

Decreto n. 456 del 30/06/2022

OGGETTO: Approvazione della Relazione sulla Performance Aziendale: triennio 2019-2021 esercizio anno 2021.

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona del Dr Maurizio Galavotti

Acquisiti i pareri:

del Direttore Sanitario: Dr.ssa Roberta Chiesa

del Direttore Amministrativo: Dott Guido Avaldi

del Direttore Socio-Sanitario: Ing Maurizio Morlotti

L'anno 2022, 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.XI/1085 del 17.12.2018, in attuazione delle LLRR n.33/2009 e 23/2015;

Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

PREMESSO che:

- il D.Lgs 27.10.2009, n.150, di attuazione della L.15/2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni prevede che le medesime pubblicino sui siti istituzionali le informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, gli indicatori relativi agli andamenti gestionali, all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, i risultati delle attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità;

- l'art.4 del citato decreto prevede che le Pubbliche Amministrazioni sviluppino coerentemente con i contenuti e i tempi della programmazione finanziaria, il ciclo di gestione della performance aziendale;

- con decreto n.99/2019 si approvava il "Piano delle Performance aziendali" per il periodo 2019/2021, avendo recepito le argomentazioni del nucleo di Valutazione delle Prestazioni in merito allo scorrimento del triennio con inizio nell'anno 2019, con il quale la Direzione Strategica ha individuato, sulla base delle esigenze aziendali, gli obiettivi di massima che intende perseguire nel triennio 2019/2021, negoziati in dettaglio con i Direttori, i Dirigenti e i Responsabili di Servizio;

- è stato elaborato il "Piano della Performance aziendali - Programmazione per l'anno 2021" che recepisce anche gli obblighi in materia di Prevenzione della corruzione e prevede l'inserimento di obiettivi regionali inerenti il Piano di Miglioramento Organizzativo, che dovrà essere sviluppato nel periodo a venire da parte dell'Azienda;

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 effettuati ai dipendenti a titolo di indennità di risultato/produttività;

PRESO ATTO che l'allegato documento costituisce strumento di gestione dell'Azienda ai fini di conseguire, attraverso elementi misurabili, gli obiettivi predeterminati da Regione Lombardia, tra cui di fondamentale importanza il pareggio economico finanziario;

CONSTATATO che il presente atto non comporta oneri a carico dell'Azienda;

ACQUISITI:

- la proposta del Responsabile del procedimento a seguito di formale istruttoria;

- il parere tecnico favorevole del Dirigente/Responsabile/Referente UO/Servizio/Uffici;

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 la “Relazione sulla Performance” Aziendale per il triennio 2019-2021 esercizio 2021, che allegato al presente atto ne forma parte integrante e sostanziale;

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

3 - 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;

4 - 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
(Dr Maurizio Galavotti)

**OGGETTO: APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE AZIENDALE:
TRIENNIO 2019-2021 ESERCIZIO ANNO 2021**

ATTESTAZIONE DI COMPLETEZZA DELL'ISTRUTTORIA

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

Data, 28/06/2022

**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, 28/06/2022

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

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

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019 - 2021 RENDICONTAZIONE ANNO 2021



Esine, li 30.06.2022

INDICE

RELAZIONE SUL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2021

Indice generale

INDICE.....	2
RELAZIONE SUL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2021.....	2
1. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI.....	3
2. PREMESSA.....	4
2.1. EFFETTI DELL'EVENTO PANDEMICO SUGLI OBIETTIVI ANNO 2021.....	6
3. DEFINIZIONE AREE OBIETTIVI SUL TRIENNIO.....	9
4. L'AZIENDA IN NUMERI: ATTIVITA' E PERSONALE.....	11
5. LA MAPPA STRATEGICA.....	16
6. LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE.....	17
I PROGETTI ANNUALI.....	17
7. LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE E IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE.....	19
8. POLA.....	23
9. PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE.....	24

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);
- LR n.22 del 12.12.2021 “Modifiche al Titolo I, al Titolo VII 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 2672 del 16.12.2019 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Socio-sanitario per l’esercizio 2020”.
- DGR 5157 del 2.8.2021 “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle agenzie di tutela della salute (A.T.S.), delle aziende socio sanitarie territoriali (A.S.S.T.) e dell’azienda regionale emergenza urgenza (A.R.E.U.) - anno 2021;
- Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2021, approvato con delibera ANAC n.1064/2019, che compendia in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni fornite fino ad oggi.
-

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.

La presente relazione rendiconta l'andamento degli obiettivi del Piano delle Performance, valevole per l'anno 2021.

Alcuni obiettivi di performance relativi all'anno 2021 contengono 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. Sono inoltre presenti numerosi altri indicatori elaborati dall'Università di Pisa e che continuano ad essere monitorati in parallelo. L'evoluzione del Portale PRIMO avrebbe dovuto includere il set di indicatori e la loro valutazione nel corso dell'anno 2021. Nelle more di tali definizioni, sono stati monitorati gli indicatori e se ne presentano i risultati. Si è verificato come per l'anno 2020 un ritardo nell'aggiornamento dei dati, ed in alcuni casi una mancata rendicontazione degli stessi.

Nel presente Piano vengono riportati tutti gli obiettivi assegnati ai vari Dipartimenti ed alle Unità Operative aziendali in base alla negoziazione di budget 2021 e gli obiettivi generali previsti dalle "Regole di sistema 2021".

