



PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2015 - 2017 PROGRAMMAZIONE PER L'ANNO 2016



APPROVATO CON DECRETO N. 34 DEL 29.1.2016

INDICE

IL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2016

1. Premessa
 - Il contesto aziendale
2. L'Azienda in numeri: attività e personale
 - Dati di attività
 - Dotazione di posti letto
 - Personale dipendente
3. La mappa strategica
4. La programmazione aziendale
 - I progetti annuali
 - I progetti triennali
5. La programmazione gestionale e il miglioramento dell'organizzazione
6. I principali riferimenti normativi

1. PREMESSA

La misurazione della performance e quindi il livello dei servizi è il presupposto fondamentale per responsabilizzare il personale dipendente attraverso l'elaborazione di elementi di valutazione finalizzati ad incrementare l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni sanitarie erogate.

Come già sottolineato negli anni passati, l'attività valutativa richiede un approccio trasversale alle strutture, e presuppone la misurazione dei risultati dell'intera Azienda, in riferimento alle strategie previste dall'amministrazione per soddisfare i bisogni della collettività.

Il D.Lgs n.150/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni stabilisce che ogni Amministrazione Pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti. Questo, al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti, attraverso la valorizzazione del merito e la trasparenza dei risultati raggiunti e delle risorse impiegate.

Uno degli strumenti previsti dal D.Lgs n.150/2009 a tale fine è per l'appunto il Piano della performance, un documento programmatico triennale, adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua sia gli obiettivi strategici ed operativi e gli indicatori per la valutazione della performance dell'amministrazione sia gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Il presente Piano della Performance, redatto dalla Direzione Strategica della nuova realtà costituita dalla ASST della Valcamonica, ai sensi dell'art.15, co.2, lett.b) del D.Lgs 150/2009, rappresenta il documento programmatico 2016 degli obiettivi da perseguire nel triennio 2015-2017. Il presente documento, i cui obiettivi prendono spunto, oltre che dai contenuti della precedente DGR n.2989 del 23.12.2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2015", cosiddette "Regole di sistema", anche dalle disposizioni di cui alla recente DGR n. 4702 del 29.12.2015 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2016" potrebbe comunque subire rielaborazioni nel corso dell'esercizio, qualora nuovi obiettivi a carattere prioritario venissero posti dalla Regione Lombardia, anche e soprattutto in considerazione ed in attuazione della L.R. 11 Agosto 2015 n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al titolo I ed al titolo II della Legge Regionale 30.12.2009 n. 33".

Vale sottolineare peraltro che il presente documento si inserisce nel percorso a suo tempo già avviato dalla Asl di Vallecamonica-Sebino che, nel 2012, avendo elaborato il suo Piano della Performance relativo al triennio 2012-2014, aveva dato il via al processo di valutazione della performance, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente.

In tale ottica, occorre rilevare come il Piano della Performance 2015-2017, adottato con il Decreto del Direttore Generale suddetta Asl di Vallecamonica-Sebino n. 77 del 29.01.2015, era stato per l'appunto redatto tenendo conto di quanto stabilito dalla DGR n.X/2989 del 23.12.2014, la quale, nella sezione relativa al programma di miglioramento

continuo (pag.52) aveva previsto che, nel corso del 2015 e nelle more di quanto previsto dalla legge 144/14 art.19 co.10, il Piano delle Performance sarebbe stato definito tenuto conto di quanto elaborato in sede di Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O).

Nello medesimo solco, alcune delle performance relative all'anno 2015 contenevano un set minimo di indicatori comuni a tutte le aziende ospedaliere, estrapolati dal P.I.M.O., sulla base di indicazioni operative elaborate dell'OIV della Giunta Regionale, di concerto con la DG Salute.

Va da sé che, trattandosi del Piano delle Performance relativo alla nuova realtà costituita dalla Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica, sono stati espunti tutti gli obiettivi, i monitoraggi e le misurazioni relativi ad attività, funzioni nonché a dirigenti e/o personale oggetto di transizione in ATS, in conseguenza dell'entrata in vigore della predetta L. R. 23/2015 oltre che dell'avvenuta costituzione della ASST della Valcamonica di cui alla DGR X/4498 del 10.12.2015 nonché alla luce del decreto di presa d'atto della medesima a firma del Direttore Generale Dr. Raffaello Stradoni n.1 in data 04.01.2016.

Di contro, nel presente Piano vengono riportati, o comunque lo verranno nel proseguo dell'attività ed a fronte delle future ed ulteriori disposizioni della Regione Lombardia, tutti gli obiettivi assegnati ai vari Dipartimenti ed alle Unità Operative aziendali a fronte del Documento di Programmazione 2016 e, ovviamente, degli obiettivi generali previsti dalle "Regole di sistema 2016".

