



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 341 del 30 GIU. 2022

OGGETTO: Relazione sulla Performance 2021 ai sensi dell'art. 10 lett. b) del D. Lgs. 150/09.

DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT.SSA PAOLA LATTUADA

**SU PROPOSTA DEL
DIRIGENTE UOS CONTROLLO DI GESTIONE E PROGRAMMAZIONE**

accertata la competenza procedurale, sottopone in data 30 GIU. 2022 allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato, la cui spesa rientra nel budget assegnato.

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

IL DIRETTORE UOC ECONOMICO FINANZIARIA

ha registrato contabilmente

il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico del Bilancio aziendale

Il Direttore UOC Economico Finanziaria
Dott.ssa Emilia Martignoni



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 341 del 30 GIU. 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. b, 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 denominato Relazione sulla Performance, che evidenzia, a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati;

Richiamati:

- il Decreto Legislativo N. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", che contiene l'obbligo di pubblicazione della Relazione sulla Performance;
- il Decreto Legislativo N. 74 del 25 maggio 2017 "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124", che prevede l'approvazione, da parte dell'organo di indirizzo politico-amministrativo, della Relazione annuale sulla Performance;

Ricordato che con deliberazione del Direttore Generale n. 26 del 26 gennaio 2021 è stato adottato il Piano della Performance per il triennio 2021-2023;

Preso atto che il testo allegato al presente atto, elaborato dall'UOS Proponente quale proposta di Relazione sulla Performance 2021, risponde ai requisiti formali previsti dalla normativa richiamata, nonché alle esigenze organizzative di questa Azienda in materia di valutazione della performance;

Acquisito il parere del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, che, riunitosi nella seduta del 27/06/2022 presso la sede della ASST, si è espresso favorevolmente in merito al contenuto ed al profilo metodologico e redazionale del documento denominato Relazione sulla Performance 2021;

Considerato che:

- il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico del bilancio dell'Azienda;



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 341 del 30 GIU. 2022

- il presente provvedimento viene adottato su proposta del Dirigente dell'UOS Controllo di Gestione e Programmazione, che ne attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento;

Ritenuto pertanto:

- di fare propria la proposta di adozione della Relazione sulla Performance 2021 avanzata dall'UOS Proponente;
- di adottare la Relazione sulla Performance 2021, ai sensi dell'art. 10 lett. b) del D.lgs. 150/2009, allegata al presente provvedimento e del quale costituisce parte integrante e sostanziale;
- di rendere pubblico il documento in argomento mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale aziendale, come previsto dal Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 e nelle modalità stabilite dal Decreto Legislativo N. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i.;

Viste:

- l'attestazione di regolarità dell'istruttoria e la legittimità del presente provvedimento espressa dal Responsabile dell'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 la Relazione sulla Performance 2021, ai sensi dell'art. 10 lett. b) del D.lgs. 150/2009, allegata al presente provvedimento e del quale costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di disporre la pubblicazione della "Relazione sulla Performance 2021" sul sito internet aziendale, come previsto dal Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 e nelle modalità stabilite dal Decreto Legislativo N. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i.;
3. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri diretti a carico del bilancio aziendale;
4. 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;



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 341 del 30 GIU. 2022

5. 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, comma1, 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 ex l. 241/90: dott.ssa Angela Iuliano
Pratica trattata da: dott.ssa dott.ssa Angela Iuliano
ATTI n. 2022-1.1.2/1.3



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 341 del 30 GIU. 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 30 GIU. 2022 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. 4 pagine e n 55 allegati.

UOC Affari Generali Istituzionali e Legali
Il Funzionario addetto

Stefania Scipadi

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

UOC Affari Generali Istituzionali e Legali
Il Funzionario addetto



Relazione sulla Performance

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

Anno 2021



INDICE

PREMESSA.....	3
1. L'AZIENDA IN NUMERI	5
1.1 Posti letto.....	5
1.2 Risorse Umane	6
1.3 Volumi di attività	8
1.4 Bilancio.....	9
2 LA PERFORMANCE.....	12
2.1 La Misurazione e la Valutazione della Performance	12
2.2 La Performance individuale.....	18
2.3 Monitoraggio del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.....	18
3 LA TRASPARENZA E LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	20
4 L'INTEGRAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE - CUG.....	24
5 I RISULTATI DELLA GESTIONE.....	24
6 I RISULTATI DELLA PERFORMANCE.....	47
7 GLI INDICATORI.....	52



PREMESSA

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

Il Decreto prevede inoltre che l'Azienda stili, 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 e agli obiettivi organizzativi e individuali assegnati, dando evidenza degli eventuali scostamenti rilevati.

È necessario premettere che il Ciclo della Performance per l'anno 2021 è stato almeno per la prima parte dell'anno condizionato dalla pandemia da COVID-19, sia nelle tempistiche che nei contenuti.

Il Ciclo della Performance per l'anno 2021 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano della Performance 2021-2023, 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 dell'anno 2021, gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori di risultato e i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance organizzativa ed individuale aziendale; il suddetto Piano è stato approvato con la Deliberazione n. 26 del 26.01.2021.

La Direzione Aziendale ha identificato gli Obiettivi Strategici Aziendali, che sono stati declinati alle singole Strutture Organizzative a conclusione del Processo di Negoziazione di Budget.

L'UOS Controllo di Gestione e Programmazione ha predisposto le Schede di Budget 2021 per ciascuna Unità Operativa Complessa (UOC) ed alcune Unità Operative Semplici (UOS), considerate strategiche.

Gli obiettivi sono stati condivisi, tenendo conto anche delle osservazioni e/o proposte integrative formulate dai Direttori di UOC/UOS.

Le Schede di Budget 2021, che riportano per ciascuna Struttura i dati e gli obiettivi di produzione, organizzativi, di appropriatezza, di qualità e di efficienza assegnati per l'anno 2021, con l'indicazione del relativo peso (per un punteggio complessivo pari a 100), sono state approvate con la Deliberazione n. 528 del 26.10.2021.

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 2021 evidenzia i risultati aziendali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati per l'anno 2021. 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, nella sezione dedicata dell'area "Amministrazione Trasparente".



1. L'AZIENDA IN NUMERI

1.1 Posti letto

	N. Posti letto 2021			N. Posti letto 2021		
	ACCREDITATI			EFFETTIVI		
	Acuti e Riab	DH/DS	<i>Totale</i>	Acuti e Riab	DH/DS	<i>Totale</i>
PRESIDIO PINI	375	16	391	278	16	294
PRESIDIO CTO	146	15	161	121	9	130
TOTALE	521	31	552	399	25	424



1.2 Risorse Umane

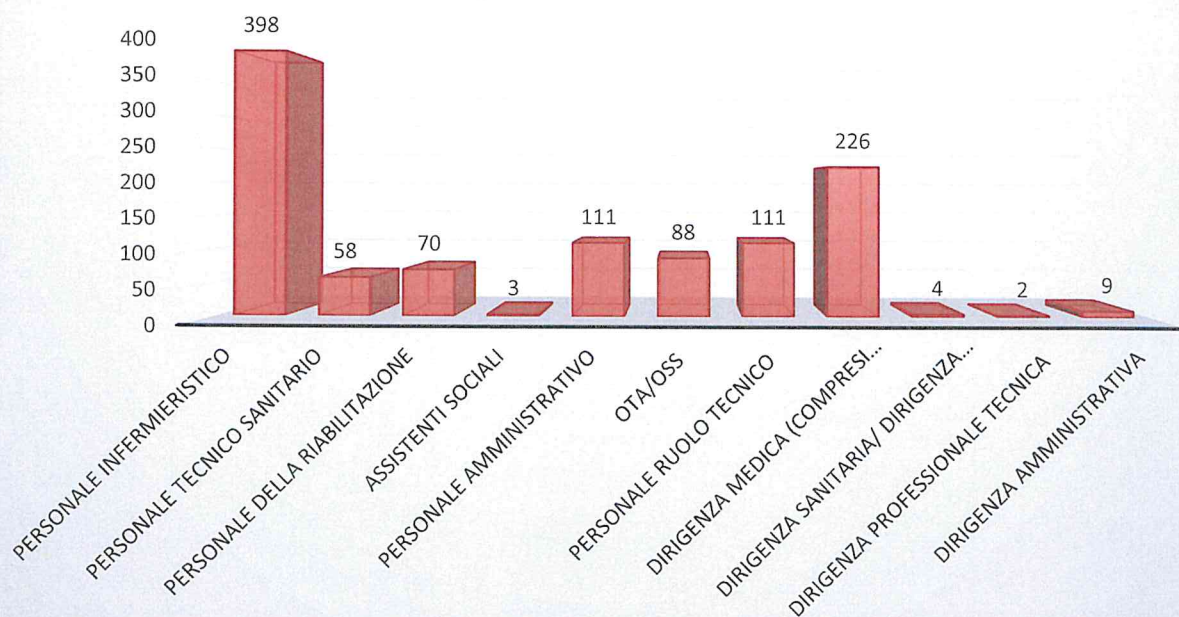
Il fabbisogno di personale, approvato da Regione Lombardia con cadenza triennale, ha previsto presenze costanti coerentemente con la realizzazione dei piani d'assunzione annuale, predisposti in considerazione del turn over, così come autorizzati dalla Regione, ed in attuazione delle regole di sistema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

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

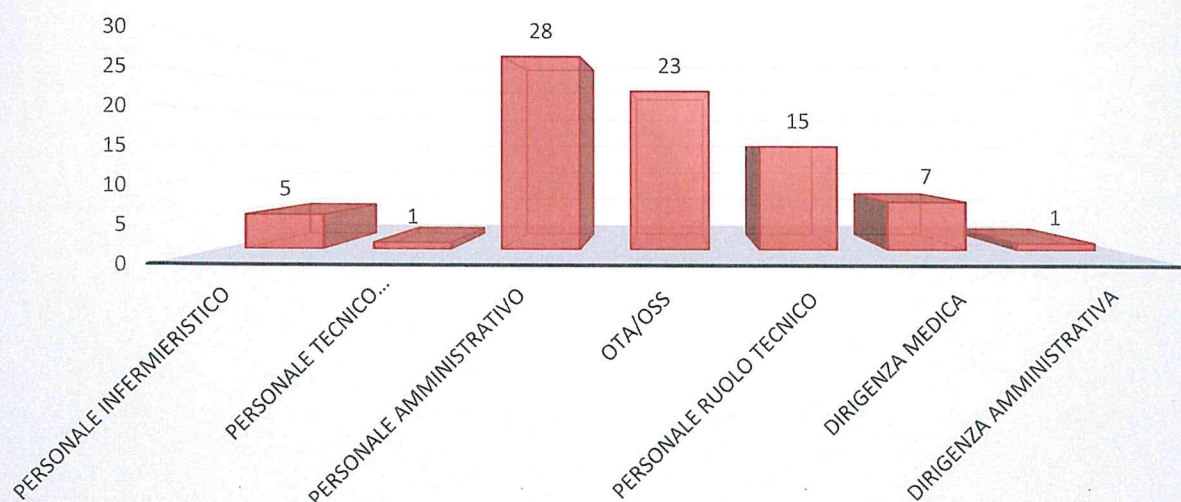
PERSONALE AL 31 dicembre 2021	INDET.	DET.	TOT.
PERSONALE INFERMIERISTICO	398	5	403
PERSONALE TECNICO SANITARIO	58	1	59
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	70	/	70
ASSISTENTI SOCIALI	3	/	3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	111	28	139
OTA/OSS	88	23	111
PERSONALE RUOLO TECNICO	111	15	126
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	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	1.080	80	1.160



Personale al 31 Dicembre 2021 Tempo Indeterminato



Personale al 31 Dicembre 2021 Tempo Determinato





1.3 Volumi di attività

	ANNO 2021	
	PINI	CTO
Regime di ricovero ordinario		
DIMESSI (N.ro)	7.201	2.266
DEGENZA MEDIA	7,9	7,9
Regime di ricovero in Day Hospital		
DIMESSI (N.ro)	1.337	793
ACCESSI DH	1.850	793
Prestazioni Ambulatoriali (N.ro)	292.443	128.771
Accessi PS (N.ro)	31.564	17.185



1.4 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 caratterizzato dagli effetti della pandemia che ne ha influenzato l'attività in particolar modo per il primo semestre.

Nel corso dei primi mesi dell'anno 2021 di recrudescenza dell'epidemia da COVID-19 si è infatti registrata una riduzione sia dell'attività di ricovero d'elezione a fronte di un aumento delle prestazioni in urgenza che dell'attività ambulatoriale. L'Azienda ha inoltre fornito il proprio apporto nel periodo gennaio - maggio nella gestione dell'Ospedale in Fiera fornendo personale, in particolare anestesisti e operatori di area critica, con conseguenti ripercussioni sull'attività complessivamente erogata.

