

## RELAZIONE SULLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2019



Esine, li 29.6.2020

# INDICE

## RELAZIONE SUL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2019

### Indice generale

INDICE.....	2
RELAZIONE SUL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2019.....	2
1. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI.....	3
2. PREMESSA.....	4
3. DEFINIZIONE AREE OBIETTIVI SUL TRIENNIO.....	5
4. L'AZIENDA IN NUMERI: ATTIVITA' E PERSONALE.....	6
5. LA MAPPA STRATEGICA.....	14
6. LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE.....	16
I PROGETTI ANNUALI.....	16
I PROGETTI TRIENNALI.....	19
7. LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE E IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE.....	19
8. PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE.....	22

# 1. 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”;
- LR n.23/2015 “Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- LR n.15 del 28.11.2018 “Modifiche al Titolo I, al Titolo III e all’ Allegato 1 della l.r. 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 1046 del 17.12.2018 “Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio-sanitario per l'esercizio 2019”.
- Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2020, approvato con delibera ANAC n.1064/2019, che formula compendia in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni fornite fino ad oggi.

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

## 2. PREMESSA

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

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

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

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

Il presente Piano della Performance, valevole per l'anno 2019, 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 2019 degli obiettivi da perseguire nel triennio 2019-2021. Il documento allinea gli obiettivi che prendono spunto dai contenuti della DGR 1046 del 17.12.2018 "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019".

Alcuni obiettivi di performance relativi all'anno 2018 contenevano un set minimo di indicatori comuni a tutte le aziende ospedaliere, estrapolati dal Portale DWH della Regione, sulla base di indicazioni elaborate nell'ambito della collaborazione con Agenas e con il Network delle Regioni. Erano inoltre presenti numerosi altri indicatori elaborati da Crisp e che continuano ad essere monitorati in parallelo. L'evoluzione del Portale PRIMO includerà il set di indicatori e la loro valutazione; gli incontri di definizione prevederanno il coinvolgimento dell'OIV e della Giunta Regionale, di concerto con la DG Salute.

Nel presente Piano vengono riportati tutti gli obiettivi assegnati ai vari Dipartimenti ed alle Unità Operative aziendali in base al Documento di Programmazione 2019 e, ovviamente, degli obiettivi generali previsti dalle "Regole di sistema 2019".

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. 58 del 28.1.2015, successivamente integrato ed implementato con decreto n. 28 del 27.01.2016 , n. 83 del 31.01.2018 e con decreto n. 72 del 30.01.2019.

### 3. DEFINIZIONE AREE OBIETTIVI SUL TRIENNIO

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

Nel corso dell’anno 2016 anche attraverso la ridefinizione di taluni rapporti in termini di personale e funzioni, è stato predisposto il nuovo Piano dell’Organizzazione Aziendale e Strategico approvato a partire dal 1 luglio 2017 da parte di Regione Lombardia.

L'utilizzo comune delle **risorse umane**, se da un lato consente comunque di conseguire economie di scala, soprattutto per quanto riguarda le attività amministrative, dall'altro comporta tutta una serie di difficoltà che si manifestano nel tentativo – peraltro riuscito – di soddisfare gli adempimenti richiesti in relazione alla duplice natura aziendale.

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

- il piano Qualità e Rischio Clinico;
- gli obiettivi di budget;
- il Piano della Trasparenza e il Piano della Prevenzione della Corruzione;
- il Piano Integrato di Miglioramento dell’Organizzazione;
- il Piano degli investimenti;
- indicatori di qualità del Governo clinico

In continuità con l'anno 2018, anche per il 2019, si considerano i seguenti punti:

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

Per perseguire gli obiettivi posti, è risultato necessario uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione e controllo, per adeguatamente supportare gli interventi innovativi o correttivi. Tali attività sono state realizzate anche con l'utilizzo di definiti documenti, strumenti e metodi, che ne costituiscono elemento essenziale, vale a dire:

- il presente Piano delle Performance che si sviluppa su di un arco triennale declinandovi i principali obiettivi strategici;
- il Documento di programmazione che rappresenta lo strumento di programmazione annuale;
- il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui di 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.

