



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 368 del 29 GIU. 2023

OGGETTO: Relazione al PIAO sottosezione Performance anno 2022.

DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT.SSA PAOLA LATTUADA

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

accertata la competenza procedurale, sottopone in data 29 GIU. 2023 l'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
Dr.ssa Angela Iuliano

ATTESTAZIONE COPERTURA ECONOMICA

Si attesta la regolarità contabile, la copertura economica e l'imputazione a bilancio degli oneri/introiti derivanti dal presente provvedimento con annotazione:

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

Il Direttore UOC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità
Dott.ssa Emilia Martignoni



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 368 del 29 GIU. 2023

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;

Visti:

- il Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 di attuazione della Legge n. 15 del 04/03/2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, che, all'art. 10, comma 1 lett. b, prevede l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di redigere annualmente la Relazione sulla Performance, che evidenzia, a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati;
- il Decreto Legislativo n. 33 del 14/03/2013 "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 25/05/2017 "Modifiche al decreto legislativo 27/10/2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 07/08/2015, n. 124", che prevede l'approvazione, da parte dell'organo di indirizzo politico-amministrativo, della Relazione annuale sulla Performance

Premesso che il DL 80 del 9/06/2021, convertito in Legge 113 del 6/08/2021, introduce il Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), che sostituisce tutti gli strumenti di programmazione oggi in uso nella Pubblica Amministrazione, quali: il Piano della Performance, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) ed il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale;

Considerato che:

- il termine per l'adozione del PIAO 2022-2024 è, per il primo anno di applicazione, stato fissato alla data del 30/06/2022;
- nelle more dell'adozione del PIAO e in attesa degli atti normativi e regolamentari, che ne hanno disciplinato la redazione per le Aziende Sanitarie del SSL, si è ritenuto di procedere alla separata approvazione del Piano della Performance, in quanto strumento gestionale a supporto della programmazione aziendale, riservandosi di integrare i contenuti dello stesso all'atto dell'adozione del PIAO;

Richiamate:

- la deliberazione del Direttore Generale n. 43 del 31/01/2022, con la quale è stato adottato il Piano della Performance per il triennio 2022-2024;



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 368 del 29 GIU. 2023

- la deliberazione del Direttore Generale n. 354 del 30/05/2022, con la quale è stato adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024, nella cui sottosezione Performance è confluito il Piano della Performance adottato con deliberazione n. 43/2022;

Atteso che, in mancanza di disposizioni normative specifiche in ordine agli strumenti di rendicontazione unitaria del PIAO, è ancora vigente l'obbligo di redazione e pubblicazione della Relazione annuale sulla performance, previsto dall'art. 10, comma 1 lett. b, del Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009, sotto forma di Relazione al PIAO – sottosezione Performance;

Precisato che, in data 15/01/2023, si è già provveduto alla separata redazione della Relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza sulle attività connesse alla sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2022-2024;

Vista la Relazione al PIAO sottosezione Performance anno 2022, predisposta dalla UOS Controllo di Gestione, che, come attestato dalla UOS proponente, adempie 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, nella seduta del 23/06/2023, si è espresso favorevolmente in merito al contenuto e al profilo metodologico e redazionale della Relazione al PIAO sottosezione Performance anno 2022;

Dato atto che:

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

Atteso che la Relazione in oggetto sarà pubblicata, a cura della UOS proponente, sul sito internet aziendale, come previsto dal Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 e nelle modalità stabilite dal Decreto Legislativo n. 33 del 14/03/2013 e s.m.i.;

Ritenuto, pertanto, di adottare la Relazione al PIAO - sottosezione Performance - anno 2022, ai sensi dell'art. 10 lett. b) del D.lgs. 150/2009, allegata al presente provvedimento e del quale costituisce parte integrante e sostanziale;

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 Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità;

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.;



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 368 del 29 GIU. 2023

DELIBERA

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

1. di adottare la Relazione al PIAO - sottosezione Performance - anno 2022, 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 dare mandato alla UOS Controllo di Gestione alla pubblicazione della "Relazione al PIAO sottosezione Performance 2022" sul sito internet aziendale, come previsto dal Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 e nelle modalità stabilite dal Decreto Legislativo N. 33 del 14/03/2013 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;
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, comma 1, lett. w) della L.R. n. 23/2015.

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott.ssa Paola GIULIANI)

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

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Luca Marcello MANGANARO)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Paola LATTUADA)

UOS Controllo di Gestione

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. 2022-1.1.2/6.1



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 368 del 29 GIU. 2023

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. 2023 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. 5 pagine e n 1 allegato.

UOC Affari Generali Istituzionali e Legali
Il Funzionario addetto

Harlene Lencake

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

UOC Affari Generali Istituzionali e Legali
Il Funzionario addetto

M



Relazione al PIAO

Sottosezione Performance

Anno 2022



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.....	17
2.3 Monitoraggio del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.....	18
3 I RISULTATI DELLA GESTIONE.....	19
4 I RISULTATI DELLA PERFORMANCE.....	41



PREMESSA

Ai sensi dell'art. 1 del D.P.R. 24 giugno 2022 n. 81, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), documento unico di programmazione e governance, assorbe e sostituisce il Piano della Performance, in un'ottica di semplificazione dei procedimenti e di miglioramento della qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese.

Attualmente, i Piani confluiti quali sezioni distinte del PIAO 2022-24 (Piano della Performance, Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza, Piano triennale dei fabbisogni e Piano per il lavoro agile), pur garantendo una visione organica in fase di pianificazione e attuazione degli indirizzi programmatici aziendali, appaiono "non dialoganti" nella fase consuntiva di rendicontazione dei risultati conseguiti.

Pertanto, in mancanza di disposizioni normative specifiche in ordine agli strumenti di rendicontazione del PIAO, si ritiene ancora vigente l'obbligo di redazione e pubblicazione della Relazione annuale sulla performance, previsto dall'art.10 lett. b) del Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 e s.m.i., nella forma di Relazione alla sottosezione Performance del PIAO. Attraverso detta Relazione, da redigersi entro il 30 giugno di ogni anno a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, l'amministrazione rende evidenti i risultati raggiunti rispetto alle linee programmatiche aziendali e agli obiettivi organizzativi e individuali assegnati nella sezione Performance del PIAO, con l'indicazione degli eventuali scostamenti rilevati.

Si precisa altresì che l'ASST Gaetano Pini-CTO, in mancanza di previsioni legislative relative al coordinamento delle attività di rendicontazione del PIAO, ha già provveduto, entro il termine fissato al 15 gennaio 2023 (come da Comunicato 30.11.2022 del Presidente dell'ANAC), alla separata redazione della Relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza sulle attività connesse alla sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2022-2024.

Il Ciclo della Performance per l'anno 2022 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano della Performance 2022-2024, 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 2022, 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. 43 del 31.01.2022. Nelle more del perfezionamento degli atti normativi e regolamentari, che dovevano disciplinare la redazione del PIAO per le Aziende Sanitarie del SSL, si è ritenuto utile procedere



intanto all'approvazione del Piano della Performance, in quanto strumento gestionale a supporto della programmazione aziendale, riservandosi di integrare i contenuti dello stesso all'atto dell'adozione del PIAO, avvenuta con Deliberazione n. 354 del 30 giugno 2022.

La Direzione Aziendale, tenuto conto della DGR 5832 del 29 dicembre 2021, con la quale sono stati assegnati da parte di Regione Lombardia gli obiettivi aziendali di interesse regionale, e successivi atti di integrazione, ha identificato gli Obiettivi Strategici Aziendali, che sono stati declinati con Deliberazione n. 184 del 7 aprile 2022 e assegnati alle singole Strutture Organizzative a conclusione del Processo di Negoziazione di Budget.

L'UOS Controllo di Gestione ha predisposto le Schede di Budget 2022 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.