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 decreti n. 28 del 27.01.2016, n. 83 del 31.01.2018, n. 72 del 30.01.2019, n. 33 del 30.01.2020 e n. 198 del 25.03.2021;

- Piano Organizzativo del Lavoro Agile (art. 14, comma 1, L. 7/08/2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del DL 19/05/2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17/07/2020, n. 77)

2.1. EFFETTI DELL'EVENTO PANDEMICO SUGLI OBIETTIVI ANNO 2021

- Attività di ricovero, ricovero programmato, Pronto Soccorso, prestazioni ambulatoriali. Nel corso dell'anno 2021 la pandemia causata dal COVID-19 ha impegnato risorse soprattutto nel primo semestre, con mantenimento per tutto l'anno dei livelli di sicurezza e della pronta conversione dei reparti e servizi. Gli obiettivi di volume e di recupero prestazioni, di contenimento delle liste di attesa sono stati raggiunti.

Rispetto all'anno 2020, il Piano ha allineato il monitoraggio in modo diverso: le novità organizzative e di offerta introdotte nel 2020 sono state recepite e scontate, tornando nell'alveo dell'ordinario come gestione organizzativa, modulando indicatori e target.

Di seguito si mettono in evidenza due attività: una i tamponi, in continuità con l'anno precedente e l'altra, le vaccinazioni COVID, nuova come dimensione di campagna e impatto sociale.

- vaccinazioni COVID. attività che dai primi giorni dell'anno e per l'intera durata del 2021 ha assorbito risorse e richiesto programmazione in tempi rapidi e modifiche altrettanto repentine per adattarsi ai modelli che sono stati successivamente applicati. L'evoluzione dei meccanismi organizzativi e la centralizzazione dei modelli ad HUB, la partecipazione di personale reclutato anche al di fuori della ASST, la collaborazione in rete con MMG e RSA una volta messi a regime hanno consentito di riprendere in buona misura le attività tipiche altrimenti in sofferenza. Di seguito si allega prospetto vaccinazioni per dare una dimensione del fenomeno su una popolazione di circa 100.000 residenti, con interessamento delle zone limitrofe.

Nella tabella non si rappresenta il tasso di erogazione dei vaccini ricevuti e che riguarda la popolazione definita per la prima fase.

Nella prima fase, non aperta all'intera popolazione per rispettare l'ordine di priorità, la popolazione target:

- personale sanitario e non sanitario della Asst della Valcamonica, sia dipendente che parasubordinato;
- operatori sanitari e non sanitari delle ditte in Service;
- personale volontario AREU;

Il tasso di adesione si è attestato al 90% complessivo, con buona omogeneità tra i gruppi e l'adesione in costante aumento. Tra la popolazione al momento non aderente la frequenza di casistica considerata a rischio o non idonea è la maggiore.

In qualità di HUB la distribuzione di vaccini e dispositivi verso soggetti spoke è avvenuta regolarmente con la frequenza settimanale con la quale la casa farmaceutica ha recapitato i quantitativi convenuti. L'importante flusso di inserimento e rendicontazione statistica è stato trasmesso regolarmente.

Fase 1bis, fase2: realizzate nel rispetto degli step e obiettivi.

Tabella vaccinazioni Covid

periodo	DOSE 1	DOSE 2	DOSE BOOSTER
2021_1	FASE 1		
2021_2			
2021_3			
2021_4	7171	658	
2021_5	20736	3990	
2021_6	21191	10539	
2021_7	6446	27174	
2021_8	6269	10514	
2021_9	3806	6653	84
2021_10	1361	2220	3453
2021_11	694	1532	6906
2021_12	1512	1420	26720
2022_1	2903	2108	22149
2022_2	224	1049	1700
	72313	67857	61012

Sono state somministrate oltre 210.000 dosi

la distribuzione delle vaccinazioni per categorie, come stabilite si presenta come segue:

Categoria prioritaria	2021_4	2021_5	2021_6	2021_7	2021_8	2021_9	2021_10	2021_11	2021_12	2022_1	2022_2
Aeronautica		1	1								
Altra attività lavorativa a rischio		3	1						4	1	
Altro	4	166	116	22		1		1	97	96	1
Carabinieri									11	6	
Convivente di soggetto ad alto rischio	97	2885	1771	283	11	2	1	63	993	404	13
Dato non disponibile									7		
Detenuto		7	6			1	1		1		
Donatori di sangue		1	1						1		
Donna in gravidanza			3	6	3	5	11		3		
Donna nel periodo postpartum									1		
Esercito	1	1	5	4	3		1		4	4	
Età < 60 anni	1	6344	23411	22231	15704	9454	3155	2168	14191	20481	2435
Età = 60		360	354	239	132	102	27	53	287	181	15
Età > 60	6931	10203	3629	10361	810	817	2310	4344	10309	4759	329
Età compresa fra 6 mesi e 6 anni									29	388	115
Forze Armate									6	3	
Forze di polizia – Forze dell'ordine	6	13	5	11	2	1	3	2	35	10	
Frequenza comunità (es. asilo)		9	1	3					2	1	
Lavoratore a contatto con animali o materiale di origine animale							1		1		
Marina		1		2							
Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta							55				
Nessuna indicazione	2						23	9	105	8	
Operatore non sanitario in struttura sanitaria e socio-sanitaria residenziale	1	4	3				140	264	77	3	
Operatore Sanitario	12	67	62	39	15	8	802	654	365	43	2
Operatore scolastico	3	12	521	52	56	34	3	7	512	116	5
Operatori non Sanitari	39	67	18	5	1		48	1	40		
OSPITE in struttura sanitaria e socio-sanitaria residenziale e semi-residenziale		1						11	111	2	
Personale civile	37	16	15	16				2	19	4	1
Polizia penitenziaria e personale civile che opera negli Istituti penitenziari								1	14	14	4
Residenza in area a maggior rischio		4	1						3		
Soggetto addetto a servizio pubblico di primario interesse collettivo								2	3		
Soggetto vulnerabile per patologia	669	4530	1796	331	46	118	452	1548	2332	619	53
Studente dell'area sanitaria		1	1	1					5		
Vigili del fuoco			1					1	15		
Volontario nel settore della sanità	26	30	8	14			1	1	69	17	

