

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2017



Esine, li 28.6.2018

INDICE

RELAZIONE SUL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2017

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

1. PREMESSA

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

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

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

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

Il presente Piano della Performance, valevole per l'anno 2017, redatto dalla Direzione Strategica della nuova realtà costituita dalla ASST della Valcamonica, ai sensi dell'art.15, co.2, lett.b) del D.Lgs 150/2009, rappresenta il documento programmatico 2017 degli obiettivi da perseguire nel triennio 2015-2017. Il presente documento, i cui obiettivi prendono spunto, oltre che dai contenuti della precedente DGR n.2989 del 23.12.2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2015", cosiddette "Regole di sistema", anche dalle disposizioni di cui alla DGR n. 4702 del 29.12.2015 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2016" e infine alla recente DGR 5954 del 05.12.2016 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2017". Esso potrebbe comunque subire rielaborazioni nel corso dell'esercizio, qualora nuovi obiettivi a carattere prioritario venissero posti da Regione Lombardia, anche e soprattutto in considerazione ed in attuazione della L.R. 11 Agosto 2015 n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al titolo I ed al titolo II della Legge Regionale 30.12.2009 n. 33".

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

In tale ottica, occorre rilevare come il Piano della Performance 2015-2017, adottato con il Decreto del Direttore Generale suddetta Asl di Vallecamonica-Sebino n. 77 del 29.01.2015, era stato per l'appunto redatto tenendo conto di quanto stabilito dalla DGR n.X/2989 del 23.12.2014, la quale, nella sezione relativa al programma di miglioramento continuo (pag.52) aveva previsto che, nel corso del 2015 e nelle more di quanto previsto dalla legge 144/14 art.19 co.10, il Piano delle Performance sarebbe stato definito tenuto conto di quanto elaborato in sede di Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO).

Nello medesimo solco, alcune delle performance relative all'anno 2016 contenevano un set minimo di indicatori comuni a tutte le aziende ospedaliere, estrapolati dal PIMO, sulla base di indicazioni operative elaborate dell'OIV della Giunta Regionale, di concerto con la DG Salute. Per l'anno 2017 si sono svolti incontri in Regione per la definizione dei nuovi indicatori del PIMO ed è stata cura della Direzione Strategica uniformarsi ad essi in corso d'anno.

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

Di contro, nel presente Piano vengono riportati, a fronte delle future ed ulteriori disposizioni della Regione Lombardia, tutti gli obiettivi assegnati ai vari Dipartimenti ed alle Unità Operative aziendali in base al Documento di Programmazione 2017 e, ovviamente, degli obiettivi generali previsti dalle "Regole di sistema 2017".

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

Il contesto aziendale

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

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

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

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

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

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

In continuità con l'anno 2016, anche per il 2017, si considerano i seguenti punti:

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

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

- il presente Piano delle Performance che si sviluppa su di un arco triennale declinandovi i principali obiettivi strategici;
- il Documento di programmazione che rappresenta lo strumento di programmazione annuale;

- il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui 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.

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

Al fine di rappresentare la dimensione dall'Azienda e la sua rilevanza a livello territoriale si illustrano di seguito i volumi di attività erogati, la dotazione di posti letto, l'attività territoriale e la fotografia della dotazione organica al 31.12.2017.

Erogazione Ospedaliera in cifre

Produzione per ricoveri al 31.12.2016 e al 31.12.2017:

Produzione	2016	2017
Residenti	€28.749.635	€27.952.873
Mobilità attiva	€5.444.329	€5.956.010
Totale	€34.193.965	€33.908.883
Totale incremento produzione		€ -285.081

Produzione per specialistica al 31.12.2016 e al 31.12.2017:

Produzione	2016	2017
Residenti	€14.835.746	€15.601.788
Mobilità attiva	€2.426.396	€2.579.414
Totale	€17.262.142	€18.180.202
Totale decremento produzione		€918.060

Dotazione di posti letto e indicatori di ricovero

TOTALE	2017
posti letto ordinari + dh (attivati)	318
gg degenza (ricoveri ordinari + dh)	81.914
peso medio ricoveri ordinari	0,980
numero interventi chirurgici	4.584
di cui esterni	1.293
totale procedure chirurgiche	7.187

