



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini

Relazione sulla Performance

Redatto ai sensi dell'art.10 lett. b) 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	LA TRASPARENZA E LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	17
6	I RISULTATI DELLA GESTIONE	19
6.1	L'area socio-sanitaria.....	20
6.2	L'area sanitaria	21
6.3	L'area contratti.....	26
6.4	L'area economico-finanziaria	29
6.5	L'area degli investimenti	30
7	I RISULTATI SANITARI.....	31
8	I RISULTATI DELLA PERFORMANCE.....	43
9	GLI INDICATORI	47



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini

10 CONCLUSIONI..... 51



1 PREMESSA

Il Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 all'art.10 prevede che le Amministrazioni Pubbliche redigano annualmente il Piano della Performance, da adottare in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Il Decreto prevede inoltre che l'Azienda rediga, entro il 30 giugno di ogni anno, una Relazione sulla Performance che evidenzi, a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto alle linee programmatiche aziendali ed agli obiettivi organizzativi e individuali assegnati, dando evidenza degli eventuali scostamenti rilevati.

Il Ciclo della Performance per l'anno 2016 ha avuto inizio con la predisposizione, da parte della Direzione Aziendale, degli Obiettivi Strategici Aziendali, i quali, insieme con gli Obiettivi di Mandato istituzionali, sono stati declinati alle singole Strutture Organizzative a conclusione del Processo di Negoziazione di Budget.

Tali obiettivi sono stati discussi durante gli appositi incontri che la Direzione Aziendale ha tenuto con tutti i Dipartimenti, durante i quali sono state presentate e discusse le Schede di Budget 2016 predisposte, a cura della S.S. Controllo di Gestione, per ciascuna Unità Operativa Complessa (UOC) e per ciascuna Struttura Semplice Dipartimentale (SSD).

Gli obiettivi sono stati condivisi, tenendo conto anche delle proposte integrative formulate dai Direttori di UOC e SSD.

Il Piano della Performance 2016-2018 dell'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO, ovvero il documento di programmazione triennale attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e della pianificazione strategica aziendale, vengono individuati, focalizzandosi principalmente sulle attività del primo anno (2016), 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 organizzativa ed individuale aziendale, è stato approvato con la Deliberazione n. 35 del 04.02.2016.

Le Schede di Budget 2016, che riportano per ciascuna Struttura i dati e gli obiettivi di produzione, organizzativi, di appropriatezza, di qualità e di efficienza assegnati per l'anno 2016, con l'indicazione



del relativo peso (per un punteggio complessivo pari a 100), sono state approvate con la Deliberazione n. 500 del 10.11.2016.

Alle Schede di Budget, in relazione all'avvenuta verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati sia al Personale Dirigente che al Personale del Comparto, è collegato il Sistema Premiante Aziendale.

La Relazione sulla Performance dell'anno 2016 evidenzia i risultati aziendali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati per l'anno 2016. Il presente documento riporta una serie di dati e di indicatori rappresentati in forma semplificata ed aggregata, in modo da assolvere alla funzione di apposita comunicazione verso l'esterno, per i cittadini e gli altri stakeholders, attraverso una forma snella e comprensibile anche per un lettore non esperto e sempre ispirandosi ai principi di trasparenza, chiarezza e verificabilità dei contenuti.

La presente Relazione è pubblicata 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 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.

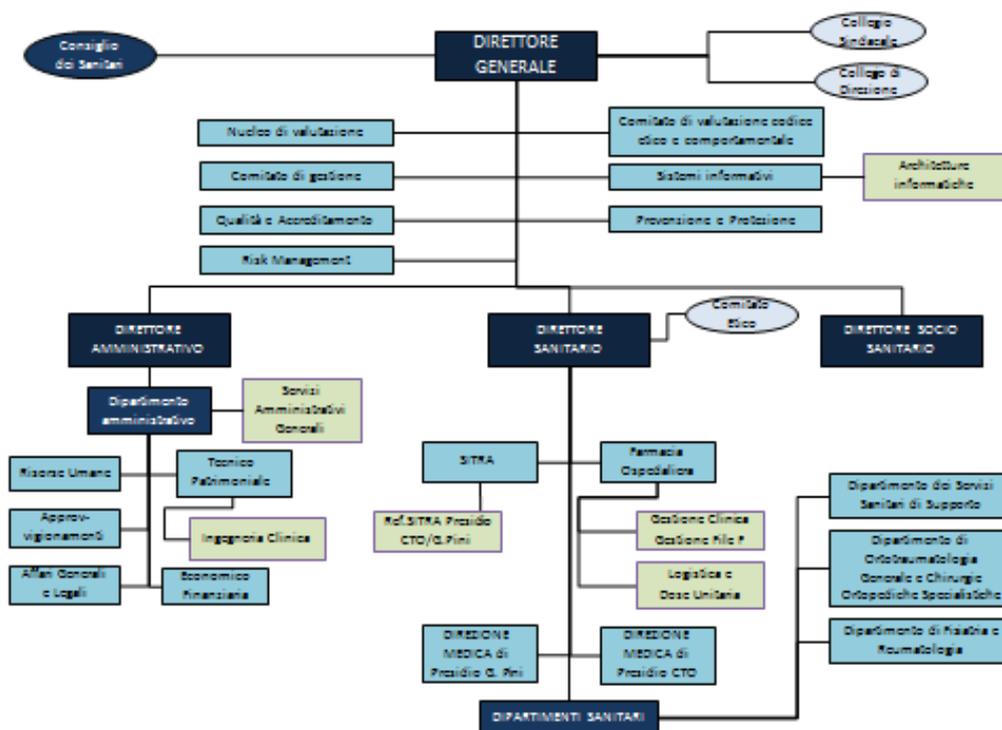


2.2 Presidio Ospedaliero Complesso CTO

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 medullosi.

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





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'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, 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 socio-sanitario 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 2016			N. Posti letto 2016		
	ACCREDITATI			EFFETTIVI		
	Acuti e Riab	DH/DS	<i>Totale</i>	Acuti e Riab	DH/DS	<i>Totale</i>
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 2016, l'ASST impiegava n. 1.106 dipendenti, di cui:

PERSONALE AL 31 dicembre 2016	
PERSONALE INFERMIERISTICO	382
PERSONALE TECNICO SANITARIO	63
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	64
ASSISTENTI SOCIALI	1
PERSONALE AMMINISTRATIVO	98
OTA/OSS	74
PERSONALE RUOLO TECNICO	151
AUSILIARIO SPEC.TO SERV. ASSISTENZIALI	32
AUSILIARIO SPEC.TO SERV. ECONOMICI	3
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	868
DIRIGENZA MEDICA	224
TOTALE AREA DIRIGENZA MEDICA	224
DIRIGENZA SANITARIA	5
DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICA	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	7
TOTALE AREA DIRIGENZA SPTA	14
TOTALE COMPLESSIVO	1.106



di cui personale a tempo determinato:

PERSONALE AL 31 dicembre 2016	
TEMPO DETERMINATO	
PERSONALE INFERMIERISTICO	28
PERSONALE TECNICO SANITARIO	4
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	6
PERSONALE AMMINISTRATIVO	1
OTA/OSS	3
PERSONALE RUOLO TECNICO	1
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	43
DIRIGENZA MEDICA	6
TOTALE AREA DIRIGENZA MEDICA	6
TOTALE COMPLESSIVO	49

4.3 Volumi di attività

	ANNO 2016	
	GAETANO PINI	CTO
Regime di ricovero ordinario		
DIMESSI (N.ro)	9.055	2.926
DEGENZA MEDIA	15,16	11,80
PESO MEDIO	0,97	1,19
Regime di ricovero in Day Hospital		
DIMESSI (N.ro)	943	660
ACCESSI DH	1.899	661
PESO MEDIO DH	0,83	0,98
Prestazioni Ambulatoriali (N.ro)	328.750	173.155
Accessi PS (N.ro)	35.915	19.542



4.4 Bilancio

L'Azienda ha un bilancio di Euro 136.490.000,00, 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 riepilogano per macro-voci i dati del Bilancio d'esercizio 2016.

Descrizione	Bilancio d'esercizio 2016
RICAVI	
DRG	56.079
Funzioni non tariffate	4.562
Ambulatoriale	12.766
Entrate proprie	4.953
Libera professione (art. 55 CCNL)	7.438
File F	15.094
Utilizzi contributi es. precedenti	354
Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	9.169
Altri contributi (al netto rettifiche)	1.098
Proventi finanziari e straordinari	511
Prestazioni sanitarie	2.238
Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	22.228
Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	136.490
COSTI	
Personale	57.209
IRAP personale dipendente	3.802
Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	5.538
Beni e Servizi (netti)	63.322
Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	1.182
Altri costi	1.924
Accantonamenti dell'esercizio	2.979
Oneri finanziari e straordinari	534
Totale Costi (al netto capitalizzati)	136.490
Risultato economico	-



5 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.

