



Centro Specialistico Pini-CTO

Ortopedia Traumatologia Reumatologia Riabilitazione

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Gaetano Pini

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 35 del 4 FEB. 2016

OGGETTO Adozione del “Piano della Performance” per il triennio 2016-2018 ai sensi dell’art. 10 lett. a) del D. Lgs., 150/09.

DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT. FRANCESCO LAURELLI

**SU PROPOSTA DEL
DIRETTORE F.F. SC Gestione Risorse Economico Finanziarie e C.d.G.**

accertata la competenza procedurale, sottopone in data 29.01.2016 l’allegata proposta di deliberazione sull’argomento all’oggetto specificato, la cui spesa rientra nel budget assegnato.

Il Responsabile del Procedimento
Direttore f.f. S.C. Gestione Risorse Economico
Finanziarie e C.d.G

Dott.ssa Emilia Martignoni

IL DIRETTORE F.F. SC GESTIONE DELLE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

ha registrato contabilmente

la spesa di €....., prevista nella presente proposta, rientra nel Conto Economico del/dei Bilancio/i Preventivo/i Economico/i anno/annial /ai conto/i economico/i n..... “.....”

la spesa di €....., prevista nella presente proposta, rientra nello Stato Patrimoniale del/dei Bilancio/i d’esercizio/ial /ai conto/i n..... “.....”

gli introiti di €....., previsti nella presente proposta, rientrano nel Conto Economico del/dei Bilancio/i d’esercizio/i.....al/ai conto/i economico/i n..... “.....”

Il presente provvedimento non comporta spesa

Il Direttore f.f. UOC Gestione Risorse Economiche Finanziarie

Dott.ssa Emilia Martignoni



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 35 del 4 FEB. 2016

IL DIRETTORE GENERALE

Viste

- la DGR n. X/4475 del 10/12/2015 "attuazione L.R. 23/2015: costituzione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO" di costituzione, a partire dal 1° gennaio 2016, dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO, mediante fusione per incorporazione dell'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini con il Presidio CTO, subentrante ex lege nei rapporti attivi e passivi relativi all'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini, avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica con sede legale in Milano, Piazza Cardinale Andrea Ferrari, 1 - 20122 Milano;

- la DGR X/4622 del 19/12/2015 "attuazione L.R. 23/2015: determinazioni in ordine alla direzione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO" di nomina del dott. Francesco Laurelli quale Direttore Generale dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO con decorrenza dal 01.01.2016 al 31.12.2018;

- la delibera aziendale n. 1 del 02/01/2016 di presa d'atto della costituzione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO, giusta DGR n. X/4475 del 10/12/2015 e di insediamento dal 01.01.2016 del dott. Francesco Laurelli quale Direttore Generale, in attuazione della DGR X/4622 del 19/12/2015;

richiamati

- l'art. 10, comma 1 lett. a, del Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 di attuazione della Legge n. 15 del 4 marzo 2009 - in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni -, che prevede l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di redigere annualmente un documento programmatico triennale denominato "Piano della Performance", al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance;

- la normativa nazionale e regionale in materia di Trasparenza ed Anticorruzione (Legge n. 190/2012, Delibere CIVIT nn. 112/2010 e 50/2013, Delibera ANAC 72/2013-PNA 2013) in cui vengono date indicazioni sulla struttura e le modalità di redazione del Piano della Performance;

- le linee guida regionali in ordine al "Sistema di misurazione delle performance delle Aziende Sanitarie Pubbliche Lombarde", trasmesse dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia nella Conferenza dei Direttori Generali del 26/01/2012, con le quali vengono fornite le indicazioni operative per la stesura del piano delle performance;

- la DGR X/4702 del 29/12/2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2016", in cui viene ribadito che il Piano delle Performance deve essere integrato con il P.I.M.O.;



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 35 del - 4 FEB. 2016

preso atto

- che il Piano della Performance deve essere adottato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- che il testo allegato al presente atto, elaborato dalla Struttura Proponente quale proposta di Piano delle Performance con riferimento al triennio 2016-2018, risponde ai requisiti formali previsti dalla normativa richiamata, nonché alle esigenze organizzative di questa Azienda in materia di valutazione della performance;

rilevato che, per effetto della L.R. n. 23/2015, è mutato radicalmente l'assetto organizzativo e produttivo della nuova ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO e sono in corso di definizione, da parte delle Regione Lombardia, le regole per la costituzione dei nuovi Piani di Organizzazione Aziendale -POAS- nonché le modalità per la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico dell'anno 2016;

dato atto, pertanto, che il presente Piano delle performance del triennio 2016-2018 potrà essere oggetto di ulteriore aggiornamento nel corso dell'esercizio 2016, e ciò in attuazione della L.R. n. 23/2015 nonché delle Regole di Gestione del Servizio Socio-Sanitario per l'anno 2016, adottate dalla Giunta Regionale Lombarda con D.G.R. n. X/4702 del 29 dicembre 2015, anche ai fini della specifica individuazione degli ulteriori obiettivi di sistema dell'esercizio in questione;

ritenuto

- nelle more di cui sopra, di fare propria la proposta di adozione del "Piano della Performance" del triennio 2016-2018 avanzata dalla Struttura Proponente;
- di adottare il "Piano della Performance" per il triennio 2016-2018, ai sensi dell'art. 10 lett. a) del D.lgs. 150/2009, allegato al presente provvedimento e del quale costituisce parte integrante e sostanziale;
- di sottoporre il predetto documento a convalida da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- di rendere pubblico il documento in argomento mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale aziendale;

visti i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario, resi per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i;

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti



Centro Specialistico Pini-CTO

Ortopedia Traumatologia Reumatologia Riabilitazione

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Gaetano Pini

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 35 del 4 FEB. 2016

- 1- di adottare il "Piano della Performance" per il triennio 2016-2018, ai sensi dell'art. 10 lett. a) del D.lgs. 150/2009, allegato al presente provvedimento e del quale costituisce parte integrante e sostanziale;
- 2- di sottoporre il predetto documento a convalida da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- 3- di rendere pubblico il documento in argomento mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale aziendale;
- 4- di dare atto che il presente Piano potrà essere oggetto di ulteriore aggiornamento nel corso dell'esercizio 2016, e ciò in attuazione della L.R. n. 23/2015 nonché delle Regole di Gestione del Servizio Socio-Sanitario per l'anno 2016, adottate dalla Giunta Regionale Lombardia con D.G.R. n. X/4702 del 29 dicembre 2015, anche ai fini della specifica individuazione degli ulteriori obiettivi di sistema dell'esercizio in questione;
- 5- di dichiarare il presente provvedimento non soggetto a controllo preventivo, ai sensi dell'art. 17, comma 4, della L.R. n. 33/2009 (come modificato dalla L.R. 23/2015);
- 6- di disporre la pubblicazione, nei modi di legge, della presente deliberazione, dando atto che la stessa è immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009 (come modificato dalla L.R. 23/2015).

DIRETTORE GENERALE
(Dott. Francesco Laurelli)

DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Dott. Valentino Colao)

DIRETTORE
SANITARIO
(Dott.ssa Paola Navone)

DIRETTORE
SOCIO SANITARIO
(Dott.ssa Paola Pirrotta)

S.C. Gestione Risorse Economico Finanziarie e C.d.G.

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento

Responsabile del Procedimento: dott.ssa Emilia Martignoni

Pratica trattata da: dott.ssa Angela Iuliano



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 35 del 4 FEB. 2016

RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'albo pretorio informatico di quest'Azienda sul sito internet istituzionale, così come previsto dall'art. 32, comma 1, L. 69/2009, e dall'art. 8 del D.Lgs. 33/2013, dal 5 FEB. 2016 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. 5 pagine e n. 50 allegati.

UOC Affari Generali e Legali
Il Funzionario addetto

U.O. Affari Generali e Legali
L'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
(*Maria Cianchella*)

Maria Cianchella

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

Milano, li _____

UOC Affari Generali e Legali
il Funzionario addetto



Piano della Performance

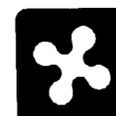
Redatto ai sensi dell'art.10 lett. a) del D. Lgs. 150/2009

Triennio di riferimento: 2016-2018



INDICE

1	PREMESSA	4
2	L'ASST	6
2.1	Presidio Ospedaliero Complesso Gaetano Pini	6
2.2	Presidio Ospedaliero Complesso CTO	7
2.3	Organigramma	7
2.4	Rapporti con l'Università	8
2.5	Articolazione territoriale	8
3	MISSION	9
4	L'AZIENDA IN NUMERI	13
4.1	Posti letto	13
4.2	Risorse Umane	14
4.3	Volumi di attività.....	15
4.4	Bilancio	16
5	IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	17
5.1	Inquadramento generale.....	17
5.2	Il contesto territoriale e demografico ex ASL Milano	17
5.3	Il contesto economico sociale	19
5.4	Il contesto epidemiologico.....	21
5.4.1	Mortalità.....	21
5.4.2	Popolazione anziana (età ≥ 75 anni) e vulnerabile residente in ASL Milano.....	22
5.4.3	La Morbosità' prevalente per Patologie Croniche.....	23
5.4.4	Assistenza Ospedaliera per acuti in degenza ordinaria.....	24
5.5	I "Portatori di Interesse" (stakeholder)	25



6	LA PERFORMANCE	26
6.1	La Performance organizzativa	26
6.2	Il ciclo della Performance	27
6.3	La Performance individuale	31
7	LA FORMAZIONE	32
8	LA COMUNICAZIONE	33
8.1	La comunicazione esterna	33
8.2	La comunicazione interna	33
9	IL RAPPORTO TRA L'ASST E IL MONDO DEL VOLONTARIATO: LE ONLUS E LE ASSOCIAZIONI	34
10	LA TRASPARENZA E LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	35
11	L'INTEGRAZIONE CON IL PIMO	36
12	IL QUADRO DI SISTEMA	37
13	L'ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE 23/2015	39
14	LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA	40
15	L'ANALISI E LA MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE	43
16	GLI INDICATORI	46



1 PREMESSA

Il presente Piano della Performance della ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO rappresenta lo strumento di programmazione triennale alla luce dei rilevanti cambiamenti introdotti dalla l.r. 23/2015 di riordino del SSR. Poiché tale Piano viene elaborato nel periodo transitorio di attuazione della legge regionale, si precisa che la performance viene commisurata ad un assetto organizzativo non definitivo, pertanto sarà oggetto di revisione quando l'adeguamento verrà considerato ultimato.

A seguito della costituzione della nuova ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO, derivante dalla fusione della A.O. Istituto Ortopedico G. Pini e del presidio ospedaliero CTO, precedentemente afferente alla ex A.O. ICP, l'Azienda sarà impegnata nella revisione dei processi organizzativi e nella riqualificazione delle risorse impiegate per l'assistenza ospedaliera, secondo i principi e le direttive di evoluzione del sistema sanitario regionale, attraverso politiche di revisione della rete di offerta anche territoriale, di maggiore aggregazione delle funzioni aziendali, di semplificazione degli organi di governo e politiche di appropriatezza e controllo delle prestazioni erogate. L'Azienda dovrà garantire tale riassetto organizzativo senza aggravio di costi per il Sistema Sanitario Regionale, secondo quanto previsto dalla stessa legge di riordino.

Il Piano è stato strutturato in modo tale da poter fornire, nella parte introduttiva, una visione dell'Azienda nel suo complesso, illustrando alcuni dati relativi alla struttura e alla dotazione di organico, nonché la mission e la vision aziendale.

La seconda parte del documento è finalizzata a comunicare nel modo più trasparente, comprensibile e sintetico, attraverso la sua pubblicazione sul sito istituzionale, a tutti i c.d. "stakeholder" o portatori di interesse (cittadini e dipendenti con le loro forme di rappresentanza e di tutela, Università, ecc.) gli indirizzi, gli obiettivi strategici, le azioni ed i risultati che l'Azienda intende perseguire, in coerenza con il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario, oltre che gli elementi utili alla misurazione ed alla valutazione della performance raggiunta. Questa parte viene aggiornata annualmente in relazione agli obiettivi di programmazione regionale e ad eventuali modifiche della struttura organizzativa e delle modalità di funzionamento dell'Azienda.

