



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



**APPROVATO CON DECRETO N. 73 del 31.1.2017**

# INDICE

## IL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2017

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, valevole per l'anno 2017, 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 2017 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 DGR n. 4702 del 29.12.2015 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2016" e infine alla recente DGR 5954 del 05.12.2016 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2017". Esso potrebbe comunque subire rielaborazioni nel corso dell'esercizio, qualora nuovi obiettivi a carattere prioritario venissero posti da 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 2016 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. Per l'anno 2017 sono in corso incontri in Regione per la definizione dei nuovi indicatori del P.I.M.O. e sarà cura della Direzione Strategica uniformarsi ad essi in corso d'anno.

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 prosieguo 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 in base al Documento di Programmazione 2017 e, ovviamente, degli obiettivi generali previsti dalle "Regole di sistema 2017".

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.

Nel corso dell'anno 2016 anche attraverso la ridefinizione di taluni rapporti in termini di personale e funzioni, è stato predisposto il nuovo Piano dell'Organizzazione Aziendale e Strategico in corso di approvazione da parte di Regione Lombardia. Si prevede che ciò avverrà nei primi mesi del corrente anno e sulla base delle definizioni proposte in termini di collaborazioni interaziendali (Dipartimento e Servizi Diagnostico Terapeutici, Dipartimento Materno Infantile, ecc) e dei progetti per l'erogazione territoriale, verranno eventualmente proposti nuovi obiettivi.

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;
- indicatori di qualità del Governo clinico

In continuità con l'anno 2016, anche per il 2017, 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;
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 Controllo di Gestione.

## 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, l'attività territoriale e la fotografia della dotazione organica al 31.12.2016.

### Erogazione Ospedaliera in cifre

Produzione per ricoveri al 31.12.2015 e al 31.12.2016:

Produzione	2015	2016
Residenti	€28.237.913	€28.664.090
Mobilità attiva	€5.243.372	€5.094.566
<b>Totale</b>	<b>€33.481.285</b>	
<b>Totale incremento produzione</b>		<b>€277.371</b>

Produzione per specialistica al 31.12.2015 e al 31.12.2016:

Produzione	2015	2016
Residenti	€17.943.875	€17.643.034
Mobilità attiva	€2.673.817	€2.858.260
<b>Totale</b>	<b>€20.617.692</b>	
<b>Totale decremento produzione</b>		<b>-€116.398</b>

### Dotazione di posti letto e indicatori di ricovero

TOTALE	2016
posti letto ordinari + dh (attivati)	317
gg degenza (ricoveri ordinari + dh)	85.860
peso medio ricoveri ordinari	0,972
numero interventi chirurgici	4.636
di cui esterni	1.280
totale procedure chirurgiche	7.083

## **Erogazione Territoriale in cifre focus su SERD e Consulteri:**

Il Servizio Territoriale Dipendenze formula e realizza progetti di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione rivolti a persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze legali ed illegali e a coloro che manifestano altri comportamenti additivi quali il gioco d'azzardo patologico, la dipendenza da Internet e altre nuove dipendenze. Fornisce prestazioni di carattere socio-sanitario integrato in collaborazione con altre agenzie territoriali. Realizza inoltre interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie correlate alla dipendenza.

Si articola nelle seguenti Unità Operative:

- **Servizio Tossicodipendenze**

DARFO BT - via Cercovi, 2 - Tel 0364 540236

- **Servizio di Alcologia e Dipendenze Comportamentali**

DARFO BT - via Cercovi, 2 - Tel 0364 540236

CEDEGOLO – Via Nazionale, 1

- **Centro Trattamento Tabagismo - CTT**

DARFO BT - via Cercovi, 2 - Tel 0364 540200

### **I CAMPI DI ATTIVITÀ DEL SERVIZIO DIPENDENZE SONO:**

- Informazione, consulenza ed interventi di primo sostegno e orientamento al singolo individuo e alla famiglia;
- accertamenti diagnostici multidisciplinari;
- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati ed integrati di tipo medico, psicologico, educativo e sociale;
- terapie farmacologiche specifiche con monitoraggio clinico e laboratoristico;
- colloqui psicologici e psicoterapia individuale, di coppia e familiare;
- interventi educativi, gruppi informativi e motivazionali;
- sostegno sociale;
- definizione e gestione di programmi alternativi al carcere in collaborazione con Ufficio Esecuzione Penale esterna e Servizio Sociale Minorile;
- definizione e gestione di programmi di monitoraggio e terapeutici per soggetti segnalati dalla Prefettura;
- certificazioni medico-legali dello stato di dipendenza;
- certificazioni di tossicodipendenza per l'inserimento in strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali;
- attività di riabilitazione con monitoraggio di programmi di inserimento lavorativo e reinserimento sociale;
- attività di screening, monitoraggio e cura delle patologie correlate all'uso di sostanze, con collaborazione e invio ai servizi specialistici.

