

Decreto n. 414 del 27/06/2024

OGGETTO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 - Monitoraggio e rendicontazione anno 2023

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona del Dott. Corrado Scolari

Acquisiti i pareri:

del Direttore Sanitario: Dr. Jean Pierre Ramponi

del Direttore Amministrativo: Avv. Gabriele Ceresetti

del Direttore Socio-Sanitario: Dott. Luca Maffei

L'anno 2024, giorno e mese sopraindicati:

CON I POTERI di cui all'art.3 del D.Lgs n.502/1992, così come risulta modificato con D.Lgs n.517/1993 e con D.Lgs n.229/1999 ed in virtù della formale legittimazione intervenuta con DGR n.XII/1623 del 21.12.2023, in attuazione delle LLRR n.33/2009 e 23/2015;

Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

PREMESSO che:

- l'art.6 del DL 9 giugno 2021, n.80 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n.113 ha previsto che le Pubbliche Amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO);

- detta normativa ha altresì dato attuazione ad una revisione del precedente D. Lgs. n. 150/2009 in tema di performance;

OSSERVATO che con l'introduzione del PIAO l'intento del legislatore è superare la molteplicità degli strumenti di programmazione oggi in uso e creare un testo unico di governance che accorpi il piano della performance, il piano triennale dei fabbisogni, il piano delle azioni positive, il piano del lavoro agile e il piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza;

RAMMENTATO che, sulla scorta delle menzionate indicazioni nazionali, con decreto n.187/2023, è stato approvato il "Piano Integrato di Attività ed Organizzazione" (PIAO) Aziendale per il triennio 2023-2025", nell'ambito del quale risulta ricompreso il Piano della performance aziendale (formalizzato ad ogni effetto con decreto n.57/2023);

CONSIDERATO che:

- l'art.10, co 1, lett.b) del D.Lgs n.150/2009 prevede che entro il 30 giugno di ciascun esercizio sia adottata una Relazione che renda noti, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali conseguiti rispetto agli obiettivi programmati e che tale relazione legittimi i pagamenti delle quote riconosciute ai dipendenti a titolo di premialità;

- è stato quindi predisposto, dalla SS Controllo di Gestione, il documento "Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 - Monitoraggio e rendicontazione anno 2023" che ricomprende al suo interno la sezione "performance" che assolve a quanto richiesto dall'art.10, co 1, lett. b) D.Lgs n.150/2009;

PRESO ATTO che:

- la misurazione della performance e quindi del livello dei servizi erogati 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;

- l'attività di monitoraggio richiede un approccio trasversale alle strutture, e presuppone la misurazione dei risultati dell'intera Azienda, in riferimento alle strategie previste dall'amministrazione per soddisfare gli obiettivi di valore pubblico individuati;

VERIFICATO inoltre che il Nucleo di Valutazione delle prestazioni, in data 14.6.2024 ha validato il menzionato "Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 - Monitoraggio e rendicontazione anno 2023", anche agli effetti di cui al D.Lgs n.150/2009 ;

RITENUTO pertanto di approvare il documento di monitoraggio e rendicontazione anno 2023 relativo all'attuazione del PIAO 2023- 2025 approvato con decreto n. 187/2023;

CONSTATATO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'A-

zienda;

ACQUISITI:

- la proposta del Responsabile del procedimento a seguito di formale istruttoria;
- il parere tecnico favorevole del Dirigente Responsabile della SS Controllo di

Gestione;

ACQUISITI altresì, per quanto di competenza, i pareri favorevoli dei Direttori Sanitario, Amministrativo e Socio-Sanitario;

DECRETA

di prendere atto di quanto in premessa descritto e conseguentemente:

1 - di approvare il “Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 - Monitoraggio e rendicontazione anno 2023” relativo all’attuazione del PIAO 2023-2025 così come risultante dal documento che allegato al presente atto ne forma parte integrante e sostanziale;

2 - di precisare che il documento “Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 - Monitoraggio e rendicontazione anno 2023” ricomprende al suo interno la sezione “performance” che assolve a quanto richiesto dall’art.10, co 1, lett. b) D.Lgs n.150/2009 anche ai fini del riconoscimento ai dipendenti delle quote a titolo di premialità;

3 - di dare atto che dall’adozione del presente atto non discendono oneri finanziari a carico dell’Azienda;

4 - di incaricare per gli adempimenti conseguenti al presente provvedimento la Struttura proponente del presente atto;

5 - di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell’art.3-ter del D.Lgs n.502/1992 e smi e dell’art.12, co.14, della LR n.33/2009;

6 - di disporre, a cura del Servizio Affari Generali e Legali, la pubblicazione all’Albo on-line - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell’art.17, co.6, della LR n.33/2009, e dell’art. 32 della L. n.69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e europei in materia di protezione dei dati personali.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Corrado Scolari)

Documento prodotto in originale informatico e firmato digitalmente dal Direttore Generale ai sensi del
“Codice dell’amministrazione digitale” (D. Lgs. n.82/2005 e s.m.i.)

**OGGETTO: PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2023-2025 -
MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE ANNO 2023**

ATTESTAZIONE DI COMPLETEZZA DELL'ISTRUTTORIA

Il Responsabile del procedimento attesta la completezza dell'istruttoria relativa alla proposta di decreto sopra citato.

Data, 25/06/2024

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
FERRÈ FRANCESCO**

firma elettronica apposta ai sensi del
D.Lgs n.82 del 7 marzo 2005

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA

Il Dirigente/Responsabile/Referente dell'UO/Ufficio/Servizio attesta la regolarità tecnica e la legittimità della proposta di decreto sopra citato.

Data, 25/06/2024

**IL DIRIGENTE/RESPONSABILE/REFERENTE UO/UFFICIO/SERVIZIO
FERRÈ FRANCESCO**

firma elettronica apposta ai sensi del
D.Lgs n.82 del 7 marzo 2005

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2023 - 2025 MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE ANNO 2023



Indice generale

INTRODUZIONE.....	3
SEZIONE: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	5
Valore Pubblico.....	5
Azioni Positive.....	7
Performance.....	9
Rischi corruttivi e trasparenza.....	20
SEZIONE: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	22
Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	22
Organizzazione del lavoro agile.....	25
Piano Formativo Aziendale.....	26

INTRODUZIONE

La ASST della Valcamonica, nella redazione del Piano Integrato di attività ed organizzazione 2023-2025 – programmazione per l'anno 2023, approvato con decreto n.187 del 30.03.2023, ha previsto la rendicontazione dello stesso nella sezione 4 “Monitoraggio”.

Nell'ottica di creare un unico documento programmatico, ai sensi della Legge n.113 del 6 agosto 2021, hanno trovato collocazione nella sezione 2 “Valore pubblico, performance e anticorruzione” del PIAO il Piano delle Performance ed il Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza e l'integrità, i quali ancorché redatti separatamente – anche alla luce delle peculiarità procedurali che li caratterizzano – sono poi confluiti nell'unico documento del PIAO.

Al fine di ottemperare al monitoraggio del PIAO ed ai sensi dell'art.10 comma 1 lett. b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150, di attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, come modificato dal D. Lgs n.74 del 25 maggio 2017 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni il quale prevede che, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigano annualmente un documento denominato «Relazione annuale sulla performance» che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, l'ASST compendia in un unico documento la rendicontazione relativa a:

- valore pubblico, con un focus sui macrotemi oggetto di valorizzazione del Piano 2023;
- azioni positive;
- performance;
- rischi corruttivi e trasparenza;
- organizzazione e capitale umano (comprensivo del lavoro agile e della formazione).

Pur nella autonomia delle diverse tematiche la riconduzione in un unico documento – oltre che coerente con l'impostazione del PIAO – mira ad una maggiore organicità, nella direzione di una maggiore comprensione degli esiti delle attività dell'anno 2023. Rimane inteso che, con riguardo alla rendicontazione in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, si rinvia agli adempimenti prescritti dalla normativa vigente e da ANAC.

Con riferimento alla sezione connessa alla Relazione annuale sulla performance, essa persegue le seguenti finalità principali:

- miglioramento gestionale grazie al quale l'amministrazione può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- accountability attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati. In questa prospettiva, nella predisposizione della Relazione devono essere privilegiate la sinteticità, la chiarezza espositiva, la

comprensibilità.

SEZIONE: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

La sottosezione *valore pubblico, performance e anticorruzione* è stata costruita rendicontando gli obiettivi ed indicatori utilizzati per il Piano delle Performance, in parte accogliendo il Piano triennale delle Azioni Positive, nonché riprendendo la Relazione sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza svolta nell'anno 2023, già oggetto di formalizzazione e pubblicazione da parte del RPCT.

Valore Pubblico

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) – Triennio 2023-2025, con riguardo all'annualità 2023, conteneva, secondo un approccio di necessaria progressività, una prima declinazione dei principi di valore pubblico, intesi quali punti nodali attorno ai quali le misure in materia di performance, di prevenzione della corruzione, di gestione del capitale umano e, più in generale delle politiche aziendali, si sviluppavano in forma organica e sistematica.

Senza dubbio l'ottimizzazione dell'offerta sanitaria in termini di accessibilità all'amministrazione al fine di garantire un livello di salute e di benessere sanitario migliore ha rappresentato uno di focus principali di intervento, alla luce anche degli indirizzi regionali.

L'Azienda, sulla base dell'analisi della domanda e della capacità di offerta sul proprio territorio, ha infatti intrapreso misure finalizzate al contenimento dei tempi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, nel rispetto dei codici di priorità definiti, rimodulando l'offerta tenuto conto delle risorse disponibili. L'ASST, considerata anche la specificità sua propria di unico erogatore pubblico – operante pertanto in regime monopolistico, ha perseguito obiettivi in termini di incremento delle prestazioni anche attraverso il ricorso a prestazioni aggiuntive.

In tal contesto, la produzione di prestazioni sanitarie e socio sanitarie non ha mancato di considerare come strategico il percorso intrapreso di definizione delle specifiche vocazioni delle due sedi del Presidio Ospedaliero di Esine e di Edolo: la presenza in area montana di un ospedale hub (Esine) e di uno spoke (Edolo), differenti ma complementari, ha richiesto, anche in ragione della scarsità di risorse umane, un ripensamento organizzativo e gestionale che ha impatti non solo sugli obiettivi assegnati e perseguiti, ma altresì sulle politiche del capitale umano.

