



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 43 del 31 GEN. 2022

OGGETTO Adozione del “Piano della Performance” per il triennio 2022-2024 ai sensi dell’art. 10 lett. a) del D. Lgs. 150/09.

DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT.SSA PAOLA LATTUADA

**SU PROPOSTA DEL
DIRETTORE UOS Controllo di Gestione e Programmazione**

accertata la competenza procedurale, sottopone in data 31 GEN. 2022 l'allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato, la cui spesa rientra nel budget assegnato.

Il Responsabile del Procedimento
Responsabile UOS Controllo di Gestione e
Programmazione
Dott.ssa Angela Iuliano

IL DIRETTORE UOC ECONOMICO FINANZIARIA

Il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico del bilancio aziendale

Il Direttore UOC Economico Finanziaria
Dott.ssa Emilia Martignoni

x



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 43 del 31 GEN. 2022

IL DIRETTORE GENERALE

Viste:

- la DGR n. X/4475 del 10/12/2015 di costituzione, a partire dal 1° gennaio 2016, dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO;
- la DGR XI/4538 del 15/04/2021 di nomina della Dott.ssa Paola Lattuada quale Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Gaetano Pini-CTO per il periodo 19/04/2021 - 18/04/2024;
- la deliberazione aziendale n. 240 del 19/04/2021 di presa d'atto della predetta DGR XI/4538/2021 e di insediamento dal 19/04/2021 sino al 18/04/2024 della Dott.ssa Paola Lattuada quale Direttore Generale dell'ASST G.Pini-CTO;

Premesso che:

- l'art. 10, comma 1 lett. a, del Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 di attuazione della Legge n. 15 del 4 marzo 2009 - in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni -, prevede l'obbligo, per le amministrazioni pubbliche, di redigere annualmente un documento programmatico triennale, denominato "Piano della Performance", al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, da adottarsi entro il 31 gennaio di ogni anno;
- il DL 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge 113 del 6 agosto 2021, introduce il Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), che sostituisce tutti gli strumenti di programmazione oggi in uso nella Pubblica Amministrazione, quali: il Piano della Performance, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) ed il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale. Per il 2022 la sua adozione è stata spostata al 30 aprile, ma per gli enti territoriali e loro articolazioni, incluse le Aziende Sanitarie, è intervenuta la Conferenza Stato-Regioni, che ha richiesto il differimento del termine di almeno 120 giorni dal Bilancio di Previsione ed un coinvolgimento diretto delle singole Regioni, al fine di un coordinamento operativo sia per quanto riguarda l'integrazione con gli altri piani sia per quanto riguarda la tempistica;

Richiamati:

- il Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 ad oggetto "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", come modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 75, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche;
- la Legge 6 novembre 2012, n. 190 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", che ha introdotto appositi strumenti finalizzati alla prevenzione ed alla repressione dei fenomeni di corruzione nella pubblica amministrazione;
- il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", novellato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, che all'art. 10, comma 3, stabilisce: "La



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n.

43 del

31 GEN. 2022

promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali”;

Tenuto conto:

- della normativa nazionale e regionale in materia di Trasparenza ed Anticorruzione (Legge n. 190/2012, Delibere CIVIT nn. 110-112/2010 e 50/2013, Delibera ANAC 72/2013-PNA 2013, D. Lgs 97/2016 e successivi aggiornamenti), in cui vengono date indicazioni sulla struttura e le modalità di redazione del Piano della Performance;
- delle circolari e del DPR 105/2016 di riordino delle funzioni del DFP in materia di misurazione e valutazione e misurazione della Performance;
- delle linee guida regionali in ordine al “Sistema di misurazione delle performance delle Aziende Sanitarie Pubbliche Lombarde”, trasmesse dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia nella Conferenza dei Direttori Generali del 26/01/2012, con le quali vengono fornite le indicazioni operative per la stesura del piano delle performance;
- del Decreto Legislativo n. 74/2017, che modifica il Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009;

Considerato che nelle more del perfezionamento degli atti normativi e regolamentari, che disciplinano la redazione del PIAO per le Aziende Sanitarie del SSL, si ritiene utile procedere all’approvazione del Piano della Performance, in quanto strumento gestionale a supporto della programmazione aziendale, riservandosi di integrare i contenuti dello stesso all’atto dell’adozione del primo PIAO;

Preso atto che:

- il Piano della Performance deve essere adottato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell’amministrazione;
- che il testo allegato al presente atto, elaborato dalla Struttura Proponente quale proposta di Piano della Performance con riferimento al triennio 2022-2024, risponde ai requisiti formali previsti dalla normativa richiamata, nonché alle esigenze organizzative di questa Azienda in materia di valutazione della performance;

Rilevato che sono in corso di definizione, da parte di Regione Lombardia, le modalità per la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico dell’anno 2022;

Dato atto, pertanto, che il presente Piano della Performance del triennio 2022-2024 potrà essere oggetto di ulteriore aggiornamento nel corso dell’esercizio 2022, e ciò in attuazione della L.R. n. 23/2015 e della L.R. 22/2021, anche ai fini della specifica individuazione degli ulteriori obiettivi di sistema dell’esercizio in questione;

Precisato che gli obiettivi individuati nel Piano della Performance verranno declinati, con successivo provvedimento, nelle schede di budget delle singole U.O., a seguito delle circolari esplicative della DGW e del processo di negoziazione e condivisione del budget con le singole Strutture aziendali;



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n: 43 del 31 GEN. 2022

Dato atto altresì che il predetto documento è stato sottoposto a convalida da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in data 28 gennaio 2022;

Ritenuto:

- di adottare il Piano della Performance per il triennio 2022-2024, ai sensi dell'art. 10 lett. a) del D.lgs. 150/2009, allegato al presente provvedimento e del quale costituisce parte integrante e sostanziale;
- di riservare l'aggiornamento del contenuto del Piano della Performance all'adozione del PIAO, secondo le norme nazionali e le indicazioni regionali;
- di rendere pubblico il documento in argomento mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale aziendale, nella sezione dedicata "Amministrazione Trasparente", in osservanza dei vigenti disposti normativi sopra richiamati;

Considerato che:

- il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico del bilancio dell'Azienda;
- il presente provvedimento viene adottato su proposta del Responsabile dell'UOS Controllo di Gestione e Programmazione, che ne attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento;

Viste:

- l'attestazione di regolarità dell'istruttoria e legittimità del presente provvedimento espressa dal Responsabile della UOS proponente;
- l'attestazione di regolarità contabile da parte del Direttore dell'UOC Economico Finanziaria;

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

DELIBERA

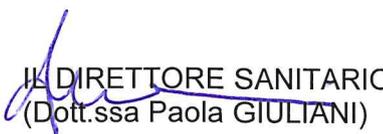
per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti

1. di adottare il "Piano della Performance" per il triennio 2022-2024, ai sensi dell'art. 10 lett. a) del D.lgs. 150/2009, allegato al presente provvedimento e del quale costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di rinviare a successivo provvedimento la declinazione degli obiettivi operativi per l'anno 2022 e l'assegnazione degli stessi ai centri di responsabilità, dando atto che gli stessi saranno collegati al processo di budget ed al sistema di misurazione della performance organizzativa ed individuale;



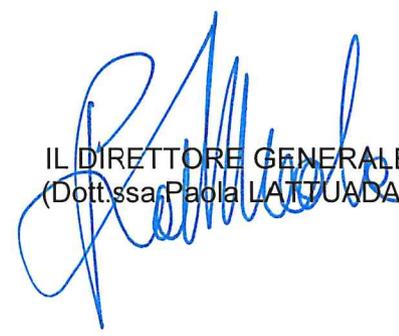
DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 43 del 31 GEN. 2022

3. di rendere pubblico il documento in argomento mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale aziendale, nella sezione dedicata "Amministrazione Trasparente", in osservanza dei vigenti disposti normativi sopra richiamati;
4. di dare atto che il presente Piano potrà essere oggetto di ulteriore aggiornamento nel corso dell'esercizio 2022, e ciò in attuazione della L.R. n. 23/2015 e della L.R. 22/2021, anche ai fini della specifica individuazione degli ulteriori obiettivi di sistema dell'esercizio in questione;
5. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri diretti a carico del bilancio aziendale;
6. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della L.R. n. 23/2015;
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on line aziendale, ai sensi dell'articolo 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della L.R. n. 23/2015.


IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott.ssa Paola GIULIANI)


IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO
(Dott.ssa Anna Maria MAESTRONI)


IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Luca Marcello MANGANARO)


IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Paola LATTUADA)

UOS Controllo di Gestione e Programmazione

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/90: Dott.ssa Angela Iuliano 
Pratica trattata da: Dott.ssa Patrizia Fortugno 

(Atti n. 2022 1.1.2/1.1)



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 43 del 31 GEN. 2022

RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'albo pretorio informatico di quest'Azienda sul sito internet istituzionale, così come previsto dall'art. 32, comma 1, L. 69/2009, e dall'art. 8 del D. Lgs.33/2013, dal 03 FEB. 2022 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. 6 pagine e n. 1 allegato.

UOC Affari Generali Istituzionali e Legali
Il Funzionario addetto

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo
Milano, li _____

UOC Affari Generali Istituzionali e Legali
Il Funzionario addetto



Piano della Performance

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

Triennio di riferimento: 2022-2024



INDICE

1	PREMESSA	4
1.1	Finalità.....	4
1.2	Terminologia del Piano.....	6
2	L'ORGANIZZAZIONE	9
2.1	Presidio Ospedaliero Gaetano Pini.....	9
2.2	Presidio Ospedaliero CTO.....	9
2.3	Organigramma.....	10
2.4	Rapporti con l'Università.....	10
2.5	Articolazione per sede.....	12
2.6	Mission e vision.....	13
2.7	Il contesto di riferimento.....	17
2.7.1	Offerta sanitaria.....	17
2.7.2	Descrizione del contesto aziendale.....	18
2.7.3	Gestione della pandemia da SARS-CoV-2.....	21
2.8	La Ricerca.....	22
2.9	I "Portatori di interessi" (stakeholder).....	23
2.9.1	Il rapporto tra l'ASST e il mondo del volontariato: le ONLUS e le Associazioni.....	25
2.10	L'azienda in numeri.....	26
2.10.1	Posti letto.....	26
2.10.2	Risorse Umane.....	28
2.10.3	Volumi di attività.....	30
2.10.4	Bilancio.....	31
3	LE STRATEGIE	34



3.1	La performance	34
3.1.1	La Misurazione e la Valutazione della Performance	34
3.1.2	La Performance individuale	40
3.2	La trasparenza e la prevenzione della corruzione.....	41
4	LINEE DI INDIRIZZO	43



1 PREMESSA

Il DL 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge 113 del 6 agosto 2021, introduce per tutte le pubbliche amministrazioni (a eccezione degli istituti scolastici) il Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), la cui idea di fondo è superare la molteplicità, e la conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso. Si intende rappresentare, infatti, un documento unico della programmazione, in una logica di integrazione delle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni. Tale disposizione normativa comprende l'abrogazione, tra gli altri, anche del Piano della Performance, demandandone a successivi atti, che non sono ancora stati emanati, la formalizzazione definitiva. Pertanto l'ASST adotta il Piano della Performance, da cui deriva la declinazione degli obiettivi aziendali, in forma necessariamente sintetica e provvisoria, in attesa sia delle indicazioni definitive per l'approvazione del PIAO, sia della definizione degli specifici indicatori degli obiettivi regionali, già attribuiti. Si precisa inoltre che la pandemia ancora in corso rende la stessa programmazione più flessibile, in quanto dovrà essere adattata alle varie fasi di intensità del virus, con l'obiettivo principale di garantire i bisogni di cura dei cittadini nel rispetto delle disposizioni igienico-sanitarie vigenti.

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 (2022-2024) che si focalizza principalmente sulle attività dell'anno corrente (2022) 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. 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.

Al verificarsi di eventi significativi, incidenti sull'andamento degli obiettivi programmati, si provvederà ad aggiornare il Piano della Performance, in ottemperanza alla normativa vigente.



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;
- 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 Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, n. 8061 del 30/12/2019 di individuazione di indicatori comuni per il monitoraggio della Performance;
- nella L. 77/2020 per la redazione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile;
- nel D.L. 80/2021, che dispone l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

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 obiettivo 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 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.

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 è oggi un ospedale modernissimo e all'avanguardia nelle tecnologie di settore.

2.2 Presidio Ospedaliero CTO

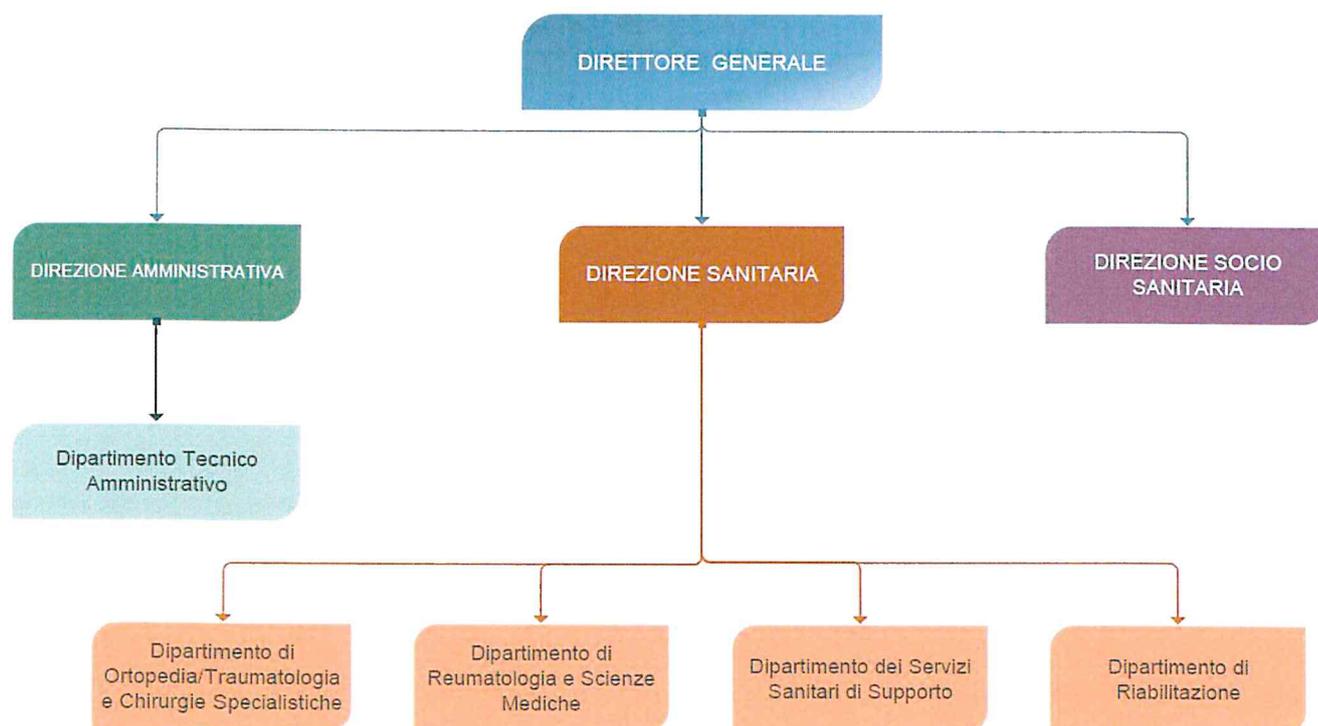
Storicamente il CTO, collocato in un'area caratterizzata in passato da un'elevata intensità industriale, è stato ed è ancor oggi un punto di riferimento per le aree specialistiche dell'ortopedia-traumatologia, della chirurgia della mano e della riabilitazione dei pazienti medullolesi.

