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

1.1 Finalità 4

1.2 Terminologia del Piano 7

2 L'ORGANIZZAZIONE 9

2.1 Presidio Ospedaliero Complesso Gaetano Pini 9

2.2 Presidio Ospedaliero Complesso CTO 10

2.3 Organigramma 11

2.4 Rapporti con l'Università 13

2.5 Articolazione territoriale 13

3 MISSION E VISION 14

4 L'AZIENDA IN NUMERI 18

4.1 Posti letto 18

4.2 Risorse Umane 19

4.3 Volumi di attività 21

4.4 Bilancio 22

5 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 28

5.1 Inquadramento generale 28

5.2 Il contesto territoriale e demografico ex ASL Milano 28

5.3 Il contesto economico sociale 30

5.4 Il contesto epidemiologico 32

5.4.1 Mortalità 32

5.4.2 Popolazione anziana (età ≥ 75 anni) e vulnerabile residente in ASL Milano 33

5.4.3 La Morbosità' prevalente per Patologie Croniche 34

5.4.4 Assistenza Ospedaliera per acuti in degenza ordinaria 35

5.5 I "Portatori di Interesse" (stakeholder) 36

6 LA PERFORMANCE 37

6.1 La Misurazione e la Valutazione della Performance 37

6.2 La Performance individuale 43

7 LA FORMAZIONE 45

8 LA COMUNICAZIONE 46

8.1 La comunicazione esterna 46

8.2 La comunicazione interna 46

9 IL RAPPORTO TRA L'ASST E IL MONDO DEL VOLONTARIATO: LE ONLUS E LE ASSOCIAZIONI 48

10 LA TRASPARENZA E LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 50

11 L'INTEGRAZIONE CON IL PRIMO 52

12 OBIETTIVI STRATEGICI 53

13 LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA 57

14 GLI INDICATORI 59

1 PREMESSA

1.1 Finalità

Il Piano della Performance della ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO rappresenta lo strumento di programmazione attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, vengono individuati gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori di risultato ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance individuale ed organizzativa.

E' un documento di programmazione pluriennale (2016-2018) che si focalizza principalmente sulle attività dell'anno corrente (2018) e risulta pertanto modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- Obiettivi definiti in sede regionale di programmazione sanitaria e socio-sanitaria;
- Modifiche al contesto di riferimento, tanto interno che esterno;
- Modifiche intervenute nelle modalità di organizzazione e di funzionamento della ASST.

Tale documento si colloca all'interno del ciclo di gestione della performance, che si articola nelle seguenti fasi:

- Definizione ed assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale;
- Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

In generale gli obiettivi principali del Piano della Performance sono:

- ✓ Individuare ed incorporare le attese degli stakeholders (utenti interni/esterni, ATS, Regione Lombardia, ecc…)
- ✓ Favorire un'effettiva accountability e trasparenza;

- ✓ Porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance attraverso l'introduzione di uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento a supporto dei processi decisionali.

La Direzione Strategica, in coerenza con il PSSR ed il proprio contesto di riferimento, affianca gli obiettivi strategici aziendali a quelli istituzionali (obiettivi di mandato). Le strategie sono, infine, declinate in piani e obiettivi operativi attraverso il processo di budget (livello operativo).

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.

Per l'anno 2018 l'ASST sarà impegnata nell'attuazione del Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), approvato con D.G.R. X/6886 del 17 luglio 2017 da Regione Lombardia, che consentirà di attuare la progressiva ridefinizione della "identità" del nuovo soggetto istituzionale, derivante dalla fusione della A.O. Istituto Ortopedico G. Pini e del presidio ospedaliero CTO, precedentemente afferente alla ex A.O. ICP, attraverso un vero e proprio processo di "reingegnerizzazione" della visione strategica. Continuerà l'impegnativa revisione dei processi organizzativi l'importante 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.

Altra area di particolare impegno per l'ASST sarà l'integrazione sociosanitaria e lo sviluppo del modello di presa in carico delle persone affette da patologie croniche. L'attivazione del Centro Servizi Presa in Carico (CeSPIC) rappresenta un primo passo verso l'attuazione del percorso tracciato da Regione Lombardia; l'attività di arruolamento dei soggetti cronici e/o fragili in quanto Ente Gestore per

patologie reumatologiche e parkinsonismi riguarderà soprattutto il primo semestre del 2018, fino all'entrata a regime del nuovo modello organizzativo/sanitario.

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";
- nel D. Lgs 97/2016 che modifica il T.U. in materia di trasparenza;
- nel D.P.R. 105/2016 di riordino delle funzioni del DFP in materia di misurazione e valutazione della Performance;
- nella Circolare DFP 14 luglio 2016 di chiarimento sulla nomina dei componenti OIV;
- nella DGR X/7600 del 20/12/2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2018".

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

1.2 Terminologia del Piano

Per favorire una migliore comprensione dei contenuti del presente Piano e per garantire la necessaria trasparenza a livello aziendale, si ritiene utile fornire una definizione di alcune delle principali terminologie specifiche riportate all'interno del Piano stesso.

Performance organizzativa: è il livello di performance ottenuto dall'ASST nel suo complesso, ovvero dalle singole Strutture Organizzative nelle quali essa si articola;

Performance individuale: è il livello di performance ottenuto dai singoli individui o microgruppi di individui;

Ciclo di gestione della performance: è il processo aziendale posto in essere per la definizione degli obiettivi attraverso cui si provvede alla misurazione, alla valutazione ed alla rendicontazione dei risultati perseguiti alla fine del ciclo;

Piano della performance: è l'insieme degli obiettivi strategici ed operativi su cui si fonda l'attività aziendale ed è approvato e revisionato annualmente dalla stessa ASST;

Misurazione della performance: è l'attività di analisi degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati ed i conseguenti risultati raggiunti, rapportati ad indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici, oppure riferiti a processi organizzativi e/o di qualità e/o soddisfazione dei bisogni della popolazione e degli utenti;

Valutazione della performance: è l'attività di valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance, anche rispetto alle aspettative generali ed al grado di soddisfacimento dei bisogni degli utenti;

Rendicontazione sulla performance: è la descrizione a cadenza periodica degli esiti dell'attività di misurazione e di valutazione della performance dell'ASST nel suo complesso o dei singoli gruppi o individui, ed indirizzata agli stakeholder esterni;

Sistema di valutazione e misurazione della performance: è l'insieme dei criteri che fissano le metodologie da utilizzarsi, le varie fasi ed il ruolo dei soggetti coinvolti nel processo di misurazione e di valutazione della performance;

Indicatore: è un elemento caratteristico del processo, è misurabile ed evidenzia significative informazioni sull'efficacia, sull'efficienza o sulla qualità dell'attività realizzata ovvero sul grado di raggiungimento del singolo obiettivo;

Benchmarking: è l'attività di confronto di dati e di informazioni, attraverso cui comprendere ed adottare presso la ASST le buone pratiche che si stanno sviluppando in altre organizzazioni similari;

Benchlearning: è il processo di apprendimento che scaturisce dai punti di forza e dalle aree di eccellenza di altre organizzazioni (buone pratiche), al fine di valutarne l'adattabilità alla propria organizzazione;

Stakeholder: è un gruppo qualificato di individui, che può essere influenzato direttamente od indirettamente dal raggiungimento degli obiettivi aziendali o, comunque, anche solamente dalla sua azione;

Outcome: è l'effetto prodotto ed il risultato finale dell'azione svolta dalla ASST, dal punto di vista del destinatario del servizio erogato o reso;

Accountability: è il necessario rendiconto dei risultati di un'azione amministrativa, tramite informazioni corrette date agli utenti e tale da permettere l'espressione di un oggettivo e valido giudizio.

2 L'ORGANIZZAZIONE

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 Fisioterapica 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.