Come si evince anche dall'ampio spazio dedicato nella sezione performance, l'attuazione delle misure del PNRR porta con sé, quale impegnativo focus, l'esigenza di assicurare l'efficacia della medicina di prossimità, anche considerato il particolare contesto geografico, demografico e sociale del territorio di riferimento. Il superamento di una sanità a baricentro ospedaliero permea nel suo complesso le strategie dell'ASST: non solo nell'implementazione di quelle articolazioni che la riforma regionale prevede (Distretto, COT, Case della Comunità e Ospedali di Comunità), ma attraverso una rivisitazione dei modelli di

offerta delle prestazioni, secondo meccanismi di presa in carico effettivi, in particolare dei pazienti affetti da pluripatologie che non necessitano di interventi per acuti. Rimane inteso che il percorso è, come logico, nelle sue fasi iniziali (e la relazione nel proseguo ne dà ampiamente conto), richiedendo, nel rispetto delle tempistiche PNRR, una implementazione progressiva.

In tal contesto si comprende come l'innovazione infrastrutturale e tecnologica rappresenta non solo lo strumento tecnico per garantire le percorribilità concreta degli obiettivi di prossimità ma altresì il volano per un cambiamento strutturale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitaria. Ancora una volta nel particolare contesto, di area montana e parcellizzato, ciò condiziona in maniera evidente l'efficacia della tutela assicurata al bene della salute. Ecco perché già nel 2023 l'ASST ha messo in cantiere opere di adeguamento e ristrutturazione di immobili di proprietà pubblica (dell'ASST o di altri enti locali che ne hanno conferito la facoltà di utilizzo) e ha intrapreso un percorso di ammodernamento tecnologico, sia per quanto riguarda le tecnologia sanitarie sia per quanto concerne gli strumenti/piattaforme informatiche.

Azioni Positive

Il Piano Triennale delle Azioni Positive adotta strumenti per migliorare l'organizzazione del lavoro attraverso il benessere delle proprie lavoratrici e dei propri lavoratori. L'ASST di Valcamonica si pone obiettivi sia a livello generale che specifico, considerati ed esplicitati nel Piano Triennale delle Performance - triennio 2023-2025, adottato con decreto n.57 del 31.1.2023. Il respiro temporale di tali obiettivi è di medio periodo, riguardando il triennio, ma anche di breve, con specifici obiettivi a cadenza annuale.

Al fine di conseguire gli obiettivi, previsti nel corso del triennio si intendono perseguire, consolidare e intraprendere le seguenti azioni positive, relativamente alle quali si dettaglia lo stato di attuazione:

Area 1: Promozione del ruolo e dell'attività del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Rendicontazione: non attuate azioni in quest'area; già definito come obiettivo principale nel Piano Azioni Positive 2024. La cessazione dell'unità di personale che gestiva il CUG non ha consentito l'organica attuazione delle misure previste, rinviate pertanto all'annualità 2024.

Area 2: Conciliazione vita lavorativa e vita familiare:

Rendicontazione

- Accesso allo Smart Working in via sperimentale per il 100% coordinatori che ne hanno fatto richiesta
- Evento formativo dedicato ai coordinatori "Il coordinatore delle professioni sanitarie 3.0 tra presente e futuro: scenari, strategie e competenze"

Area 3: Sviluppo del benessere organizzativo

Rendicontazione

- Emanazione documento valutazione rischio stress lavoro correlato.
- Attivazione sportello sostegno psicologico al quale si sono rivolti 10 dipendenti
- Realizzazione del percorso nutrizionista al quale sono afferiti 15 operatori
- Attivazione corso pilates con 32 partecipanti
- Implementazione corso Yoga con adesione di 15 dipendenti
- Organizzazione di 3 camminate aziendali che hanno visto mediamente la partecipazione di 30 persone
- Adesione di 10 dipendenti alla Run en bike
- Adesione al progetto "una Valle ciclabile" organizzato dal Biodistretto Valle Camonica da parte di 10 dipendenti.

Area 4: sensibilizzazione del personale relativamente al tema della violenza sulle donne

Rendicontazione

- Realizzazione "open week dedicata alle donne vittime di violenza" dal 22 al 28



novembre con mostre e un convegno finale il 28.11.2023 dal titolo “la multidisciplinarietà nella presa in carico delle vittime di violenza: dalla teoria alla pratica”

- Mantenimento della partecipazione di rappresentanti dell’ASST alla Rete Territoriale Antiviolenza della Valcamonica (mediante 3 rappresentanti dell’ASST per i 4 incontri organizzati nel 2023)

Performance

La misurazione della performance 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 delle 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.

La presente sezione rendiconta l'andamento degli obiettivi del Piano delle Performance, valevole per l'anno 2023, incorporando la Relazione delle Performance ai sensi dell'art.10 comma 1 lett. b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150, di attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, come modificato dal D. Lgs n.74 del 25 maggio 2017, al monitoraggio del PIAO.

La rendicontazione si sviluppa in forma descrittiva percorrendo la traccia del Piano delle Performance, ed è integrata con il quadro sinottico che schematizza obiettivi e target nonché il loro grado di raggiungimento.

Piano Operativo di Ripresa nel triennio e scorrimento sull'anno 2023

Lo sviluppo degli obiettivi aziendali si è concentrato sulla ripresa e sul potenziamento dell'offerta di prestazioni programmate, nonché sul rispetto dei tempi di attesa per le stesse. In tal senso per l'anno 2023 si può definire l'attività come ordinaria, ma con incremento dei volumi e riduzione dei tempi.

Azioni per la riduzione dei tempi di attesa:

- agende e tempi di attesa:
 - non sospensione o annullamento delle prenotazioni: si conferma azzeramento delle sospensioni causate da COVID e pieno recupero delle prestazioni sospese negli anni 2020-2021;
 - mantenimento agende aperte e visibilità verso sovracup regionale GP++: la percentuale di esposizione delle agende è del 70%, sopra la media regionale;

- o rispetto dei tempi d'attesa per ogni classe di priorità, in particolare B e D: tutte le prestazioni con priorità B e D sono state garantite nel rispetto dei tempi di attesa al 90% target regionale;

Risultati rispetto all'incremento dei volumi di prestazioni:

- volume prestazioni ambulatoriali: raggiungimento capacità erogativa target anni di riferimento 2019/2022 (best): nell'anno 2023 il volume di prestazioni è stato complessivamente del 105% rispetto al 2019. Per quanto riguarda lo specifico obiettivo di ripresa, complessivamente il volume di prestazioni "Prime Visite" e strumentali è stato incrementato del +15%. Si sottolinea la performance della Radiologia: le prestazioni di diagnostica per immagini sono aumentate del 43%;

Si allega di seguito tabella completa performance ambulatoriale:

DESC_PNGLA_RL	VOLUME 2023	obj2023 RL	%target
Prima visita cardiologica (897A3)	1.909	1.500	27%
Prima visita chirurgica vascolare (897A6)	149	132	13%
Prima visita dermatologica (897A7)	1.867	1.175	59%
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897B2)	1.524	1.589	-4%
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897A8)	525	567	-7%
Prima visita gastroenterologica (897a9)	371	397	-7%
Prima visita ginecologica (89261)	1.036	804	29%
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	1.638	1.637	0%
Prima visita oculistica (9502)	1.534	1.500	2%
Prima visita oncologica (897B6)	31	22	41%
Prima visita orl (897B8)	1.823	2.474	-26%
Prima visita ortopedica (897B7)	2.622	2.000	31%
Prima visita pneumologica (897B9)	532	582	-9%
Prima visita urologica/andrologica (897C2)	826	802	3%
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	735	603	22%
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	544	485	12%
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	1	0	0%
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	554	351	58%
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)	806	792	2%

ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	1.433	1.314	9%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	47	31	52%
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	741	581	28%
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	1.849	1.462	26%
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	313	222	41%
Elettrocardiogramma (8952)	2.146	1.991	8%
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	853	831	3%
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	192	104	85%
Esame audiometrico tonale (95411)	785	704	12%
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	947	783	21%
Fotografia del fundus (9511)	1	1	0%
Mammografia (87371,87372)	292	286	2%
Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (4542)	47	22	114%
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	885	520	70%
Spirometria (89372,89371)	563	518	9%
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	2.095	1.500	40%

- volume prestazioni di ricovero: raggiungimento capacità erogativa target anno di riferimento 2019: nell'anno 2023 il volume di prestazioni è stato del 105% rispetto al 2019. Si sottolinea che l'aumento è stato del 20% nei tre trimestri oggetto di monitoraggio, in quanto il primo trimestre 2022 ha risentito della conversione di diversi reparti per le cure a pazienti COVID positivi.

Relativamente alle prestazioni per le quali non è stato raggiunto il target:

- Prima visita di medicina fisica e riabilitazione: mancato completamento dell'organico medico in previsione di sostituzione e pensionamento in corso di anno dello specialista ambulatoriale. Target in linea fino al mese di ottobre, non più raggiungibile negli ultimi

due mesi dell'anno.

- Prima visita endocrinologica/diabetologica: target sfidante, accettato in previsione di potenziamento degli ambulatori in corso di anno. Tale potenziamento non si è verificato.
- Prima visita gastroenterologica: obiettivo estremamente sfidante, nel corso degli anni 2021 e 2022 il numero di prestazioni è continuamente aumentato, anche rispetto al periodo pre-Covid, ma la domanda delle prestazioni ha un trend di crescita persino superiore. Nell'ambulatorio dell'Ospedale di Edolo si sono dovute chiudere numerose sedute per lunga malattia dello specialista.
- Prima visita orl e Prima visita pneumologica: causa pensionamenti e trasferimento organico si è ridotto sotto la soglia fisiologica di gestione di un reparto di degenza. Le prestazioni ambulatoriali si sono contratte inevitabilmente, soprattutto le prime visite per consentire la normale gestione dei controlli di pazienti cronici.