A fronte del contenimento dei volumi di attività causati dalla situazione emergenziale, l'Azienda ha comunque posto in essere per il II semestre 2021, anche sulla scorta di obiettivi specifici assegnati dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, una serie di azioni volte all'incremento dell'attività produttiva e al contenimento dei tempi d'attesa, recuperando le prestazioni non erogate nei mesi più critici dell'emergenza sanitaria.

È 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 dei costi, e sono state poste in essere una serie di azioni di contenimento dei costi, quali:

- il processo di programmazione con l'attribuzione del Budget;
- il monitoraggio costante sui livelli di consumo dei Centri di Costo e delle prestazioni dei servizi aziendali, ed in particolar modo dei costi per materiale protesico e per altri dispositivi medici;
- l'attivazione di convenzioni Consip ed ARIA nonché l'effettuazione di acquisti mediante aggregazioni con Consorzi tra Aziende e mediante procedure espletate sulla piattaforma informatica SINTEL;
- l'unificazione sotto un unico contratto di attività precedentemente svolte da distinti fornitori, peraltro differenziati per i vari Presidi. Si riporta a titolo di esempio i principali contratti unificati:
- servizio di trasporti sanitari che oggi viene svolto da un unico operatore in luogo dei 4 che precedentemente erogavano il servizio;
 - servizio di lavanolo che attualmente viene erogato da un unico operatore in luogo dei due precedenti;



- il servizio di ristorazione presso il P.O. Gaetano Pini, oggetto di una sostanziale riorganizzazione, è stato esternalizzato ed affidato al medesimo fornitore del P.O. "CTO" in modo che i 2 principali presidi ospedalieri vengano gestiti con un unico contratto e con livelli prestazionali omogenei. Tale esternalizzazione, le cui basi sono state poste nel 2021, è entrata a regime nei primi mesi 2022;
- un forte ridimensionamento delle spese in economia attraverso l'intensificazione dell'attività di contrattualizzazione mediante l'espletamento di gare aggregate.

L'ASST ha chiuso il Bilancio dell'esercizio 2021 nel rispetto del Decreto d'assegnazione del 20 maggio 2022, n. 7029, con il quale Regione Lombardia ha stabilito le assegnazioni definitive di parte corrente e i valori di ricavo e di costo da esporre nelle singole poste rispetto ai Decreti regionali n. 1720/2021, n. 18365/2021 e n. 59/2022.

Il Bilancio dell'Azienda ammonta ad € 136.959.266,00=, al netto dei costi capitalizzati di € 5.786.498,00=, come emerge dai dati economici risultanti nel Bilancio d'esercizio 2021, approvato con Deliberazione aziendale n. 273 del 25 maggio 2022:

VOCE SKASST	DESCRIZIONE	BPE 2021	ASSETAMENTO AL BPE 2021	BILANCIO D'ESERCIZIO 2021	VARIAZIONE BES.ASSETAMENTO 2021	VARIAZIONE BES BPE 2021
		A	B	C	D=(C-B)	E=(C-A)
	RICAVI:					
AOIR01	DRG	49.320.636	50.977.635	50.381.735	-595.900	1.061.099
AOIR02	Funzioni non tariffate	4.820.206	4.820.206	4.065.158	-755.048	-755.048
AOIR03	Ambulatoriale	11.890.281	10.370.008	10.749.973	379.965	-1.140.308
AOIR06	Entrate proprie	3.489.423	3.638.226	3.836.986	198.760	347.563
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	6.932.685	8.610.658	9.327.207	716.549	2.394.522
AOIR09	File F	14.712.288	14.667.781	14.607.446	-60.335	-104.842
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	194.737	650.133	1.153.329	503.196	958.592
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	9.642.608	10.286.336	12.169.336	1.883.000	2.526.728
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	60.712	37.488	684.433	646.945	623.721
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	0	104.236	268.070	163.834	268.070



AOIR15	Prestazioni sanitarie	897.942	1.185.947	1.553.079	367.132	655.137
	TOTALE RICAVI (al netto capitalizzati)	101.961.518	105.348.654	108.796.752	3.448.098	6.835.234
	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	7.154.110	690.098	2.103.190
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	57.389.198	56.940.214	56.616.186	-324.028	-773.012
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	761.458	807.404	763.115	-44.289	1.657
AOIC06	Altri costi	2.232.479	2.827.859	2.742.307	-85.552	509.828
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	1.820.966	3.913.865	5.199.177	1.285.312	3.378.211
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	0	126.520	166.616	40.096	166.616
	TOTALE COSTI (al netto capitalizzati)	132.990.972	135.420.281	136.959.266	1.538.985	3.968.294
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR	31.029.454	30.071.627	28.162.514	-1.909.113	-2.866.940



2 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.

2.1 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. Gli attuali processi sono oggetto di costante revisione e perfezionamento.



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, in ottemperanza alla Procedura Generale Aziendale (PGA CDG/01) attualmente vigente.

Il Sistema si articola in quattro fasi:

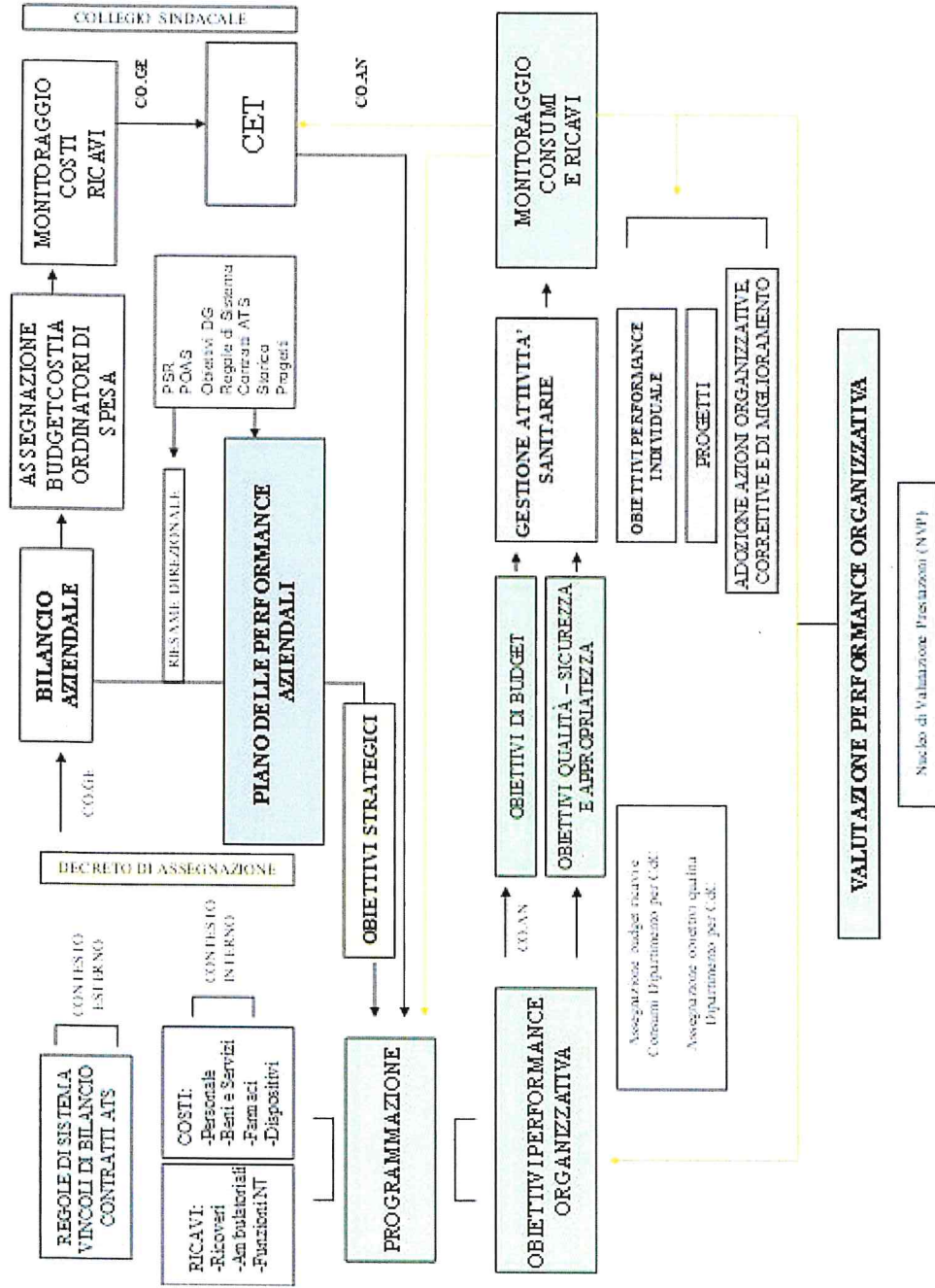
1. Programmazione: è la fase di competenza esclusiva della Direzione Strategica che, attraverso il Piano Triennale della Performance, definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali con i relativi indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati organizzativi. Vengono individuati anche 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 Strategica. 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 e 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.

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



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

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

2.2 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.

2.3 Monitoraggio del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

Anche per il 2021 il ciclo di valutazione e misurazione ha seguito il flusso previsto dalla Procedura Generale Aziendale, come verificato dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, che ha agito nelle more delle attività relative al monitoraggio della performance, in ottemperanza ai propri compiti e garantendo che il ciclo



stesso fosse verificato nella sua completezza metodologica. Di seguito si elencano gli incontri effettuati dal Nucleo di Valutazione delle Performance nell'esercizio delle sue funzioni:

13 gennaio 2021
26 gennaio 2021
23 marzo 2021
26 aprile 2021
21 giugno 2021
20 luglio 2021
09 agosto 2021
10 settembre 2021
08 ottobre 2021
19 novembre 2021



3 LA TRASPARENZA E LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'Autorità Nazionale Anticorruzione, anche con l'ultimo PNA 2019, ribadisce che nella progettazione e attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo occorre garantire una sostanziale integrazione tra il predetto processo e il ciclo della performance.

Alle misure di prevenzione previste nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza devono corrispondere specifici obiettivi nel Piano della Performance, nella misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali è necessario tener conto dell'attuazione delle misure programmate nel PTPCT e dell'effettiva partecipazione delle Unità Operative al processo di gestione del rischio corruttivo, esteso anche agli obblighi di trasparenza di cui al D.Lgs n.33/2013 e s.m.i..

Per l'anno 2021 sono state definite le misure di trasparenza e prevenzione della corruzione e relativi indicatori, la cui attuazione si pone in correlazione agli obiettivi di performance di cui al Piano delle Performance 2021.

RILEVAZIONI

1- Richieste risarcimento

Di seguito le richieste di risarcimento danni da RCT/O, notificate all'ASST G. Pini –CTO, negli anni 2019-2020-2021:

- 2019: n. 48
- 2020: n. 38
- 2021: n. 28

2- Dichiarazione Pubblica di interessi – AGENAS (Dirigenza Amministrativa e Sanitaria).

A partire dal 2017, l'Azienda ha promosso, ogni anno, la compilazione, da parte dei dirigenti dell'Area Sanitaria e Amministrativa, della Dichiarazione pubblica di interessi, introdotta dal Protocollo d'Intesa sottoscritto tra AGENAS e ANAC in data 05.11.2014 e volta a sperimentare, modelli specifici di governance delle Aziende Sanitarie finalizzati alla prevenzione dei fenomeni di corruzione e di conflitto di interessi.

La Dichiarazione pubblica di interessi è stata prevista anche nel Piano Nazionale Anticorruzione 2015 - Sezione Sanità (cfr. Delibere ANAC n. 12 del 28.10.2015 e n.831 del 03.08.2016) come strumento diretto al rafforzamento della trasparenza e dell'integrità dell'azione amministrativa, in grado di rendere conoscibili al RPCT ed al management aziendale le relazioni e/o gli interessi intercorrenti tra i professionisti sanitari e gli operatori economici (quasi sempre fornitori dell'Azienda), in settori particolarmente esposti a rischio corruttivo (farmaceutica, dispositivi medici, ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni) e di acquisire un flusso di informazioni valutabili sotto il profilo della sussistenza di conflitti di interesse.

La predetta dichiarazione costituisce una delle misure di trasparenza e anticorruzione prevista anche nel PTPCT 2021-2023 dell'ASST G. Pini -CTO.



Il Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ha richiesto entro il 31 dicembre di ogni anno, a tutti i dirigenti dell'ASST, la compilazione della predetta Dichiarazione attraverso l'accesso al sito dell'AGENAS, a mezzo credenziali dalla stessa fornite a ciascun professionista all'uopo abilitato.

Il RPCT è l'unico soggetto autorizzato da AGENAS al monitoraggio sulla compilazione.

