

Allegato 2 "Obiettivi di performance organizzativa - Area Dirigenza" - Uffici di Staff

AREA	Obiettivo	PRIMO SEMESTRE	SECONDO SEMESTRE	DIREZIONE	STRUTTURA
Accreditamento istituzionale - Polo ospedaliero e territoriale - PNRR	Istanze di trasformazione - Servizio di Medicina di Laboratorio dell'Ospedale di Abbiategrasso	Avvio della procedura di accreditamento istituzionale per il trasferimento del laboratorio di Abbiategrasso Indicatori: Presentazione istanza di trasferimento delle sezioni di laboratorio di Biochimica e tossicologia - SMEL137 e Ematologia ed emocoagulazione - SMEL500	1) Avvio iter istruttorio interno con valutazione delle evidenze documentali relative all'assolvimento dei requisiti di accreditamento 2) Gestione del contraddittorio con ATS Milano Città Metropolitana 3) Diffusione della delibera di accreditamento e presa d'atto regionale Indicatori: 1) mail ad evidenza dell'attività svolta 2) riscontri ad ATS Milano Città Metropolitana, in fase pre e post sopralluogo da parte degli ispettori ATS 3) mail di trasmissione della delibera di assolvimento dei requisiti di accreditamento e comunicazione di aggiornamento ed iscrizione nel registro regionale delle strutture sanitarie	Staff_Direzione Generale	Qualità e Risk Management
Aggiornamento dei protocolli dei controlli di qualità delle apparecchiature radiologiche ai sensi del DLgs 101/20	In seguito all'entrata in vigore del Dlgs 101/20 si rende necessario aggiornare i protocolli dei controlli di qualità delle apparecchiature radiologiche (10) ai sensi del decreto, inserendo i corretti riferimenti normativi	Revisione di almeno 5 procedure	Revisione del 100% delle procedure	Staff_Direzione Sanitaria	Funzione Fisica Sanitaria
Attivazione delle Case di Comunità previste per il 2022	Attivazione delle Case di Comunità previste per il 2022	Partecipazione a riunioni/lavori con direzione strategica o Direttore distretti o ufficio tecnico.	Partecipazione a riunioni/lavori con direzione strategica o Direttore distretti o ufficio tecnico.	Staff_Direzione Sociosanitaria	Direzione igienico sanitarie strutture territoriali
Chiusura e Firma digitale SDO	Chiusura e firma della SDO entro i termini stabiliti per l'invio mensile del flusso SDO	Dal II semestre	Chiusura e firma = 100% entro 10 giorni dalla data di dimissione	Staff_Direzione Sociosanitaria	Cure Palliative - Hospice
Consulenze Galileo	Consulenze specialistiche e refertazione tra reparti attraverso uso Galileo: informatizzazione del processo.	Numero consulenze evase/totale consulenze pervenute=100%	Numero consulenze evase/totale consulenze pervenute=100%	Staff_Direzione Sociosanitaria	Cure Palliative - Hospice

Allegato 2 "Obiettivi di performance organizzativa - Area Dirigenza" - Uffici di Staff