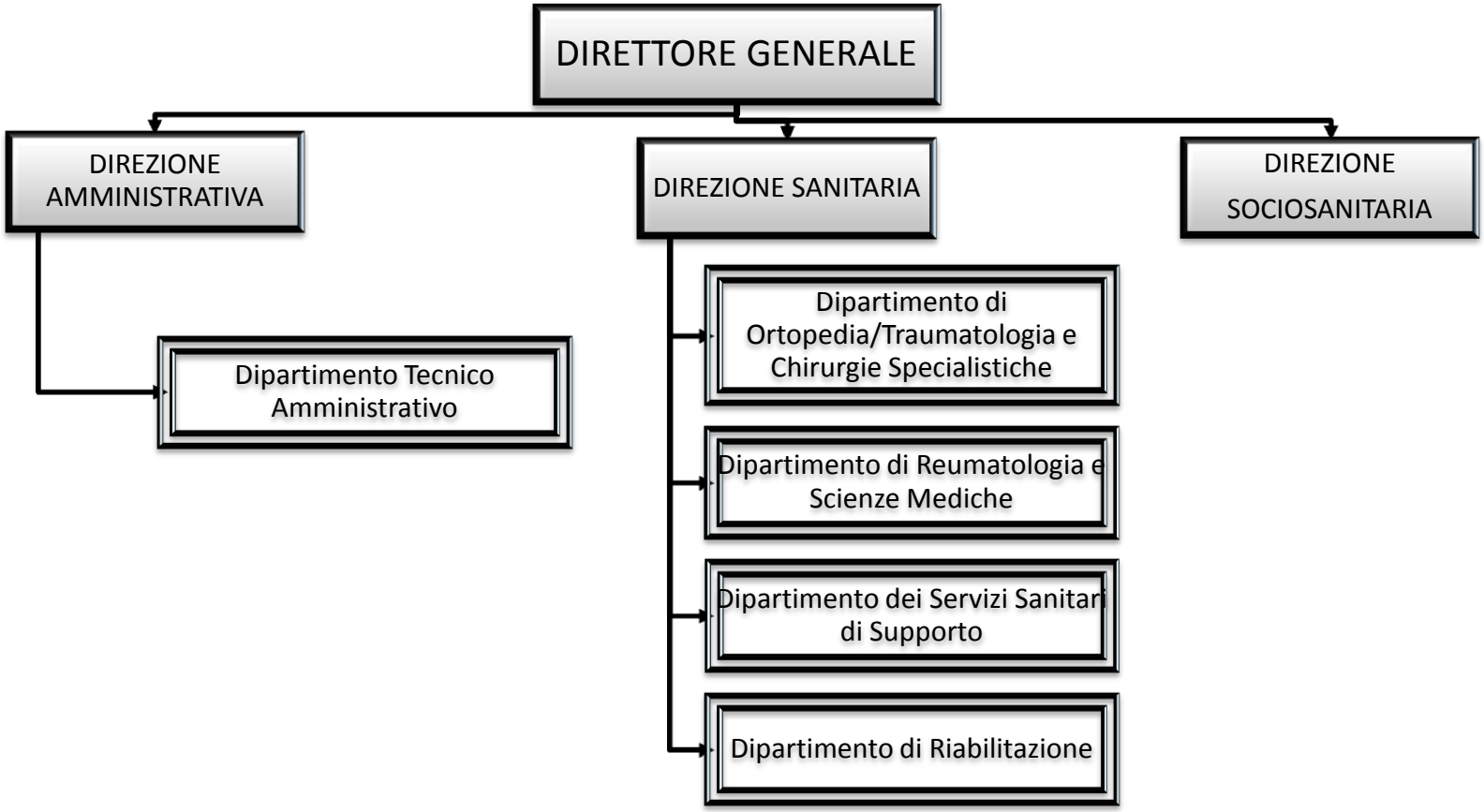
2.2 Presidio Ospedaliero Complesso CTO

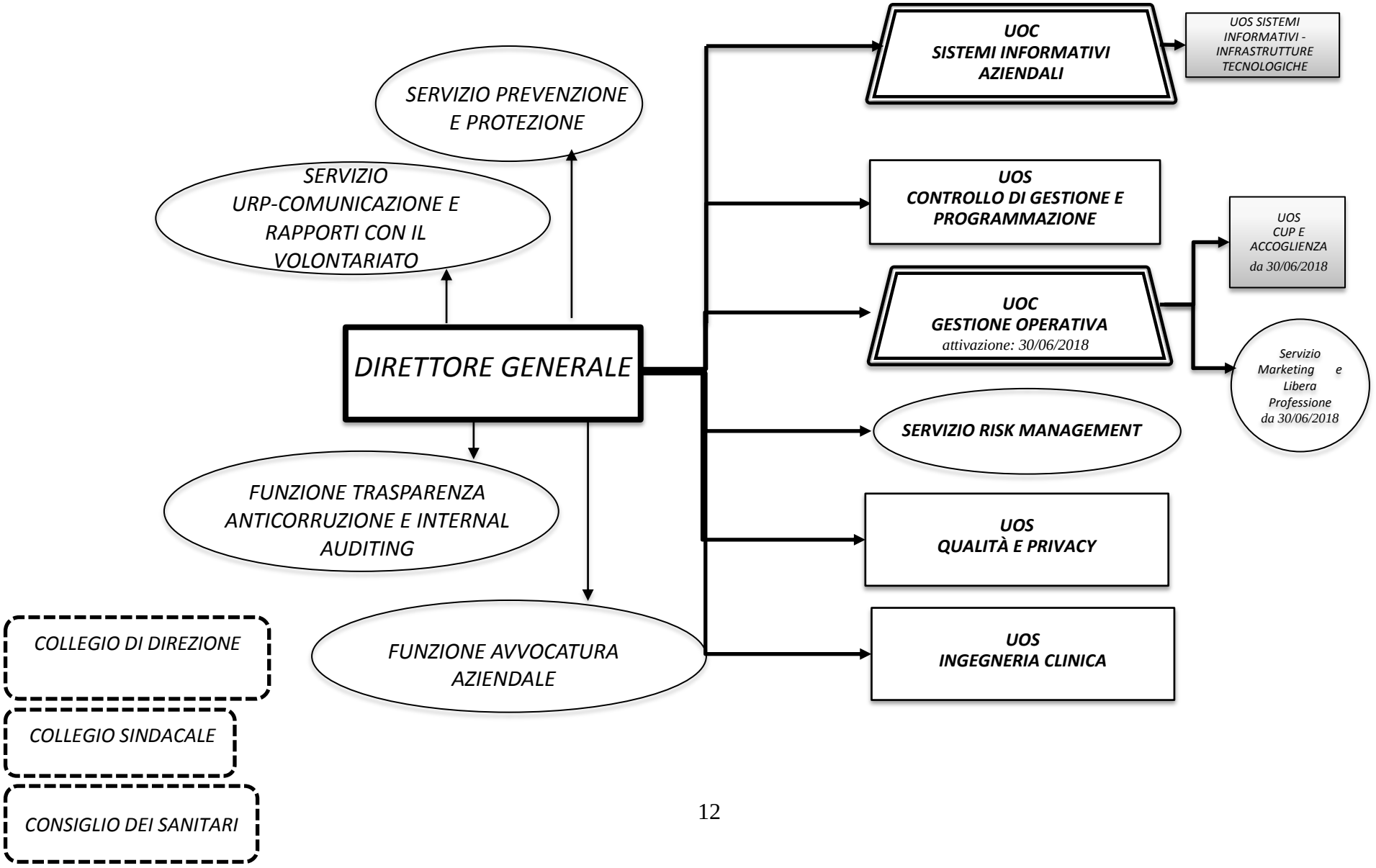
Storicamente il CTO, collocato in un'area caratterizzata in passato da un’elevata intensità industriale, è stato ed è ancor oggi un punto di riferimento per le aree specialistiche dell’ortopedia-traumatologia, della chirurgia della mano e della riabilitazione dei pazienti medullolesi.

Da diversi anni, ai settori tradizionali si affianca un'importante e qualificata attività riabilitativa in ambito cardiologico, respiratorio e neurologico; in particolare, in ambito neurologico costituisce una struttura di eccellenza il Centro per la Malattia di Parkinson e i Disturbi del Movimento.

2.3 Organigramma

Si rappresenta sintesi dell'organigramma, come da delibera n. 464 del 9 ottobre 2017, approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. X/6886 del 17 luglio 2017.




DIRETTORE GENERALE
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE
SERVIZIO URP-COMUNICAZIONE E RAPPORTI CON IL VOLONTARIATO
FUNZIONE TRASPARENZA ANTICORRUZIONE E INTERNAL AUDITING
FUNZIONE AVVOCATURA AZIENDALE
UOC SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
UOS SISTEMI INFORMATIVI - INFRASTRUTTURE TECNOLOGICHE
UOS CONTROLLO DI GESTIONE E PROGRAMMAZIONE
UOC GESTIONE OPERATIVA
attivazione: 30/06/2018
UOS CUP E ACCOGLIENZA
da 30/06/2018
Servizio Marketing e Libera Professione
da 30/06/2018
SERVIZIO RISK MANAGEMENT
UOS QUALITÀ E PRIVACY
UOS INGEGNERIA CLINICA
COLLEGIO DI DIREZIONE
COLLEGIO SINDACALE
CONSIGLIO DEI SANITARI

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 tre Strutture complesse a Direzione Universitaria:

- UOC I Clinica Ortopedica
- UOC II Clinica Ortopedica
- UOC Reumatologia Clinica

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 E VISION

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'ASST 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, con la finalità di:

- promuovere con consapevolezza e rigore un sempre più incisivo processo di umanizzazione delle strutture aziendali, centrando le politiche aziendali sul cittadino, soggetto di diritti, strategie, interessi, con una propria autonomia;
- garantire all'utenza servizi sanitari integrati ispirati a principi di qualità, equità ed appropriatezza, in un'ottica di continuità assistenziale e sostenibilità;
- assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai pazienti con tempi di attesa compatibili al bisogno di salute espresso;
- costruire un'organizzazione orientata all'integrazione della dimensione territoriale e di quella ospedaliera, volta ad assicurare la presa in carico delle persone con patologie croniche o fragili e delle loro famiglie. A tal fine si promuove lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi in grado di assicurare l'integrazione tra le diverse figure professionali, ospedaliere e territoriali, coinvolte nel percorso di cura, attraverso l'adesione a specifiche reti;
- valorizzare le specifiche professionalità impegnate nel progetto di crescita aziendale, sviluppando, con un approccio di tipo multidisciplinare metodi di lavoro innovativi e fortemente integrati, rafforzando un atteggiamento cooperativo ed il senso di appartenenza aziendale;
- consolidare e sviluppare ambiti di eccellenza nella ricerca e nell'assistenza
- valorizzare la didattica ai fini dell'alta formazione dei professionisti nell'ambito delle patologie muscolo scheletriche, reumatologiche, neurologiche, fisiatriche e riabilitative anche in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano;
- favorire l'integrazione tra le funzioni di assistenza, ricerca e didattica al fine di poter offrire ai pazienti le cure più avanzate in campo tecnologico e farmaceutico;

- promuovere l'adesione e lo sviluppo dei nodi di riferimento nell'ambito delle reti regionali di patologia.