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.



2.4 Rapporti con l'Università

L'ASST G.Pini-CTO è prioritariamente convenzionata con l'Università degli Studi di Milano, dal 1996 sino ai nostri giorni, relativamente alle branche dell'Ortopedia e della Reumatologia, in forza di convenzione quadro disciplinante sia le attività di didattica e di ricerca sia le attività assistenziali ad esse connesse, a beneficio dei corsi di studio dell'Area medico-sanitaria.

Gli obiettivi dell'Azienda sono perseguiti d'intesa con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano, nella consapevolezza che l'azione integrata tra assistenza, didattica e ricerca promuove la qualità delle cure e lo sviluppo della ricerca sanitaria.

In attuazione della Legge Regionale n. 33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e s.m.i., da ultimo con L.R. 12 dicembre 2017 n. 33, nel rispetto delle rispettive finalità istituzionali, ad oggi sono attive n. 24 convenzioni, la maggior parte stipulate con UNIMI, aventi ad oggetto la



frequenza presso i tre Presidi Ospedalieri, di medici in formazione specialistica afferenti alle Scuole di Specializzazione di Ortopedia e Traumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Radiodiagnostica, Anestesia e Rianimazione.

Particolare rilevanza per la valorizzazione delle missions assistenziali dell'ASST, rivestono le convenzioni con l'Università degli Studi di Milano per finalità didattico formative della Scuola di Specializzazione di Ortopedia e Traumatologia e di Reumatologia, entrambe con sede presso il Presidio Pini.

La restante parte delle convenzioni disciplinano lo svolgimento di tirocini curriculari di studenti iscritti ai Corsi di Laurea magistrale a ciclo unico di Medicina e Chirurgia o a Corsi di Laurea magistrale delle professioni sanitarie istituiti da diverse Università insistenti su tutto il territorio nazionale.

A partire dal 2008, il P.O. Pini è sede unica del Corso di Laurea in Tecniche Ortopediche dell'Università degli Studi di Milano.

In forza della sopra citata convenzione quadro con l'Università degli Studi di Milano, le Unità Operative Complesse dell'ASST, a direzione universitaria, cui afferisce personale universitario (tra ordinari, associati, ricercatori, ecc) con funzioni assistenziali, sono:

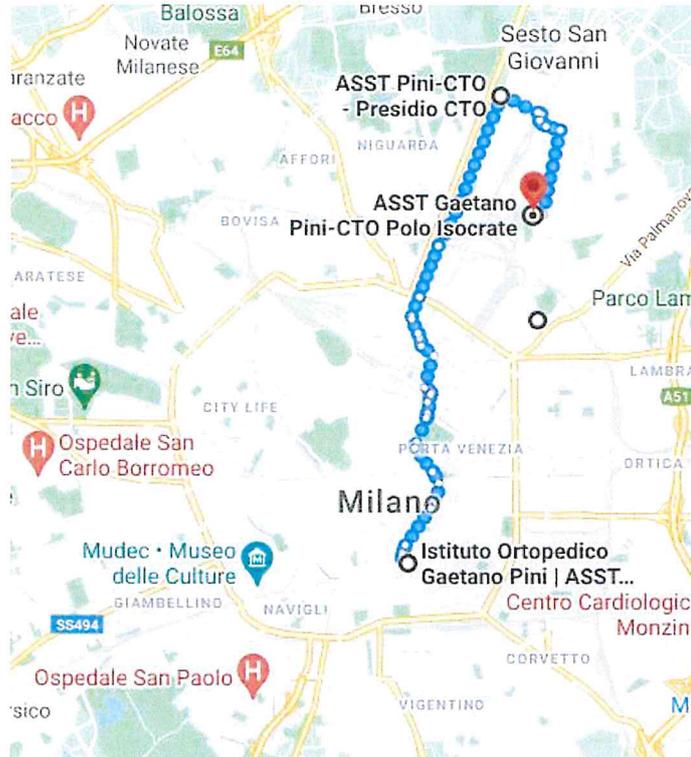
- UOC I Clinica Ortopedica
- UOC II Clinica Ortopedica
- UOC Reumatologia Clinica
- UOC Reumatologia Clinica Pediatrica

Ad oggi sono presenti nelle suindicate UOC n. 9 docenti in regime di convenzione.



2.5 Articolazione per sede

L'ASST Centro specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO eroga i servizi sanitari attraverso le sue tre sedi:



Presidio Ospedaliero Gaetano Pini

Piazza Cardinal A. Ferrari, 1 – 20122 Milano

Polo Medicina Fisica e Riabilitazione “Fanny Finzi Ottolenghi”

Via Isocrate, 19 – 20126 Milano

Presidio Ospedaliero CTO

Via Bignami, 1 – 20126 Milano



2.6 *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; promuovere la competitività, puntando sull'introduzione di cure innovative;
- favorire l'attività di ricerca clinica, specialmente quella con significative e positive ricadute sull'attività assistenziale e di formazione;
- 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;
- potenziare l'innovazione continua e la ricerca anche attraverso l'istituzione di un "Servizio Ricerca" che supporti i ricercatori in tutti le fasi della gestione delle sperimentazioni cliniche e dei progetti di ricerca;
- 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;
- raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute (intesa come mantenimento della salute fisica, psichica e sociale) in un processo che includa in modo inscindibile la didattica (intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori) e la ricerca (intesa come continuo progresso delle conoscenze e risorse cliniche e biomediche);
- 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 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'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca:**

L'Azienda si impegna a rinforzare il livello di integrazione dei processi assistenziali e tra questi le attività di ricerca e didattica, anche attraverso la ridefinizione di alcuni processi tecnico-amministrativi e promuovendo/organizzando percorsi di "formazione alla ricerca" per sviluppare competenze a sostegno dell'attività di ricerca.

- **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**



2.7 Il contesto di riferimento

2.7.1 Offerta sanitaria

Le tabelle seguenti rappresentano sinteticamente l'articolazione dell'offerta sanitaria sul territorio di competenza della ATS Città Metropolitana di Milano, in cui si trova l'ASST Pini-CTO, riportando alcuni dati relativi alle strutture ospedaliere e territoriali, con l'indicazione del contributo dell'ASST:

Tabella : Rete emergenza urgenza

Tipologia attività	N. autorizzate e accreditate
Punto di Primo Intervento	4
Pronto Soccorso	10
DEA I	16
DEA II	5 (inoltre ASST Gaetano Pini – CTO in attesa di riclassificazione)
Totale	35

Tabella: Sintesi delle tipologie di Strutture sanitarie di ricovero e cura

Tipologia Struttura	N. Strutture autorizzate	N. Strutture accreditate	N. Strutture a contratto
N° ASST	-	9	9
• N° Presidi Ospedalieri/Stabilimenti delle ASST	-	25	25
• N° POT (Presidio Ospedaliero Territoriale)	-	4	4
IRCCS (n° enti e n° presidi)			
• IRCCS Pubblici	-	3 (3)	3 (3)
• IRCCS Privati	-	10 (14)	10 (14)
Ospedale classificato	0	1	1
Casa di Cura	4	14	14
Struttura ambulatoriale	1075	178	134
Servizio di Medicina e Laboratorio	9	17 (territoriali) + 40 (ospedaliere)	10 (territoriali) + 40 (ospedaliere)
Struttura Psichiatrica		33	31
Ricovero a ciclo diurno	11	-	-
Odontostomatologia mono-specialistica	2039		
Struttura di raccolta Sangue	-	9	
Ambulatorio di medicina sportiva		23	23
Studio Professionale	1571		
Studio Professionale di medicina sportiva	62		
Struttura per Cure Subacute	-	15	15

*Dati riferiti al 01/01/2021



Tabella: sintesi offerta posti letto

Tipologia	N° Posti letto accreditati	N° Posti letto Tecnici	di cui Contratto	Totale ATS	di cui ASST PINI/CTO	% ASST PINI/CTO
Acuti						
Degenza Ordinaria	12.874		12.577	12.976	332	2,56%
Day Hospital/Day Surgery	990(1020)	-	935(65)	990/(1020)	28	2,83%
Mac/Bic	-	1.072	1.072	1.072	31	2,89%
Cure Sub-Acute	390	390	390	390		
Riabilitazione						
Degenza Ordinaria	21.208	-	2.084	2.220	194	8,74%
Day Hospital	31	-	31	31	1	3,23%
Mac/Bic	-	105	105	105	18	17,14%

* dati riferiti al 01/01/2021

Tabella: sintesi produzione ricoveri

tipo ricovero	ATS	ASST	% ASST/ATS
ordinari dimessi	348.073	8.332	2,39%
day h accessi	78.959	1.902	2,41%

*dati riferiti al 01/01/2021

2.7.2 Descrizione del contesto aziendale

Il Polo ospedaliero dell'ASST Pini-CTO è articolato in presidi ospedalieri e dipartimenti, organizzati in diversi livelli di cura.