Nell'anno 2020 la percentuale di raggiungimento è stata del 43%, rispetto all'indicatore prefissato (80%), riconducibile, verosimilmente, allo stato di emergenza sanitaria che ha limitato le attività di consulenza, le partecipazioni a convegni/congressi, da parte dei professionisti dell'Azienda.

L'AGENAS, per l'anno 2021, ha segnalato l'indisponibilità all'utilizzo della piattaforma dedicata alla compilazione della Dichiarazione pubblica di interessi (cfr. da ultimo con comunicazione e-mail del 21.12.2021, depositata in atti del RPCT).

Per quanto precede, tale misura di prevenzione della corruzione, per l'anno 2021, non può essere oggetto di valutazione ai fini della performance.

3- Dichiarazione di incompatibilità (Dirigenza Amministrativa e Sanitaria)

Contestualmente alla compilazione della Dichiarazione pubblica di interessi, ai dirigenti dell'Area Sanitaria e Amministrativa è stato richiesto, a partire dal 2018, l'aggiornamento (secondo la modulistica all'uopo predisposta), della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità/incompatibilità, concepita come ulteriore misura di rafforzamento della prevenzione della corruzione e della trasparenza, inserita nel PTPCT triennale dell'ASST, volta a rendere nota all'Amministrazione l'insorgenza di situazioni di potenziale conflitto di interesse.

Come ribadito nella delibera ANAC n. 1146 del 25.09.2019 relativa all'applicabilità della disciplina del d.lgs. n. 39/2013 agli incarichi dirigenziali svolti nell'ambito degli Enti del servizio sanitario "solamente il direttore generale, il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono ritenuti titolari di competenze gestorie e, dunque, inclusi nelle preclusioni e i limiti del d.lgs. n. 39/2013. Tutti gli altri dirigenti sanitari, medici e non medici (farmacisti, biologi, psicologi ecc.) sono esclusi dall'ambito della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità".

Come precisato al precedente punto 2), per l'anno 2021, l'AGENAS non ha reso disponibile la compilazione on line della Dichiarazione pubblica di interessi da parte dei dirigenti dell'ASST che avrebbe consentito al RPCT di acquisire, anche avvalendosi della dichiarazione di incompatibilità dagli stessi resa, un flusso di informazioni su cui poter orientare le proprie attività di controllo in tema di conflitto di interessi, incompatibilità di incarichi, cumulo di impieghi.

Per quanto precede, le suindicate dichiarazioni, per il 2021, non sono state acquisite e, pertanto, non possono essere oggetto di misurazione della performance.



4- Obblighi di trasparenza (Area Amministrativa)

Gli obblighi di trasparenza si sostanziano essenzialmente nella pubblicazione ed aggiornamento, in Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, di dati e di informazioni previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 riconducibili alle macro-famiglie elencate nella tabella ricognitiva – ALL. 2 al PTPCT 2021-2023.

La sezione Amm.ne Trasparente è articolata in n. 21 macro-famiglie e n. 56 sotto-sezioni di dati/informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria.

In data 21.06.2021 il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'ASST, coadiuvato dal RPCT, ha attestato la veridicità e attendibilità dei dati pubblicati al 31.05.2021 e rientranti nell'ambito delle macro-famiglie di cui alla relativa griglia di rilevazione predisposta dall'ANAC.

Alla data del 31.12.2021, il trend di aggiornamento dei dati si è mantenuto costante anche relativamente alle macro-famiglie di dati non oggetto dell'attestazione di assolvimento rilasciata dal Nucleo di Valutazione.

5- Compilazione della modulistica in tema di acquisizione beni protesici infungibili (Dirigenza Sanitaria).

L'area di performance in questione è l'area denominata "Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie", oggetto di monitoraggio non solo nell'ambito della prevenzione della corruzione di cui al PTPCT 2021-2023, ma anche delle attività di internal audit di cui al Piano di Audit 2021.

L'obiettivo dell'audit è stato quello di verificare il processo di acquisizione di materiale protesico, ritenuto infungibile e relativa spesa, attraverso la compilazione della specifica modulistica allegata al Protocollo aziendale dal titolo "Riorganizzazione dei processi gestionali e decisionali relativi all'impiego di materiali protesici, di osteosintesi e accessori".

Nel corso dell'audit dell'08.02.2022, effettuato con il Direttore della UOC Acquisti e Logistica, con riferimento all'andamento degli acquisti di beni infungibili anno 2021, è emerso che, a partire dal secondo semestre 2021, si è proceduto alla radicale contrattualizzazione della relativa spesa nel rispetto delle specifiche Linee Guida regionali (DGR n. 491/2018 - Allegato C).

Tutto ciò ha comportato il conseguente superamento del protocollo aziendale soprarichiamato (in attesa della definizione di un nuovo specifico regolamento aziendale per l'acquisizione di beni infungibili/esclusivi) attestato anche dai dati consuntivi al 31.12.2021.

Al riguardo, con riferimento al IV° CET 2021, la spesa totale effettuata nel 2021 per materiale impiantabile è di € 6.603.645,07 di cui in economia 1.052.578,18 (pari al 15,93% del totale).

6- Mappatura dei rischi corruttivi – ALL.1 al PTPCT 2022-2023

La scheda di mappatura dei rischi corruttivi – ALL.1 al PTPCT 2021-2023 è articolata in n.20 processi riconducibili alle macro-aree di rischio obbligatorie, distinte in "generali" (n. 8) e "specifiche" (n. 3), secondo la suddivisione prevista dai PNA 2015 e 2016. Ciascuna area di rischio è declinabile per tipologie di processi omogenei.



Il PNA e successivi aggiornamenti hanno individuato le seguenti aree di rischio "generali":

1. acquisizione e progressione del personale
2. affidamento di lavori, servizi e forniture
3. provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (ad es.: autorizzazioni, concessioni)
4. provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (ad es.: sovvenzioni, contributi, sussidi)
5. gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
6. controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
7. incarichi e nomine
8. affari legali e contenzioso

e le seguenti aree di rischio specifiche:

1. attività libero professionale
2. liste di attesa
3. rapporti con soggetti erogatori
4. farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
5. attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Con riferimento al sistema di monitoraggio dei rischi corruttivi, per effetto della gestione integrata del rischio tra il sistema di prevenzione della corruzione e quello di internal auditing (peraltro il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza riveste anche il ruolo di Responsabile della Funzione di Internal Auditing), l'attività di verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione è stata condotta dal RPCT, nell'ambito delle aree di attività oggetto di internal auditing, in collaborazione con i Dirigenti responsabili delle stesse.

Nonostante le difficoltà strettamente legate all'emergenza sanitaria, nel corso del 2021, il monitoraggio è stato effettuato, a cadenza semestrale, nel rispetto delle tempistiche dettate dalla Struttura Audit di Regione Lombardia, attraverso audit specifici, anche telematici, nell'ambito dei processi individuati nel Piano di Audit 2021, adottato con deliberazione n. 80 del 18.02.2021, rientranti nelle aree di rischio censite nel PTPCT 2021-2023, di seguito riportati:

1. Incarichi extra istituzionali (area di rischio generale incarichi e nomine);
2. Rapporto delle attività in regime SSN e in regime Libero Professionale (area di rischio specifica);
3. Affidamenti servizi e forniture infra € 40.000,00 (area di rischio generale);
4. Acquisizione di materiale protesico e di osteosintesi dichiarato infungibile e/o esclusivo (area di rischio generale);
5. Sperimentazioni cliniche (area di rischio specifica);



6. Convenzioni in regime libero professionale per l'attività in intramoenia allargata (area di rischio specifica);
7. Atti di liberalità connessi all'emergenza sanitaria da Covid-19 (area di rischio generale);
8. Lavoro agile (area di rischio generale/ulteriore);
9. Gestione del rischio sanitario in conseguenza del Covid-19 (area di rischio ulteriore/generale);
10. Interventi strutturali messi in atto in conseguenza del Covid-19 (area di rischio generale dei contratti pubblici);
11. Impegno delle risorse destinate all'emergenza (area di rischio generale/ulteriore).

Con riferimento all'anno 2021 risultano auditati n. 11 processi riconducibili e rappresentativi delle n. 11 macro aree di rischio obbligatorie (generali e specifiche) mappate nel PTPCT 2021-2023, nel rispetto dell'obiettivo di che trattasi.

4 L'INTEGRAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE - CUG

Con deliberazione n. 260 del 20 maggio 2022 è stata aggiornata la composizione del CUG, che predisporrà il piano triennale delle azioni positive adeguato al contesto dell'ASST.

5 I RISULTATI DELLA GESTIONE

La programmazione annuale per l'anno 2021 si è sviluppata attraverso l'individuazione dei seguenti obiettivi prioritari, ricondotti all'interno del Processo di Budget aziendale annuale e ulteriormente integrati da altri obiettivi qualitativi di interesse aziendale e regionale, nonché dagli obiettivi legati alle RAR e dagli obiettivi previsti dal contratto ATS:

OBIETTIVO

Gestione della pandemia: *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 Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano 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. Nel corso del 2021 l'ASST prevede di dedicare un'importante parte dell'attività strategica alla riprogettazione continua dell'offerta al fine di assicurare l'attività assistenziale nelle massime condizioni di sicurezza possibile per utenti/assistiti, personale sanitario, amministrativo e tecnico, adeguando le soluzioni organizzative all'andamento della pandemia. In particolare l'ASST si concentrerà sulle seguenti attività:*

- *Mantenimento/miglioramento del filtro di pre-triage in PS, per la separazione dei flussi dei pazienti in presenza di sintomatologia riconducibile al COVID-19*



- *Razionalizzazione e potenziamento delle “aree filtro”, quali check point necessari per l’ingresso in ospedale*
- *Razionalizzazione e potenziamento dei percorsi COVID+ e COVID- per la gestione dei pazienti che necessitano il ricovero*
- *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*
- *Sorveglianza costante del personale attraverso l’esecuzione periodica di tamponi di controllo, anche dopo la campagna di vaccinazione COVID-19*
- *Adeguamento costante dell’offerta sanitaria in funzione dell’andamento della pandemia, attraverso la modifica anche degli assetti logistici per garantire la corretta ed adeguata assistenza, in relazione alla pandemia in atto*
- *Potenziamento della tecnologia per l’esecuzione di Televisita.*

RENDICONTAZIONE

Nel corso del 2021, l’ASST Pini-CTO, in base all’andamento epidemiologico della pandemia da COVID-19, ha 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.

Le azioni di prevenzione della diffusione del contagio in ASST sono identificate nella PGA 13 “*Gestione attività sanitarie in corso di pandemia Covid 19*” che è stata costantemente revisionata secondo i riferimenti normativi ministeriali e regionali.

Nello specifico, nel corso dell’anno 2021, l’ASST Pini-CTO 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;
- acquisto di strumentazione, collocata sia nel P.O. Pini che nel P.O. CTO, per la processazione in serie di tamponi rapidi al fine di rendere più efficaci le attività di screening sia su pazienti che su dipendenti;
- acquisto di strumentazione radiologica portatile per eseguire prestazioni radiologiche al letto del paziente al fine di evitare spostamenti di pazienti Covid e allo stesso tempo garantire loro confort;
- 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.

OBIETTIVO

Vaccinazioni COVID-19: *Nel corso del 2021 l'ASST ha programmato le varie fasi di vaccinazione COVID-19 per il personale dipendente, come da indicazioni nazionali. L'Azienda ha predisposto un impianto organizzativo accurato, che potrà essere messo a disposizione del Sistema qualora venisse richiesto, per procedere con le vaccinazioni anche alla popolazione esterna.*

L'ASST è stata inoltre individuata come punto di stoccaggio dei Vaccini COVID-19, grazie alle dotazioni strumentali (frigoriferi), che consentono una corretta conservazione del farmaco; ciò comporta anche la distribuzione all'esterno delle dosi conservate alle Strutture identificate dalle Autorità preposte.

RENDICONTAZIONE

Di seguito la descrizione dettagliata delle attività svolte.



L'ASST ha partecipato attivamente alla campagna vaccinale anti-COVID nel corso di tutto il 2021 sviluppando le proprie attività in attuazione delle disposizioni regionali e secondo le indicazioni di ATS in due fasi:

- nella **prima fase** della campagna vaccinale (periodo gennaio – agosto 2021) a tutte le aziende era stato chiesto di attivare in gestione diretta presso i propri presidi ospedalieri (Pini, CTO, Polo FFO) linee vaccinali che consentissero di sottoporre a vaccinazione anti-COVID i propri operatori e i cittadini appartenenti alle Fasi 1 e 1bis, Fase 1 ter e fase 2 – Categoria 1 così come individuati dall'Unità di Crisi regionale. Con la costituzione dei Centri Vaccinali massivi (CVM) è stato chiesto all'azienda di contribuire alla gestione del Centro Vaccinale Massivo "*Hangar Bicocca*" in stretta collaborazione con l'ASST Milano Nord con la messa a disposizione di 4 linee vaccinali;
- nella **seconda fase** dedicata alla "*dose booster*" sono state prese in carico per le attività vaccinali rivolte alle UdO sociosanitarie assegnate dall'ATS (area disabilità e tossicodipendenze) e sono state garantite presso il CVM "*Scintille*", gestito e coordinato dalla Fondazione Policlinico, 7 linee vaccinali a partire dal 30 novembre.