L'ASST Centro specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO ha adottato un sistema di miglioramento continuo della qualità, basato sulle norme UNI EN ISO 9001:2015, attraverso una certificazione estesa al Presidio Ospedaliero Gaetano Pini, al Polo Riabilitativo di via Isocrate e ad una parte del Presidio Ospedaliero CTO. Punto di forza della struttura è la possibilità di garantire nel post intervento chirurgico ortopedico un tempestivo e appropriato percorso riabilitativo, grazie alla presenza in azienda di un polo di eccellenza dedicato a tali percorsi.

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;
- garantire l'integrazione con il territorio e con le reti del sistema socio sanitario;
- 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 nell'applicazione del POAS;
- incoraggiare l'innovazione ed estendere la politica di orientamento all'utente a tutta la struttura aziendale.

La ***vision 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' ASST persegue i seguenti obiettivi:

- sviluppo delle alte specialità e dei trattamenti innovativi in ambito muscolo scheletrico, reumatologico e riabilitativo;
- potenziamento della ricerca e delle alleanze con le Istituzioni Accademiche;
- partecipazione all'implementazione delle reti regionali previste dalla LR 23/2015 finalizzate a offrire prestazioni ad alta qualificazione;
- sviluppo di un'attività formativa in ambito ortopedico-riabilitativo, sia per quanto riguarda i corsi universitari, sia per la crescita continua delle competenze dei professionisti dell'Azienda.
- promozione dell'evoluzione dell'approccio alla cura, della malattia singola al prendersi cura della persona nel suo complesso.

I valori di fondo dell'ASST possono essere così sintetizzati:

- La **centralità del cittadino e la libera scelta del luogo di cura.**

L' Azienda offre prestazioni in grado di soddisfare non solo la domanda di salute dell'utente che si rivolge alla Struttura, ma anche la globalità dei suoi bisogni collegati alla tutela della salute e alle prestazioni erogate.

L'azienda promuove l'appropriatezza delle prestazioni erogate e la trasparenza delle informazioni sui tempi di attesa sia per l'attività istituzionale sia per le prestazioni erogate in libera professione.

- La **valorizzazione delle risorse umane e professionali**:

L' Azienda favorisce la valorizzazione del contributo professionale per creare condizioni di clima organizzativo che favoriscano l'innovazione, l'apprendimento e la e la condivisione del sapere.

L'azienda sostiene la formazione continua dei propri professionisti al fine di sviluppare il know-how dei professionisti, attraverso attività di formazione continua, al fine di consentire un'adeguata preparazione del personale impegnato nell'assistenza, nella ricerca, nei servizi di supporto e nella clinica.

- La **sicurezza:**

L' Azienda persegue il miglioramento della sicurezza dei pazienti, degli operatori, degli ambienti di lavoro mediante la definizione e l'implementazione di un sistema di gestione del rischio, che prevede l'analisi e rivalutazione sistematica dei suoi risultati, mirati al miglior clima ed al benessere organizzativo.

- L'**innovazione**:

L' Azienda si impegna a promuovere l'innovazione in campo medico/chirurgico ed organizzativo dei servizi e il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

- L'**efficienza gestionale**:

Uno degli obiettivi prioritari dell' Azienda è l'equilibrio dinamico di bilancio attraverso la continua ricerca di condizioni di efficienza e di efficacia sia nei processi sanitari, sia in quelli amministrativi

- **La Promozione della legalità.**
- **L'integrazione socio-sanitaria e l'attenzione alla persona e ai percorsi ospedale-territorio.**

4 L'AZIENDA IN NUMERI

4.1 Posti letto

	N. Posti letto 2017 ACCREDITATI			N. Posti letto 2017 EFFETTIVI		
	Acuti e Riab	DH/DS	***Totale***	Acuti e Riab	DH/DS	***Totale***
PRESIDIO PINI	386	14	***400***	352	14	***366***
PRESIDIO CTO	146	15	***161***	120	15	***135***

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 31 dicembre 2017, l'ASST impiega n. 1.122 dipendenti (numero complessivo tra tempi indeterminati e determinati su posto vacante), di cui:

PERSONALE AL 31 dicembre 2017	
PERSONALE INFERMIERISTICO	392
PERSONALE TECNICO SANITARIO	63
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	66
ASSISTENTI SOCIALI	2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	102
OTA/OSS	83
PERSONALE RUOLO TECNICO	145
AUSILIARIO SPEC.TO SERV. ASSISTENZIALI	30
AUSILIARIO SPEC.TO SERV. ECONOMALI	3
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	**886**
DIRIGENZA MEDICA	222
TOTALE AREA DIRIGENZA MEDICA	**222**
DIRIGENZA SANITARIA/ DIRIGENZA SITRA	5
DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICA	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	7
TOTALE AREA DIRIGENZA SPTA	**14**
TOTALE COMPLESSIVO	**1122**

di cui personale a tempo determinato (su posto vacante):

PERSONALE AL 31 dicembre 2017 TEMPO DETERMINATO	
PERSONALE INFERMIERISTICO	51
PERSONALE TECNICO SANITARIO	9
PERSONALE AMMINISTRATIVO	9
PERSONALE RUOLO TECNICO	4
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	**73**
DIRIGENZA MEDICA	3
TOTALE AREA DIRIGENZA MEDICA	**3**
DIRIGENZA SANITARIA/ DIRIGENZA SITRA	1
TOTALE AREA DIRIGENZA SANITARIA/ DIRIGENZA SITRA	**1**
TOTALE COMPLESSIVO	**77**

4.3 Volumi di attività

	ANNO 2017	
	GAETANO PINI	**CTO**
Regime di ricovero ordinario		
DIMESSI (N.ro)	9.160	2.835
DEGENZA MEDIA	9,23	11,79
Regime di ricovero in Day Hospital		
DIMESSI (N.ro)	903	619
ACCESSI DH	1343	160
Prestazioni Ambulatoriali (N.ro)	314.157	160.021
Accessi PS (N.ro)	34.483	19.108

Si espone il dato provvisorio, che potrà subire variazioni con la chiusura definitiva dell'attività prevista a seguito dell'invio dei flussi completi in Regione Lombardia a febbraio 2018.

4.4 Bilancio

Al fine di garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa, nel corso del 2017 la Direzione si è impegnata a porre in essere attività volte al miglioramento della produttività e dell'efficienza dell'ASST, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia di erogazione dei LEA. E' stata applicata la normativa nazionale e regionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria. Sarà obiettivo del 2017 proseguire in tale direzione per un efficientamento ulteriore delle risorse.

L'ASST prevede di chiudere il bilancio 2017 in pareggio, nel rispetto dell'equilibrio economico richiesto da Regione Lombardia. Vengono esposti i dati provvisori certificati nel IV CET 2017, che potranno essere oggetto di modifica in sede di chiusura definitiva dell'esercizio.

L'Azienda ha un bilancio di Euro 141.228.000,00, nel rispetto dei tetti definiti dalla Regione nel decreto di assegnazione n. 12412 dell'11 ottobre 2017; 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.

Il CE sotto riportato riassume i ricavi ed i costi dell'ASST, da cui si evince il raggiungimento dell'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario.

Bilancio Preventivo (D.Lgs. 23/6/2011 - n. 118) Anno: 2017

Nome dell'Azienda

704 ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO GAETANO PINI/CTO

Dati in €./1.000 - Anno: 2017 - Trimestre: Trimestre 4

Codice	SCHEMA DI CONTO ECONOMICO	Bilancio Trimestrale Complessivo-Preventivo 2017	Rendiconto Trimestrale Complessivo 2017
A	**A) Valore della produzione**		
A1	**A1) Contributi in conto esercizio**	**33.698**	**37.111**
A.1.a	A.1.a) Contributi in conto esercizio - da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	33.698	36.776
A.1.b	A.1.b) Contributi in conto esercizio - da Regione e Prov. Aut extra fondo	**0**	**36**
A.1.b.1	*A.1.b.1) Contributi da Regione (extrafondo) - vincolati*	0	0
A.1.b.2	*A.1.b.2) Contributi da Regione (extrafondo) - Risorse agg.regionali cop. LEA*	0	0
A.1.b.3	*A.1.b.3) Contributi da Regione (extrafondo) - Risorse agg.regionali cop. extra LEA*	0	0
A.1.b.4	*A.1.b.4) Contributi da Regione (extrafondo) - altro*	0	0
A.1.b.5	*A.1.b.5) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche (extrafondo) - altro*	0	36
A.1.b.6	*A.1.b.6) Contributi da altri soggetti pubblici*	0	0
A.1.c	A.1.c) Contributi in conto esercizio - per ricerca	**0**	**0**
A.1.c.1	*A.1.c.1)da Ministero della Salute per ricerca corrente*	0	0
A.1.c.2	*A.1.c.2)da Ministero della Salute per ricerca finalizzata*	0	0
A.1.c.3	*A.1.c.3)da Regione e altri enti pubblici*	0	0
A.1.c.4	*A.1.c.4)da privati*	0	0
A.1.d	A.1.d) Contributi in conto esercizio - altro	**0**	**299**
A2	**A2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti**	**0**	**0**
A3	**A3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti**	**232**	**415**
A4	**A4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria**	**97.659**	**94.620**
A.4.a	A.4.a) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio san - ad altre aziende sanitarie pubbliche	89.966	86.280
A.4.b	A.4.b) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio san - intramoenia	6.758	7.417
A.4.c	A.4.c) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio san - altro	935	923

