

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



Esine, li 30/06/2017

INDICE

RELAZIONE SUL 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 Vallecmonica-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 Vallecmonica-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 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).

Nel 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 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 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:
 - a) la piena sinergia tra il personale medico ospedaliero e quello territoriale;
 - b) il rafforzamento e la piena realizzazione del ruolo del Distretto Socio-sanitario;
 - c) 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;~~ in vigore solo fino alla fine del 2015
- 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.

Gli obiettivi, correlati agli strumenti regionali di programmazione annuale, erano:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche e alle strategie dell'Azienda
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi
- commisurati a valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale nonché da comparazioni con amministrazioni analoghe
- confrontabili con le tendenze di produttività dell'Azienda con riferimento agli esercizi precedenti
- correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili



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

Al fine di rappresentare la dimensione dall'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. Nella presente valutazione finale si è aggiunta la fotografia del personale in forza alla data del 31.12.2016.

Dati di attività

Produzione per ricoveri al 31.12.2015 e al 31.12.2016:

RICOVERI - RICAVI senza subacuti	2015 anno	2016 anno	differenza	percentuale
<i>nostra Ats</i>	27.857.833	28.239.918	382.085	1%
altre Ats lombarde	4.633.419	4.924.750	291.331	6%
fuori regione	421.627	389.197	32.430	-8%
stranieri onere 7	75.525	82.828	7.303	10%
stranieri onere 9	22.767	26.718	3.951	17%
stranieri onere 8,D	20.231	11.837	8.394	-41%
TOTALE	33.031.402	33.675.248	643.846	2%

Produzione per ricoveri Sub Acuti al 31.12.2015 e al 31.12.2016

RICOVERI - RICAVI SUBACUTI	2015 anno	2016 anno	differenza	percentuale
<i>nostra Ats</i>	373.070	464.626	91.556	25%
altre Ats lombarde	50.320	55.200	4.880	10%
fuori regione	2.000	600	1.400	-70%
stranieri	-	-	-	#DIV/0!
TOTALE	425.390	520.426	95.036	22%



Produzione per specialistica (comprensiva di screening e Neuropsichiatria infantile) al 31.12.2015 e al 31.12.2016:

PREST. AMBULATORIALI - Ricavi	2015 anno	2016 anno	differenza	percentuale
<i>nostra Ats</i>	15.026.849	14.822.579	204.270	-1%
altre Ats lombarde	2.027.798	2.192.910	165.112	8%
fuori regione	155.274	161.531	6.257	4%
stranieri onere 7	37.117	43.773	6.657	18%
stranieri onere 9	4.438	8.420	3.982	90%
stranieri onere 8,D	6.337	9.565	3.228	51%
<i>non definito</i>	-	209	209	#DIV/0!
TOTALE	17.257.813	17.238.988	18.825	0%

Dotazione di posti letto

TOTALE	2016
posti letto ordinari + dh (attivati)	342
gg degenza (ricoveri ordinari + dh)	85.238
peso medio ricoveri ordinari	0,89
numero interventi chirurgici	4.447
di cui esterni	1.179
totale procedure chirurgiche	6.848

Personale dipendente (unità)

	31.12.2016
Personale dirigente	194
Personale comparto	972
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, nell'intento 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, erano state previste le seguenti attività, con il relativo stato di realizzazione:

A. OPERE e INVESTIMENTI (si veda scheda sinottica)

- I. completamento delle opere di collegamento con Strada Statale 42 con conseguente accesso diretto al Presidio Ospedaliero di Esine;
- II. ampliamento e ristrutturazione del Pronto Soccorso di Esine. Non un obiettivo specifico per l'anno 2016;
- III. installazione e attivazione della TAC multistrato e di Telecomandato digitale a Edolo;
- IV. adeguamento degli edifici di proprietà alle norme antincendio e sicurezza;
- V. interventi per sedi distrettuali di Cedegolo e Darfo;
- VI. completamento e integrazione di opere della Cittadella della Salute Mentale. Non un obiettivo specifico per l'anno 2016;
- VII. attivazione dell'Elisuperficie di Esine e di Edolo per il volo notturno;
- VIII. attivazione dei servizi della Palazzina per la Libera Professione. Non un obiettivo specifico per l'anno 2016;
- IX. rinnovo e ammodernamento annuale del patrimonio strumentale;



- X. dismissione di beni immobili.
- B. **GESTIONE** (si veda scheda sinottica)
- I. completamento dei posti letto di riabilitazione specialistica a Edolo;
 - II. potenziamento della dotazione organica di personale. Non più pertinente a seguito costituzione ASST da ASL;
 - III. sperimentazione del Presidio Ospedaliero Territoriale (POT) di Edolo;
 - IV. prosecuzione dei progetti d'ambito sociale e socio-sanitario;
 - V. 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 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 nell'allegato 1 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 nell'allegato 1 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 nell'allegato 1 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.

Adempimenti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione

- Codice Etico Comportamentale: il Codice Etico non è stato aggiornato nel corso dell'anno 2016. Le "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale", quale l'esito del Tavolo tecnico congiunto Anac - Ministero della Salute - Agenas sul tema «Conflitto di interesse e Codici di comportamento», sono state formalizzate con determinazione ANAC n.358 del 29.3.2017 e precedentemente solo in consultazione. Con decreto n.751/2016 è stata disposta l'istituzione di un gruppo di lavoro per la revisione del codice. Nelle more è stata confermata, per l'ASST della Valcamonica, la validità del Codice vigente presso la disciolta ASL di Vallecmonica Sebino.
- Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTTI: decreto di adozione n.28/2016 del 27/01/2017.
- Attuare i Piani e le misure di prevenzione pianificate nel P.T.P.C. sulla base del



cronoprogramma: (N. di azioni riportate nel PTPC e PTTI chiuse /N. totale di azioni previste dal PTPC e PTTI) *100 nel periodo di riferimento considerato $\geq 90\%$.

- Monitoraggio dell'attuazione del PTPC e del PTTI:
 - Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione: relativi ad adempimenti 2015 fatto - verbali NVP 27.1.1.2016 – 23.2.2016 (prot. n.2940/2016) Relativi ad adempimenti 2016 fatto verbali NVP 7.4.2017 – 28.4.2017 (prot. n.7400 del 28.4.2017);
 - Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC e del PTTI pubblicata sul sito: Relazione 2015 fatto - prot. n.416/2016. Relazione 2016 fatto – prot. n.368/2017



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”.

L'allegato 1 Tabella “Indicatori” e l'allegato 2 progetti Socio Sanitari rappresentano lo strumento di individuazione degli obiettivi che verranno assegnati anche mediante le schede di budget.