- attività di ricerca del SARA-COV2 attraverso l'esecuzione di tamponi nasofaringei, salivari, test antigenici. L'attività nell'anno 2021 ha raggiunto i livelli più alti, con picco a maggio e prosegue tutt'ora. Di seguito la tabella dell'andamento, avendo distinto anche la ricerca effettuata con test rapidi da pronto soccorso.

mese	molecolare/antig	rapido	Totale Risultato
1	4864	187	5051
2	6087	163	6250
3	8885	298	9183
4	9210	264	9474
5	8100	246	8346
6	3768	143	3911
7	2413	141	2554
8	2492	186	2678
9	2742	142	2884
10	2802	140	2942
11	3727	140	3867
12	6391	197	6588
Totale Risultato	61481	2247	63728

3. DEFINIZIONE AREE OBIETTIVI SUL TRIENNIO

La definizione degli obiettivi sul triennio 2019-2021, atta ad iniziare il suo percorso in coincidenza con l'insediamento della nuova ed attuale Direzione Strategica, nell'anno 2020 si è radicalmente trasformata nella sua sostanza.

Gli eventi pandemici mondiali hanno trasformato l'attività tipica ospedaliera, soprattutto nel suo mix di cure, e ridotto la capacità di offerta. L'integrazione col territorio ha creato nuove linee di attività ed ampliato altre già esistenti.

Gli indicatori di performance formalmente sono rimasti invariati, poiché accanto alle attività emergenti, le linee guida di bilancio, gli obiettivi di livello di offerta sanitaria, l'appropriatezza delle cure, sono rimasti i medesimi.

Sono mutati il mix di cure offerte, i tempi ed alcune modalità, i livelli di costo sostenuti.

Passando in rassegna le macro aree di obiettivi, si rendiconta descrittivamente quanto segue, avendo approfondito nel sinottico allegato per gli indicatori specifici:

- le Regole di sistema: DGR 4508 del 01.04.2021 “Determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021.”
- gli obiettivi del Direttore Generale: per effetto degli eventi pandemici, gli obiettivi sono stati modulati tenendo conto della necessità di riprendere e recuperare le attività sospese o rallentate nell'anno 2020. Per buona parte dell'anno le strutture hanno continuato a fronteggiare la pandemia, ma dalla seconda metà e più specificatamente dall'ultimo quadrimestre sono stati applicati i target di recupero definiti;
- gli obiettivi di budget: pur declinati negli obiettivi dei Responsabili di unità operativa, sono stati trasformati ovvero adattati seguendo l'andamento delle conversioni e riconversioni delle attività;
- il piano Qualità e Rischio Clinico: si è proseguita l'attività con i monitoraggi previsti e l'aggiornamento del database regionale dedicato “GEDISS”. Sono state rispettate le scadenze regionali;
- il Piano della Trasparenza e il Piano della Prevenzione della Corruzione: è stato regolarmente aggiornato, entro i termini di legge;
- il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione: in attesa di indicazioni regionali;
- il Piano degli investimenti:
 - per quanto riguarda la ICT, il piano ha raggiunto il completamento delle attività di integrazione con la nuova piattaforma NPRI;
 - i piani antincendio degli ospedali di Esine e di Edolo sono stati ripresi e conclusi. Avviati affidamento lavori e direzione lavori come da cronoprogramma per l'antincendio Darfo e Breno, sedi distrettuali;
 - l'adeguamento dell'area orto-trauma e pronto soccorso del PO di Edolo è stato completato. Installato il nuovo telecomandato in data 07/08/2020;
 - completato l'adeguamento secondo normativa del PRESST di Darfo;
 - presentazione progettazione lavori e approvazione dei progetti esecutivi per: Rianimazione, Pronto soccorso osservazione breve, Unità di Cura Coronarica, copertura dell'ingresso del PO di Esine. Secondo cronoprogrammi individuati dalla struttura commissariale ;

- grandi apparecchiature: concluso l'acquisto del tomografo a coerenza ottica con decreto 843/2020; completato collaudo del nuovo acceleratore lineare in data 18/06/2020; installato nuovo mammografo. Completato il finanziamento nell'anno 2020 per le apparecchiature cd a *bassa tecnologia*;
- sismica ospedale di Esine: conclusa la procedura di affidamento e aggiudicata la direzione lavori entro termini stabiliti
- indicatori di qualità del Governo clinico: più diffusamente trattati nel sinottico allegato. Si precisa qui che:
 - il monitoraggio ha subito fermi e rallentamenti a livello centrale, con difficoltà di analisi tempestiva ed eventuali correttivi;
 - l'analisi del posizionamento di taluni obiettivi ha avuto come esito il riconoscimento del cambio di mix per le patologie COVID e COVID correlate. Si citano ad esempio la mortalità a 30 giorni per patologie pneumologiche e la degenza media over 65;

In continuità con l'anno 2020, anche per il 2021, si sono considerati 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. l'incremento/mantenimento della produzione offerta (ricoveri e specialistica) conseguita dal Presidio, in linea con il nuovo modello di SSR, a superamento delle difficoltà impreviste occorse negli anni precedenti;
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;
- gli obiettivi strategici condivisi con ATS della Montagna;
- il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e delle attività delle Unità operative;
- il sistema di Reporting con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Unità Operative e il Cruscotto direzionale alimentato attraverso il Controllo di Gestione.