Codice	SCHEMA DI CONTO ECONOMICO	Bilancio Trimestrale Complessivo-Preventivo 2017	Rendiconto Trimestrale Complessivo 2017
A5	**A5) Concorsi, recuperi e rimborsi**	**436**	**420**
A6	**A6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)**	**3.125**	**3.206**
A7	**A7) Quota contributi in conto capitale imputata nell'esercizio**	**5.198**	**5.123**
A8	**A8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni**	**0**	**0**
A9	**A9) Altri ricavi e proventi**	**913**	**333**
A_T	**TOTALE A)**	**141.261**	**141.228**
B	**B) Costi della produzione**		
B1	**B1) Acquisti di beni**	**36.273**	**35.948**
B.1.a	B.1.a) Acquisti di beni sanitari	35.271	35.008
B.1.b	B.1.b) Acquisti di beni non sanitari	1.002	940
B2	**B2) Acquisti di servizi**	**11.049**	**11.145**
B.2.a	B.2.a) Acquisto servizi sanitari - Medicina di base	0	0
B.2.b	B.2.b) Acquisto servizi sanitari - Farmaceutica	0	0
B.2.c	B.2.c) Acquisto servizi sanitari - Assistenza specialistica ambulatoriale	34	32
B.2.d	B.2.d) Acquisto servizi sanitari - Assistenza riabilitativa	0	0
B.2.e	B.2.e) Acquisto servizi sanitari - Assistenza integrativa	0	0
B.2.f	B.2.f) Acquisto servizi sanitari - Assistenza protesica	0	0
B.2.g	B.2.g) Acquisto servizi sanitari - Assistenza ospedaliera	0	0
B.2.h	B.2.h) Acquisto prestazioni psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0
B.2.i	B.2.i) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	0	0
B.2.j	B.2.j) Acquisto prestazioni termali in convenzione	0	0
B.2.k	B.2.k) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	197	223
B.2.l	B.2.l) Acquisto prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	0	0

Codice	SCHEMA DI CONTO ECONOMICO	Bilancio Trimestrale Complessivo-Preventivo 2017	Rendiconto Trimestrale Complessivo 2017
B.2.m	B.2.m) Compartecipazione al personale per att. Libero professionale (Intramoenia)	5.463	5.287
B.2.n	B.2.n) Rimborsi assegni e contributi sanitari	0	0
B.2.o	B.2.o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.144	1.345
B.2.p	B.2.p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.211	4.258
B.2.q	B.2.q) Costi per differenziale Tariffe TUC	0	0
B3	**B3) Acquisti di servizi non sanitari**	**18.381**	**18.529**
B.3.a	B.3.a) Servizi non sanitari	17.769	17.839
B.3.b	B.3.b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	552	665
B.3.c	B.3.c) Formazione	60	25
B4	**B4) Manutenzione e riparazione**	**3.006**	**3.102**
B5	**B5) Godimento di beni di terzi**	**413**	**340**
B6	**B6) Costi del personale**	**57.647**	**56.584**
B.6.a	B.6.a) Personale dirigente medico	22.094	21.666
B.6.b	B.6.b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	436	422
B.6.c	B.6.c) Personale comparto ruolo sanitario	21.317	21.126
B.6.d	B.6.d) Personale dirigente altri ruoli	986	939
B.6.e	B.6.e) Personale comparto altri ruoli	12.814	12.431
B7	**B7) Oneri diversi di gestione**	**1.496**	**1.582**
B8	**B8) Ammortamenti**	**6.398**	**6.223**
B.8.a	B.8.a) Ammortamento immobilizzazioni immateriali	248	200
B.8.b	B.8.b) Ammortamento fabbricati	4.170	4.352
B.8.c	B.8.c) Ammortamento altre immobilizzazioni materiali	1.980	1.671
B9	**B9) Svalutazione dei crediti**	**0**	**0**

Codice	SCHEMA DI CONTO ECONOMICO	Bilancio Trimestrale Complessivo-Preventivo 2017	Rendiconto Trimestrale Complessivo 2017
B.9.a	B.9.a) Svalutazione dei crediti	0	0
B10	**B10) Variazione delle rimanenze**	**0**	**(38)**
B.10.a	B.10.a) Variazione rimanenze sanitarie	0	(81)
B.10.b	B.10.b) Variazione rimanenze non sanitarie	0	43
B11	**B11) Accantonamenti**	**2.175**	**3.590**
B.11.a	B.11.a) Accantonamenti per rischi	1.765	1.765
B.11.b	B.11.b) Accantonamenti per premio operosità	0	0
B.11.c	B.11.c) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati	0	301
B.11.d	B.11.d) Altri accantonamenti	410	1.524
B_T	**TOTALE B)**	**136.838**	**137.005**
B_Z	**Differenza tra valore e costi della produzione**	**4.423**	**4.223**
C	**C) Proventi e oneri finanziari**		
C1	**C1) Interessi attivi e altri proventi finanziari**	**0**	**0**
C2	**C2) Interessi passivi e altri oneri finanziari**	**0**	**0**
C_T	**TOTALE C)**	**0**	**0**
D	**D) Rettifiche di valore di attività finanziarie**		
D1	**D1) Rivalutazioni**	**0**	**0**
D2	**D2) Svalutazioni**	**0**	**0**
D_T	**TOTALE D)**	**0**	**0**
E	**E) Proventi e oneri straordinari**		
E1	**E1) Proventi straordinari**	**0**	**160**
E.1.a	E.1.a) Plusvalenze	0	0
E.1.b	E.1.b) Altri proventi straordinari	0	160

Codice	SCHEMA DI CONTO ECONOMICO	Bilancio Trimestrale Complessivo-Preventivo 2017	Rendiconto Trimestrale Complessivo 2017
E2	**E2) Oneri straordinari**	**0**	**81**
E.2.a	E.2.a) Minusvalenze	0	20
E.2.b	E.2.b) Altri oneri straordinari	0	61
E_T	**TOTALE E)**	**0**	**79**
E_Z	**Risultato prima delle imposte**	**4.423**	**4.302**
Y	**Y) Imposte sul reddito dell'esercizio**		
Y1	**Y1) IRAP**	**4.338**	**4.181**
Y.1.a	Y.1.a) IRAP relativa a personale dipendente	3.842	3.741
Y.1.b	Y.1.b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	116	120
Y.1.c	Y.1.c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	380	320
Y.1.d	Y.1.d) IRAP relativa ad attività commerciali	0	0
Y2	**Y2) IRES**	**85**	**121**
Y3	**Y3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)**	**0**	**0**
Y_T	**TOTALE Y)**	**4.423**	**4.302**
Z_99	**Utile (perdita) dell'esercizio**	**0**	**0**

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 (km2)	9.67	44.84	26.81	50.82	49.62	20.2	23.53	225.49
N. assistiti	112.347	347.577	303.534	267.465	337.622	133.470	141.700	1.645.138
Densità abitativa (abitanti/km2)	11.618	7.751	11.321	5.263	6.804	6.607	6.022	7.296

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Totale ASL
INDICI DEMOGRAFICI								
0-14 anni	15,40%	13,10%	14,00%	12,00%	11,60%	13,50%	13,30%	13,00%
15-64 anni	62,20%	63,00%	64,00%	63,90%	62,90%	63,40%	62,30%	63,20%
≥ 65 anni	22,40%	23,90%	22,00%	24,10%	25,50%	23,10%	24,40%	23,80%
Vecchiaia	144,90%	182,90%	156,40%	201,10%	219,10%	171,30%	182,90%	183,00%
Dipendenza strutturale	60,80%	58,70%	56,20%	56,60%	58,90%	57,60%	60,60%	58,10%
Natalità	8.6%	8.3%	9.3%	7.7%	7.3%	8.4%	8.2%	8.2%
Fertilità	37.6%	38.1%	41.4%	34.1%	32.8%	38.5%	38.5%	37.0%