AREA	Obiettivo	PRIMO SEMESTRE	SECONDO SEMESTRE	DIREZIONE	STRUTTURA
Continuità assistenziale extraregione per i nostri residenti	Monitoraggio presa in carico extraregione nostri residenti in Udo sociosanitarie (RSD, RSA, hospice, IDR) extra regione.	n° richieste evase/n° richieste ricevute >=0,8	n° richieste evase/n° richieste ricevute >=0,8	Staff_Direzione Sociosanitaria	Gestione Cure Domiciliari
Contollo prescrizione , erogazione e rendicontazione in File F, rispetto alla scheda di monitoraggio AIFA, dei farmaci che possiedono il requisito di Innovatività Piena e che accedono ai fondi previsti dalla legge di bilancio. Il riferimento sarà l'elenco , periodicamente aggiornato, pubblicato sul sito istituzionale di AIFA https://www.aifa.gov.it/farmaci-innovativi.	Contollo prescrizione , erogazione e rendicontazione in File F, rispetto alla scheda di monitoraggio AIFA, dei farmaci che possiedono il requisito di Innovatività Piena e che accedono ai fondi previsti dalla legge di bilancio. Il riferimento sarà l'elenco , periodicamente aggiornato, pubblicato sul sito istituzionale di AIFA https://www.aifa.gov.it/farmaci-innovativi .	Verifica mensile dei farmaci innovativi erogati, associata a segnalazioni di criticità ai clinici prescrittori . Indicatore: Numero erogazioni /numero verifiche = 100/100 . Fonte dati: Verbali redatti in occasione delle visite ispettive trimestrali da parte di ATS	Verifica mensile dei farmaci innovativi erogati, associata a segnalazioni di criticità ai clinici prescrittori . Indicatore: Numero erogazioni /numero verifiche = 100/100 . Fonte dati: Verbali redatti in occasione delle visite ispettive trimestrali da parte di ATS	Staff_Direzione Sanitaria	Servizio Farmaceutico
D.L. 34/2020 - Piano di riordino della rete ospedaliera	Monitoraggio delle attività di attuazione del piano di riordino	Rendicontazione delle spese sostenute nel primo semestre 2022. Istanze di rimborso delle spese sostenute.	Rendicontazione delle spese sostenute nel secondo semestre 2022. Monitoraggio ed attivazione terza rimodulazione. Relazione a cura del Responsabile di struttura.	Staff_Direzione Sanitaria	Ingegneria Clinica
Digitalizzazione della firma olografa dei principali documenti sanitari delle pratiche di ricovero	Digitalizzazione della firma olografa su documento Scheda di dimissione Ospedaliera (SDO)	1) progettazione 2) predisposizione Manuale Informativo 3) collaudo e attivazione della firma digitale per le schede SDO relative al 2 semestre Indicatori: 1) Verbale SAL su messa in produzione firma digitale SDO 2) Predisposizione manuale informativo per la applicazione della procedura di firma digitale da parte di tutti i Dirigenti Medici 3) Cronoprogramma, in accordo con la Direzione Sanitaria e le Direzioni Mediche di Presidio, del collaudo, della diffusione del Manuale Informativo predisposto e dell'avvio della firma digitale sulle Schede di dimissioni Ospedaliere	1)messa in produzione della firma digitale su SDO 2)analisi di eventuali ambiti di miglioramento emersi in fase di applicazione e progettazione implementazioni dell'applicativo necessarie Indicatori: 1) mail di avvio della messa in produzione della firma digitale per le schede SDO relative al 2 semestre 2) analisi delle implementazione dell'applicativo necessarie e predisposizione progetto di revisione della procedura	Staff_Direzione Generale	Qualità e Risk Management
Elaborazione dei flussi File F, File R nel rispetto delle indicazioni regionali. Verifica allineamento dei dati di rendicontazione dei flussi File F e File R rispetto ai dati di consumo.	Elaborazione dei flussi File F, File R nel rispetto delle indicazioni regionali. Verifica allineamento dei dati di rendicontazione dei flussi File F e File R rispetto ai dati di consumo.	Controllo mensile aspetti formali e sostanziali dei flussi. Indicatore: Errori non corretti < 1% (record errati x 100/record inviati). Fonte dati: esiti file F e File R pubblicati su SMAF	Controllo mensile aspetti formali e sostanziali dei flussi. Indicatore: Errori non corretti < 1% (record errati x 100/record inviati). Fonte dati: esiti file F e File R pubblicati su SMAF	Staff_Direzione Sanitaria	Servizio Farmaceutico

Allegato 2 "Obiettivi di performance organizzativa - Area Dirigenza" - Uffici di Staff