In relazione al suo valore ed alla sua funzione di "integratore" fra tutte le componenti aziendali, il presente Piano, pur necessariamente dovendo rimandare agli specifici documenti e strumenti di lavoro in



relazione ai diversi ambiti, rappresenta una sintesi di indirizzo strategico unitario con il Ciclo di Programmazione Economico-Finanziaria, con il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, con il Piano di Risk Management, con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, con il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità. Nello spirito e nella cultura che lo animano, il presente Piano fa inoltre propri e rappresenta i contenuti dei Codici Etico e Comportamentale aziendali e della Carta dei Servizi.

Il presente documento è coerente con i principi contenuti:

- nel D.Lgs. 150/2009 - art. 10 in tema di redazione del piano della Performance;
- nella normativa nazionale e regionale in materia di Trasparenza ed Anticorruzione (Legge 190/2012, Delibere CIVIT nn. 112/2010 e 50/2013, Delibera ANAC 72/2013-PNA 2013)
- nelle Linee Guida dell'OIV regionale "Il Sistema di Valutazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde" del gennaio 2012;
- nel dossier di sintesi dicembre 2013, coordinamento OIV dei NVP degli enti socio sanitari della Regione Lombardia,;
- nelle Linee guida di Regione Lombardia per la elaborazione e lo sviluppo del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto con il SSR lombardo del gennaio 2014.
- nella Deliberazione n. X/3652 del 05/06/2015 "Determinazioni relative al Programma Integrato di Miglioramento dell' Organizzazione".
- nella DGR X/4702 del 29/12/2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2016".

Il presente Piano è pubblicato sul sito web dell'Azienda all'indirizzo: www.asst-pini-cto.it.



2 L'ASST

L'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO nasce dall'unione tra l'Istituto Ortopedico Gaetano Pini ed il CTO, centri di eccellenza dell'ortopedia nazionale ed europea. La nuova Azienda viene costituita da Regione Lombardia con DGR n. X/4475 del 10/12/2015, con decorrenza dal 01/01/2016 in attuazione della l.r. 23/2015. L'attività di Ortopedia e Traumatologia si sviluppa in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano.

2.1 Presidio Ospedaliero Complesso Gaetano Pini

La scuola ortopedica milanese nasce nel 1874, quando Gaetano Pini fonda l'Associazione per la Scuola dei Rachitici, per la cura dei tanti bambini affetti in quell'epoca da rachitismo. Ben presto si affiancano alla scuola un ambulatorio diretto da Pietro Panzeri e un'officina ortopedica che studia e costruisce apparecchi per permettere ai bambini di muoversi e camminare.

Nel 1884 viene costruito un nuovo edificio; l'area è la stessa attualmente occupata dal Monoblocco A del moderno Ospedale. Questa nuova struttura, affermatasi come la più prestigiosa struttura ortopedica in Italia, è in grado di poter accogliere anche pazienti adulti.

Negli anni 1914-1915 viene costruito il Rifugio di viale Monza, Sezione Fisioterapia destinata all'attività riabilitativa, diventata nel tempo sede delle divisioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, oggi situata in via Isocrate, fiore all'occhiello del Pini moderno.

Attraverso la cura e la ricerca, dalla Scuola per bambini rachitici alla costituzione di un ospedale, dalle prime tecniche radiologiche alle più sofisticate tecniche di imaging, dalle sale operatorie convenzionali alla robotica, il Gaetano Pini diviene un ospedale modernissimo e all'avanguardia nelle tecnologie di settore.



2.4 Rapporti con l'Università

L'Asst Pini-CTO è convenzionata con l'Università degli Studi di Milano, in un complesso sistema di rapporti che coinvolge varie unità operative, anche a direzione didattica, afferenti ai diversi presidi aziendali.

Gli obiettivi dell'Azienda sono quindi perseguiti d'intesa con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano, nella consapevolezza che l'insieme delle attività di assistenza, didattica e ricerca costituiscono un fattore di garanzia della qualità delle cure e di stimolo per l'innovazione e lo sviluppo dei servizi.

Nel rispetto delle finalità istituzionali proprie di ciascun Ente, i rapporti tra Università e ASST sono regolati da specifici accordi, in base ai quali numerosi medici svolgono attività didattica e convenzionata con Scuole di specializzazione universitarie.

La convenzione vigente con l'Università degli studi di Milano prevede attualmente quattro Strutture complesse a Direzione Universitaria:

- S.C. Ortopedia e Traumatologia I (P.O.C. Gaetano Pini)
- S.C. Ortopedia e Traumatologia IV (P.O.C. Gaetano Pini)
- S.C. Reumatologia (P.O.C. Gaetano Pini)
- S.C. Clinica Ortopedica – Ortopedia III (P.O.C. CTO)

Sono presenti nelle strutture aziendali sette medici universitari convenzionati.

2.5 Articolazione territoriale

L'ASST Centro specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO eroga i servizi sanitari attraverso la seguente articolazione territoriale:

Presidio Ospedaliero Complesso Gaetano Pini

Piazza Cardinal A. Ferrari, 1 – 20122 Milano

Polo Medicina Fisica e Riabilitazione

Via Isocrate, 19 – 20126 Milano

Presidio Ospedaliero Complesso CTO

Via Bignami, 1 – 20126 Milano



3 MISSION

Nell'ASST Centro specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO vige il principio della centralità del paziente, attorno al quale ruota tutto il team sanitario, medico e scientifico secondo un approccio multidisciplinare nella diagnosi e cura.

La *mission* dell'Azienda Ospedaliera è quella di contribuire alla promozione, al mantenimento e al recupero delle condizioni di salute della popolazione, erogando prestazioni sanitarie specialistiche, secondo standard di eccellenza, di media e elevata complessità, nel rispetto della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'economicità nell'impiego delle risorse ed in coerenza con i principi e gli obiettivi definiti dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale. L'Azienda intende, così come previsto nel "Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale" strutturare un sistema "che si prenda cura" della persona e del suo benessere, collaborando attivamente con tutti gli attori del Sistema Sanitario, al fine di perseguire l'obiettivo di rafforzare nel cittadino la percezione di un'identità comune, garantendo così a tutti parità di accesso ai servizi.

L'Azienda adotta criteri di programmazione in linea con le Regole di Gestione del Servizio Socio-Sanitario emanate ogni anno da Regione Lombardia.

I servizi, erogati nel rispetto dei criteri di accreditamento strutturali ed organizzativi stabiliti dalla Regione Lombardia (DGR VI/49165 del 17/03/2000), si uniformano ai seguenti principi (DPCM del 27 gennaio 1994):

- *Uguaglianza*: l'erogazione dei servizi è ispirata al principio d'uguaglianza dei diritti dei cittadini/utenti senza distinzione di sesso, razza, lingua, religione ed opinioni politiche;
- *Imparzialità*: l'Azienda uniforma i propri comportamenti nei confronti dei cittadini a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità;
- *Trasparenza*: l'erogazione delle prestazioni e l'accesso alla documentazione sanitaria ed amministrativa sono espressamente concepite in favore della conoscenza e della chiarezza;
- *Appropriatezza*: cure pertinenti ed accettabili rispetto alle persone e alle circostanze, nonché valide dal punto di vista tecnico-scientifico;
- *Qualità*: attenzione rivolta sia alle modalità di erogazione delle prestazioni, sia alla valutazione dei risultati, in un processo di miglioramento continuo;



- *Efficienza ed Efficacia*: i servizi sono erogati in modo da garantire il miglior rapporto tra efficienza ed efficacia dei percorsi assistenziali.

L'ASST Centro specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO ha adottato un sistema di miglioramento continuo della qualità, basato sulle norme UNI EN ISO 9001:2000, attraverso una certificazione estesa al Presidio Ospedaliero Gaetano Pini, al Polo Riabilitativo di via Isocrate e ad una parte del Presidio Ospedaliero CTO.

Su questa linea l'Azienda s'impegna ad utilizzare tutte le risorse disponibili per sostenere la crescita e l'innovazione, in uno sforzo congiunto di tutte le componenti, al fine di agire con efficacia lungo i seguenti indirizzi:

- Offrire, per le materie di competenza, prestazioni specialistiche di elevato contenuto tecnico in grado di dare adeguate risposte ai bisogni di salute dei pazienti che si rivolgono all'Azienda stessa;
- Favorire ovunque possibile il trasferimento di know-how clinico e gestionale;
- Razionalizzare l'utilizzo delle risorse, sostenere la qualificazione professionale e valorizzare il contributo delle persone, anche attraverso la definizione di un nuovo quadro organizzativo che vedrà la sua definizione complessiva nel POAS;
- Incoraggiare l'innovazione ed estendere la politica di orientamento all'utente a tutta la struttura aziendale.

La *visione strategica* dell'Azienda consiste nell'essere e voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare i bisogni e le aspettative dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche, delle conoscenze, dell'integrazione dei sistemi sanitari italiani ed europei.

L'Azienda intende essere un luogo dove l'esercizio della cura, fatta in scienza e coscienza al servizio del malato, sia in stretta sinergia con lo sviluppo della cultura scientifica e dell'innovazione tecnologica; un luogo che sia espressione di una comunità che, pur mantenendo i propri valori, vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento; un luogo dove l'applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche ed il loro dinamico e vertiginoso sviluppo siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei cittadini.



L'Azienda intende utilizzare tutte le leve che permettano di sviluppare motivazione negli operatori, promuovendo e valorizzando le relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa (lavoro in équipe), coinvolgendo le diverse espressioni professionali nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

I **valori** principali cui si ispira l'Azienda sono:

- la centralità del paziente;
- la libertà del cittadino nella scelta consapevole del servizio, delle cure e del professionista;
- la tutela della vita umana nelle sue diverse fasi;
- l'eguaglianza verso ogni persona che ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure mediche più appropriate, senza discriminazione di età, sesso, razza, lingua, religione ed opinioni politiche;
- la responsabilità verso la comunità da servire e la responsabilità gestionale, clinica e dei risultati;
- la lealtà di tutti i membri dell'organizzazione verso la mission e gli obiettivi aziendali;
- la collaborazione tra i diversi professionisti per fornire il miglior servizio al cittadino;
- il servizio come capacità dell'organizzazione di orientare i processi operativi intorno alle esigenze del cittadino;
- il sostegno e lo sviluppo della comunità affinché cresca la capacità di scelta per la promozione e la tutela della salute;
- il personale come capitale intellettuale, professionale e culturale per garantire le prestazioni di cui il paziente necessita favorendo la valorizzazione dei professionisti;
- la professionalità di tutti gli operatori per rispondere con appropriatezza, efficacia e competenza in ogni situazione e circostanza;
- l'imparzialità nelle scelte e nelle decisioni come certezza di pari opportunità per ogni cittadino o dipendente;
- l'efficienza ed efficacia nell'ottenere i migliori risultati per il cittadino congrui con le risorse attribuite;
- la partecipazione che l'Azienda deve garantire al cittadino attraverso: un'informazione corretta, chiara e completa; la possibilità di esprimere la propria valutazione della qualità delle prestazioni erogate e di inoltrare reclami o suggerimenti per il miglioramento del servizio;
- il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato e le sinergie con gli Enti locali territoriali e con ogni altro Ente/Autorità di diretto riferimento;



- l'innovazione tecnologica, organizzativa e formativa avanzata a tutti i livelli, per sostenere i miglioramenti continui dell'attività di diagnosi e cura, per produrre attività di eccellenza;
- la sicurezza e la qualità nell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e dei dipendenti nel rispetto della normativa vigente;
- la legittimità e legalità come corrispondenza dell'azione della pubblica amministrazione e di tutti i dipendenti alle norme vigenti;
- la trasparenza sia nell'attività amministrativa, informando correttamente e completamente i diversi soggetti pubblici e privati, sia nella attività clinica, informando sempre il cittadino degli effetti delle cure e dell'assistenza;
- la semplificazione e sburocratizzazione degli atti amministrativi volte ad eliminare il disagio delle procedure superflue per i cittadini e gli operatori del sistema sanitario.