Interventi correlati alla telemedicina e telesorveglianza

Anche per effetto della pandemia si sono intensificate le ricerche di soluzioni con possibilità di erogare prestazioni sanitarie da remoto. Gli sviluppi hanno avuto inizio nel corso dell'anno 2021, pur con difficoltà di varia natura: carenza di personale da dedicare, reperimento degli strumenti sanitari e informatici adeguati, analisi del contesto.

Di seguito si elencano le attività implementate nell'anno 2023, a seguito dei risultati analitici ottenuti nel biennio precedente.

- Telemedicina, telerefertazione, teleconsulenza: sviluppo ed applicazione di modalità di visita da remoto. Lo studio di fattibilità ha previsto la ricerca di partner privati per la gestione del servizio di radiologia domiciliare. Nel corso dell'anno 2023 il servizio è stato operativo mediante convenzione con cooperative private che esegue esami radiografici a domicilio;
- telesorveglianza: il sistema **emoward** è stato implementato e reso operativo per le richieste di trasfusioni da reparti, su entrambi i presidi ospedalieri e centralizzato in rete presso il Servizio Trasfusionale con incremento della sicurezza del paziente e dell'operatore. Il personale è stato totalmente formato;
- consultori ostetrici: attivata la home visiting, comprensiva di supporto psicosociale per la depressione perinatale. Apertura anche presso la Casa di Comunità di Ponte di Legno;
- centri famiglia: attivato sportello presso le Case di Comunità di Darfo e Breno;
- nuovo sistema informatico centralizzato regionale **SGDT**: in fase avanzata di avvio ed utilizzo per quanto riguarda l'assistenza domiciliare e la COT.

Altri interventi di rilievo

Di seguito si riporta il sinottico degli obiettivi formulati da Regione tramite ATS valevoli per l'attività di prevenzione e vaccinazione anno 2023. Sotto la tabella, lo stato di raggiungimento.

TARGET	ATS / ASST	
DESCRIZIONE	Coperture vaccinali Lea	
NUMERATORE	n° di vaccinati residenti e assistiti	
DENOMINATORE	n° di residenti e assistiti	
FONTE DATI	SIAVR	
FONTE NORMATIVA	LEA	
VISUALIZZAZIONE DATO	Da valutare per tutte le seguenti coorti	
Vaccino	coorte	STANDARD
Esavalente dose 3	2021	>=95% a 24 mesi dalla nascita
Men C dose 1	2021	>=95%
MPR dose 1	2021	>=95%
PC dose 3	2021	>=95%
HPV dose 2	2011	>=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente
MenACWY dose 1	2011	>=95%
Pol dose 5	2006	>=95%
MenACWY dose 1	2006	>=95%
Influenza	>=1958	>=75% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente

- vaccinazioni: rispetto del target per ogni tipologia: obiettivo aziendale per il quale il monitoraggio è stato eseguito da ATS della Montagna. Si precisa comunque che i target sono stati completamente raggiunti.

Contrasto alla pandemia:

- Piani Operativi Gestionali Ospedaliero e Territoriale: aggiornato come da linee guida;
- ricerca del virus SARS COV 2: sorveglianza mantenuta sia in Pronto Soccorso con tamponi antigenici, sia nei reparti per prericoveri ed esami strumentali come la spirometria. Attivo ambulatorio tamponi per la popolazione, con 4.596 test eseguiti come da tabella sottostante:

		TOTALE
COD ICD9	DESCRIZIONE	NUM
91131	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) NAS	4
91121	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena)	2.285
90557	TEST ANTIGENICI (RAPID DIAGNOSTICS TEST Ag-RDTs a lettura manuale)	126
90558	TEST ANTIGENICI (RAPID DIAGNOSTICS TEST Ag-RDTs a lettura facilitata)	2.181

Legge regionale 14.12.2021 n.22. Apertura ed attivazione Case di Comunità, Centrale operativa Territoriale, Ospedali di Comunità

Così come stabilito dagli obiettivi regionali, la DG Welfare ha definito i target da perseguire con cadenza frequente. In base alle indicazioni ed al rispetto del cronoprogramma, si raggiungerà l'obiettivo di realizzare tutte le Case e gli Ospedali di Comunità previsti. A partire dall'anno 2022 e per il triennio 2022-2024 erano previsti step così definiti: attivazione 3/8 anno 2022; attivazione 3/8 anno 2023; attivazione ultimi 2/8 anno 2024.

Cronoprogramma completo e focus anno 2023:

- Casa della Comunità sede Darfo Boario Terme. Inaugurata ed attivata in data 18 marzo 2022;
- Casa della Comunità sede Breno. Attivata in data 4 novembre 2022;
- Casa della Comunità sede Cedegolo. Attivata in data 19 dicembre 2022
- Casa della Comunità sede Ponte di Legno. Inaugurata in data 4 novembre 2022;
- Casa della Comunità sede Pisogne. Inaugurata in data 27 novembre 2023;
- Casa della Comunità sede Edolo. Inaugurata in data 13 novembre 2023;
- Casa della Comunità sede Ossimo. Inaugurata in data 13 novembre 2023;
- Casa della Comunità sede Berzo Inferiore. Attivazione prevista anno 2025
- COT sede Breno: attivazione 16 giugno 2022;
- Ospedale di Comunità Esine (struttura da realizzare ex novo). Attivazione prevista anno 2024;
- Ospedale di Comunità Edolo (struttura da realizzare ex novo). Attivazione prevista anno 2024.

Opere ed investimenti

Le attività sono state dedicate sia alle innovazioni introdotte al punto precedente, sia al potenziamento di alcuni settori dell'ospedale, sia al mantenimento/miglioramento di quanto in essere. In particolare:

1. interventi strutturali:
 1. Finanziamenti per Case di Comunità e Ospedali di Comunità: progettazioni concluse, lavori affidati: CDC BERZO INF. Decreto n.439/2023; CDC CEDEGOLO Decreto n.442/2023; CDC OSSIMO Decreto n.447/2023; CDC EDOLO Decreto n.448/2023; CDC PONTE DI LEGNO Decreto n.499/2023; CDC DARFO B.T. Decreto n.502/2023; CDC BRENO Decreto n.503/2023; ODC EDOLO Decreto n.451/2023; ODC ESINE Decreto n.460/2023;
 2. Impianto di climatizzazione Ospedale di Edolo: affidamento dei lavori decreto n. 574/2023; verbale di consegna lavori in data 28/09/2023;
 3. Adeguamento strutturale a seguito verifica di vulnerabilità sismica (Edificio D e Edificio I) Ospedale di Esine: affidamento dei lavori decreto n. 457/2023; verbale di consegna lavori in data 14/09/2023;
 4. Utilizzo delle economie derivanti dalla conclusione dell'intervento "Manutenzione straordinaria e nuovo ingresso raccordo con S.S. n.42 presso il Presidio ospedaliero di Esine": consegnati lavori in data 11/04/2023;

2. Opere ed investimenti di riordino della rete ospedaliera con finanziamenti struttura commissariale:
 1. stroke unit: consegnati lavori in data 06/03/2023;
 2. intervento su area OBI in PS: in attesa di approvazione della rimodulazione inviata in Regione Prot. 29204/23;
 3. ampliamento PS: in attesa di approvazione della rimodulazione inviata in Regione Prot. 29204/23;
3. finanziamenti per messa a norma antincendio:
 1. sede Darfo: certificato di fine lavori in data 20/01/2023, approvazione Certificato di Regolare Esecuzione decreto n. 597/2023 del 05/10/2023;
 2. sede di Breno: verbale di inizio lavori in data 16/03/2023;
 3. ospedale di Edolo: approvazione Certificato di Regolare Esecuzione decreto n.786/2023 del 14/12/2023.

Finanziamenti statali cui discenderà l'atto integrativo:

1. risparmio energetico PO Esine: finanziamento ancora in istruttoria;
2. piastra emergenza/urgenza: ricollocazione CUP, punto prelievi, ambulatori: finanziamento ancora in istruttoria;
3. piastra emergenza/urgenza: ulteriore ampliamento attività ambulatoriale: finanziamento ancora in istruttoria;

Tecnologie

1. missione 6.C2-1.1.2 PNRR: conclusa installazione di mammografo e software richiesti dalla radiologia, la gara Consip riguardante l'ortopantomografo è stata sospesa in attesa di giudizio del TAR;
2. nuova Risonanza magnetica: prevista per l'anno 2024

Sistemi Informativi

Secondo le linee guida ministeriali, il Piano fa riferimento alla informatizzazione degli enti, secondo cronoprogrammi previsti dalla Agenda Digitale. Il valore pubblico che risulta dagli investimenti in informatizzazione si pone come obiettivo il miglioramento delle condizioni di accessibilità ed accoglienza.

1. progetto accoglienza: Progetto attuabile, concluso. Richiesto a Regione la disponibilità delle specifiche per la realizzazione dei 2 P.ti non implementati. Si realizzeranno solamente se la documentazione è disponibile e se il finanziamento è ancora utilizzabile. In caso contrario il progetto si conferma concluso.
2. sale operatorie: Progetto concluso. Applicativo attualmente in produzione
3. nuovo applicativo di Pronto Soccorso: Progetto (PNRR) in fase di realizzazione. Si stanno rispettando i cronoprogrammi
4. cartella clinica informatizzata: Progetto (PNRR). Attività in corso di realizzazione nel rispetto del cronoprogramma regionale;
5. sistemi di autenticazione dell'utente: Attività in corso di realizzazione nel rispetto del

cronoprogramma regionale

6. aggiornamenti in tema di cyber sicurezza: rispettato cronoprogramma regionale.

Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza

In continuità con gli anni precedenti si considerano i seguenti punti:

1. Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero: raggiungimento del target 90% di rispetto dei tempi per ogni priorità. Mantenimento per le prestazioni che già raggiungono il target
2. perseguimento dei target previsti dal PNE (Piano Nazionale Esiti), dal Network delle regioni e indicatori di outcome (come meglio declinati nei paragrafi che precedono)
3. incremento/mantenimento della produzione offerta (ricoveri e specialistica ambulatoriale) conseguita dal Presidio, in linea con il nuovo modello di SSR, a superamento delle difficoltà impreviste occorse negli anni precedenti

Obiettivi di performance: sinottico

Si allega sinottico con la rendicontazione dei target Piano Nazionale Esiti, Network delle Regioni, obiettivi di spesa, Customer satisfaction, Benessere del personale, investimenti pianificati sul triennio a completamento della tabella sopra esposta che invece è in allineamento con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale.