Richiamate le disposizioni dettate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e dalle Regole di Sistema del SSR, per l'anno 2016, in materia di prevenzione della corruzione sono stati emanati i seguenti atti:

- pubblicazione al 15.01.2016 della relazione anno 2015 del RPC redatta ai sensi dell'art. 1 co. 14 della legge 190/2012;
- adozione al 31.01.2016 del PTPC 2016-2018 comprensivo del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, a recepimento dei contenuti della Determinazione n.12 del 28.10.2015, con cui l'Autorità Nazionale Anticorruzione, nell'approvare l'aggiornamento per il 2015 del PNA 2013-2016, ha inteso imprimere una decisiva svolta nella direzione del miglioramento della qualità dei Piani anticorruzione delle Amministrazioni Pubbliche, fornendo a quest'ultime indirizzi specifici per il miglioramento complessivo del sistema di gestione del rischio di corruzione e per l'adozione di misure di contrasto concrete e verificabili;
- aggiornamento dei dati/informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale, oggetto di pubblicazione obbligatoria anche ai sensi del D. Lgs 33/2013 e s.m.i ed D.Lgs.97/2016;
- adozione della regolamento aziendale disciplinate le misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblower) a recepimento della normativa regionale di cui alla DGR 2871 del 12/12/2014;



- invio a Regione Lombardia di relazioni semestrali (maggio e dicembre 2016) sulle segnalazioni whistleblower pervenute al RPC nell'anno 2016;
- azioni di monitoraggio con audit specifici del RPC nelle aree a maggior rischio corruttivo (anno 2016 audit sugli affidamenti di beni/servizi/lavori di importo < € 40.000,00).



6 I RISULTATI DELLA GESTIONE

A seguito della costituzione, a decorrere dal 1° gennaio 2016, della nuova ASST “Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO”, derivante dalla fusione per incorporazione dell’A.O. “Istituto Ortopedico Gaetano Pini” e del Presidio Ospedaliero “CTO”, l’Azienda è stata 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.

Al fine di garantire la continuità nell’erogazione delle prestazioni e non pregiudicare l’assistenza sanitaria, l’ASST ha sottoscritto (nel mese di dicembre 2015 e per il periodo 1° gennaio 2016 - 30 giugno 2016) degli accordi con l’ex “ICP” volti a gestire la fase transitoria di presa in carico di tutte le attività del Presidio Ospedaliero “CTO”, accordi successivamente prorogati fino al 31 dicembre 2016, al fine di consentire il completamento della presa in carico della gestione operativa delle nuove funzioni; la maggiore criticità, che ha impedito una immediata autonomia della ASST, è imputabile alla necessità di intervenire sui sistemi informativi al fine di consentire la funzionalità degli stessi e le relative integrazioni, con conseguenti oneri economici.

Oltre agli accordi interaziendali, la riorganizzazione ha interessato prevalentemente:

- ⇒ **l’area contabile** che è stata impegnata in tutti gli adempimenti di natura fiscale e informativa, nei flussi finanziari e nei Bilanci;
- ⇒ **l’area risorse umane** che si è occupata della corretta allocazione del personale nei nuovi assetti e della conseguente redazione del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), secondo tempistiche indicate da Regione Lombardia;
- ⇒ **l’area contratti** che ha provveduto alla verifica ed all’adattamento alle nuove esigenze aziendali;
- ⇒ **l’area dei sistemi informativi** che si sta occupando delle criticità derivanti dall’integrazione tecnica tra software diversi 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.



6.1 L'area socio-sanitaria

Le strutture dell'ASST sono inserite nel territorio Milanese con diverse attività. In particolare il PO Pini opera nel Municipio 1, il Polo Riabilitativo nel Municipio 2 e il PO CTO nel Municipio 9. Nel loro insieme, i residenti dei tre Municipi rappresentano il 32 % della popolazione Milanese. I pazienti che usufruiscono delle cure specialistiche delle strutture della ASST, provengono però non solo da tali territori, pur essendo significativamente rappresentati, ma da tutta l'area della città di Milano, che si configura come il territorio di riferimento, oltre che dalle aree extraurbane riferibili alla Città Metropolitana. Da non sottovalutare anche la significativa presenza di pazienti provenienti da altre ATS della Regione e da fuori regione.

L'ASST nel corso del 2016 ha avviato una serie di attività mirate all'integrazione territoriale e allo sviluppo del progetto Milano in attuazione alla LR 23/15. In particolare, dal punto di vista organizzativo, si è proceduto alla ridefinizione del servizio di Assistenza Sociale Professionale, fondamentale per garantire lo sviluppo di un Centro Servizi Aziendale, recentemente avviato in raccordo al Centro Servizi Milanese, al quale l'ASST concorre con personale proprio. In questo ambito si è curato anche il tema delle dimissioni protette e lo sviluppo di percorsi intraziendali ortopedico riabilitativi basati sulla rilevazione dei bisogni dei pazienti e delle famiglie.

E' stata garantita la partecipazione attiva ai lavori dell'Advisory Board dei DSS e del Collegio dei Direttori dell'ATS Milano, in particolare si è collaborato alla stesura del progetto Milano e della relativa riprogrammazione delle attività territoriali. Tra queste l'ASST potrà essere particolarmente coinvolta nello sviluppo dell'integrazione con la rete dei Poliambulatori Milanesi.

Nel corso del 2016 sono state avviate inoltre le attività propedeutiche alla presa in carico di pazienti cronici e fragili nelle modalità formalizzate poi dalla DGR 6164/2017 con coinvolgimento in particolare dell'area delle patologie reumatiche autoimmuni sistemiche e della malattia di Parkinson e parkinsonismi. A tal fine è stato avviato un progetto sperimentale, sul modello triage, per l'attivazione di un call center dedicato alle patologie reumatiche che consenta un accesso tempestivo, dedicato e differenziato ai pazienti con necessità di prima visita reumatologica.

Infine è stata promossa l'adesione attiva alle reti cittadine che vedranno un sempre maggiore coinvolgimento dei professionisti di ogni disciplina.



6.2 L'area sanitaria

In tema di organizzazione sanitaria l'ASST ha proceduto con profonde azioni organizzative volte a migliorare la capacità erogativa aziendale.

- Ambulatori aperti: in adesione alle regole regionali la ASST ha attivato apposito progetto che si è esplicitato nei diversi presidi nei mesi da settembre a dicembre 2016.

Sono state offerte circa 350 prestazioni in orari pomeridiani dalle 17,00 alle 19,00 e le agende sono state saturate al 98% con soddisfazione dei pazienti.

- Sistemi informativi sale operatorie:

la programmazione dell'attività delle sale operatorie nei due presidi (Pini e CTO) era sostanzialmente assente alla data di avvio della ASST. La ASST ha lavorato su diversi fronti:

- È stato dato avvio ad un progetto di aggiornamento dei sistemi informativi di supporto alle Sale operatorie in modo da pervenire ad un sistema unico sui due presidi che consente di programmare settimanalmente l'attività elettiva e definire gli spazi utili alla gestione delle urgenze;
- Sono stati sollecitati i responsabili del Dipartimento Servizi di Supporto e del Dipartimento di Ortotraumatologia al fine di definire, nelle more dell'attivazione dei sistemi informativi, una modalità di programmazione delle attività di sala operatoria settimanale che consentisse di organizzare al meglio la turnistica del personale medico e infermieristico;
- E' stato attivato un monitoraggio degli andamenti in seno al Collegio di Direzione al fine di verificare e mettere a conoscenza eventuali criticità;
- La Direzione Sanitaria ha avviato un puntuale lavoro per la definizione di PDTA aziendali per il trattamento delle seguenti patologie:
 - Fratture di femore da sottoporre ad interventi entro le 48 ore;
 - Trattamento delle infezioni osteoarticolari;
 - Fratture della mano;
 - Ortopedia e Traumatologia pediatrica

In esito all'attivazione di tali PDTA la ASST ha rilevato un significativo miglioramento nell'andamento di alcuni indicatori di PNE per l'anno 2016 rispetto al 2015; l'attività chirurgica della ASST è stata più efficiente rispetto al 2015 in termini di attività svolte e risorse utilizzate.



- Attivazione CODMA: la commissione dispositivi in questa ASST riveste carattere strategico vista la rilevanza della spesa per protesi e dispositivi medici.

La commissione sovrintende all'introduzione di nuove tipologie di dispositivi e ha coadiuvato gli organi aziendali e gli uffici nell'implementazione di una modulistica aziendale omogenea per la gestione e l'autorizzazione delle richieste di materiali protesici e di dispositivi in relazione agli specifici contratti vigenti con aziende fornitrici.

La modulistica introdotta ha reso trasparente e controllabile il processo di richieste dei materiali e prevede verifiche di tipo clinico oltre che di tipo amministrativo.

- Rafforzamento rapporti con l'Università Statale di Milano: la Direzione ha perseguito il rafforzamento del rapporto strategico con Università Statale di Milano. In tale ottica nel corso del 2016 l' ASST ha ottenuto l'attribuzione di un professore ordinario di ortopedia che non era presente al Presidio Pini da circa 3 anni e non era previsto per il presidio CTO. In tale contesto la ASST ha condiviso con l'Università il mandato della L.R. 23/2015 che caratterizza la ASST come centro di riferimento in Ortopedia e Traumatologia sviluppando con l'inserimento del nuovo docente universitario sia un rafforzamento dell'attività assistenziale a favore dei pazienti sia il ruolo della ASST in relazione all'attività di didattica, formazione superiore e ricerca, attività queste ultime che devono caratterizzare un centro di eccellenza nazionale e internazionale come la ASST PINI/CTO.

