pdf				