All'interno del sinottico, gli obiettivi sono stati suddivisi in macro aree a seconda dell'argomento, ed alcune di esse erano particolarmente sfidanti, sia per la natura dell'obiettivo, sia per la declinazione che si è scelta. Relativamente ad obiettivi misurabili con target ufficiali a livello regionale e nazionale, si è scelto di paragonare la propria attività allo standard più alto, analizzando in corso d'anno e nella rendicontazione finale eventuali scostamenti negativi.

Di seguito il dettaglio di quegli obiettivi la cui rendicontazione, per una compiuta comprensione del grado di raggiungimento, esige un approfondimento.

Liste d'attesa. Rispetto del tempo massimo

Indicatore: Diagnostica per immagini.

Le prestazioni ambulatoriali analizzate sono TAC, Risonanze magnetiche, Ecografie, Mammografie. In totale sono state valutate 41 prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, secondo la classificazione proposta dal PNGLA (Piano Nazionale di Governo de Tempi di Attesa). Per ognuna sono state valutate le 4 priorità ("U", "B", "D", "P") per un totale di 164 punti di rilevazione, di cui 132 sono risultati entro i tempi di attesa e quindi raggiunti, mentre 32 oltre i tempi di attesa. In particolare la criticità si è concentrata sulle TAC e RNM con priorità "P" (120 giorni). Sebbene i tempi medi di attesa siano stati contenuti (circa 50 giorni), la bimodalità delle agende ha consentito da una parte di garantire i percorsi di presa in carico e followup oncologici, dall'altra non altrettanto performante sulla esposizione a prenotazioni di nuovi pazienti non urgenti.

Indicatore: prime visite.

Le prestazioni ambulatoriali analizzate sono le visite con priorità. In totale sono state valutate 14 prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, secondo la classificazione proposta dal PNGLA (Piano Nazionale di Governo de Tempi di Attesa). Per ognuna sono state valutate le 4 priorità (“U”, “B”, “D”, “P”) per un totale di 55 punti di rilevazione, di cui 46 sono risultati entro i tempi di attesa e quindi raggiunti, mentre 9 oltre i tempi di attesa. In particolare la criticità si è concentrata sulle priorità “P” (120 giorni) di area oculistica, pneumologica, diabetologica, dermatologica, otorino. Per ogni specialità citata, la criticità è rappresentata dalla carenza di personale, con cessazioni occorse nell’ultimo trimestre del 2023.

Indicatori di OUTCOME

Sono indicatori estratti dai dati dei ricoveri, divisi per struttura di dimissione e per reparto, relativi all’efficacia della cura prestata a seconda di parametri che stabiliscono soglie colore (da verde=buono a rosso=non soddisfacente).

Dimissioni volontarie.

Il paziente rinuncia alle cure nella struttura, firmando il relativo foglio di dimissione. L’analisi dei dati fa emergere in totale 6 dimissioni volontarie tra Cardiologia, Ortopedia e Medicina. Le dimissioni sono riferite a pazienti non residenti, ricoverati in urgenza da località di villeggiatura e che hanno preferito avvicinarsi al luogo di residenza contrariamente alle indicazioni dello specialista.

Trasferimenti tra strutture.

Si tratta di 7 trasferimenti in un anno, relativi al rapporto HUB-Spoke con ospedali di riferimento e concordati con essi.

Ricoveri ripetuti.

Si tratta di pazienti dimessi per patologia appartenente alla stessa MDC e ricoverati nuovamente in un arco di tempo che può essere considerato eccessivamente limitato. L’analisi delle cartelle non rileva azioni di miglioramento in quanto il primo ricovero è avvenuto in altra struttura lombarda.

Ritorni in sala operatoria.

Si tratta di 8 casi in un anno, principalmente chirurgici per interventi eseguiti in urgenza.

Mortalità totale.

È un sottoinsieme di esiti, relativo alla mortalità a 30 giorni per determinate patologie croniche non compensate. È stata attivata azione di miglioramento: con continuità vengono monitorati i pazienti a scadenze regolari dopo la dimissione. I numeri sono esigui e riguardano principalmente il reparto di Cardiologia (5) e Medicina (53).

Indicatori PNE

Indicatori del Programma Nazionale Esiti di AGENAS, mutuati dal portale regionale lombardo.

Area oncologica. La criticità è legata al fatto che gli indicatori considerano gli interventi minimi previsti dal DM 70, pari a 150 in area senologica. Tramite accordi stabiliti con Regione

Lombardia e HUB Spedali Civili di Brescia, la Valcamonica entra nella Breast Unit come spoke prevedendo minimo 50 interventi annui e tale valore è raggiunto e superato (73).

Area ortopedica. L'indicatore prevede il tempo massimo di attesa per intervento al femore per frattura: 48 ore. Il tempo medio nel 50% dei casi è superiore non a causa della disponibilità di sale operatorie o del personale medico dedicato, ma per la sicurezza del paziente (terapie anticoagulanti principalmente). La letteratura specialistica ortopedica è orientata verso l'allungamento dei tempi a 72 ore.

Indicatori network regioni

Gli indicatori sono stati modificati centralmente e dal portale di governo regionale per l'anno 2023 hanno rappresentato in taluni casi una discontinuità. La scelta strategica aziendale è stata quella di seguire tale correzione di rotta, riservandosi di valutare gli esiti ed intervenire puntualmente sulle criticità riscontrate.

Percorso oncologico.

Allo stato dell'arte in fase di monitoraggio, si esplicitano qui gli indicatori da attenzionare:

1. Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata;
2. Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella;
3. Percentuale di donne con almeno due visite ambulatoriali di controllo a 18 mesi dall'intervento per tumore maligno alla mammella;
4. Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella;
5. Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella;
6. Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale);
7. Percentuale di pazienti che hanno eseguito almeno una colonscopia entro 18 mesi dall'intervento per tumore maligno al colon o al retto;
8. Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto;
9. Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero;
10. Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma;
11. Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon;
12. Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 10% tolleranza interventi annui.

Relativamente ai percorsi diagnostico terapeutici mammella e colon-retto, con conseguente miglioramento nel posizionamento degli indicatori.

Relativamente ai tempi di attesa, poiché rilevato dall'indicatore nel triennio, risentono

del periodo pandemico. Nell'anno 2023 tutti i tempi di attesa per interventi chirurgici oncologici sono stati rispettati.

Percorso Emergenza-Urgenza.

Indicatori non in linea 4/19:

1. Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore;
2. Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso;
3. Percentuale di accessi in Osservazione Breve;
4. Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

Dalle analisi ed approfondimenti si rileva che la percentuale di dimessi è tra le più alte in Regione, nonostante non in linea con il target del Network; l'OBI non è rilevabile perché non ancora accreditato nell'anno 2023. Azioni di miglioramento poste in essere invece per quanto riguarda la percentuale ricoveri chirurgici in reparti idonei: con la gestione del Bed Manager si attende un miglioramento.

IMA.

I razionali sono relativi a prescrizioni eseguite in dimissione. Esse sono state regolarmente fatte, ma con ricetta rossa e non Dem, pertanto non rilevate dall'indicatore.

Degenza media. "Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG".

Sono allo studio i dati dei razionali utilizzati da Regione per comprendere le azioni eventuali di miglioramento.

Qualità processo.

Nonostante gli indicatori del gruppo siano sovrapponibili a quelli di PNE relativi all'area ortopedica, si è deciso di mantenere il monitoraggio per completezza.

Tutti gli indicatori relativi alla frattura del femore presentano le stesse criticità di tempistica di intervento in urgenza, nel sottoinsieme over 65 e nella degenza preoperatoria per i motivi spiegati nel paragrafo PNE.

Rischio clinico.

Si analizzano casi di sepsi, embolia polmonare post operatoria e mortalità in DRG a basso rischio. Tutti gli indicatori presentano risultati non in linea. Sono allo studio i dati dei razionali utilizzati da Regione per comprendere le azioni eventuali di miglioramento.

Materno infantile.

Considerate non in linea le percentuali relative ai parti cesarei ed all'utilizzo di forcipe o ventosa.

Relativamente ai cesarei, le percentuali sono in linea con la media regionale e considerate soddisfacenti secondo indicatori di altre fonti, come PNE e CeDap. Saranno in ogni caso studiate le cartelle per eventuali azioni di miglioramento.

L'utilizzo di forcipe o ventosa è considerato un indicatore non correttamente sviluppato, in quanto l'ICD9 confonde i due strumenti ponendoli sullo stesso piano. Il reparto ricorre alla ventosa e non al forcipe.

Volumi.

Gli indicatori posti nella sezione "volumi" sono relativi alle dimensioni della struttura ed alla capacità di offerta. Rappresentano la dimensione di taluni denominatori intervenuti in specifici indicatori precedentemente analizzati. Per completezza sono stati inseriti nel target, nella ipotesi di valutare azioni di potenziamento. Il non raggiungimento o parziale raggiungimento viene solo elencato per esplicitare i singoli item:

1. Volumi interventi chirurgici per tumore alla tiroide per Classe di priorità A;
2. Volumi fratture del collo del femore operate;
3. Volumi per ricoveri per IMA STEMI;
4. Volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica;
5. Volumi per ricoveri chirurgici programmati;
6. Volumi ricoveri programmati;
7. Volumi interventi chirurgici per tumore alla mammella per Classe di priorità A;
8. Volumi interventi chirurgici per tumore al colon per Classe di priorità A;
9. Volumi interventi chirurgici per tumore al retto per Classe di priorità A;
10. Volumi interventi chirurgici per tumore all'utero per Classe di priorità A;
11. Volumi interventi chirurgici per melanoma per Classe di priorità A

Percentuale di implementazione delle raccomandazioni ministeriali

L'obiettivo per l'anno 2023 ha previsto l'aggiornamento delle procedure relative al Piano Annuale Risk Management. Le procedure complessive applicabili alla nostra struttura sono 19. Di queste, per l'osservanza si è reso necessario procedere alla individuazione di 8 procedure per le quali emettere procedure aggiornate. Di queste, 7 sono state emesse aggiornate nell'anno 2023. La raccomandazione 18 "prevenzione errori in terapia causati da abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli" è stata aggiornata ed emessa a gennaio 2024.