Prima fase della campagna vaccinale

I dati relativi alla gestione delle linee vaccinali svolte dal 26 aprile al 31/08/2021 presso Hangar Bicocca evidenziano un numero consistente di soggetti vaccinati pari a circa 26.224. Nel periodo luglio e agosto le linee sono state progressivamente ridotte fino alla loro sospensione a seguito della riduzione delle attività presso il CVM anche dovuta alla carenza di vaccini disponibili. Nel mese di settembre l'ASST Milano Nord non ha richiesto interventi specifici da parte degli operatori della ASST, comunicando di gestire in autonomia tutte le linee vaccinali necessarie a far fronte alle richieste di programmazione regionale.

I dati relativi alle attività a gestione diretta nel periodo 4 gennaio - 5 luglio sono riportati nella tabella che segue:

TIPOLOGIA	N. PERSONE VACCINATE
Personale dipendenti ASST	1.970
Personale sanitario non ASST	794
Cittadini	4.317
	TOT. 7.081

Le diverse fasi del piano vaccinale che l'ASST Pini-CTO ha svolto a gestione diretta presso i propri centri vaccinali sono le seguenti:

Fase 1 – E' stato vaccinato il personale sanitario ASST ed è stata fatta la formazione del personale delle RSA che ha provveduto autonomamente a vaccinare i propri operatori e gli ospiti ricoverati;



Fase 1 bis – Personale sanitario extra ospedaliero. Personale afferente ai seguenti ambiti: rete sanitaria extra- ospedaliera, rete territoriale, sistema sociale e rimanenti ulteriori professionisti distinti per ciascun ordine delle professioni sanitarie a cui sono iscritti;

Fase 1 ter – Cittadini 'Over 80';

Fase 2, Categoria 1 – Estremamente vulnerabili e disabili gravi, Conviventi e *caregiver*. L'ASST ha gestito inoltre la vaccinazione dei pazienti ricoverati che hanno necessitato della prima somministrazione, in quanto appartenenti a una delle categorie prioritarie (es. Over 80, Vulnerabili, disabili gravi), ovvero pazienti che dovevano ricevere la seconda dose di vaccino, le cui tempistiche di somministrazione coincidevano con il periodo di ricovero. Nella figura che segue vengono illustrati i dati quantitativi relativi alle vaccinazioni delle categorie target suddivise per presidio, mentre nella seconda figura vengono suddivisi per età e sesso.

Figura 1 – Suddivisione per target dei soggetti vaccina

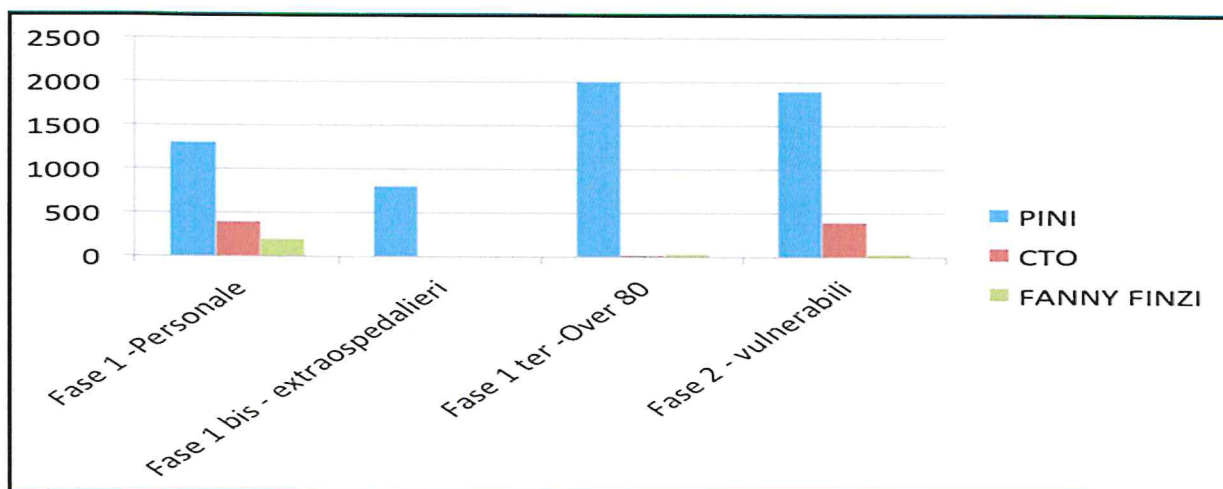
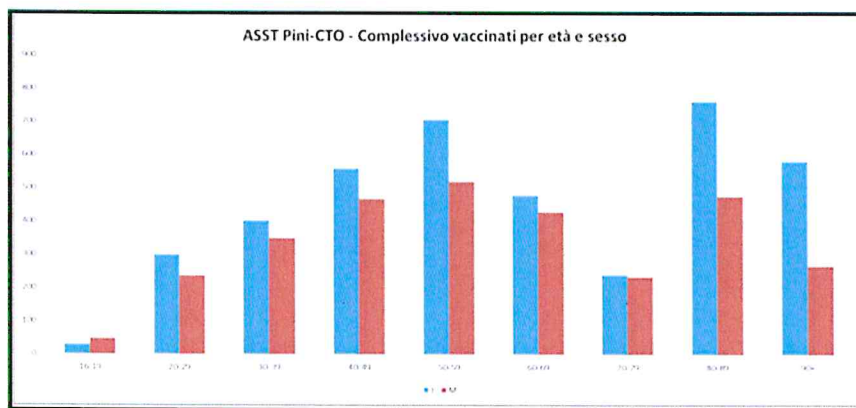
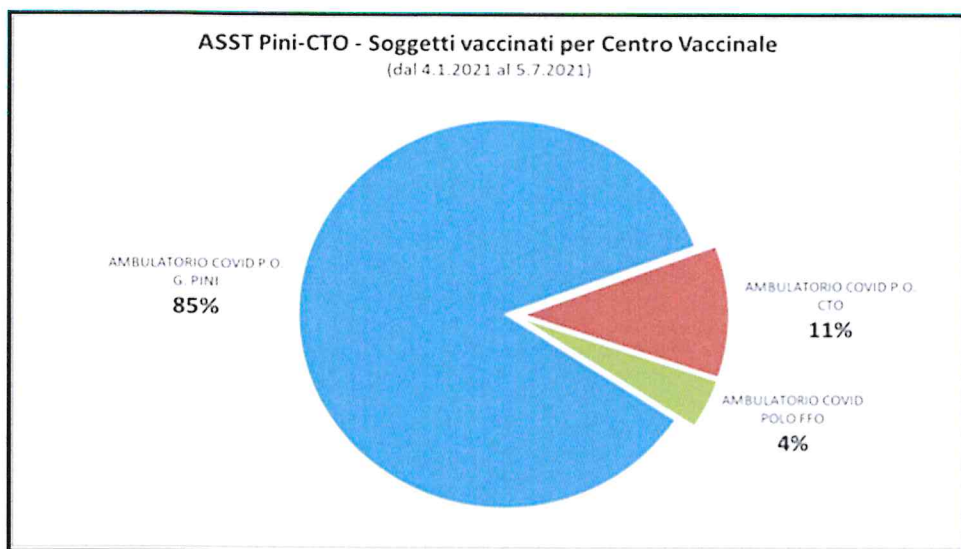


Figura 2 Suddivisione dei soggetti vaccinati per fascia di età e sesso

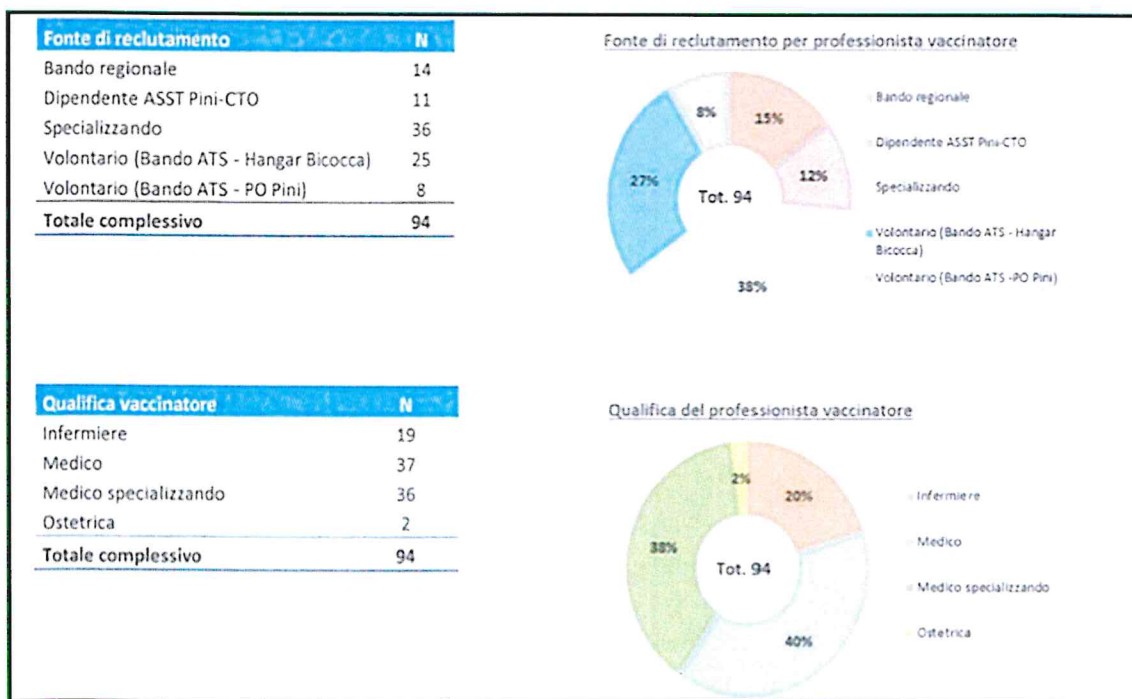


L'attività più consistente è stata svolta presso il presidio del Pini con una percentuale di soggetti vaccinati pari all'85% del totale, come emerge dalla figura che segue:



Per lo svolgimento delle attività sia a gestione diretta che presso Hangar Bicocca è stato possibile acquisire un numero significativo di operatori sanitari che a diverso titolo hanno dato la loro disponibilità nel corso della campagna vaccinale.

Di seguito viene illustrato il numero di operatori suddivisi per fonte di reclutamento e per ruolo professionale.



Il numero totale degli operatori attivi è stato di 94, di cui la percentuale più consistente è stata fornita dagli specializzandi e dai volontari sia presso i presidi dell'ASST che presso Hangar Bicocca. Il ruolo professionale più rappresentativo è stato quello medico, seguito da quello infermieristico. Al momento sono state concluse le attività relative alle vaccinazioni della popolazione target così come sono concluse le attività presso il CVM di riferimento.

Seconda fase campagna vaccinale



Con l'avvio della campagna vaccinale relativa alla dose "booster", l'ASST è stata coinvolta nella gestione delle linee vaccinali sia presso le UDO (Unità d'Offerta) sociosanitarie assegnate da parte di ATS. Nella tabella che segue viene illustrata l'attività condotta presso le strutture, attività effettuata con la presenza costante degli infermieri di famiglia e dei medici volontari già impiegati nella precedente fase:

Attività di vaccinazione svolta presso le UdO sociosanitarie			
Tipologia di UdO	SEDE	VACCINI	
		DOSI	TIPO
CDD	Milano	42	Pfizer
CDD	Milano	9	Pfizer
CDD	Buccinasco	9	Pfizer
CDD/CSS	Milano	47	Pfizer
TOX	Milano	10	Pfizer
Totale dosi somministrate		117	

A partire dal 30/11/2021 l'ASST ha avviato l'attività vaccinale presso il CVM "Scintille", incrementando le proprie linee da 2 fino a 7 linee vaccinali (queste a partire dal 15/12). Le attività sono proseguite per tutto il mese di gennaio 2022. Nel mese di dicembre, a seguito dell'emanazione delle disposizioni nazionali sull'obbligo del green pass per l'accesso ai luoghi di lavoro, l'ASST è stata data la possibilità di essere CV e a tal fine sono stati riattivati per una decina di giorni presso il PO Pini e PO CTO le attività vaccinali anti-Covid in favore degli operatori che ancora non avevano effettuato le terza dose al fine di consentire il rinnovo della certificazione verde.