Erogazione Territoriale in cifre focus su SERD e Consulteri:

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

Si articola nelle seguenti Unità Operative:

- **Servizio Tossicodipendenze**

DARFO BT - via Cercovi, 2 - Tel 0364 540236

- **Servizio di Alcologia e Dipendenze Comportamentali**

DARFO BT - via Cercovi, 2 - Tel 0364 540236

CEDEGOLO – Via Nazionale, 1

- **Centro Trattamento Tabagismo - CTT**

DARFO BT - via Cercovi, 2 - Tel 0364 540200

I CAMPI DI ATTIVITÀ DEL SERVIZIO DIPENDENZE SONO:

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

Nel 2017 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. 207
- Servizio Alcologia: utenti N. 234
- GAP e dipendenze comportamentali: utenti N. 21
- Centro trattamento Tabagismo: utenti N. 60
- Utenti da Prefettura: utenti N. 11
- Pazienti HIV positivi: utenti N. 1
- Altro: utenti N. 6

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	1.090	1.179
Consultorio Ginecologico - ANNO 2017	breno	darfo	edolo
INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	3	2	9
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	131	155	110
VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	86	74	73
PRIMA VISITA OSTETRICA	19	36	31
VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	63	158	105
ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	30	42	22
PRELIEVO CITOLOGICO	755	710	372
INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE	2	-	1
RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	1	2	-

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

	NUMERO PRESTAZIONI		
	TOTALE	4.647	2.961
Consultorio Psicologico - ANNO 2017	breno	darfo	edolo
VISITA COLLOQUIO	242	82	20
COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO	811	657	414
COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE	846	681	306
COLLOQUIO DI VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA	122	112	47
COLLOQUIO DI SOSTEGNO	1.019	584	531
MEDIAZIONE FAMILIARE	54	-	-
CONSULENZA FAMILIARE	150	97	79
RELAZIONI COMPLESSE - ADOZIONE NAZIONALE/INTERNAZIONALE	8	-	-
RELAZIONI COMPLESSE - TUTELA DEI MINORENNI	15	14	3
INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - EDUCAZIONE SESSUALE	92	211	-
INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - MENOPAUSA	13	-	-
INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - GRAVIDANZA	205	-	25
INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - ADOZIONE	51	-	-
INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ	21	-	-
INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - ALTRE TEMATICHE SPECIFICHE (BULLISMO, ECCc)	-	-	81
INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - ANCHE FUORI SEDE	576	260	481
INCONTRO DI GRUPPO DI AUTO-MUTUO-AIUTO - ANCHE FUORI SEDE	43	-	-
SISTENZA AL DOMICILIO	209	168	56
SERVAZIONE/SOMMINISTRAZIONE TEST	9	6	4
INTERVENTI DI PSICOTERAPIA RIVOLTA AL SINGOLO/COPPIA	80	57	20
ATTIVITÀ CON ALTRI ENTI/SERVIZI - IN SEDE	68	32	7
ATTIVITÀ CON ALTRI ENTI/SERVIZI - FUORI SEDE	12	-	3
INCONTRO DI GRUPPO DI PREVENZIONE E PROMOZIONE SALUTE - FASI DELLA VITA	1	-	-

La tabella sopraesposta è relativa all'attività dei Consulteri per la parte relativa all'assistenza psicologica.