Nel 2016 il Servizio Territoriale Dipendenze ha avuto in carico un totale di N. 622 utenti suddivisi nelle rispettive unità di offerta come segue:

- Servizio Tossicodipendenze: utenti N. 247
- Servizio Alcolologia: utenti N. 275
- GAP e dipendenze comportamentali: utenti N. 24
- Centro trattamento Tabagismo: utenti N.76



## Consultori Familiari:

Sede	Indirizzo	N. telefonico
Edolo	P.zza Donatori di Sangue	0364 772.505
Breno	Via Nissolina, 2	0364 329.408
Darfo	Via Barbolini, 2	0364 540.213

I Consultori sono servizi dedicati alla famiglia nelle varie fasi del suo ciclo di vita, sia dunque quando si sta costituendo o nella fase di attesa o di crescita del figlio, sia quando vi sono difficoltà nel rapporto tra i coniugi, tra conviventi, tra genitori e figli e comunque ogni volta che il singolo o la famiglia, per motivi personali o relazionali, vivono un momento di difficoltà. Nella globalità dei bisogni espressi dalla famiglia, sono da intendersi anche quelli inerenti la presenza di un componente con disabilità o anziano. I Consultori offrono uno spazio privilegiato di ascolto e aiuto agli adolescenti (14/20 anni) che hanno bisogno di un sostegno esterno alla famiglia per risolvere i loro dubbi e le loro difficoltà. Effettuano inoltre attività di prevenzione per le varie fasce d'età in collegamento con altri Dipartimenti e Servizi. Garantiscono informazioni e sostegno per una maternità e paternità responsabili; organizzano corsi di accompagnamento alla nascita, di massaggio infantile e corsi per neo-genitori ed, in stretto raccordo con l'UO di Ostetricia e Pediatria del Presidio Ospedaliero di Esine, offrono inoltre la possibilità di visite domiciliari da parte dell'ostetrica alle puerpere primipare. Sempre in raccordo con l'UO di Ostetricia gestiscono presso l'Ospedale di Esine un servizio di accoglienza e informazione nei casi di interruzione volontaria di gravidanza. Le équipes consultoriali garantiscono, presso le sedi territoriali, accoglienza e supporto alle donne o coppie per affrontare le scelte procreative anche in situazione di particolare difficoltà.

## Personale dipendente (unità)

PROFILO	NUMERO_UNITA'
Dirigente medico	166
Dirigente sanitario	15
Dirigente professionale	2
Dirigente tecnico	1
Dirigente amministrativo	2
<b>Totale Dirigenti</b>	<b>186</b>
Personale infermieristico	474
Personale tecnico sanitario	75
Personale riabilitazione	41
Personale della prevenzione	1
Personale assistenza sociale	13
Personale tecnico	240
Personale amministrativo	103
<b>Totale Comparto</b>	<b>947</b>

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.

### **Piano Triennale Prevenzione Corruzione**

Esiste uno stretto legame funzionale tra Piano della Performance e Piano Triennale Prevenzione Corruzione. Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale in cui sono esplicitati gli obiettivi aziendali, gli indicatori e i valori attesi, riferiti ai diversi ambiti di intervento e alle articolazioni aziendali interessate; il Piano costituisce il riferimento per la definizione, l'attuazione e la misurazione degli obiettivi e per la rendicontazione dei risultati aziendali. Allo stesso modo l'attuazione della disciplina della anticorruzione e della trasparenza è un'area strategica della programmazione aziendale, diretta all'individuazione delle misure di carattere generale che l'Azienda ha adottato o intende adottare per prevenire il rischio di corruzione, che richiede un concorso di azioni positive di tutto il personale sia per la realizzazione che per i controlli, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabile, tempistica e risorse. E' pertanto prevista una specifica indicazione di progetti / obiettivi in tale settore, congiuntamente progettati dalle funzioni interessate.