AREA	Obiettivo	PRIMO SEMESTRE	SECONDO SEMESTRE	DIREZIONE	STRUTTURA
Evoluzione flussi del Debito Informativo: mensilizzazione del Flusso Consulteri attraverso l'utilizzo della piattaforma SMAF (DGR 6387/2022)	Evoluzione flussi del Debito Informativo: mensilizzazione del Flusso Consulteri attraverso l'utilizzo della piattaforma SMAF (DGR 6387/2022)	1. Stesura del cronoprogramma e delle azioni da attuare 2. Avvio delle azioni preliminari previste dal cronoprogramma	1. Completamento del cronoprogramma 2. Invio del flusso CONS con cadenza mensile 3. Presenza di errori gravi (prestazioni non valorizzate da Regione Lombardia a fine anno) ≤ 10% sul totale delle prestazioni erogate	Staff_Direzione Sociosanitaria	Coordinamento attività consultoriale
Flussi e cruscotto direzionale	Dematerializzazione del processo di autorizzazione eccedenze orarie/omissione timbrature/ferie	Relazione sulle funzionalità richieste e stesura gantt di implementazione in collaborazione con la UOC Risorse Umane	Attivazione delle funzionalità previa approvazione da parte della UOC Risorse Umane	Staff_Direzione Generale	Sistemi Informativi
	Monitoraggio indicatori di attività	Predisposizione reportistica	Predisposizione reportistica	Staff_Direzione Generale	Programmazione e Controllo
	Monitoraggio obiettivi regionali	Rispetto 100% delle scadenze di invio previste dalla DGR n. XI/5832 del 29/12/2021	Rispetto 100% delle scadenze di invio previste dalla DGR n. XI/5832 del 29/12/2021	Staff_Direzione Generale	Programmazione e Controllo
Formazione del personale coinvolto nella gestione delle sperimentazioni cliniche	Programmazione eventi formativi aziendali	Organizzazione di almeno un evento formativo. Programma dell'evento ed elenco dei discenti.	Organizzazione di almeno un evento formativo. Programma dell'evento ed elenco dei discenti.	Staff_Direzione Sanitaria	Funzione: Trial Office
Gestione delle sperimentazioni cliniche	Adozione del regolamento per la gestione delle sperimentazioni cliniche.	Predisposizione regolamento sulle sperimentazioni cliniche e adozione con delibera DG.	Implementazione regolamento sulle sperimentazioni cliniche attraverso adozione di modulistica e monitoraggio di tutte le attività correlate alla conduzione delle sperimentazioni. Relazione a cura del referente del servizio.	Staff_Direzione Sanitaria	Funzione: Trial Office

Allegato 2 "Obiettivi di performance organizzativa - Area Dirigenza" - Uffici di Staff

AREA	Obiettivo	PRIMO SEMESTRE	SECONDO SEMESTRE	DIREZIONE	STRUTTURA
Istituzione CML (Commissione Medico Locale)	Istituzione CML (Commissione Medico Locale)	Implementazione delle attività propedeutiche all'avvio della CML presso lo stabilimento di Cuggiono. Relazione a cura del Direttore di UOC.	Attivazione della CML presso lo stabilimento di Cuggiono entro settembre 2022. Calendarizzazione delle sedute a sistema al 31/12/2022.	Staff_Direzione Sanitaria	Medicina Legale
Liste di Attesa	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del rispetto del tempo massimo di attesa per ricoveri chirurgici oncologici/non oncologici e prestazioni di specialistica ambulatoriale.	Attività di supporto alle UU.OO. ospedaliere per l'attuazione delle azioni correlate al rispetto del tempo massimo di attesa per ricoveri chirurgici oncologici/non oncologici e prestazioni di specialistica ambulatoriale. Relazione a cura del Direttore di UOC	Attività di supporto alle UU.OO. ospedaliere per l'attuazione delle azioni correlate al rispetto del tempo massimo di attesa per ricoveri chirurgici oncologici/non oncologici e prestazioni di specialistica ambulatoriale. Relazione a cura del Direttore di UOC	Staff_Direzione Generale	Direzione delle professioni sanitarie e sociosanitarie (DAPSS)
		Coordinamento delle UU.OO. ospedaliere per l'attuazione delle azioni correlate al rispetto del tempo massimo di attesa per ricoveri chirurgici oncologici/non oncologici e prestazioni di specialistica ambulatoriale. Relazione a cura del Direttore di UOC	Coordinamento delle UU.OO. ospedaliere per l'attuazione delle azioni correlate al rispetto del tempo massimo di attesa per ricoveri chirurgici oncologici/non oncologici e prestazioni di specialistica ambulatoriale. Relazione a cura del Direttore di UOC	Staff_Direzione Sanitaria	Direzione Medica Presidio Legnano_Cuggiono
					Direzione Medica Presidio Magenta_Abbiategrasso
Obiettivi DGR n. XI/5832 del 29/12/2021	Attuazione Legge regionale n.22/2021: Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare	Supporto alla Direzione Strategica nell'attuazione delle azioni correlate alla definizione del POAS e nella predisposizione della rendicontazione trimestrale da trasmettere in RL.	Supporto alla Direzione Strategica nell'attuazione delle azioni correlate alla definizione del POAS e nella predisposizione della rendicontazione trimestrale da trasmettere in RL.	Staff_Direzione Generale	Programmazione e Controllo
	Liste di attesa - Rispetto del tempo massimo di attesa per: 1_Ricoveri ch oncologici/non oncologici; 2_Prestazioni di specialistica ambulatoriale (Target DGR 5832/2021)	Supporto alla Direzione Strategica nella predisposizione della rendicontazione trimestrale da trasmettere in RL. Reportistica e monitoraggio attività	Supporto alla Direzione Strategica nella predisposizione della rendicontazione trimestrale da trasmettere in RL. Reportistica e monitoraggio attività	Staff_Direzione Generale	Programmazione e Controllo