Tra gli adempimenti richiesti ai Direttori/Dirigenti occorre infine tener presente anche quanto contenuto nel Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di cui alla L. n.190/2012, al D.Lgs n.33/2013 e al D.P.R. n.62/2013, che la Direzione ha approvato con decreto n.5 8 del 28.1.2015 e successivamente integrato ed implementato con decreto n. 28 del 27.01.2016.

Il contesto aziendale

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica – che nella sua precedente configurazione come ASL della Vallecamonica-Sebino, costituiva un "unicum" tra le ASL della Regione Lombardia, gestendo direttamente il proprio Presidio ospedaliero - è ora divenuta il modello organizzativo di riferimento per tutto il SSR della Lombardia.

Nonostante ciò, o forse proprio per questo, per molti profili professionali non risulta particolarmente agevole né semplice, pervenire ad una precisa quanto netta individuazione di chi fa che cosa, vale a dire del personale "dedicato" alle une piuttosto che alle altre attività. Altrettanto complesso è l'andare ad attribuir loro i vari obiettivi nei singoli dettagli.

L'**organizzazione** rimane molto articolata, con una Direzione che, oltre ad aver visto la sostituzione della figura del Direttore Sociale con il nuovo Direttore Sociosanitario, si presenta nei fatti completamente rinnovata, se non nei ruoli. quantomeno nelle persone che la compongono; essa peraltro continua a sovrintendere sia alle attività territoriali e ospedaliere oltre che ai servizi di supporto, come ai servizi amministrativi e tecnici, in comune.

L'utilizzo comune delle **risorse umane**, se da un lato consente comunque di conseguire economie di scala, soprattutto per quanto riguarda le attività amministrative, dall'altro comporta tutta una serie di difficoltà che si manifestano nel tentativo – peraltro riuscito – di

soddisfare gli adempimenti richiesti in relazione alla duplice natura aziendale.

In conformità alle direttive più recenti, il nuovo Piano viene predisposto come documento programmatico in cui vengono sintetizzati ed integrati in modo coerente, sistematico e trasversale i diversi documenti di pianificazione e programmazione aziendali, quali:

- il piano Qualità e Rischio Clinico;
- gli obiettivi di budget;
- il Piano della Trasparenza e il Piano della Prevenzione della Corruzione;
- il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione;
- il Piano degli investimenti.

In continuità con l'anno 2015, anche per il 2016, si considerano i seguenti punti:

1. Il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dei servizi offerti tenendo in considerazione la peculiarità dell'Azienda che, proprio in quanto una volta unica in Regione Lombardia a gestire direttamente un Presidio ospedaliero, da sempre vive in un'ottica di integrazione tra Territorio e Ospedale che ancora più oggi si pone quale imperativo categorico nella sua azione e che verrà ulteriormente perseguito per garantire:
 - la piena sinergia tra il personale medico ospedaliero e quello territoriale;
 - il rafforzamento e la piena realizzazione del ruolo del Distretto Socio-sanitario;
 - la creazione di un Polo Territoriale (POT)
2. Il mantenimento della produzione (ricoveri e specialistica) conseguita dal Presidio, possibilmente prevedendone ulteriori incrementi, in linea con il nuovo modello di SSR;
3. Il perseguimento degli obiettivi di trasparenza con attuazione di idonee misure per la prevenzione della corruzione;
4. Il contenimento della spesa corrente necessario per garantire l'equilibrio di bilancio attraverso un'analisi più puntuale dei dati raccolti e monitorati attraverso i "flussi" inviati a Regione Lombardia per i vari settori di attività.

Ai predetti fini, risulta necessario uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione e controllo, per adeguatamente supportare gli interventi rivolti al perseguimento dei suddetti obiettivi. Tali attività sono realizzate anche con l'utilizzo di definiti documenti, strumenti e metodi, che ne costituiscono elemento essenziale, vale a dire:

- il presente Piano delle Performance che si sviluppa su di un arco triennale declinandovi i principali obiettivi strategici;
- il Documento di programmazione che rappresenta lo strumento di programmazione annuale;
- il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e delle attività delle Unità operative;
- il sistema di Reporting con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Unità Operative e il Cruscotto direzionale alimentato attraverso il sistema informativo.

2. L'AZIENDA IN NUMERI: ATTIVITA' E PERSONALE

Al fine di rappresentare la dimensione dell'Azienda e la sua rilevanza a livello territoriale si illustrano di seguito i volumi di attività erogati, la dotazione di posti letto e la fotografia della

dotazione organica al 31.12.2015, tenendosi presente che il dato si riferisce peraltro ad un momento antecedente a quello della traslazione di parte del personale ASL della Vallecamonica-Sebino alla neo costituita ATS della Montagna

Dati di attività

Produzione per ricoveri al 31.12.2014 e al 31.12.2015:

Produzione	2014	2015
Residenti	€28.529.566	€28.007.209
Mobilità attiva	€5.412.082	€5.300.257
Totale	€33.941.648	€33.307.466
Totale decremento produzione		-€634.182

Mobilità passiva evitabile per ricoveri:

Produzione	2014	2015
Mobilità passiva evitabile	€13.595.700	€14.363.529
Totale incremento mobilità passiva evitabile		€767.829

Nel corso dell'esercizio la mobilità passiva non evitabile ha subito un decremento di €684.868, dovuto principalmente ad un ampliamento della casistica cardiologica (Emodinamica) trattata.