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 31.12.2021.

Erogazione Ospedaliera in cifre

Produzione per ricoveri al 31.12.2020 e al 31.12.2021:

Produzione	2020	2021
Residenti	€23.624.557	€24.855.002
Mobilità attiva	€5.732.293	€5.837.799
Totale	€29.356.850	€30.692.801

Produzione per specialistica al 31.12.2020 e al 31.12.2021:

Produzione	2020	2021
Residenti	€14.183.600	€14.346.896
Mobilità attiva	€2.140.631	€2.191.604
Totale	€16.324.231	€16.538.438

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	2021
posti letto ordinari + dh (attivati)	314
gg degenza (ricoveri ordinari + dh)	76.282
peso medio ricoveri ordinari	1,008
numero interventi chirurgici	4271
di cui esterni	784
totale procedure chirurgiche	5738

**** i posti letto sono considerati al netto delle conversioni per COVID**

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.

Nel 2021 il Servizio Territoriale Dipendenze ha avuto in carico un totale di N. 510 utenti suddivisi nelle rispettive unità di offerta come segue:

- Servizio Tossicodipendenze: utenti N. 191
- Servizio Alcolologia: utenti N. 153
- Utenti da Prefettura: utenti N. 25
- Utenti da Commissione Patenti: utenti N. 124
- Familiari o educatori N. 22
- Giocatori d'azzardo patologici: utenti N. 30
- Centro trattamento Tabagismo: utenti N. 37
- Pazienti con patologie da tecnologia digitale: utenti N. 1
- Altro: utenti N. 6

Consultori Familiari:

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

	TOTALE	NUMERO PRESTAZIONI		
		2.091	2.435	1.312
Consultorio Ginecologico - 2021				
		breno	darfo	edole
91484 - PRELIEVO CITOLOGICO		1.719	1.740	941
89261 - PRIMA VISITA GINECOLOGICA		136	201	146
89262 - VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO		105	116	119
89264 - VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO		75	92	40
89268 - BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - PRIMA VISITA		24	30	9
89269 - BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - CONTROLLO		18	72	31
89263 - PRIMA VISITA OSTETRICA		14	46	11
91484 - PRELIEVO CITOLOGICO		-	75	-
91385 - ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]		-	62	-
9771 - RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO		-	1	-
697 - INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)		-	-	13
9618 - INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE		-	-	2

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

	TOTALE	NUMERO PRESTAZIONI		
		4.894	4.226	1.932
Consultorio Psicologico - 2021				
		breno	darfo	edole
00104 - COLLOQUIO DI SOSTEGNO		1.048	1.013	676
00101 - COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO		987	875	374
00102 - COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE		828	903	449
00401 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - EDUCAZIONE SESSUALE		433	110	-
00413 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - ANCHE FUORI SEDE		420	489	-
00103 - COLLOQUIO DI VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA		213	71	78
00100 - VISITA COLLOQUIO		185	90	72
00701 - INTERVENTI DI PSICOTERAPIA RIVOLTA AL SINGOLO/COPPIA		172	264	113
005 - ASSISTENZA AL DOMICILIO		172	184	50
00202 - CONSULENZA FAMILIARE		170	77	48
00801 - ATTIVITA CON ALTRI ENTI/SERVIZI - IN SEDE		98	37	48
00405 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - GRAVIDANZA		92	58	-
00410 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - ADOZIONE		30	-	-
00303 - RELAZIONI COMPLESSE - TUTELA DEI MINORENNI		29	31	15
00802 - ATTIVITA CON ALTRI ENTI/SERVIZI - FUORI SEDE		12	6	7
006 - OSSERVAZIONE/SOMMINISTRAZIONE TEST		5	18	2
00412 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - ALTRE TEMA TICHE SPECIFICHE (BULLISMO, ECCc)		5	-	91
00301 - RELAZIONI COMPLESSE - ADOZIONE NAZIONALE/INTERNAZIONALE		3	-	-

La tabella sopraesposta è relativa all'attività dei Consultori 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	171
Dirigente sanitario	17
Dirigente professionale	2
Dirigente tecnico	1
Dirigente amministrativo	2
Totale Dirigenti	193
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
Totale Comparto	870

Come di consueto, 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.

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 percepite;

In particolare, nel corso del 2021, sono previste le seguenti attività:

A) OPERE e INVESTIMENTI

Come indicato nel paragrafo 3, si sottolinea la piena ripresa delle attività di investimento interrotte ed il completo rispetto dei SAL. I piani di miglioramento ed ampliamento sono stati per larga parte confermati, verso la fine dell'anno sono iniziate le procedure per la realizzazione degli interventi di potenziamento territoriale così come delineati anche organizzativamente dalla legge regionale 22/21. Ci si riferisce agli Ospedali di Comunità, le Case di Comunità e la Centrale Operativa Territoriale.

Per quanto riguarda l'obiettivo: "Utilizzo delle economie derivanti dalla conclusione dall'intervento "Manutenzione straordinaria e nuovo ingresso raccordo con SS. n.42 presso il Presidio ospedaliero di Esine.": aggiudicazione e inizio lavori", si specifica che sono terminate le procedure di interpello senza esito positivo.