Ammodernamento delle tecnologie

In linea generale la ASST necessita di un robusto intervento di ammodernamento tecnologico sia per l'erogazione di prestazioni di qualità idonee ad un Centro Specialistico di riferimento sia per l'ammodernamento di alcune strutture. In relazione ai finanziamenti già ricevuti la ASST si sta impegnando nella realizzazione più rapida possibile degli stessi.

Per garantire un servizio d'eccellenza l'Azienda nel corso dell'anno 2016 ha effettuato investimenti volti sia alla messa a norma, alla sicurezza ed all'adeguamento normativo della Struttura che all'acquisizione di attrezzature, di impianti e di macchinari in sostituzione di quelli obsoleti, indispensabili per il mantenimento in efficienza dell'Istituto.



Appropriatezza delle prestazioni

L'ASST verifica la propria attività di erogazione delle prestazioni di ricovero ordinario/day surgery/ambulatoriale e di diagnostica strumentale secondo quanto disposto da un Piano Annuale dei Controlli Aziendale che pone particolare attenzione a criticità di rendicontazione evidenziate dalla normativa in essere quali DRG potenzialmente inappropriati, ricoveri ripetuti, complicati; alle prestazioni di riabilitazione specialistica, cardiologica e dei mielolesi.

Nel corso degli anni la puntuale applicazione di un sistema standardizzato di controllo ha permesso di documentare una differenza statisticamente significativa nel livello di completezza, accuratezza e congruenza della rendicontazione degli episodi assistenziali.

L'implementazione di uno Strumento programmatico come un piano di controlli ha permesso la raccolta dei dati e l'analisi dei risultati dei controlli interni effettuati e di porre in atto delle regole di verifica periodica al fine di applicare delle azioni correttive sulle criticità che si evidenziano.

Accreditamento

È stato revisionato l'assetto accreditato del PO CTO in cui risultavano dismessi negli anni un numero consistente di posti letto.

È in corso la rimodulazione di entrambi gli assetti dei PO dell'ASST nell'ottica di rispondere a quanto indicato nel DM 70/2015.

È stato richiesto il riconoscimento di equipie miste per valorizzare figure professionali presenti in organico ma le cui attività non risultano adeguatamente rappresentate in assetto.

Audit PNE

Lo strumento con cui Agenas valuta gli esiti degli interventi sanitari è il Programma Nazionale Esiti (PNE), che pubblica i risultati relativi all'anno precedente.

La nuova ASST riunisce due strutture a prevalente indirizzo ortopedico con caratteristiche differenti che necessariamente devono uniformare alcuni percorsi di cura.

Per ragioni epidemiologiche e di valutazione della qualità dell'assistenza resa, particolare rilievo assumono i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA), che sottendono il monitoraggio di alcuni outcome come gli interventi per frattura di femore eseguiti in 48 ore dall'accesso del paziente alla Struttura.



Tale indicatore risulta ancor più rilevante, prendendo in considerazione quanto esplicitato negli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera che fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 48 ore su pazienti con frattura di femore di età > di 65 anni.

I risultati di PNE sono stati utilizzati all'interno dell'Azienda PO G. Pini per migliorare l'efficacia ed efficienza della Struttura attraverso uno specifico audit clinico organizzativo che, come ribadito nel Decreto del 21 giugno, rappresentano uno strumento di autovalutazione e programmazione. I risultati dell'audit hanno portato alla costituzione di un gruppo multidisciplinare per la messa a punto di una PDTA per la gestione dei pazienti con fratture di femore con l'obiettivo di standardizzare il processo assistenziale nei presidi Pini e CTO e al fine di migliorare la performance c/o il PO G. Pini.

L'applicazione dello stesso ha portato ad un miglioramento statisticamente significativo nel trattamento di tale tipologia di patologia entro le 48 ore passando dal 33,5% nel I trimestre 2016 al 75,7% nel IV trimestre 2016 (Fonte Portale di Governo Regione Lombardia).

Gestione Rischio Clinico

In ottemperanza alla Circolare Regione Lombardia 46/SAN del 27 dicembre 2004 e successive linee guida annuali per l'attività di risk Management, al fine di garantire un buon grado di sicurezza per pazienti e operatori che interagiscono con le strutture sanitarie, è stato formulato il Piano annuale di gestione del rischio sanitario che l' ASST ha inteso perseguire in accordo con la politica regionale.

Per l'anno 2016, l' ASST ha implementato obiettivi orientati alla garanzia di continuità di linee strategiche e azioni avviate negli anni precedenti, non solo proseguendo il percorso e le attività implementate, ma anche ampliando il proprio percorso attraverso lo sviluppo di nuovi e specifici progetti.

L'attività realizzata è dettagliata nella relazione conclusiva in merito al Piano Annuale Di Risk Management "Miglioramento della Qualità e della Sicurezza dei Pazienti e degli Operatori Sanitari" anno 2016.

Attività PrIMO

Il Piano di Miglioramento integrato dell' Organizzazione 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.



Elementi indispensabili alla redazione del PrIMO sono la compilazione e verifica della checklist di autovalutazione e la predisposizione del riesame di Direzione.

L'utilizzo di una check list ha permesso di mantenere un sistema di monitoraggio dei propri processi di gestione della salute capace di rilevare in modo sensibile le aree su cui realizzare i miglioramenti, misurando la compliance dell'organizzazione agli standard individuati.

È stato condotto il Riesame di Direzione inteso come attività sistematica e strutturata di valutazione circa lo stato e l'adeguatezza del sistema di gestione per la qualità in relazione alla politica per la qualità e ai relativi obiettivi ed eventuale definizione di nuovi obiettivi derivanti dal mutamento delle condizioni.

L'attività è stata effettuata per riscontrare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia dei piani a conseguire gli obiettivi stabiliti.

L'ASST è stata ricertificata ai sensi della norma ISO 9001:2008 in data 30 novembre 2016

Redazione ed implementazione PDTA

Alla luce delle indicazioni contenute nelle Linee Guida Regionali occorre predisporre una rete integrata di presidi che erogino prestazioni per patologie specifiche, identificando specifici processi clinici che tengano conto delle correlazioni e delle interdipendenze tra le attività / nodi della rete di offerta.

I percorsi diagnostico-terapeutici – assistenziali (PDTA) rappresentano lo strumento organizzativo in grado di integrare le risorse tecniche e professionali necessarie a riqualificare il processo di cura.

Al fine di standardizzare i percorsi in essere ed ottenere una maggiore omogeneità ed efficacia di trattamento dei pazienti che si presentano all' ASST sono stati predisposti dei progetti per la definizione di PDTA condivisi:

- Pazienti con frattura di femore;
- Pazienti affetti da infezioni osteoarticolari;
- Pazienti con traumi complessi e urgenze microchirurgiche dell'arto superiore e della mano
- PDTA traumatologia pediatrica Rete RIMMI



6.3 *L'area contratti*

L'ASST Gaetano Pini/CTO, nell'anno 2016, si è attenuta a quanto disposto dalla normativa Nazionale e regionale vigente in tema di acquisti di Beni e Servizi alla luce e in ottemperanza alle Regole di Sistema, così come delineate nella DGR n 4702/2015.

Nello specifico le principali azioni intraprese sono così riassumibili:

- ARCA

- Sono state attivate tutte le convenzioni ARCA aggiudicate nel lasso temporale 01/01/2016 al 31/12/2016 relativamente a materiali sanitari e non in uso presso questa ASST, così come minuziosamente dettagliati nelle Relazioni Trimestrali in tema di Beni e Servizi e nelle relazioni accompagnatorie alle Certificazioni trimestrali come di seguito elencato:

materiale di sterilizzazione, deflussori e regolatori di flusso, antisettici e disinfettanti, ausili per incontinenti, materiale e vestiario in Tnt non sterile, guanti ad uso sanitario, carta in risme, cancelleria, aghi e siringhe, dispositivi per apparato circolatorio, set in tnt sterili e camici chirurgici in tnt, dispositivi per medicazione generale e specialistica, cartucce e nastri per stampanti, fili di sutura, suturatrici meccaniche e per videolaparoscopia, prodotti dietetici.

- Sono state conferite ad ARCA nel corso dell'anno 2016 le deleghe ai fini dell'espletamento delle procedure aperte di ristorazione, pulizia e lavanolo.

- CONSIP

- Le convenzioni CONSIP attivate dall'ASST sono state all'uopo rendicontate in tutte le Relazioni Trimestrali in tema di beni e Servizi come di seguito elencato:

appalto specifico per la fornitura di derrate alimentari nell'ambito del bando istitutivo avente ad oggetto il sistema Dinamico di acquisizione (SDAPA) messo a disposizione da Consip SPA per un periodo di 36 mesi, energia elettrica e gas, computer portatili, autovettura aziendale.

- In particolare, si evidenzia che nell'anno 2016 si è dato avvio all'appalto specifico per la fornitura di derrate alimentari nell'ambito del bando istitutivo avente ad oggetto il sistema Dinamico di acquisizione (SDAPA) messo a disposizione da Consip SPA per un periodo di 36 mesi.