4 L'AZIENDA IN NUMERI

4.1 Posti letto

	N. Posti letto 2015				N. Posti letto 2015			
	ACCREDITATI				EFFETTIVI			
	Acuti e Riab	DH/DS	Tecnici	<i>Totale</i>	Acuti e Riab	DH/DS	Tecnici	<i>Totale</i>
PRESIDIO PINI	386	14	18	418	364	14	18	396
PRESIDIO CTO	185	28	35	248	122	17	35	174



4.2 Risorse Umane

Il fabbisogno di personale, approvato da Regione Lombardia con cadenza triennale, ha previsto presenze costanti coerentemente con la realizzazione dei piani d'assunzione annuale, predisposti in considerazione del turn over, così come autorizzati dalla Regione, ed in attuazione delle regole di sistema vigenti nel tempo.

Al 1 gennaio 2016, l'ASST impiega n. 1.109 dipendenti, di cui:

PERSONALE AL 1 gennaio 2016	
PERSONALE INFERMIERISTICO	382
PERSONALE TECNICO SANITARIO	58
PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	70
ASSISTENTI SOCIALI	1
PERSONALE AMMINISTRATIVO	97
OTA/OSS	70
PERSONALE RUOLO TECNICO	159
AUSILIARIO SPEC.TO SERV. ASSISTENZIALI	33
AUSILIARIO SPEC.TO SERV. ECONOMICI	3
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	874
DIRIGENZA MEDICA	221
DIRIGENZA SANITARIA	5
DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICA	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	7
TOTALE AREA DIRIGENZA	235
TOTALE COMPLESSIVO	1.109



4.3 Volumi di attività

	ANNO 2015	
	GAETANO PINI	CTO
Regime di ricovero ordinario		
DIMESSI (N.ro)	9.507	2.839
DEGENZA MEDIA	14,41	11,95
PESO MEDIO	0,96	1,20
Regime di ricovero in Day Hospital		
DIMESSI (N.ro)	970	759
ACCESSI DH	2.068	776
PESO MEDIO DH	0,82	0,99
Prestazioni Ambulatoriali (N.ro)	346.258	190.260
Accessi PS (N.ro)	36.266	19.687



4.4 Bilancio

L'Azienda ha un bilancio di Euro 109.675.000,00, al netto dell'afferimento del presidio CTO, vincolato dai valori definiti dalla Regione nel decreto di assegnazione; l'impegno dell'azienda è teso a promuovere tutte le azioni volte al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario nella salvaguardia dei livelli di servizio resi.

Nella tabella si evidenziano i principali indicatori di tipo economico disponibili al 31.12.2015.

L'andamento di tali indicatori esprime la piena coerenza fra gli indirizzi programmatici regionali e il piano delle azioni che l'azienda pone in essere per la realizzazione delle linee strategiche.

ASST PINI-CTO					
<u>Indicatori economici-gestionali</u>		Valore al 31/12/2014	Valore al 31/12/2015	% al 31/12/2014	% al 31/12/2015
Indicatore 1:	Costi del personale	38.497	38.178	43,24	43,03
	Ricavi della gestione caratteristica	89.024	88.719		
Indicatore 2:	Costi per beni e servizi	59.790	60.549	67,16	68,25
	Ricavi della gestione caratteristica	89.024	88.719		
Indicatore 3:	Costi caratteristici	109.170	109.604	122,63	123,54
	Ricavi della gestione caratteristica	89.024	88.179		
Indicatore 4:	Costi caratteristici	109.170	109.604	103,82	103,73
	Totale costi (al netto capitalizzati)	105.154	105.665		



5 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

5.1 Inquadramento generale

Al fine di inquadrare l'Azienda nel contesto di riferimento, nella presente sezione si intende fornire una sintesi di quelle che sono le variabili di tipo economico, sociale, ma anche demografiche ed ambientali, che caratterizzano l'area servita dall'Azienda. Tale sezione fa riferimento a quanto espresso nel "Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari" dell'ASL di Milano pur nella mutata configurazione derivante dall'attuazione della L.R. n. 23/2015 di evoluzione del SSR.

Si sottolinea come l'Azienda serva un territorio molto esteso, comprendente l'area vasta metropolitana milanese e comportando una significativa attrazione di pazienti fuori regione.

5.2 Il contesto territoriale e demografico ex ASL Milano

Il territorio della ex ASL di Milano copre un'area di 225 kmq comprendente sette comuni: Milano (distretti 1-5), Cologno Monzese, Sesto S. Giovanni (distretto 6), Bresso, Cinisello Balsamo, Cormano e Cusano Milanino (distretto 7). La distribuzione della popolazione nei sette comuni, per quanto riguarda molti descrittori demografici è abbastanza sovrapponibile (Figura 1 e figura 2).

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Totale ASL
POPOLAZIONE								
Superficie (km ²)	9,67	44,84	26,81	50,82	49,62	20,2	23,53	225,49
N. abitanti	112.347	347.577	303.534	267.465	317.622	133.470	141.700	1.645.138
Densità abitativa (abitanti/km ²)	11.618	7.751	11.321	5.263	6.384	6.607	6.022	7.296
INDICI DEMOGRAFICI								
0-14 anni	15,40%	13,30%	14,00%	12,00%	11,60%	13,50%	13,30%	13,00%
15-64 anni	62,20%	61,00%	64,00%	63,90%	62,90%	63,40%	62,30%	63,20%
≥ 65 anni	22,40%	21,90%	22,00%	24,10%	25,50%	21,10%	24,40%	23,80%
Vecchiola	144,90%	182,90%	156,40%	201,10%	219,10%	171,10%	182,90%	181,00%
Dipendenza strutturale	60,80%	58,70%	56,20%	56,60%	58,90%	57,60%	60,60%	58,10%
Natalità	8,6%	8,1%	9,1%	7,7%	7,1%	8,4%	8,2%	8,2%
Fertilità	17,6%	18,1%	17,4%	14,1%	12,8%	18,5%	18,5%	17,0%

Figura 1: Distribuzione della popolazione nei diversi distretti

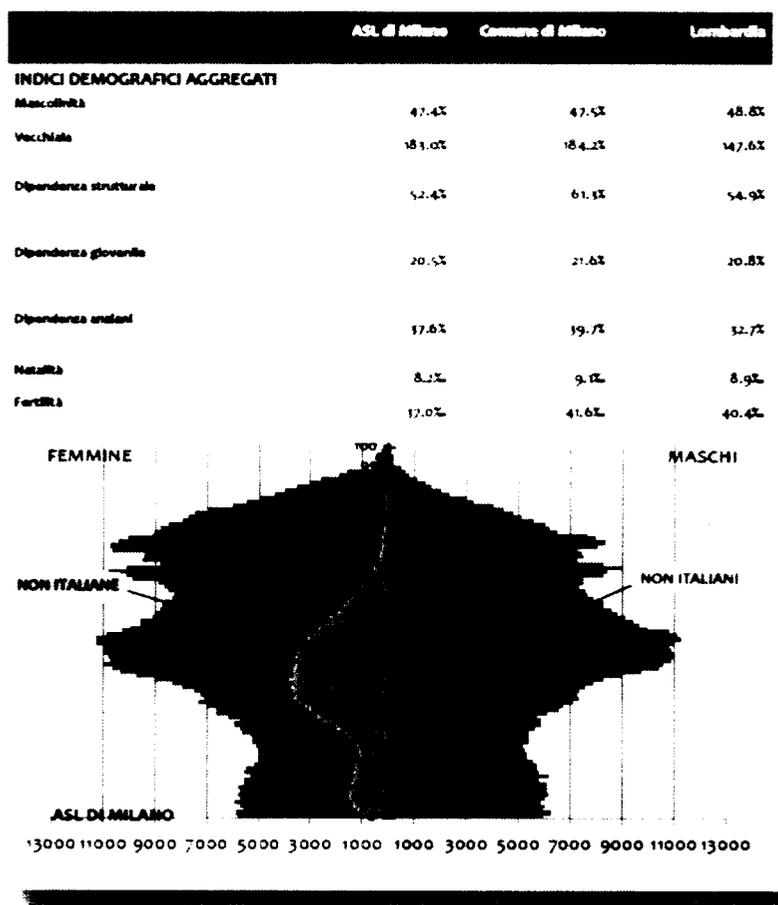


Figura 2: Indici demografici

Incidenza per fasce d'età dei residenti del territorio di competenza sul totale lombardo al 01/01/2014 (Dati Sisel – Regione Lombardia).

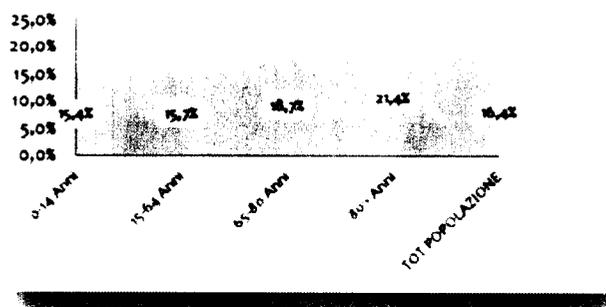


Figura 3: Incidenza per fasce di età



5.3 Il contesto economico sociale

Il territorio di competenza della ex ASL Milano è contraddistinto da una forte attrattività dal punto di vista economico, sociale e culturale.

Di seguito (Figura 4) si riporta il reddito pro capite dei comuni del territorio di competenza in rapporto alla media regionale (Dati Ministero dell' Economia e delle Finanze anno 2013)

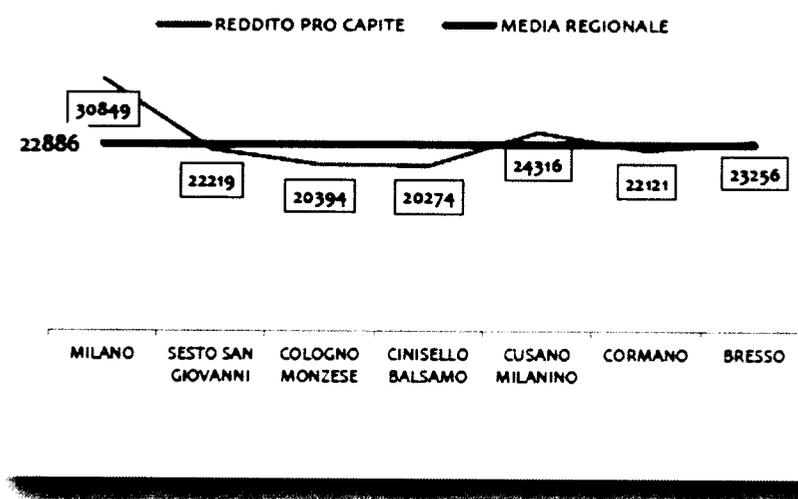


Figura 4: Reddito pro-capite

Nel territorio di competenza emergono differenze notevoli dal punto di vista del reddito procapite. Solo i comuni di Milano (in modo rilevante) e di Cusano Milanino presentano valori medi superiori al livello regionale.

Anche nell'osservazione del tasso di disoccupazione riferito all'anno 2013 (Dati ISTAT) emergono differenze territoriali significative (figura 5)

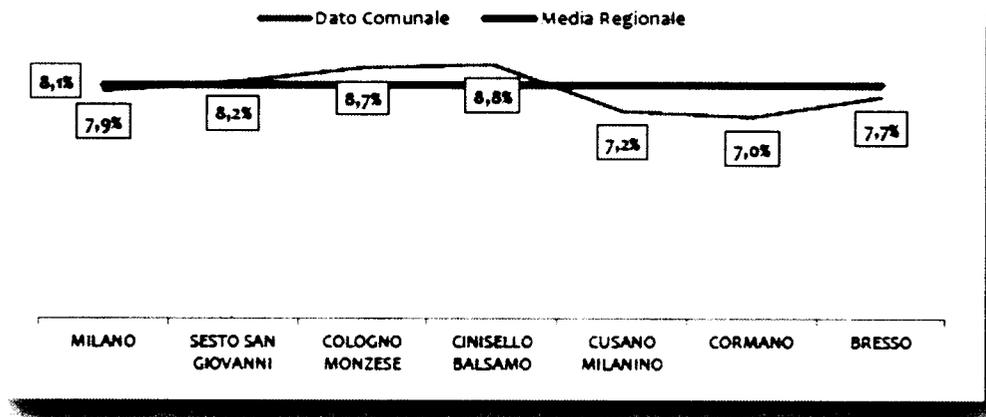


Figura 5: Tasso di disoccupazione

A completamento del quadro socioeconomico si illustra il tasso di densità della popolazione (Figura 6).