OBIETTIVO

Recupero prestazioni rinviate: a causa della pandemia l'ASST ha dovuto rinviare una serie di prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, nel rispetto delle disposizioni delle Autorità preposte per il contenimento del contagio. Nel 2021, nell'auspicio che la massiccia campagna vaccinale possa consentire un controllo del virus, si prevede di mettere in atto una serie di strategie organizzative per il recupero di tali prestazioni, ove vi sia ancora la disponibilità del paziente.

RENDICONTAZIONE

Come conseguenza della pandemia, l'ASST Pini-CTO ha dovuto rinviare una serie di prestazioni di ricovero e ambulatoriali, nel rispetto delle disposizioni delle Autorità preposte per il contenimento del contagio. Nel corso dell'anno 2021, si sono messe in atto una serie di strategie organizzative per il recupero di tali prestazioni.

In merito al recupero delle prestazioni rinviate, la Direzione Generale ha inviato alla Direzione Generale Welfare e ad ATS Città Metropolitana di Milano il Piano di ripresa del secondo semestre 2021, che, sul fronte dell'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, consolidava l'obiettivo del raggiungimento di almeno il 90% della produzione erogata nel secondo semestre 2019 a parità di risorse assegnate ed escludendo le prestazioni di PS e di Laboratorio. Sul fronte delle attività di ricovero chirurgico



programmato il Piano di ripresa garantiva un volume di produzione pari al 100% di quello erogato nello stesso periodo temporale dell'anno 2019. In data 15 settembre 2021 Prot. N. 13604/21 è stato inviato il piano di ripresa di ASST Pini-Cto a Regione Lombardia – DG Welfare per corrispondere a quanto richiesto con Nota Protocollo G1.2021.0049333 del 28/07/2021 ad Oggetto: Piano di ripresa secondo semestre 2021 – dettaglio prestazioni e assegnazioni economiche – riferimento a nota prot. n. G1.2021.0035735 del 24.5.2021 relativamente ai 4 obiettivi indicati:

- Attività chirurgica programmata a parità di risorse;
- Attività chirurgica programmata con risorse aggiuntive pari a 350 interventi (13% rispetto alla produzione 2019);
- Attività ambulatoriale a parità di risorse;
- Attività ambulatoriale con risorse aggiuntive.

Al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi sopra indicati, nel II° semestre 2021, si è provveduto ad incrementare il numero di sedute operatorie e la conseguente attività chirurgica. E' stata, inoltre, attivata una sala operatoria aggiuntiva dedicata ad attività BIC e, in generale, ad attività chirurgica a bassa complessità.

Nelle tabelle seguenti si sintetizza il risultato relativo agli obiettivi fissati nel Piano di Ripresa 2021 sia per le prestazioni di ricovero che per le prestazioni ambulatoriali:

Prestazioni di ricovero:

SET-DIC	CASI		TARIFFA		% 2021 SU 2019 TARIFFA
	2019	2021	2019	2021	
RICOVERI CHIRURGICI ELETTIVI	2.030	1.837	7.208.378	8.392.511	116%

Prestazioni ambulatoriali (escluso MAC, LABORATORIO, ANATOMIA PATOLOGICA E PS) settembre-dicembre 2021 in Area Istituzionale:

MESE	CASI		TARIFFA NETTA		DELTA	
	2019	2021	2019	2021	CASI	TARIFFA
9	24.887	23.152	555.951	541.988	93%	97%
10	30.829	25.174	730.317	573.249	82%	78%
11	26.486	25.567	649.540	579.922	97%	89%
12	21.397	19.695	489.627	480.416	92%	98%
Totale	103.599	93.588	2.425.435	2.175.575	90%	90%

N.B. Nettate delle prestazioni in Area a Pagamento



Prestazioni ambulatoriali ottobre-dicembre 2021 in Area a Pagamento:

TIPOLOGIA	OBIETTIVO	CONSUNTIVO	DELTA	% DELTA
VISITE	1.200	1.068	-132	89%
RADIODIAGNOSTICA	500	618	118	124%
TOTALE	1.700	1.686	-14	99%

OBIETTIVO

Presa in carico del paziente cronico: l'ASST sta perseguendo l'obiettivo regionale di contribuire al miglioramento della tutela delle persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita e rendendo più efficaci i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza.

Nel corso del 2021 verranno perseguiti obiettivi aziendali inerenti entrambi i ruoli rivestiti dalla ASST in tema di presa in carico (PIC), compatibilmente con l'andamento della pandemia in corso:

- in qualità di Gestori della PIC delle persone portatrici di patologie croniche reumatologiche e relative a Parkinson e parkinsonismi, verrà promossa una migliore organizzazione dei servizi ed una maggiore responsabilizzazione di tutti gli interlocutori, compresi gli stessi pazienti, allo scopo di prevenire o ritardare il più possibile l'insorgenza delle complicanze sulle differenti patologie. Si intendono promuovere percorsi di integrazione con le strutture erogatrici di prestazioni utili ai piani assistenziali individuali, nella logica di operare in rete, e verrà spesa particolare attenzione al ruolo di case manager e allo sviluppo di questa area.
- in qualità di Erogatori di prestazioni a favore di gestori PIC, verranno consolidati i rapporti già avviati con le cooperative di MMG interessate e verranno proposti ulteriori percorsi di integrazione con i gestori del territorio a beneficio dell'integrità del piano assistenziale previsto per ogni persona arruolata.

Per la realizzazione dell'obiettivo generale di un arruolamento proattivo e più efficace, si mira ad un consolidamento: della pianificazione delle agende dedicate ai percorsi dei cronici, sia in qualità di gestori che di erogatori; della programmazione dei servizi di supporto alla presa in carico, con il coinvolgimento dei clinici e del SITRA; della pianificazione e realizzazione di corsi di formazione interni e in collaborazione con altre ASST.

Nel corso del 2021, inoltre, si intende introdurre l'utilizzo della Televisita anche per i pazienti cronici, per garantire la continuità dell'assistenza anche a fronte degli impedimenti causati dalla pandemia in atto.



RENDICONTAZIONE

Con la definizione e avvio operativo del PNRR, l'ASST ha partecipato agli incontri promossi da ATS Milano per la stesura del Progetto Milano.

In attuazione alle indicazioni regionali relative allo sviluppo del modello lombardo di presa in carico del paziente cronico (PIC), ASST Gaetano Pini/CTO è inserita a partire dal 2017 negli elenchi dei gestori PIC per quanto riguarda le patologie specifiche proprie (Malattia di Parkinson e parkinsonismi, Malattie reumatologiche) ed è erogatore di prestazioni specialistiche/diagnostiche/laboratoristiche nei confronti di altri gestori.

Le UO coinvolte principalmente in tale percorso sono il Dipartimento di Reumatologia e Scienze mediche per le seguenti patologie:

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

e il Centro Parkinson per quanto riguarda la malattia di Parkinson e i parkinsonismi. In qualità di erogatore di prestazioni a favore dei pazienti cronici sono coinvolti anche tutti gli altri Dipartimenti aziendali, in particolare in riferimento all'erogazione di prestazioni ambulatoriali ortopediche, riabilitative e di diagnostica. Nel corso di questi anni sono stati seguiti complessivamente più trecento pazienti per i quali sono stati predisposti i Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) e la pianificazione delle prestazioni previste dal PAI. Molti dei pazienti coinvolti hanno dichiarato il gradimento di questa modalità di presa in carico, pur rilevando alcuni aspetti critici. Per quanto concerne le attività relative al 2021, sono stati definiti i PAI relativi alle nuove prese in carico e rinnovati quelli dei pazienti cronici che hanno confermato l'adesione al progetto di presa in carico da parte dei professionisti dell'azienda.

L'organizzazione prevede la presenza per ciascun paziente in carico di un *Clinical manager*, che coordina la stesura dei PAI attraverso il confronto diretto con gli specialisti coinvolti e di un *Case manager*, individuato nella figura infermieristica, che rappresenta la persona di riferimento per il paziente in tutto il suo percorso di cura anche nel raccordo con la rete territoriale dei servizi.

Alla luce delle criticità rilevate nel corso degli anni precedenti al fine di rendere più funzionale ai bisogni dei pazienti le modalità operative di pianificazione delle prenotazioni/erogazioni delle prestazioni e



sviluppando strumenti agili di valutazione del bisogno che rendano sostenibili gli interventi in raccordo con la rete territoriale, si sta procedendo alla revisione del processo aziendale di presa in carico, con particolare attenzione alle infrastrutture tecnologiche di supporto (piattaforma dedicata contestualmente alle prestazioni di telemedicina). Considerato che attualmente la programmazione regionale ha chiesto alle aziende di potenziare le attività chirurgiche al fine di recuperare le liste d'attesa sui principali interventi e che non ha dato nuove indicazioni di sviluppo del modello di presa in carico, si ritiene di posticipare all'anno prossimo la pianificazione dei percorsi di integrazione con i MMG/PLS e con le strutture erogatrici presenti sul territorio mentre continua il confronto con i servizi sociali presenti sul territorio, a beneficio dell'integrità del piano assistenziale previsto per ogni persona arruolata.

Nel corso dell'anno sono state rilevate delle criticità nell'erogazione delle prestazioni in **telemedicina** soprattutto correlate alla tenuta delle infrastruttura tecnologica che non sempre ha consentito un'adeguata modalità e persistenza del processo erogativo. I volumi sono stati inferiori all'atteso anche in relazione alle priorità date al recupero delle liste d'attesa sulle prime visite. Al fine di sviluppare percorsi strutturati di pazienti affetti da malattie croniche sia reumatiche che neurologiche, è stato attivato un gruppo di lavoro per la valutazione e acquisizione di una piattaforma tecnologica in supporto all'erogazione di prestazioni in telemedicina: sono state visionate e valutate le aree connesse con la prestazione di tele-visita unita al processo di tele-refertazione e le loro potenziali connessioni con il sistema CUP attualmente in corso di migrazione a nuovo software. Sono state inoltre approfondite le componenti tecniche a supporto della valutazione del paziente e degli esami strumentali correlati al percorso di cura in ambito riabilitativo. Il percorso di implementazione proseguirà con la valutazione dell'impatto sull'organizzazione di una eventuale messa a regime delle prestazioni specialistiche erogate in telemedicina e sullo sviluppo di percorsi formativi mirati.

OBIETTIVO

Infermiere di famiglia e comunità: *L'ASST aderisce al progetto proposto dall'ATS Città Metropolitana di Milano dell'introduzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità. Nello specifico tale figura sostiene e coordina il percorso dell'assistito attraverso l'informazione, l'educazione e la promozione del self-care, la presa in carico proattiva, sviluppando un percorso assistenziale definito interdisciplinariamente, al fine di promuovere, attraverso il lavoro di rete, l'integrazione tra la persona assistita, la sua famiglia e i diversi interlocutori e servizi presenti nel sistema salute territoriale (MMG/PLS e altri professionisti, ambulatori, ospedali, strutture socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, domiciliari, servizi sociali comunali, associazioni di volontariato, ecc.).*

L'Infermieristica di famiglia e di comunità favorisce la piena partecipazione degli individui, delle famiglie e della comunità al processo di tutela della salute in tutte le fasi della vita rispondendo ai bisogni di salute



della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi.

Il progetto avrà una portata almeno triennale; nel 2021 si procederà a:

- *selezionare il personale*
- *partecipare alla formazione regionale dedicata*
- *definire il progetto di sviluppo*
- *implementare una Struttura Organizzativa specifica dedicata alla figura.*

RENDICONTAZIONE

L'ASST ha partecipato allo sviluppo del piano territoriale della ATS Metropolitana Città Metropolitana di Milano, redatto ai sensi della DGR 3525 del 05/08/2020, anche attraverso l'introduzione dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFEC) all'interno dei propri percorsi di continuità ospedale territorio, in particolare mediante lo sviluppo di modelli di presa in carico territoriale e di sviluppo delle attività dell'infermiere di famiglia e di comunità. Nel settembre 2021 in attuazione a quanto previsto dal Piano e in coerenza con le risorse assegnate, l'ASST ha completato le procedure per l'acquisizione delle 7 figure di Infermiere di famiglia attribuite da Regione: di queste due hanno completato il percorso formativo e già operano all'interno dell'azienda, mentre le altre cinque hanno iniziato la formazione presso Polis.

È in corso la definizione del modello operativo di continuità ospedale territorio, anche in previsione dello sviluppo dell'area di Terapia del Dolore. L'infermiere di famiglia e di comunità favorisce la piena partecipazione degli individui, delle famiglie e della comunità al processo di tutela della salute in tutte le fasi della vita rispondendo ai bisogni di salute della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Il progetto di costruzione delle funzioni e dei ruoli dell'infermiere di famiglia in corso di realizzazione è improntato allo sviluppo dei percorsi di continuità sia nella filiera di servizi interna (percorsi riabilitativi in ambito specialistico) sia nella rete territoriale, con particolare attenzione alla definizione di strumenti operativi e processi di presa in carico finalizzati a presidiare l'integrazione sociosanitaria multi-professionale. Oltre alla definizione dei processi di continuità assistenziale si sta procedendo alla caratterizzazione delle attività correlate alla prevenzione e alla promozione della salute, coinvolgendo gli infermieri nei progetti già in essere con le istituzioni presenti sul territorio. Risulta importante richiamare il "progetto Gorla" quale ambito privilegiato di intervento e di sviluppo di questa figura.