Figura 1: Distribuzione della popolazione nei diversi distretti

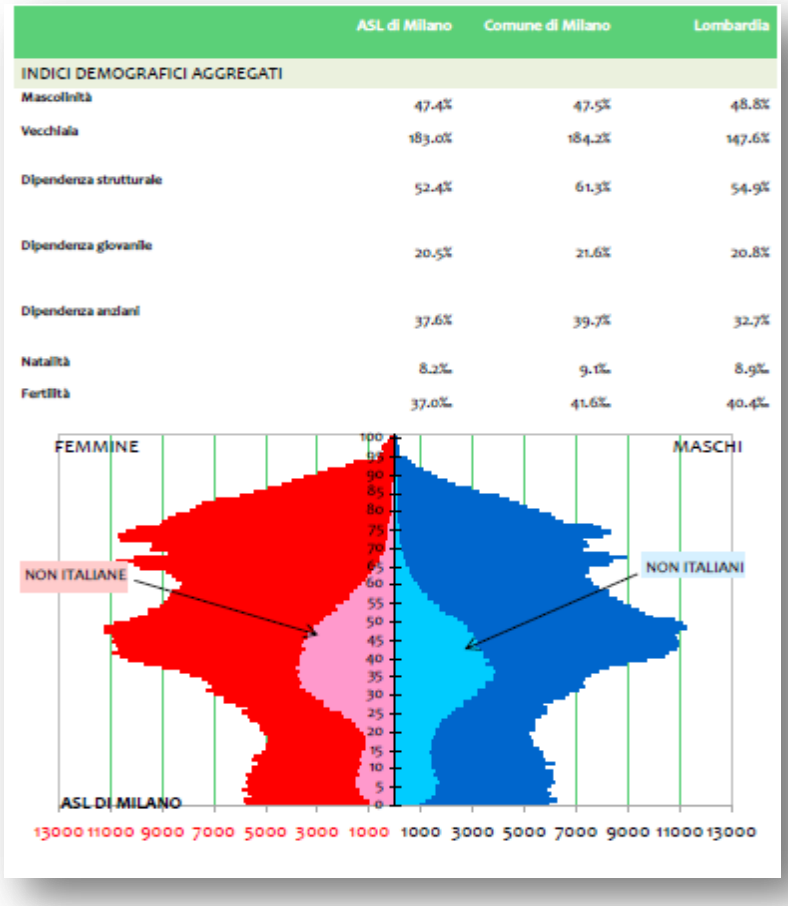


Figura 2: Indici demografici

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

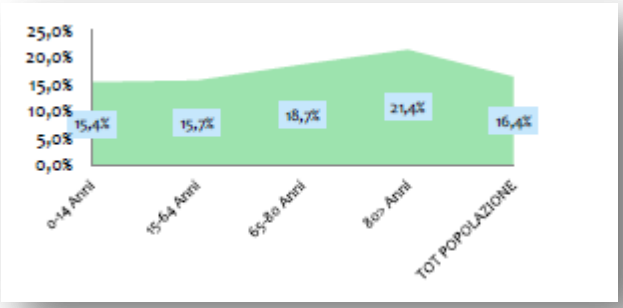


Figura 3: Incidenza per fasce di età

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)

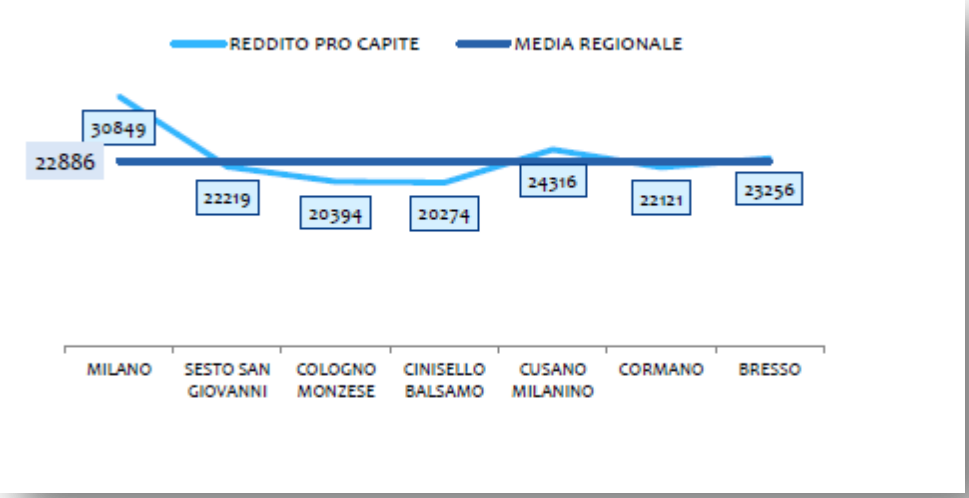


Figura 4: Reddito pro-capite

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)

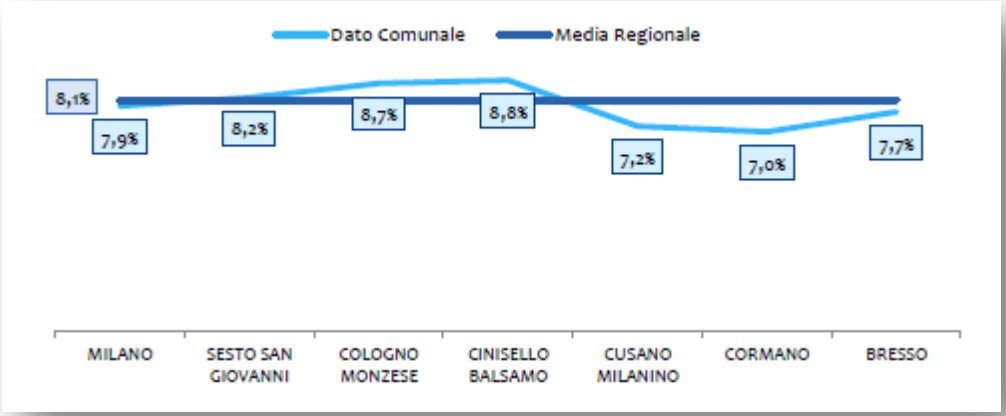


Figura 5: Tasso di disoccupazione

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

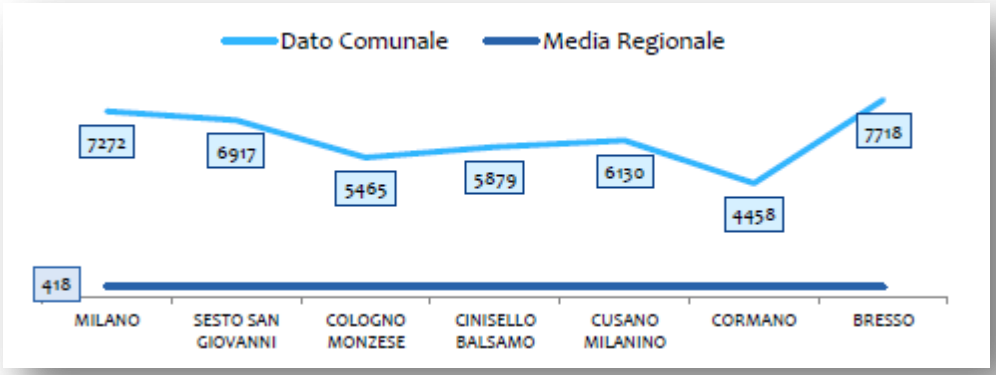


Figura 6: Tasso di densità della popolazione

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	uomini		donne		totale	
causa di morte	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).

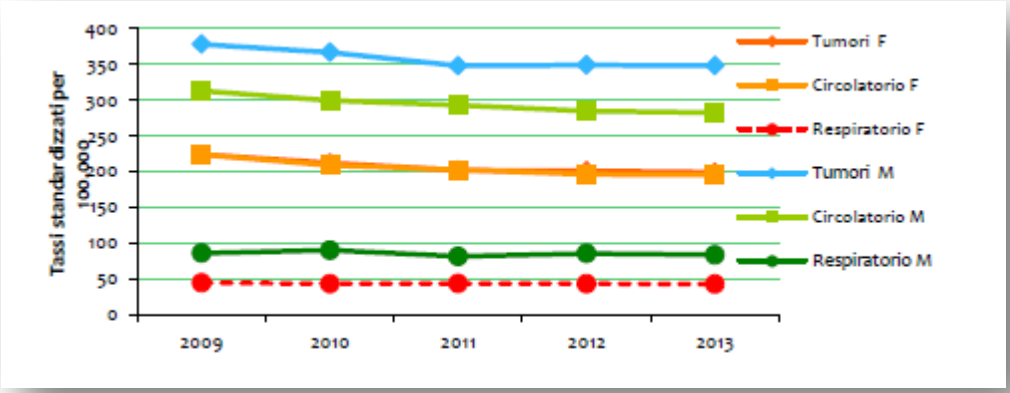


Figura 8: Andamento tassi di morte standardizzati

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%
CARDIOVASCULOPATICI	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 figura11 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

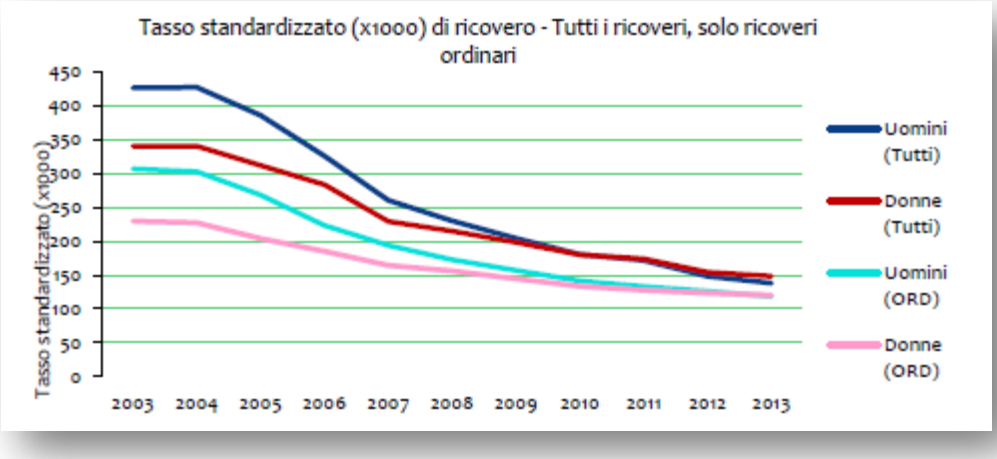


Figura 11: Assistenza Ospedaliera per acuti in degenza ordinaria

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.

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.

6.1 La Misurazione e la Valutazione della Performance

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance; di seguito la descrizione di come nell'ASST vengono misurate e valutate la performance organizzativa ed individuale. Occorre premettere che gli attuali processi saranno oggetto di progressiva revisione e perfezionamento fino alla definitiva attuazione della riforma sanitaria lombarda, di cui alla l.r. 23/2015.