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 2022 evidenzia i risultati aziendali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati per l'anno 2022. 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 2022			N. Posti letto 2022		
	ACCREDITATI			EFFETTIVI		
	Acute e Riab	DH/DS	Totale	Acute e Riab	DH/DS	Totale
PRESIDIO PINI	365	16	381	256	4	260
PRESIDIO CTO	140	14	154	107	11	118
TOTALE	505	30	535	363	15	378



1.2 Risorse Umane

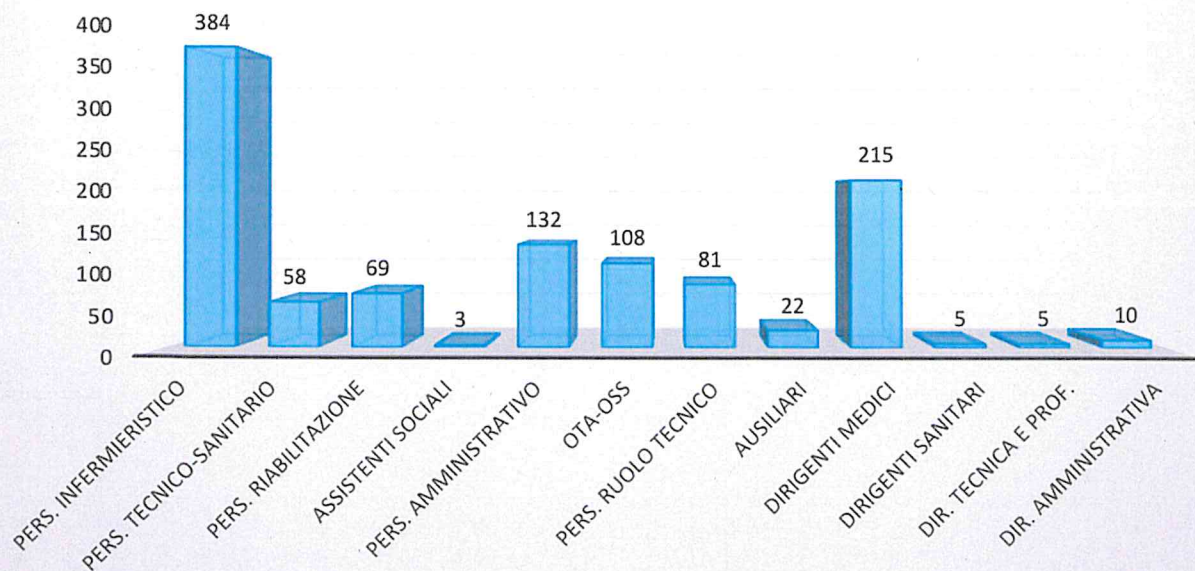
Il fabbisogno di personale, approvato da Regione Lombardia con cadenza triennale, ha previsto presenze costanti coerentemente con la realizzazione dei piani d'assunzione annuale, predisposti in considerazione del turn over, così come autorizzati dalla Regione, ed in attuazione delle regole di sistema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

Al 31 dicembre 2022, l'ASST impiega n. 1.135 dipendenti (numero complessivo tra tempi indeterminati e determinati) così suddivisi:

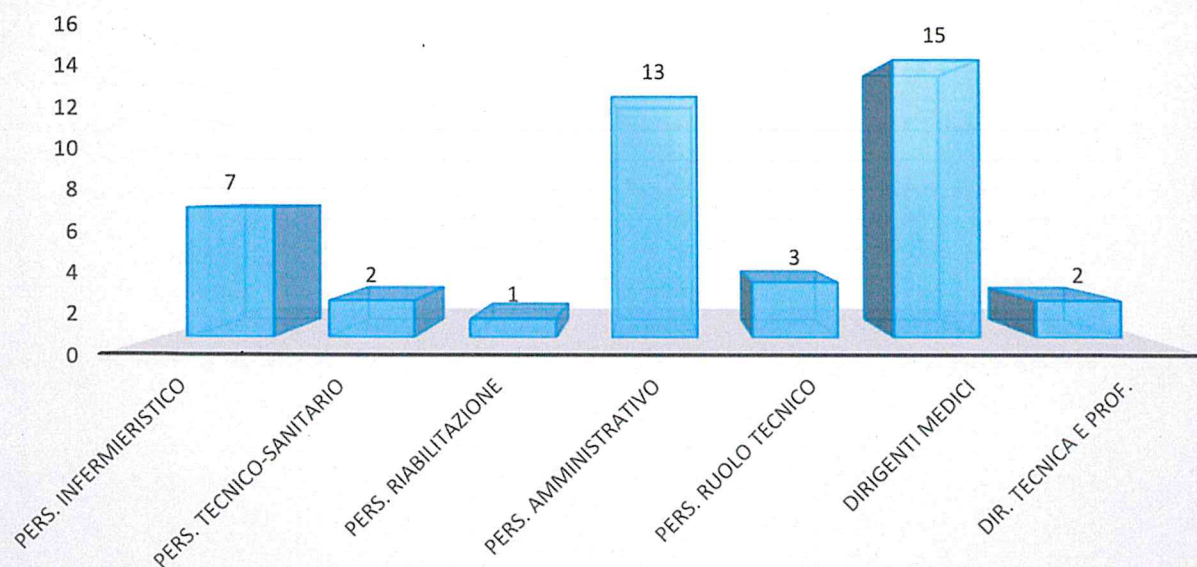
PERSONALE AL 31 dicembre 2022	INDET.	DET.	TOT.
PERSONALE INFERMIERISTICO	384	7	391
PERSONALE TECNICO SANITARIO	58	2	60
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	69	1	70
ASSISTENTI SOCIALI	3	/	3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	132	13	145
OTA/OSS	108	/	108
PERSONALE RUOLO TECNICO (compresi ausiliari)	103	3	106
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	857	26	883
DIRIGENZA MEDICA (compresi Universitari)	213	18	231
DIRIGENZA SANITARIA/ DIRIG.DELLE PROF.SANITARIE	5	/	5
TOTALE AREA DIRIGENZA MEDICA e SANITARIA	218	18	236
DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICA	4	2	6
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10	/	10
TOTALE AREA DIRIGENZA PTA	14	2	16
TOTALE COMPLESSIVO	1089	46	1135



Personale al 31 Dicembre 2022 Tempo Indeterminato



Personale al 31 Dicembre 2022 Tempo Determinato





1.3 Volumi di attività

	2022		
	Pini	CTO	Totale Azienda
Regime di ricovero ordinario			
DIMESSI (N.ro)	7.231	2.446	9.677
DEGENZA MEDIA (GG)	7,6	7,7	7,65
Regime di ricovero in Day Hospital			
DIMESSI (N.ro)	1.584	964	2.548
ACCESSI DH (N.ro)	1.620	964	2.584
Prestazioni Ambulatoriali (N.ro)	219.641	101.840	321.481
Prestazioni PS (N.ro)	78.383	55.479	133.862
Accessi PS (N.ro)	32.633	19.565	52.198



1.4 Bilancio

Al fine di garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa, nel corso dell'anno 2022 l'ASST si è impegnata a porre in essere attività volte al miglioramento della produttività e dell'efficienza dell'ASST.

Dopo i mesi di gennaio e febbraio 2022, caratterizzati dalla recrudescenza pandemica che ha impattato pesantemente sulle strutture sanitarie determinando un rallentamento dell'attività produttiva in modo particolare per i ricavi di tipo medico e riabilitativo, l'Azienda ha ripristinato in larga misura la capacità produttiva pre-pandemica, allineandosi alla produzione dell'anno 2019, ed ha notevolmente incrementato l'attività rispetto all'esercizio 2021:

DESCRIZIONE	BES 2019	BES 2021	BES 2022	DELTA 2022 2019	DELTA 2022 2021
	A	B	C	D=(C-A)	E=(C-B)
DRG	53.326.359	50.381.735	53.600.158	273.799	3.218.423
Prestazioni Ambulatoriali	12.473.197	10.749.973	12.588.641	115.444	1.838.668
TOTALE	65.799.556	61.131.708	66.188.799	389.243	5.057.091

In particolare la maggiore produttività per prestazioni di ricovero è da attribuirsi prevalentemente al progressivo aumento del numero di sedute operatorie nell'ambito dei ricoveri chirurgici, anche in attuazione, a decorrere dal 1° di aprile, del Piano di ripresa di cui alla DGR XI/6002 del 21.02.202, e per effetto del ricorso alla prestazioni orarie aggiuntive grazie all'impiego delle risorse finanziarie rese disponibili da Regione Lombardia.

Nella rivisitazione complessiva delle prestazioni ambulatoriali e nella maggiore offerta sanitaria, sia per prestazioni diagnostiche che ambulatoriali, con la creazione di nuove agende e l'ampliamento di quelle esistenti, è da ricercarsi invece l'aumento dell'attività ambulatoriale.

La produzione dell'anno 2022, pur essendo notevolmente aumentata rispetto all'esercizio precedente, non è ancora a pieno regime a causa della recrudescenza pandemica nel I trimestre, come sopra rappresentato.

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 si è proseguito con una serie di azioni di contenimento dei costi, quali, a titolo esemplificativo:

- il processo di programmazione con l'attribuzione del Budget;
- il maggiore ricorso alle convenzioni Consip ed ARIA nonché l'intensificazione degli acquisti mediante aggregazioni con Consorzi tra Aziende e mediante procedure espletate sulla piattaforma informatica SINTEL;
- il forte ridimensionamento delle spese in economia;



- l'esternalizzazione del servizio di ristorazione dell P.O. Gaetano Pini con un'operazione di grande complessità gestionale e amministrativa.

In sintesi, il 2022 è stato caratterizzato da una riduzione dei costi per beni e servizi rispetto all'esercizio 2021, risparmi che hanno consentito di finanziare, all'interno del medesimo perimetro, importanti attività, quali l'esternalizzazione della gestione del magazzino, l'acquisizione in noleggio di nuove apparecchiature radiologiche e di sala operatoria, la copertura h24 del servizio di vigilanza in PS, nonché di coprire i maggiori costi relativi ai "dispositivi medici" ed ai "prodotti farmaceutici, il cui consumo è strettamente correlato all'andamento dell'attività operatoria.