Finanziamenti struttura commissariale

Connesse ai finanziamenti della struttura commissariale erano previste le opere di: ampliamento del pronto Soccorso e creazione dell'area OBI con successivo accreditamento. Le fasi progettuali e di avvio lavori sono in attesa di approvazione regionale, le date previste nella seconda metà dell'anno 2023 verranno riportate sul 2024 una volta definite.

Pianificazione triennale

Similmente alle opere legate ai finanziamenti della struttura commissariale, anche per le opere a respiro triennale a finanziamento statale sono in fase di istruttoria e le date di inizio lavori dovranno essere ridefinite. Le opere in questione sono:

1. risparmio energetico struttura ospedaliera di Esine: pannelli fotovoltaici e cappotti esterni per isolamento;
2. piastra emergenza/urgenza con conseguente ampliamento aree sportelli, punto

prelievi, ambulatori specialistici.

Rischi corruttivi e trasparenza

Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) 2023/2025 è stato approvato con il decreto n.58 del 31.01.2023. Tale Piano risulta ritualmente pubblicato nella sezione “Amministrazione trasparente” dell’ASST ed è poi divenuto parte fondamentale del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023/2025 - programmazione per l’anno 2023, documento approvato con decreto n.187 del 30.03.2023.

Il predetto Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, e analogo paragrafo del PIAO, recepisce in maniera analitica le indicazioni del PNA 2019 in ordine alle modalità di analisi del rischio. In particolare, di seguito alla parte discorsiva del Piano, sono presenti, in formato tabellare:

- l’individuazione dei processi aziendali e dei connessi rischi;
- le misure preventive previste per i diversi processi, i connessi destinatari, gli indicatori di dette misure e la periodicità di rendicontazione;
- le misure preventive generali/trasversali.

Nel corso dell’anno 2023 si è proceduto al monitoraggio periodico, con due scadenze, 31.05.2023 e 30.11.2023, dello stato di attuazione nel 2023 delle misure previste nel Piano chiedendo formalmente (note prot. ASST n. 10765/23 del 11.05.2023 e prot. ASST 26625/23 del 08.11.2023) la rendicontazione dello stato di adozione, da parte di ciascuna articolazione aziendale, dell’attuazione delle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione.

Dall’analisi delle rendicontazioni pervenute al 31 maggio e 30 novembre u.s. si può ritenere che il livello di attuazione del Piano sia stato complessivamente soddisfacente, sia con riferimento alle misure di prevenzione specifiche previste per i diversi processi, sia con riferimento alle misure di prevenzione generali/trasversali.

I responsabili delle varie articolazioni aziendali non hanno segnalato, né riscontrato particolari anomalie, carenze e scostamenti dalle misure di prevenzione previste nel Piano.

I report delle singole UO/Strutture/Uffici e la tabella di report da parte del RPCT costituiscono, oltre che strumento per comprendere lo stato di attuazione del PTPCT, anche base per la programmazione delle misure preventive per il successivo triennio.

Relazione sull’attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza svolta nell’anno 2023 (registrata al prot. ASST il 01.02.2024 al n. 2635/24) è stata trasmessa, per gli adempimenti di competenza, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ed al Collegio Sindacale e pubblicata sulla competente sezione dell’“Amministrazione trasparente” del sito internet aziendale:

[http://amministrazionedigitale.asst-valcamonica.it/Pages/amministrazione trasparente v3 0/?code=AT.T0.10.40](http://amministrazionedigitale.asst-valcamonica.it/Pages/amministrazione%20trasparente%20v3%200/?code=AT.T0.10.40)

Nel corso del 2023 è stata formalizzata (registrata al prot. ASST il 27.07.2023 al n. 17384/23) Attestazione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni nell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30.06.2023 (corredata dalla relativa griglia di rilevazione) e pubblicata sulla competente sezione dell’“Amministrazione trasparente” del sito internet aziendale.

Recepimento di eventuali prescrizioni

Non risultano prescrizioni da parte degli Organi di Controllo di Regione Lombardia indirizzate all'Azienda dal 01.01.2023 al 31.12.2023.

Whistleblower

In coerenza con le indicazioni contenute nella delibera di giunta regionale DGR n. X/4878 del 07.03.2016 e come richiesto con nota prot. n. A1.2024.0038343 del 15.01.2024 dal direttore dell'Unità Organizzativa "Sistema dei Controlli, Prevenzione della corruzione e Trasparenza" di Regione Lombardia, il RPCT ha relazionato sull'attuazione degli adempimenti e misure di tutela dei dipendenti che segnalano illeciti e sugli esiti dell'efficacia dell'istituto relativamente all'arco temporale compreso tra il 01.01.2023 e il 31.12.2023, mediante l'utilizzo di un apposito format regionale, con nota registrata al prot. ASST il 14.02.2024 al n. 3828/24.

A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 24/2023 è stato approvato con decreto del Direttore Generale n.757 del 07.12.2023 il nuovo regolamento per l'attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti e soggetti equiparati, c.d. whistleblower, che segnalano illeciti e irregolarità.

Attività informativa, di impulso e di sensibilizzazione della cultura della legalità e trasparenza

Nel corso del 2023 il RPCT ha continuato l'attività di informazione e sensibilizzazione, già avviata nel corso degli anni precedenti, rivolta al personale dell'Azienda.

Sono state, infatti, trasmesse ai dirigenti responsabili competenti per materia le disposizioni normative, le comunicazioni, circolari, determinazioni, linee guida pubblicate da ANAC in tema di anticorruzione, al fine di agevolare, da parte dei dirigenti competenti, la realizzazione delle misure e delle indicazioni previste dalla stessa, nonché le comunicazioni pervenute dall'ORAC inerenti raccomandazioni e relazioni.

Attività formativa

Nel corso dell'anno 2023, ai fini dell'aggiornamento formativo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, sono state realizzate in Azienda due giornate formative in aula (27.09.2023 e 11.12.2023) con possibilità di fruizione anche in modalità on line. Tali eventi formativi hanno avuto come destinatari dipendenti neoassunti e dipendenti che non hanno mai partecipato agli eventi formativi in materia negli anni precedenti.

In tema trasparenza amministrativa, in data 27.04.2023 è stato organizzato in Azienda un evento formativo dal titolo "Trasparenza e accesso agli atti".

SEZIONE: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Piano triennale dei fabbisogni di personale

Con il decreto n.55 del 31.1.2023 è stato approvato il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il periodo 2023-2025, in base alla verifica istruttoria trasmessa da Regione Lombardia in data 30.1.2023 e nel rispetto delle indicazioni contenute nel Decreto emanato in data 8.5.2018 dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione, quale raccolta delle linee di indirizzo secondo le previsioni degli articoli 6 e 6-ter del Decreto Legislativo n.165/2001, come novellati dall'art.4 del Decreto Legislativo n.75 del 25.05.2017, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance e nel rispetto dei vincoli finanziari di natura regionale e nazionale, nonché tenuto conto Linee trasmesse da RL, nonché da quanto previsto dal D.M. 77/2022. Con DGR n.XII/671/2023 "Approvazione del Piano dei fabbisogni di personale triennio 2023-2025 della ASST della Valcamonica" Regione Lombardia ha approvato il PTFP 2023-2025.

In riferimento a quanto autorizzato la seguente tabella rappresenta, in teste, la consistenza del personale all'1.1.2023 e al 31.12.2023, da cui è possibile evincere un significativo incremento, nel limite di quanto autorizzato da Regione Lombardia con DGR cui sopra:

RAGGRUPPAMENTO PROFILI	AUTORIZZATO 2023	CONSISTENZA ALL'1.1.2023	CONSISTENZA AL 31.12.2023
DIRIGENZA MEDICA	198	170	167
DIRIGENZA VETERINARIA	0	0	0
DIRIGENZA SANITARIA	27	16	26
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2	1	1
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4	3	3
DIRIGENZA TECNICA	1	1	1
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	4	4	4
TOTALE DIRIGENZA	236	195	202
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	455	443	455
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	54	16	16
OSTETRICA	41	35	34
PERSONALE TECNICO SANITARIO	86	82	83
ASSISTENTI SANITARI	17	11	11
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0	0	0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	56	46	48

ASSISTENTI SOCIALI	24	17	20
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	78	74	74
OTA	3	3	3
OSS	165	155	175
AUSILIARI	9	9	6
ASSISTENTE RELIGIOSO	0	0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	144	125	137
PERSONALE COMUNICAZIONE- INFORMAZIONE	1	0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0	0	0
TOTALE COMPARTO	1.133	1.016	1.062
TOTALE COMPLESSIVO	1.369	1.211	1.264

Per l'anno 2023 la spesa complessiva per il personale dipendente è stata pari a € 67.516.650, di cui € 22.706.231 per il personale Dirigente e € 44.810.419 per il personale del comparto.

L'ASST nel corso dell'anno 2023, in forza di rapporto convenzionale con l'Università degli Studi di Brescia, ha finanziato la copertura dei costi per n.1 ricercatore universitario che svolge attività clinica e assistenziale presso il Presidio Ospedaliero per € 63.504.

L'ASST si è avvalsa inoltre della professionalità di n.9 Medici Convenzionati ACN in varie specialità per una spesa complessiva pari ad € 476.359.

Per l'anno 2023 l'ASST, al fine di supportare le rimanenti attività amministrative connesse all'emergenza COVID (tamponi- attività vaccinale- gestione sanzioni no vax, etc.), nonché a garantire la sostituzione mirata di alcune figure mancanti per lunghe assenze, ha sostenuto una spesa pari ad € 240.896 per i contratti di somministrazione lavoro.

In merito al personale con incarichi di lavoro autonomo, in continuità con gli anni precedenti, vi è la presenza di un novero significativo di professionisti legati all'Azienda. In particolare, la situazione di maggiore rilevanza attiene il personale libero professionista psicologo. Nel corso del 2023, infatti, nonostante l'avvenuta stabilizzazione di n.10 unità con rapporto di lavoro dipendente, l'erogazione delle prestazioni psicologiche, in ambito sia ospedaliero sia territoriale, è garantita da una pluralità di soggetti non dipendenti. Per quanto riguarda le prestazioni di lavoro autonomo erogate da altre figure professionali (dirigenti medici e altri sanitari non medici) esse non sono sostituibili con la medesima efficacia da personale dipendente (in quanto trattasi di prestazioni assicurate tramite accessi con orari limitati / attività progettuali/ interventi saltuari etc.).