#### 4. 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, l'attività territoriale e la fotografia della dotazione organica al 31.12.2019.

##### Erogazione Ospedaliera in cifre

Produzione per ricoveri al 31.12.2018 e al 31.12.2019:

<b>Produzione</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Residenti	€27.651.049	€25.382.504
Mobilità attiva	€5.338.881	€6.019.519
<b>Totale</b>	<b>€32.989.930</b>	<b>€31.400.000</b>

Produzione per specialistica al 31.12.2018 e al 31.12.2019:

<b>Produzione</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Residenti	€16.340.870	€16.802.879
Mobilità attiva	€2.539.167	€2.481.086
<b>Totale</b>	<b>€18.880.038</b>	<b>€18.899.288</b>

### **Dotazione di posti letto e indicatori di ricovero**

La dotazione si riferisce ai letti attivati in regime ordinario e diurno. A questi si aggiungono i letti tecnici come le culle e i letti di dialisi e quelli utilizzati per le Macro Attività Complesse.

TOTALE	<b>2019</b>
posti letto ordinari + dh (attivati)	314
gg degenza (ricoveri ordinari + dh)	78.915
peso medio ricoveri ordinari	1,021
numero interventi chirurgici	4.591
di cui esterni	1.283
totale procedure chirurgiche	7.338

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

Nell'ambito dell'attività territoriale della ASST, a gestione diretta sono le offerte di servizi sociosanitari quali i Consulteri Familiari e il SERD.

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

Si articola nelle seguenti Unità Operative:

- **Servizio Tossicodipendenze**

DARFO BT - via Cercovi, 2 - Tel 0364 540236

- **Servizio di Alcologia e Dipendenze Comportamentali**

DARFO BT - via Cercovi, 2 - Tel 0364 540236

CEDEGOLO – Via Nazionale, 1

- **Centro Trattamento Tabagismo - CTT**

DARFO BT - via Cercovi, 2 - Tel 0364 540200

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

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



Nel 2019 il Servizio Territoriale Dipendenze ha avuto in carico un totale di N. 540 utenti suddivisi nelle rispettive unità di offerta come segue:

- Servizio Tossicodipendenze: utenti N. 251
- Servizio Alcologia: utenti N. 193
- Utenti da Prefettura: utenti N. 15
- Utenti da Commissione Patenti: utenti N. 164
- Familiari o educatori: utenti N. 24
- Giocatori d'azzardo patologici: utenti N. 39
- Centro trattamento Tabagismo: utenti N. 56
- Pazienti con patologie da tecnica digitale: utenti N. 3
- Altro: utenti N. 8

## Consultori Familiari:

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

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

Qui di seguito si rappresentano alcuni valori relativi all'attività svolta da entrambi i Consultori su tutte e tre le sedi:

	NUMERO PRESTAZIONI		
	TOTALE	435	767
Consultorio Ginecologico - 2019 terzo trimestre	breno	darfo	edolo
697 - INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	1	3	7
89261 - PRIMA VISITA GINECOLOGICA	167	195	176
89262 - VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	96	104	79
89263 - PRIMA VISITA OSTETRICA	11	44	28
89264 - VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	35	151	60
89268 - BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - PRIMA VISITA	-	11	3
89269 - BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - CONTROLLO	-	17	9
91385 - ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	60	121	89
91484 - PRELIEVO CITOLOGICO	60	121	89
9617 - INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE	-	-	1
9618 - INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE	3	-	1
9771 - RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	3	-	-

La tabella sopra esposta è relativa all'attività dei Consultori per la parte Ostetrico-Ginecologica, compreso il prelievo citologico per lo screening cervico-vaginale.