L'unico costo non riassorbibile dai risparmi riguarda l'"energia elettrica" ed il "servizio di riscaldamento" che ha subito un notevole incremento rispetto all'anno 2021 a seguito dell'aumento delle tariffe, dovuto al contesto di mercato che è profondamente mutato per gli eventi geopolitici a partire dagli ultimi mesi dell'anno 2021, costo riconosciuto da Regione con Decreto del 18 ottobre 2022, n. 14896, inerente l'Assestamento al Bilancio Preventivo Economico dell'anno 2022.

DESCRIZIONE	BES 2019	BES 2021	BES 2022	DELTA 2022-2019	DELTA 2022-2021
	A	B	C	D=(C-A)	E=(C-B)
Beni e servizi	38.396.811	37.221.149	36.667.094	-1.729.717	-554.055
Costi energia elettrica e servizio di riscaldamento	3.679.255	3.782.364	6.662.688	2.983.433	2.880.324
TOTALE BENI E SERVIZI (al netto farmaci di categoria FILE F e costi finanziati)	42.076.066	41.003.513	43.329.782	1.253.716	2.326.269
File F e doppio canale	16.550.264	15.101.371	14.815.780	-1.734.484	-285.591
Costi beni e servizi finanziati	297.507	511.302	571.897	274.390	60.595
TOTALE BENI E SERVIZI	58.923.837	56.616.186	58.717.459	-206.378	2.101.273

Per effetto sia dell'importante incremento dell'attività produttiva per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali rispetto all'esercizio precedente che della razionalizzazione dei costi, il risultato della gestione caratteristica si è assestato su un valore in netto miglioramento rispetto a quello dell'esercizio 2021 ed in tendenziale allineamento a quello dell'anno 2019.

Il Bilancio dell'Azienda ammonta ad € 142.481.122,00, al netto dei costi capitalizzati di € 5.735.637,00, come emerge dai dati economici risultanti nel Bilancio d'esercizio 2022, approvato con Deliberazione aziendale n. 280 del 12 maggio 2023:



DESCRIZIONE	BES 2021	BPE 2022	ASSESTA MENTO AL BPE 2022	BES 2022	DELTA BES. ASSEST. 2022	DELTA BES 2022 BPE 2022	DELTA BES 2022 BES 2021
	A	B	C	D	E=(D-C)	F=(D-B)	G=(D-A)
RICAVI							
DRG	50.381.735	53.735.177	54.817.450	53.600.158	-1.217.292	-135.019	3.218.423
Funzioni non tariffate	4.065.158	4.065.158	4.793.717	4.724.281	-69.436	659.123	659.123
Ambulatoriale	10.749.973	13.122.834	11.549.376	12.588.641	1.039.265	-534.193	1.838.668
Entrate proprie	3.836.986	3.772.950	4.142.950	4.475.409	332.459	702.459	638.423
Libera professione	9.327.207	9.203.928	10.490.223	11.930.115	1.439.892	2.726.187	2.602.908
File F	14.607.446	15.249.488	14.570.891	14.355.629	-215.262	-893.859	-251.817
Utilizzi contributi esercizi precedenti	1.153.329	403.201	1.316.673	1.979.020	662.347	1.575.819	825.691
Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	12.169.336	9.826.798	9.607.156	12.664.371	3.057.215	2.837.573	495.035
Altri contributi (al netto rettifiche)	684.433	0	32.120	221.859	189.739	221.859	-462.574
Proventi finanziari e straordinari	268.070	0	5.526.951	1.554.836	-3.972.115	1.554.836	1.286.766
Prestazioni sanitarie	1.553.079	1.186.031	1.027.308	953.620	-73.688	-232.411	-599.459
Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	108.796.752	110.565.565	117.874.815	119.047.939	1.173.124	8.482.374	10.251.187
COSTI							
Personale	60.332.874	61.952.199	60.584.774	62.542.281	1.957.507	590.082	2.209.407
IRAP personale dipendente	3.984.881	4.097.317	4.013.197	4.150.161	136.964	52.844	165.280
Libera professione + IRAP	7.154.110	6.813.867	8.026.893	9.052.837	1.025.944	2.238.970	1.898.727
Beni e Servizi (netti)	56.616.186	57.491.738	59.864.662	58.717.459	-1.147.203	1.225.721	2.101.273
Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	763.115	807.404	736.069	734.933	-1.136	-72.471	-28.182
Altri costi	2.742.307	2.248.837	3.031.261	3.094.179	62.918	845.342	351.872
Accantonamenti dell'esercizio	5.199.177	2.024.533	2.196.631	3.731.237	1.534.606	1.706.704	-1.467.940
Oneri finanziari e straordinari	166.616	0	42.201	458.035	415.834	458.035	291.419
Totale Costi (al netto capitalizzati)	136.959.266	135.435.895	138.495.688	142.481.122	3.985.434	7.045.227	5.521.856
Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	28.162.514	24.870.330	20.620.873	23.433.183	2.812.310	-1.437.147	-4.729.331
Risultato economico	0	0	0	0	0	0	0



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 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:

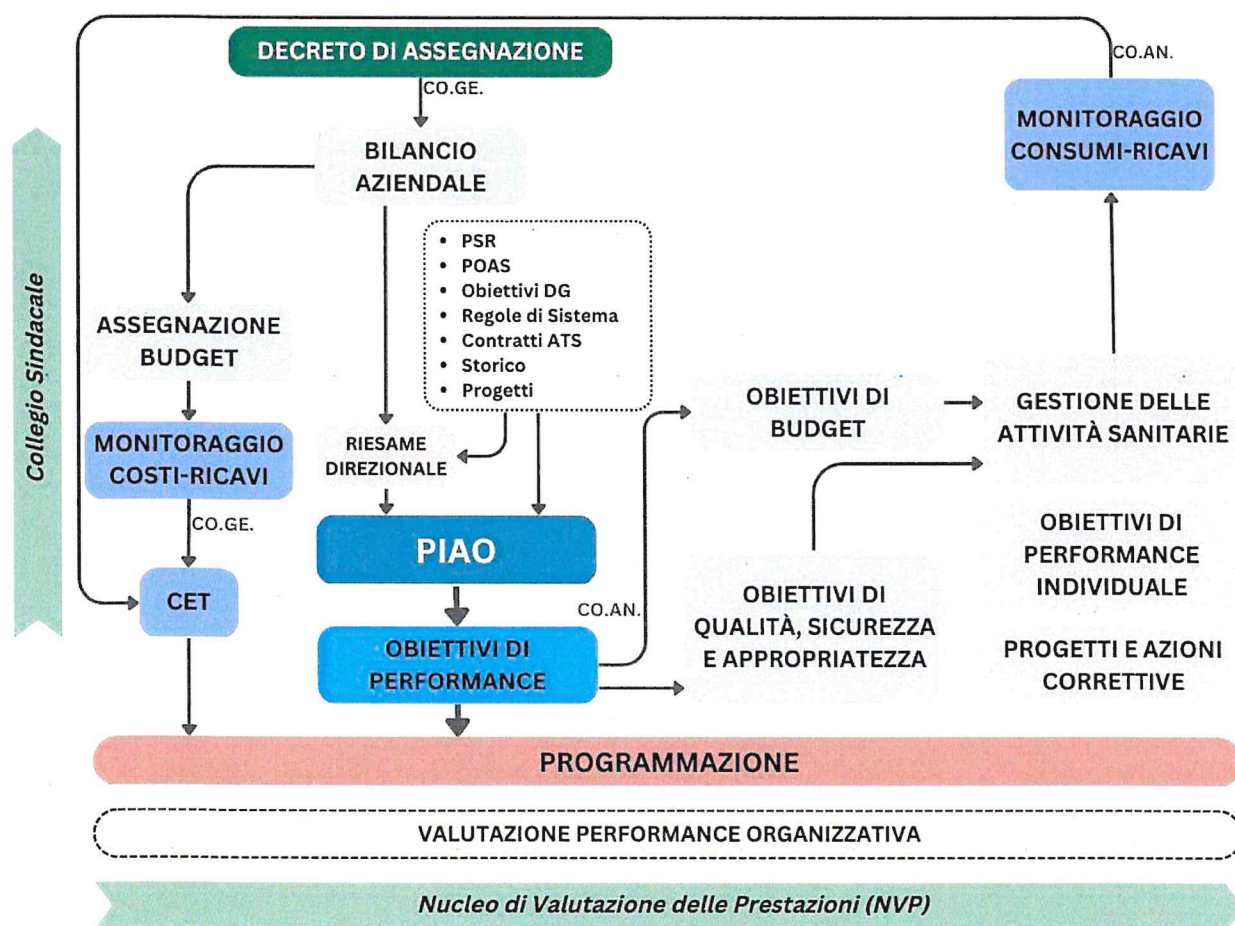
1. Programmazione: è la fase di competenza esclusiva della Direzione Strategica che, attraverso il PIAO, definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali con i relativi indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati organizzativi. Vengono individuati anche i principali progetti di interesse 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.
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). Con deliberazione del Direttore Generale n. 171 del 23 marzo 2023, l'ASST si è dotata di un regolamento organico dedicato alla valutazione del personale, con la finalità di rendere il processo di valutazione una leva gestionale per orientare i comportamenti verso i fini aziendali, in una logica di sviluppo delle RR.UU.