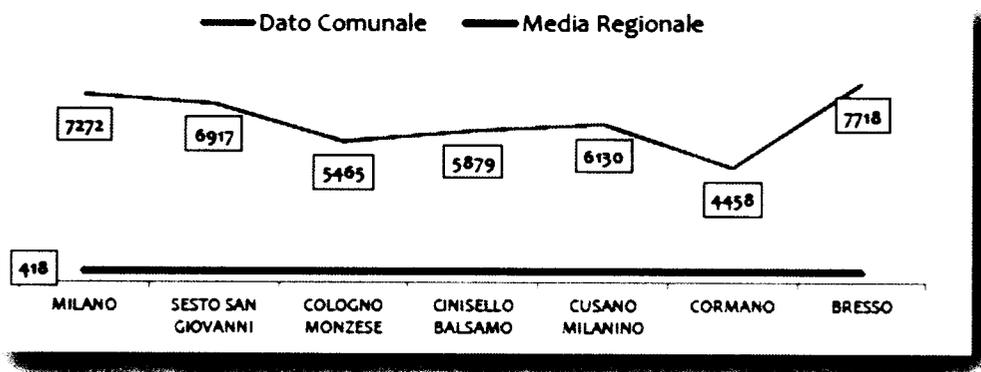


Figura 6: Tasso di densità della popolazione



5.4 Il contesto epidemiologico

5.4.1 Mortalità

Il ReNCaM (Registro Nominativo delle Cause di Morte) della ex ASL di Milano contiene le cause di morte di tutti i residenti di Milano dal 1999 e dei residenti del distretto 6 e 7 dal 2009 (anno in cui i due distretti sono diventati parte del territorio ex ASL).

Nella figura 7 sono riportate le dieci cause di morte più frequenti, relative al 2013.

ASL MILANO causa di morte	uomini		donne		totale	
	N	%	N	%	N	%
Sistema circolatorio	2165	29,00%	2891	34,30%	5056	31,80%
Tumori	2745	36,70%	2478	29,40%	5223	32,80%
Sistema respiratorio	678	9,10%	647	7,70%	1325	8,30%
Sistema nervoso	284	3,80%	392	4,60%	676	4,20%
Disturbi psichici e comportamentali	140	1,90%	324	3,80%	464	2,90%
Traumatismi	331	4,40%	324	3,80%	655	4,10%
Malattie apparato digerente	245	3,30%	309	3,70%	554	3,50%
Malattie sistema endocrino	213	2,80%	250	3,00%	463	2,90%
Malattie infettive	259	3,50%	242	2,90%	501	3,10%
Segni e sintomi	93	1,20%	161	1,90%	254	1,60%
altro	323	4,30%	419	5,00%	742	4,70%
Totale complessivo	7476		8437		15913	

Figura 7: Cause di morte più frequenti

L'andamento dei tassi di morte standardizzati per alcuni gruppi di cause selezionate, dal 2009 al 2013, è rappresentato nella figura di seguito (Figura 8).

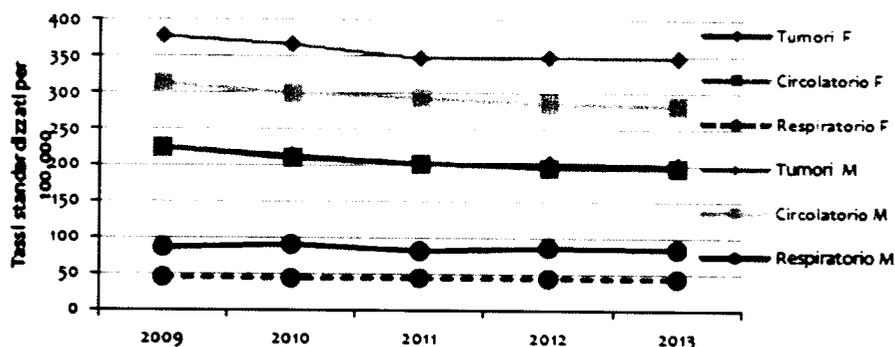


Figura 8: Andamento tassi di morte standardizzati

5.4.2 Popolazione anziana (età ≥ 75 anni) e vulnerabile residente in ASL Milano

Si riporta il dettaglio demografico relativo alla popolazione anziana ultrasettantacinquenne residente sul territorio della ex ASL Milano (Figura 9).

Classe di età	Genere		Totale
	Donne	Uomini	
75-79	39.059	26.953	66.012
80-84	37.030	22.123	59.153
85-89	25.443	12.061	37.504
90-94	13.505	4.674	18.179
95-99	2.843	667	3.510
≥ 100	829	127	956
Totale	118.709	66.605	185.314

Figura 9: Popolazione anziana (età ≥ 75 anni)



5.4.3 La Morbosità' prevalente per Patologie Croniche

Nella figura 10 di seguito viene descritta la distribuzione dei soggetti assistiti dalla ex ASL Milano per condizione morbosa cronica prevalente, così come identificata dalla BDA della ex ASL Milano, e per fascia di età, suddiviso per distretto di residenza.

Gli utenti "non identificabili" sono soggetti non residenti nel territorio della ex ASL Milano ma assistiti in quanto o iscritti a termine o temporaneamente domiciliati sul territorio della ex ASL Milano (studenti, lavoratori, etc.).

soggetti assistiti ASL Milano

CONDIZIONE MORBOSA CRONICA	D 1-5 (Milano)	D 6 (Sesto - Cologno Monzese)	D 7 (Cinisello - Bresso - Cormano - Cusano)	Non Identif.	Totale	%
NESSUNA	852.424	83.729	89.247	98.467	1.123.867	69,34%
BRONCOPNEUMOPATICI	17.696	1.985	2.163	1.486	23.330	1,44%
CARDIOVASCOLOPATICI	162.215	19.784	20.996	15.477	218.472	13,48%
DIABETICI	50.724	6.257	7.019	4.720	68.720	4,24%
GASTROENTEROPATICI	12.268	1.352	1.342	1.185	16.147	1,00%
HIV POSITIVO E AIDS CONCLAMATO	5.758	425	357	533	7.073	0,44%
INSUFFICIENTI RENALI CRONICI	5.701	629	717	503	7.550	0,47%
MALATTIE AUTOIMMUNI	10.101	1.063	1.163	1.012	13.339	0,82%
MALATTIE ENDOCRINO E METAB.	19.453	2.301	2.672	1.874	26.300	1,62%
MALATTIE RARE	5.134	585	544	519	6.782	0,42%
NEOPLASTICI	73.692	7.170	8.225	7.042	96.129	5,93%
NEUROPATICI	8.253	873	947	756	10.829	0,67%
TRAPIANTATO	1.720	181	232	155	2.288	0,14%
	1.225.139	126.334	135.624	133.729	1.620.826	100,00%

Figura 10: Morbosità' prevalente per Patologie Croniche



5.4.4 Assistenza Ospedaliera per acuti in degenza ordinaria

L'andamento dei ricoveri ospedalieri è descritto dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, che dal 1995 sono utilizzati per remunerare le prestazioni erogate dalle strutture ospedaliere.

Osservando l'andamento nel tempo, come da figura 11 di seguito riportata, sia di quelli totali che separatamente quelli ordinari si evidenzia, a partire dal 2003, una progressiva diminuzione. Questo è probabilmente dovuto alle modificazioni subite dalla legislazione sanitaria in Lombardia, ed è congruente con quanto avviene nel resto d'Italia

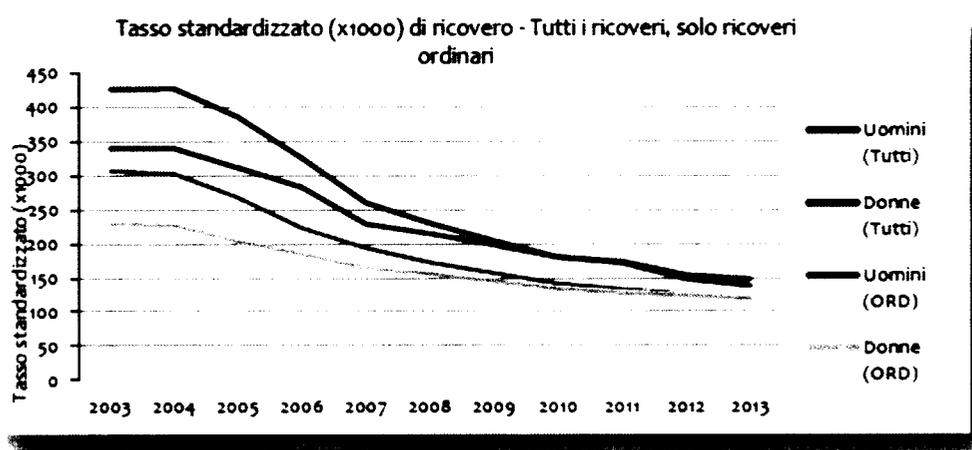


Figura 11: Assistenza Ospedaliera per acuti in degenza ordinaria



5.5 I “Portatori di Interesse” (stakeholder)

L’individuazione delle aree di intervento prioritario dell’ASST va effettuata con riferimento alle priorità di varia natura emerse dall’analisi del contesto esterno, nonché dal confronto con gli stakeholder nell’ambito della rete per la promozione della salute e dagli indirizzi regionali di programmazione.

In un’Azienda avente l’articolazione dell’ASST PINI-CTO, l’individuazione e il riconoscimento degli stakeholder è necessariamente un esercizio importante e complesso, che deve tenere in considerazione le istanze di molti soggetti individuali, sociali, istituzionali.

A tal proposito la figura che segue illustra gli stakeholder strategici, ossia tutti coloro che contribuiscono alla realizzazione della mission aziendale.

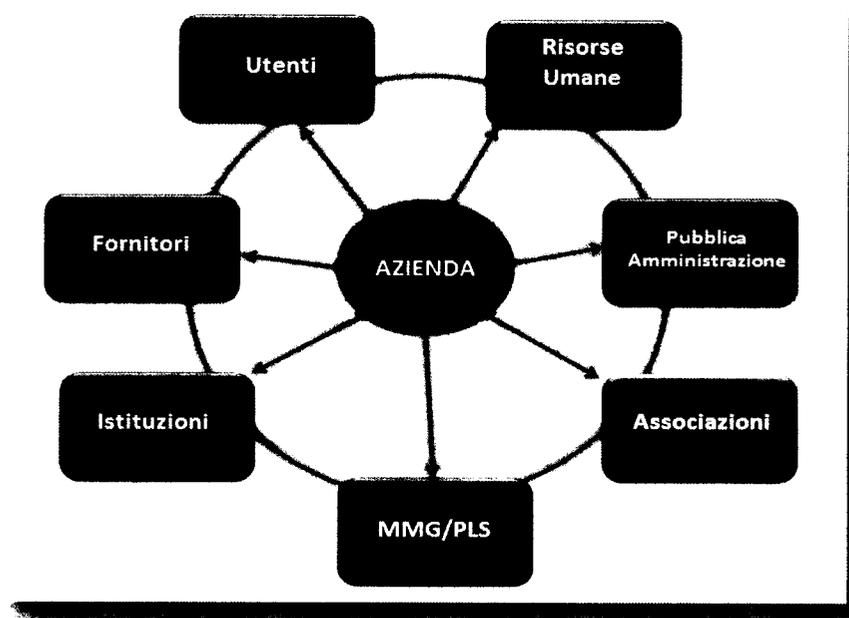
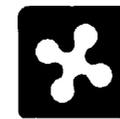


Figura 12: Stakeholder strategici dell’Azienda



6 LA PERFORMANCE

La disciplina vigente ha introdotto la necessità che le Pubbliche Amministrazioni si dotino di un **sistema di misurazione e valutazione della performance** come strumento utile a migliorare l'efficienza, la qualità e l'efficacia delle proprie prestazioni e dei servizi erogati.