	NUMERO PRESTAZIONI		
	TOTALE	5.147	4.160
<b>Consultorio Psicologico - 2019 terzo trimestre</b>	<b>breno</b>	<b>darfo</b>	<b>edolo</b>
00100 - VISITA COLLOQUIO	232	119	48
00101 - COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO	1.049	975	519
00102 - COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE	897	833	577
00103 - COLLOQUIO DI VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA	195	180	101
00104 - COLLOQUIO DI SOSTEGNO	1.148	1.057	955
00201 - MEDIAZIONE FAMILIARE	27	-	-
00202 - CONSULENZA FAMILIARE	179	68	32
00301 - RELAZIONI COMPLESSE - ADOZIONE NAZIONALE/INTERNAZIONALE	12	-	-
00303 - RELAZIONI COMPLESSE - TUTELA DEI MINORENNI	19	16	15
00401 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - EDUCAZIONE SESSUALE	47	33	-
00404 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - MENOPAUSA	44	-	-
00405 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - GRAVIDANZA	259	-	45
00410 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - ADOZIONE	8	-	-
00411 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA	7	-	-
00412 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - ALTRE TEMATICHE SPECIFICHE (BULLISMO, ECCc)	-	-	128
00413 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - ANCHE FUORI SEDE	548	469	299
00414 - INCONTRO DI GRUPPO DI AUTO-MUTUO-AIUTO - ANCHE FUORI SEDE	57	-	-
005 - ASSISTENZA AL DOMICILIO	179	152	60
006 - OSSERVAZIONE/SOMMINISTRAZIONE TEST	5	-	9
00701 - INTERVENTI DI PSICOTERAPIA RIVOLTA AL SINGOLO/COPPIA	179	193	100
00801 - ATTIVITA CON ALTRI ENTI/SERVIZI - IN SEDE	36	57	31
00802 - ATTIVITA CON ALTRI ENTI/SERVIZI - FUORI SEDE	19	7	3
80303 - INCONTRO DI GRUPPO DI PREVENZIONE E PROMOZIONE SALUTE - SESSUALITA	3	-	-

La tabella sopra esposta è relativa all'attività dei Consulenti per la parte relativa all'assistenza psicologica.

I dati annuali 2019 sono tutt'ora al vaglio e quindi non disponibili.

### Personale dipendente (unità)

L'analisi dell'Azienda in cifre si compone anche dei dati relativi ai contingenti. Qui di seguito una tabella riassuntiva del personale dipendente, diviso per profilo, pesato Full Time Equivalent.

PROFILO	NUMERO UNITA'
Dirigente medico	171
Dirigente sanitario	17
Dirigente professionale	2
Dirigente tecnico	1
Dirigente amministrativo	2
<b>Totale Dirigenti</b>	<b>193</b>
Personale infermieristico	432
Personale tecnico sanitario	73
Personale riabilitazione	45
Personale della vigilanza/ispezione	7
Personale assistenza sociale	13
Personale tecnico	189
Personale amministrativo	111
<b>Totale Comparto</b>	<b>870</b>

Come di consueto, il Piano della Performance ha sviluppato 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.

## 5. LA MAPPA STRATEGICA

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

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

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

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

- assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia della rete ospedaliera attraverso la riconversione e riorganizzazione dei Presidi Ospedalieri mediante adeguamento strutturale, investimenti e modelli organizzativi come definiti nel nuovo POAS;
- razionalizzare le risorse;
- sviluppare centri di eccellenza attraverso la concentrazione di assistenza e tecnologia avanzata in singole strutture;
- garantire elevati livelli di soddisfazione degli utenti e migliorare la qualità delle prestazioni percepita;

In particolare, nel corso del 2018, erano previste le seguenti attività:

### A) OPERE e INVESTIMENTI (si veda scheda sinottica)

1. adeguamento antincendio Ospedale di Esine: fine SAL entro il 31/12/2019
2. adeguamento antincendio Ospedale di Edolo: I SAL entro il 31/12/2019
3. adeguamento e razionalizzazione area orto-trauma e PS presso il Presidio ospedaliero di Edolo: I, II e III SAL entro il 31/12/2019
4. manutenzione straordinaria e nuovo ingresso raccordo con SS n.42 presso il Presidio ospedaliero di Esine: approvazione del progetto esecutivo entro il 31/12/2019
5. DGR\_6548\_2017 – IDISTINTI: esaurimento del budget assegnato al Servizio ed invio delle istanze di ricezione del contributo entro il 31/05/2019
6. DGR\_6548\_2017 – Ambito D – Grandi Apparecchiature: esaurimento del contributo assegnato entro il 31/12/2019
7. DGR\_XI\_770\_2018 – INDISTINTI: esaurimento del budget assegnato al Servizio ed invio delle istanze di ricezione del contributo entro il 31/12/2020: utilizzo del 30% del budget entro il 31/12/2019
8. DGR\_XI\_770\_2018 – Apparecchiature ad alta tecnologia: avvio alle procedure di acquisto entro il 31/12/2019 ed esaurimento del budget assegnato al Servizio entro il 31/12/2020
9. predisposizione progetto preliminare per ampliamento struttura Hospice.

### RISULTATI CONSEGUITI:

1. Con decreto n. 748/2019 è stato approvato il 4° SAL dei lavori. Durante l'esecuzione dei lavori è emersa la necessità di predisporre una perizia di variante

- resasi necessaria per le mutate condizioni operative rispetto alla data di presentazione del progetto esecutivo e per le necessarie modifiche all'impianto di distribuzione dei gas medicinali, con decreto n.690/2019 è stata approvata la perizia di variante n. 1, che posticipa il termine dei lavori.
2. Con decreto n.744/2019 del 19/09/2019 è stato approvato il 1° SAL dei lavori e con decreto n.44 del 30/01/2020 è stato approvato il 2° SAL aggiornato alla data 16/12/2019.
  3. Con decreti n.550/2019-869/2019-901/2019 sono stati approvati i primi 3 Sal dei lavori. Nel corso dell'esecuzione delle lavorazioni la Direzione Lavori riscontrava la necessità di eseguire delle varianti in corso d'opera, approvate con decreto n.801/2019, finalizzate al miglioramento dell'opera e della sua funzionalità, che hanno comportato alla proroga dei tempi di realizzazione dei lavori.
  4. Le cause che hanno determinato il protrarsi delle tempistiche e quindi la mancata approvazione del progetto entro i termini previsti, sono da attribuire in parte alle difficoltà di rilevare gli impianti sottotraccia, non avendo sospeso le attività sanitarie nei locali interessati, in parte a problemi inerenti la richiesta di parere al Comando dei vigili del fuoco competente per territorio, tenuto conto che sono attualmente in corso i lavori di adeguamento alle normative antincendio dell'intera struttura ospedaliera, che tali lavori sono stati più volte modificati in corso d'opera, si è atteso di riscontrare un assestamento in ambito impiantistico tale da consentire le confacenti valutazioni per la redazione del progetto esecutivo.
  5. Con protocollo 5870/19 del 27/03/2019 è stata inviata l'ultima istanza di ricezione contributo. Con decreto 402/19 dell'11/04/2019 è stato approvato il QTE finale. Il budget assegnato con DGR\_6548\_2017\_INDISTINTI risulta pertanto esaurito e concluso.
  6. Con decreto 607/19 del 28/06/2019 è stato approvato il QTE finale. Il budget assegnato con DGR\_6548\_2017\_Grandi Apparecchiature risulta pertanto esaurito e concluso.
  7. Si è proceduto con l'acquisto delle seguenti apparecchiature di cui si riporta il relativo decreto di aggiudicazione:
 