In particolare, con il nuovo sistema è stato semplificato il procedimento di valutazione, mediante l'utilizzo di un'unica scheda "madre" per gestire le differenti tipologie di valutazione previste dalla legge e dalla contrattazione collettiva. Il nuovo sistema è, inoltre, interessato dalla completa informatizzazione e dematerializzazione del processo valutativo mediante l'uso di un software dedicato.

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 esprimere 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 2022 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 della Performance nell'esercizio delle sue funzioni:

10 gennaio 2022
28 gennaio 2022
18 febbraio 2022
11 marzo 2022
08 aprile 2022
29 aprile 2022
27 maggio 2022
27 giugno 2022
22 luglio 2022
09 settembre 2022
28 ottobre 2022
11 novembre 2022



3 I RISULTATI DELLA GESTIONE

La programmazione annuale per l'anno 2022 si è sviluppata attraverso l'individuazione dei seguenti obiettivi prioritari, di cui si fornisce tabella sintetica, 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:

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

Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Risultato	Indicatore	Responsabile	Strutture coinvolte	Tempistica
3	Obiettivo Regionale	Piano di contrasto al Covid-19	Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi e Vaccinazioni Covid-19 sia per le somministrazioni nei centri vaccinali che per le somministrazioni domiciliari	Rendicontazione mensile: il mancato rispetto dei target stabiliti dall'Unità di Crisi e delle indicazioni della Task Force Tamponi comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti.	SITRA	Organizzazione Risorse Umane	31/12/2022
4	Obiettivo Regionale	Attuazione legge regionale n. 22/2021	Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare	Rendicontazione trimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati trimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 2,5 punti.	Direzione Strategica	Tutte le Strutture	31/12/2022
5	Obiettivo Regionale	Investimenti	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento	Rendicontazione trimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati trimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti	Acquisti e Logistica; Gestione Tecnico Patrimoniale; Ingegneria Clinica; SIA	Economico Finanziaria	31/12/2022

Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Risultato	Indicatore	Responsabile	Strutture coinvolte	Tempistica
6	Obiettivo Regionale	Potenziamento rete territoriale	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare	Rendicontazione bimestrale: il mancato rispetto dei target stabiliti dalla Direzione Generale Welfare comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 2,5 punti.	DSS	DMP; SITRA; Gestione Tecnico Patrimoniale; Qualità e Privacy	31/12/2022
7	Obiettivo Regionale	Attività di donazione di organi e tessuti	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.	Rendicontazione trimestrale	DMP	Anestesia e Rianimazione; Banca Osso; SITRA; UUOO Sanitarie	31/12/2022
8	Obiettivo Regionale	Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	Rendicontazione annuale	Economico Finanziaria	Economico Finanziaria; Acquisti e Logistica; Gestione Tecnico Patrimoniale; Organizzazione Risorse Umane; Affari Generali Istituzionali e Legali; Farmacia; Gestione Operativa	31/12/2022

Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Risultato	Indicatore	Responsabile	Strutture coinvolte	Tempistica
9	Obiettivo Regionale	Trasparenza	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza	Rendicontazione annuale	Trasparenza Anticorruzione Internal Auditing	Tutte le Strutture	31/12/2022
10	Obiettivo Aziendale	Fascicolo Sanitario Elettronico	% referti per esterni pubblicati SISS (lettere di dimissione, referti ambulatoriali, verbali PS)	100%	Tutte le Strutture sanitarie - Dipartimenti	DMP; SIA; CdG	31/12/2022
11	Obiettivo Aziendale	DEM	Emissione delle ricette in formato elettronico	90%	Tutte le Strutture sanitarie - Dipartimenti	DMP; SIA; CdG	31/12/2022
12	Obiettivo Aziendale	Continuità Ospedale-Territorio	Attuazione della procedura di continuità Ospedale-Territorio	N. eventi partecipati/N. previsti = 100% → punti 50 N. segnalazioni secondo procedura attivate/N. segnalazioni pervenute = ≥ 90% → punti 50	CSA - DMP	Tutte le Strutture sanitarie - Dipartimenti	31/12/2022

Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Risultato	Indicatore	Responsabile	Strutture coinvolte	Tempistica
13	Obiettivo Aziendale	Interventi formativi di natura cogente	Partecipazione agli eventi organizzati	100% del piano formativo	Organizzazioni Risorse Umane (Formazione)	Tutte le Strutture coinvolte nel piano formativo	31/12/2022
14	Obiettivo Aziendale	Sperimentazioni Cliniche	Sperimentazioni cliniche profit	almeno 25 sperimentazioni cliniche profit	CTS	Tutte le Strutture sanitarie Dipartimenti	31/12/2022



Si procede alla rendicontazione dei singoli obiettivi:

OBIETTIVO N. 1 Piano di ripresa 2022 e programmi di screening (obiettivo regionale): con DGR XI/6002 del 21/02/2022 Regione Lombardia ha declinato l'obiettivo "Piano di Ripresa 2022", già definito nella DGR XI/5832 del 29/12/2021, rinominandolo "Piano per le liste di attesa 2022". L'obiettivo ha riguardato il raggiungimento, in ogni trimestre a partire dal 1° aprile, di una produzione superiore del 10% rispetto al valore finanziato del medesimo periodo del 2019. Tale obiettivo ha riguardato l'area dei ricoveri chirurgici in elezione e l'area della specialistica ambulatoriale, con esclusione delle prestazioni afferenti alle aree di Pronto Soccorso, Laboratorio Analisi e MAC. A seguire i risultati per le singole aree interessate.

Ricoveri chirurgici in elezione

L'attività ha preso avvio con la verifica della capacità produttiva necessaria al perseguimento dell'obiettivo mediante l'incremento dell'attività delle sale operatorie con progressivo aumento del numero di sedute operatorie attraverso l'impiego delle risorse finanziarie rese disponibili da Regione Lombardia (ammontanti per questa Azienda ad € 519.858,90). La programmazione delle sedute ha tenuto conto anche della quota ascrivibile ai ricoveri da PS che sono risultati in aumento rispetto al 2019 (+ 14%). Tale incremento osservato ha reso necessaria un'attenta programmazione degli slot operatori al fine di garantire il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni chirurgiche. L'individuazione delle prestazioni da rendere con le modalità sopra descritte ha seguito i criteri sotto riportati:

- verifica DRG 2021 con valore/numero inferiore a quelli del 2019 e verifica della necessità di incremento
- priorità nella programmazione delle sedute operatorie dei DRG oncologici
- riordino delle liste di attesa e conseguente adeguamento della programmazione delle sale operatorie
- analisi dei DRG da incrementare in relazione alle scelte strategiche di sviluppo (es. distretto corporeo Mano, Piede).

A seguito delle azioni poste in essere si evidenzia che il risultato relativo al II - III e IV trimestre è superiore al 110% richiesto, come sintetizzato nella tabella seguente:



PERIODO	RISULTATO
II TRIMESTRE 2022	115%
III TRIMESTRE 2022	133%
IV TRIMESTRE 2022	112%

Specialistica ambulatoriale

L'obiettivo ha riguardato il raggiungimento, nel II-III-IV trimestre 2022, del 110% della produzione erogata nel medesimo periodo dell'anno 2019, escludendo le prestazioni di PS, Laboratorio e MAC.

L'Azienda ha provveduto a:

- analizzare l'adeguatezza delle risorse destinate all'offerta delle prestazioni ambulatoriali, con particolare riguardo all'area della diagnostica strumentale
- individuare le prestazioni ritenute "critiche" nel rispetto del tempo di attesa previsto per classe di priorità, con contestuale ampliamento dell'offerta sanitaria
- riorganizzare gli spazi dedicati alla specialistica ambulatoriale, parallelamente alla razionalizzazione delle agende e degli ambulatori della Libera Professione.