Produzione per specialistica al 31.12.2014 e al 31.12.2015:

Produzione	2014	2015
Residenti	€18.164.089	€17.886.210
Mobilità attiva	€2.579.244	€2.273.970
Totale	€20.743.333	€20.160.180
Totale decremento produzione		-€583.153

Mobilità passiva evitabile per specialistica:

Produzione	2014	2015
Mobilità passiva evitabile	€2.831.852	€2.273.970
Totale decremento mobilità passiva evitabile		-€557.882

Dotazione di posti letto

TOTALE	2015
posti letto ordinari + dh (attivati)	329
gg degenza (ricoveri ordinari + dh)	85.054

peso medio ricoveri ordinari	0,9817
numero interventi chirurgici	4.675
di cui esterni	1.315
totale procedure chirurgiche	7.139

Personale dipendente (unità)

	1.1.2016
Personale dirigente	181
Personale comparto	945
TOTALE	1126

Come d'abitudine, il Piano della Performance sviluppa tre elementi fondamentali, ovvero i livelli decisionali sui quali si basa l'integrazione fra pianificazione, programmazione e obiettivi di gestione, le dimensioni rilevanti da monitorare per ogni livello di pianificazione e gli indicatori di misura relativi ad ogni dimensione.

Anche quest'anno, come per il precedente, sono stati individuati 3 ambiti di analisi, ovvero quello della strategia, della programmazione e della gestione operativa con l'individuazione dei rispettivi obiettivi e indicatori da monitorare sintetizzati in apposite tabelle, oltre all'analisi di obiettivi specifici relativi agli obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni e alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione.

3. LA MAPPA STRATEGICA

La redazione del Piano della Performance si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda. Come nel precedente documento, il punto di partenza sono gli obiettivi di indirizzo definiti nel Piano SSR (obiettivi e indirizzi pluriennali) e nella delibera regionale sulle regole di sistema definite dalla Giunta Regionale (obiettivi e indirizzi annuali).

In coerenza con quanto stabilito dalla Regione, vengono poi assegnati alla Direzione Generale delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali gli obiettivi annuali.

Inoltre, le peculiarità territoriali e locali rendono necessaria la prosecuzione di quegli obiettivi strategici specifici sostanzialmente legati al piano di riordino della rete ospedaliera provinciale, in linea con gli adempimenti sopra citati.

L'obiettivo prioritario alla base del riordino della rete ospedaliera provinciale è quello di offrire ai cittadini un sistema sanitario moderno, con l'obiettivo di:

- assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia della rete ospedaliera attraverso la riconversione e riorganizzazione dei Presidi Ospedalieri;
- razionalizzare le risorse;
- sviluppare centri di eccellenza attraverso la concentrazione di assistenza e tecnologia avanzata in singole strutture;
- garantire elevati livelli di soddisfazione degli utenti e migliorare la qualità delle prestazioni

percepita;

In particolare, nel corso del 2016, sono previste le seguenti attività:

A) OPERE e INVESTIMENTI

1. completamento delle opere di collegamento con Strada Statale 42 con conseguente accesso diretto al Presidio Ospedaliero di Esine;
2. installazione e attivazione della TAC multistrato e di Telecomandato digitale a Edolo;
3. adeguamento degli edifici di proprietà alle norme antincendio e sicurezza;
4. interventi per sedi distrettuali di Cedegolo e Darfo;
5. attivazione dell'Elisuperficie di Esine e di Edolo per il volo notturno;
6. rinnovo e ammodernamento annuale del patrimonio strumentale;
7. dismissione di beni immobili.

B) GESTIONE

1. completamento dei posti letto di riabilitazione specialistica a Edolo;
2. potenziamento della dotazione organica di personale;
3. sperimentazione del Presidio Ospedaliero Territoriale (POT) di Edolo;
4. prosecuzione dei progetti d'ambito socio-sanitario;

4. LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE:

I PROGETTI ANNUALI

Come già la precedente ASL della Vallecamonica- Sebino, anche la neonata ASST della Valcamonica ha il compito di programmare annualmente la propria attività in funzione di bisogni specifici e degli impegni derivanti dal fatto di essere uno dei soggetti facenti parte del SSR, circostanza che fa sì che ASST concorra al conseguimento degli obiettivi della politica sanitaria regionale. Una programmazione efficace si traduce in progetti da implementare e da realizzare in tempi definiti. I progetti che con cadenza annuale o pluriennale vengono messi in campo sono sostanzialmente:

- progetti aziendali;
- progetti, piani, programmi derivanti dalle regole di gestione del SSR, correlati agli Obiettivi Regionali assegnati ai Direttori Generali;
- progetti correlati al contratto con la ATS.