- GARE AGGREGATE

- In ottemperanza alla Regole di sistema ed in conformità a quanto indicato nella predetta programmazione, l'ASST ha conferito delega amministrativa per l'espletamento, in unione d'acquisto, delle procedure ad evidenza pubblica minuziosamente dettagliate nelle Relazioni Trimestrali e nelle Relazioni in tema di Beni e Servizi come di seguito elencato:

abbonamenti a periodici e riviste scientifiche italiane ed estere, servizio di somministrazione lavoro a tempo determinato di diverse figure professionali.

- AGGREGAZIONI EX POST

- In merito alle aggregazioni ex post, anch'esse tutte menzionate in corso d'anno nelle Relazioni accompagnatorie ai CET e all'interno delle Relazioni all'uopo predisposte in tema di Beni e Servizi, si segnalano le principali che hanno impatto pluriennale strategico per l'ASST:
 - Gara espletata dall'ex Policlinico per la gestione delle risorse umane;
 - Gara espletata dalla ex A.O. San Paolo relativamente alla gestione dell'intero sistema informativo;
 - Gara espletata da Ircss Tumori di Milano relativamente alla Chimica clinica e immunometria;
 - Gara espletata da Ircss Ca Granda Policlinico di Milano relativamente alla coagulazione.

Si segnala che l'ASST ha partecipato a tutti i Tavoli di Lavoro previsti dall'unione formalizzata interaziendale al fine di condividere la programmazione acquisti in ottemperanza alle linee guida Regionali.

Occorre evidenziare che l'ASST, nel corso del 2016, ha ritenuto opportuno ed indispensabile procedere ad una riorganizzazione delle modalità di acquisizione del materiale protesico e di osteosintesi, in attesa della esecuzione della gara ARCA, cui l'Azienda ha aderito:

- con deliberazione n. 55 del 25.02.2016 ha aggiornato la composizione della Commissione Dispositivi Medici Aziendale (CoDMA), dando impulso e procedure formalizzate in caso di introduzione di nuovi dispositivi sanitari;



- con deliberazione n. 151 del 28.04.2016, è stato approvato un protocollo dei processi gestionali e decisionali relativi all'impiego di materiali protesici, di osteosintesi e accessorio, con ciò istituzionalizzando le diverse fasi distinte e complementari sottese agli acquisti in parola, prevedendo un processo di natura decisionale e autorizzativa, riguardante gli aspetti a carattere clinico e sanitario, laddove questi debbano essere presi in considerazione in relazione all'acquisizione dei materiali in oggetto, afferente alla Direzione del Dipartimento di Ortotraumatologia Generale e Chirurgie Ortopediche Specialistiche in quanto soggetto all'uopo individuato dalla Direzione Sanitaria aziendale;
- una revisione gestionale, riguardante il ruolo attribuito al Magazzino SAGBO e le attività espletate nell'ambito dello stesso relativamente al deposito di materiale protesico e di osteosintesi;
- un sistema di costante monitoraggio circa il rispetto delle nuove modalità operative introdotte da parte dei medici coinvolti.

Tali soluzioni si inseriscono in un contesto organizzativo finalizzato a rendere maggiormente tracciato e trasparente il processo di acquisizione del materiale protesico in generale, tenuto conto della sua rilevanza economica per l'azienda, e degli aspetti clinico assistenziali comunque da garantire in una ASST a vocazione marcatamente chirurgica-ortopedica.



6.4 *L'area economico-finanziaria*

Al fine di garantire il rispetto dell'equilibrio economico - finanziario, l'Azienda ha effettuato un'attenta valutazione delle singole voci di costo, in ottemperanza alla prescrizioni regionali, ed in particolare l'ASST, nel corso dell'anno 2016, ha effettuato una serie di azioni di contenimento dei costi mediante:

- l'attivazione di un processo di budget completo, con costante monitoraggio della produzione, indicatori sanitari e dei costi in particolare dispositivi e protesi e materiale sanitario;
- la revisione dei contratti dei servizi e delle forniture;
- l'attivazione, come già fatto negli esercizi passati, di convenzioni Consip ed ARCA nonché l'effettuazione di acquisti mediante aggregazioni con Consorzi tra Aziende e mediante procedure espletate sulla piattaforma informatica SINTEL;
- la quantificazione e la stima con estrema attenzione delle basi d'asta dei nuovi appalti in via di indizione, sulla base della programmazione degli acquisti di beni e servizi previa ricognizione da parte di tutti i Dirigenti Responsabili di struttura/dipartimento.

Nonostante tali azioni il contenimento dei costi per beni e servizi, con particolare riferimento ai dispositivi medici ed ai servizi, si è configurato molto critico per i seguenti motivi:

- la richiesta di rinegoziazione dei contratti del materiale protesico e di osteosintesi, effettuata a tutti i fornitori a fine dell'anno 2015, è stata rigettata (lettera del 4 novembre 2015 di espresso diniego da parte di Assobiomedica);
- le spese relative a manutenzione software ed altri applicativi non possono essere contratte in quanto vi sono contratti pluriennali già rinegoziati;
- i costi sono strettamente correlati alla specificità dei devices che si devono acquisire al fine di mantenere un livello adeguato che contraddistingue un istituto a indirizzo prevalentemente ortopedico.

Oltre a ciò si fa presente che l'Azienda, sia nella componente "PINI" che nella componente "CTO", ha registrato negli ultimi anni una flessione dell'attività ed il nuovo assetto, anche sfruttando le necessarie sinergie, deve portare ad una ripresa dell'attività chirurgica che, per le specificità ortopedico-traumatologiche dell'Azienda, non può non avere effetto sul consumo di materiale protesico e dei dispositivi medici.



L'Azienda si è comunque impegnata ad effettuare uno stretto monitoraggio al fine di garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni ed a non incidere negativamente sull'assistenza offerta ai cittadini che ad essa si rivolgono.

6.5 L'area degli investimenti

Il Piano investimenti anno 2016 ha riguardato i seguenti interventi:

DGR X/855 DEL 25/10/2013 VI ADPQ

- RISTRUTTURAZIONE 3 PIANO MONOBLOCCO B, DAY HOSPITAL, AMBULATORI, REUMATOLOGIA E ASCENSORI inizio cantiere il 24 dicembre 2015 conclusione prevista nel agosto 2017 importo finanziato € 1.571.000,00.=;
- appalto integrato cd. complesso, ai sensi dell'art. 53, comma 2, lett. c), del d.lgs. 163/2006, della progettazione esecutiva – previa acquisizione della progettazione definitiva in sede di offerta – e dei lavori di ristrutturazione del piano rialzato dell'edificio “padiglione ricovero” della sede dell'azienda ospedaliera “istituto ortopedico Gaetano pini” di viale Monza, per la realizzazione della nuova sede dell'area (centro di formazione simulazione per l'attività formativa clinico assistenziale di emergenza e urgenza, maxiemergenze internazionali e management di sistemi sanitari) e per gli interventi di rimozione delle coperture contenenti amianto e rifacimento delle stesse - inizio cantiere luglio 2016 conclusione prevista agosto 2017 importo finanziato € 4.738.875,77.=;

DGR X/388 2013

- Acquisizione di una apparecchiatura risonanza magnetica RNM per la radioprotezione della sede di Piazza Cardinal Ferrari 1 Milano – comprensiva dei lavori di aggiudicazione NOVEMBRE 2016 – in attesa di concludere le pratiche autorizzative per inizio cantiere importo finanziato € 1.780.000,00.=.



7 I RISULTATI SANITARI

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: 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

Commento [NM1]: Il dato sul 2015 è in lavorazione, nel 2014 la prevalenza delle LDD 5,16%



Area	Obiettivo	Tipo di indicatore	Descrizione Indicatori	Razionale	FORNITORE DATI	PERIODICITA' DELLA RILEVAZIONE	STANDARD	PRIORITA'
EFFICACIA-APPROPRIATEZZA DEI PROCESSI ASSISTENZIALI	Raggiungere standard previsti dalla checklist di autovalutazione	esito	N. standard raggiunti/ N. standard valutati	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	>90%	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	>90%	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	>90%	Alta
EFFICACIA-esiti-prevenzione	Ridurre ISC	processo	N. pazienti che ricevono antibiotico profilassi 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 programmati	La corretta igiene delle mani riduce le ICA	Monitoraggio interno	semestrale	100%	Alta
EFFICACIA-esiti-prevenzione	Ridurre ICA	processo	Compliance complessiva lavaggio mani	La corretta igiene delle mani riduce le ICA	Monitoraggio interno	semestrale	>80%	Alta
EFFICACIA-esiti-prevenzione	Ridurre ICA	processo	Compliance framework OMS	La corretta igiene delle mani riduce le ICA	Monitoraggio interno	semestrale	Incremento rispetto punteggio storico	Alta
EFFICACIA-esiti-prevenzione	Trattamento appropriato del paziente infetto da microrganismi resistenti ai carbapenemici	processo	Compliance indicazioni isolamento	La gestione corretta del paziente infetto	Monitoraggio interno	semestrale	>90%	Alta



Area	Obiettivo	Tipo di indicatore	Descrizione Indicatori	Razionale	FONTE DATI	PERIODICITA' DELLA RILEVAZIONE	STANDARD	PRIORITA'
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
EFFICACIA-esiti-RIAMMISSIONI	Ridurre i ricoveri ripetuti	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



Di seguito si commentano i principali obiettivi.