E' stata inoltre ampliata, come definito da Regione Lombardia, a decorrere dal 1° maggio, l'offerta di TAC (senza mezzo di contrasto) e RMN presso i 3 poli erogativi in turni festivi, prefestivi e serali, incrementata fino alle ore 24 presso il P.O. Pini a decorrere dal 1° agosto. L'Azienda ha, quindi, provveduto ad incrementare l'offerta sanitaria (slot ambulatoriali) mediante:

- l'ampliamento delle agende esistenti con estensione dell'orario
- la creazione di nuove agende
- il mantenimento degli ambulatori durante il periodo estivo
- il potenziamento degli slot operatori riservati a prestazioni BIC con l'individuazione di una sala dedicata

Il risultato del II trimestre è stato pari al 102%, ottenuto nonostante l'implementazione di un nuovo gestionale che, dal 01/04/2022, ha consentito l'unificazione dei CUP e delle refertazioni del P.O. Pini e del P.O. CTO, determinando un iniziale rallentamento delle prenotazioni e dell'erogazione delle prestazioni. Tale risultato è maggiore del 12% rispetto al dato di chiusura dell'ultimo quadrimestre del 2021, pari al 90% dello stesso periodo del 2019. Il III ed il IV trimestre registrano un



risultato superiore/uguale al 110% richiesto, così come sintetizzato nella tabella seguente:

PERIODO	RISULTATO
II TRIMESTRE 2022	102%
III TRIMESTRE 2022	121%
IV TRIMESTRE 2022	115%

Programmi di screening

Al fine di coordinare tutte le attività connesse con l'implementazione dello screening HCV, è stata elaborata una specifica procedura aziendale per la gestione del processo all'interno della quale è stata prevista una campagna di informazione rivolta ai principali attori interessati in merito alle modalità operative per l'attuazione della campagna di screening ed è stata messa in atto un'attività di formazione dedicata al personale coinvolto. Sono state concordate inoltre con l'IRCCS Policlinico, Centro di II° livello di afferenza, le modalità per l'esecuzione del test di conferma e della presa in carico del paziente positivo da parte dell'IRCCS. La campagna è stata attivata a partire da lunedì 06.06.2022 e al 31.12.2022 hanno aderito a tale screening n° 773 utenti, di cui 8 eliminati dal programma in quanto non eleggibili. I relativi dati sono stati caricati periodicamente a cadenza settimanale sulla piattaforma informatica regionale. Si segnala che il target individuato "livelli di adesione superiore alla metà della media regionale" è condizionato dai volumi complessivi dei pazienti trattati residenti, riferibili al cluster di età previsto dallo screening (nati dal 1969-1989); di seguito si rappresentano i dati complessivi, relativi agli anni 2019-2020-2021 (giugno-dicembre), degli accessi per ricovero presso questa ASST di pazienti compresi nel cluster di età in considerazione che attestano il raggiungimento dell'obiettivo:

	2019	2020	2021
Ricoveri	983	733	997



OBIETTIVO N. 2 Liste d'attesa (obiettivo regionale)

Ricoveri chirurgici oncologici

Al fine di perseguire il raggiungimento di tale obiettivo, l'Azienda ha programmato le seguenti azioni:

- individuazione e superamento di eventuali criticità relative alla correttezza della codifica SDO
- implementazione di una attività di riordino delle Liste d'Attesa
- progettazione e mantenimento di un sistema di monitoraggio:
 - ex post: estrazione mensile delle SDO che superano il tempo di attesa previsto, attività di audit sulle cartelle cliniche e messa in atto di eventuali azioni che consentano di intervenire per riallineare situazioni critiche
 - ex ante: estrazione settimanale delle liste d'attesa per UOC, con evidenza dei pazienti a rischio di superamento del tempo di attesa previsto, per classe di priorità, nei quindici giorni successivi
- attivazione di percorsi organizzativi alternativi che consentano di liberare spazi operatori ottimizzando la capacità di produzione e riducendo al minimo i tempi di attesa
- riprogrammazione e potenziamento delle attività del Blocco Operatorio.

Ciò ha consentito il raggiungimento dell'obiettivo, di seguito sintetizzato per trimestre:

PERIODO	OBIETTIVO	RISULTATO
I TRIMESTRE 2022	80%	97,50%
II TRIMESTRE 2022	85%	96,30%
III TRIMESTRE 2022	85%	96%
IV TRIMESTRE 2022	90%	96,55%

Ricoveri chirurgici non oncologici

La DGR XI/6255 ha esteso il modello disposto dalla DGR XI/5883 del 24/01/2022 anche a prestazioni di ricovero chirurgico programmato NON oncologico (secondo la classificazione adottata da DG Welfare), con data di prenotazione del ricovero dal 1 luglio 2022 e data di erogazione dell'intervento principale dal 1 settembre 2022 (fonte: flusso SDO) prevedendo un meccanismo di valorizzazione, finalizzato a garantire il rispetto dei tempi d'attesa, con l'applicazione di progressive



decurtazioni in relazione allo scostamento tra il tempo atteso e il tempo effettivo di erogazione della prestazione. Al fine di perseguire il raggiungimento di tale obiettivo, l'Azienda ha provveduto a:

- elaborare e diffondere una specifica Istruzione Operativa per la Gestione delle Liste di Attesa dei Ricoveri Programmati;
- revisionare il Modulo Aziendale di Proposta di Ricovero;
- implementare un'attività di miglioramento dell'Appropriatezza Prescrittiva: proposta di strumento per la corretta attribuzione della Classe di Priorità in ambito Ortopedico;
- potenziare il sistema di monitoraggio ex ante ed ex post come precedentemente riportati;
- riprogrammare le attività di Blocco Operatorio sulla base delle evidenze emerse.

Di seguito viene esposta una tabella riepilogativa dei risultati raggiunti:

PERIODO	OBIETTIVO	RISULTATO
II TRIMESTRE 2022	75%	97,01%
III TRIMESTRE 2022	80%	95%
IV TRIMESTRE 2022	85%	97,77%

Prestazioni Ambulatoriali

Relativamente alle azioni intraprese, si richiama interamente quanto esposto nell'OBIETTIVO N. 1, sezione "Specialistica ambulatoriale".

Si riportano di seguito i valori rilevati dall'ASST sulla base dei flussi definitivi relativi alle prestazioni erogate di specialistica ambulatoriale, **solo diagnostica per immagini e solo i nuovi casi** (fonte flusso 28/SAN) per i trimestri oggetto di valutazione:

PERIODO	OBIETTIVO	RISULTATO
III TRIMESTRE 2022	80%	98%
IV TRIMESTRE 2022	90%	95%



Si riportano di seguito i valori rilevati dall'ASST sulla base dei flussi definitivi relativi alle prestazioni erogate di specialistica ambulatoriale della **Classe B e solo prime visite** (fonte flusso 28/SAN) per i trimestri oggetto di valutazione:

PERIODO	OBIETTIVO	RISULTATO
II TRIMESTRE 2022	80%	80%
III TRIMESTRE 2022	85%	80%
IV TRIMESTRE 2022	90%	70%

In relazione alla gestione delle prenotazioni con classe di priorità "B", al fine del raggiungimento dell'obiettivo regionale, non può trascurarsi la circostanza che le relative prenotazioni transitano, a discrezione degli utenti, sia dal circuito CCR, sia dal CUP aziendale. Per quanto concerne l'anno 2022, l'analisi ha evidenziato una preferenza dell'utenza per il canale di prenotazione tramite Call Center Regionale (70% delle prenotazioni) mentre la quota del 30% è transitata dal CUP aziendale. Le prenotazioni registrate con canale aziendale hanno attestato un tasso di conformità alle tempistiche di legge, pari al 94%, contro il 68% garantito, nel medesimo segmento temporale, dal CCR.

OBIETTIVO N. 3 Piano di contrasto al Covid-19 (obiettivo regionale): in ottemperanza alle disposizioni dell'Unità di crisi regionale e in coerenza con la programmazione definita da ATS Città Metropolitana di Milano, l'Azienda ha contribuito con il proprio personale sanitario alla realizzazione della campagna vaccinale presso il Centro Vaccinale Le Scintille, in gestione alla Fondazione Policlinico, nel periodo dal 1° gennaio al 6 febbraio 2022. L'Azienda ha inoltre garantito, nel periodo gennaio/febbraio, la gestione dei moduli di terapia intensiva presso la Fiera Milano City, mediante l'assegnazione di proprio personale (6 infermieri e 2 medici) che è stato attinto dalle sale operatorie non essendo attivi, allo stato attuale, posti letto di area critica. Ciò ha avuto come diretta conseguenza il ridimensionamento della produttività delle sale operatorie, in particolare per quanto riguarda il personale infermieristico. Secondo quanto stabilito dalla programmazione di ATS Città Metropolitana di Milano, questa ASST non è stata coinvolta nella gestione dell'offerta territoriale dei "Punti Tamponi" e quindi non ha avuto assegnati target di volumi corrispondenti; ha gestito invece tutta l'attività al proprio interno (Tamponi per utilizzo ospedaliero) sia per quanto riguarda gli antigenici che i molecolari (con analisi in service). Tenuto conto che, come da precisazioni della DG Welfare, la rendicontazione è stata in capo ad ATS, occorre segnalare la NON APPLICABILITA'



dell'obiettivo per la parte relativa all'offerta tamponi territoriale. A partire dal mese di settembre 2022, l'Azienda, in attuazione delle indicazioni regionali in materia, ha pianificato le attività di vaccinazione per la quarta dose anti-Covid (seconda dose booster) rivolte agli operatori sanitari e non sanitari dipendenti della Struttura, ai pazienti cronici in carico PIC e alle UdO sociosanitarie. Contemporaneamente sono state programmate le attività correlate alla campagna antinfluenzale in co-somministrazione. A partire dal mese di ottobre sono state rese disponibili le agende di prenotazione per entrambe le tipologie di vaccino e si è proceduto alla somministrazione ai dipendenti che ne hanno fatto richiesta, essendo entrambe le vaccinazioni al momento facoltative.