I documenti di riferimento per l'elaborazione dei progetti per l'anno 2016 sono:

- DGR n.2989 del 23.12.2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2015";
- DGR n. 4702 del 29.12.2015 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2016";
- Le "Linee guida attività di Risk Management 2016";
- Il Contratto ATS 2016;
- Gli obiettivi del Direttore Generale per l'anno 2016.

La progettualità per l'anno 2016 si sviluppa nei seguenti ambiti, ritenuti di particolare rilievo per le politiche sanitarie aziendali e regionali:

- Presentazione ovvero realizzazione di uno o più progetti nell'ambito delle opere ed

investimenti di riordino della rete ospedaliera, previsti dal Documento di Programmazione 2016;

- Proseguimento della partecipazione al governo delle reti di patologia (ROL, RENE, STROKE, STEMI, Diabete) con condivisione dei rispettivi PDTA e loro verifica attraverso indicatori di monitoraggio e strumenti di audit;
 - Proseguimento nella promozione e sviluppo dell'attività di donazione di organi e tessuti, in considerazione dell'importanza che il sistema trapianti riveste per il Servizio Sanitario Regionale e in continuità con gli indirizzi definiti e le azioni intraprese negli scorsi anni;
 - Stesura e realizzazione del piano annuale di Risk management in coerenza con le linee guida regionali e con le tempistiche dalle stessa stabilite;
 - Mantenimento della produzione di ricoveri e di specialistica nel rispetto degli importi contrattualmente predeterminati;
 - Contenimento della spesa per beni e servizi e in particolare per dispositivi medici e farmaci;
 - Rispetto dei tempi previsti dalle DGR in materia di edilizia sanitaria;
 - Adempimenti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione;
 - Aggiornamento del personale sull'utilizzo della posta elettronica, del foglio di calcolo, del sistema di videoscrittura;
 - Avvio del sistema di gestione documentale.
- Infine, per l'Area amministrativa: predisposizione bilancio di mandato.

A tal fine gli indicatori sono elencati nella Tabella "Indicatori" fatta avvertenza che gli stessi si riferiscono, naturalmente, alla ASST essendo da quest'anno 2016 avvenuta lo scorporo di tutte le attività non riguardanti l'erogazione delle prestazioni.

I PROGETTI TRIENNALI

Verranno portati avanti i progetti triennali evidenziati nei precedenti Piani e riguardanti:

- Gli adempimenti richiesti in relazione all'implementazione del Piano di Miglioramento dell'Organizzazione;
- Il progressivo aggiornamento del personale sull'utilizzo della posta elettronica, del foglio di calcolo, del sistema di videoscrittura;
- L'implementazione del sistema di gestione documentale, lo sviluppo di progetti innovativi in materia di semplificazione e dematerializzazione.

5. LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE E IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

Con riferimento al livello gestionale le dimensioni da monitorare sono l'efficienza, la qualità dei processi e dell'organizzazione, la qualità dell'assistenza, l'accessibilità e la soddisfazione dell'utenza. Il tutto con particolare riferimento alle modifiche
Come nel Piano precedente, l'Azienda individua nel Bilancio di Previsione, nel Processo di Budget, nella Customer Satisfaction e nelle analisi di indicatori di qualità dei processi e della organizzazione gli strumenti che consentono di monitorare tali dimensioni.

Il Bilancio e i suoi indicatori

Dall'esercizio 2011, Regione Lombardia ha attivato un sistema di monitoraggio basato su un set di indicatori di tipo gestionale e patrimoniale, che consente di valutare in modo più oggettivo l'aderenza delle dinamiche aziendali alla programmazione e agli indirizzi regionali emanati nel quadro delle regole di sistema annuali. Gli indicatori previsti monitorano trimestralmente i costi del personale, valorizzato come da Modello A, i costi di beni e servizi dettagliati per le singole voci di bene (sanitario, economale, etc.), il tutto rapportato ai ricavi della gestione caratteristica.

Quello scelto e inserito nel Piano delle Performance rapporta i costi totali aziendali (personale, beni e servizi, altri costi) con il valore della produzione; tale indicatore è ritenuto rilevante per ottenere informazioni "macro" sui livelli di efficienza aziendali e pertanto è inserito nella Tabella "Indicatori attuazione delle strategie".

Indicatori di qualità dei processi e dell'organizzazione

Regione Lombardia ha elaborato un modello di valutazione "multidimensionale" delle performance del Sistema Sanitario al fine di concorrere al miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati. All'interno del Portale di Governo, il sistema di "Valutazione delle Performance" costituisce lo strumento di accesso a tali informazioni, prodotte a partire dai dati contenuti nel Data Warehouse (DWH) Socio Sanitario di Regione Lombardia.