### **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 mediante adeguamento strutturale, investimenti e modelli organizzativi come definiti nel nuovo POAS;
- 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 2017, sono previste le seguenti attività:

#### **A) OPERE e INVESTIMENTI**

1. adeguamento antincendio Ospedale di Esine;
2. adeguamento antincendio Ospedale di Edolo;
3. messa a norma strutturale ed impiantistica / ridefinizione spazi Ospedale di Edolo;

4. investimenti in ammodernamento tecnologico di attrezzature sanitarie a bassa complessità;
5. investimenti in ammodernamento tecnologico di attrezzature sanitarie ad alta complessità;
6. acquisto apparecchiature oncologiche e attrezzature da destinare presso i presidi ospedalieri di Esine ed Edolo;
7. dismissione di beni immobili.

## B) GESTIONE

1. accreditamento delle cure subacute Edolo;
2. estensione Servizio Emodinamica da h12 a h24;
3. estensione Servizio auto medica da h12 a h24;
4. potenziamento della dotazione organica di personale;
5. prosecuzione dei progetti d'ambito socio-sanitario;
6. potenziamento del Servizio di Cure Palliative Territoriali.

## **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 2017 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";
- DGR 5954 del 05.12.2016 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2017";
- Le "Linee guida attività di Risk Management 2017";
- Il Contratto ATS 2017;
- Gli obiettivi del Direttore Generale per l'anno 2017.

La progettualità per l'anno 2017 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 2017;
- 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;
- Predisposizione bilancio di mandato per l'Area Amministrativa.

A tal fine gli indicatori sono elencati nella Tabella "Indicatori".

## 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”.
- DGR 5954 del 05.12.2016 “Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2017”.
- Piano Nazionale Anticorruzione 2016, approvato con determinazione ANAC n.831/2016, che formula espresse indicazioni in punto di collegamento tra misure preventive della corruzione e programmazione delle performances.

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

PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	RISULTATI ATTESI 2017
<b>ATTUAZIONE delle STRATEGIE</b>					
Miglioramento posizionamento strategico ASST Valcamonica	Bilancio AO: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio				
	Produzione lorda	53.888. 106	58.592. 000		=2016
Razionalizzazione delle risorse	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate	97%	97%		> 2016 (97%)
	n. dipendenti ruolo amm.vo/n. totale dipendenti	10%	9%		<=10%
Piano ferie	ferie: smaltimento delle ferie dell'esercizio secondo norma contrattuale	97%	97%		>= 97%; 20% ferie arretrate. entro 30/04/2018
Budget straordinari	Rispetto ore assegnate dall'AGRU				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				<= 2016
	% trasferimenti interni richiesti: n. trasferimenti richiesti/n. lavoratori x 100 (dato stimato)				<= 2016
	saturatione formazione: miglioramento rispetto al 2016	91%	91%		> 2016 (90%)
<b>ATTUAZIONE della PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)</b>					
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 58,01%; obj 100%.	93,10%	91,43%		miglioramento/mantenime nto valori indicatori rispetto al 2016
	IMA2: RL 77,63%; obj 30%.	43,55%	67,90%		miglioramento/mantenime nto valori indicatori rispetto al 2016

IMA3: RL 75,40%; obj 90%.	63,64%	40%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
IMA4: RL 61,15%; obj 90%	78,13%			miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
ICTUS1: RL 77,37%; obj 80%.	1%	37,61%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
ICTUS2: RL 56,37%; obj 100%.	65,91%	69,39%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
ICTUS3: RL 9,47%; obj 5%.				miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
ICTUS4: RL 26,90%; obj 25%		56,25%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
ICTUS5: RL 61,60%; obj 25%				miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
BC1: RL 60,03%; obj 70%	75,68%	76,92%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
BC10: RL 71,17%; obj 70%	96,55%	93,75%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
BC2: RL 56,00%; obj 80%	81,08%	76,92%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
BC3: RL 77,33%; obj 80%	41,38%	77,33%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
BC4: RL 79,31%; obj 80%	0,00%	0,00%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
BC5: RL 86,21%; obj 90%				
CRC1: RL 25,83%; obj 80%	65,38%	34,78%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016