Partendo dall'analisi della struttura organizzativa dell'Azienda e tenendo conto della specificità della stessa (mono-specialistica) all'interno dei sistemi di rete regionali e nazionali, l'Azienda, nel rispetto del dettato normativo e sulla base dei propri fabbisogni operativi, ha adottato un modello organizzativo di tipo dipartimentale individuando i seguenti Dipartimenti Gestionali, per l'Area Sanitaria:

- Dipartimento di Ortopedia / Traumatologia e Chirurgie ortopediche specialistiche;
- Dipartimento di Reumatologia e Scienze mediche;
- Dipartimento dei Servizi sanitari e di supporto;
- Dipartimento di Riabilitazione.



L'organizzazione dipartimentale è, in base alla vigente normativa, il modello ordinario di gestione operativa dell'Azienda, che rappresenta una modalità di organizzazione di più strutture, complesse e semplici di particolare specificità, che svolgono compiti omogenei, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e che sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

I Dipartimenti sono diretti da un Direttore di Dipartimento coadiuvato dal Comitato di Dipartimento, in conformità con quanto previsto dal Regolamento di Dipartimento.

I Dipartimenti sono costituiti, secondo la configurazione adottata, da:

- Unità Operative Complesse;
- Strutture Semplici Dipartimentali;
- Strutture Semplici Extra Dipartimentali;
- Strutture Semplici di Strutture afferenti a Strutture Complesse.

Nel Presidio Pini sono presenti complessivamente n° 21 Strutture Complesse, di cui:

- n° 12 afferenti al Dipartimento di Ortopedia / Traumatologia e Chirurgie ortopediche specialistiche;
- n° 4 afferenti al Dipartimento di Reumatologia e Scienze mediche;
- n° 4 afferenti di Dipartimento dei Servizi sanitari e di supporto
- n° 1 afferente al Dipartimento di Riabilitazione (Polo Riabilitativo di Via Isocrate).

Il Presidio Gaetano Pini è, inoltre, dotato di Poliambulatorio Ospedaliero dove vengono erogate visite specialistiche afferenti all'area chirurgica (ortopedia-traumatologia, chirurgia vascolare e pre-ricovero) e all'area medica (reumatologia, cardiologia, neurologia). Presso il Polo "*Fanny Finzi Ottolenghi*" vengono erogate prestazioni ambulatoriali afferenti all'area della Medicina Fisica e Riabilitativa.

Il Presidio CTO presenta complessivamente n° 6 Strutture Complesse, di cui:

- n° 1 afferente al Dipartimento di Ortopedia / Traumatologia e Chirurgie ortopediche specialistiche;
- n° 2 afferenti di Dipartimento dei Servizi sanitari e di supporto;
- n° 2 afferenti al Dipartimento di Riabilitazione;



- n° 1 afferente al Dipartimento di Reumatologia e Scienze mediche.

Il Blocco Operatorio del Presidio Pini dispone di n° 12 Sale Operatorie disposte su due piani e funzionanti, di norma, 5 giorni alla settimana (dal lunedì al venerdì) con sedute operatorie articolate su singolo turno (mattino: 08.00 - 13.30 e pomeriggio: 14.00 – 18.30) e turno continuativo (mattino/pomeriggio: 08.00 – 18.00), per un totale di n. 77 sedute alla settimana.

Il sabato mattina, in base alle esigenze cliniche, vengono programmate delle sedute operatorie aggiuntive dedicate alle fratture di femore da eseguire entro le 48 ore dall'evento traumatologico.

Il Servizio Traumatologico d'Urgenza – STU (Pronto Soccorso) è attivo h/24 e fornisce assistenza medica specialistica, a bassa e media intensità, a pazienti affetti da patologie traumatologiche a carico dell'apparato osteo-articolare.

Per l'erogazione delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale in regime libero-professionale, il Presidio dispone di:

- un reparto di degenza per l'attività di ricovero libero-professionale (“*Clinica “S. Sofia”*”);
- un ambulatorio per l'attività ambulatoriale libero-professionale (*ALPA*).

Il Blocco Operatorio del Presidio CTO dispone di n° 4 Sale Operatorie, di cui attive n° 3 disposte su un piano e funzionanti, di norma, 5 giorni alla settimana (dal lunedì al venerdì) con sedute operatorie articolate su turno (mattino: 08.00 – 14.00) e turno continuativo (mattino/pomeriggio: 08.00 – 18.00) per un totale di n°50 ore di attività chirurgica alla settimana.

L'ASST Pini - CTO si connota peculiarmente con una offerta specifica su alcune discipline che sono di riferimento per la Città di Milano e per l'intero territorio regionale e nazionale.

Inoltre è dotato delle più sofisticate tecnologie di imaging, un'area pediatrica e un reparto dedicato ai pazienti oncologici, connotato da un'offerta assistenziale di alta specialità e professionalità attraverso un approccio multidisciplinare con il Servizio di Anatomia Patologica aziendale e con le altre discipline interaziendali.

Al Presidio Pini ha sede anche il Dipartimento di Reumatologia, punto di riferimento internazionale.

Il Centro Parkinson e Parkinsonismi del Presidio Ospedaliero CTO è un'Unità Operativa unica nel suo genere, composta da medici neurologi, nutrizionisti, psicologi, un genetista, che si occupano esclusivamente di disturbi del movimento, nello specifico Parkinson e Parkinsonismi.



L'ASST è sede delle Scuole di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia e in Reumatologia dell'Università degli Studi di Milano.

Nell'anno 2021 il Magnifico Rettore dell'Università Statale di Milano ha nominato il professor Pietro S. Randelli, Direttore della I Clinica ortopedica e del comitato tecnico-scientifico del Gaetano Pini-Cto, Direttore della scuola post-laurea che, ogni cinque anni, forma oltre 120 ortopedici; tutto questo rafforza il ruolo di leadership nella costruzione della conoscenza e della formazione dei giovani medici.

La cooperazione tra i professionisti ospedalieri e universitari in Azienda sviluppa e incrementa strumenti e tecniche chirurgiche di riferimento per l'intera comunità scientifica avvalorata dal riconoscimento da parte delle Società Scientifiche: molti dei professionisti, infatti, ricoprono ruoli di riferimento e responsabilità all'interno di Società Scientifiche.

Inoltre, l'ASST Pini-Cto è:

- Centro Regionale di Riferimento per il rilascio delle autorizzazioni ai ricoveri all'estero per la specialità di Ortopedia e Traumatologia e Neurologia;
- Centro Regionale di Riferimento per le malattie immunoematologiche sistemiche e per le malattie rare;
- Sede della Banca Regionale del Tessuto Muscolo-Scheletrico.

2.7.3 Gestione della pandemia da SARS-CoV-2

A far data dall'entrata in vigore del primo atto dispositivo inerente l'epidemia da Covid-19 (Ordinanza del Ministro della Salute 23.02.2020), l'ASST Pini-CTO ha adottato una pluralità di misure di tipo organizzativo e tecnico finalizzate ad assicurare continuità di cura e assistenza a tutti i cittadini, garantendo la sicurezza di tutti i pazienti e i lavoratori presenti all'interno delle strutture aziendali.