OBIETTIVO

Governo liste di attesa: *il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali è obiettivo prioritario per l'ASST, in ottemperanza alle indicazioni regionali. In particolare si punterà al miglioramento dell'offerta in termini di primi accessi, area che si è rivelata critica negli anni scorsi, compatibilmente con l'evoluzione della pandemia in corso.*

RENDICONTAZIONE

In coerenza con gli obiettivi regionali e con quanto esposto nel "Piano di Governo Tempi di Attesa Aziendali" (PGTAz) riferito al periodo luglio-dicembre 2021, che l'ASST ha attuato il Piano di Ripresa, sia per quanto riguarda le prestazioni di ricovero che le ambulatoriali. Per quanto riguarda i ricoveri si rinvia alla rendicontazione dell'obiettivo "Recupero delle prestazioni rinviate". Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali si precisa che le visite aggiuntive sono state effettuate in area a pagamento ed hanno riguardato principalmente prima visita ortopedica, prima visita neurologica, prima visita cardiologica, prima visita anestesiologicala e per la diagnostica RM, TAC ed ecografie. Si sottolinea che il piano di ripresa, in ottemperanza a quanto richiesto dalla Direzione Generale ATS Milano con mail del 24.08.2021, ha tenuto anche conto delle prestazioni considerate "critiche" per la tenuta dei tempi di attesa, sia a livello aziendale sia di territorio ATS.

Inoltre, su indicazione delle UU.OO., sono state rimodulate le agende estendendo l'orario di attività ambulatoriale fino alle 18:00 per permettere una maggiore distribuzione delle prestazioni specialistiche nonché per limitare assembramenti di utenti sia presso il CUP sia presso le sale di attesa degli ambulatori.

OBIETTIVO

Agende di prenotazione: *l'ASST, al fine di rendere più adeguata e coerente l'offerta di prestazioni ambulatoriali con la propria mission istituzionale, considera prioritario il processo di riorganizzazione delle Agende di prenotazione e la loro esposizione su molteplici canali informativi.*

RENDICONTAZIONE

Tutto il catalogo dell'offerta ambulatoriale è esposto al CCR; le prime visite sono prenotabili tramite CCR e SalUtile (Multicanalità); inoltre, per offrire un'ampia possibilità di contatto con l'Azienda è attivo un servizio interno di prenotazione telefonica - CupTel aziendale- ed è stato potenziato il servizio di prenotazione on line. Sono stati aperti due nuovi punti CUP presso gli ambulatori dell'area di Reumatologia e dell'area Pediatrica per la prenotazione delle visite di controllo per evitare il flusso di ritorno di utenti al CUP e code di chiamate al Cuptel.

Con l'acquisizione del nuovo applicativo gestionale CUP SSN e ALPA, prevista per il 2022, l'Azienda si è posta l'obiettivo di razionalizzare l'uso delle risorse informative a supporto di tutti i processi gestionali riguardanti i pazienti ambulatoriali ed assimilati, ad esempio Macroattività Ambulatoriali ad alta



Complessità assistenziale (MAC) e prestazioni a Bassa Intensità Chirurgica (BIC). L'utilizzo di un sistema unico a livello aziendale consente di svolgere tutte le attività di prenotazione, accettazione, fatturazione, incasso e rendicontazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in Azienda, in maniera pienamente integrata con tutte le componenti del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS), con la Nuova Piattaforma Regionale di Integrazione (NPRI) e con i sistemi dipartimentali clinici ed amministrativo contabili attualmente in uso presso l'ASST, nonché di gestire e monitorare in modo analitico il catalogo dell'offerta sanitaria aziendale. Pertanto le agende di prenotazione sono state oggetto di un'attività riorganizzazione e razionalizzazione. Infine, si segnala che nel corso del 2021, per quanto riguarda il canale Cittadino *self care*, l'ASST Pini-CTO ha attivato i seguenti Centri Vaccinali, come codificati sul sistema SIAVr:

Cod.	Descrizione	Comune	Indirizzo
32170402	AMBULATORIO COVID P.O. G. PINI	MILANO	VIA GAETANO PINI, 3
32170403	AMBULATORIO COVID P.O. CTO	MILANO	VIA EMILIO BIGNAMI, 1
32170404	AMBULATORIO COVID POLO FFO	MILANO	VIA ISOCRATE, 19

Il CUP ha provveduto a contattare i soggetti aderenti e fissare l'appuntamento secondo le apposite agende create e strutturate tramite l'applicativo GPI-HOpera.

OBIETTIVO

Pagamenti verso fornitori: *continuerà nel 2021 il perfezionamento del processo di pagamento dei fornitori, che interessa tutti i servizi titolari di spesa, al fine di ottemperare ai vari adempimenti in merito, in particolare di rispettare la normativa di cui al DPCM del 22 settembre 2014 ed al D.lgs. n. 33/2013 (ITP), e di ottenere un ulteriore miglioramento degli stessi, data la loro rilevanza anche in termini economici, con la conseguente richiesta di interessi di mora in caso di mancato pagamento nel rispetto dei tempi.*

RENDICONTAZIONE

L'Azienda ha proseguito, nell'esercizio 2021, con il perfezionamento del processo di pagamento dei fornitori, che ha interessato tutti i servizi titolari di spesa, al fine di ottemperare ai vari adempimenti ed in particolare di rispettare la normativa di cui al D.lgs. n. 33/2013 (ITP) ed al DPCM del 22 settembre 2014 ottenendo un ulteriore miglioramento degli stessi, data la loro rilevanza anche in termini economici, con la conseguente richiesta di interessi di mora in caso di mancato pagamento nel rispetto dei tempi.

In merito all' "ITP", si conferma l'allineamento ai tempi medi di pagamento dei fornitori, come risulta dall'indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti pubblicati sul sito aziendale:

Periodo	Giorni di ritardo
I trimestre 2021	-18,49
II trimestre 2021	-16,20
III trimestre 2021	-16,95
IV trimestre 2021	-16,36
Anno 2021	-16,99



L'Azienda ha inoltre posto in essere nel corso del secondo semestre, al fine del rispetto della normativa di cui al DPCM del 22 settembre 2014, una serie di azione correttive, quali a titolo esemplificativo la verifica costante e sistematica, con frequenza mensile, dello stato delle fatture e della situazione dei pagamenti, che hanno consentito di ridurre l'importo delle fatture pagate in ritardo che sono passate da 9,65% del periodo gennaio - settembre al 5,80% del periodo ottobre - dicembre.

L'efficacia delle azioni poste in atto ha prodotto in maniera rilevante i propri effetti sull'esercizio 2022 come risulta dai dati del I trimestre di 1,25 %.

Sarà cura dell'Azienda tenere costantemente monitorati i tempi di pagamento anche per l'anno 2022 in modo da ottemperare all'obbligo di tempestività previsto dalla normativa vigente.

OBIETTIVO

***Area Controllo di Gestione** nel corso del 2021 è previsto un incremento della reportistica presente nel DWH aziendale, consultabile da tutti i reparti sanitari, per il controllo costante dei fattori produttivi e dei processi di maggior rilievo. Ciò al fine di garantire un benchmarking e di dare sempre maggiore trasparenza al processo di programmazione e negoziazione interna aziendale del budget.*

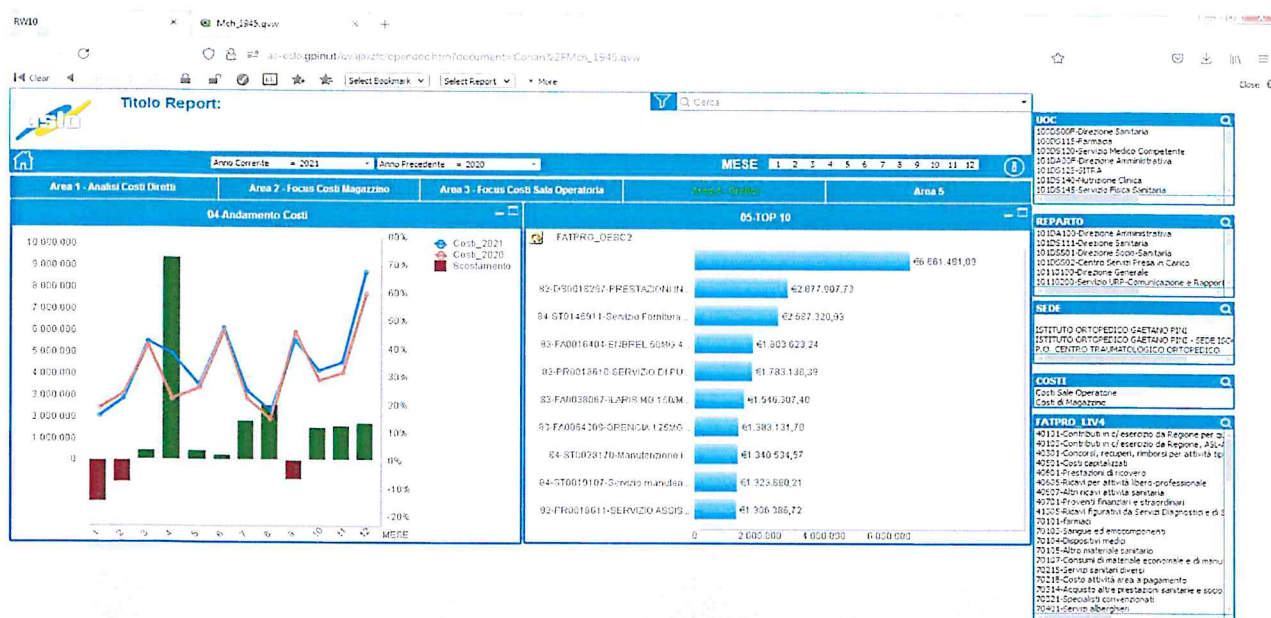
Verrà garantito, come di consueto, il rispetto delle tempistiche di invio dei flussi regionali ed il rispetto dei parametri di quadratura CO.GE.-CO.AN.

Un rilevante impegno verrà dedicato al costante monitoraggio dell'andamento della pandemia, ancora in atto, finalizzato sia alla rendicontazione e controllo dell'efficacia degli adeguamenti dell'organizzazione alle mutevoli esigenze di cura della popolazione, sia all'impatto sulla produzione tipica dell'ASST.

RENDICONTAZIONE

DWH: È stato creato, nel DWH OSLO, un report che rileva i Consumi di Magazzino e di Sala Operatoria per Centro di Costo. Il report è strutturato in 4 Aree:

- Area 1 Analisi Costi diretti
- Area 2 Focus Costi di Magazzino
- Area 3 Focus Costi Sala Operatoria
- Area 4 Grafici



La finalità è consentire, alle singole UOC / Reparti, un monitoraggio costante sui consumi di magazzino.

Il report è stato rilasciato con comunicazione ufficiale agli utenti in data 23/12/2021.

Quadratura CO.GE.-CO.AN.: sono state effettuate le analisi necessarie per la definizione delle attività di competenza dell'Economico-Finanziario, che concorrono a garantire un'esatta quadratura della contabilità analitica con quella generale, così come richiesto da Regione Lombardia.

Per una corretta alimentazione della COAN è necessario tenere monitorate le seguenti azioni:

1. Corretta alimentazione dei centri di costo nelle scritture di competenza dell'Economico-Finanziario, con verifica congiunta almeno due volte all'anno della quadratura del dato complessivo;
2. Comunicazione tempestiva dell'apertura di conti COGE;
3. Sistemazione di scritture imputate sul centro di costo bidone;
4. Sistemazione di scritture che generano negativi sui centri di costo;
5. Fornitura del file relativo alla NISAN regionale;
6. Fornitura del file relativo alla COGE aziendale, quadrato con la NISAN regionale.

Contabilità separata: l'art. 18 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, al comma1, ha espressamente disciplinato l'obbligo a carico delle regioni, delle province autonome di Trento e Bolzano e degli enti dei rispettivi servizi sanitari regionali di tenere una contabilità separata dei costi di gestione della fase di emergenza, ed a tale scopo l'UOS Controllo di Gestione e Programmazione ha provveduto all'apertura di specifici Centri di Costo, anche nel rispetto delle linee guida regionali, al fine di garantire le corrette rilevazioni legate all'emergenza sanitaria. Tali Centri ricevono imputazioni:

- “dirette”, dai vari Servizi competenti, in particolare per quanto riguarda i ricavi di produzione (DRG), il



consumo di beni e l'utilizzo di servizi in via esclusiva;

- "indirette", attraverso ribaltamenti di costi tramite driver specifici, che consentono la riallocazione di costi e ricavi generali, secondo il criterio di responsabilità dell'attribuzione contabile.