• n.4 ventilatori polmonari non invasivi	decreto 237/2019	importo: € 27.553,20
• Test per prove da sforzo	decreto 331/2019	importo: € 30.012,00
• Troboscopio	decreto 421/2019	importo: € 44.000,00
• Broncoscopio	decreto 887/2019	importo: € 12.004,80

 Budget assegnato: €120.000,00  
 Budget utilizzato: € 113.570,00  
 % di utilizzo al 31/12/2019: 95%
  8. Il finanziamento prevede l'acquisto di un tomografo a coerenza ottica. Con decreto 942/2019 sono stati approvati gli atti di gara per l'avvio della procedura di acquisto.
  9. Il progetto per l'ampliamento della struttura Hospice è stato sospeso, in attesa di approvazione regionale sulla piastra blocco operatorio e area emergenza urgenza, intensivi.

## B) GESTIONE

1. estensione Servizio Emodinamica da h12 a h24;
2. estensione Servizio auto medica da h12 a h24;
3. mantenimento della dotazione organica di personale;
4. prosecuzione dei progetti d'ambito socio-sanitario: adeguamento percorso Presa in Carico;
5. monitoraggio del Servizio di Cure Palliative Territoriali e completamento delle rete territoriale;

## RISULTATI CONSEGUITI:

1. il servizio non è stato esteso, ma in accordo con Regione Lombardia ed AREU, verrà pianificato per l'anno 2020;
2. il servizio non è stato esteso 7/7 ma nei giorni festivi, incrementando i turni da 183 a 300 in attesa di accordo con AREU per la copertura dell'organico;
3. la dotazione organica è in diminuzione, ma le procedure concorsuali sono state espletate secondo quanto espresso e validato dal PGRU;
4. istituito il centro servizi con accoglimento del 100% delle manifestazioni di interesse pervenute al call center regionale. Raccolti 174 patti di cura, superiori alle 115 manifestazioni di interesse. Rispetto dei tempi di accettazione e smistamento al clinical manager per la costruzione e firma del PAI;
5. incontri con ATS e pattanti privati regolarmente svolti. Formazione di I livello come da accordi con ATS regolarmente effettuata. In attesa di indicazioni per l'anno 2020 come previsto dal capofila (ATS).

## **6. LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE**

### **I PROGETTI ANNUALI**

La 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 2019 sono:

- DGR 1046 del 17.12.2018 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2019";
- Le "Linee guida attività di Risk Management 2019";
- Il Contratto ATS 2019;
- Gli obiettivi del Direttore Generale per l'anno 2019;



La progettualità per l'anno 2019 si sviluppa nei seguenti ambiti, ritenuti di particolare rilievo per le politiche sanitarie aziendali e regionali:

- Presa in carico dei pazienti cronici:
  - rispetto della capacità erogativa sulla base dei Piani Assistenziali Individuali concordati con i gestori; RISULTATI CONSEGUITI: Sono stati redatti 146 PAI (di cui 5 non inviati in regione per problematiche informatiche non risolte, 1 Pz ha rinunciato). n. Patti di cura firmati/n. PAI redatti=  $154/140 \cdot 100 = 90,91\%$
  - corretto funzionamento della Centrale Operativa: accoglienza e gestione dei pazienti cronici individuati; RISULTATI CONSEGUITI: 115/115 pazienti inviati dal call center accettati in 3 giorni lavorativi (obiettivo regionale 5 giorni)
  - progressivo utilizzo del PRESST per le attività di presa in carico; RISULTATI CONSEGUITI: centrale operativa e primo colloquio eseguiti in sazi preparati ed allestiti nel PRESST di Darfo;
  - formazione del personale sanitario e di supporto sulla gestione del paziente cronico;
  - avvio dell'assistenza al malato cronico attraverso progetti di telesorveglianza. RISULTATI CONSEGUITI: arruolati 30 pazienti, 15 cardiologici e 15 pneumologici.
- 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; RISULTATI CONSEGUITI:
  - ROL: inserimento dati nei registri eseguito mensilmente con file di ritorno da RL;
  - RENE: inserimento dati sul portale eseguito. Portale non aggiornato, sospesa da RL la visualizzazione del registro;
  - STEMI: 2/3 obiettivi raggiunti 66%;
  - STROKE: 3/4 obiettivi raggiunti 75%
  - diabete: Portale non aggiornato, sospesa da RL la visualizzazione del registro;
- 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; RISULTATI CONSEGUITI:
  - donazione cornea 1,13% non raggiunto;
  - donazione tessuto osseo da vivente: 14% raggiunto
- 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; RISULTATI CONSEGUITI: la produzione di ricovero non ha mantenuto il livello contrattuale previsto per effetto della chiusura o riduzione di sedute operatorie nel periodo estivo a causa di oggettive criticità di organico. La produzione ambulatoriale è aumentata, così come quella di neuropsichiatria infantile, di screening, di psichiatria. l'effetto complessivo è di aumento. ...
- Contenimento della spesa per beni e servizi e in particolare per dispositivi medici e farmaci; RISULTATI CONSEGUITI: la spesa è incrementata, pur rispettando quanto ricontrattato con RL in sede di assestamento.
- Adempimenti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione; RISULTATI CONSEGUITI: Relazione annuale del RPCT pubblicata in data 29.1.2019 (prot.ASST n.1937/2019). N. azioni computate n.57. Valore assegnato n.47,25. %= 82,90. Obiettivo raggiunto

- Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) Certificazione Bilancio RISULTATI CONSEGUITI: Si certifica il rispetto della tempistica regionale in merito alla formalizzazione e implementazione delle procedure per l'esercizio 2019. L'ASST della Valcamonica ha proceduto al recepimento del nuovo PAC dei bilanci di cui alla DGR n. X/7009 del 31.7.2017 con decreto n. 984 del 27.11.2017. In seguito con decreto n.1032 del 7.12.2017 ha provveduto ad istituire un Comitato Operativo di indirizzo e di coordinamento i cui componenti sono individuati nel Direttore Amministrativo quale responsabile del PAC aziendale, nell'Ufficio Qualità Aziendale e nella struttura Area Gestione Risorse Finanziarie. Con il medesimo decreto ha istituito un Gruppo di Lavoro i cui componenti sono individuati nelle figure responsabili delle strutture aziendali che a loro volta hanno individuato dei sottogruppi specifici per ciascuna Area Tematica prevista nel PAC aziendale, indicandone i componenti e attribuendo un cronoprogramma per ciascuna Area. È stata effettuata la mappatura dei processi ed i relativi rischi (M GEN 010A/C/D/E). \* Con decreto n. 621 del 21.06.2018 sono state approvate le procedure relative all'Area D) Immobilizzazioni e inoltrate sul portale SCRIBA. \* Con decreto n.77/2019 come da indicazioni regionali ,sono state approvate le procedure relative all'Area H) Patrimonio Netto e inoltrate sul portale SCRIBA. \* In data 28/02/2019 è stata inoltrata a Regione la proposta di procedure per l'area E) Rimanenze. Inoltre le figure individuate dall'Azienda per ogni procedura hanno partecipato alle giornate formative promosse da Regione.

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

## 7. 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: 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". **RISULTATI CONSEGUITI:** Regione Lombardia sviluppa un portale specifico dall'anno 2019 ed esplicherà i criteri di riapertura tra bilancio sanitario e territoriale in un'ottica di allineamento e adempimento alle osservazioni ministeriali. l'obiettivo di avanzamento al 115% è rispettato come da sinottico.

### Il Bilancio: certificazione (Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC))

Con decreto 984 del 27/11/2017 è stato recepito il percorso di cui alla DGR 7009 del 31/7/2017.

Il percorso prevede avanzamenti successivi fino alla data del 31/12/2019 stabilendo le aree di Bilancio in cui intervenire. Si tratta di 53 obiettivi divisi in 9 aree: Aziende; GSA; Consolidato regionale; Immobilizzazioni; Rimanenze; Crediti e Ricavi; Tesoreria; Patrimonio Netto; Debiti e Costi.