Corretta somministrazione profilassi antibiotica

Indicatore:

EFFICACIA- esiti- prevenzione	Ridurre ISC	processo	N. pazienti che ricevono antibiotico profilassi come da LG / N. pazienti operati	Una corretta somministrazione della profilassi antibiotica riduce le ISC
-------------------------------------	----------------	----------	---	--

Razionale

Nonostante ci sia evidenza che una corretta profilassi perioperatoria, in termini di appropriata scelta della molecola e timing di somministrazione sia efficace nella prevenzione delle ISC (Jansen, 2010; Marculescu, 200; Dellinger, 2007; VanKasten, 2007) e sebbene esistano numerose linee guida nazionali e internazionali sulle procedure di profilassi antibiotica (Sistema nazionale per le Linee Guida SNLG17, Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 104, ecc...), si continua a registrare un'ampia variabilità nella modalità di somministrazione ed elevate percentuali di non adesione alle raccomandazioni (Bedouch, 2004; Miliani, 2009; Young, 2011).

Appropriati interventi di formazione e monitoraggio risultano essere efficaci nell'aumentare il livello di compliance alle LG (Nobile, 2014).

Materiali e Metodi

Nel 2013 sono state integrate ed approvate le LG aziendali di antibiotico profilassi in chirurgia ortopedica e distribuite a tutte le UUOO. Al fine di uniformare la modalità di effettuazione dell'antibiotico profilassi in tutta l'ASST è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare che attraverso il CCIO ha revisionato le LG e promosse in tutta l'ASST.

Le LG sono state revisionate l'8/06/2016 e successivamente pubblicate in INTRANET per la diffusione a tutti gli operatori sanitari coinvolti.



Nel corso del 2016 sono state valutate il 5% delle CC prodotte e i FUT in esse contenuti per verificare la corretta applicazione delle LG di antibiotico profilassi. Gli schemi di profilassi rilevati dalla documentazione sanitaria sono stati giudicati non aderenti alle Linee Guida (LG) quando:

- non è stata registrata alcuna somministrazione (prevista per una determinata tipologia di interventi di interventi);
- è stata scelta una molecola diversa da quelle raccomandate senza esplicitata motivazione;
- la profilassi è stata prolungata oltre le 24 ore dall'intervento senza esplicitata motivazione.

Igiene delle mani

EFFICACIA- esiti-prevenzione	Ridurre ICA	processo	N. audit lavaggio mani espletati/ audit programmi	La corretta igiene delle mani riduce le ICA
EFFICACIA- esiti-prevenzione	Ridurre ICA	processo	Compliance complessiva lavaggio mani	La corretta igiene delle mani riduce le ICA
EFFICACIA- esiti-prevenzione	Ridurre ICA	processo	Compliance framework OMS	La corretta igiene delle mani riduce le ICA

Razionale

L'igiene delle mani è la principale misura di prevenzione in termini di costo-efficacia delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). WHO ha proposto nel 2005 la campagna "Global Patient Safety Challenge", con l'obiettivo di ridurre l'incidenza globale delle ICA, attraverso programmi e strategie multimodali, strumenti interattivi per la formazione e metodiche standardizzate per monitorare l'adesione.

Materiali e Metodi



Nel corso del 2016 sono state condotte tutte le verifiche igienico-sanitarie previste che prevedono osservazioni dirette del lavaggio delle mani e dell'utilizzo dei disinfettanti con cadenza semestrale attraverso apposite checklist con particolare riferimento alla tecnica di lavaggio.

In particolare sono stati verificate le seguenti tipologie di lavaggio:

1.	Lavaggio sociale con detergente liquido. Asciugatura con salviette monouso.
2.	Lavaggio a secco con soluzione alcolica 4 ml, frizionare per 30 sec., ripetere il lavaggio e far asciugare.
3.	Lavaggio antisettico per tecniche invasive e/o procedure asettiche, contatto paziente settico con antisettico secondo protocollo. Asciugare con salvietta monouso. L'uso dei guanti rimane obbligatorio comunque.
4.	Lavaggio chirurgico prima di interventi chirurgici con antisettico secondo protocollo facendo uso dello spazzolino per unghie; ripetere il lavaggio ed asciugare con panno sterile.

Framework OMS

È stato adottato lo strumento di autovalutazione Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010 della WHO, per ottenere l'analisi in merito alla promozione e alla pratica dell'igiene delle mani all'interno della struttura sanitaria. Il documento funge da strumento diagnostico, individuando i problemi chiave che necessitano di

attenzione e miglioramento. I risultati possono essere utilizzati per facilitare lo sviluppo di un piano di azione rivolto ai programmi di promozione dell'igiene delle mani nelle strutture sanitarie. L'uso ripetuto di questo strumento consente anche di documentare i progressi nel tempo.

Il framework valuta le seguenti aree:

Aree:
Cambiamenti di sistema
Educazione e formazione
Valutazione e feedback
Promemoria sul posto di lavoro
Clima mirato alla sicurezza istituzionale



Dall'autovalutazione si evidenzia nell'arco di un semestre un aumento di 5 punti nella sezione "valutazione e feedback":

- a marzo 2016 il totale era di 430 punti (livello igiene delle mani - Intermedio o Consolidato)

Gestione pazienti con infezione da microrganismi resistenti ai carbapenemici

EFFICACIA- esiti- prevenzione	Trattamento appropriato del paziente infetto da microrganismi resistenti ai carbapenemici	processo	Compliance indicazioni isolamento	La gestione corretta del paziente infetto
-------------------------------------	---	----------	---	--

L'antibioticoresistenza è un problema planetario ma in alcuni Paesi, tra cui l'Italia, è particolarmente grave.

Particolare attenzione è stata posta alla sorveglianza e controllo delle infezioni sostenute da batteri resistenti ai carbapenemi. La resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri costituisce un problema clinico rilevante, dato che questi antibiotici rappresentano i farmaci di riferimento per la terapia delle infezioni invasive da enterobatteri Gram negativi multiresistenti. Tale tratto di resistenza è dovuto prevalentemente all'emergere di nuove β -lattamasi capaci di idrolizzare i carbapenemi

Negli scorsi anni è stata realizzata una formazione ad hoc in merito alla corretta identificazione e gestione di patologie sostenute da Enterobatteri produttori di carbapenemasi, attraverso una formazione sul campo presso tutte le UUOO relativa alla Prevenzione, Controllo e Trattamento delle Infezioni da Enterobacteriaceae.

Nell'ambito della sua attività ordinaria di vigilanza igienico-sanitaria la DMP pianifica delle verifiche periodiche che vengono condotte da personale formato utilizzando come strumento di verifica una *checklist* predisposta ad hoc. Tale *checklist* è stata recentemente integrata con una serie di items dedicati al monitoraggio delle misure di isolamento.



Riduzione del 10 % rispetto al 2015 della valorizzazione riferibile ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza.

EFFICACIA- appropriatazza percorsi assistenziali	Appropriatazza dei ricoveri	esito	Tasso Ricoveri Ordinari di 2 o più GG per DRG Alto Rischio Inappropriatazza	Il rispetto degli standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse
---	--------------------------------	-------	--	---

Razionale

Tra gli indicatori di patologia monitorati a livello regionale viene presentato l'indicatore che fa riferimento al tasso di ricoveri ordinari di 2 o più giornate per DRG ad alto rischio di inappropriatazza. È stato condotto un audit ad hoc, i cui esiti sono stati trasmessi ad ATS.

Materiali e Metodi

I processo di audit, così come indicato nel decreto del 21 giugno 2016 e dai Piani di Miglioramento Regionali (PRIMO) si è articolato nelle seguenti fasi:

- Analisi della situazione ex ante.
- Condivisione della metodologia di audit.
- Verifica degli eventuali scostamenti rispetto agli standard
- Analisi dei processi correlati con le suddette criticità
- Implementazione di Azione Correttive finalizzato al controllo del processo nel rispetto degli standard attesi.

In merito ai DRG ad elevato rischio di inappropriatazza, si è definito di verificare le giornate inappropriata riferite ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza e di annullare eventuali giornate inappropriata inappropriata.

Le criticità correlate alle giornate inappropriata individuate sono state puntualmente segnalate ai referenti dei Nuclei Interni di Controllo delle UUOO coinvolte.



Checklist di autovalutazione

L'utilizzo di una check list quale strumento per la periodica autovalutazione è mutuato dall'esperienza pluriennale maturata durante il progetto di Regione Lombardia terminato nel 2011 in collaborazione con Joint Commission International e permette alle aziende di mantenere un sistema di monitoraggio dei propri processi di gestione della salute capace di rilevare in modo sensibile le aree su cui realizzare i miglioramenti.

Con l'obiettivo di dare continuità rispetto al passato, già dal 2012, nell'ambito del Gruppo di lavoro "Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente"

È stato avviato un processo di revisione della checklist di autovalutazione che ha portato alla creazione di una checklist unica per la valutazione di

strutture di ricovero e cura per acuti e strutture di riabilitazione.

Le Aziende sono chiamate ad inviare ogni semestre la propria checklist di autovalutazione tramite il flusso SMAF.

Misurare la compliance dell'organizzazione agli standard contenuti nella check list regionale rappresenta un buon indicatore di esito che permette di avere una visione integrata delle diverse dimensioni della qualità.