Si segnala altresì che l'ASST della Valcamonica ha garantito l'erogazione di talune prestazioni sanitarie attraverso specifici rapporti convenzionali con altri enti del Servizio



Sanitario Regionale. Mentre in talune ipotesi si tratta di rapporti consulenziali a supporto dell'operatività delle UO ospedaliere e territoriali, in altre si tratta di erogazione di prestazioni dirette ad assicurare la continuità assistenziale, attraverso la copertura di turni di servizio (es. c/o SC "Pediatria", "SC Radiologia diagnostica", "SC Cardiologia" e "SC Pneumologia") altrimenti scoperti per carenza di personale interno.

Organizzazione del lavoro agile

Giovandosi dell'attività di stimolo del quadro normativo emergenziale l'ASST della Valcamonica ha proceduto a sviluppare la modalità di lavoro agile.

Appare di tutta evidenza come, per la peculiare attività assistenziale eminentemente ospedaliera svolta da questa Azienda, il lavoro agile rappresenti una modalità di esecuzione della prestazione lavorativa necessariamente limitata al solo personale del comparto non addetto all'assistenza diretta del paziente con alcune sporadiche eccezioni a favore del personale sanitario come ad esempio il personale titolare di incarichi di coordinamento.

Nel corso dell'anno 2021 è stato previsto un apposito giustificativo di valorizzazione delle giornate prestate in smart working incaricando i singoli dirigenti dell'approvazione di detto giustificativo e del monitoraggio e della rendicontazione delle prestazioni rese. Pertanto dirigente, in esito ad una previa valutazione delle attività esercitabili da remoto assicurava la percentuale più elevata possibile di lavoro agile organizzando all'uopo l'attività della struttura, restando invece onere del dipendente segnalare, attraverso apposita causale on-line la mancata presenza in ufficio ed interfacciarsi con la UOS Sistemi Informativi Aziendali per l'attivazione giornaliera della VPN.

Con la cessazione dello stato di emergenza dopo il 31.3.2022 la Direzione Strategica, con nota registrata al prot.ASST in data 17.3.2022 al n.6424, nelle more di una complessiva disciplina del suddetto istituto in grado di tenere necessariamente conto delle (allora) imminenti modifiche contenute nella Contrattazione Collettiva nonché di eventuali emanande linee guida di fonte Ministeriale, ha ritenuto di prorogare l'assetto organizzativo precedentemente in essere con la conseguenza che restano invariate le modalità operative vigenti fino a diversa comunicazione.

Anche l'approvazione del CCNL del 2.11.2022 non ha sostanzialmente modificato l'assetto vigente in assenza della necessaria attività di confronto con le OOSS, richiesta dal citato CCNL.

I dipendenti quindi, nell'attesa di un quadro regolamentare di dettaglio possono svolgere l'attività in modalità agile per non più di un giorno alla settimana, nel rispetto delle modalità già più sopra descritte.

Non può non rilevarsi come la sottoscrizione del CCNL relativo al personale del comparto sanità avvenuto definitivamente in data 2.11.2022 abbia apportato alla complessiva regolamentazione dell'istituto una decisa spinta innovatrice.

Deve però parimenti prendersi atto di come al momento, sia in corso la redazione della specifica regolamentazione prodromica all'attività di confronto imposta dall'art. 6, comma 3, lett i) finalizzata ad instaurare un dialogo approfondito con le OOSS in merito ai "criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi".

Alla luce di quanto sopra, pertanto, l'applicabilità di quanto disciplinato dal CCNL resta subordinata all'adozione di una specifica regolamentazione, necessariamente oggetto di previo confronto con le OOSS attualmente in fase di redazione.

Piano Formativo Aziendale

Con decreto n.108 del 23.2.2023 è stato adottato il Piano aziendale per la Formazione e l'aggiornamento del personale, con contestuale impegno di spesa. Con decreto n.471 del 03.08.2023 il Piano stato integrato con n.5 eventi, di cui 4 residenziali accreditati ECM e 1 FAD non accreditato ECM.

Il provider ECM dell'ASST Valcamonica accredita e registra sul curriculum formativo individuale la formazione interna rivolta a tutte le figure professionali e l'attività formativa esterna svolta in orario di servizio.

A partire dal 2023, è iniziato il nuovo triennio che prevede l'acquisizione di 150 crediti formativi, salvo bonus previsti dalla commissione nazionale ECM
 In sintesi nel 2023 sono stati realizzati n.135 edizioni di eventi, di cui n.126 eventi ECM e n.9 non ECM.

Di seguito sono presentati i dati riguardanti il volume di attività svolta all'interno dell'azienda per realizzare il Piano Formativo accreditato nella piattaforma ECM di Regione Lombardia, gli eventi accreditati presso CROAS per gli assistenti sociali e gli eventi rivolti ad altre figure professionali non sanitari.

VOLUME DI ATTIVITA' DI FORMAZIONE - ANNO 2023					
DETTAGLIO PER TIPOLOGIA					
TIPOLOGIA	N.	EDIZIONI	PARTECIPANTI	CREDITI TOTALI	ORE TOTALI
PROGETTI FSC	17	34	710	12.581	11.917
PROGETTI FAD - Blended-Webinar	13	36	2.639	16.431,3	12.926
CORSI RESIDENZIALI	35	65	1.432	11.053,6	9.577
TOTALI	65	135	4.781	40.065,9 *	34.423

* Totale crediti per i diversi ruoli (docenti, tutor, partecipanti, RS)

I partecipanti ai corsi interni sono n.4781 di cui n.727 appartenente al personale dell'area dirigenziale e n.4054 appartenente al personale del comparto. Per i soli eventi accreditati ECM, si indica il prospetto che segue:

Professione	Partecipazioni per professione	Crediti Totali Per Professione	Totale eventi per professione
Tecnico sanitario di radiologia medica	72	938,7	18
Fisico	1	21,6	1



Tecnico di neurofisiopatologia	1	15,2	1
Psicologo	119	1246,1	16
Fisioterapista	84	893,7	29
Farmacista	12	135,4	7
Igienista dentale	1	7,4	1
Biologo	18	186	10
Ortottista/assistente di oftalmologia	3	23	2
Medico chirurgo	448	4355	74
Tecnico sanitario laboratorio biomedico	120	1194,9	20
Educatore professionale	32	361,5	18
Logopedista	12	121,9	7
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	5	53,7	4
Dietista	4	50,6	4
Infermiere	1646	21876,1	112
Odontoiatra	1	7,4	1
Tecnico audiometrista	1	3,9	1
Assistente sanitario	47	480,2	25
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	4	33,8	2
Ostetrica/o	148	2173,5	39

Nel 2023 è stato realizzato n° 1 evento con sponsorizzazioni dal titolo: "Vaccinazioni Dell'adulto: Stato Dell'arte E Interazione Ospedale Territorio". Gli eventi realizzati, in attuazione della convenzione con l'Ordine degli Assistenti Sociali per l'erogazione di crediti formativi al

personale dipendente della nostra azienda, sono stati i seguenti:

Assistenti sociali a confronto	10.3.2023 – 10.11.2023	ID 50186 6 crediti+2 deont
Uso abuso-dipendenza da tecnologie digitali negli adolescenti e nei giovani adulti	22.6.2023	ID 51017 5 crediti + 2 deont
Il conflitto: questo “conosciuto” che affatica:teorie, tecniche e strumenti per gestire le diverse forme di conflitto	23.05.2023	ID 50811 5 crediti + 2 deont
Prospettive diacroniche sullo spettro dell'autismo di livello 1: la complessità diagnostica E la presa in carico dall'età' evolutiva all'età adulta	23.11.2023 – 06/2.2023	ID 53776 12 crediti + 4 deont

Le richieste di aggiornamento obbligatorio esterno sono in linea con il 2022 e notevolmente aumentate rispetto agli anni della Pandemia.

Formazione esterna anno 2023			
Tipologia	Totale richieste	sospese	Costi diretti
Aggiornamento obbligatorio fuori sede	205	6	€ 30.864,70

Formazione esterna anno 2022			
Tipologia	Totale richieste	sospese	Costi diretti
Aggiornamento obbligatorio fuori sede	229	4	€ 18.172,30

Formazione esterna anno 2021			
Tipologia	Totale richieste	sospese	Costi diretti
Aggiornamento obbligatorio fuori sede	258	12	€ 14.756,00

Formazione esterna anno 2020			
Tipologia	Totale richieste	sospese	Costi diretti
Aggiornamento obbligatorio fuori sede	91	19	€ 2.750

Si mette in evidenza il numero di ore di formazione per OBIETTIVI FORMATIVI come da normativa regionale ECM

OBIETTIVI FORMATIVI	N. eventi	ORE DI FORMAZIONE
OBIETTIVI DI PROCESSO	11	4.171
OBIETTIVI DI SISTEMA	75	16.496
OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI:	49	13.756
TOTALE	135	34.423

I dati raccolti per gli indicatori di qualità circa il **livello di gradimento** mettono in evidenza un aspetto molto positivo:

- gradimento medio di tutti gli eventi: 3,50/4
- n. di eventi con gradimento accettabile per il nostro standard: 97,04 %

La gestione economica dell'attività formativa è in linea con gli anni pre-pandemia, sia per la formazione in sede che fuori sede.

I costi diretti complessivi per la formazione in sede sono stati pari a € 88.435,00, a fronte di un budget stanziato di € 109.000,00. La spesa per la formazione esterna è stata corrispondente a € 18.172,30, a fronte di un budget disponibile di € 20.000,00.

La valutazione dei risultati della formazione è uno dei capitoli che maggiormente interessa il formatore aziendale. La bibliografia riguardante tale argomento non trova a tutt'oggi una definizione esaustiva, tuttavia una valutazione costi e benefici nell'attività formativa è possibile: nei suoi aspetti economici (costi indiretti e diretti); nei suoi contenuti; nell'atteggiamento aziendale nei confronti dell'amministrazione.