L'ASST Pini-CTO ha proseguito nell'assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni di ricovero e ambulatoriali in modo appropriato, al fine di garantire un costante miglioramento delle cure e dell'attenzione al malato, nel rispetto delle regole regionali e compatibilmente con la gestione dell'emergenza sanitaria epidemiologica da Covid-19.

Nel corso del 2020 e 2021, entrambi i Presidi ospedalieri, in base all'andamento epidemiologico della pandemia da Covid-19, hanno effettuato in modo continuativo una progettazione e



rimodulazione dell'offerta al fine di assicurare l'attività clinico-assistenziale nelle massime condizioni di sicurezza possibile per utenti/assistiti, personale sanitario, amministrativo e tecnico, adeguando le soluzioni organizzative all'andamento della suddetta pandemia.

In particolare, l'Azienda ha concentrato le proprie risorse sulle seguenti attività:

- mantenimento e potenziamento del filtro di pre-triage in PS, per la separazione dei flussi dei pazienti in presenza di sintomatologia riconducibile al COVID-19;
- razionalizzazione e rafforzamento delle aree di "filtro sanitario", quali check point necessari per l'ingresso in ospedale;
- rimodulazione continua degli accessi dei visitatori/accompagnatori;
- monitoraggio giornaliero sul possesso di certificazione verde/Green Pass da parte del personale;
- programmazione ed esecuzione di sorveglianza su tutto il personale sanitario, attraverso l'esecuzione periodica di tamponi di controllo, con cadenza stabilita dalle indicazioni regionali;
- mantenimento e monitoraggio dei percorsi COVID+ e COVID- per la gestione dei pazienti che necessitano di ricovero o di prestazioni ambulatoriali;
- potenziamento del Bed Management per la gestione flessibile ed efficiente dei posti letto, con conseguente monitoraggio dei percorsi attivati;
- formazione continua in merito ai comportamenti da usare soprattutto nelle aree di isolamento;
- adeguamento costante dell'offerta sanitaria, inclusa l'attività chirurgica in elezione, in funzione dell'andamento della pandemia, attraverso la modifica anche degli assetti logistici per garantire la corretta ed adeguata assistenza;
- potenziamento della tecnologia di telemedicina per l'esecuzione di Televisita;
- sviluppo delle modalità di accoglienza on line tramite il consolidamento delle procedure di prenotazione, pagamento, richiesta documentazione sanitaria e immagini radiologiche via web.

2.8 La Ricerca

La ricerca costituisce un elemento essenziale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, in quanto permette da un lato di porre il servizio sanitario in grado di accogliere, in modo tempestivo, efficace e compatibile con il proprio contesto clinico-organizzativo, le innovazioni che la ricerca propone e, dall'altro, di orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali principali.



Tra le peculiarità dell'ASST si evidenzia la capacità di integrare l'attività assistenziale con la ricerca e la didattica, favorendo e promuovendo la partecipazione di tutte le strutture e di tutti i professionisti a network, nazionali e internazionali, di ricerca ed innovazione.

La ASST sostiene la ricerca no profit/accademica coadiuvando i professionisti alla partecipazione di programmi di ricerca promossi e finanziati da Enti Istituzionali pubblici (Regione, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, AIFA, Comunità Europea), mediante:

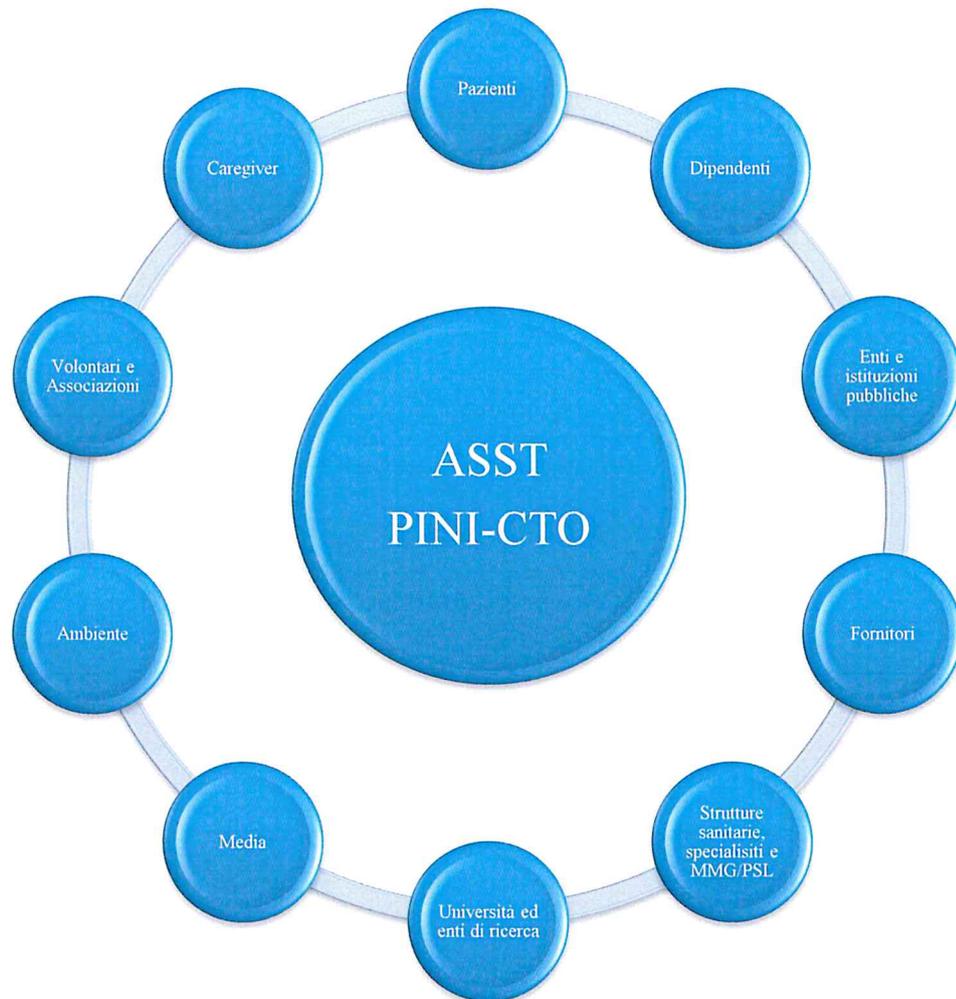
- Supporto nella stesura del piano scientifico ed economico del progetto di ricerca nel rispetto dei vincoli e delle indicazioni contenute negli specifici bandi di ricerca
- Predisposizione dei protocolli d'intesa con altri Enti del SSN, ai fini della definizione degli aspetti economici legati alla gestione dei finanziamenti dei progetti vincitori;
- Monitoraggio clinico-amministrativo-contabile dei progetti finanziati.

La valutazione dell'attività scientifica si basa sul numero degli studi clinici e su quello delle pubblicazioni scientifiche calcolando il punteggio totale di Impact Factor (IF) generato dal valore attribuito alle riviste. Nel 2021 l'ASST ha registrato un totale di 997.254 IF.

2.9 I "Portatori di interessi" (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.



Stakeholder strategici dell'Azienda



2.9.1 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.

Anche nel 2022 a causa delle restrizioni Covid **tutte le attività di volontariato sono momentaneamente sospese**, fatta eccezione per i servizi offerti online, e riprenderanno in accordo con la Direzione e in linea con le decisioni prese nell'Unità di Crisi e delle direttive nazionali e regionali.