La performance si distingue in:

- **Organizzativa**, che riguarda l'operato dell'Azienda nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative;
- **Individuale**, che si riferisce al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura e a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti. (cfr. art. 9 del d. lgs. 150/09).

La valutazione va intesa – a qualsiasi livello – non come mero adempimento burocratico, ma come processo che può contribuire al miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e come sistema operativo attraverso il quale è possibile coinvolgere tutti i collaboratori, rendendoli informati e partecipi di valori e principi dell'organizzazione aziendale e più responsabili dei successi e dei limiti collettivi e individuali.

Il sistema aziendale di valutazione delle performance rappresenta l'anello finale di una ideale catena rappresentata dai processi organizzativi propedeutici alla realizzazione di processi di valutazione delle risorse umane e di un Piano aziendale di valutazione che ne rappresenta la sintesi strategica e metodologica.

6.1 La Performance organizzativa

La programmazione degli obiettivi di performance organizzativa si sviluppa su una prospettiva temporale variabile, anche pluriennale, coerente con la programmazione strategica triennale. La declinazione annuale si fonda poi su una serie di input, primo fra tutti il documento di programmazione regionale per l'esercizio in corso (Regole di Sistema), che entrano nel ciclo di programmazione e controllo.



6.2 *Il ciclo della Performance*

Secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1 e dall'art. 10, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

Nell'ASST PINI-CTO, il sistema di budgeting è attivo da molti anni e ha concentrato la sua attività su obiettivi sia di tipo economico/finanziario, sia di tipo quali-quantitativo definiti di anno in anno dalla Direzione con riferimento a progetti strategici da portare a compimento nei singoli periodi.

Nel corso degli anni, si è posta grande attenzione allo sviluppo ulteriore del processo di formazione del budget, ridefinendo i confini di responsabilità dei vari attori, armonizzando il sistema con il processo di corresponsione della retribuzione di risultato ai dirigenti ed al personale del comparto.

Particolare attenzione è stata posta a:

- responsabilizzazione diretta dei singoli Dirigenti sugli obiettivi definiti a livello di Unità Complessa, con un meccanismo di definizione degli obiettivi basato sull'effettivo coinvolgimento delle persone nel raggiungimento degli stessi;
- semplificazione della modalità di distribuzione delle risorse legate al risultato, con una piena attuazione del Ciclo delle performance indicato dalla Regione Lombardia e la definizione di una diretta relazione proporzionale tra obiettivi conseguiti (dalla Struttura e dai singoli Dirigenti e dal personale del comparto coinvolto) e le risorse effettivamente distribuite.

A seguito delle esperienze di gestione completa del ciclo della Performance secondo le modalità sopra elencate, sono in corso le attività di messa a punto ed aggiornamento del processo, al fine di renderlo sempre più affidabile ed efficiente.

Annualmente viene attivato il processo di budget che declina, all'interno delle diverse Unità Operative, gli obiettivi relativi alla programmazione gestionale in coerenza con gli obiettivi strategici.

In particolare, gli obiettivi annuali devono essere:

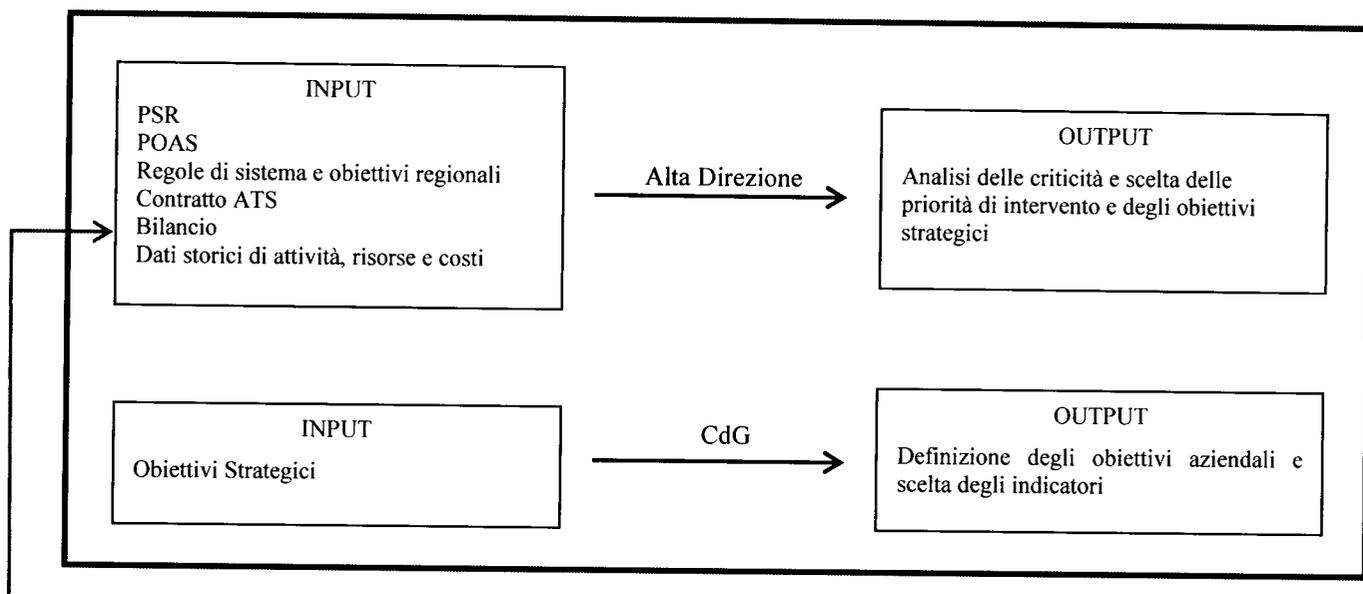
- coerenti con il bilancio, a salvaguardia dell'equilibrio economico-finanziario;
- Rilevanti e coerenti rispetto alle priorità e alle strategie della Direzione;
- Tesi al miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- Riferibili all'arco temporale annuale;
- Correlati alle risorse disponibili;



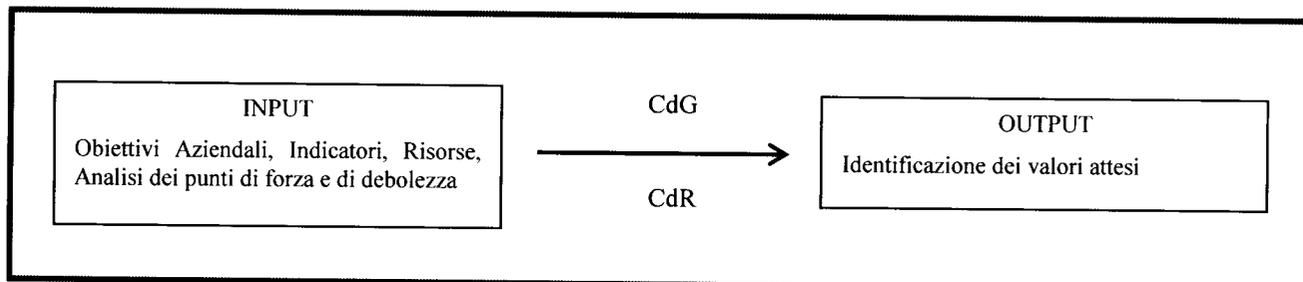
- Misurabili tramite indicatori comparabili a standard definiti;
- Monitorati periodicamente;
- Noti e accessibili in ogni fase del ciclo di gestione delle performance.



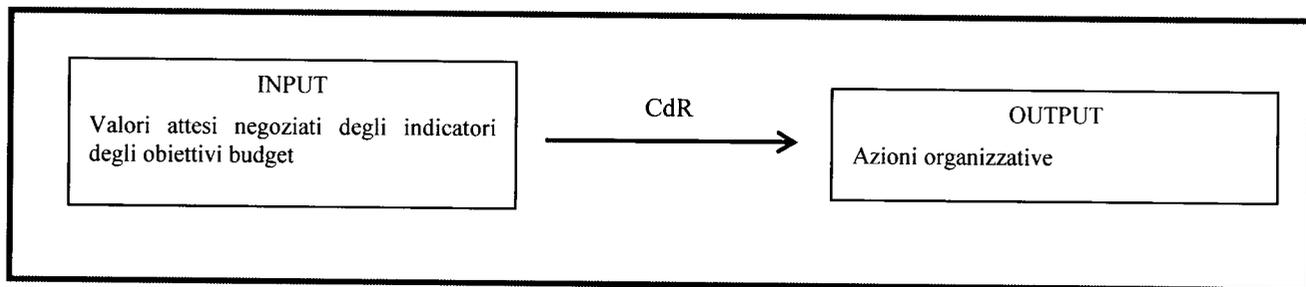
PROGRAMMAZIONE DEGLI OBIETTIVI ANNUALI



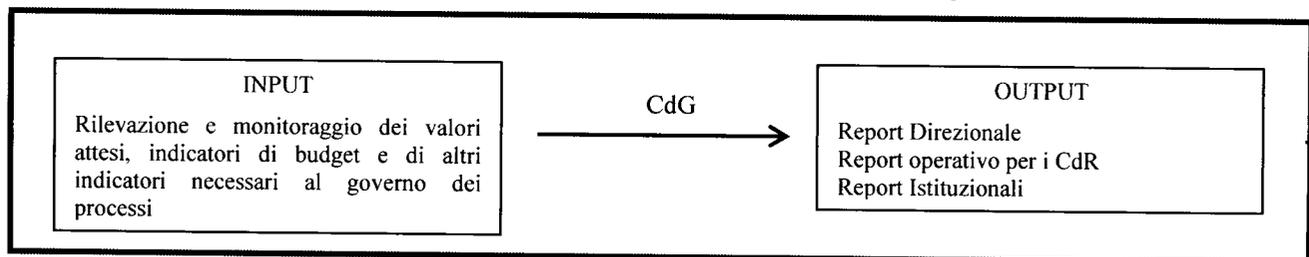
BUDGET



GESTIONE



REPORTING E MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE





Nello specifico si evidenzia come, nei dati di input per la programmazione, particolare rilievo assumono i valori di Bilancio e tra questi l'attività di ricovero e ambulatoriale erogata a favore di pazienti lombardi. Tali attività sono messe a contratto con la ASL di Milano (ora ATS) e sono tradotti annualmente in valori che rappresentano un tetto di produzione oltre il quale non verrà riconosciuto il finanziamento nell'ambito del SSR. Da tali elementi discendono, a cascata, gli obiettivi relativi alla "risposta alla domanda di assistenza".

Le schede obiettivo delle strutture di diagnosi e cura si articolano in tre macroaree:

- Risposta alla domanda di assistenza
- Appropriatelyzza e qualità
- Performance aziendale

In particolare la macroarea "Risposta alla domanda di assistenza" si articola ulteriormente nei seguenti indicatori comuni a tutte le Strutture:

- Valore Ricoveri ordinari
- Valore Ricoveri in regime diurno
- Valore Prestazioni ambulatoriali
- Costi diretti
- Indicatori di efficienza

L'insieme degli obiettivi è orientato a migliorare l'allocazione delle risorse fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze. Il valore atteso degli indicatori sarà quindi definito in relazione a risorse e attività di ogni singola struttura.

Le schede obiettivo delle Strutture amministrative e di staff alla Direzione Generale e delle Strutture di supporto sanitario si distinguono altresì in due macroaree:

- Efficienza dei processi e qualità
- Performance aziendale.

La verifica infrannuale degli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi viene effettuata con cadenza mensile per quanto riguarda gli obiettivi dell'area sanitaria. Le singole strutture hanno accesso al Portale Aziendale del Controllo di Gestione (SpagoBI) per il monitoraggio costante dei valori di produzione e della spesa protesica, che rappresenta una rilevante voce di costo di diretto controllo da parte dei responsabili dei reparti di degenza.



Particolare importanza assume la verifica trimestrale dei dati finalizzati alla compilazione del Conto Economico Trimestrale (CET) e del flusso di Contabilità Analitica (COAN).