Per quanto riguarda le scadenze e l'avanzamento dei lavori, si sottolinea un cambio di direzione con accentramento verso la struttura commissariale ed allineamento con i parametri del PNRR.

L'analisi dello stato raggiungimento nel dettaglio è rimandata al sinottico allegato

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 2021 sono:

- DGR n.XI/5157 del 02/08/2021 – “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell’Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) – Anno 2021”;
- Le “Linee guida attività di Risk Management 2021”;
- Il Contratto ATS 2021;
- Gli obiettivi del Direttore Generale per l'anno 2021;
- Il bilancio economico di previsione (BPE) 2021

La progettualità per l'anno 2021 si è sviluppata 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;
 - corretto funzionamento della Centrale Operativa: accoglienza e gestione dei pazienti cronici individuati;
 - progressivo utilizzo del PRESST per le attività di presa in carico;
 - formazione del personale sanitario e di supporto sulla gestione del paziente cronico;
 - assistenza al malato cronico attraverso progetti di telesorveglianza.
- Presentazione ovvero realizzazione di uno o più progetti nell'ambito delle opere ed investimenti di riordino della rete ospedaliera, previsti dal Documento di Programmazione 2021;
- 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:
 - Gli indicatori della rete oncologica lombarda (ROL), della rete nefrologica (RENE) e della rete DIABETE sono stati sospesi per l'anno 2021.

- 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 0,00% non raggiunto;
 - donazione tessuto osseo da vivente: 12,5% raggiunto
- Stesura e realizzazione del piano annuale di Risk management. RISULTATI CONSEGUITI: 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: Attualmente i contratti prevedono un budget a “condizioni normali”, cioè pari al volume consuntivato per l'anno 2019. nonostante l'evento pandemico l'obiettivo per l'anno 2021 avrà quindi come target quegli specifici volumi;
- Adempimenti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione. RISULTATI CONSEGUITI: obiettivo raggiunto. Si veda sinottico

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: il disavanzo è al 25% nel rapporto tra costi totali e ricavi. Rispetto all'anno 2020, non è stata scorporata la contabilità COVID, comunque quantificata e relazionata nelle forme previste dalle linee guida regionali sulla contabilità analitica. I costi sostenuti, sia emergenti che complessivi ed infine di mancata produzione, se scorporati ridurrebbero il disavanzo al di sotto della soglia del 20% obiettivo.

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 nei modi e nei tempi previsti.

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".

Tempi di attesa per primi accessi prestazioni ospedaliere

Il monitoraggio dei tempi d'attesa si estende su tutte le prestazioni oggetto di accordo in Conferenza Stato-Regioni, disposizioni aggiuntive regionali e condivisione con la propria ATS di focus sulle prestazioni che presentano maggiore criticità.

Il monitoraggio con cadenza mensile è eseguito sia ex ante che ex post. Quest'ultimo ha associati gli indicatori classici, suddivisi per priorità. Il primo step annuale è la redazione, in accordo con la ATS della Montagna, del Piano di governo dei tempi d'attesa aziendali. In prosecuzione viene confermato il progetto "ambulatori aperti" per l'estensione degli orari e delle disponibilità di agenda con l'obiettivo di aumentare l'offerta ed intercettare più capillarmente la domanda. Dal punto di vista tecnico si è sviluppato un sistema di controllo e ottimizzazione delle prenotazioni per migliorare la saturazione e prevenire eventuali indisponibilità. Il focus nella seconda metà dell'anno è stato rivolto al miglioramento della capacità di offerta e riduzione delle liste di attesa su tre aree con i seguenti risultati:

- prime visite priorità B e D: % rispetto tempi;
- diagnostica strumentale e prestazioni strumentali: tutte le priorità;
- prestazioni aggiuntive nelle tre macro aree PNGLA
- rispetto priorità ricoveri programmati oncologici;
- rispetto priorità ricoveri programmati non oncologici

Indicatori derivanti da indagini di Customer Satisfaction:

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

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

Un apposito indicatore è stato pertanto individuato nella Tabella “indicatori”.

Il processo di budget

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

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

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

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

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

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

L'Organismo Indipendente di Valutazione (Nucleo di Valutazione) valuta il processo di budget, in quanto parte del Ciclo della Performance.

In particolare, a inizio d'anno esamina il processo di formulazione del Budget e, infrannualmente ovvero a consuntivo, il grado raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, evidenziando le criticità del processo di valutazione.

Il miglioramento dell'organizzazione

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

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

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

8. POLA

A seguito di una parziale riacutizzazione dell'infezione pandemica nel corso dell'anno 2021 l'implementazione di un sistema di coordinamento organizzativo del lavoro agile così come lo sviluppo di sistema di monitoraggio dello stesso e una programmazione per obiettivi e/o per processi ha subito un prevedibile rallentamento. Il succedersi delle ondate pandemiche ha purtroppo, nuovamente, sottratto risorse materiali ed umane all'ordinaria attività con la conseguenza che la Direzione ha inteso, nelle more della conclusione della definizione dei programmi di monitoraggio e controllo, provvisoriamente continuare a concedere la facoltà di utilizzo dello strumento in forma lineare nella misura di una giornata a settimana a favore di tutti coloro i quali, con parere favorevole del Dirigente, ne abbiano fatto richiesta. Inoltre, è stato consentito, in casi eccezionalmente autorizzati, a dipendenti con prole risultata positiva oppure costretta alla didattica a distanza di fruire cumulativamente delle giornate al fine di una migliore conciliazione vita-lavoro. Occorre sul punto infine precisare come il CCNL del Comparto Sanità 2019-2021 in corso di approvazione andrà a proporre una autonoma e diversa regolamentazione dell'istituto in ragione della quale si rende comunque preferibile attenderne la versione definitivamente approvata al fine di evitare determinazioni potenzialmente contrarie alla futura regolamentazione.