	CRC2: RL 84,48%; obj 80%	100,00%	100,00%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
	CRC6: RL 87,67%; obj 80%	94,44%	100%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
	ROL	dati portale regionale	dati portale regionale		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
	RENE	dati portale regionale	dati portale regionale		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
	diabete	0,00%	0,00%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2016
ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione cornee;  - donazione tessuti ossei da vivente;  - utilizzo Donor Manager  - donazione sangue cordone ombelicale	n. donatori/n. decessi	2,00%	2,70%		>=10%
	n. donatori/n. protesi impiantate in elezione	23%	16,00%		>=10%
	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 (%)	42 (98%)	nd		>= 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	1 ,67		< 2,37
<b>INDICATORI di QUALITA' dei PROCESSI e dell'ORGANIZZAZIONE AZIENDA OSPEDALIERA</b>					
-Dimissioni volontarie	Cardiologia	0,77%	0,33%		< rispetto a 2016
	Chirurgia Esine	0,76%	0,73%		< rispetto a 2016
	Urologia	2,65%			< rispetto a 2016
	Medicina Esine	0,73%	1,15%		< rispetto a 2016
	Medicina Edolo	0,59%	0,74%		< rispetto a 2016
	Ortopedia Esine	0,49%	2,35%		< rispetto a 2016
	Ortopedia Edolo	1,71%	2,05%		< rispetto a 2016
	Neurologia	nd	1,96%		< rispetto a 2016
-Trasferimenti tra strutture	Cardiologia	1,23%	1,33%		< rispetto a 2016
	Chirurgia Esine	1,30%	1,02%		< rispetto a 2016
	Urologia	8,85%			< rispetto a 2016
	Medicina Esine	0,32%	0,42%		< rispetto a 2016
	Medicina Edolo	0,59%	0,74%		< rispetto a 2016
	Ortopedia Esine	0,24%	1,57%		< rispetto a 2016
	Ortopedia Edolo	0,85%	1,03%		< rispetto a 2016
	Neurologia	nd	1,96%		< rispetto a 2016
-Ricoveri ripetuti	Cardiologia	13,32%	13,93%		< rispetto a 2016
	Chirurgia Esine	10,09%	11,47%		< rispetto a 2016
	Urologia	12,39%			< rispetto a 2016
	Medicina Esine	7,47%	11,46%		< rispetto a 2016
	Medicina Edolo	10,04%	11,11%		< rispetto a 2016
	Ortopedia Esine	4,50%	6,27%		< rispetto a 2016
	Ortopedia Edolo	2,56%	5,64%		< rispetto a 2016
	Neurologia	nd	8,82%		< rispetto a 2016
-Ritorni in sala operatoria	Cardiologia	5,46%	10,05%		< rispetto a 2016
	Chirurgia Esine	1,87%	1,01%		< rispetto a 2016
	Urologia	1,82%			< rispetto a 2016
	Medicina Esine	0%	11,76%		< rispetto a 2016
	Medicina Edolo	0%	0%		< rispetto a 2016
	Ortopedia Esine	0,30%	0,95%		< rispetto a 2016
	Ortopedia Edolo	0%	0%		< rispetto a 2016
	Neurologia	nd	nd		< rispetto a 2016
-Mortalità totale	Cardiologia	3,22%	3,65%		< rispetto a 2016
	Chirurgia Esine	4,23%	3,92%		< rispetto a 2016
	Urologia	3,54%			< rispetto a 2016