N.	AREA	Pini % per item	CTO% per item	N	AREA	Pini % per item	CTO% per item
1	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (OBI)	78,13%	90,63%	11	TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE (TDP)	93,75%	100%
2	ACCESSO AI SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA (ACA)	72%	86%	12	EDUCAZIONE DEI PAZIENTI E FAMILIARI (EPF)	100%	100%
3	PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE (PVP)	83,87%	88%	13	DIMISSIONI (DIM)	100%	100%
4	COORDINAMENTO E CONTINUITA' DELLE CURE (CCC)	100%	100%	14	DOCUMENTAZIONE CLINICO-RIABILITATIVA (DCR)	95,45%	100%
5	INFORMAZIONE E DIRITTI DEL PAZIENTE (IDP)	93,75%	100%	15	ACQUISIZIONE ATTREZZATURE E SUPERVISIONE DEI CONTRATTI (AAS)	100%	100%
6	PROCESSO DI CURA (PDC)	94,74	100%	16	QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE (QDP)	86%	85,71%
7	SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO (SML)	92,50	91,67%	17	PROCESSO DI GESTIONE DEL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE (PGM)	94%	95,10%
8	SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (SDI)	97,22	91,67%	18			
9	PROCESSO DI GESTIONE DEL FARMACO (PGF)	83,65	98%	19			
10	ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA CHIRURGICA (AAC)	100	100%	20			



MEWS

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
---	----------------	----------	--	---

In linea con quanto indicato nel decreto n.7517 del 2013 “strategie integrate per ridurre la mortalità ospedaliera associata alla sepsi grave”, per favorire la corretta e tempestiva identificazione precoce del paziente settico, viene utilizzato lo score MEWS c/o lo STU dell’Azienda.

Lesioni da pressione

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
---	-----------------------------------	-------	---	---

La prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione (LdP) rappresentano un problema rilevante, che richiede un notevole impegno gestionale in termini di risorse umane, materiali e tecnologie.

Un dato inequivocabile, conferma però che una adeguata valutazione del soggetto ed un corretto approccio preventivo svolgono un ruolo determinante nella salvaguardia dell’integrità cutanea degli assistiti.

Nel corso dell’anno 2016, presso la Sede Cardinal Ferrari e presso il Polo Riabilitativo è stato effettuato il monitoraggio delle lesioni da pressione (LDP) rilevate al momento del ricovero e quelle che si sono sviluppate nel corso della degenza mediante i seguenti moduli dedicati :

- MOD/33 DMP “Modulo richiesta di presidi antidecubito”
- MOD/01 PIA/03 “Scheda di descrizione e trattamento delle lesioni da decubito”

Tali moduli vengono trasmessi, da parte dei reparti di degenza alla DMP, come da procedura.



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini

Gestione tempi di attesa

È stato redatto e trasmesso il PGTa (protocollo n.PG/2016/000054 e PG/2016/0008397) .

L'esito della valutazione ATS 2016 evidenzia che l'obiettivo del rispetto dei tempi di attesa al 95% è stato raggiunto dall'ASST senza nessuna penalizzazione.



8 I RISULTATI DELLA PERFORMANCE

La Scheda di Budget è lo strumento operativo di supporto in cui gli obiettivi sono dettagliatamente articolati, unitamente agli indicatori da utilizzare per misurarne il grado di raggiungimento. Il Controllo di Gestione produce periodicamente una dettagliata reportistica per il costante monitoraggio dell'andamento di gestione.

Gli obiettivi operativi, declinazione degli obiettivi strategici, sono stati individuati per l'anno 2016, sia per il personale della dirigenza che per il personale del comparto, in sede di negoziazione budget che avviene a livello di struttura complessa o struttura semplice dipartimentale e sono riportati nelle singole Schede di Budget.

La verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi assegnati nell'anno 2016 alle singole strutture aziendali, avviene sulla base di criteri, tempi e metodi discussi con le Organizzazioni Sindacali ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali.

In proposito è stata sottoscritta (16 novembre 2016) con le OOSS una proposta che riporta criteri e fasce di scostamento per gli obiettivi assegnati nell'anno 2016 per l'area del Comparto.

Sono state effettuate da parte del CdG le verifiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi, i cui esiti si riportano nelle tabelle successive. Al momento della redazione della presente Relazione l'istruttoria risulta conclusa e validata dal NVP per l'area del Comparto; per l'area della Dirigenza il CdG ha concluso la fase della valutazione ma deve essere perfezionata la fase della validazione, pertanto i valori esposti potranno subire delle variazioni sulla base delle eventuali osservazioni delle parti coinvolte (NVP, Direzione Strategica, Dirigenza).

Di seguito si riportano le tabelle riepilogative dei risultati.



RIEPILOGO VALUTAZIONE
BUDGET 2016

PINI		ATTIVITA'			CONSUMI			PRESTAZIONI INTERMEDIE			INDICATORI			QUALITA'				TOTALE PESO	
Medico Responsabile	Nominativo Struttura	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno Dir	Avanz % Cons vs BDG Anno Comp	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO
Prof. Pietro Randelli	S.C. Ort. Traumat. 1a Divisione	96,16%	19,23	19,23	107,28%	20,00	10,00	82,49%	8,25	4,12	61,11%	6,11	3,06	97,57%	100,00%	39,03	60,00	92,62	96,42
Dott. Riccardo Benvenuti	S.S.D. Chirurgia Percutanea delle Patologie del Piede	94,55%	18,91	18,91	105,45%	20,00	10,00	127,84%	10,00	5,00	52,00%	5,20	2,60	100,00%	87,50%	40,00	52,50	94,11	89,01
Prof. Bruno M. Marelli	S.C. Ort. Traumat. 2a Divisione	94,02%	18,80	18,80	101,79%	20,00	10,00	100,94%	10,00	5,00	62,63%	6,26	3,13	95,79%	85,75%	38,31	51,45	93,37	88,38
Dott. Massimo Berruto	S.D. Chir. Art. del Ginocchio	99,85%	19,97	19,97	96,88%	19,38	9,69	108,13%	10,00	5,00	75,90%	7,59	3,80	93,88%	97,50%	37,55	58,50	94,49	96,96
Dott. Roberto Leo	S.D. Chir e Pat. Della Spalla e del Gomito	100,54%	20,00	20,00	89,59%	17,92	8,96	94,17%	9,42	4,71	42,43%	4,24	2,12	95,88%	100,00%	38,35	60,00	89,93	95,79
Dott. Fabio Verdoni	S.D. Allungamento e Fiss est Arti	93,03%	18,61	18,61	81,01%	16,20	8,10	104,84%	10,00	5,00	41,17%	4,12	2,06	92,75%	100,00%	37,10	60,00	86,03	93,77
Dott. Alberto Ventura	S.D. Chir. Art. Mininvasiva	111,32%	20,00	NA	82,48%	16,50	NA	84,24%	8,42	NA	55,89%	5,59	NA	96,88%	0,00%	38,75	NA	89,26	NA
Dott. Giorgio Gaetani	S.C. Ort. Traumat. 3a Divisione	97,65%	19,53	19,53	99,74%	19,95	9,97	99,49%	9,95	4,97	51,38%	5,14	2,57	95,21%	99,50%	38,09	59,70	92,66	96,75
Prof. Giuseppe V. Mineo	S.C. Ort. Traumat. 4a Divisione (EX 6a Div.)	101,11%	20,00	20,00	99,39%	19,88	9,94	94,69%	9,47	4,73	52,33%	5,23	2,62	97,64%	90,25%	39,06	54,15	93,64	91,44
Dott. Antonio Memeo	S.D. Orto-traumatologia Pediatrica	101,15%	20,00	20,00	93,90%	18,78	9,39	115,20%	10,00	5,00	64,88%	6,49	3,24	96,00%	89,75%	38,40	53,85	93,67	91,48
Prof. Giorgio M. Calari	S.C. COR & Risk Management	87,61%	17,52	17,52	105,74%	20,00	10,00	90,50%	9,05	4,52	64,39%	6,44	3,22	96,29%	99,25%	38,51	59,55	91,52	94,82
Dott. Antonio Pellegrini	S.S.D. Ort. Traum. Tratt.complicanze settici	123,32%	20,00	NA	304,16%	20,00	NA	166,67%	10,00	NA	49,21%	4,92	NA	94,60%	0,00%	37,84	NA	92,76	NA
Dott. Alberto Tassi	S.C. Orto-traumatologia 16	109,78%	20,00	20,00	96,96%	19,39	9,70	84,51%	8,45	4,23	95,72%	9,57	4,79	96,20%	99,00%	38,48	59,40	95,89	98,11
Dott. Carmine Cucciniello	S.C. Ortopedia Correttiva - ORC	96,91%	19,38	19,38	88,07%	17,61	8,81	96,27%	9,63	4,81	55,30%	5,53	2,77	97,36%	95,25%	38,94	57,15	91,09	92,92
Dott. Arturo Guarino	S.C. Traumatologia dello Sport	99,36%	19,87	19,87	87,21%	17,44	8,72	110,47%	10,00	5,00	55,76%	5,58	2,79	96,64%	98,25%	38,66	58,95	91,55	95,33
Dott. Primo Andrea Daolio	S.C. Chir. Ort. Oncologica	93,81%	18,76	18,76	108,79%	20,00	10,00	119,45%	10,00	5,00	78,18%	7,82	3,91	70,28%	99,25%	28,11	59,55	84,69	97,22
Dott. Pierluigi Tos	S.C. Micro Chirurgia della Mano	97,26%	19,45	19,45	108,62%	20,00	10,00	106,70%	10,00	5,00	45,04%	4,50	2,25	93,89%	100,00%	37,56	60,00	91,51	96,70
Dott. Ennio Vignali	S.D. Tendinopatie Flogistiche Mano	119,81%	20,00	NA	118,93%	20,00	NA	135,61%	10,00	NA	100,00%	10,00	NA	94,57%	0,00%	37,83	NA	97,83	NA
Dott. Bernardo Misaggi	S.C. Patologie Colonna Vertebrale	97,72%	19,54	19,54	87,95%	17,59	8,80	88,89%	8,89	4,44	68,65%	6,86	3,43	95,14%	99,00%	38,06	59,40	90,94	95,61