Allegato 2 "Obiettivi di performance organizzativa - Area Dirigenza" - Uffici di Staff

AREA	Obiettivo	PRIMO SEMESTRE	SECONDO SEMESTRE	DIREZIONE	STRUTTURA
Obiettivi DGR n. XI/5832 del 29/12/2021	Liste di attesa - Rispetto del tempo massimo di attesa per: 1_Ricoveri ch oncologici/non oncologici; 2_Prestazioni di specialistica ambulatoriale (Target DGR 5832/2021)	Supporto alla Direzione Strategica nell'attuazione delle azioni correlate al governo dei tempi massimi di attesa dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali. Relazione su progettualità da realizzare e strumenti da adottare.	Supporto alla Direzione Strategica nell'attuazione delle azioni correlate al governo dei tempi massimi di attesa dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali. Attivazione degli strumenti individuati.	Staff_Direzione Generale	Sistemi Informativi
Offerta della vaccinazione anti Herpes Zoster agli ospiti delle strutture Socio Sanitarie (RSA)	Offerta della vaccinazione anti Herpes Zoster agli ospiti delle strutture Socio Sanitarie (RSA)	1_ Identificazione del numero delle RSA afferenti per competenza territoriale ad ASST Ovest Milanese 2_ Partecipazione ad incontro formativo rivolto ai referenti delle strutture Socio Sanitarie organizzato da Regione Lombardia ed ATS 3_Pianificazione di incontro formativo rivolto al personale operante all'interno delle RSA gestito da personale del UO Servizio Vaccinazioni e Farmacia 4_ Pianificazione approvvigionamento vaccino con personale della Farmacia per organizzazione stoccaggio e fornitura del quantitativo richiesto da RSA – 1° dosi 5_ Valorizzazione fabbisogno vaccino e consegna alle RSA del quantitativo richiesto	1_Numero strutture presso le quali è stato completato il ciclo vaccinale anti Herpes Zoster. 2_Numero cicli vaccinali conclusi (1° e 2° dose)	Staff_Direzione Sociosanitaria	Vaccinazioni e sorveglianza malattie infettive
Piano di ripresa per le liste di attesa 2022	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano di ripresa per le liste di attesa 2022, relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori.	Attività di supporto alle UU.OO. ospedaliere per l'attuazione delle azioni correlate al piano di ripresa per le liste di attesa 2022. Relazione a cura del Direttore di UOC	Attività di supporto alle UU.OO. ospedaliere per l'attuazione delle azioni correlate al piano di ripresa per le liste di attesa 2022. Relazione a cura del Direttore di UOC	Staff_Direzione Generale	Direzione delle professioni sanitarie e sociosanitarie (DAPSS)
		Coordinamento delle UU.OO. ospedaliere per l'attuazione delle azioni correlate al piano di ripresa per le liste di attesa 2022. Relazione a cura del Direttore di UOC	Coordinamento delle UU.OO. ospedaliere per l'attuazione delle azioni correlate al piano di ripresa per le liste di attesa 2022. Relazione a cura del Direttore di UOC	Staff_Direzione Sanitaria	Direzione Medica Presidio Legnano_Cuggiono

Allegato 2 "Obiettivi di performance organizzativa - Area Dirigenza" - Uffici di Staff