2.10 L'azienda in numeri

2.10.1 Posti letto

	2019					
	ACCREDITATI			EFFETTIVI		
	Acuti e Riab	DH/DS	Totale	Acuti e Riab	DH/DS	Totale
PINI	380	14	394	306	12	318
CTO	146	15	161	123	14	137
Totale	526	29	555	429	26	455
	2020					
	Acuti e Riab	DH/DS	Totale	Acuti e Riab	DH/DS	Totale
	PINI	380	14	394	306	12
CTO	146	15	161	123	14	137
Totale	526	29	555	429	26	455
	2021					
	Acuti e Riab	DH/DS	Totale	Acuti e Riab	DH/DS	Totale
	PINI	380	16	396	278	16
CTO	146	15	161	121	9	130
Totale	526	31	557	399	25	424



La riduzione dei posti letto effettivi dal 2019 al 2021 è dovuta principalmente alla pandemia da COVID-19, che ha comportato una necessaria riorganizzazione dei reparti per la gestione del contagio ed il rispetto delle disposizioni igienico-sanitarie vigenti; un'altra causa della riduzione è riconducibile ai lavori di ristrutturazione di alcune aree dell'ASST, che hanno richiesto una contrazione dei reparti e quindi della disponibilità di letti.



2.10.2 Risorse Umane

Il Piano triennale dei fabbisogni 2020-2022, approvato con DGR 4131 del 21.12.20 da Regione Lombardia, sostituisce per il 2022 il PGRU e le autorizzazioni regionali per l'acquisizione di Dirigenti della PTA.

Il Piano dei fabbisogni 2021 – 2023 è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale del 27 dicembre 2021, n. 651 e sottoposto all'approvazione da parte di Regione Lombardia.

Al 31 dicembre 2021, l'ASST impiega n. 1.160 dipendenti (numero complessivo tra tempi indeterminati e determinati) così suddivisi:

PERSONALE AL 31 dicembre 2021	INDET.	DET.	TOT.
PERSONALE INFERMIERISTICO	398	5	403
PERSONALE TECNICO SANITARIO	58	1	59
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	70	/	70
ASSISTENTI SOCIALI	3	/	3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	111	28	139
OTA/OSS	88	23	111
PERSONALE RUOLO TECNICO	111	15	126
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	839	72	911
DIRIGENZA MEDICA (compresi Universitari)	226	7	233
DIRIGENZA SANITARIA/ DIRIGENZA SITRA	4	/	4
TOTALE AREA DIRIGENZA MEDICA e SANITARIA	230	7	237
DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICA	2	/	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	9	1	10
TOTALE AREA DIRIGENZA PTA	11	1	12
TOTALE COMPLESSIVO	1080	80	1160



In merito allo smart working, l'ASST si è dotata di un proprio regolamento per lo svolgimento del Lavoro Agile con deliberazione n. 608/2019. Nell'anno 2021 è stato fatto ricorso all'utilizzo dello smart



working cd. “emergenziale” sostanzialmente per i primi 9 mesi autorizzando n. 79 dipendenti (comparto e dirigenza). Solo il personale che ha ottenuto lo status di “fragile” dal medico competente ha proseguito con l’utilizzo di questa modalità lavorativa. Nel corso del 2022 l’ASST, anche a seguito delle novità che la contrattazione collettiva nazionale introdurrà, valuterà la possibilità di rendere strutturale lo smart working per alcune aree definite di figure professionali presenti in azienda, con l’adozione di un nuovo regolamento per l’applicazione dell’istituto giuridico, in coerenza con la normativa specifica vigente. Per quanto riguarda il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), si precisa che anche questo strumento, ai sensi del DL n. 80/2021, è sostituito dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e, conseguentemente, una volta adottato l’apposito decreto attuativo, l’ASST definirà i modi ed i tempi della messa a regime del lavoro agile, individuando i necessari adeguamenti dell’organizzazione, delle tecnologie, delle modalità di misurazione dei risultati, nonché delle competenze detenute, tenuto conto anche dell’esperienza maturata nell’attuazione dell’istituto giuridico durante la fase emergenziale.

2.10.3 Volumi di attività

	ANNO 2019		ANNO 2020		ANNO 2021	
	PINI	CTO	PINI	CTO	PINI	CTO
Regime di ricovero ordinario						
DIMESSI (N.ro)	8.144	2.717	6.312	2.020	7.244	2.273
DEGENZA MEDIA	8,1	9,4	10,2	12,1	7,9	7,9
Regime di ricovero in Day Hospital						
DIMESSI (N.ro)	1.942	960	910	407	1.303	794
ACCESSI DH	3.243	962	1.491	411	1.814	794
Prestazioni Ambulatoriali (N.ro)	330.445	160.342	222.986	99.359	283.208	139.522
Accessi PS (N.ro)	35.206	19.575	24.132	13.315	31.564	17.185



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 2022.

2.10.4 Bilancio

Al fine di garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa, nel corso dell'anno 2021 la Direzione si è impegnata a porre in essere attività volte al miglioramento della produttività e dell'efficienza dell'ASST, compatibilmente con l'emergenza epidemiologica.

L'esercizio 2021, in continuità con l'esercizio 2020, è stato infatti caratterizzato dagli effetti della pandemia che ne ha influenzato l'attività in particolar modo per il I semestre. L'Azienda ha comunque posto in essere per il II semestre 2021 una serie di azioni volte all'incremento dell'attività produttiva, anche sulla scorta di obiettivi specifici assegnati dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, recuperando le prestazioni non erogate nei mesi più critici della pandemia.

E' stata inoltre applicata la normativa nazionale e regionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono le misure di razionalizzazione, di riduzione e di contenimento della spesa sanitaria. Sarà obiettivo anche dell'anno 2022 proseguire in tale direzione per un efficientamento ulteriore delle risorse, legato comunque allo stato della pandemia, e promuovere tutte le azioni volte al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario nella salvaguardia dei livelli di servizio resi.

L'ASST prevede di chiudere il Bilancio dell'anno 2021 nel rispetto dei Decreti regionali n. 18365 del 23 dicembre 2021 e n. 59 dell'11 gennaio 2022, con i quali Regione ha ridefinito le assegnazioni di parte corrente e stabilito i valori di ricavo e di costo da esporre nelle singole poste rispetto a quanto assegnato a Bilancio Preventivo Economico dell'anno 2021.

Il Bilancio dell'Azienda ammonta ad € 137.602.132,00.=, al netto dei costi capitalizzati di € 5.758.076,00.=, come emerge dai dati risultanti nel CET del IV trimestre 2021, che potranno essere oggetto di modifica in sede di chiusura definitiva dell'esercizio 2021:



VOCE SKASST	DESCRIZIONE	BPE 2021	DECRETI NN. 18365/2021 E 59/2022	CET IV TRIM. 2021	VARIAZIONE CET IV TRIM.2021- DECRETI D=(C-B)	VARIAZIONE CET IV TRIM.2021- BPE 2021 E=(C-A)
		A	B	C		
	RICAVI:					
AOIR01	DRG	49.320.636	50.977.635	50.977.635	0	1.656.999
AOIR02	Funzioni non tariffate	4.820.206	4.820.206	4.820.206	0	0
AOIR03	Ambulatoriale	11.890.281	10.370.008	10.370.008	0	-1.520.273
AOIR06	Entrate proprie	3.489.423	3.638.226	3.772.950	134.724	283.527
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	6.932.685	8.610.658	9.203.928	593.270	2.271.243
AOIR09	File F	14.712.288	14.667.781	14.667.781	0	-44.507
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	194.737	650.133	1.329.837	679.704	1.135.100
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	9.642.608	10.286.336	10.286.336	0	643.728
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	60.712	37.488	687.683	650.195	626.971
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	0	104.236	245.714	141.478	245.714
AOIR15	Prestazioni sanitarie	897.942	1.185.947	1.168.427	-17.520	270.485
	TOTALE RICAVI (al netto capitalizzati)	101.961.518	105.348.654	107.530.505	2.181.851	5.568.987
	COSTI:					
AOIC01	Personale	61.659.964	60.347.487	60.332.874	-14.613	-1.327.090
AOIC02	IRAP personale dipendente	4.075.987	3.992.920	3.984.881	-8.039	-91.106
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	5.050.920	6.464.012	6.813.867	349.855	1.762.947
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	57.389.198	56.940.214	57.093.659	153.445	-295.539
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei	761.458	807.404	807.404	0	45.946



	capitalizzati)							
AOIC06	Altri costi	2.232.479	2.827.859	2.661.387	-166.472	428.908		
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	1.820.966	3.913.865	5.764.505	1.850.640	3.943.539		
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	0	126.520	143.555	17.035	143.555		
	TOTALE COSTI (al netto capitalizzati)	132.990.972	135.420.281	137.602.132	2.181.851	4.611.160		
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR	31.029.454	30.071.627	30.071.627	0	-957.827		



3 LE STRATEGIE

3.1 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 declinazione della pesatura degli obiettivi alle tipologie di performance, organizzativa ed individuale, tiene conto degli accordi integrativi vigenti, ove necessario.