Per quanto attiene gli obiettivi di qualità, la periodicità è legata al tipo di obiettivo individuato e ai relativi indicatori.

Al termine dell'esercizio, le schede obiettivo e le schede di budget, predisposte e sottoscritte in sede di negoziazione dai Responsabili di Struttura sanitaria e amministrativa, sono oggetto di valutazione ai fini della Valutazione della Performance Organizzativa.

6.3 La Performance individuale

Ogni articolazione aziendale è destinataria di schede in cui sono descritti analiticamente gli obiettivi da conseguire nell'anno oggetto di monitoraggio da parte della stessa con la cronologia (il "cronoprogramma"), obiettivo per obiettivo, indicante i tempi di valutazione dello stato di avanzamento del conseguimento. Le schede impegnano personalmente i Dirigenti, che infatti le sottoscrivono, ed il personale attribuito all'articolazione che parimenti è impegnato nel raggiungimento degli obiettivi di struttura, ognuno secondo la propria competenza professionale.

La diffusione di un'informazione completa e condivisa degli obiettivi esplicitati nelle singole schede è un elemento fondamentale della Direzione Strategica. A tal fine si rende necessario garantire, da parte dei Responsabili di ogni Struttura, un'attività di coinvolgimento degli operatori interessati.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione integrativa decentrata. Con trattativa aziendale, quindi, vengono fissati i criteri di valutazione della performance individuale, che si realizza attraverso l'attiva partecipazione del personale oggetto di accurata verifica mediante la fissazione di criteri e indicatori che tengono conto delle singole prestazioni, sia nel contesto degli obiettivi affidati alle strutture di appartenenza, in materia di efficienza, efficacia ed economicità dei servizi, che in relazione alla prestazione resa personalmente (performance individuale). L'obiettivo prioritario è la definizione e l'utilizzo dei sistemi premianti per motivare gli operatori, studiare percorsi di sviluppo professionale e formativo, riconoscere ruoli e responsabilità, ottimizzare gli aspetti organizzativi in coerenza con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico.



7 LA FORMAZIONE

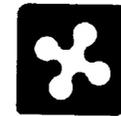
Nel rispetto del principio che la qualità dei servizi erogati e l'efficienza del sistema aziendale si perseguono anche attraverso una politica di valorizzazione e sviluppo delle risorse umane, la formazione e lo sviluppo professionale continuo sono un elemento significativo che la ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO intende potenziare. Nella tabella seguente si riportano i principali dati relativi alla formazione svolta nell'ex A.O. G. Pini nell'anno 2015:

Area riferimento	Corsi erogati
Amministrativa	11
Sanitaria	29
Sicurezza	6
Empowerment	5
Totale	51

Tipologia di corso	Partecipanti
Residenziale	290
Sicurezza	134
Individuale	41
Totale	465

Erogate 337 ore di eventi ECM

Erogate 448,6 crediti ECM



8 LA COMUNICAZIONE

8.1 *La comunicazione esterna*

Attraverso il proprio sito web, l'ASST Centro specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO pone all'attenzione degli stakeholder esterni le news ed i servizi offerti. Il sito verrà ulteriormente potenziato ed arricchito in funzione delle nuove attività e specializzazioni che l'Azienda sarà in grado di proporre a seguito dell'accorpamento del presidio CTO. Altro canale di comunicazione è la fan page Facebook, la cui sperimentazione è partita nel 2015. L'obiettivo per il 2016 è aumentare il traffico su Facebook, che rappresenta un luogo nel quale gli utenti non mancano di porre domande e che, proprio per questo, consente di ottenere in maniera diretta numerose informazioni sui bisogni reali dei cittadini in materia di salute. Il social media costituisce dunque un importante canale di comunicazione, del tutto gratuito, attraverso il quale poter raccogliere dai cittadini richieste e bisogni per restituire loro, con un linguaggio agile e di immediata comprensione, risposte e informazioni di servizio ed istituzionali.

Da gennaio 2015 per la promozione delle attività dell'Azienda è stato avviato il programma "l'esperto risponde". Ogni mese un professionista esperto in una specifica disciplina specialistica risponde ai cittadini attraverso un indirizzo mail dedicato. La proposta ha avuto un riscontro più che positivo da parte dei cittadini i quali hanno grandemente approfittato dell'opportunità offerta. La campagna, dato il successo, proseguirà anche nel 2016, anno in cui l'Azienda amplierà la propria offerta di salute integrando il CTO (Centro Ortopedico Traumatologico).

8.2 *La comunicazione interna*

Oltre ai canali istituzionali, quali gli incontri sindacali, il Collegio di Direzione, il Consiglio dei Sanitari e gli incontri tra la Direzione ed i Responsabili delle Strutture Sanitarie e Amministrative ed i loro collaboratori, l'Azienda utilizza vari strumenti per la comunicazione interna. Intanto intende potenziare ulteriormente l'Intranet aziendale, in particolare al fine di ottenere un'interfaccia intuitiva, agile e moderna che faciliti la diffusione e lo scambio di informazioni tra tutti i dipendenti nell'ambito di un processo di dematerializzazione già avviato.

Questa attività coniugherà la comunicazione interna con le competenze web di ultima generazione e contemplerà, dal mese di gennaio 2016, anche un'attività di formazione che permetterà al personale individuato di apprendere le modalità di gestione della nuova piattaforma al fine di poter mantenere aggiornate le aree Intranet di propria competenza.



9 IL RAPPORTO TRA L'ASST E IL MONDO DEL VOLONTARIATO: LE ONLUS E LE ASSOCIAZIONI

La peculiare tipologia di offerta dell'ASST PINI-CTO, in settori ad alta specializzazione e con patologie rare, croniche e di particolare impatto sociale, favorisce la presenza in Azienda di numerose associazioni di volontariato a tutela di specifici interessi ed impegnate nel dare aiuto e sostegno ai pazienti e ai loro familiari in situazioni di particolare disagio.

Alle associazioni di volontariato l'Azienda garantisce momenti di ascolto e dialogo attraverso l'URP e ne favorisce l'azione anche mediante la concessione di appositi spazi fisici all'interno dei propri presidi.

Tutte le Associazioni concorrono a far crescere attorno alla realtà ospedaliera uno spirito di solidarietà partecipata e di accresciuta responsabilità sociale che vede al centro dell'attenzione l'utente dei servizi o la persona malata e l'ascolto dei suoi bisogni di cittadino.

Le Associazioni di volontariato possono operare nella realtà ospedaliera attraverso le seguenti prevalenti modalità:

- attività diretta sul paziente nelle strutture di degenza e ambulatoriali, volte a realizzare le finalità assistenziali dell'associazione a fianco del personale di assistenza sanitaria;
- attività di informazione/formazione/orientamento a disposizione degli utenti presso sedi ospedaliere e ambulatoriali;
- attività di fund raising, donazioni, finanziamenti per attività di assistenza, cura, ricerca a favore dell'Azienda o di specifiche categorie di pazienti.

Il rapporto tra ASST e le associazioni di volontariato è regolato da specifiche convenzioni che prevedono, tra l'altro, la verifica dell'iscrizione al registro generale regionale del volontariato ai sensi dell'art. 5 della LR n° 1 del 14 febbraio 2008.



10 LA TRASPARENZA E LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Le disposizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) e del Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità (P.T.T.I.) elaborati ai sensi della Legge 6 novembre 2012 n. 190 e del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33, sono coordinati con gli obiettivi programmati per la valutazione della performance.

Secondo le indicazioni di cui alle Delibere Civit n. 6/2013, n. 50/2013 e alle Linee Guida contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione approvato con la Delibera Civit n. 72/2013, l'Amministrazione procede alla costruzione di un ciclo della performance integrato che comprenda anche gli ambiti relativi:

- alla trasparenza ed alla integrità
- al piano di misure in tema di prevenzione e contrasto alla corruzione.

Allo scopo di dare puntuale attuazione alla normativa anticorruzione e di valorizzazione della trasparenza, anche ai sensi dell'art. 10, comma 3 del D.Lgs. n. 33/2013, dunque, il Piano della Performance necessariamente contempla quali obiettivi strategici trasversali a tutte le Unità Operative aziendali e a tutti i Dirigenti "la prevenzione della corruzione" nonché la "promozione di maggiori livelli di trasparenza". Essi dovranno poi tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali aventi ad oggetto l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione declinate nel P.T.P.C. e l'assolvimento degli specifici obblighi di pubblicazione come posti in capo alle singole strutture dal P.T.T.I.. La valutazione della performance dei Dirigenti dovrà conseguentemente essere parametrata anche sul grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla dirigenza in materia di prevenzione della corruzione e di ottemperanza agli obblighi di trasparenza.



11 L'INTEGRAZIONE CON IL PIMO

Nelle regole di sistema per l'anno 2016 viene ribadita la necessità dell'integrazione tra il Piano della Performance (PP) e il Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO).

Per PIMO si intende un documento redatto dalla organizzazione sanitaria applicando una metodologia dettagliata, preventivamente formulata, che individua i bisogni, elenca le strategie atte a soddisfare quei bisogni e stabilisce obiettivi intermedi ed a lungo termine. Si suddivide in una componente strategica di lungo periodo ed in una parte operativa-tattica di breve periodo. Esso costituisce il riferimento unitario ed integrato per la gestione aziendale dei cambiamenti organizzativi, disegnato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo; è orientato ad evidenziare i risultati ottenuti dalla struttura, in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, raggiunti anche mediante una appropriata gestione economico-finanziaria.

Il PP ed il PIMO, pur nelle loro differenze, convergono nell'intento di tradurre le strategie aziendali in obiettivi operativi specifici (elementi in uscita o output) temporalmente connotati, individuando responsabilità, target ed indicatori per la misurazione della performance. Per realizzare questa integrazione occorre che siano disponibili alcuni importanti elementi in ingresso che possono essere sia di origine interna – quali l'assegnazione dei budget annuali, il consuntivo dei dati di attività e il Bilancio Preventivo, sia di origine esterna – quali i nuovi Obiettivi Aziendali di Interesse Regionale e il Contratto di esercizio stipulato con la ATS. Tali elementi pervengono alle ASST con tempistiche non sempre confacenti ad una pianificazione sistematica ed ordinata degli obiettivi ad inizio anno e coincidente anche con i tempi previsti dalla normativa sulla Trasparenza per il Piano della Performance o per il Risk Management; queste ragioni rendono necessarie ed opportune, per il PP ed il PIMO, successive integrazioni e revisioni. Ciò peraltro rende il documento uno strumento maggiormente flessibile e dinamico in alcune sue parti che necessitano di consolidarsi nel tempo.

Il primo elemento programmatico che si rende solitamente disponibile entro la fine dell'anno precedente e che quindi consente la prima progettualità aziendale è rappresentato dalle determinazioni regionali per l'esercizio successivo o "Regole di Sistema". Di seguito vengono esposti gli obiettivi strategici della ASST nel periodo interessato dal presente Piano.



12 IL QUADRO DI SISTEMA

L'ASST sarà impegnata, nel periodo interessato dal presente Piano, a dare piena attuazione al nuovo modello evolutivo delineato dalla legge regionale n. 23/2015 e dagli atti conseguenti.

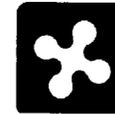
Prosegue il percorso di miglioramento della capacità negoziale/contrattuale, di analisi della spesa e di monitoraggio della stessa con il fine di adottare misure di razionalizzazione della spesa e di miglioramento dell'efficienza con particolare riguardo a beni e servizi e nello specifico a farmaci e dispositivi.

Beni e servizi: è prevista una riduzione media di sistema dell'1,8% per la spesa di beni e servizi per classe omogenea di spesa: dispositivi medici con repertorio, farmaci ospedalieri, altri beni sanitari, Beni e Servizi non sanitari e servizi sanitari da terzi (escluse le consulenze e collaborazioni che ricadono nella spesa per il Personale). La sommatoria degli obiettivi delle singole classi costituirà l'obiettivo di riduzione della spesa per beni e servizi assegnato al Direttore Generale nell'ambito del più generale obiettivo di mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario. Viene confermato il ruolo centrale per gli acquisti di ARCA SpA e CONSIP SpA quali enti di esclusivo riferimento nell'ambito delle categorie merceologiche individuate dai decreti ministeriali.