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	173
Dirigente sanitario	15
Dirigente professionale	2
Dirigente tecnico	1
Dirigente amministrativo	2
Totale Dirigenti	193
Personale infermieristico	435
Personale tecnico sanitario	71
Personale riabilitazione	41
Personale della prevenzione	5
Personale assistenza sociale	13
Personale tecnico	188
Personale amministrativo	105
Totale Comparto	858

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

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

Piano Triennale Prevenzione Corruzione

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

3. LA MAPPA STRATEGICA

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

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

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

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

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

In particolare, nel corso del 2017, erano previste le seguenti attività:

A) OPERE e INVESTIMENTI (si veda scheda sinottica)

1. adeguamento antincendio Ospedale di Esine;
2. adeguamento antincendio Ospedale di Edolo;

3. messa a norma strutturale ed impiantistica / ridefinizione spazi Ospedale di Edolo;
4. investimenti in ammodernamento tecnologico di attrezzature sanitarie a bassa complessità;
5. investimenti in ammodernamento tecnologico di attrezzature sanitarie ad alta complessità;
6. acquisto apparecchiature oncologiche e attrezzature da destinare presso i presidi ospedalieri di Esine ed Edolo;
7. dismissione di beni immobili.

RISULTATI CONSEGUITI: obiettivo raggiunto nel 2017 al 72% (5 item su 7). il punto “dismissione beni immobili” è ancora in esecuzione e il punto “ ammodernamento tecnologico di attrezzature sanitarie ad alta complessità” ha trovato autorizzazione nel corso dell’anno 2018 ed è in esecuzione.

B) GESTIONE (si veda scheda sinottica)

1. accreditamento delle cure subacute Edolo;
2. estensione Servizio Emodinamica da h12 a h24;
3. estensione Servizio auto medica da h12 a h24: parzialmente. H24 istituito nei festivi;
4. potenziamento della dotazione organica di personale;
5. prosecuzione dei progetti d'ambito socio-sanitario;
6. potenziamento del Servizio di Cure Palliative Territoriali;
7. punto Prelievi RSA Boario;
8. ampliamento Attività ambulatoriali Pisogne;
9. riclassificazione Elettrofisiologia

RISULTATI CONSEGUITI: obiettivo raggiunto al 50%. “cure sub acute Edolo” trasformate in potenziamento attività dedicata al Piano Sovraffollamento; “Emodinamica” sospeso ad h12; “automedica” parzialmente raggiunto, sospesa ad h12 con h24 nei giorni festivi, accordo con AREU; “progetti in ambito socio-sanitario quali la “presa in carico” iniziati nel corso dell’anno 2018; riclassificazione Elettrofisiologia sospeso.

4. 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 2017 sono:

- DGR n.2989 del 23.12.2014 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l’esercizio 2015”;
- DGR n. 4702 del 29.12.2015 “Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l’esercizio 2016”;
- DGR 5954 del 05.12.2016 “Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l’esercizio 2017”;
- Le “Linee guida attività di Risk Management 2017”;
- Il Contratto ATS 2017;
- Gli obiettivi del Direttore Generale per l’anno 2017.

La progettualità per l’anno 2017 si è sviluppata nei seguenti ambiti, ritenuti di particolare rilievo per le politiche sanitarie aziendali e regionali:

- Presentazione ovvero realizzazione di uno o più progetti nell’ambito delle opere ed investimenti di riordino della rete ospedaliera, previsti dal Documento di Programmazione 2017. **RISULTATI CONSEGUITI:** *si rimanda alla sezione dedicata alle “Opere ed investimenti”.*
- 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:** *i dati relativi alle reti “Diabete” e “RENE” non sono disponibili. Per quanto riguarda le altre reti, obiettivo raggiunto al 65%. ASST Valcamonica ha scelto di allinearsi nel perseguire l’obiettivo ai dati presenti sul portale regionale. Le declinazioni nelle schede di budget delle UUOO interessate sono invece state improntate al recepimento di osservazioni, integrazioni ed eventuali stralci se ritenuti motivati.*
- 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:** *obiettivo raggiunto al 66%. obiettivo suddiviso in 3 sub-obiettivi, la percentuale di donazioni di cornea del 10% non è stata raggiunta. Le declinazioni nelle schede di budget delle UUOO interessate sono invece state improntate al recepimento di osservazioni, integrazioni ed eventuali stralci se ritenuti motivati.*
- Stesura e realizzazione del piano annuale di Risk management in coerenza con le linee guida regionali e con le tempistiche dalle stessa stabilite. **RISULTATI CONSEGUITI:** *obiettivo raggiunto al 100%.*
- Mantenimento/incremento della produzione di ricoveri e di specialistica nel rispetto degli importi contrattualmente predeterminati. **RISULTATI CONSEGUITI:** *obiettivo raggiunto al 100%.*
- Contenimento della spesa per beni e servizi e in particolare per dispositivi medici e farmaci. **RISULTATI CONSEGUITI:** *obiettivo raggiunto al 100%.*
- Rispetto dei tempi previsti dalle DGR in materia di edilizia sanitaria. **RISULTATI CONSEGUITI:** *obiettivo raggiunto al 100%.*
- Adempimenti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione. **RISULTATI CONSEGUITI:** *obiettivo raggiunto al 100%.*
- Predisposizione bilancio di mandato per l’Area Amministrativa. *Predisposto ma non compreso nella tabella obiettivi*