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.

Trasversale alle due tipologie di performance è il **benessere organizzativo**, concetto recente per la Pubblica Amministrazione, mutuato dalla psicologia del lavoro. Studi e ricerche sulle organizzazioni, infatti, hanno dimostrato che le strutture più efficienti sono quelle con dipendenti soddisfatti ed un clima sereno e partecipativo. La Riforma Brunetta prima ed in ultimo la Riforma Madia hanno posto in essere una serie di strumenti (es. CUG, piani di miglioramento, sistemi di comunicazione interna...), finalizzati a valorizzare le risorse umane, aumentare la motivazione dei collaboratori, accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione dei lavoratori per la propria Amministrazione.

3.1.1 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.

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

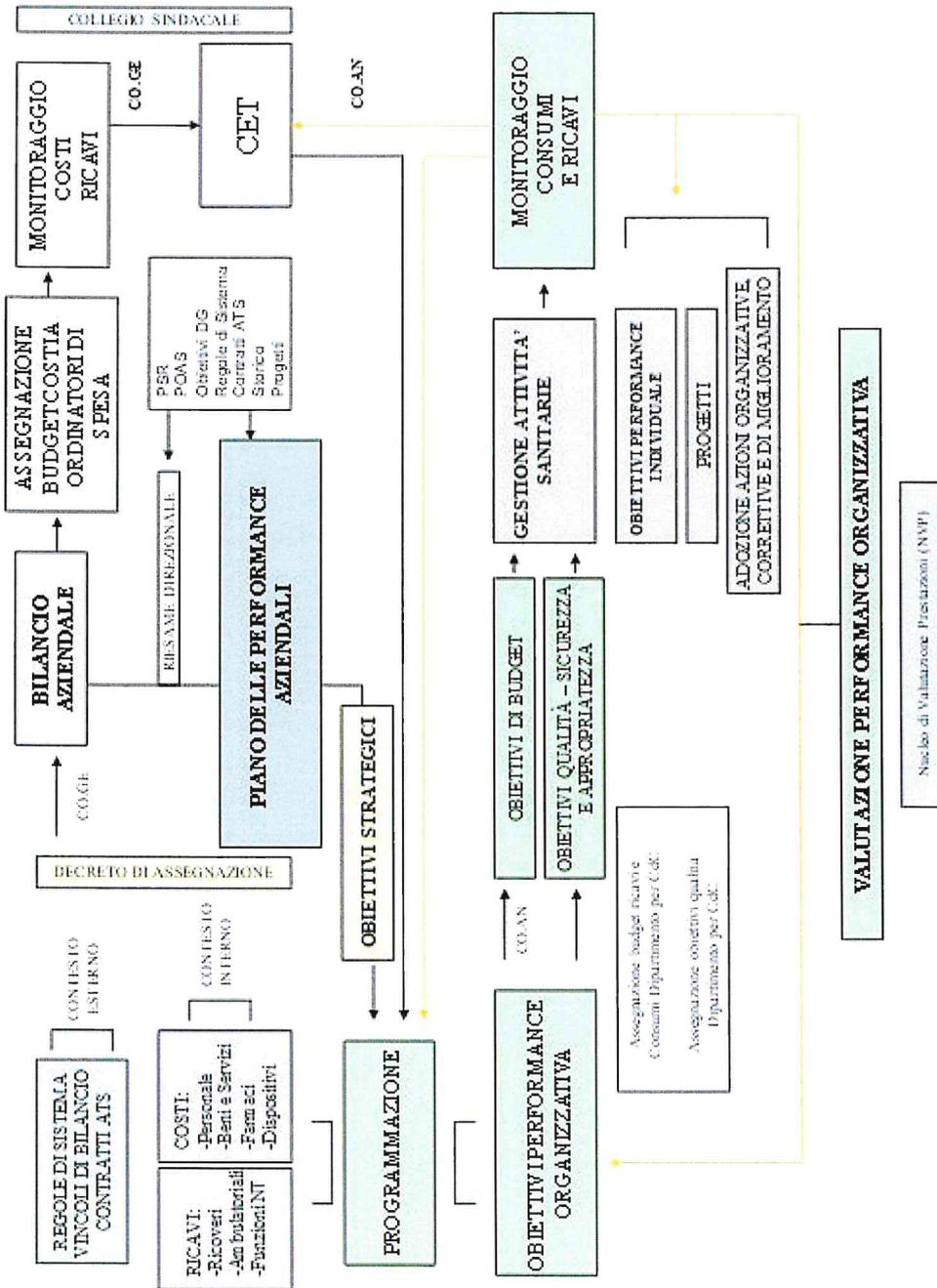


appropriatezza qualità e sicurezza) dagli uffici competenti e trasmessi all'UOS Controllo di Gestione e Programmazione, che li analizza per predisporre un report complessivo da fornire alla Direzione Strategica ed ai Centri di Responsabilità.

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:





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, sulla base delle Regole di Sistema e delle aree aziendali, che si intendono migliorare o consolidare.

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

- Budget
- Appropriatelyzza, 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.

Le verifiche infrannuali 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, con riguardo anche agli obiettivi del PNE.

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.

Gli obiettivi negoziati vengono integrati dal contratto con ATS Città Metropolitana, sia nella componente economica sia in quella qualitativa, e dagli obiettivi aziendali di interesse regionale, che comportano un aggiornamento delle schede di budget ed un'integrazione della negoziazione; la gestione del peso degli obiettivi aggiuntivi può comprendere anche l'inserimento di un eventuale "malus", di diretta decisione della Direzione Strategica.

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 esame ai fini della Valutazione della Performance Organizzativa.

3.1.2 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 esplicitare 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.

3.2 La trasparenza e la prevenzione della corruzione

Con delibera n. 1 del 12 gennaio 2022, il Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione ha differito al 30 aprile 2022 il termine del 31 gennaio per l’adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024.

La suindicata proroga è in linea con quanto previsto dal Decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228 “*Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi*”, in particolare l’art. 1, co. 12, lett. a) che ha differito, in sede di prima applicazione, al 30 aprile 2022, il termine del 31 gennaio fissato dal Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 (conv. con mod. dalla L. 6 agosto 2021, n. 113) per l’adozione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) da parte delle pubbliche amministrazioni, tenuto conto che, in un’apposita sezione del PIAO saranno programmate le misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione, secondo quanto previsto dall’art. 6, co. 2, del Decreto legge n. 80/2021 e dagli indirizzi adottati dall’ANAC.

L’edizione 2022 del PTPCT, attualmente in corso di aggiornamento, alla luce anche dei recenti interventi legislativi, da ultimo il Decreto Legge n. 228 del 30.12.2021 “*Decreto Mille proroghe 2022*”, che ha differito al 31.07.2022, l’adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione non può che porsi, nelle more dell’adozione del PIAO, in continuità con il precedente Piano 2021-2023.

Il Piano 2022-2024 intende confermare la metodologia di analisi e di monitoraggio dei rischi corruttivi, con l’obiettivo di garantire, così come ribadito anche dal PNA 2019, una sostanziale integrazione tra il processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della performance.