E' importante però, evidenziare quanto viene applicato nell'organizzazione; infatti il committente, ricevuti i risultati della formazione effettuata, deve impegnarsi a tradurli in concreto. Siamo convinti che il processo formativo contenga anche la parte del trasferimento risultati, come suggerisce anche l'Ente terzo in occasione della visite ispettive annuali per la certificazione di qualità.

La valutazione avviene a diversi livelli:

1) Valutazione ex ante

Durante la fase di progettazione Lo scrivente ha da sempre instaurato il sistema del "patto formativo" tra Committente /formatore/ gruppo progetto/partecipanti così da essere chiaro per tutti la definizione del risultato atteso.

2) Valutazione in itinere

Durante l'attività formativa, viene valutato con i Docenti e soprattutto con il Tutor d'aula nominato dall'ufficio formazione e in rappresentanza di questa, il lavoro svolto giornata per giornata e come questo permetta di raggiungere i risultati formativi sperati (gli obiettivi didattici). "Patto formativo" chiaro tra Docenti/ Coordinatore del corso/ Partecipanti.

3) Valutazione ex post

Al termine del percorso, prima delle disposizioni ECM con uno strumento molto più complesso ed ora con un modello aziendale standardizzato, il partecipante esprime il proprio parere su obiettivi, docenza, metodologia. Il Tutor compila una scheda su alcuni aspetti riguardanti: clima d'aula; come si sono posti i docenti; come si sono posti i partecipanti, come sono stati raggiunti i risultati. La valutazione della customer, come richiesta da Regione Lombardia nella

DGR 3243 dell'8/4/2011, prevede i valori da 0 a 4 con una soglia minima di 2,75 ed il valore obiettivo di 3,00.

La media complessiva degli eventi è pari a 3,5.

Gli eventi con customer sotto la soglia di 2,75 sono stati solamente 4 su 135.

In sintesi il Piano Formativo 2023 ha avuto un esito positivo con un grosso incremento di attività post periodo pandemico.

Sono stati erogati oltre 40.000 crediti al personale e realizzati 135 eventi comprensivi delle diverse tipologie.

Il personale dell'ufficio formazione è stato stabilizzato quasi completamente.

Non ci sono state critiche o NC rilevate dall'ufficio e si ritiene che il livello di soddisfazione degli eventi sia più che buono.

SINOTTICO 2023

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2023	RENDICONTAZIONE 2023	RAGGIUNGIMENTO
Contrasto al COVID OBIETTIVO AZIENDALE	Realizzazione dei livelli di offerta per la campagna vaccinale per il contrasto alla pandemia da COVID-19	Garanzia di almeno l'8% del personale medico e infermieristico dedicato; Rispetto dei target numerici e temporali previsti		Rendicontazione 2023 non richiesta in quanto l'attività si è conclusa nel 2022	
	Realizzazione dei livelli di offerta per la sorveglianza e monitoraggio tramite esecuzione di tamponi	Garanzia di almeno l'8% del personale medico e infermieristico dedicato; Rispetto dei target numerici e temporali previsti		Rendicontazione 2023 non richiesta in quanto l'attività si è conclusa nel 2022	
Attuazione LR. 22 OBIETTIVO AZIENDALE	Potenziamento rete territoriale: Ospedali di Comunità	circolari attuative regionali secondo indicazioni della DG Welfare	rispetto cronoprogramma	Progettazioni concluse; Lavori affidati: ODC EDOLO Decreto n.451/2023; ODC ESINE Decreto n.460/2023	SI
	Potenziamento rete territoriale: Case di Comunità	circolari attuative regionali secondo indicazioni della DG Welfare	rispetto cronoprogramma	Progettazioni concluse; Lavori affidati: CDC BERZO INF. Decreto n.439/2023; CDC CEDEGOLO Decreto n.442/2023; CDC OSSIMO Decreto n.447/2023; CDC EDOLO Decreto n.448/2023; CDC PONTE DI LEGNO Decreto n.499/2023; CDC DARFO B.T. Decreto n.502/2023; CDC BRENO Decreto n.503/2023	SI
	Potenziamento rete territoriale: Centrali Operative Territoriali	circolari attuative regionali secondo indicazioni della DG Welfare	rispetto cronoprogramma	Approvazione Certificato di Regolare Esecuzione decreto n.386/2023 del 29/6/2023	SI
	Istituzione dei Distretti e nomina direttori	decreti attuativi		Rendicontazione 2023 non richiesta in quanto l'attività si è conclusa nel 2022	
	Approvazione POAS	decreti attuativi		Rendicontazione 2023 non richiesta in quanto l'attività si è conclusa nel 2022	
Efficienza OBIETTIVO AZIENDALE	Piano di ripresa anno 2023: volume prestazioni di ricovero	raggiungimento del valore economico previsto nel contratto con ATS	mantenimento	attività di ricovero superiore al budget contrattuale: 33.683.490 € (31.964.105 budget). Aumento richiesto da obiettivi DGW per incremento attività chirurgica programmata.	SI
	Piano di ripresa anno 2023: volume prestazioni di specialistica ambulatoriale	raggiungimento del valore economico previsto nel contratto con ATS	mantenimento	attività di specialistica ambulatoriale pari al 103% del contratto: 18.794.857 € (17.917.502 budget 97%)	SI
	Piano di ripresa anno 2023: volume prestazioni di screening	raggiungimento del valore economico previsto nel contratto con ATS	mantenimento	attività di screening pienamente rispondente ai target di invito e adesione richiesti da ATS. Valore produzione: 593.089 (717.974 budget). Il budget contrattuale considera anche lo screening cervico-vaginale, test HPV non più eseguito dalla ASST da agosto 2022, mancata rimodulazione del budget	SI
Accessibilità e soddisfazione utenza OBIETTIVO AZIENDALE	Liste d'attesa. Rispetto del tempo massimo	Rispetto del tempo massimo per ricoveri chirurgici programmati oncologici classe A	'>=90%	'100%. Report SDO ufficiali 2023	SI
		Rispetto del tempo massimo per ricoveri chirurgici programmati non oncologici	'>=85%	'100%. Report SDO ufficiali 2023	SI
		Specialistica ambulatoriale diagnostica	'>=90%	'80%. Risultano nei tempi previsti per ogni priorità 132 prestazioni su 164	NO
		Specialistica ambulatoriale prime visite	'>=90%	'84%. Risultano nei tempi previsti per ogni priorità 46 prestazioni su 55	NO
		Aumento slot prenotabili	+10%	obiettivo modificato secondo indicazione DGW. Aumento prestazioni PNGLA raggiunto.	SI
Trapianti OBIETTIVO AZIENDALE	Donazione cornee	n. donatori/n. decessi	target 10%	14,20%	SI
	Donazione tessuti ossei da vivente	n. donatori/n. protesi impiantate in elezione	target 10%	11,8%	SI
	cute, multitecuto, organi	n. donatori/n. Decessi*	indicazioni DGW	2 donazioni, indicazioni non pervenute	SI
Efficienza OBIETTIVO AZIENDALE	Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	'30/60 giorni	La gestione dei pagamenti verso fornitori ha garantito il rispetto delle scadenze delle fatture (30/60 giorni, fatto salvo i contratti vigenti con altre tempistiche) e la corretta e completa alimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) ora Area Rgs. L'indicatore di tempestività dei pagamenti annuo è pari - 21,43. In dettaglio la rilevazione trimestrale sulla PCC: <input type="checkbox"/> per il 1°trim. si rileva sulla PCC un Indicatore di tempestività dei pagamenti pari a -23,64; <input type="checkbox"/> per il 2°trim. si rileva sulla PCC un Indicatore di tempestività dei pagamenti pari a -21,64; <input type="checkbox"/> per il 3°trim. si rileva sulla PCC un Indicatore di tempestività dei pagamenti pari a -18,98; <input type="checkbox"/> per il 4°trim. si rileva sulla PCC un Indicatore di tempestività dei pagamenti pari a -21,43.	SI
Trasparenza e Anticorruzione OBIETTIVO AZIENDALE	Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTTI	Deliberazione di adozione del PTPC e PTTI	entro i termini di legge	Decreto n. 58 del 31/01/2023	SI
	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	Trasmissione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale	Relazione annuale 2023 in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza nota prot.ASST n.2635/24 del 01/02/2024	SI

SINOTTICO 2023

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2023	RENDICONTAZIONE 2023	RAGGIUNGIMENTO
	Monitorare l'attuazione del PTPC e del PTTI	- Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione - Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC e del PTTI pubblicata sul sito	evidenza documentale (pubblicazione relazione annuale circa l'attuazione del PTPC secondo il modello ANAC e pubblicazione attestazione OIV)	Attestazione del NVP prot.ASST n.17384/24 del 27/07/2023 Relazione annuale del 01/02/2024 pubblicata sulla competente sezione dell'Amministrazione trasparente del sito aziendale	SI
Efficienza	Spesa per Beni e Servizi	Rispetto della assegnazione preventiva	<= BPE 2023	in sede di assestamento assegnazione rispettata	SI
	Razionalizzazione delle risorse	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate.	>= 65% Adesione ovvero target definito da RL	La percentuale è pari al 78% sul totale delle procedure effettuate	SI
Efficacia	Indicatori di OUTCOME	-Dimissioni volontarie	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	Esine: 1,5 / 7 = 21% Edolo: 0 / 2 = 0%	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
		-Trasferimenti tra strutture	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	Esine: 2 / 7 = 29% Edolo: 0 / 2 = 0%	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
		-Mortalità totale	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	Esine: 3 / 7 = 43% Edolo: 2 / 2 = 100%	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
		-Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg con stesso MDC	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	fascia arancione, raggiunto miglioramento rispetto al 2022	SI
		-Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore da ammissione	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	Esine fascia arancione, raggiunto miglioramento rispetto al 2022 Edolo fascia verde, raggiunto	SI
		-Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore da ammissione (assistiti >=65 anni)	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	Esine fascia arancione, raggiunto miglioramento rispetto al 2022 Edolo fascia verde, raggiunto	SI
		-Ricoveri ripetuti	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	Esine: 3,5 / 7 = 50% Edolo: 0,5 / 2 = 25%	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	-Ritorni in sala operatoria	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	Esine: 4,5 / 7 = 64% Edolo: 2 / 2 = 100%	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	
	indicatori PNE	Area cardiologica: 3 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	fascia verde, raggiunto	SI
		Area chirurgica: 2 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	fascia verde, raggiunto	SI
		Area ostetrica/ginecologica: 3 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	fascia gialla, raggiunto miglioramento rispetto al 2022	SI
		Area neurologica: 1 indicatore	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	fascia verde, raggiunto	SI
		Area oncologica: 4 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	fascia arancione, non raggiunto	NO
		Area ortopedica: 2 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	fascia gialla, non raggiunto	NO
Area pneumologica: 1 indicatore		1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	fascia verde, raggiunto	SI	
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	indicatori Network regioni	Area oncologica: 22 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	12 / 22 = 55%	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
		Area emergenza urgenza: 8 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	15 / 19 = 79%	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
		IMA: 3 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	2 / 3 = 67%	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
		Degenza media: 3 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	0 / 2 = 0%	NO
		Appropriatezza chirurgica: 5 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	1 / 5 = 20%	NO
		Qualità processo: 5 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	0,5 / 9 = 6%	NO
		Rischio clinico: 3 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	0,5 / 3 = 17%	NO
		Materno infantile: 7 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	3,5 / 8 = 44%	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
		PS: 2 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	2 / 2 = 100%	SI
		Farmacia: 4 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	4 / 4 = 100%	SI
		Volumi: 15 indicatori	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	5,5 / 15 = 37%	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
		Percentuale ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno (C8A.20)	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	1 / 1 = 100%	SI