L'UOS Controllo di Gestione e Programmazione ha fornito indicazioni specifiche in merito all'utilizzo dei Centri di Costo dedicati per ottenere un modello comune e trasparente di rilevazione dei dati.

Di norma trimestralmente l'UOS procede all'elaborazione del Conto Economico per singolo centro di costo COVID, che rappresenta i fatti contabili riferibili. Viene prodotto un report di dettaglio, che espone, per ogni centro di costo, i saldi per singolo Fattore Produttivo. Di seguito si elencano le date di caricamento del CE regionale, nel pieno rispetto delle scadenze:

- I trimestre in data **10/05/2021**
- II trimestre in data **02/08/2021**
- III trimestre in data **12/11/2021**

Mensilmente viene effettuato il monitoraggio relativo ai ricavi COVID (DRG).

OBIETTIVO

Area Sanitaria: *Gli interventi dell'ASST per il 2021 mirano al costante miglioramento dell'intensità assistenziale differenziata, dell'efficacia e dell'appropriatezza, coniugando qualità, sicurezza e contenimento della spesa. Il focus riguarderà principalmente:*

- *Il miglioramento dell'indicatore "Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario";*
- *Il mantenimento e miglioramento dell'indicatore "Percentuale di pazienti (età +65) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario";*

Continuerà l'impegnativa revisione dei processi organizzativi e l'importante riqualificazione delle risorse impiegate per l'assistenza ospedaliera, secondo i principi e le direttive di evoluzione del sistema sanitario regionale, attraverso politiche di maggiore aggregazione delle funzioni aziendali, di semplificazione degli organi di governo e politiche di appropriatezza e controllo delle prestazioni erogate. Oltre alle normali attività di prevenzione, si promuoveranno eventi di sensibilizzazione degli stili di vita salutari. Anche l'area del Risk Management verrà rinforzata affinché la puntualità della rilevazione del rischio clinico e l'adozione delle relative contromisure garantiscano un elevato standard di sicurezza del paziente.

RENDICONTAZIONE

Relativamente al primo punto, è stato messo in atto su tutta la produzione aziendale un controllo indirizzato alla verifica della corretta effettuazione delle procedure chirurgiche di cui alla DGR n° XI/1046 del 17/12/2018. Nell'ambito dei controlli logico formali adottati sul flusso SDO, è stato mensilmente



rilevato, su tutta la produzione aziendale, quanto inappropriato per DRG e regime di ricovero, riportandolo automaticamente nel setting assistenziale previsto e a norma secondo quanto dettato dalle regole di sistema regionali e dalle indicazioni pervenute da parte di ATS Città Metropolitana di Milano (NOC). Il controllo è stato eseguito mensilmente a tappeto su tutta la produzione del flusso SDO 1,2,3,4 (Endoprotesi), 6 Aziendale, prima della pubblicazione dello stesso sul Portale Regionale SMAF.

Al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni nel mese di novembre 2021 è stata attivata una sala operatoria dedicata ad attività BIC e, in generale, a procedure chirurgiche a bassa complessità.

Presidio Ospedaliero Gaetano Pini	Valore indicatore 2019	Valore indicatore 2020	Valore indicatore 2021	Valore di riferimento RL 2021
Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio	0,3050	0,2913	0,2251	0,1036

Presidio Ospedaliero CTO	Valore indicatore 2019	Valore indicatore 2020	Valore indicatore 2021	Valore di riferimento RL 2021
Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio	0,1728	0,2073	0,1062	0,1036

Il trend dell'indicatore è in miglioramento, nonostante lo stesso non raggiunga ancora il valore di riferimento fissato da Regione Lombardia.

In merito al secondo punto soprariportato, si riportano di seguito le Tabelle, per il P.O. Pini e per il P.O. CTO, con andamento dell'indicatore nel periodo temporale 2019 – 2021.

% Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione	
Valore indicatore per Struttura 030911-00 PINI	
Periodo	Valore%
2019	83,6555
2020	78,8288
2021	72,9904



% Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione	
Valore indicatore per Struttura 030912-00 CTO	
Periodo	Valore%
2019	88,2813
2020	78,135
2021	69,5341

Nonostante il trend dell'indicatore sia in peggioramento, lo stesso indicatore risulta virtuoso a livello nazionale (Programma Nazionale Esiti – PNE) e rispetto al benchmark regionale l'ASST Pini – CTO si colloca in fascia gialla (obiettivo quasi raggiunto). Durante l'anno 2021 è continuata l'impegnativa attività di revisione dei processi organizzativi e l'importante riqualificazione delle risorse impiegate per l'assistenza ospedaliera, secondo i principi e le direttive di evoluzione del sistema sanitario regionale, attraverso politiche di maggiore aggregazione delle funzioni aziendali, di semplificazione degli organi di governo e politiche di appropriatezza e controllo delle prestazioni erogate. Oltre alle normali attività di prevenzione, sono stati promossi eventi di sensibilizzazione degli stili di vita salutari. Nello specifico, nell'ambito del WHP, tali eventi (es. *"pillole di nutrizione"*, rubrica a carico della UOS Nutrizione Clinica pubblicata sulla intranet aziendale, giornate dedicate a temi specifici con menù dedicato nella mensa aziendale, *"progetto ONDA"* relativo alla salute della donna nelle diverse fasi della vita) hanno riguardato principalmente l'area dell'alimentazione e l'area dell'attività fisica. Anche l'area del Risk Management è stata rinforzata affinché la puntualità della rilevazione del rischio clinico e l'adozione delle relative contromisure garantiscano un elevato standard di sicurezza del paziente. Nello specifico, nel corso dell'anno 2021, l'ASST ha effettuato le varie attività programmate nel rispetto delle regole regionali e, nello specifico, si è occupata del seguente tema:

- 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 la rivalutazione sistematica dei risultati e in particolare:
 - la gestione del rischio infettivo nell'organizzazione sanitaria, interfacciandosi con le DDMPP e fornendo dati al CCIO per la valutazione e le relative azioni di miglioramento, se necessario, da mettere in campo;
 - la gestione del rischio nell'utilizzo dei farmaci antibiotici e sull'antibiotico resistenza in accordo con il Servizio di Farmacia;
 - la gestione del rischio clinico in sala operatoria, introducendo la Check List Chirurgica Sicura 2.0 già predisposta nel corso dell'anno 2020;
 - la stesura del protocollo, e relativa pubblicazione sul sito intranet aziendale, inerente la raccomandazione ministeriale n. 19 *"La manipolazione delle forme farmaceutiche orali"*



solide, qualora si renda necessaria, causa errori in terapia se non correttamente gestita”;

- la gestione del rischio clinico in pronto soccorso;
- La realizzazione di un sistema *“cruscotto per il governo clinico aziendale”* per la raccolta e l’analisi relative al Rischio infettivo, compresa la gestione della emergenza COVID, prendendo come riferimento gli item contenuti nel documento *“Linee Operative Risk Management in Sanità - anno 2021”* e le linee di indirizzo per i controlli interni durante l’emergenza da COVID-19 deliberate dalla Corte dei Conti (Delibera n,18/SEZAUT/2020/INPR), in accordo con la Direzione sanitaria e le DDMMPP.

OBIETTIVO

Accreditamento: *nel corso del triennio 2021-2023 è previsto il completamento ed il mantenimento dei requisiti organizzativi generali di Accreditamento. Le attività saranno relative a:*

- *Redazione dei documenti non presenti in ASST per competenza;*
- *Revisione ed aggiornamento di quanto presente;*
- *Verifica dell’ottemperanza ai requisiti Organizzativi Generali attraverso audit anche integrati.*

RENDICONTAZIONE

Nel corso del 2021 le attività sono state:

- a) Redazione dei documenti non presenti in ASST per competenza:
 - *E’ in corso di redazione la procedura per l’acquisizione del consenso informato utile all’assolvimento del requisito: OGCOM09 “Esistono documenti per l’acquisizione del consenso informato?”*
 - *E’ stata redatta la procedura PGA 7.1/01 “ Pulizia e Disinfezione Degenze e Servizi” rev. 0 del 31/01/2022 utile all’assolvimento del requisito: OGPRO08 “Sono predisposti documenti riguardanti la pulizia e sanificazione degli ambienti?”*
 - *E’ stata redatta la procedura PS FAR 05 rev.: 0 del 28/01/2022 “Gestione dei farmaci LASA (L.A.S.A. – Look-Alike/Sound-Alike)” utile all’assolvimento del requisito: OGPRO12 “Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità; b) il prelievo, la conservazione, il trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; c) lo smaltimento dei rifiuti; d) le istruzioni operative di disinfezione e sterilizzazione; e) la gestione dei farmaci?”*



b) Revisione ed aggiornamento di quanto presente:

- E' stato revisionato il protocollo P/18 *"Raccolta differenziata dei rifiuti sanitari e altri rifiuti prodotti nell'azienda ospedaliera"* Rev. 2 del 13/12/2021 utile all'assolvimento del requisito: OGPRO12 *"Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità; b) il prelievo, la conservazione, il trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; c) lo smaltimento dei rifiuti; d) le istruzioni operative di disinfezione e sterilizzazione; e) la gestione dei farmaci?"*

c) Verifica dell'ottemperanza ai requisiti Organizzativi Generali attraverso audit anche integrati:

- A partire da settembre 2022 saranno condotti audit integrati (SGQ + Accreditamento) per la verifica del mantenimento dei requisiti Organizzativi Generali.

OBIETTIVO

Sviluppo sistemi informativi: *La strategia di sviluppo dei sistemi informativi si è evoluta passando da una gestione totalmente esternalizzata, veicolata e vincolata dal fornitore, ad un approccio "best of breed" ovvero all'implementazione di moduli e servizi di diversi vendor che meglio si prestano alle esigenze dell'Azienda. In particolare, nel corso del 2021 gli interventi principali che coinvolgono direttamente i Sistemi informativi aziendali riguarderanno i seguenti progetti:*

- 1) *Collaudo e avvio in esercizio del servizio di gestione dell'infrastruttura di telecomunicazioni – Network Operation Centre (NOC).*
- 2) *Migrazione verso la Nuova Piattaforma Regionale di Integrazione (NPRI)*

RENDICONTAZIONE

Per i due progetti sopra elencati, nel corso dell'anno 2021, gli interventi principali sono stati i seguenti:

Collaudo ed avvio in esercizio del servizio di gestione dell'infrastruttura di telecomunicazioni – Network Operation Centre (NOC): il servizio è di strategica importanza per il funzionamento di tutti i Sistemi Informativi Aziendali e di tutti gli applicativi aziendali, ed ha coinvolto direttamente la struttura SIA per la fase di avviamento e messa a regime del servizio che ricomprende la gestione di tutta l'infrastruttura di Rete ed Hardware centrale e nello specifico delle seguenti componenti tecnologiche:

- Infrastruttura di rete dati cablata e Wi-fi (apparati di rete, cablaggio in fibra ottica e realizzazione nuovi punti rete);
- Infrastruttura di fonia Voice Over IP (centrali telefoniche e fornitura telefoni fissi);



- Server farm, sistemi di infrastruttura e virtualizzazione server
- Database administration;
- Sistema di posta elettronica e dominio;
- Sistemi di sicurezza avanzata (Network protection, Web protection, Email Protection, VPN);

Migrazione verso la Nuova Piattaforma Regionale di Integrazione (NPRI): il progetto prevede la convergenza verso la nuova piattaforma regionale, che offre servizi di gestione anagrafiche e codifiche, Repository referti, prescrizione dematerializzata, middleware di integrazione per la cooperazione dei sistemi applicativi dipartimentali. Nel corso dell'anno 2021 sono state svolte le seguenti macro-attività:

- mappatura dei processi che interessano la Piattaforma Regionale di Integrazione, con il coinvolgimento di tutti i fornitori di sistemi applicativi aziendali;
- analisi dei moduli della piattaforma installati e delle eventuali personalizzazioni in esercizio;
- mappatura delle integrazioni presenti tra le applicazioni dei Sistemi Informativi ed il middleware di integrazione;
- mappatura di tutti i dati gestiti dalla Piattaforma di Integrazione (referti clinici, informazioni clinico-sanitarie, codifiche e informazioni anagrafiche);
- definizione del Piano Operativo condiviso con ARIA Spa.

OBIETTIVO

Smart working: Nel corso del 2021 l'ASST 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. Entro il 31 marzo 2021 verrà redatto il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), attraverso il quale 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.