A tal fine, alle misure programmate nel PTPCT devono corrispondere specifici obiettivi nel Piano della Performance.



Il P.T.P.C.T. rappresenta lo strumento attraverso il quale l'ASST persegue i tre seguenti obiettivi principali:

- ✓ ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- ✓ aumentare la capacità di "intercettare" i casi di *malagestio*;
- ✓ creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Esso si articola in due sezioni, la prima dedicata alla prevenzione della corruzione, la seconda alla trasparenza.

Come sancito dal D.L.gs. 14 Marzo 2013 n. 33, modificato e integrato dal D. Lgs. 25 Maggio 2016, n. 97, la trasparenza è uno dei strumenti cardini della prevenzione della corruzione in quanto concorre ad attuare i principi di buon andamento, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità.

Gli obblighi di trasparenza e la pubblicazione on-line di dati/informazioni è finalizzata a consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza delle attività dell'ASST ed una maggiore partecipazione e coinvolgimento della collettività.

Il PTPCT 2022-2024 provvederà ad aggiornare i processi e relative misure descritti nell'allegato 1, tenuto conto anche degli impatti che sugli stessi ha l'aggravarsi dello stato di emergenza sanitaria, ad oggi prorogato al 31.03.2022.

Il PTPCT 2022-2024, mantenendo l'impianto del precedente Piano, sarà corredato da:

ALL.1: "*Registro dei processi, dei rischi, delle misure di prevenzione*" descrittivo delle attività istituzionali rappresentative di ogni UOC, identificativo degli eventi rischiosi, del livello di esposizione al rischio corruttivo, le misure in atto e quelle da intraprendere per mitigare e/o contrastare il rischio.

ALL. 2: "*Tabella degli obblighi di pubblicazione*", ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. 33/2013 e s.m.i., con indicazione dei Responsabili di UOC tenuti all'aggiornamento, secondo le tempistiche di legge, dei dati/informazioni all'interno della o delle macrofamiglia/e di pertinenza contemplate nella sezione Amministrazione Trasparente.

Non si può prescindere dalla considerazione che le sfide poste dall'emergenza Covid-19, in particolare quelle concernenti la gestione dei fondi europei per la ripresa economica, esporranno l'ASST a nuovi e diversi rischi con conseguente necessità di mettere in campo nuove e diverse misure a presidio della trasparenza e della prevenzione dei fenomeni corruttivi, senza mai abbassare il livello di attenzione nei confronti di tali fenomeni ma pronti ad intervenire attraverso tempestivi e adeguati presidi.



4 LINEE DI INDIRIZZO

Alla luce della mission dell'ASST e sulla base delle condizioni di contesto e delle risorse disponibili, si dà evidenza delle linee di indirizzo strategico per il triennio di riferimento del presente Piano. La programmazione si sviluppa, di norma, sulla base:

- della DGR regionale c.d. “REGOLE DI SISTEMA” che per il 2022, data la particolare situazione di contesto legata alla pandemia in corso, non è ancora stata approvata;
- della DGR regionale di assegnazione dei c.d. “OBIETTIVI D.G.”; per il 2022 il documento di riferimento è la DGR 5832 del 29 dicembre 2021, che dovrà essere integrato con successivi atti per dettagliare i risultati richiesti; potrà conseguire quindi un aggiornamento degli obiettivi per il momento recepiti;
- degli indirizzi della Direzione Strategica.

Nella tabella seguente si sintetizzano gli obiettivi generali, che costituiscono le linee di indirizzo per il 2022 e che saranno declinati in obiettivi operativi annuali alle singole Strutture non appena verranno specificati i risultati attesi e gli indicatori da parte di Regione Lombardia, relativamente agli obiettivi aziendali di interesse regionale.



Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Risultato	Indicatore	Responsabile	Strutture coinvolte	Tempistica
1	Obiettivo Regionale	Piano di ripresa 2022 e programmi di screening	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano di ripresa 2022, relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori. Rispetto del tempo massimo di attesa: - Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%. - Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.	Rendicontazione quadrimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati quadrimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti.	Responsabili UUOO sanitarie	Gestione Operativa; DMP; SITRA; CdG	31/12/2022
2	Obiettivo Regionale	Liste d'attesa	Rispetto del tempo massimo di attesa: - Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%. - Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.	Rendicontazione trimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati trimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti.	RUA	Gestione Operativa; UOSD Attività Ambulatoriali; UUOO sanitarie; SITRA; DMP; CdG	31/12/2022



Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Risultato	Indicatore	Responsabile	Strutture coinvolte	Tempistica
3	Obiettivo Regionale	Piano di contrasto al Covid-19	Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 sia per le somministrazioni nei centri vaccinali che per le somministrazioni domiciliari	Rendicontazione mensile: il mancato rispetto dei target stabiliti dall'Unità di Crisi e delle indicazioni della Task Force Tamponi comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti.	SITRA	Organizzazione Risorse Umane	31/12/2022
4	Obiettivo Regionale	Attuazione legge regionale n. 22/2021	Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare	Rendicontazione trimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati trimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 2,5 punti.	Direzione Strategica	Tutte le Strutture	31/12/2022
5	Obiettivo Regionale	Investimenti	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento	Rendicontazione trimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati trimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti	Acquisti e Logistica; Gestione Tecnico Patrimoniale; Ingegneria Clinica; SIA	Economico Finanziaria	31/12/2022
6	Obiettivo Regionale	Potenziamento rete territoriale	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare	Rendicontazione bimestrale: il mancato rispetto dei target stabiliti dalla Direzione Generale Welfare comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 2,5 punti.	DSS	DMP; SITRA; Gestione Tecnico Patrimoniale; Qualità e Privacy	31/12/2022
7	Obiettivo Regionale	Attività di donazione di organi e tessuti	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.	Rendicontazione quadrimestrale	DMP	Anestesia e Rianimazione; Banca Osso; SITRA; UUOO Sanitarie	31/12/2022



Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Risultato	Indicatore	Responsabile	Strutture coinvolte	Tempistica
8	Obiettivo Regionale	Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	Rendicontazione annuale	Economico Finanziaria	Economico Finanziaria; Acquisti e Logistica; Gestione Tecnico Patrimoniale; Organizzazione Risorse Umane; Affari Generali Istituzionali e Legali; Farmacia; Gestione Operativa	31/12/2022
9	Obiettivo Regionale	Trasparenza	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza	Rendicontazione annuale	Trasparenza Anticorruzione e Internal Auditing	Tutte le Strutture	31/12/2022
10	Obiettivo Aziendale	Fascicolo Sanitario Elettronico	% referti per esterni pubblicati SISS (lettere di dimissione, referti ambulatoriali, verbali PS)	100%	Tutte le Strutture sanitarie - Dipartimenti	DMP; SIA; CdG	31/12/2022
11	Obiettivo Aziendale	DEM	Emissione delle ricette in formato elettronico	90%	Tutte le Strutture sanitarie - Dipartimenti	DMP; SIA; CdG	31/12/2022
12	Obiettivo Aziendale	Continuità Ospedale-Territorio	Attuazione della procedura di continuità Ospedale-Territorio	N. eventi formativi partecipati/N. eventi previsti = 100% → punti 50 N. segnalazioni secondo procedura attivate/N segnalazioni pervenute = ≥ 90% → punti 50	CSA - DMP	Tutte le Strutture sanitarie - Dipartimenti	31/12/2022
13	Obiettivo Aziendale	Interventi formativi di natura cogente	Partecipazione agli eventi formativi organizzati	100% del piano formativo	Organizzazione Risorse Umane (Formazione)	Tutte le Strutture coinvolte nel piano formativo	31/12/2022
14	Obiettivo Aziendale	Sperimentazioni Cliniche	Sperimentazioni cliniche profit	almeno 25 sperimentazioni cliniche profit	CTS	Tutte le Strutture sanitarie - Dipartimenti	31/12/2022