SINOTTICO 2023

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2023	RENDICONTAZIONE 2023	RAGGIUNGIMENTO
		Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche (C8a.13.2)	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	1 / 1 = 100%	SI
		% di ricoveri medici oltresoglia > 65 anni (C14.4)	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	0 / 1 = 0%	NO
		Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	1 / 1 = 100%	SI
		Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	1 / 1 = 100%	SI
		Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	0 / 1 = 0%	NO
		% dimissioni volontarie-Ricoveri chirurgici	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	0 / 1 = 0%	NO
		% dimissioni volontarie-Ricoveri medici	1) fascia verde (1/2); 2) <=anno precedente	0 / 1 = 0%	NO
	108 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza	Attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici al fine di ridurre la degenza media dei ricoveri riferiti all'obiettivo	1) (indicatori patologia) fascia verde (4/5) 2) ATS <=21%	14%	SI
Accessibilità e soddisfazione utenza	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	>= 90%	90%	SI
	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	>= 90%	92%	SI
	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	procedure di urgenza <= 15 Procedure ordinarie <=60	procedure di urgenza <= 15: 100% Procedure ordinarie <=60: 100%	SI
Benessere del personale	Smaltimento ferie annuali	rispetto pianificazione ferie entro 31/12 di ogni anno	90%	Con cadenza semestrale la SC trasmette alla Direzione e alle strutture interessate il report in merito alle ore straordinarie, ferie arretrate , ore lavorate e ore teoricamente dovute, ripartite per profilo con relative medie rispetto alle risorse FTE dell'anno. Inoltre i medesimi dati sono condivisi con le OO.SS	SI
	Contenimento ore straordinarie	rispetto budget assegnato alla UO	100%	Con cadenza semestrale la SC trasmette alla Direzione e alle strutture interessate il report in merito alle ore straordinarie, ferie arretrate , ore lavorate e ore teoricamente dovute, ripartite per profilo con relative medie rispetto alle risorse FTE dell'anno. Inoltre i medesimi dati sono condivisi con le OO.SS	SI
	Regolare attestazione della presenza dei dipendenti	N. verifiche a campione sulla presenza in servizio	Almeno n.3 verifiche a campione svolte tra i reparti ospedalieri o del territorio	Eseguite nel corso dell'anno n.4 verifiche	SI
	Copertura fabbisogni del personale	Organico in servizio / organico da fabbisogno nell'anno di rilevazione	Rilevazione personale in ciascun trimestre	Rilevazione svolta mensilmente per la Direzione, nonché all'interno del CET	SI
	Incidenza ore di formazione	N. ore di formazione sul campo/totale ore di formazione x 100	>= 20%	35,11%	SI
Dematerializzazione	Implementazione alla dematerializzazione di documenti attraverso l'utilizzo del protocollo informatico, al software di gestionale "angolo del dipendente".	Attività programmate per passaggio da digitale a informatizzato/ Attività previste	100%	Nel corso del 2023 sono state dematerializzate le richieste di permesso tramite l'Angolo del dipendente	SI
Qualità e Risk Management	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni ministeriali	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	100%	87,50%	NO
Acquisti e gare	Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing: ristorazione, lavanolo, pulizie	1. aumento questionari compilati; 2. questionari esito soddisfacente/ totale questionari	1. >2019; 2 >=90%	Nel 2023 sono stati somministrati 40 questionari (35 nell'anno 2019) e si è ottenuto il 91% di gradimento (nel 2019 era il 90%)	SI
	Interventi Strutturali	Case di Comunità; Ospedali di Comunità	Conclusione di tutte le progettazioni esecutive entro il 31/03/2023, Affidamento dei lavori di tutti gli interventi entro il 31/12/2023	Progettazioni concluse; Lavori affidati: CDC BERZO INF. Decreto n.439/2023; CDC CEDEGOLO Decreto n.442/2023; CDC OSSIMO Decreto n.447/2023; CDC EDOLO Decreto n.448/2023; CDC PONTE DI LEGNO Decreto n.499/2023; CDC DARFO B.T. Decreto n.502/2023; CDC BRENO Decreto n.503/2023; ODC EDOLI O Decreto n 451/2023; ODC ESINE Decreto n 460/2023	SI
		rifacimento impianto climatizzazione PO Edolo	Inizio lavori entro il 30/9/2023	affidamento dei lavori decreto n. 574/2023; verbale di consegna lavori in data 28/09/2023	SI
		Adeguamento strutturale a seguito verifica di vulnerabilità sismica (Edificio D e Edificio I) Ospedale di Esine: affidamento incarico	Approvazione progetto esecutivo entro il 31/07/2023, inizio lavori 30/9/2023	affidamento dei lavori decreto n. 457/2023; verbale di consegna lavori in data 14/09/2023	SI
		Utilizzo delle economie derivanti dalla conclusione dall'intervento "Manutenzione straordinaria e nuovo ingresso raccordo con S.S. n.42 presso il Presidio ospedaliero di Esine.":	Consegna lavori entro il 30.6.2023	consegna lavori in data 11/04/2023	SI
		Stroke unit	Consegna lavori entro il 31/3/2023	consegna lavori in data 06/03/2023	SI

SINOTTICO 2023

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2023	RENDICONTAZIONE 2023	RAGGIUNGIMENTO	
Opere ed investimenti	Finanziamenti struttura commissariale	Pronto Soccorso area OBI	Avvio lavori entro il 30/6/2023	In attesa di approvazione della rimodulazione inviata in Regione. Prot. 29204/23	NO	
		Pronto Soccorso ampliamento	Progetto esecutivo entro 30.9.2023, in attesa di riallineamento Quadro Economico	In attesa di approvazione della rimodulazione inviata in Regione. Prot. 29204/23	NO	
	Finanziamenti per messa a norma antincendio	Ospedale di Edolo	Fine lavori entro il 31/12/2023	approvazione Certificato di Regolare Esecuzione decreto n.786/2023 del 14/12/2023	SI	
		Sede territoriale di Darfo	Fine lavori entro il 30/6/2023	certificato di fine lavori in data 20/01/2023; approvazione Certificato di Regolare Esecuzione decreto n.597/2023 del 05/10/2023	SI	
		Sede territoriale di Breno	Inizio lavori entro il 31/3/2023	verbale di inizio lavori in data 16/03/2023	SI	
	Pianificazione triennale	Risparmio energetico PO Esine	Secondo finanziamento statale/atto integrativo	Finanziamento ancora in istruttoria	NO	
		Piastra emergenza/urgenza: ricollocazione CUP, punto prelievi, ambulatori	Secondo finanziamento statale/atto integrativo	Finanziamento ancora in istruttoria	NO	
		Piastra emergenza/urgenza: ulteriore ampliamento attività ambulatoriale	Secondo finanziamento statale/atto integrativo	Finanziamento ancora in istruttoria	NO	
	Tecnologie	DGR_XI_2468_2019 – Mammografo, TAC e angiografo: nel corso del triennio 2020-2022 verranno installate le apparecchiature finanziate da Regione Lombardia. Per l'anno 2021 si prevede l'installazione della TAC, per il 2022 l'installazione dell'angiografo			Rendicontazione 2023 non richiesta in quanto l'attività si è conclusa nel 2022	
		missione 6.C2-1.1.2 PNRR: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie). Apparecchiature finanziate: n.01 ecografo, n.01 mammografo, n.01 ortopantomografo, n.01 RMN	installazione di n.01 mammografo e n.01 ortopantomografo	Conclusa installazione mammografo e installazione software richiesti dalla radiologia in data 05/03/2024. La gara Consip riguardante l'Ortopantomografo è sospesa in attesa di giudizio del TAR.	SI	
	Sistemi informativi	progetto accoglienza: prenotazione, accessi, code, pagamenti		Progetto attuabile, concluso. Richiesto a Regione la disponibilità delle specifiche per la realizzazione dei 2 P.ti non implementati. Si realizzeranno solamente se la documentazione è disponibile e se il finanziamento è ancora utilizzabile. In caso contrario il progetto si conferma concluso.	SI	
		sale operatorie: informatizzazione lista interventi programmati		Progetto concluso. Applicativo attualmente in produzione	SI	
		cartella clinica informatizzata		rispettato cronoprogramma regionale	SI	
		sistema di autenticazione dell'utente, firma pades entro il 31/12/2023		rispettato cronoprogramma regionale	SI	
		cyber sicurezza		rispettato cronoprogramma regionale	SI	
	Migrazione nuovo applicativo ps; aggiornamento attuale software in dimissione		Progetto (PNRR) in fase di realizzazione. Si stanno rispettando i cronogrammi	SI		