9. 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, adottato su proposta del 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 e, più in generale, dagli atti di indirizzo di ANAC.

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2020	ANNO 2021	RISULTATI ATTESI 2021	RAGGIUNGIMENTO	NOTE
Efficienza	Miglioramento posizionamento strategico ASST Valcamonica	Bilancio AO: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio	104%	126%	mantenimento 20%	NO	Comprensivo di bilancio COVID e mancata produzione
		Produzione lorda: contratto ATS	53.061.371	53.428.538	>=2020	SI	
	Razionalizzazione delle risorse (obiettivo aziendale)	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate.	70%	69%	(contratti aggregati)/(contratti Totali) >=65% Riferimento: rendiconto acquisti	SI	
	Budget straordinari	Attuazione e rilevazione ore straordinarie e reperibilità			Effettuato nell'anno 2021 budgettizzazione delle ore straordinarie condivise con la direzione. Effettuato in primo SAL in corso d'anno e successivo monitoraggio definitivo entro la chiusura del fondo dell'anno di competenza.	Rilevazione ore straordinarie liquidate ed effettuate nel corso dell'anno. Budget entro 30/04/2021; Invio report entro il 30/04/2022	SI
	Flussi AMB	- invio entro termini concordati con ATS; - assenza errori bloccanti all'invio	fatto	fatto	validazione portale DSP Flux	SI	
Qualità Processi Organizzativi	-Degenza media preoperatoria	Ospedale di Vallecamonica	Esine 1,5% Edolo 0,80%	Esine 1,6% Edolo 1,3%	1) fascia verde (4/5); 2) <=rispetto all'anno precedente	NO	Obiettivo non considerato a livello di budget per Cdr, visto il perdurare dei ricoveri COVID
Efficacia	Partecipazione al governo delle reti di patologia (ROL, RENE, STROKE, STEMI, Diabete); condivisione dei rispettivi PDTA e loro verifica attraverso indicatori di monitoraggio e strumenti di audit	IMA1: RL 25,75%; obj 100%.	81,25%		1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	NA	Obiettivo sospeso
		IMA2: RL 83,18%; obj 30%.	58,06%	71,43%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	SI	
		IMA3: RL 66,73%; obj 90%.	45,45%		1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	NA	Obiettivo sospeso
		ICTUS1: RL 81,01%; obj 80%.	91,11%	91,94%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	SI	
		ICTUS2: RL 11,09%; obj 100%.	23,91%	23,33%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	SI	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2020	ANNO 2021	RISULTATI ATTESI 2021	RAGGIUNGIMENTO	NOTE
Efficacia	Partecipazione al governo delle reti di patologia (ROL, RENE, STROKE, STEMI, Diabete); condivisione dei rispettivi PDTA e loro verifica attraverso indicatori di monitoraggio e strumenti di audit	ICTUS3: RL 10,59%; obj 5%			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	NA	Obiettivo sospeso
		ICTUS4: RL 21,30%; obj 25%	37,50%	45,22%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	SI	
		BC1: RL 45,75%; obj 70%	56,00%	72,22%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	SI	
		BC10: RL 54,17%; obj 70%	63,64%	76,47%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	SI	
		BC2: RL 43,07 obj 80%	56,00%	58,33%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	SI	
		BC3: RL 84,24%; obj 80%	89,47%	85,19%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	SI	
		BC4: RL 80,37%; obj 80%	75,00%	91,67%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	SI	
		BC5: RL 86,21%; obj 90%			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	NA	Obiettivo sospeso
		CRC1: RL 59,42%; obj 80%	55,00%	60%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	SI	
		CRC2: RL 88,83%; obj 80%	100%	100%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	SI	
		CRC6: RL 87,37%; obj 80%	84,62%	100%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	SI	
		ROL			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2020	NA	Obiettivo sospeso
		RENE				NA	Obiettivo sospeso
		DIABETE				NA	Obiettivo sospeso
		ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione cornee;	n. donatori/n. decessi	0,22%	0%	target 10%	NO
ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione tessuti ossei da vivente;	n. donatori/n. protesi impiantate in elezione	4%	12,50%	target 10%	SI		
ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - utilizzo Donor Manager	n. donatori di tessuti/n. inserimenti in Donor Manager	100%	100%	100% prelievi registrati in DM	SI		
ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione sangue cordone ombelicale	mantenimento				NA	Obiettivo sospeso	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2020	ANNO 2021	RISULTATI ATTESI 2021	RAGGIUNGIMENTO	NOTE
Efficacia	-Dimissioni volontarie	Cardiologia	0,42%	0,57%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	
		Chirurgia Esine	0,54%	0,36%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
		Medicina Esine	1,47%	1,37%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
		Medicina Edolo	1,55%	0,70%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
		Ortopedia Esine	0,65%	0,87%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	
		Ortopedia Edolo			1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NA	Obiettivo sospeso
		Neurologia	0,95%	0,76%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
	-Trasferimenti tra strutture	Cardiologia	2,49%	2,83%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	
		Chirurgia Esine	1,76%	1,09%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
		Medicina Esine	1,18%	0,46%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
		Medicina Edolo	1,32%	1,17%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
		Ortopedia Esine	0,82%	0,75%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
		Ortopedia Edolo			1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NA	Obiettivo sospeso
		Neurologia	0,95%	0,38%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
	-Mortalità totale	Cardiologia	6,65%	4,34%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
		Chirurgia Esine	7,31%	3,64%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
		Medicina Esine	24,17%	21,87%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
		Medicina Edolo	17,22%	18,41%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	
		Ortopedia Esine	3,27%	1,12%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
		Ortopedia Edolo			1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NA	Obiettivo sospeso
		Neurologia	13,81%	9,47%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
	-Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici ordinari	Ospedale di Vallecamonica	Esine 54,30%	Esine 42,60%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