Contratti: sono confermati i principi di razionalizzazione della spesa previsti dal D.Lgs. n. 78/2015, convertito nella legge n. 125/2015, c.d. "Spending Review", inerente la rinegoziazione dei contratti per beni e servizi, al fine di garantire l'abbattimento del 5% su base annua del valore complessivo dei contratti in essere. Per i dispositivi medici, posto il tetto nazionale su tali beni, la rinegoziazione dovrà ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto senza che ciò comporti modifica della durata del contratto.

File F: incremento massimo di spesa dell'8%, come tetto di sistema regionale.

Bilancio: una specifica circolare regionale definirà i tempi e la modalità di invio per l'approvazione da parte della Giunta Regionale. Nei decreti di assegnazione saranno esplicitati i valori per le varie tipologie di spesa che rappresenteranno un vincolo gestionale oggetto di puntuale monitoraggio. Verranno inoltre predisposti nuovi modelli di Bilancio 2016 con l'istituzione di sezionali specifici (NITER, Intercompany, attività libero-professionale, contributi e spese vincolate) e l'introduzione dei bilanci per singolo presidio ospedaliero. Nello specifico, per l'attività libero-professionale, di particolare



rilevanza presso l'ASST, viene richiesta l'attribuzione non solo dei ricavi e dei costi diretti, ma anche dei costi indiretti e generali attribuibili pro-quota all'attività stessa.

Certificazioni trimestrali: obiettivo aziendale è il pieno rispetto dei tempi di invio dei flussi economici e dei valori appostati a bilancio preventivo. Non saranno consentiti travasi di risorse tra varie voci, salvo apposito Decreto della DGW-Presidenza.

Controllo di Gestione: una specifica circolare definirà i tempi per l'invio della CoAn, nuove regole di quadratura CoAn/CoGe e nuove linee guida sul controllo di gestione, che dovrà attrezzarsi per eventuali nuovi flussi richiesti da Regione Lombardia per rispondere a specifiche esigenze informative ai fini dell'applicazione della l.r. 23/2015.

Piano Attuativo Certificabilità Bilanci (PAC): applicazione del piano. Uno specifico successivo provvedimento regionale darà indicazioni sugli ulteriori sviluppi.

Gestione Finanziaria: garantire modalità e tempi di pagamento in linea con le regole regionali rappresenta un obiettivo Aziendale. Ulteriore obiettivo è la riduzione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti dei fornitori, anche grazie alla fatturazione elettronica.

Fatturazione elettronica: dopo la messa a regime e la conseguente riorganizzazione delle attività legate al ciclo della fattura, l'obiettivo è quello di far fronte alle criticità derivanti dall'accorpamento del presidio CTO, che comporterà un aggravio in termini di carico di lavoro per le strutture interessate.

Conto Giudiziale: permane l'obbligo di invio alla sezione di competenza della Corte dei Conti dei conti giudiziali; l'ASST provvederà ad effettuare una ricognizione degli agenti contabili in funzione del nuovo assetto.



13 L'ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE 23/2015

L'ASST si organizzerà per dare attuazione a tutte le disposizioni tecnico-normative e a tutti i passaggi procedurali di natura amministrativa e contabile per la corretta strutturazione delle attività della nuova Azienda, garantendo la gestione dei servizi senza soluzione di continuità e senza diminuzione del livello quali-quantitativo degli stessi. Tali riorganizzazioni interesseranno principalmente:

- **l'area contabile**, impegnata in tutti gli adempimenti di natura fiscale e informativa, nei flussi finanziari e nei bilanci;
- **l'area risorse umane**, per la corretta allocazione del personale nei nuovi assetti e la conseguente redazione del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), secondo tempistiche indicate da Regione Lombardia;
- **l'area contratti**, per la verifica e l'adattamento alle nuove esigenze aziendali;
- **l'area dei sistemi informativi**, per tutte le criticità derivanti dall'integrazione tecnica tra software diversi, almeno per la fase transitoria, per garantire la corretta alimentazione di tutti i flussi informativi a livello regionale e rispettare le varie fasi previste dai piani di attuazione regionale per la razionalizzazione e la semplificazione dell'architettura dei Sistemi Informativi aziendali.



14 LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Area	Obiettivo	Tipo di indicatore	Descrizione indicatori	Razionale	FONTE DATI PERIODICITA' STANDARD PRIORITA' DELLA RILEVAZIONE			
EFFICACIA-ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	Garantire trattamenti coerenti con le condizioni cliniche dei pazienti: tempi di attesa in PS consoni alle classi di priorità	processo	N. casi con codice giallo visitati entro 20 minuti/ N. casi codice giallo accettati	Il trattamento del paziente deve avvenire entro tempi che dipendono dalle condizioni cliniche del paziente	Flusso 6 SAN-Portale di Governo	trimestrale	>90%	Alta
EFFICACIA-ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	Garantire trattamenti coerenti con le condizioni cliniche dei pazienti: tempi di attesa in PS consoni alle classi di priorità	processo	N. casi con codice priorità/ N. casi codice .accettati	In coerenza con il Piano Nazionale delle liste d'attesa, sono stati individuati da Regione Lombardia, specifici criteri di priorità per garantire l'accesso alle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di ricovero entro tempi di attesa adeguati alle necessità cliniche del cittadino utente del servizio sanitario.	Monitoraggio interno tempi di attesa	trimestrale	>90%	Alta
EFFICACIA-ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	Garantire tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali entro lo standard atteso	processo	Percentuale di prestazioni erogate entro i tempi stabiliti/N. totali di prestazioni erogate	Il trattamento del paziente deve avvenire entro tempi che dipendono dalle condizioni cliniche del paziente	28 san	trimestrale	<95%	alta
EFFICACIA-APPROPRIATEZZA DEI PROCESSI ASSISTENZIALI	Ridurre le dimissioni volontarie	esito	N. pazienti dimessi con codifica 2/ N, pazienti dimessi	Le dimissioni volontarie sono elemento di insoddisfazione dell'utente	Portale di Governo indicatore I1	trimestrale		Alta
EFFICACIA-APPROPRIATEZZA DEI PROCESSI ASSISTENZIALI	Ridurre ulcere da pressione	esito	N. pazienti con ulcera da pressione/ N, pazienti ricoverati	Una buona assistenza deve limitare la comparsa di ulcere da pressione	DMP	trimestrale	< 5%	Alta
EFFICACIA-APPROPRIATEZZA DEI PROCESSI ASSISTENZIALI	Appropriatezza codifica casi complicati	esito			NIC-Portale Governo I10	trimestrale	Valore Regionale	Alta
EFFICACIA-APPROPRIATEZZA DEI PROCESSI ASSISTENZIALI	Ridurre selezione della casistica	esito			NIC-Portale Governo I11	trimestrale	Valore Regionale	Alta



Area	Obiettivo	Tipo di indicatore	Descrizione Indicatori	Razionale	FONTE DATI PERIODICITA' STANDARD PRIORITA' DELLA RILEVAZIONE		
EFFICACIA- APPROPRIATEZZA DEI PROCESSI ASSISTENZIALI	Raggiungere standard previsti dalla checklist di autovalutazione	standard esito	N. standard raggiunti/ standard valutati	N. Raggiungere gli standard attesi è indice di qualità	Autovalutazioni	semestrale 95%	Alta
EFFICACIA- APPROPRIATEZZA DEI PROCESSI ASSISTENZIALI- controllo dolore	Garantire appropriata gestione del dolore	processo	N. CC campionate e controllate con rilevazione del dolore/ N. CC campionate e controllate	Tutti i pazienti devono essere screenati per la comparsa del dolore	Monitoraggio interno	semestrale	Alta
EFFICACIA- APPROPRIATEZZA DEI PROCESSI ASSISTENZIALI- rischio clinico	Gestione sepsi	processo	N. pz accettati e valutati MEWS/ N. pz accettati	La diagnosi di sepsi grave e shock settico è spesso sottostimata	Monitoraggio interno	semestrale	Alta
EFFICACIA- APPROPRIATEZZA DEI PROCESSI ASSISTENZIALI- rischio clinico	Gestione sepsi	processo	N. pz accettati e valutati MEWS/ N. pz accettati	La diagnosi di sepsi grave e shock settico è spesso sottostimata	Monitoraggio interno	semestrale	Alta
EFFICACIA- prevenzione	Ridurre ISC	processo	N. pazienti che ricevono antibiotico/profilassi come da I.G/ N. pazienti operati	Una corretta somministrazione della antibiotica riduce le ISC	Monitoraggio interno	trimestrale	Alta
EFFICACIA- prevenzione	Ridurre ICA	processo	N. audit lavaggio mani espletati/ N. audit programmati	La corretta igiene delle mani riduce le ICA	Monitoraggio interno	semestrale	Alta
EFFICACIA-esiti- prevenzione	Ridurre ICA	processo	Compliance complessiva lavaggio mani	La corretta igiene delle mani riduce le ICA	Monitoraggio interno	semestrale	Alta
EFFICACIA-esiti- prevenzione	Ridurre ICA	processo	Compliance framework OMS	La corretta igiene delle mani riduce le ICA	Monitoraggio interno	semestrale	Alta
EFFICACIA- prevenzione	Trattamento appropriato del paziente infetto da microrganismi resistenti ai carbapenemici	processo	Compliance indicazioni isolamento	La gestione corretta del paziente infetto	Monitoraggio interno	semestrale	Alta

Area		Obiettivo	Tipo di indicatore	Descrizione Indicatori	Razionale	FONTE DATI PERIODICITA' STANDARD PRIORITA' DELLA RILEVAZIONE		
EFFICACIA- appropriatezza percorsi assistenziali	Appropriatezza ricoveri	dei esito	Tasso Ricoveri Ordinari di 2 o più GG per DRG Alto Rischio Inappropriatezza	Il rispetto degli standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	NIC-Portale Governo I10	trimestrale	Valore Regionale	Alta
EFFICACIA-esiti- RIAMMISSIONI	Ridurre i ricoveri ripetuti	ricoveri esito	% di ricoveri ripetuti > = 2 gg per la stessa MDC ed all'interno della stessa Struttura	Il rispetto degli standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	NIC-Portale di governo I4	trimestrale	Valore Regionale	Alta



15 L'ANALISI E LA MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE

Secondo le indicazioni emergenti sia da Civit che dalla Regione Lombardia (dossier OIV- Regole 2014) risulta evidente un chiaro riferimento a favore di un atteggiamento di massima coerenza ed integrazione tra i Piani, le Politiche o comunque la documentazione aziendale di indirizzo strategico. In particolare è richiesto alle Aziende uno sforzo nell'identificazione di misure di performance metodologicamente commensurabili, di tipo complementare e che possano fornire un quadro d'insieme coerente sia ai fini del benchmarking che della comunicazione al cittadino.

Elemento fondamentale per realizzare l'integrazione auspicata tra le strategie di sviluppo e governo della salute e la mission aziendale e tradurla in progetti operativi i cui output ed outcome siano visibili, misurabili e comunicabili ai cittadini, è la capacità del management di schedare questa attività attraverso strumenti di progettazione e programmazione che traducano e declinino gli obiettivi e le attività conseguenti a tutti i livelli dell'organizzazione, sino a quello individuale.

Secondo le linee guida dell'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV), sono definiti almeno tre livelli basilari nella attribuzione delle dimensioni e delle aree di performance: quello strategico, quello della programmazione dei progetti e quello di programmazione gestionale, che possono essere descritti e quindi misurati, secondo le loro specifiche dimensioni .

Le dimensioni del **livello strategico**, che rappresentano le aree di valutazione della programmazione sanitaria, sono:

- *Economicità*. Rappresenta la capacità dell'Azienda di razionalizzare la spesa con conseguente contenimento dei costi garantendo l'equilibrio economico finanziario e mantenendo elevati standard di qualità dei servizi erogati;
- *Efficacia esterna* (impatto sui bisogni). Rappresenta la capacità dell'Azienda di rispondere in modo appropriato, coordinato e tempestivo ai bisogni di salute della popolazione;
- *Efficacia organizzativa*. Rappresenta la capacità dell'azienda di promuovere il benessere organizzativo anche attraverso l'attenzione ai percorsi formativi e all'aggiornamento e manutenzione della tecnologia disponibile;
- *Efficacia interna*. Rappresenta la capacità dell'azienda di raggiungere complessivamente gli obiettivi gestionali definiti in sede di programmazione annuale.