La programmazione degli obiettivi tiene conto delle delibere regionali che definiscono il quadro di riferimento del Sistema Sanitario Regionale. L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, avviene attraverso l'adozione del Piano della Performance e si esplicita operativamente ed annualmente attraverso l'assegnazione degli obiettivi di budget e delle correlate risorse ai vari Centri di Responsabilità in cui si articola l'ASST.

Il Sistema si basa su un processo strutturato dalla individuazione degli obiettivi specifici, degli indicatori, dei risultati attesi fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo.

L'UOS Controllo di Gestione e Programmazione supporta l'intero sviluppo del ciclo di programmazione, monitoraggio e valutazione della performance organizzativa.

Il Sistema si articola in quattro fasi:

1. Programmazione: è la fase di competenza esclusiva della Direzione Strategica che, attraverso il Piano Triennale della Performance, definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali con i relativi indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati organizzativi. Vengono individuati anche i principali progetti di interesse aziendale con particolare riguardo a quelli caratterizzati da forte trasversalità.

2. Formulazione del budget: viene predisposta dall'UOS Controllo di Gestione e Programmazione, in accordo con la Direzione Strategica, la prima ipotesi di scheda obiettivo annuale, condivisa con il Collegio di Direzione e articolata per Struttura di diagnosi e cura e per Struttura amministrativa e di staff alla Direzione Generale. La scheda contiene gli obiettivi da perseguire con i relativi indicatori di verifica e viene discussa con i responsabili di Dipartimento ed i responsabili di Struttura. Agli incontri partecipano anche i Referenti Infermieristici o Tecnici di Dipartimento o i coordinatori delle singole UUOO.

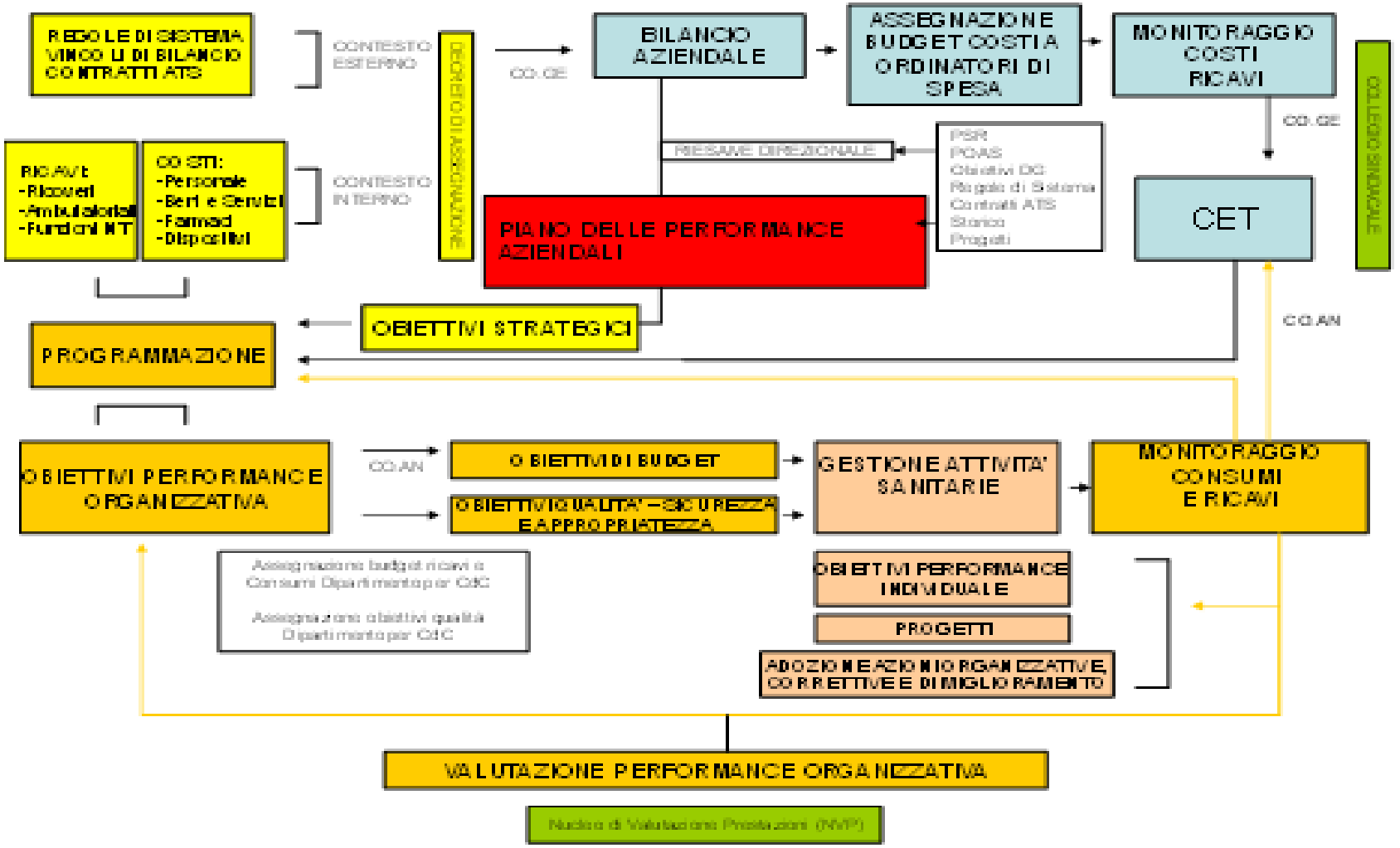
3. Svolgimento e monitoraggio dell'attività: lo svolgimento dell'attività viene "seguito" attraverso un processo di monitoraggio che si sintetizza in report periodici specifici per il budget che vengono prodotti mensilmente (monitoraggio economico) o trimestralmente (monitoraggio di appropriatezza qualità e sicurezza) dagli uffici competenti e trasmessi all'UOS Controllo di Gestione e Programmazione, che li analizza per predisporre un report complessivo da fornire alla Direzione Strategica ed ai Centri di Responsabilità.

4. Valutazione: almeno semestralmente viene effettuata una verifica infra-annuale di andamento tra Direzione e Centri di Responsabilità che presentano criticità nel raggiungimento degli obiettivi assegnati per la valutazione delle dinamiche in atto e la discussione/analisi degli scostamenti (con eventuale rinegoziazione). Tale verifica può essere estesa, su decisione della Direzione

Strategica, a tutti i Centri di Responsabilità. Una volta chiuso l'esercizio si procede alla valutazione finale del conseguimento degli obiettivi da parte dei vari Centri di Responsabilità.

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.

Di seguito si sintetizza il ciclo della performance con le sue componenti essenziali e le interazioni tra le varie competenze:


REGOLE DI SISTEMA, VINCOLI DI BILANCIO, CONTRATTI ATS
CONTESTO ESTERNO
DECRETO DI ASSEGNAZIONE
CO.GE
BILANCIO AZIENDALE
ASSEGNAZIONE BUDGET COSTI A ORDINATORI DI SPESA
MONITORAGGIO COSTI RICAVI
CO.GE
COLLEGIO SINDACALE
RICAVI:
-Ricoveri
-Ambulatoriali
-Funzioni NT
COSTI:
-Personale
-Beni e Servizi
-Farmaci
-Dispositivi
CONTESTO INTERNO
MISSIONI REGIONALI
PSR
POAS
Obiettivi DG
Regole di Sistema
Contratti ATS
Storico
Progetti
PIANO DELLE PERFORMANCE AZIENDALI
CET
CO.AN
OBIETTIVI STRATEGICI
PROGRAMMAZIONE
OBIETTIVI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
CO.AN
OBIETTIVI DI BUDGET
OBIETTIVI QUALITA' – SICUREZZA E APPROPRIATEZZA
GESTIONE ATTIVITA' SANITARIE
MONITORAGGIO CONSUMI E RICAVI
Assegnazione budget ricavi e Consumi Dipartimento per CdC
Assegnazione obiettivi qualità Dipartimento per CdC
OBIETTIVI PERFORMANCE INDIVIDUALE
PROGETTI
ADOZIONE AZIONI ORGANIZZATIVE CORRETTIVE E DI MIGLIORAMENTO
VALUTAZIONE PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
Nucleo di Valutazione Prestazioni (NVP)

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 ATS di riferimento 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".

Ad ogni gruppo di obiettivi è associato un "peso" la cui somma è pari a 100/100.

Il peso è stabilito dalla Direzione Strategica.

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

- Budget
- Appropriatezza, qualità e sicurezza
- Performance aziendale
- Progetti dipartimentali

La macroarea "**Budget**" si articola ulteriormente nei seguenti indicatori comuni a tutte le Strutture:

- Valore Ricoveri ordinari Regione
- Valore Ricoveri ordinari Extra-Regione
- Valore Ricoveri in regime diurno
- MAC/BIC
- Valore altre prestazioni ambulatoriali
- Consumi diretti
- Prestazioni intermedie
- Indicatori di attività

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.

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 di Controllo di Gestione 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).

La macroarea "**Appropriatezza, qualità e sicurezza**" individua obiettivi orientati a migliorare la qualità dell'assistenza, con particolare attenzione alla soddisfazione dei pazienti (gestione delle liste di attesa, adozione di iniziative di risk management, miglioramento dell'accessibilità ai servizi, ecc) in coerenza con il Primo, con il Piano Qualità e il Piano Risk Management. Verranno quindi definiti dalla Direzione sanitaria con il supporto dell'Ufficio Qualità e del Risk Management.