A tal fine gli indicatori sono elencati nella Tabella “Indicatori”.

I PROGETTI TRIENNALI

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

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

5. LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE E IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

Con riferimento al livello gestionale le dimensioni da monitorare sono l'efficienza, la qualità dei processi e dell'organizzazione, la qualità dell'assistenza, l'accessibilità e la soddisfazione dell'utenza. Il tutto con particolare riferimento alle modifiche

Come nel Piano precedente, l'Azienda individua nel Bilancio di Previsione, nel Processo di Budget, nella Customer Satisfaction e nelle analisi di indicatori di qualità dei processi e della organizzazione gli strumenti che consentono di monitorare tali dimensioni.

Il Bilancio e i suoi indicatori

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

Quello scelto e inserito nel Piano delle Performance rapporta i costi totali aziendali (personale, beni e servizi, altri costi) con il valore della produzione; tale indicatore è ritenuto rilevante per ottenere informazioni "macro" sui livelli di efficienza aziendali e pertanto è inserito nella Tabella "Indicatori attuazione delle strategie". ***RISULTATI CONSEGUITI: obiettivo raggiunto al 100%. Il posizionamento strategico, rapporto tra costi e ricavi è migliorato, il valore della produzione è migliorato, la spesa complessiva per personale, beni e servizi si è ridotta.***

Indicatori di qualità dei processi e dell'organizzazione

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

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

- Mortalità intraospedaliera
- Ritorni in sala operatoria
- Ricoveri ripetuti

- Dimissioni volontarie
- Trasferimenti tra strutture
- Readmission.

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

***RISULTATI CONSEGUITI:** i dati relativi al reparto di Urologia non sono disponibili. Per quanto riguarda le altre UUOO, obiettivo raggiunto al 50%. ASST Valcamonica ha scelto di allinearsi nel perseguire l'obiettivo ai dati presenti sul portale regionale. Le declinazioni nelle schede di budget delle UUOO interessate sono invece state improntate al recepimento di osservazioni, integrazioni ed eventuali stralci se ritenuti motivati. Le osservazioni raccolte sono state condivise con la ATS di riferimento e con RL per l'approfondimento della posizione dell'Azienda e nell'ottica di una fattiva collaborazione tesa al miglioramento dell'indicatore.*

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.

***RISULTATI CONSEGUITI:** obiettivo raggiunto al 100%.*

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

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 di raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, evidenziando le criticità del processo di valutazione.

Il miglioramento dell'organizzazione

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

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

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

6. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

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

- D.Lgs n.150/2009 “Attuazione della legge 4.3.2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni”;
- LR n.33/2009 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;
- DGR n.IX/351 del 28.7.2010 “Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura”;
- DCR n.88 del 17.11.2010 “Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014”;
- DGS n.349 del 23.1.2012 “Approvazione del metodo per l'individuazione dell'indice sintetico di performance per le strutture di ricovero”;
- Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- D.Lgs 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- DGR n.2989 del 23.12.2014 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015”;
- DGR n. 4702 del 29.12.2015 “ Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2016”.
- DGR 5954 del 05.12.2016 “Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2017”.
- Piano Nazionale Anticorruzione 2016, approvato con determinazione ANAC n.831/2016, che formula espresse indicazioni in punto di collegamento tra misure preventive della corruzione e programmazione delle performances.