	Medicina Esine	18,03%	15,21%		< rispetto a 2016
	Medicina Edolo	15,16%	14,07		< rispetto a 2016
	Ortopedia Esine	0,73%	0,78%		< rispetto a 2016
	Ortopedia Edolo	0%	0%		< rispetto a 2016
	Neurologia	nd	5,88%		< rispetto a 2016
-Degenza media preoperatoria	Ospedale di Vallecamonica	1,6	1,3		< rispetto a 2016
-Numero drg medici dimessi da reparti chirurgici ordinari	Ospedale di Vallecamonica	42,2%	37,7%		< rispetto a 2016
-Numero drg medici dimessi da reparti chirurgici day hospital	Ospedale di Vallecamonica	1,9%	2,7%		mantenimento rispetto a 2016
-Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC	Ospedale di Vallecamonica	2,5%	2,2%		< rispetto a 2016
-Percentuale ricoveri ordinari medici brevi su totale ricoveri	Ospedale di Vallecamonica	17,8%	16,7%		mantenimento rispetto a 2016
-Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore dall'ammissione	Ospedale di Vallecamonica	71,2%	72,7%		mantenimento rispetto a 2016
-Tasso osp ricoveri ordinari di 2 o più giorni per drg alto rischio inappropriatezza	Ospedale di Vallecamonica	12,3%	20,6%		< rispetto a 2016
108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza	Attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici al fine di ridurre la degenza media dei ricoveri riferiti all'obiettivo	14,7%	15,2%		RL 21% + riduzione 10% (13,5%)
-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	91%	nd		>= 90%
-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	96%	nd		>= 90%
Adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento	Requisiti non ancora raggiunti con incremento =>5% /Requisiti non ancora raggiunti				Sub acuti Edolo???
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	87,88%	83,25%		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	24,79%	nd		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	Decreto 493/11.08.2016		Mantenimento
Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	85,00%	87,00%		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	0,02		Miglioramento
Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	26%	28%		95% oppure miglioramento rispetto all'anno precedente
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	testo codice ASST in bozza (codice di comportamento, codice etico ex se non più esistente)		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	97,29%	nd		Implementazione delle azioni previste nel PTPC e PTTI
Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste	83,00%	Maggiore o uguale 83%		Implementazione alla dematerializzazione di documenti attraverso l'utilizzo del protocollo informatico
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%	85%	80%	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		95,12%	90%	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction
Riesame obiettivi a medio termine	Num. valutazioni effettuate/ Num. valutazioni pianificate	100,00%	100%	100%	Mantenimento
Riesame delle autovalutazioni	Num. standard raggiunti per area/Num. standard valutati per area	56,37	- 67,5% (solo valore 1) - 85% (val 1+val 0,75)		Implementazione degli Standard del 20%
Formazione utilizzo PC e autosufficienza informatica di base	Num.partecipanti/Num.invitati	97%	100%		100%



<b>INDICATORI di QUALITA' dei PROCESSI e dell'ORGANIZZAZIONE AZIENDA SANITARIA LOCALE</b>					
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		64 primo trimestre / 69 secondo triemstre		<90
BUDGET 2017 - obiettivi DG	Si rimanda agli indicatori specifici				obiettivo 80%
BUDGET 2017 - scheda obiettivi economici	Si rimanda agli indicatori specifici				obiettivo mantenimento
BUDGET 2017 - contratto ATS	Si rimanda agli indicatori specifici				miglioramento
<b>DGR 1185/2013: OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ, TRASPARENZA, DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI (D.LGS 33/2013) DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>					
Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTTI	Deliberazione di adozione del PTPC e PTTI	fatto	fatto - decreto n.28/2016		
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%	dato non disponibile, comunque maggiore del 50%		>= 90%
Monitorare l'attuazione del PTPC e del PTTI	Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione	fatto	fatto - verbali NVP 28.1.1.2016 – 23.2.2016 (prot. n.2940/2016)		n. protocollo e data relazione
	Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC e del PTTI pubblicata sul sito	fatto	fatto - prot. n.416/2016		n. protocollo e data relazione
Adeguamento antincendio Ospedale di Esine come da Decreto n. 16 del 16.01.2017	Monitoraggio SAL e verifica scostamenti rispetto all'obiettivo				fine lavori entro il 31/12/2017
Adeguamento antincendio Ospedale di Edolo come da Decreto n. 16 del 16.01.2017	Monitoraggio SAL e verifica scostamenti rispetto all'obiettivo				fine lavori entro il 31/12/2017
Messa a norma strutturale ed impiantistica / ridefinizione	Monitoraggio SAL e verifica scostamenti rispetto all'obiettivo				fine lavori entro il 31/12/2017

spazi Ospedale di Edolo					
Investimenti in ammodernamento tecnologico di attrezzature sanitarie a bassa complessità	Esaurimento del budget annuale preventivato				entro 31/12/2017
Investimenti in ammodernamento tecnologico di attrezzature sanitarie ad alta complessità	Esaurimento del budget annuale preventivato				entro 31/12/2017
Acquisto apparecchiature oncologiche e attrezzature da destinare presso i presidi ospedalieri di Esine ed Edolo	Acquisto nei termini previsti nel progetto				entro 31/12/2017