Tutti gli indicatori dell'area "Appropriatezza, qualità e sicurezza" vengono rilevati ed elaborati dal settore di competenza (Direzione Medica, Prevenzione e Igiene Ospedaliera, Dietetica, Risk Management, Qualità e Privacy) che li fornisce al Controllo di Gestione trimestralmente.

La macroarea **"Obiettivi aziendali di interesse regionale e regole di sistema**" individua gli obiettivi aziendali assegnati dalla Regione all'azienda e che vengono declinati per ogni singola UO in relazione allo specifico coinvolgimento.

Tutti gli indicatori dell'area "Obiettivi aziendali di interesse regionale e regole di sistema" vengono rilevati ed elaborati dal settore di competenza (Direzione Medica, Prevenzione e Igiene Ospedaliera, Dietetica, Risk Management, Qualità e Privacy) che li fornisce al Controllo di Gestione trimestralmente. In relazioni ad obiettivi specifici, in cui non è previsto un ufficio di rilevazione, l'UO interessata dovrà fornire trimestralmente adeguata relazione sull'andamento.

La macroarea **"Progetti Dipartimentali**" può rappresentare progetti proposti dal dipartimento e il cui raggiungimento, in accordo alla Direzione Strategica, può essere assegnato agli operatori come uno degli obiettivi di performance organizzativa.

Tutti gli indicatori dell'area "Progetti Dipartimentali" vengono rilevati ed elaborati dal dipartimento trimestralmente.

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.

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.

6.2 La Performance individuale

Il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione integrativa decentrata; è un processo continuo a frequenza annuale, coincidente di norma con l'anno solare. Con trattativa aziendale, 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'oggetto della valutazione non è la persona, ma le modalità e le capacità con le quali essa esplica la propria attività lavorativa nel contesto organizzativo di appartenenza: il suo modo di agire e di relazionarsi con gli altri (colleghi, superiori, collaboratori, utenti), il suo modo di esplicare le proprie competenze e le proprie capacità gestionali, manageriali, intellettive, la sua capacità di incidere sulla performance della struttura di appartenenza, la sua capacità di raggiungere gli obiettivi assegnati.

Per questa ragione, la valutazione non si riferisce al carattere del dipendente o alle sue caratteristiche personali, ma alla differenza tra i risultati "attesi" e quelli "effettivi", ed è relativa esclusivamente al periodo oggetto di valutazione; lo strumento attraverso il quale viene formalizzato il livello di raggiungimento dell'obiettivo è la "scheda di valutazione individuale", di diretta compilazione del Responsabile della Struttura a cui il personale afferisce, che dettaglia, per area di competenza, il risultato attribuito.

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'anno 2017:

Area di riferimento	Corsi erogati
Amministrativa	28
Sanitaria	47
Sicurezza	9
Trasversale	5
Totale	*89*

Tipologia di corso	Partecipanti
Residenziale	1030
Sicurezza	252
Individuale	25
Totale	1307

Erogate n. 621 ore di eventi ECM

Erogati n. 591 crediti ECM

8 LA COMUNICAZIONE

8.1 La comunicazione esterna

Attraverso vari canali l'ASST Centro specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO pone all'attenzione degli stakeholder esterni le news ed i servizi offerti.

Sito web: nel 2018 è prevista l'adesione alla convenzione ARCA per lo sviluppo del nuovo sito ASST.

Fan page Facebook: un medium digitale strategico per promuovere in modo pervasivo contenuti e progetti dell'ASST, nel rispetto di un'immagine istituzionale solida e unitaria. FB è indispensabile per aumentare il volume di diffusione di eventi ed attività/progetti dell'ASST in maniera totalmente gratuita.

Spazi di attesa: il canale di promozione di eventi, attività, news negli spazi di attesa dei due presidi è rappresentato dalle bacheche e dal digital signage, i cui contenuti saranno progressivamente implementati dall'Ufficio Comunicazione.

Eventi: durante l'anno saranno promossi eventi organizzati dai professionisti ospedalieri o da organizzazioni no profit partner di ASST.

Ufficio Stampa: finalità dell'attività di ufficio stampa è diffondere su giornali e periodici (sia generalisti che di settore) le informazioni su quanto offerto in ASST Pini-CTO o sugli eventi in promozione.

Segnaletica aziendale: a seguito dell'approvazione del nuovo POAS aziendale, l'Ufficio Comunicazione supporta l'Ufficio tecnico Patrimoniale nella stesura della segnaletica al pubblico nei tre presidi aziendali.

8.2 La comunicazione interna

Intranet: il sito è mantenuto da una "redazione diffusa" che coinvolge tutte le UO amministrative e alcune sanitarie. Nel 2018 continuerà la formazione del personale per mantenere aggiornate tutte le aree del sistema di knowledge management aziendale.

Mailing list: l'invio di messaggi massivi a tutti i dipendenti è ancora il mezzo più sicuro per informare i colleghi sulle attività più stringenti e sulle necessità tecniche trasversali a personale sanitario e personale amministrativo.

Campagne di comunicazione: l'Ufficio provvede alla diffusione di campagne di comunicazione interne in merito alla promozione di "stili di vita sani" e a messaggi istituzionali, in concerto con la Direzione Strategica.

Coordinamento d'immagine aziendale: l'URP-Comunicazione provvede a controllare le affissioni in azienda -onde evitare l'eccesso di informative agli utenti- e facilita il personale sanitario nella produzione di cartelli e informative, garantendo al contempo il rispetto dell'immagine coordinata aziendale. L'Ufficio vigila sul rispetto dell'uso del logo secondo il brand book aziendale.

Coordinamento attività del III settore: l'URP-Comunicazione mantiene rapporti continuativi con il mondo delle organizzazioni no profit presenti in ASST e che prestano opera volontaristica, monitorandone le attività e rendicontando alla Direzione Strategica.

Applicazione nuovo POAS: nel 2017 è stato approvato il nuovo POAS aziendale; ciò renderà necessario, nel corso del 2018, il progressivo aggiornamento di nomenclature delle varie UO e Dipartimenti aziendali sulla piattaforma intranet.

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

L'ASST "Gaetano Pini-CTO" riconosce il valore delle attività di volontariato come espressione di solidarietà e di partecipazione alle problematiche sociali e sanitarie e pertanto si impegna a garantirne lo sviluppo ad integrazione dei servizi di propria competenza.

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'ufficio Comunicazione e relazione con il pubblico 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.

Le attività di volontariato si sono integrate proficuamente nel sistema socio-sanitario dell'ASST Pini-CTO e rappresentano un'utile fonte di iniziative, di collaborazione e di scambio di risorse. L'ASST

riconosce la funzione complementare ed ausiliaria al SSL del volontariato, finalizzata al raggiungimento e al conseguimento di più elevati standard di qualità, efficienza e professionalità, nonché di appropriatezza e umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari.

Un'apposita funzione dell'Ufficio Comunicazione, dedicata al rapporto con il volontariato, vede il proprio coinvolgimento nella promozione di percorsi comuni per orientare i pazienti nell'accesso ai servizi, e per supportare i processi di erogazione o altre attività.

Particolare riguardo sarà posto all'apporto fondamentale di queste organizzazioni nel favorire l'empowerment dei pazienti e dei loro familiari nella gestione della malattia cronica e della fragilità. A tal fine sono promosse modalità organizzative di raccordo con le strutture dell'ATS per migliorare il livello di integrazione.

L'Azienda si impegna a recepire le istanze delle associazioni, volte a migliorare il livello dell'assistenza erogata.

10 LA TRASPARENZA E LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020, comprendente la sezione specifica dedicata alla Trasparenza, è stato elaborato in ottemperanza alle principali disposizioni di cui:

- alla Legge n. 190 del 6.11.2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- al Decreto Legislativo 14/03/13, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" così come modificato dal Decreto Legislativo 25/05/16, n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 06/11/12, n. 190 e del decreto legislativo 14/03/13, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 07/08/15, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni";
- alle indicazioni di cui ai PNA emanati da ANAC nel corso degli ultimi anni con delibere n. 72 del 11/09/2013; n. 12 del 28/10/2015; n. 831 del 03/08/2016.

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" nonchè 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 posti in capo ai Dirigenti ed alle

singole strutture da loro dirette, così come previsto nella tabella – allegato 2 al Piano di Prevenzione della Corruzione 2018-2020.

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 PRIMO

Il Piano della Performance ed il PRIMO, 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 Piano della Performance ed il PRIMO, 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.

12 OBIETTIVI STRATEGICI

In generale la strategia è la riflessione d'insieme che orienta la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali l'ASST intende perseguirli.

La Direzione Aziendale della ASST ha definito la propria programmazione strategica triennale 2016-2018, in ottemperanza a quanto prescritto a livello regionale ed in particolar modo a quanto stabilito dalla DGR n. 7600 del 20 dicembre 2017 ("Determinazioni in ordine alle gestione del servizio socio-sanitario per l'esercizio 2018") per l'anno 2018. Visto che gli indirizzi strategici regionali abbracciano un arco temporale di medio periodo, alcune delle linee strategiche aziendali, già presenti nel Piano della Performance 2016 e 2017, trovano una logica continuazione anche per l'anno 2018.