In accordo con Regione Lombardia sono state predisposte e implementate le procedure per la realizzazione degli obiettivi e sono stati conseguentemente individuati gli indicatori e le UUOO coinvolte. **RISULTATI CONSEGUITI:** in allegato.

### Indicatori di qualità dei processi e dell'organizzazione

Regione Lombardia ha elaborato diversi modelli 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.

Tali dimensioni prevedono indicatori misurati attraverso algoritmi selezionati da:

- Crisp: il Centro di ricerca Interuniversitario per i servizi di pubblica utilità fornisce dati e indicatori su:
  - Mortalità intraospedaliera
  - Ritorni in sala operatoria
  - Ricoveri ripetuti
  - Dimissioni volontarie
  - Trasferimenti tra strutture
  - Readmission.
- PNE Agenas: nuovo set di indicatori a partire dal 2017;
- Network Regioni: le regioni che hanno aderito condividono e monitorano un set di indicatori.

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

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

### Indicatori derivanti da indagini di Customer Satisfaction:

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

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

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

### Il processo di budget

Attraverso il processo di budget si determinano gli obiettivi operativi di ciascuna articolazione organizzativa aziendale e per ciascun obiettivo, vengono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Nel processo di formulazione dei budget, la Direzione si avvale della collaborazione del Comitato di budget, e del supporto operativo del Controllo di Gestione.

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

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

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

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

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.

## **8. PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE**

Come noto, il Piano delle Performance è un documento programmatico triennale in cui vengono esplicitati gli obiettivi aziendali, gli indicatori e i valori attesi, riferiti ai diversi ambiti di intervento e alle articolazioni aziendali interessate. Detto Piano costituisce il riferimento per la definizione, l'attuazione e la misurazione degli obiettivi e per la rendicontazione dei risultati aziendali. Esiste uno stretto legame funzionale tra Piano della Performance e Piano Triennale Prevenzione Corruzione. Questo, redatto dal Responsabile della prevenzione della corruzione, si conforma alle indicazioni in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione effettuando a livello decentrato, nel caso specifico facendo riferimento al contesto dell'ASST della Valcamonica, l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e indicando gli interventi organizzativi adottati al fine di prevenirli.

Pertanto, essendo il Piano Triennale Prevenzione Corruzione l'attuazione della disciplina dell'anticorruzione e della trasparenza, lo stesso rappresenta un'area strategica della programmazione aziendale con la specifica finalità di procedere all'individuazione delle misure di carattere generale che l'Azienda adotta o intende adottare per prevenire il rischio di corruzione. Detta attività richiede il concorso di azioni positive da parte di tutto il personale finalizzato sia alla realizzazione delle azioni che ai controlli successivi a dette azioni. Pertanto il piano, oltre ad indicare gli obiettivi da raggiungere, si preoccupa di individuare i relativi indicatori, le misure necessarie, i responsabili delle attività ivi individuate, le tempistiche per la loro realizzazione e le risorse all'uopo assegnate.

Alla luce di quanto espresso, all'interno del Piano Performance è pertanto prevista una specifica indicazione di progetti ed obiettivi relativi agli obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni e alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, elaborati di concerto tra le diverse funzioni interessate. L'individuazione di tali obiettivi da correlarsi alla performance e finalizzati alla prevenzione e repressione della corruzione nonché all'implementazione di tutte le azioni legate alla trasparenza rappresenta un ulteriore strumento per favorire l'accesso del cittadino all'attività dell'Amministrazione con conseguente possibilità di effettuare un controllo "diffuso" sull'operato delle Pubbliche Amministrazioni.

Ciò garantisce il necessario collegamento tra i diversi atti programmatici (Piano performance e Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza), come previsto, in forma rafforzata, dal Piano Nazionale Anticorruzione 2019.