A seguire il riepilogo della campagna vaccinale al 30/12/2022:

Totale dipendenti sanitari e non sanitari presenti in Azienda: n. 960

Totale dipendenti sanitari e non sanitari presenti in Azienda vaccinati: n.291

Aggiornamento della campagna vaccinale al 30/12/2022												
VACCINAZIONE COVID	PO FFO			PO PINI			PO CTO			TOTALE ASST		
	N. operatori	N. operatori vaccinati	%	N. operatori	N. operatori vaccinati	%	N. operatori	N. operatori vaccinati	%	N. Totale operatori	N. tot. operatori vaccinati	%
N. Operatori sanitari dipendenti	44			506			312			862		
N. operatori in attesa	0			14			2			16		
N. operatori positivamente nei 120	0			66			68			134		
N. operatori già vaccinati	0			0			1			1		
N. totale operatori	44	11	25%	426	135	31,69	241	88	37%	711	234	32,9
	N. operatori vaccinati			N. operatori vaccinati			N. operatori vaccinati			N. Totale operatori		
	N. operatori	N. operatori vaccinati	%	N. operatori	N. operatori vaccinati	%	N. operatori	N. operatori vaccinati	%	N. Totale operatori	N. tot. operatori	%
N. Operatori non sanitari	2			224			47			273		
N. operatori in attesa	0			5			0			5		
N. operatori positivamente nei 120	0			13			6			19		
N. operatori già vaccinati	NO											
N. totale operatori	2	2	100	206	44	21,4	41	11	26,8	249	57	22,9
Dato complessivo di ASST	46	13	28,26%	632	179	>	282	99	35,306383	960	291	30,3

Totale operatori non dipendenti vaccinati: n. 42

Aggiornamento della campagna vaccinale al 30/12/2022 (non dipendenti)			
	N. operatori vaccinati sede PINI	N. operatori vaccinati PO CTO	N. tot. operatori vaccinati
N. specializzandi vaccinati antiCovid	20	9	29
N. operatori ditte esterne vaccinati antiCovid	4	9	13
Totale operatori esterni	24	18	42

Vaccinazioni anti COVID-19 effettuate a pazienti ricoverati e ambulatoriali : n. 44

OBIETTIVO N. 4 Attuazione legge regionale n. 22/2021 (obiettivo regionale): l'ASST non è stata coinvolta nella programmazione del potenziamento della rete territoriale (DGR XI/5195 del 6 settembre 2021) e non ha al proprio interno Distretti così come stabilito dalla DGR XI/6278/2022, Allegato A – Capitolo IV, paragrafo 1. Relativamente a tale punto l'obiettivo è pertanto NON APPLICABILE. In merito all'approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici, si attesta che il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini – CTO è stato elaborato in esecuzione dell'Allegato A "Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendali



Strategici (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), delle Fondazioni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Lombardia e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU)" della DGR 1 marzo 2022, n. XI/6026, così come modificata ed integrata dalla DGR 11 aprile 2022, n. XI/6278.

Sono state inoltre tenute in considerazione:

- le indicazioni riportate nelle linee guida approvate con DGR XI/5941 del 7 febbraio 2022 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2022 - quadro economico programmatico";
- la DGR 16 maggio 2022, n. XI/6387 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022".

Con DGR n. XI/6795 del 2 agosto 2022 la Giunta di Regione Lombardia ha approvato il POAS 2022-2024 dell'ASST Pini-CTO, proposto con deliberazione del Direttore Generale n. 298 del 9 giugno 2022; con deliberazione n. 413 del 5 agosto 2022 l'ASST ha preso atto dell'approvazione regionale per gli adempimenti conseguenti.

OBIETTIVO N. 5 Investimenti (obiettivo regionale):

A seguire il dettaglio relativo ai sotto-obiettivi di investimento.

- Rispetto del cronogramma degli interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico previsti nel PNRR e PNC (M6.C2.1.2. e M6.C2 - 1.1.2.) per l'anno 2022: obiettivo raggiunto al 100%.

Tutte le apparecchiature finanziate sono oggetto di procedure di gara espletate da Consip. Al 10 ottobre 2022 è stato aggiudicato l'accordo quadro per la fornitura di ecografi. E' stato emesso l'ordine di acquisto si è in attesa della consegna.

- Rispetto del cronogramma degli interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico ammessi a finanziamento nei piani di investimento regionali approvati dalla G.R. nell'anno 2021 o rimodulati nell'anno 2021 (DGR XI/4928/2021).
 - AMBITO INVESTIMENTO G) INNOVAZIONE TECNOLOGICA SISTEMA PAGAMENTO PAGO PA - obiettivo raggiunto al 100%. Il 20/12/2021 è stato trasmesso il progetto a DG Welfare a firma del Direttore Generale, nel rispetto della scadenza regionale. Il 21/04/2022 è stata quindi adottata la delibera n. 191 di adesione postuma alla procedura aperta, esperita da ASST Santi Paolo e Carlo per l'affidamento della fornitura di un sistema di accoglienza coerentemente con quanto indicato nel documento progettuale. Il 21/06/2023 si è registrata la conclusione dell'intervento,



con l'inserimento dell'istanza nella relazione conclusiva sull'attuazione del progetto, sottoscritta dal rappresentante legale dell'azienda e dal responsabile dei Sistemi Informativi.

- **AMBITO INVESTIMENTO D)** Lavori di adeguamento ai requisiti di sicurezza antincendio "Monoblocco A" del Presidio di Piazza Cardinal Ferrari 1 ai sensi del DM 19/3/2015 - lotto 2 - obiettivo raggiunto al 100%. Il 21/12/2023 è stata data comunicazione alla DGW di avvio dei lavori entro 30 mesi dalla data del provvedimento del 21/06/2021; è in corso di predisposizione la progettazione preliminare dell'intervento. Seguiranno la progettazione definitiva ed esecutiva.
- **AMBITO INVESTIMENTO E)** Acquisizione RM a basso campo - obiettivo raggiunto al 100%. Con DGR XI/6816/2022 del 02/08/2022 DGW ha formalmente approvato l'istanza di rimodulazione di questo finanziamento. L'importo assegnato è stato incorporato nel finanziamento denominato "Razionalizzazione nuova azienda mediante ristrutturazione del reparto di radiodiagnostica e area degenza, ambulatori presso il P.O. Cardinal Ferrari e ristrutturazione reparto Mielolesi presso il P.O. CTO. Cofinanziamento VII atto integrativo AdPQ".

OBIETTIVO N. 6 Potenziamento rete territoriale (obiettivo regionale): l'ASST non ha nel proprio assetto organizzativo servizi territoriali a gestione diretta (DGR X/5954 del 5 dicembre 2016 – Allegato A "Progetto Milano") e non è stata coinvolta nella fase di potenziamento della rete territoriale con la messa in esercizio delle CdC, OdC, COT (DGR XI/5195 del 6 settembre 2021). Pertanto l'obiettivo non è stato applicabile.

OBIETTIVO N. 7 Attività di donazione di organi e tessuti (obiettivo regionale): Il Programma Regionale relativo all'attività di donazione di organi e tessuti per il biennio 2022-2023 al paragrafo 6.1 "Obiettivi 2022 per ASST/IRCCS" stabilisce il target degli obiettivi per tutte le ASST/IRCCS ad esclusione delle strutture indicate al paragrafo 2.1.1 "COP di primo livello", tra le quali l'ASST Gaetano Pini- CTO che, pertanto, risulta esclusa in merito al raggiungimento di tali target. Pertanto l'obiettivo non è stato applicabile.

L'Azienda ha comunque messo in atto tutta una serie di attività riguardanti la donazione di tessuto muscolo-scheletrico da donatore vivente. Al fine di promuovere l'implementazione della donazione di tessuto muscolo scheletrico (nello specifico: teste di femore) da donatore vivente presso le UU.OO. che effettuano interventi di primo impianto di protesi totale d'anca e di endoprotesi per frattura del collo femorale, è stato organizzato un corso di formazione ad hoc dal titolo "LA



DONAZIONE DEL TESSUTO MUSCOLO SCHELETRICO DA VIVENTE: ASPETTI TEORICI E ORGANIZZATIVI". Tale Corso di formazione ha raggiunto l'obiettivo di formare il personale medico e infermieristico delle UU.OO. coinvolte in merito alle modalità operative connesse con il processo di donazione e raccolta di TMS da donatori viventi. L'Azienda, sede della Banca Regionale del Tessuto Muscolo-Scheletrico, ha inoltre assicurato il prelievo dei tessuti in tutte le strutture sanitarie lombarde, attraverso un'equipe dedicata e costituita da personale sanitario adeguatamente formato.

In merito all'attività di donazione delle cornee la ASST, che registra mediamente 2 decessi al mese, ha condiviso con la Banca degli Occhi dell'ASST di Monza le modalità di formazione del personale e sensibilizzazione dei pazienti.

OBIETTIVO N. 8 Tempi di pagamento (obiettivo regionale): è stato perfezionato il processo di pagamento dei fornitori al fine di arrivare al governo puntuale dello stesso, alla completa alimentazione della PCC nonché al completo rispetto della normativa di cui al DPCM del 22 settembre 2014 ed al D.lgs. n. 33/2013 (ITP). Il raggiungimento dell'obiettivo è dimostrato dagli indicatori trimestrali ed annuale di tempestività, pubblicati sul sito aziendale:

Periodo	Giorni di pagamento rispetto alla scadenza
I trimestre 2022	-19,83
II trimestre 2022	-19,07
III trimestre 2022	-21,31
IV trimestre 2022	-21,20
Anno 2022	-20,43



OBIETTIVO N. 9 Trasparenza (obiettivo regionale): richiamate le note regionali in materia ed in particolare la nota regionale prot. n. G1.2022.0017291 del 08/04/2022, si rendiconta quanto di seguito.

- Obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. n. 33/2013 (Decreto Trasparenza) e D.Lgs. 11.97/2016 (FOIA): ai sensi dell'art. 43, co 1, del D. Lgs 33/2013 modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, il RPCT svolge stabilmente attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente. Sono stati effettuati n. 2 monitoraggi che hanno riguardato un campione di dati oggetto di pubblicazione obbligatoria al fine di assicurare la regolarità del flusso informativo secondo modalità e tempistiche previste nella "Tabella obblighi di pubblicazione", allegata al PTPCT 2022-2024 confluito nel PIAO 2022-2024 dell'ASST G. Pini -CTO.
- redazione della relazione annuale, ai sensi dell'art. 1, c. 14, della Legge 190/2012: entro il 15 dicembre di ogni anno, il RPCT è tenuto a redigere una relazione comprendente anche gli obblighi di trasparenza, recante i risultati dell'attività svolta, da pubblicare sul sito web dell'Azienda. Il Presidente dell'ANAC, a mezzo comunicato del 30.11.2022, ha differito al 15.01.2023 il termine per la sua predisposizione e pubblicazione. La relazione risulta redatta secondo la scheda ANAC e pubblicata in data 13.01.2023 alla pagina <https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-prevenzione-corruzione>.
- adempimenti art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012: l'art. 1 comma 32 della Legge n. 190/2012 prevede l'obbligo per le stazioni appaltanti di pubblicare sui propri siti web istituzionali, con riferimento agli affidamenti di lavori, servizi e forniture, le seguenti informazioni attraverso l'elaborazione di un file XML: struttura proponente; oggetto del bando; elenco degli operatori invitati a presentare offerte; aggiudicatario; importo di aggiudicazione; tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura; importo delle somme liquidate. Le Stazioni Appaltanti per adempiere all'obbligo di pubblicazione dei dati in formato aperto, ai sensi del predetto articolo, in conformità ai requisiti indicati nella Deliberazione ANAC n. 39 del 2 gennaio 2016, devono altresì trasmettere all'Autorità, entro il 31 gennaio di ogni anno, una PEC attestante l'avvenuto adempimento. Ad oggi, il RPCT sta monitorando l'adempimento in capo alla UOC Gestione Acquisti, ai fini della pubblicazione e comunicazione ad ANAC delle informazioni anno 2022 nel termine di scadenza del 31.01.2023.



- accesso civico a dati e documenti dell'Azienda: ai sensi dell'art. 5, comma 7, del D.Lgs. n. 33/2013, modificato dal D. Lgs. n. 97/2016 "Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, di cui all'articolo 43, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni". Al 31.12.2022 non risulta pervenuta all'attenzione del RPCT, alcuna richiesta di riesame per diniego totale o parziale dell'accesso o per mancata risposta entro il termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza, da parte dei competenti uffici amministrativi dell'Azienda.
- registro degli accessi a dati e documenti dell'Azienda: in ottemperanza alle disposizioni di cui alle Linee Guida ANAC (Delibera 1309/2016), recepite nel regolamento aziendale disciplinante l'accesso agli atti (cfr. deliberazione DG n.610/2017), è aggiornato e pubblicato in Amministrazione Trasparente (<https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-accesso-civico>) il registro degli accessi che contiene tutte le richieste di accesso pervenute nell'anno di riferimento, distinte per tipologia (accesso ai documenti amministrativi, accesso civico e accesso generalizzato), con indicazione dell'oggetto, della data, dell'esito delle richieste di accesso semplice (finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati previsti normativamente) o di accesso civico generalizzato (comunque detenuti dalla PA). Il registro, indicante le richieste di accesso pervenute nell'anno 2022, sarà pubblicato sul sito web istituzionale dell'Azienda, sezione Amministrazione Trasparente", entro il 31 gennaio 2023.
- assolvimento obblighi di pubblicazione ai sensi della Delibera ANAC n. 201/2022: la suindicata Delibera ANAC, come ogni anno, fornisce indicazioni alle pubbliche amministrazioni e ai rispettivi OIV o Nuclei di Valutazione (Organismi con funzioni analoghe), in merito all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione prevista dall'art. 14, co. 4, lett. g), del D. Lgs 27 ottobre 2009, n. 150. Ai fini della verifica degli obiettivi connessi alla trasparenza, il D. Lgs. n. 97/2016 prevede che il Nucleo di Valutazione aziendale possa chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo. Con Delibera n. 201 del 13.04.2022, l'ANAC ha individuato, per l'anno 2022, specifiche categorie di dati/informazioni su cui rilasciare l'attestazione di avvenuta pubblicazione da parte del Nucleo di Valutazione aziendale. L'attestazione ha tenuto conto dello stato di pubblicazione dei dati al 31.05.2022.



OBIETTIVO N. 10 Fascicolo Sanitario Elettronico (obiettivo aziendale): l'obiettivo risulta raggiunto all'83% a livello aziendale, con diversi livelli di performance per le UUOO interessate. L'ASST ha posto in essere una serie di azioni, volte prima di tutto a ridurre al minimo gli ostacoli di tipo tecnico-informatico; infatti nel corso del I semestre 2022 sono state aggiornate le postazioni di lavoro e le versioni dei browser in uso c/o i presidi Pini e CTO. E' stato inoltre fornito supporto, sia con iniziative di formazione che con l'affiancamento in loco, agli utenti e monitorato le attività di refertazione, con focus su firme digitali e buon esito della pubblicazione sul SISS di tutti i referti.

OBIETTIVO N. 11 DEM (obiettivo aziendale): a livello aziendale si registra il 64% dell'emissione delle ricette in formato elettronico rispetto al 90% richiesto, in crescita rispetto al 2021, in cui si è registrato il 56%. L'ASST ha organizzato sessioni formative rivolte ai medici, provvedendo, tramite il SIA, a rendere idonee tutte le postazioni (ambulatori, reparti, PS). E' necessario evidenziare che si sono registrati alcuni malfunzionamenti informatici, di volta in volta risolti, che hanno influito in minima parte sul risultato dell'obiettivo. Si prevede nel corso del 2023, un ulteriore rinforzo dell'invito all'utilizzo esclusivo della ricetta dematerializzata al fine del raggiungimento di una percentuale di emissione di ricette elettroniche in linea con le richieste normative.

OBIETTIVO N. 12 Continuità Ospedale-Territorio (obiettivo aziendale): L'obiettivo aziendale è stato definito in due componenti:

- *Stesura di una procedura aziendale per la gestione delle dimissioni protette e per i trasferimenti interni: questa parte dell'obiettivo è stato raggiunto con la validazione da parte del SQA della procedura PGA18;*
- *Percorso di formazione sulla nuova procedura rivolto agli operatori dei due PS e ai coordinatori e medici di reparto indicati dai Primari di tutte le UUOO aziendali*

Per quanto riguarda il secondo punto relativo alla formazione degli operatori sulla nuova procedura di continuità ospedale-territorio, è stato definito il programma formativo a cura della DSS unitamente agli operatori del servizio sociale professionale e agli infermieri di famiglia e di comunità (IFeC) sulla PGA18 "Continuità Ospedale-Territorio: strumenti e sviluppi", che ha visto come responsabile scientifico la Dottoressa Anna Maria Maestroni, Direttore Socio sanitario, e ha visto come relatori la stessa DSS e gli operatori dell'equipe del servizio di Continuità Assistenziale, formato da Assistenti Sociali e Infermieri di Famiglia e Comunità.

Il corso si è svolto in 3 edizioni a partire dal mese di marzo, della durata di 4 ore ciascuna, rivolto ai Medici e Coordinatori Infermieristici (o loro referenti nominati) delle UU.OO.

Le sessioni sono state così suddivise:

- la prima edizione si è svolta il 07/03/2022 presso aula B — Sede G. Pini;



- la seconda edizione si è svolta il 09/03/2022 presso aula Bajardi —Sede CTO;
- la terza edizione si è svolta il 29/03/2022 presso aula B — Sede G. Pini.

La valutazione di impatto della formazione sull'operatività dei reparti e sulle tempestive segnalazioni di pazienti fragili in particolare ha evidenziato un incremento pari al 30% in più rispetto al 2021 dei casi segnalati da parte dei reparti e dai due PS: complessivamente sono state prese in carico 854 segnalazioni su 854 segnalazioni pervenute dalle UU.OO, di cui il 85% a carico delle traumatologie. Il dato si colloca in un percorso di significativo incremento delle segnalazioni che vede in costante crescita l'attivazione dell'equipe di continuità assistenziale rispetto agli anni precedenti anche con una significativa riduzione dei tempi di segnalazione dal giorno di ricovero. L'attivazione dell'equipe integrata di CA consente l'effettuazione di una valutazione multidimensionale (VMD) per l'identificazione precoce dei bisogni socio-assistenziali e l'orientamento ai servizi territoriali nel momento del trasferimento/dimissione. La procedura viene applicata in maniera consapevole dai vari attori sanitari.