Sono stati individuati quindi i seguenti obiettivi prioritari per l'anno 2018, che verranno successivamente ricondotti all'interno del Processo di Budget aziendale annuale e che saranno ulteriormente integrati da altri obiettivi qualitativi di interesse aziendale e regionale, nonché dagli obiettivi legati alle RAR:

Beni e servizi: è prevista una riduzione media di sistema dell'1% per la spesa di beni e servizi per classe omogenea di spesa: dispositivi medici, farmaci ospedalieri, altri beni e servizi, consulenze, collaborazioni, interinali e comandi. 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 per innalzare i propri livelli di efficienza attraverso la massima razionalizzazione della spesa. Lo strumento che l'ASST continuerà ad utilizzare con sempre maggiore efficacia sarà la puntuale adesione al sistema di acquisti centralizzati (Arca SpA e Consip SpA).

Partite Intercompany: anche per l'anno 2018 si rende necessario il pieno allineamento delle Partite Intercompany, al fine di garantire le necessarie riconciliazioni di sistema anche attraverso l'utilizzo del nuovo strumento informatico messo a disposizione da Regione Lombardia (Partitario Intercompany).

PAC: il nuovo PAC di Regione Lombardia, approvato con DGR n. X/7009 del 31 luglio 2017, prevede l'individuazione di 7 aree e cicli di bilancio per le ASST/ATS (Requisiti Generali, Immobilizzazioni, Rimanenze, Crediti e Ricavi, Disponibilità Liquide,Patrimonio Netto, Debiti e Costi): ciascuna area prevede degli obiettivi da porre in essere secondo tempistiche di definizione ed implementazione delle procedure e dei rispettivi tempi di verifica di corretta esecuzione delle stesse. L'ASST ha iniziato un

percorso di organizzazione interna, istituendo dei gruppi di lavoro specifici per i singoli obiettivi, al fine di rispettare anche per il 2018 la tempistica stabilita dalle linee guida regionali ed arrivare alla certificabilità del Bilancio.

Anticipazione di cassa: si conferma il divieto di utilizzo dell'anticipazione di cassa di Tesoreria, salvo esigenze straordinarie adeguatamente motivate e previa autorizzazione regionale.

Pagamenti verso fornitori: l'ASST ha risentito, già dal 2016, di uno scostamento negativo dei tempi medi di pagamento verso i fornitori rispetto alla media regionale. A seguito di importanti interventi organizzativi tale scostamento era stato colmato nel I semestre 2017 fino a registrare un ulteriore peggioramento nel II semestre 2017 a causa soprattutto del cambio della procedura informatica Amministrativo-contabile. Nel corso del 2018 l'ASST ha programmato interventi strutturali, grazie anche alla normalizzazione tecnico-informatica, per l'adeguamento definitivo agli standard regionali. La conseguenza più rilevante sarà la maggiore precisione ed affidabilità della stesura del Budget di Cassa mensile, con la rappresentazione efficace della disponibilità finanziaria del periodo.

Sviluppo sistemi informativi: la strategia di sviluppo dei sistemi informativi è stata completamente rivoluzionata in questo ultimo anno. Da una gestione totalmente esternalizzata, veicolata e vincolata dal fornitore, si è passati ad un approccio "best of breed" ovvero all'implementazione di moduli di diversi vendor che meglio si prestano alle esigenze dell'Azienda;

L'Azienda ha rinnovato i componenti " tradizionali" del proprio sistema informativo sulla parte di gestione del paziente, sulle componenti di accesso e sulla realizzazione di un sistema ERP, re-incanalando la gestione dei servizi standard verso una normale operatività per concentrarsi sullo sviluppo strategico di servizi orientati alla cura del paziente.

Nel corso del 2018 verrà completata applicazione CUDES presso il presidio CTO e contestualmente verranno diffusi i sistemi ADT, Order Entry e Pronto Soccorso, in sostituzione dei sistemi attualmente in uso e connessi alla piattaforma della ASST Nord Milano. Continuerà inoltre il percorso di dematerializzazione dei processi amministrativi attraverso la diffusione in tutta l'Azienda dei servizi relativi alla gestione del personale (portale del dipendente).

Saranno infine implementate su tutte le componenti coinvolte, la piattaforma regionale per la presa in carico del paziente e la gestione delle cronicità.

Presa in carico del paziente cronico: in attuazione della Riforma Sanitaria, la Direzione Strategica ha avviato un nuovo approccio alle cure, rivolto alle persone portatrici di patologie croniche, che si realizzerà attraverso la "presa in carico".

La nostra Azienda Socio Sanitaria Territoriale è gestore della presa in carico, per le patologie croniche dell'area del Parkinson e della Reumatologia, ed è erogatore di prestazioni nei confronti di altri gestori.

Tutte le Strutture aziendali sono quindi coinvolte nell'adozione di tale modello di assistenza.

Come gestore di presa in carico sarà coinvolto il Dipartimento di Reumatologia e scienze mediche per le seguenti patologie:

- PARKINSON E PARKINSONISMI
- SCLEROSI SISTEMICA
- SPONDILITE ANCHILOSANTE
- ARTRITE REUMATOIDE
- PSORIASI E ARTROPATIA PSORIASICA
- LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
- MALATTIA DI SJOGREN
- MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE

Come erogatore di prestazioni per pazienti cronici saranno coinvolti anche gli altri Dipartimenti con particolare riferimento all'erogazione di prestazioni ambulatoriali ortopediche, riabilitative e di diagnostica.

Nel corso del 2017 un gruppo di lavoro multidisciplinare ha definito il processo di presa in carico che si svilupperà nella nostra ASST. É stato inoltre approntato un **Centro Servizi Presa in Carico (CeSPIC)**, operativo **dall'inizio di gennaio 2018**. E' situato in Via Pini 1, in un'area dedicata all'ascolto, dove sono presenti anche il Servizio Sociale Professionale e l'URP.

Al CeSPIC opereranno personale amministrativo e infermieristico, **Case Manager**, dedicati alla gestione della cronicità. In tale ambito è da sottolineare lo sviluppo del ruolo dell'infermiere: in un'ottica di supporto alla famiglia a sostegno della fragilità e cronicità, con una nuova valenza nei processi di case manager dei percorsi di continuità assistenziale.

L'attività del CeSPIC si affianca all'attività del Centro Servizi Aziendale (CSA) attivato nel 2017 nell'ambito del Servizio Sociale Professionale, con sede al CTO in via Bignami 1, che, in collaborazione

con il Centro Servizi Milanese (CSM), con sede a Niguarda, coordina le dimissioni dai reparti verso le cure intermedie.

Nel complesso quindi la gestione della cronicita e/o fragilità si configura come di seguito schematizzato:

	Continuità Assistenziale Post Ricovero	**Presa in Carico**	
	pianificazione dimissioni	**Gestore**	**Erogatore**
Dipartimenti Coinvolti	Dipartimento di Ortopedia e Traumatologia	Dipartimento di Reumatologia e Scienze Mediche	Dipartimento di Ortopedia e Traumatologia
	Dipartimento di Riabilitazione		Dipartimento di Riabilitazione
	Dipartimento di Reumatologia e Scienze Mediche		Dipartimento di Reumatologia e Scienze Mediche
			Dipartimento dei Servizi di Supporto
Strutture di Supporto	**CSA/CSM – CeSPIC**		
	figure professionali: Infermieri (SITRA)		
	Fisioterapista (R.I.C.C.A.)		
	Assistenti Sociali (SSPO)		
	Amministrativi (CUP e Accoglienza)		

13 LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Area	Obiettivo	Tipo di indicatore	Descrizione Indicatori	Razionale	FONTE DATI	PERIODICITA' DELLA RILEVAZIONE	STANDARD	PRIORITA'
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	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	Tempestività interventi Fratture Femore (entro 48 ore)	processo	N. pazienti con frattura di femore operati nelle 48 h/N. pazienti con frattura di femore accettati		Dipartimento Ortotraumatologia/ Dipartimento dei Servizi	Trimestrale	>80%	Alta

Area	Obiettivo	Tipo di indicatore	Descrizione Indicatori	Razionale	FONTE DATI	PERIODICITA' DELLA RILEVAZIONE	STANDARD	PRIORITA'
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	>90%	Alta
EFFICACIA- esiti-prevenzione	Ridurre ISC	processo	N. pazienti che ricevono antibioticoprofilassi come da LG / N. pazienti operati	Una corretta somministrazione della profilassi antibiotica riduce le ISC	Monitoraggio interno	trimestrale	>90%	Alta
EFFICACIA- esiti-prevenzione	Ridurre ICA	processo	N. audit lavaggio mani espletati/ N. audit programmai	La corretta igiene delle mani riduce le ICA	Monitoraggio interno	semestrale	100%	Alta
EFFICACIA-appropriatezza percorsi assistenziali	Appropriatezza dei ricoveri	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

14 GLI INDICATORI

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 PRIMO.

AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	PERIODICITA' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO
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**	**FONTE DEL DATO**	**PERIODICITA' RIL.**	**RESP. RIL.**	**OBIETTIVO**
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**	**FONTE DEL DATO**	**PERIODICITA' RIL.**	**RESP. RIL.**	**OBIETTIVO**
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**	**FONTE DEL DATO**	**PERIODICITA' RIL.**	**RESP. RIL.**	**OBIETTIVO**
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	FONTE 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**	**FONTE 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
AREA DI PERFORMANCE	**INDICATORI**	**FONTE DEL DATO**	**PERIODICITA' RIL.**	**RESP. RIL.**	**OBIETTIVO**
Prevenzione della corruzione e trasparenza	nr relazioni rendicontazione area rischio/nr Responsabili attuazione prevenzione	AAGG	semestrale	AAGG	100%