AREA	Obiettivo	PRIMO SEMESTRE	SECONDO SEMESTRE	DIREZIONE	STRUTTURA
Piano di ripresa per le liste di attesa 2022	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano di ripresa per le liste di attesa 2022, relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori.	Coordinamento delle UU.OO. ospedaliere per l'attuazione delle azioni correlate al piano di ripresa per le liste di attesa 2022. Relazione a cura del Direttore di UOC	Coordinamento delle UU.OO. ospedaliere per l'attuazione delle azioni correlate al piano di ripresa per le liste di attesa 2022. Relazione a cura del Direttore di UOC	Staff_Direzione Sanitaria	Direzione Medica Presidio Magenta_Abbiategrasso
PNRR - Attuazione Missione 6.Component 2 - 1.1.2. AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO (GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE)	Esecuzione delle attività previste per l'attuazione degli interventi, nel rispetto delle scadenze dettate da Regione Lombardia e dal Ministero della Salute	Compilazione e validazione delle schede apparecchiature su portale AGENAS. Identificazione delle specifiche tecniche delle apparecchiature finanziate e degli oneri di installazione delle apparecchiature finanziate. Redazione provvedimento presa d'atto del finanziamento erogato.	Adesione alle convenzioni CONSIP per l'acquisizione delle apparecchiature finanziate, con conseguente monitoraggio delle spese. Messa in servizio delle apparecchiature acquisite. Relazione a cura del Responsabile di struttura.	Staff_Direzione Sanitaria	Ingegneria Clinica
Presa in carico dei bisogni assistenziali e sanitari della persona disabile nella rete territoriale rivolto ad ampliare l'offerta dei servizi in risposta ai bisogni specifici della persona e della sua famiglia.	Presa in carico dei bisogni assistenziali e sanitari della persona disabile nella rete territoriale rivolto ad ampliare l'offerta dei servizi in risposta ai bisogni specifici della persona e della sua famiglia.	Condivisione del progetto con la DSS e individuazione degli operatori da coinvolgere per l'avvio del progetto a partire dal 2 semestre. Relazione a cura del Direttore di struttura	Elaborazione di un protocollo, condivisione e attuazione in almeno due poli territoriali (Abbategrasso e Cuggiono).	Staff_Direzione Sociosanitaria	Rapporto Dip. PIPSS di ATS e piani di zona territoriali
Presa in carico dei pazienti dalla Neuropsichiatria Infantile al Servizio Disabilità	Definizione di una modalità uniforme e condivisa di passaggio della presa in carico dei pazienti dalla Neuropsichiatria Infantile al Servizio Disabilità nei quattro poli territoriali di Magenta, Legnano, Cuggiono e Abbiategrasso.	Relazione sull'attività, sulla mappatura di quanto in essere e sulle azioni di miglioramento da apportare. Relazione a cura del Direttore di struttura	Verbale delle riunioni condotte, elaborazione di protocollo condiviso operatori Disabilità e NPIA e condivisione con gli operatori coinvolti nei servizi. N. pazienti transitati da NPIA a disabilità.	Staff_Direzione Sociosanitaria	Rapporto Dip. PIPSS di ATS e piani di zona territoriali
Presa in carico dei pazienti migrati dalla Neuropsichiatria Infantile al Servizio Disabilità che necessitano di protezione giuridica (Amministratore di sostegno)	Presa in carico dei pazienti migrati dalla Neuropsichiatria Infantile al Servizio Disabilità che necessitano di protezione giuridica (Amministratore di sostegno)	Verifica in merito alla sussistenza delle condizioni per cui il paziente necessita di protezione giuridica. Verifica 100% sul totale dei casi transitati alla Protezione Giuridica. Relazione a cura del Responsabile di struttura	N. pratiche prese in carico. Relazione a cura del Responsabile di struttura	Staff_Direzione Sociosanitaria	Protezione giuridica
Raccolta e analisi dei valori LDR (Livelli Diagnostici di Riferimento) per tutte le apparecchiature radiologiche installate in ASST nel 2021 che raggiungono un anno di utilizzo nel 2022	Per tutte le apparecchiature radiologiche installate nel 2021 (10), che raggiungono un anno di utilizzo nel 2022, si raccolgono e analizzano i valori dei Livelli Diagnostici di Riferimento, verificando che i suddetti valori siano nel rispetto di quelli indicati dal rapporto Istisan 20/22 (aggiornamento del 17/33)	Raccolta e analisi dei valori degli LDR per almeno 5 apparecchiature radiologiche installate nel 2021	Raccolta e analisi dei valori degli LDR per il 100% delle apparecchiature radiologiche installate nel 2021	Staff_Direzione Sanitaria	Funzione Fisica Sanitaria