Pertanto, come nel documento precedente viene riproposto il monitoraggio dei seguenti indicatori di performance clinica:

- Mortalità intraospedaliera
- Ritorni in sala operatoria
- Ricoveri ripetuti
- Dimissioni volontarie
- Trasferimenti tra strutture
- Readmission.

La valutazione di questi indicatori fornisce indicazioni sull'efficacia di ogni struttura di ricovero e cura rispetto al riferimento regionale e consente di ottenere elementi di dettaglio per il miglioramento complessivo della qualità del servizio erogato e dell'appropriatezza delle cure.

Gli indicatori e i relativi risultati attesi sono contenuti nella Tabella "Indicatori".

Indicatori derivanti da indagini di Customer Satisfaction:

Il gradimento della prestazione sanitaria all'interno dell'ASST viene rilevato, come per il passato, attraverso il monitoraggio strutturato di segnalazioni, reclami, osservazioni e suggerimenti degli utenti, nonché con indagini di customer satisfaction ad hoc.

Tra queste metodologie la rilevazione sistematica del gradimento raccoglie informazioni sia sulle aspettative degli utenti rispetto ai servizi sanitari sia sulla percezione della qualità delle prestazioni ricevute.

Un apposito indicatore è stato pertanto individuato nella Tabella "indicatori".

Il processo di budget

Attraverso il processo di budget si determinano gli obiettivi operativi di ciascuna articolazione organizzativa aziendale e per ciascun obiettivo, vengono definite le azioni, i

tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento. Nel processo di formulazione dei budget, la Direzione si avvale della collaborazione del Comitato di budget, e del supporto operativo del Controllo di Gestione.

Il documento che individua tutti gli obiettivi di ogni unità organizzativa individuata quale Centro di Responsabilità è la scheda budget, negoziata in appositi incontri dedicati a inizio anno.

In corso d'anno gli obiettivi di budget vengono monitorati su base periodica dal Controllo di Gestione, che pubblica in un portale dedicato le schede di monitoraggio.

Infrannualmente e a consuntivo, si avvia il processo di valutazione del raggiungimento (totale o parziale) degli obiettivi concordati in sede di budget e la misurazione della performance.

La correlazione tra le schede di budget ed il sistema premiante è garantita dalla pesatura degli obiettivi il cui risultato incide sulla valutazione del Direttore di struttura e su ciascun dipendente afferente alla stessa. Gli obiettivi non pesati eventualmente presenti nella scheda sono inseriti a fini programmatori.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (Nucleo di Valutazione) valuta il processo di budget, in quanto parte del Ciclo della Performance.

In particolare, a inizio d'anno esamina il processo di formulazione del Budget e, infrannualmente ovvero a consuntivo, il grado raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, evidenziando le criticità del processo di valutazione.

Il miglioramento dell'organizzazione

Le strategie sono declinate in piani e obiettivi operativi attraverso il processo di budget che prevede il coinvolgimento dei Direttori/Responsabili di Unità Organizzative, dei Direttori di Dipartimento e dei coordinatori infermieristici e tecnici. La funzione di misurazione e valutazione delle performance può quindi contribuire a un miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e se usato come sistema operativo dinamico, facilita il coinvolgimento di tutti i dipendenti e collaboratori, rendendoli informati e partecipi dei valori e dei principi che l'organizzazione aziendale si è preposta, ovvero responsabili dei successi e dei limiti collettivi e individuali.

La modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi, l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché l'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi e lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione sono i risultati attesi e conseguenti l'adozione del Piano della Performance.

Il sistema aziendale di valutazione delle performance rappresenta l'anello finale di un'ideale catena costituita dai processi organizzativi propedeutici alla realizzazione di processi di valutazione delle risorse umane e di un piano aziendale di valutazione che ne rappresenta la sintesi strategica e metodologica.

6. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente Piano della Performance viene elaborato con riferimento alla seguente normativa:

- D.Lgs n.150/2009 "Attuazione della legge 4.3.2009, n.15, in materia di ottimizzazione

della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni”;

- LR n.33/2009 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;
- DGR n.IX/351 del 28.7.2010 “Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura”;
- DCR n.88 del 17.11.2010 “Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014”;
- DGS n.349 del 23.1.2012 “Approvazione del metodo per l'individuazione dell'indice sintetico di performance per le strutture di ricovero”;
- Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- D.Lgs 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- DGR n.2989 del 23.12.2014 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2015”;
- DGR n. 4702 del 29.12.2015 “ Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2016”.

Le Tabelle “Indicatori” allegate rappresentano lo strumento di individuazione degli obiettivi che verranno assegnati mediante le schede di budget.

PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2014	ANNO 2015	RISULTATI ATTESI 2016
ATTUAZIONE delle STRATEGIE				
Miglioramento posizionamento strategico ASST Valcamonica	Bilancio AO: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio			
	Produzione lorda	54.319.788	53.888.106	=2015
	Tasso di fuga (mobilità passiva evitabile)	22.415.899	19.139.531	
Rispetto budget prestazioni ambulatoriali	Pesi percentuali prestazioni ambulatoriali (ddg.3065)	tabella regionale	tabella regionale	media regionale 2016
Razionalizzazione delle risorse	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate	>= 97%	>= 97%	> 2015 (97%)
	n. dipendenti ruolo amm.vo/n. totale dipendenti			% rispetto al Piano
Piano ferie	ferie: smaltimento delle ferie dell'esercizio secondo norma contrattuale	97%	97%	>= 97%; 20% ferie arretrate. entro 30/04/2016
Budget straordinari	Rispetto ore assegnate dall'AGRU	importo fondo disagio (str)	importo fondo disagio (str)	importo fondo disagio (str)
Attestazione presenza	corretta rilevazione presenza in servizio (timbrature e utilizzo angolo del dipendente)			<3 richiami (obiettivo non proporzionale)
Miglioramento del grado di soddisfazione personale	% assenze dal lavoro: n. ore lavorative perse/n. ore lavoro potenziali lavorabili x 100	base riferimento	<= 2014	<= 2015
	% trasferimenti interni richiesti: n. trasferimenti richiesti/n. lavoratori x 100 (dato stimato)	base riferimento	<= 2014	<= 2015
	saturazione formazione: miglioramento rispetto al 2015	89%	91%	> 2015 (90%)
ATTUAZIONE della PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)				
Presentazione ovvero realizzazione di uno o più progetti nell'ambito delle opere ed investimenti di riordino della rete ospedaliera, previsti dal Documento di Programmazione 2015;	presenza dei documenti	fatto	fatto	elaborazione/realizzazione dei progetti entro la data prevista
Partecipazione al governo delle reti di patologia (ROL, RENE, STROKE, STEMI, Diabete); condivisione dei rispettivi PDTA e loro verifica attraverso indicatori di monitoraggio e strumenti di audit	IMA1: RL 58,88%; obj 100%.	62,50%	93,10%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	IMA2: RL 74,13%; obj 30%.	38,39%	40,63%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	IMA3: RL 67,49%; obj 70%.		83,33%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	ICTUS1: RL 75,22%; obj 80%.	0%	1%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	ICTUS2: RL 41,48%; obj 100%.	67,27%	59,09%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	BC1: RL 62,77%; obj 70%	80,77%	76,32%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	BC10: RL 74,02%; obj 70%		96,67%	
	BC2: RL 58,64%; obj 80%	42,31%	76,32%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	BC3: RL 75,68%; obj 80%	63,64%	51,61%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	BC4: RL 78,09%; obj 80%	0%	0%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	BC5: RL 86,21%; obj 90%	87,50%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	CRC1: RL 63,40%; obj 80%	85,71%	61,29%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	CRC2: RL 92,08%; obj 80%	90,00%	100,00%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	CRC6: RL 92,65%; obj 80%		95,00%	
	ROL	dati portale regionale	dati portale regionale	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	RENE	dati portale regionale	dati portale regionale	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2015
	diabete		0,00%	0,00%
ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione cornee; - donazione tessuti ossei da vivente; - utilizzo Donor Manager - donazione sangue cordone ombelicale	n. donatori/n. decessi	4,24%	2,00%	10% donatori rispetto ai decessi
	n. donatori/n. protesi impiantate in elezione		23%	10% donazioni rispetto al numero di protesi ancora impiantate in elezione
	n. donatori di tessuti/n. inserimenti in Donor Manager	100%	100%	100% prelievi registrati in DM
PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE	1) aggiornamento indicatori PIMO secondo indicazioni regionali; 2) aggiornamento indicatori PIMO in continuità con anno 2015 (%)	43 (100%)	42 (98%)	>= 42 indicatori (98%)