Le dimensioni del **livello programmazione** sono invece direttamente legate allo stato di avanzamento dei singoli progetti e la loro misurazione riguarda la valutazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto di:



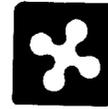
- *fasi e dei tempi* previsti,
- *standard* qualitativi e quantitativi definiti,
- livello previsto di *assorbimento delle risorse*.

Infine, le dimensioni del **livello gestionale**, assimilabili in tutto alle aree chiave del miglioramento della qualità e definibili anche come aree di performance, possono essere ben schematizzate come segue:

- *Efficienza*. Rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni;
- *Qualità dei processi organizzativi*. Rappresenta la capacità dell'Azienda di gestire correttamente i processi sanitari e di supporto, secondo standard qualitativi riconosciuti e condivisi con particolare riferimento agli Standard del Manuale di R.L., compresa la corretta gestione della documentazione sanitaria;
- *Efficacia*. Rappresenta la capacità dell'Azienda di erogare prestazioni che rispondano a criteri di risultato e qualità dell'esito condivisi;
- *Appropriatezza e sicurezza dell'assistenza*. L'appropriatezza rappresenta la capacità dell'Azienda di erogare ogni prestazione nel giusto setting assistenziale garantendo la sicurezza del cittadino e la prevenzione e gestione del rischio clinico;
- *Accessibilità e soddisfazione dell'utenza*. Rappresenta la capacità dell'Azienda di rendere equo e tempestivo l'accesso alle prestazioni e ai servizi da parte degli utenti; la soddisfazione dell'utenza esprime il rapporto tra l'organizzazione e l'assistito, ponendo il focus della misurazione sulla qualità percepita dal paziente al quale viene erogata una prestazione.

Sulla base di quest'ultimo livello di aggregazione, una organizzazione orientata alla qualità ed alla sicurezza dei pazienti e dei professionisti ed al miglioramento continuo della propria performance non può prescindere dall'implementare un sistema di misura e di monitoraggio che le fornisca i dati per una valutazione costante e non autoreferenziale dei propri processi e delle proprie attività.

L'ASST PINI-CTO, tenendo conto della proposta di indicatori di cui all'allegato A del dossier di sintesi OIV Regione Lombardia, dicembre 2013, degli Indicatori di outcome rilevati da Regione Lombardia e presentati attraverso il Portale per la Valutazione delle Performance e da quelli presentati dall'AGENAS all'interno del PNE, nonché dell'esempio di composizione del "cruscotto aziendale" presentato nelle LLGG di Regione Lombardia, ha individuato un proprio pannello di indicatori direzionali che, definendo con chiarezza i flussi, le responsabilità i valori di riferimento e



gli obiettivi, consente periodicamente agli interessati di conoscere l'andamento degli indicatori di processo e di esito individuati e le azioni messe in campo per il miglioramento.

Tali indicatori costituiscono il cruscotto fondamentale, ma altre misure possono essere definite in relazione ad ulteriori nuovi obiettivi che di volta in volta vengono individuati ed assegnati secondo la metodologia e le modalità già descritte.



16 GLI INDICATORI

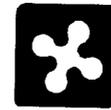
Per creare valore rispetto alle cure prestate è indispensabile applicare un metodo per definire il valore degli interventi sanitari eseguiti, intendendo con il termine valore il livello di benefici raggiunti a determinati costi. Poiché è imperativo il focus sul paziente i risultati devono considerare il miglioramento in termini di salute per il paziente (durata della sopravvivenza, stato di salute), la qualità della vita, il senso di benessere, la qualità della cura (tecnica) e non ultimo il rispetto della dignità della persona (aspetto compassionevole).

Il monitoraggio di tali risultati attesi può avvenire sia in maniera diretta che indiretta. L'ASST assume come riferimento di contesto le AREE CHIAVE DI MIGLIORAMENTO (AREE CHIAVE PER LA CREAZIONE DI VALORE) sintetizzate nella Figura n. 14.

OGGETTI	OBIETTIVI	CRITERI (LIVELLO MACRO)	CRITERI (LIVELLO MESO)	CRITERI (LIVELLO MICRO)
LA SALUTE	GARANTIRE I LIVELLI DI ASSISTENZA	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	DISPONIBILITA' SERVIZI
				FRUIBILITA' SERVIZI
			APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	LIVELLI DI UTILIZZAZIONE
				VOLUMI PROCEDURE ALTA SPECIALIZZAZIONE
				APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI
				CONTROLLO DEL DOLORE
				GESTIONE RISCHIO CLINICO
			APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DI FORMAZIONE
				COMPETENZE PER AREE CHIAVE
				SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI, DI LEADERSHIP E MANAGERIALI
			ESITI	COMPLICANZE
				RIAMMISSIONI
				OSPEDALIZZAZIONI EVITABILI
MORTALITA' PER PROCEDURE				
MORTALITA' PER PATOLOGIE PREVENZIONE				
LE RISORSE	GARANTIRE IL BUON USO DELLE RISORSE ECONOMICHE-FINANZIARIE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	EQUILIBRIO ECONOMICO AZIENDALE
				SPESA PER LIVELLI DI ASSISTENZA
			EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA USO REGIMI DI ASSISTENZA
				APPROPRIATEZZA USO RISORSE UMANE, STRUTTURALI, TECNOLOGICHE
				ADEGUATEZZA INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE, ICT.
				SODDISFAZIONE OPERATORI
I DIRITTI	GARANTIRE I DIRITTI ED IL COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/UTENTI	EMPOWERMENT	UMANIZZAZIONE	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITA' DELLA PERSONA
				ACCESSIBILITA' FISICA, VIVIBILITA' E COMFORT DELLA STRUTTURA
				ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA
			COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/UTENTI	CURA DELLA RELAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE TRA I PROFESSIONISTI E L' UTENTE/PAZIENTE
				PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI
				SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

Da AGENAS modificata

Figura 14: Aree chiave per la creazione di valore



Sono stati selezionati degli indicatori che andranno a misurare la qualità dell'assistenza erogata, relativamente alle aree/processi sottoposti a monitoraggio. Gli indicatori sono stati selezionati in base alla loro validità scientifica e con l'obiettivo di consentire di tenere sotto controllo aspetti ritenuti cruciali per l'organizzazione.

L'obiettivo è di sviluppare un vero e proprio piano di monitoraggio, allargando progressivamente, e in funzione delle disponibilità di risorse o degli obiettivi prefissati, il campo della misurazione, fino al raggiungimento di un numero soddisfacente di variabili sottoposte a controllo strutturato.

Gli indicatori selezionati tengono conto di alcune caratteristiche di affidabilità:

Metodologia	Utilità	Modalità di rilevazione
<ul style="list-style-type: none">- riproducibilità;- accuratezza;- sensibilità al cambiamento;- specificità per il fenomeno indagato.	<ul style="list-style-type: none">- pertinenza;- solidità scientifica;- semplicità;- confrontabilità;- condivisibilità;- inserimento in un modello decisionale, questo vuol dire che valori diversi dell'indicatore dovrebbero comportare azioni di miglioramento.	<ul style="list-style-type: none">- disponibilità e tempestività;- completezza dell'informazione;- rilevabilità del dato (manuale / informatizzato);- impatti organizzativi e costi.

Caratteristiche di affidabilità di un indicatore. Tratta da Morosini P, 2005- modificata.



Affinché un indicatore acquisisca contenuto informativo tale da indurre e/o consolidare il cambiamento, questo deve essere caratterizzato da un valore soglia, ossia un valore di riferimento, considerato accettabile, che possa orientare e giustificare l'intervento organizzativo (attraverso un piano di miglioramento) a seguito di scostamenti significativi eventualmente osservati. Lo standard può essere determinato da:

- letteratura scientifica internazionale;
- indicazioni di società scientifiche;
- altre strutture sanitarie, ritenute autorevoli e competenti ("benchmark");
- rilevazioni effettuate in periodi precedenti

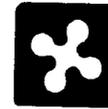
Per ogni indicatore è stata predisposta una scheda sintetica che comprende i seguenti elementi:

- l'indicazione della **tipologia**;
- l'**obiettivo**
- il **razionale**
- la **descrizione**;
- la **soglia/standard di riferimento**;
- la **fonte**
- la **periodicità di rilevazione**
- la **priorità**

Di seguito sono riportati gli indicatori direzionali individuati tenendo conto della proposta di indicatori di cui all'allegato A del dossier di sintesi OIV Regione Lombardia, dicembre 2013. L'ASST definisce con chiarezza i flussi, le responsabilità, i valori di riferimento e gli obiettivi per consentire periodicamente agli interessati di conoscere gli esiti delle azioni di miglioramento messe in campo. Tali indicatori si integrano con quelli identificati dal Piano Triennale Anticorruzione e dal PIMO.



AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	SOURCE DEL DATO	PERIODICITA' RIL.	RISORSE RIL.	OBBIETTIVO
Efficienza	Produzione effettiva/Produzione finanziabile	Bilancio Aziendale	trimestrale	Economico Finanziario	100%
	Costo farmaci/Produzione effettiva	Contabilità analitica	trimestrale	CdG	≤24%
	Costo dispositivi/Produzione effettiva	Contabilità analitica	trimestrale	CdG	≤17%
	Costo protesi/Produzione effettiva	Contabilità analitica	trimestrale	CdG	≤12%
	Produzione effettiva/FTE/Personale	Contabilità analitica	trimestrale	CdG	≥€. 10.000
AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	SOURCE DEL DATO	PERIODICITA' RIL.	RISORSE RIL.	OBBIETTIVO
Processi organizzativi	Media ore di assenza	Conto Annuale	trimestrale	Risorse Umane	≤ 5% della media storica
	Media ore di formazione per dipendente	Conto Annuale	trimestrale	Formazione	≤ 5% della media storica
	nr medici/nr ricoveri	FLUPER/SDO	trimestrale	Risorse Umane/CdG	≥ 5% della media storica
	nr infermieri/nr ricoveri	FLUPER/SDO	trimestrale	Risorse Umane/CdG	≥ 5% della media storica
	Indicatori SISS (nr. lettere dimissioni, nr referti PS, nr referti amb. firmati digitalmente/totale per categoria)	Cruscotto SISS	trimestrale	SIA	≥ media storica
AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	SOURCE DEL DATO	PERIODICITA' RIL.	RISORSE RIL.	OBBIETTIVO
Efficacia	ricoveri fuori ATS/ricoveri tot	SDO	trimestrale	CdG	Valore decreto regionale
	frattura collo femore 48h/tot fratture collo femore	SDO	annuale	CdG	≥60%
AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	SOURCE DEL DATO	PERIODICITA' RIL.	RISORSE RIL.	OBBIETTIVO
Appropriatezza e qualità	nr ritorni in SSOO/nr tot ricoveri	SDO	annuale	CdG	Valore medio regionale
	nr ricoveri ripetuti entro 30 gg/nr tot ricoveri	SDO	annuale	CdG	Valore medio regionale



AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	SOURCE DEL DATO	PERIODICITA' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO
Accessibilità e soddisfazione	tempi di attesa: prime visite entro 30 gg/ tot prime visite	dati CUP	annuale	CUP	≤ media storica
	customer satisfaction: nr giudizi 6+7/nr totale giudizi	dati URP	annuale	URP	≥ media storica
	reclami: tot reclami anno T-nr tot reclami anno T-1/ tot reclamo anno T-1	dati URP	annuale	URP	≤ media storica
AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	SOURCE DEL DATO	PERIODICITA' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO
Risk Management	nr cadute pazienti ricoverati con danno/gg di deg. ordinaria	Risk Management/CdG	annuale	Risk Management/CdG	≤ media storica
	tot richieste risarcimento/gg di deg.	AAGG/CdG	annuale	AAGG/CdG	≤ media storica