OBIETTIVO N. 13 Interventi formativi di natura cogente (obiettivo aziendale): in materia di sicurezza sul lavoro di cui al D.lgs. 81/08 e radioprotezione di cui al D.lgs. 101/20, si è proceduto alla trasformazione del corso da residenziale (formazione in aula) a FAD (formazione a distanza). Il cambiamento della metodologia didattica ha consentito di raggiungere un maggior numero di destinatari e di formare quasi il 100% dei destinatari individuati all'interno delle varie strutture aziendali, registrando un trend positivo rispetto agli anni precedenti. Inoltre, con riferimento al personale da formare in materia di antincendio e nell'ambito della formazione RLS, è stato formato il 100% dei destinatari individuati, confermando il trend positivo degli anni precedenti.

OBIETTIVO N. 14 Sperimentazioni Cliniche (obiettivo aziendale): Nel corso dell'anno 2022 sono stati sottomessi al Comitato Etico n. 26 studi clinici di cui 10 profit e 16 senza scopo di lucro, di cui 5 sono in attesa di valutazione nelle sedute del 2023.

Il Comitato Etico ha approvato i seguenti studi suddivisi per Dipartimento

DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA E CHIRURGIE SPECIALISTICHE	11
DIPARTIMENTO DI REUMATOLOGIA E SCIENZE MEDICHE	9
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE	1
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI	3



Il personale amministrativo afferente al Comitato Tecnico Scientifico ha proseguito l'attività di supporto dei ricercatori, di gestione dei rapporti con le CRO, con i promotori, con il Comitato Etico, nonché la verifica dell'adeguatezza documentale alla gestione delle procedure amministrative, la redazione delle delibere autorizzative, la negoziazione con i promotori/CRO dei contratti.

Con l'operatività del nuovo Regolamento UE 536/2014, la verifica della fattibilità tecnica/economica degli studi avviene preliminarmente ai fini del rilascio del modulo di idoneità centro specifica.

Sono state organizzate attività formative (percorsi di "formazione alla ricerca") ponendo il focus su Consenso Informato – Comunicazione medico paziente, GCP e sugli aspetti normativi delle sperimentazioni cliniche con particolare riferimento al Regolamento UE 536/2014.

Sono stati finanziati i due progetti sottomessi, nell'ambito del Bando PNNR, che vedono in entrambi i casi, l'ASST capofila e coordinatore presentati a cura della dott.ssa Del Papa, UOC Reumatologia Clinica e Prof. Isaias, UOC Centro Parkinson e Parkinsonismi per un finanziamento complessivo di € 1.790.860.

Progetto PNRR per la cura del Parkinson

Il progetto di ricerca relativo alla malattia di Parkinson, coordinato dal prof. Ioannis Ugo Isaias, Direttore del Centro Parkinson e Parkinsonismi, si pone l'obiettivo di indagare le basi patofisiologiche dei disturbi del cammino, combinando registrazioni cortico-sottocorticali, studi di biomeccanica ed elettromiografia in realtà-virtuale, nuove strategie di neuromodulazione e innovativi algoritmi di machine learning.

Progetto PNRR per la malattia fibrosante

Il progetto coordinato dalla dott.ssa Nicoletta del Papa mira a comprendere quali sono i **meccanismi che provocano la malattia fibrosante**. L'obiettivo è determinare l'utilità del biomarcatore proposto nella pratica clinica per indicare la progressione della malattia, la necessità di adottare terapie aggressive e la valutazione degli effetti dei farmaci.

Per entrambi i progetti è stata sottoscritta la Convenzione con Regione Lombardia, cui seguirà la sottoscrizione di un accordo con i centri partecipanti coinvolti nei due progetti.



Per il progetto Parkinson i centri partecipanti sono:

UO 2 Collaboratore	-	UO Riabilitazione e recupero funzionale	Istituti Clinici Scientifici Maugeri	Dr.ssa B. Minafra
UO 3 Collaboratore	-	Neurochirurgia Funzionale	IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi	Dr. D. Servello
UO 4 Collaboratore	-	Istituto di BioRobotica	Sant'Anna Scuola Universitaria Superiore Pisa	Prof. A. Mazzoni

Per il progetto BAG 3 le unità operative coinvolte sono:

UO 2 Collaboratore	-	Dipartimento di Medicina, Chirurgia ed Odontoiatria	"Scuola Medica Salernitana", Università degli Studi di Salerno	Prof.ssa C. Turco
UO 3 Collaboratore	-	Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Medicina Respiratoria	AOUP G. Rodolico - San Marco - Università di Catania	Prof. C. Vancheri
UO 4 Collaboratore	-	Dipartimento di Tecnologie innovative in Medicina e Odontoiatria	Università degli Studi G. D'Annunzio	Prof. V. de Laurenti



4 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 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 2022, 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.

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 2022 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 e per l'area Dirigenza, Medica e PTA, che riporta criteri e fasce di scostamento per gli obiettivi assegnati.

Sono state effettuate, da parte del UOS Controllo di Gestione, 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 per la parte di obiettivi legati alla valutazione regionale, non ancora definita; pertanto i valori esposti subiranno delle variazioni, in quanto parziali e provvisori.

Di seguito si riportano gli esiti del risultato della Performance 2022 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 2022

STRUTTURE PTA E STAFF

STRUTTURA	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIRIGENZA	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI COMPARTO
Servizio URP-Comunicazione e Rapporti con il Volontariato		85,00%
UOS Ingegneria Clinica	87,00%	90,00%
UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	95,50%	95,50%
SITRA	93,19%	93,19%
UOC Sistemi Informativi Aziendali	100,00%	100,00%
Ufficio Prevenzione e Protezione(RSPP)		84,40%
UOC Organizzazione Risorse Umane	100,00%	100,00%
Qualità e Privacy		91,25%
Farmacia	95,50%	95,50%
UOC Economico Finanziaria	94,00%	94,00%
DMP Pini_DMP CTO	97,00%	97,00%
UOS Nutrizione Clinica	91,00%	91,00%
UOC Gestione Operativa	96,00%	96,00%
UOS Controllo di Gestione e Programmazione	97,50%	97,50%
Servizio Sociale Professionale Ospedaliero		97,80%
Infermieri di Famiglia		100,00%
UOC Affari Generali, Istituzionali e Legali	95,00%	95,00%
UOC Gestione Acquisti - Logistica	100,00%	100,00%
Risk Management		95,00%



STRUTTURE SANITARIE

Nominativo Struttura	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIRIGENZA	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI COMPARTO
<i>I Clinica Ortopedica</i>		
<i>Chirurgia Articolare del Ginocchio</i>		
<i>Chirurgia Percutanea del Piede</i>		
<i>Chirurgia Anca Displasica</i>		
<i>Clinica Ortopedica CTO</i>		
<i>Chirurgia Patologie Reumatiche</i>		
Totale I Clinica Ortopedica	90,47	90,00
<i>Ortopedia Traumatologia I</i>		
<i>Traumatologia Sportiva</i>		
Totale Traumatologia Sportiva	90,97	87,43
<i>Chirurgia Spalla e Gomito</i>		
<i>Ortopedia Traumatologia Week Surgery</i>		
Totale Ortopedia Traumatologia Week Surgery	85,82	96,97
II Clinica Ortopedica	90,87	92,37
Ortopedia Traumatologia III	90,55	86,62
Ortopedia Traumatologia Pediatrica	95,99	98,75
Ortopedia Oncologica	89,39	97,35
<i>Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ricostruttiva</i>		
<i>Patologia elettiva della Mano CTO</i>		
Totale Chirurgia della Mano	91,30	98,18
Ortopedia Traumatologia Patologie Colonna Vertebrale	91,97	92,99
Ortopedia Traumatologia II CTO	89,35	97,37



ASST Gaetano Pini

Nominativo Struttura	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIRIGENZA	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI COMPARTO
Centro di Day Surgery CTO	92,48	99,08
Traumatologia d'Urgenza Pini	96,86	97,10
Attività Ambulatoriali	96,90	97,28
DH Reumatologia		
Reumatologia Clinica		
Totale Reumatologia Clinica +DH	92,62	96,40
Reumatologia età pediatrica	93,54	96,85
Centro Parkinson e Parkinsonismi CTO	93,27	95,14
Medicina Fisica interpresidio (compresa Funzionale CTO)	93,23	96,46
Cardiologia Riabilitativa e Pneumologica CTO		
Cardiologia Pini		
Totale Cardiologia Riabilitativa	88,16	98,00
Riabilitazione Mielolesi CTO	87,72	94,09
Radiodiagnostica Pini-Isocrate-CTO	96,94	98,12
Patologia Clinica (Pini+CTO)	96,31	96,71
Anatomia Patologica	99,13	99,13
Anestesia e Rianimazione Pini	90,51	96,31
ANESTESIA E RIANIMAZIONE CTO	96,84	97,63
S.S.D. Banca regionale tessuto muscoloscheletrico	100,00	100,00