PROGETTI Risk Management: - realizzazione progetti	cronoprogramma realizzato/ cronoprogramma deliberato x 100	100%	100%	100%
ATTIVITA' Risk Management: - monitoraggio semestrale eventi avversi/sinistri/azioni	documento redatto e inviato nei tempi previsti	100%	100%	100% dei documenti redatti
Gestione del contenzioso	Richieste di risarcimento/Giornate di degenza x 10.000		1,87	< 2,37
INDICATORI di QUALITA' dei PROCESSI e dell'ORGANIZZAZIONE AZIENDA OSPEDALIERA				
'Dimissioni volontarie	Cardiologia	1,062%	0,766%	< rispetto a 2015
	Chirurgia Esine	2,360%	0,759%	< rispetto a 2015
	Urologia		2,655%	< rispetto a 2015
	Medicina Esine	2,505%	0,731%	< rispetto a 2015
	Medicina Edolo	0,353%	0,591%	< rispetto a 2015
	Ortopedia Esine	1,401%	0,487%	< rispetto a 2015
	Ortopedia Edolo	0,000%	1,709%	< rispetto a 2015
-Trasferimenti tra strutture	Cardiologia	1,062%	1,225%	< rispetto a 2015
	Chirurgia Esine	1,377%	1,302%	< rispetto a 2015
	Urologia		8,850%	< rispetto a 2015
	Medicina Esine	0,835%	0,325%	< rispetto a 2015
	Medicina Edolo	0,588%	0,591%	< rispetto a 2015
	Ortopedia Esine	0,560%	0,243%	< rispetto a 2015
	Ortopedia Edolo	3,670%	0,855%	< rispetto a 2015
-Ricoveri ripetuti	Cardiologia	13,961%	13,323%	< rispetto a 2015
	Chirurgia Esine	9,538%	10,087%	< rispetto a 2015
	Urologia		12,389%	< rispetto a 2015
	Medicina Esine	9,186%	7,474%	< rispetto a 2015
	Medicina Edolo	7,403%	10,039%	< rispetto a 2015
	Ortopedia Esine	2,521%	4,501%	< rispetto a 2015
	Ortopedia Edolo	10,092%	2,564%	< rispetto a 2015
-Ritorni in sala operatoria	Cardiologia	2,674%	5,462%	< rispetto a 2015
	Chirurgia Esine	1,439%	1,869%	< rispetto a 2015
	Urologia		1,818%	< rispetto a 2015
	Medicina Esine	0,000%	0,000%	< rispetto a 2015
	Medicina Edolo	0,298%	0,000%	< rispetto a 2015
	Ortopedia Esine	0,671%	0,300%	< rispetto a 2015
	Ortopedia Edolo	1,639%	0,000%	< rispetto a 2015
-Mortalità totale	Cardiologia	2,883%	3,216%	< rispetto a 2015
	Chirurgia Esine	3,048%	4,230%	< rispetto a 2015
	Urologia		3,540%	< rispetto a 2015
	Medicina Esine	15,658%	18,034%	< rispetto a 2015
	Medicina Edolo	0,823%	15,158%	< rispetto a 2015
	Ortopedia Esine	0,560%	0,730%	< rispetto a 2015
	Ortopedia Edolo	2,752%	0,000%	< rispetto a 2015
-Degenza media preoperatoria	Ospedale di Vallecamonica	1,5	1,6	< rispetto a 2015
-Numero drg medici dimessi da reparti chirurgici ordinari	Ospedale di Vallecamonica	45,4%	42,2%	< rispetto a 2015
-Numero drg medici dimessi da reparti chirurgici day hospital	Ospedale di Vallecamonica	1,7%	1,9%	mantenimento rispetto a 2015
-Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC	Ospedale di Vallecamonica	3,2%	2,5%	< rispetto a 2015
-Percentuale ricoveri ordinari medici brevi su totale ricoveri	Ospedale di Vallecamonica	17,0%	17,8%	mantenimento rispetto a 2015
-Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore dall'ammissione	Ospedale di Vallecamonica	75,8%	71,2%	mantenimento rispetto a 2015
-Tasso osp ricoveri ordinari di 2 o più giorni per drg alto rischio inappropriatezza	Ospedale di Vallecamonica	10,8%	12,3%	< rispetto a 2015
108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza	Attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici al fine di ridurre la degenza media dei ricoveri riferiti all'obiettivo	37,0%	32,0%	RL 21% -10% (29%)
-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	89%	91%	>= 90%
-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	94%	96%	>= 90%
Adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento	Requisiti non ancora raggiunti con incremento =>5% /Requisiti non ancora raggiunti			Completamento interventi strutturali a Darfo e Edolo
Contaminazione da Legionella delle acque	Numero di campionamenti positivi nei punti di controllo (= > 102 UFC/l)/Numero punti di controllo range 2-5%	24%	6%	Sostituzione dell'autoclave potabile a Edolo; Esecuzione iperclorazione nei Poliambulatori a Darfo B. T.
Disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno.	fatto	fatto	Organizzare incontri con l'Alta Direzione e i RUO al fine di definire vincoli e modalità operative
Continuità operativa informatica	Situazioni in cui un applicativo informatico non è stato accessibile/funzionante per un tempo superiore ad un riferimento deciso dall'ospedale (es. 15 minuti);	fatto	fatto	Organizzare incontri con l'Alta Direzione e i RUO al fine di definire il tempo massimo accettabile di fermo prima di attivare procedure di gestione manuale
Adeguamento ai requisiti di accreditamento SSR-personale	Num. requisiti di accreditamento SSR sul personale assolti/ Num. Requisiti di accreditamento SSR sul personale	100,00%	100,00%	Creazione di un sistema di rilevazione e verifica di tutti i requisiti relativi al personale
Copertura fabbisogni del personale	Organico medio FTE (si consiglia di calcolare anche l'organico minimo e massimo nell'anno) Organico FTE da fabbisogno approvato/ Richiesta personale da scheda di budget annuale approvato	90,48%		Mantenimento

Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Num. Dipendenti con valutazione annuale delle competenze previste dal profilo e dal ruolo / Totale personale dipendente	26,72%	26,72%	Implementare la valutazione delle competenze e delle performance su tutto il personale
Presenza in carico obiettivi di mandato	Presenza report di assegnazione obiettivi entro 30 gg dall'arrivo in Azienda	SI	SI	Mantenimento
Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	85,00%	85,00%	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.
Frequenza normalizzata di richieste di risarcimento su giorni di degenza	Num. RR Area Clinica (Tot reparti, escluso PS)/ GG degenza Tot	2,37	2,37	Miglioramento
Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	67,57%	67,57%	miglioramento rispetto al 2015
Aggiornamento del Codice Etico (o Codice Etico Comportamentale)	Il codice etico (o codice etico - comportamentale) è aggiornato rispetto ai reati previsti dal D.Lgs. 231/01 (o Legge 190/2012 e DPR 62/2013) o cambiamenti organizzativi aventi impatto sul codice stesso?	SI	SI	Completare la revisione del Codice etico/modello organizzativo presente in bozza. Adeguamento alle norme relative al Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali (1299/2014)
Indice di chiusura delle azioni previste nel PTPC Piano Triennale Prevenzione e Corruzione e PTTI Piano triennale Trasparenza e Integrità.	Num. di azioni riportate nel PTPC e PTTI chiuse nel periodo di riferimento considerato/ Num. totale azioni previste dal PTPC e PTTI nel periodo di riferimento considerato	92,10%	92,10%	Implementazione delle azioni previste nel PTPC e PTTI
Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste	76,67%	76,67%	Implementazione alla dematerializzazione di documenti attraverso l'utilizzo del protocollo informatico, al software di gestionale "angolo del dipendente".
Indice di corretta evasione dell'ordine-appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Num. delle corrette evasioni di ordini-appalti rispetto a quanto contrattualmente previsto/ Num. totale ordini-appalti evasi	99,77%	99,77%	introduzione di una ulteriore modalità di monitoraggio dei contratti (beni e servizi) oltre la soglia comunitaria (> 207.000 euro) e verrà strutturato attraverso documentazione di sistema da inviare periodicamente da parte del DEC all'AGRM/GSE.
Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento/ Num. totale dei questionari compilati	0	0	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction
Riesame obiettivi a medio termine	Num. valutazioni effettuate/ Num. valutazioni pianificate	100,00%	100,00%	Mantenimento
Riesame delle autovalutazioni	Num. standard raggiunti per area/Num. standard valutati per area	56,37	56,37	Implementazione degli Standard del 20%
Formazione utilizzo PC e autosufficienza informatica di base	Num. partecipanti/Num. invitati		97%	100%
INDICATORI di QUALITA' dei PROCESSI e dell'ORGANIZZAZIONE AZIENDA SANITARIA LOCALE				
Tempo di attesa di accesso alla visita per accertamento invalidità civile (commissione di prima istanza)	Tempo medio di giorni intercorrente dalla data di ricevimento della domanda e la visita di accertamento			<90
Utilizzo del farmaco a brevetto scaduto	Percentuale di farmaci a brevetto scaduto su totale DDD	aggiornamento prontuario	aggiornamento prontuario	Obiettivo DG
BUDGET 2015 - scheda obiettivi sanitari: ° obiettivi DG ° obiettivi contratto con ATS	Si rimanda agli indicatori specifici			
BUDGET 2015 - scheda obiettivi economici: ° obiettivi DG ° obiettivi di attività/costo ° obiettivi risorse umane	Si rimanda agli indicatori specifici			
BUDGET 2015 - scheda obiettivi qualità: ° monitoraggio indicatori PIMO ° autovalutazione standard regionali	Si rimanda agli indicatori specifici			
CORRUZIONE				
Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTTI	Deliberazione di adozione del PTPC e PTTI	fatto	fatto	entro il 31/01/2016
Attuare i Piani e le misure di prevenzione pianificate nel P.T.P.C. sulla base del cronoprogramma, al fine di: a) Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione b) Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione c) Creare un contesto	(N. di azioni riportate nel PTPC e PTTI chiuse /N. totale di azioni previste dal PTPC e PTTI) *100 nel periodo di riferimento considerato	99,77%	99,77%	>= 90%
Monitorare l'attuazione del PTPC e del PTTI	Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione	fatto	fatto	n. protocollo e data relazione
	Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC e del PTTI pubblicata sul sito	fatto	fatto	n. protocollo e data relazione