Allegato 2 "Obiettivi di performance organizzativa - Area Dirigenza" - Uffici di Staff

AREA	Obiettivo	PRIMO SEMESTRE	SECONDO SEMESTRE	DIREZIONE	STRUTTURA
Screening	Screening cervice uterina (Primo livello)	Implementazione di azioni propedeutiche all'avvio del programma di screening sulla base del cronoprogramma definito da ATS. Relazione a cura del Direttore di struttura	Avvio del programma organizzato di screening per i tumori della cervice uterina. Relazione a cura del Direttore di struttura	Staff_Direzione Sociosanitaria	Coordinamento attività consultoriale
Sistema dei controlli amministrativi - Attualizzazione delle previsioni della delibera n. 191/2017	Controllo sull'attività legata all'esecuzione dei contratti	Ricognizione dei contratti in essere con mappatura dei DEC Relazione a cura del Responsabile	Ricognizione dei contratti in essere con mappatura dei DEC Relazione a cura del Responsabile	Staff_Direzione Generale	Sistemi Informativi
	Verifica del rispetto delle disposizioni in materia di esercizio della Libera Professione	Attività di controllo rispetto al regolamento aziendale adottato con delibera n. 521/2021 per il proprio ambito di competenza. Relazione a cura del Responsabile	Attività di controllo rispetto al regolamento aziendale adottato con delibera n. 521/2021 per il proprio ambito di competenza. Relazione a cura del Responsabile	Staff_Direzione Generale	Sistemi Informativi
			Attività di controllo sulla messa a regime del regolamento aziendale adottato con delibera n. 521/2021. Relazione semestrale	Staff_Direzione Generale	Programmazione e Controllo
Sorveglianza igienico sanitaria per le strutture territoriali di competenza, con la collaborazione e supporto dei servizi aziendali di competenza	Sorveglianza igienico sanitaria per le strutture territoriali di competenza, con la collaborazione e supporto dei servizi aziendali di competenza	N. 4 sopralluoghi a campione o eventuali note su attività specifiche.	N. 2 sopralluoghi a campione o eventuali note su attività specifiche.	Staff_Direzione Sociosanitaria	Direzione igienico sanitarie strutture territoriali
Tempestività e appropriatezza presa in carico pazienti portatori di gravissima disabilità per fruizione benefici misura B1 secondo normativa regionale.	Valutazione requisiti clinico-funzionali per accesso alla misura B1 sia per nuove istanze sia per istanze di prosecuzione	n° richieste evase/n° richieste ricevute >=0,8	n° valutazioni/n° istanze presentate >= 0,8	Staff_Direzione Sociosanitaria	Gestione Cure Domiciliari

Allegato 2 "Obiettivi di performance organizzativa - Area Dirigenza" - Uffici di Staff

AREA	Obiettivo	PRIMO SEMESTRE	SECONDO SEMESTRE	DIREZIONE	STRUTTURA
Tempi di attesa per gli accertamenti area invalidita'	Rispetto degli indicatori attività invalidità	Programmazione delle attività al fine di raggiungere i tempi previsti.	1_Procedure d'urgenza: obiettivo visita entro 15 giorni 2_Procedure ordinarie: obiettivo trasmissione a INPS entro 60 giorni	Staff_Direzione Sanitaria	Medicina Legale
Vaccinazioni LEA Prima esavalente - coorte 2021	Collaborazione con PLS per recupero "mai vaccinati prima esavalente - coorte 2021"	1_Ricupero nominativi dei "mai vaccinati" dall'applicativo vaccinazioni SIAVR 2_Invio ai PLS dei riferimenti loro assistiti per segnalazione mancata vaccinazione e conferma disponibilità slot per recupero vaccinale	Numero di bambini vaccinati prima dose esavalente oltre il 75° giorno di vita presenti all'interno degli ambulatori dedicati alla coorte 0 - 3 anni (≥ 2%)	Staff_Direzione Sociosanitaria	Vaccinazioni e sorveglianza malattie infettive
Piano di gestione delle emergenze dell'ospedale di Magenta.	Aggiornamento del piano di gestione delle emergenze dell'ospedale di Magenta	A partire dal II semestre	1_Stesura del documento definitivo 2_Diffusione del piano definitivo	Staff_Direzione Generale	SPP