RENDICONTAZIONE

Nel 2021, in una prima fase di operatività del sistema, ogni dipendente ammesso al lavoro agile ha comunicato al competente Ufficio dell'U.O. Organizzazione Risorse Umane il momento di inizio e fine dello svolgimento dell'attività in modalità SW. Successivamente è stata attivata la completa automazione all'interno del programma aziendale, *myaliseo*, dell'inserimento della giornata lavorata in SW. Quanto alle modalità di monitoraggio delle attività e di verifica e rendicontazione delle stesse, si evidenzia che la



misurazione è avvenuta secondo forme e modalità differenziate in relazione alla tipologia di attività e alla organizzazione delle modalità lavorative proprie di ciascuna articolazione aziendale. Per alcune attività infatti si è resa necessaria una puntuale verifica in ordine al corretto svolgimento della stessa mentre per altre tale verifica è stata assorbita dalla immediata evidenza dei risultati derivanti dallo svolgimento delle relative attività (es. attività connesse ad adempimenti a scadenze, emissioni fatture, emissioni ordinativi).

Di seguito si riportano alcuni dati di sintesi:

N. dipendenti attività idonea a essere svolta da remoto (sanitari e amministrativi)	N. dipendenti abilitati allo Smart Working	% dipendenti abilitati	Tot gg in smart/ tot gg lavorati
198	120	60,61%	16,35%



6 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. L'UOS Controllo di Gestione e programmazione 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 2021, sia per il personale della dirigenza che per il personale del comparto, in sede di negoziazione di budget, che avviene a livello di struttura complessa o struttura semplice e sono riportati nelle singole Schede di Budget; la scelta di fondo è stata quella di creare un sistema di responsabilità diffuse. Come già precisato in premessa, sono state fortemente influenzate dall'emergenza sanitaria sia le tempistiche che le modalità di negoziazione degli obiettivi, che sono state adeguate alla gestione della pandemia.

Un ruolo rilevante è attribuito al Collegio di Direzione, che esercita specifiche funzioni di concorso al governo del sistema.

La verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi assegnati nell'anno 2021 alle singole strutture aziendali, è avvenuta sulla base di criteri, tempi e metodi discussi con le Organizzazioni Sindacali ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali.

In proposito, con le OOSS sono stati sottoscritti gli accordi integrativi per l'area Comparto (16 novembre 2016) e per l'area Dirigenza Medica (7 novembre 2018) che riporta criteri e fasce di scostamento per gli obiettivi assegnati.

Sono state effettuate, da parte del UOS Controllo di Gestione e Programmazione, le verifiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi, i cui esiti si riportano nelle tabelle successive. Al momento della redazione della presente Relazione il Controllo di Gestione ha concluso la fase della valutazione del comparto; deve invece essere perfezionata la fase della valutazione della Dirigenza, pertanto i valori esposti subiranno delle variazioni, in quanto parziali e provvisori.

Di seguito si riportano gli esiti del risultato della Performance 2021 per Struttura/Responsabilità; nel dettaglio:

- Tabella di riepilogo del risultato delle Strutture PTA e di Staff;
- Tabella di riepilogo del risultato delle Strutture Sanitarie.



RIEPILOGO VALUTAZIONE PERFORMANCE 2021

STRUTTURE PTA E STAFF

STRUTTURA	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI
Servizio URP-Comunicazione e Rapporti con il Volontariato	100,00%
UOS Ingegneria Clinica	100,00%
UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	100,00%
SITRA	100,00%
UOC Sistemi Informativi Aziendali	100,00%
Ufficio Prevenzione e Protezione(RSPP)	95,00%
UOC Organizzazione Risorse Umane	90,00%
Qualità e Privacy	100,00%
Farmacia	100,00%
UOC Gestione Economico Finanziaria	100,00%
DMP Pini	100,00%
DMP CTO	100,00%
UOC Gestione Operativa	100,00%
UOS Controllo di Gestione e Programmazione	100,00%
Servizio Sociale Professionale Ospedaliero RICCA	100,00%
UOC Affari Generali, Istituzionali e Legali	100,00%
Gestione Acquisti - Logistica	100,00%
Risk Management	100,00%



STRUTTURE SANITARIE

	ATTIVITA'		PRESTAZIONI INTERMEDIE		QUALITA'		TOTALE PESO
	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno	Peso RISULTATO	Avanz % Cons vs BDG Anno Comp	Peso RISULTATO	
Nominativo Struttura							Peso RISULTATO
I Clinica Ortopedica							
Chirurgia Articolare del Ginocchio							
Chirurgia Percutanea del Piede							
Chirurgia Anca Displastica							
Clinica Ortopedica CTO							
Chirurgia Patologie Reumatiche							
Totale I Clinica Ortopedica	100,12%	50,00			99,07%	49,53	99,53
Ortopedia Traumatologia I							
Traumatologia Sportiva							
Totale Traumatologia I	100,00%	50,00			100,00%	50,00	100,00
Chirurgia Spalla e Gomito							
Ortopedia Traumatologia Week Surgery							
Totale Ortopedia Traumatologia Week Surgery	99,76%	49,88			100,00%	50,00	99,88
II Clinica Ortopedica	100,00%	50,00			97,49%	48,75	98,75
Ortopedia Traumatologia III	99,61%	49,81			100,00%	50,00	99,81
Ortopedia Traumatologia Pediatrica	99,57%	49,78			100,00%	50,00	99,78
Ortopedia Oncologica	98,17%	49,08			100,00%	50,00	99,08

[illegible]



Patologia Clinica (Pini+CTO)		100,00%	25,00	93,01%	23,25	100,00%	50,00	98,25
Anatomia Patologica				90,08%	45,04	100,00%	50,00	95,04
Anestesia e Rianimazione Pini		99,46%	49,73			100,00%	50,00	99,73
Tot. Dip. Servizi Supporto		102,47%						
TOTALE COMPLESSIVO		98,25%						
ANESTESIA E RIANIMAZIONE CTO		124,18%	50,00			100,00%	50,00	100,00
S.S.D. Banca regionale tessuto muscoloscheletrico		102,34%	25,00	86,20%	21,55	100,00%	50,00	96,55



7 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 e della circolare DFP del 30/12/2019, che individua gli indicatori comuni per le funzioni di supporto delle Amministrazioni Pubbliche. 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.

Gli indicatori di risultato sono stati individuati per ogni area della performance e assegnati secondo una logica di "prevalenza", privilegiando comunque la prospettiva dell'utente.

Si evidenzia che la valutazione complessiva dei risultati dell'Azienda viene effettuata anche da soggetti istituzionalmente competenti, secondo le modalità e i tempi previsti da specifiche normative. Si tratta:

- della Regione che, in quanto garante dei Livelli Essenziali di Assistenza ai cittadini, definisce gli obiettivi e assegna le risorse finanziarie alle Aziende Sanitarie;
- della ATS, garante dei bisogni sanitari e socio-assistenziali delle comunità, con funzioni di verifica dei risultati di salute ottenuti dalle Aziende e di partecipazione alla programmazione sanitaria locale;
- del Ministero della Salute, anche attraverso l'Agenas - Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, tramite gli strumenti della Griglia LEA, il Piano Nazionale Esiti.

Tale pluralità di punti di vista rappresenta una ricchezza informativa circa gli obiettivi e i risultati delle Aziende, consentendo ai vari stakeholders di attuare un monitoraggio puntuale e costante. Il ciclo di gestione della performance, con l'individuazione di specifici indicatori di misurazione extra-aziendale, integra, fornendo ulteriori elementi informativi, gli elementi di valutazione utilizzati per le valutazioni aziendali espresse dai diversi livelli istituzionali.



AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	PERIODICIT A' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO	RISULTATO
Efficienza	Produzione effettiva/Produzione finanziabile	Bilancio Aziendale	trimestrale	Economico Finanziario	100%	100%
	Costo farmaci/Produzione effettiva	Contabilità analitica	trimestrale	CdG	≤2%	3,61%
	Costo dispositivi/Produzione effettiva	Contabilità analitica	trimestrale	CdG	≤7%	6,80%
	Costo protesi/Produzione effettiva	Contabilità analitica	trimestrale	CdG	≤12%	10,69%
	Produzione effettiva/FTE/Personale	Contabilità analitica	trimestrale	CdG	≥€. 55.000	54.162
AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	PERIODICIT A' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO	RISULTATO
Processi organizzativi	Media ore di assenza	Rilevazione Aziendale	annuale	Risorse Umane	≤ 5% della media storica	Obiettivo: ≤ 236,25 Risultato: 163,73
	Media ore di formazione per dipendente	Rilevazione Aziendale	annuale	Formazione	≥ 5% della media storica	Obiettivo: ≥ 4,75 Risultato: 1,55
	nr medici/nr ricoveri	FLUPER/SDO	trimestrale	Risorse Umane/CdG	≥ 5% della media storica	Obiettivo: ≥ 0,078 Risultato: 0,020
	nr infermieri/nr ricoveri	FLUPER/SDO	trimestrale	Risorse Umane/CdG	≥ 5% della media storica	Obiettivo: ≥ 0,032 Risultato: 0,034
	Indicatori SISS (nr. lettere dimissioni, nr referti PS, nr referti amb. firmati digitalmente/totale per categoria)	Cruscotto SISS	trimestrale	SIA	≥ media storica	Obiettivo: ≥ 78% Risultato: Non rilevato
AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	PERIODICIT A' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO	RISULTATO
Efficacia	ricoveri fuori ATS/ricoveri tot	SDO	trimestrale	CdG	Valore decreto regionale	Risultato: 10%



	frattura collo femore 48h/tot fratture collo femore	SDO	annuale	CdG	≥80% ≥70% PNE	71,80%
AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	PERIODICITÀ A' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO	RISULTATO
Appropriatezza e qualità	nr ritorni in SSOO/nr tot ricoveri	SDO	annuale	CdG	Valore medio regionale (0,46%)	0,24%
	nr ricoveri ripetuti entro 30 gg/nr tot ricoveri	SDO	annuale	CdG	Valore medio regionale (1,81%)	1,40%
AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	PERIODICITÀ A' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO	RISULTATO
Accessibilità e soddisfazione	tempi di attesa: prime visite entro 30 gg/ tot prime visite	dati CUP	annuale	CUP	≤ media storica	Obiettivo: ≥ 67% Risultato: 66%
	customer satisfaction: nr giudizi 6+7/nr totale giudizi	dati URP	annuale	URP	≥ media storica	Obiettivo: ≥ 76% Risultato: ND obiettivo sospeso
	reclami: tot reclami anno T-nr tot reclami anno T-1/ tot reclamo anno T-1	dati URP	annuale	URP	≤ media storica	Obiettivo: ≤ 37,98% Risultato: 43,7%
AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	PERIODICITÀ A' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO	RISULTATO
Risk Management	nr cadute pazienti ricoverati con danno/gg di deg. ordinaria	Risk Management /CdG	annuale	Risk Management/CdG	≤ media storica	Obiettivo: ≤ 0,22% Risultato: 0,22%
	tot richieste risarcimento/gg di deg.	AAGG/CdG	annuale	AAGG/CdG	≤ media storica	Obiettivo: ≤ 0,04% Risultato: 0,03%



AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	PERIODICITÀ A' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO	RISULTATO
Prevenzione della corruzione e trasparenza	nr relazioni Agenas rese/nr relazioni da rendere	PTPC	annuale	RPCT	≥ 80%	ND per indisponibilità della piattaforma AGENAS
Prevenzione della corruzione e trasparenza	nr relazioni incompatibilità-conflitto di interessi rese/nr relazioni incompatibilità-conflitto di interessi da rendere	PTPC	annuale	RPCT	≥ 80%	ND per indisponibilità della piattaforma AGENAS
Prevenzione della corruzione e trasparenza	nr dati pubblicati/n.dati oggetto di pubblicazione obbligatoria	PTPC	annuale	RPCT	≥ 80%	100%
Prevenzione della corruzione e trasparenza	nr anomalie/n. moduli di infungibilità compilati	PTPC	semestrale	RPCT	≤ 20%	ND per superamento regolamento di riferimento
Prevenzione della corruzione e trasparenza	tot valore acquisti infungibili-esclusivi/tot acquisti	PTPC	semestrale	RPCT	≤ 20%	ND per superamento regolamento di riferimento
Prevenzione della corruzione e trasparenza	n. processi mappati/n. processi di cui alla scheda di programmazione ALL.1 al PTPCT 2020-2022	Prevenzione della corruzione e trasparenza	semestrale	RPCT	≥ 80%	100%
AREA DI PERFORMANCE	INDICATORI	FONTE DEL DATO	PERIODICITÀ A' RIL.	RESP. RIL.	OBIETTIVO	RISULTATO
Attività di supporto	Costo personale addetto alla funzione gestione risorse umane/nr totale dei dipendenti in servizio	Risorse Umane	annuale	Risorse Umane	≤ media storica	Obiettivo: ≤ 33.987 Risultato: 31.998