PINI		ATTIVITA'			CONSUMI			PRESTAZIONI INTERMEDIE			INDICATORI			QUALITA'				TOTALE PESO	
Medico Responsabile	Nominativo Struttura	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Com p. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno Dir	Avanz % Cons vs BDG Anno Comp	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO
Dott. Umberto De Bellis	S.S.D. STU	94,85%	33,20	23,71	101,72%	20,00	15,00				94,85%	4,74		94,94%	100,00%	37,98	60,00	95,92	98,71
Dott. Luigi Sinigaglia	S.C Day Hospital Reumatologia	77,36%	15,47	15,47	104,25%	20,00	10,00	100,66%	10,00	5,00	95,75%	9,58	4,79	100,00%	100,00%	40,00	60,00	95,05	95,26
Prof. Pier Luigi Meroni	S.C. Reumatologia	91,49%	18,30	18,30	116,50%	20,00	10,00	75,35%	7,54	3,77	95,71%	9,57	4,79	100,00%	97,50%	40,00	58,50	95,40	95,35
Dott. Roberto Viganò	S.C. Reumatologia Chirurgica - CAR	97,36%	19,47	19,47	101,56%	20,00	10,00	94,62%	9,46	4,73	60,30%	6,03	3,01	97,46%	100,00%	38,98	60,00	93,94	97,21
Dott. Lorenzo Panella	S.C. Medicina Fisica & Riabilitazione	98,46%	19,69	19,69	112,15%	20,00	10,00	91,38%	9,14	4,57	70,40%	7,04	3,52	92,10%	100,00%	36,84	60,00	92,71	97,78
Dott. Massimo Dall'Aglio	S.S.D. Cardiologia	111,96%	35,00	25,00	81,71%	16,34	12,26				100,00%	5,00		94,72%	100,00%	37,89	60,00	94,23	97,26
Dott. Mauro Gallazzi	S.C. Radiodiagnostica sede/Isocrate	93,91%	32,87	23,48	129,65%	20,00	15,00				93,91%	4,70		98,15%	100,00%	39,26	60,00	96,83	98,48
Dott. Calogero Crapanzano	S.C. Patologia Clinica	101,03%	35,00	25,00	110,02%	20,00	15,00				100,00%	5,00		100,00%	100,00%	40,00	60,00	100,00	100,00
Dott. Mario Loiero	S.D. Neurologia	93,26%	32,64	23,32	80,60%	16,12	12,09				93,26%	4,66		73,84%	100,00%	29,54	60,00	82,96	95,41
Dott.ssa Antonina Parafioriti	S.C. Anatomia Patologica	92,16%	32,26	23,04	119,62%	20,00	15,00				92,16%	4,61		100,00%	0,00%	39,20	55,20	96,07	93,24
Dott. Giuseppe Bernabè	Ambulatorio Generale	92,66%	32,43	23,16	74,08%	14,82	11,11				92,66%	4,63		85,92%	100,00%	34,37	60,00	86,25	94,28

CTO		ATTIVITA'			CONSUMI			PRESTAZIONI INTERMEDIE			INDICATORI			QUALITA'				TOTALE PESO	
Medico Responsabile	Nominativo Struttura	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Com p. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno Dir	Avanz % Cons vs BDG Anno Comp	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO
dr. Norberto Confalonieri	CHIRURGIA PLASTICA	104,72%	20,00	NA	57,28%	11,46	NA	58,59%	5,86	NA	67,84%	6,78	NA	100,00%	0,00%	40,00	NA	84,10	NA
dr. Norberto Confalonieri	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	90,45%	18,09	18,09	110,35%	20,00	10,00	82,51%	8,25	4,13	61,14%	6,11	3,06	100,00%	86,88%	40,00	52,13	92,45	87,41
prof. Renato Facchini	CLINICA ORTOPEDICA	96,37%	19,27	19,27	91,88%	18,38	9,19	54,88%	5,49	2,74	74,83%	7,48	3,74	100,00%	88,63%	40,00	53,18	90,62	88,13
dr. Gianni Pezzoli	NEUROLOGIA	94,48%	18,90	18,90	420,55%	20,00	10,00	60,53%	6,05	3,03	90,13%	9,01	4,51	86,00%	100,00%	34,40	60,00	88,36	96,43
dr.ssa Chiara Castoldi	RADIOLOGIA	89,61%	31,36	22,40	75,81%	15,16	11,37				89,61%	4,48		95,71%	100,00%	38,29	60,00	89,29	93,77
dr. Lorenzo Panella	RIABILITAZIONE FUNZIONALE	99,78%	19,96	19,96	62,18%	12,44	6,22	33,70%	3,37	1,69	98,55%	9,85	4,93	78,64%	100,00%	31,46	60,00	77,07	92,79



CTO		ATTIVITA'			CONSUMI			PRESTAZIONI INTERMEDIE			INDICATORI			QUALITA'				TOTALE PESO	
Medico Responsabile	Nominativo Struttura	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno Dir	Avanz % Cons vs BDG Anno Comp	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO	Peso Dir. RISULTATO	Peso Comp. RISULTATO
dr.ssa Paola Centeleghe	CARDIOLOGIA E PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA	98,09%	19,62	19,62	125,15%	20,00	10,00	55,97%	5,60	2,80	81,00%	8,10	4,05	94,25%	100,00%	37,70	60,00	91,01	96,47
dr.ssa Angelica Bava	RIABILITAZIONE MIELOLESI	105,95%	20,00	20,00	68,12%	13,62	6,81	55,53%	5,55	2,78	63,11%	6,31	3,16	98,00%	100,00%	39,20	60,00	84,69	92,75
dr. Giuseppe Bonfiglio	SSD PRONTO SOCCORSO	95,85%	19,17	19,17	75,85%	15,17	7,58				100,00%	20,00	10,00	97,00%	100,00%	38,61	60,00	92,95	96,76

dr. Rocco Rizzo	S.C. Anestesia sede	110,44%	35,00	25,00	118,76%	20,00	15,00				100,00%	5,00		98,67%	99,55%	39,47	59,73	99,47	99,73
dr. Rocco Rizzo	S.C. Anestesia CTO	105,10%	35,00	25,00	104,91%	20,00	15,00				100,00%	5,00		100,00%	100,00%	40,00	60,00	100,00	100,00

dr. ssa Maristella Farè	S.S.D. Banca Regionale Tessuto Muscoloscheletrico	95,00%	47,50	23,75	101,00%	35,00	15,00				95,00%	4,75		100,00%	100,00%	10,00	60,00	97,25	98,75
-------------------------	---	--------	-------	-------	---------	-------	-------	--	--	--	--------	------	--	---------	---------	-------	-------	-------	-------

DIRIGENTE RESPONSABILE	S.C./S.S.	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIRIGENZA E COMPARTO
Dott. Massimiliano Agistri	UOC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	99%
Geom. Silvia Berti	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	100%
Ing. Francesca De Giorgi	SS SIA	100%
Dott.ssa Sandra Di Simone Dott. Leonardo Tozza	UOC RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI	100%
Dott.ssa Emilia Martignoni	UOC GESTIONE RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE E CONTROLLO DI GESTIONE	100%
Dott.ssa Valeria Massari	SS FARMACIA	100%
Dott.ssa Marilena Moretti Avv. Sara Avietti	UOC AFFARI GENERALI - SSD UFFICIO LEGALE	100%
Dott.ssa Mara Taverriti	CUP URP UFF. FORMAZIONE UFF. COMUNICAZIONE	100%
Dott.ssa Daniela Troiano	UOC APPROVVIGIONAMENTI E SERVIZI ECONOMICI	100%