	-Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici day hospital	Ospedale di Vallecamonica	Esine 2,70% Edolo 1,40%	Esine 2,50% Edolo 2,60%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	50%	
	-Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg con stesso MDC	Ospedale di Vallecamonica	Esine 2,10% Edolo 2,50%	Esine 2,60% Edolo 1,60%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	50%	
	-Percentuale ricoveri ordinari medici brevi su totale ricoveri	Ospedale di Vallecamonica	Esine 14,20% Edolo 5%	Esine 13,80% Edolo 3,40%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
	-Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore da ammissione	Ospedale di Vallecamonica	Esine 71,40%	Esine 69,90%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
	-Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore da ammissione (assistiti >=65 anni)	Ospedale di Vallecamonica	Esine 69,40%	Esine 71%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2020	ANNO 2021	RISULTATI ATTESI 2021	RAGGIUNGIMENTO	NOTE
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	-Ricoveri ripetuti	Cardiologia	10,19%	12,83%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	
		Chirurgia Esine	7,85%	10,56%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	
		Medicina Esine	5,99%	9,57%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	
		Medicina Edolo	10,60%	9,09%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
		Ortopedia Esine	3,60%	3,87%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	
		Ortopedia Edolo			1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NA	Obiettivo sospeso
		Neurologia	3,81%	6,06%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	
	-Ritorni in sala operatoria	Cardiologia	1,48%	5,24%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	
		Chirurgia Esine	2,39%	2,53%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	
		Medicina Esine	0,00%	13,33%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	
		Medicina Edolo		0%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
		Ortopedia Esine	0,45%	1,32%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NO	
		Ortopedia Edolo			1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	NA	Obiettivo sospeso
		Neurologia	0%	0%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2020	SI	
	CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni	Fascia 2	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
	CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	Fascia 1	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
	CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	Fascia 4	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
	CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto dell' aorta addominale: mortalità a trenta giorni			1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NA	Obiettivo sospeso
	CHGEN1	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Fascia 2	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
	CHGEN2	Colecistectomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui	Fascia 1	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
	GRAV1	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Fascia 2	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
GRAV2	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	Fascia 5	Fascia 5	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI		
GRAV3	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	Fascia 3	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI		
NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	Fascia 3	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI		
ONCO1	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui			1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NA	Obiettivo sospeso	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2020	ANNO 2021	RISULTATI ATTESI 2021	RAGGIUNGIMENTO	NOTE
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	ONCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	Fascia 5	Fascia 5	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NO	
	ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	Fascia 4	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
	ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	Fascia 1	Fascia 5	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NO	
	OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	Fascia 2	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
	OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	Fascia 1	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NO	
	RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	Fascia 3	Fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NO	
	C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Fascia 1	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
	C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	Fascia 5	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
	C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	Fascia 1	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
	C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	Fascia 1	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
	C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	Fascia 3	Fascia 5	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NO	
	C16.1	Percentuale accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	Fascia 1	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NO	
	C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	Fascia 3	Fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NO	
	C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	Fascia 3	Fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NO	
	C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg			1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NA	Obiettivo sospeso
	C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	Fascia 3	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NO	
	C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	Fascia 2	Fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NO	
	C7.3	% episiotomie depurate (NTSV)	Fascia 1	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
	C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Fascia 4	Fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI	
	C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	Fascia 2	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	NO	
D9	Abbandoni da Pronto Soccorso	Fascia 2	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2020	SI		