9 GLI INDICATORI

Di seguito sono riportati i risultati degli 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 ha definito 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	FONTE DEL DATO	PERIODICITA' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO	RISULTATO
Efficienza	Produzione effettiva/Produzione finanziabile	Bilancio Aziendale	trimestrale	Economico Finanziario	100%	101%
	Costo farmaci/Produzione effettiva	Contabilità analitica	trimestrale	CdG	≤24%	29%
	Costo dispositivi/Produzione e effettiva	Contabilità analitica	trimestrale	CdG	≤17%	20%
	Costo protesi/Produzione effettiva	Contabilità analitica	trimestrale	CdG	≤12%	14%
	Produzione effettiva/FTE/Personale	Contabilità analitica	trimestrale	CdG	≥€. 10.000	62.164
AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	PERIODICITA' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO	RISULTATO
Processi organizzativi	Media ore di assenza	Conto Annuale	trimestrale	Risorse Umane	≤ 5% della media storica	422,15
	Media ore di formazione per dipendente	Conto Annuale	trimestrale	Formazione	≤ 5% della media storica	4,37
	nr medici/nr ricoveri	FLUPER/SDO	trimestrale	Risorse Umane/CdG	≥ 5% della media storica	0,02
	nr infermieri/nr ricoveri	FLUPER/SDO	trimestrale	Risorse Umane/CdG	≥ 5% della media storica	0,03
	Indicatori SISS (nr. lettere dimissioni, nr referti PS, nr referti amb. firmati digitalmente/totale per categoria)	Cruscotto SISS	trimestrale	SIA	≥ media storica	89%
AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	PERIODICITA' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO	RISULTATO
Efficacia	ricoveri fuori ATS/ricoveri tot	SDO	trimestrale	CdG	Valore decreto regionale	32%
	frattura collo femore 48h/tot fratture collo femore	SDO	annuale	CdG	≥60%	79%
AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	PERIODICITA' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO	RISULTATO
Appropriatezza e qualità	nr ritorni in SSOO/nr tot ricoveri	SDO	annuale	CdG	Valore medio regionale	0,60% Mediana regionale 0,49%
	nr ricoveri ripetuti entro 30 gg/nr tot ricoveri	SDO	annuale	CdG	Valore medio regionale	2,32% Mediana regionale 2,31%



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	6,96%
	customer satisfaction: nr giudizi 6+7/nr totale giudizi	dati URP	annuale	URP	≥ media storica	ND
	reclami: tot reclami anno T-nr tot reclami anno T-1/ tot reclamo anno T-1	dati URP	annuale	URP	≤ media storica	ND
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	0
	tot richieste risarcimento/gg di deg.	AAGG/CdG	annuale	AAGG/CdG	≤ media storica	0,06%

La congiuntura economica che il nostro Paese sta affrontando in questi anni ha imposto “tagli” significativi al settore sanitario, che si sono tradotti per l’ASST in vincoli stringenti in termini di limitatezza delle risorse disponibili, di blocco delle assunzioni, di un piano degli investimenti molto contenuto, di tetti di spesa sull’acquisizione dei beni, di volumi controllati di attività. Pur in presenza di tali pesanti condizionamenti esterni, l’ASST ha continuato a perseguire i propri obiettivi prioritari, garantendo standard di eccellenza sul piano assistenziale e la piena integrazione con le attività di didattica e di ricerca, assicurando al contempo il sostanziale equilibrio economico-finanziario del sistema aziendale.

Risulta comunque innegabile come tali vincoli esterni abbiano di conseguenza condizionato anche la gestione della performance.

Premesso che in fase di valutazione degli indicatori non è stato possibile ricostruire la media storica comprensiva del Presidio CTO, per carenza di dati, si è scelto comunque di esporre il risultato, a cui non corrisponde una valutazione per l’anno 2016, ma che costituisce il riferimento per gli obiettivi degli anni successivi.

In generale, sono state riscontrate alcune criticità sul pieno conseguimento dei risultati attesi per alcuni target, rispetto ai quali hanno inciso fattori sia interni che esterni. Sugli stessi l’Azienda ha



intrapreso delle azioni di miglioramento per incidere positivamente sulla performance organizzativa.

Nel particolare, si segnalano delle difficoltà nelle aree di:

- “Efficienza”: il contenimento dei costi è stato raggiunto solo parzialmente. L’obiettivo che il Sistema complessivamente si è posto è quello di innalzare i propri livelli di efficienza, attraverso la massima razionalizzazione di Farmaci, Dispositivi Medici, Ausili, Apparecchiature Elettromedicali ad Alto Costo, Prodotti Informatici e Servizi Manutentivi e Beni Economici. L’ASST dovrà mettere in campo ulteriori misure organizzative necessarie a migliorare alcuni aspetti, processi o dinamiche aziendali, continuando ad adottare misure di contenimento della spesa per l’approvvigionamento di tali fattori produttivi, al fine di reperire al proprio interno ed attraverso forme di economia interna le risorse necessarie all’avvio di nuove attività e/o allo sviluppo di quelle già esistenti.
- “Processi organizzativi”: si evidenzia una criticità nella gestione del personale, determinata soprattutto dalla carenza di organico; a seguito dell’approvazione del nuovo POAS si ritiene che potranno esserci gli strumenti per adeguare la dotazione alle potenzialità dell’Azienda.

L’area di “Appropriatezza e qualità” è border line rispetto ai valori regionali; tenuto conto dei grossi sforzi organizzativi per attuare l’accorpamento dei due attuali Presidi, il risultato è da considerare soddisfacente.

Le aree dell’”Efficacia” e del “Risk Management” confermano, con i loro esiti positivi, la correttezza delle scelte di governo, di diretto impatto verso i pazienti. Come è evidente, l’ASST mira a garantire agli utenti i più elevati livelli di salute possibili, temperando la ricerca e la didattica con i fini assistenziali, e rendendo l’Azienda confrontabile con le più prestigiose istituzioni universitarie nazionali ed internazionali.



10 CONCLUSIONI

La gestione aziendale è stata orientata al conseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lombardia, ed al mantenimento dell'alto livello delle prestazioni ortopediche e reumatologiche anche mediante il rinnovo delle apparecchiature tecnologiche, in sostituzione di quelle più obsolete, ed alla ristrutturazione della struttura.

L'Azienda nel corso dell'anno 2016 ha posto in campo il massimo sforzo per incrementare l'efficienza produttiva ed organizzativa nel rispetto delle regole economiche di contesto e della migliore appropriatezza clinica, tenendo come punto di riferimento la connotazione di tutti i presidi aziendali quali centri di eccellenza sanitaria, in particolare per l'ortopedia e traumatologia.

A fronte di un aumento dell'attività chirurgica ortopedica, per effetto della revisione di alcuni percorsi organizzativi, che mirano ad un uso più efficiente delle ore di sala operatoria e dei posti letto, in coerenza con la domanda di assistenza espressa nelle liste d'attesa, si è registrata una diminuzione dei ricoveri di riabilitazione, in particolare presso il Polo di Via Isocrate.

Il calo delle prestazioni di ricovero riabilitativo è stato fortemente determinato da problemi temporanei di riduzione del personale infermieristico e medico per la cui risoluzione sono state poste in essere le necessarie azioni di intervento che hanno dato i loro esiti nella parte finale dell'esercizio, consentendo una produzione simile a quella dell'anno precedente, ma non hanno portato al recupero della mancata produzione rilevata nel primo semestre 2016.

La produzione per prestazioni ambulatoriali dell'anno 2016 è lievemente diminuita rispetto a quella dell'anno 2015 sia presso il Presidio Ospedaliero Pini che presso il Presidio Ospedaliero "CTO", calo determinato dal rispetto delle norme e dei limiti sulla turnistica e per il CTO anche dalle difficoltà di visualizzazione delle agende nel periodo di passaggio di tale Presidio dalla Azienda "ex ICP" all'Azienda "Pini".

Sul fronte costi l'Azienda ha posto in atto politiche di contenimento dei fattori produttivi nell'ottica di mantenere l'obiettivo assegnato di equilibrio economico-gestionale cercando di contemperarlo con le esigenze produttive ed erogative di prestazioni al fine del mantenimento dell'alta qualità dei servizi erogati che da sempre contraddistingue l'Azienda.

Tali politiche hanno tenuto conto del contesto clinico di forte richiesta di prestazioni complesse e qualitativamente elevate, che determina non poche criticità per il contenimento rilevante dei costi richiesti.



Occorre evidenziare che l'Azienda è frutto di una fusione per incorporazione di due realtà (Pini – CTO) già per diversi aspetti carenti, da alcuni anni, in strutture e risorse umane, che necessitano di interventi sostanziali che sono stati rappresentati alla Regione. In particolar modo vengono segnalate le notevoli carenze strutturali determinatesi presso il Presidio CTO, che hanno imposto significative azioni di analisi e programmazione da parte degli Uffici aziendali, al fine della predisposizione di interventi per la messa in sicurezza ed a norma di diverse aree del Presidio.

Infine il Presidio Ospedaliero CTO, dai dati disponibili, evidenzia una dinamica dei costi/ricavi non propriamente efficiente. Anche gli aspetti di innovazione in campo chirurgico e medico non sono stati sufficientemente sviluppati e necessitano di interventi al fine di consentire all'azienda di rivestire il ruolo significativo nel panorama di aziende mono-specialistiche disegnate dalla Legge regionale n. 23/2015.

L'Azienda ha assicurato il massimo impegno e coinvolgimento di tutta la struttura professionale aziendale nel perseguire gli obiettivi definiti dalla Regione, sui quali viene mantenuto uno stretto e costante monitoraggio.

Dall'introduzione delle nuove metodologie organizzative, quindi, la Direzione Aziendale auspica un progressivo miglioramento della qualità dei processi valutativi, una maggiore partecipazione e responsabilizzazione degli operatori, con positivi effetti in termini di produttività, efficienza e qualità delle attività assistenziali e dei servizi.