108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza	Attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici al fine di ridurre la degenza media dei ricoveri riferiti all'obiettivo		16,74% Edolo 10,24% Esine	17,62% Edolo 12,06% Esine	1) (indicatori patologia) fascia verde (4/5) 2) ATS <=21%	NO	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2020	ANNO 2021	RISULTATI ATTESI 2021	RAGGIUNGIMENTO	NOTE
Accessibilità e soddisfazione utenza	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	97%	96%	>= 90%	SI	
	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	97%	98%	>= 90%	SI	
	Customer Servizio di Gastroenterologia	Raccolta questionari >= 80% assistiti; Grado di soddisfazione >= 90%	Riscontro positivo da parte degli assistiti 91% Esine, Edolo 97%		Riscontro positivo da parte degli assistiti		obiettivo non riproposto nel 2021
	Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	68%	prime visite B.D: 57%; Strumentali: 62%; Incremento prestazioni: 100%	Prestazioni priorità B 1) 90%; 2) >=anno precedente	NO NO 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	60 giorni	69 giorni	<=60	NO	
	Presa in carico: evasione delle domande nei termini previsti	Tempo intercorso tra prenotazione a CUP (Patto di cura) e appuntamento al Centro Servizi. Report iniziale per costruzione benchmark.	<=20	<=20	Tempo<20giorni	SI	
Benessere del personale	Piano ferie: rilevazione dati aziendali	Trasmissione report di smaltimento ferie delle diverse articolazioni aziendali	Si è provveduto a trasmettere mensilmente e nei termini previsti il report relativamente alle diverse articolazioni aziendali	Estrazioni effettuate annualmente o con cadenza diversa su richiesta della Direzione. Ultima rilevazione inviata maggio 2022	Piano redatto entro il 31/05/2021; Report: invio dati a CDG entro il 30/04/2022	SI	
	Regolare attestazione della presenza dei dipendenti	N. verifiche a campione sulla presenza in servizio	Si è provveduto ad effettuare verifiche a campione sulla presenza in servizio per complessive n. 3 nei seguenti reparti: Ortopedia, Pneumologia e Area Gestione Risorse Materiali	Verifiche effettuate 7.9.21, 6.12.21 e 23.12.21. Esiti trasmessi alla Direzione in pari data	Almeno n.3 verifiche a campione svolte tra i reparti ospedalieri o del territorio	SI	
	Copertura fabbisogni del personale	Organico in servizio / organico da fabbisogno nell'anno di rilevazione	Nel corso dell'anno 2020, in ragione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione del virus Covid-19, non vi è stata la redazione di un PGRU 2020. In base alle indicazioni ricevute da Regione Lombardia, in sede di redazione del PTFP 2020-20222, la dotazione organica per l'annualità 2020 è corrisposta al personale in servizio al 31.12	Monitoraggio effettuato mensilmente per la Direzione Strategica	Rilevazione personale in ciascun trimestre	SI	
	Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste	Al momento risulta mancante la risorsa da dedicare al progetto. Risorse economiche insufficienti.	Estensione applicazione talune funzionalità angolo del dipendente a personale non dipendente. Dematerializzazione delle richieste finalizzate alla contabilizzazione delle assenze per rischio biologico e smartworking	Implementazione alla dematerializzazione di documenti attraverso l'utilizzo del protocollo informatico, al software di gestionale "angolo del dipendente".	SI	
	Incidenza ore di formazione (PIMO):	N. ore di formazione sul campo/totale ore di formazione x 100	2) formazione sul campo/ore di formazione: 52,01%	40,01%	>= 20%	SI	
	Indicatori PIMO	Valutare la % di partecipazione ai corsi erogati	A causa della sospensione degli eventi formativi da parte della direzione generale per la pandemia da covid-19, il tasso è stato del 68,31%	Come specificato nel riesame della direzione, la pandemia ha diminuito la possibilità di partecipazione ai corsi da parte del personale, il tasso è stato del 74,22 %	80%	NO	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2020	ANNO 2021	RISULTATI ATTESI 2021	RAGGIUNGIMENTO	NOTE
Qualità e Risk Management	PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE	1) acquisizione delle indicazioni Regionali; 2) recepimento nuovi indicatori PIMO secondo indicazioni Regionali	Delibera Giunta regionale 23 dicembre 2019 - n. XI/2700 Determinazioni relative al programma integrato di miglioramento dell'organizzazione: triennio 2020 – 2022, ha apportato modifiche alla check list ed agli indicatori PIMO. Nel 2020 vista l'emergenza sanitaria non sono giunte da regione Lombardia integrazioni o modifiche agli indicatori PIMO individuati in precedenza. Il portale PrIMO con le integrazioni non è ancora attivo. In sintesi gli indicatori monitorati nel 2020 restano uguali a quelli monitorati nel 2019. Raggiunto	Non sono pervenute ulteriori indicazioni specifiche per la modifica/integrazione di indicatori. Gli indicatori PIMO sono monitorati dalle UU.OO. di riferimento. Per il dettaglio dell'attività si rimanda ai verbali dedicati (conservati presso UQ): (Verbale n. 14/UQ/21 del 03.02.2021 - Inserimento dati/indicatori PIMO Servizio di Oculistica nel SW TaleteWeb, n. 15/UQ/21 del 04.02.2021 - Attività inerenti il SGQ SIMT: Aggiornamento Dati, n. 17/UQ/21 del 05.02.2021 - Attività inerenti il SGQ. Inserimento dati nel Software Talete). Raggiunto	numero indicatori recepiti/numero indicatori richiesti da RL > 80%	SI	
	Semplificazione del Sistema di Gestione per la Qualità aziendale attraverso l'utilizzo di una soluzione informatizzata (sw Talete web)	N. di audit interni/sopralluoghi effettuati con lo strumento informatico; N. di check list inserite nel software; N. di Incident reporting inseriti, N. indicatori/dati di UO, N. processi di UO inseriti	Tutte le UU.OO. certificate hanno recepito la semplificazione ed hanno utilizzato la seguente modulistica: M GEN 046B, M GEN 047B e M GEN 048B. n. 26 riesami di Dipartimento/ UO/Ufficio/26 = 100%. La modulistica: M GEN 046A, M GEN 047A ed M GEN 048A è stata utilizzata per il riesame della Direzione generale (M GEN 006A). Raggiunto	Raggiunto (verbali dedicati conservati presso UQ)	- > 40% di UU.OO. certificate per processi > 60% UU.OO. per dati/indicatori/check list audit, Incidente reporting	SI	
	Software Risk Management/GDPR Talete	Gestione rischio clinico: incident reporting, registro cadute in modalità informatizzata utilizzando sw Talete; Gdpr: produzione attraverso il sw del registro dei trattamenti dati	100%	Tutti i dati riguardanti incident reporting – cadute sono stati inseriti a cura dell'Ufficio Qualità – In relazione all'oggetto, per quanto di competenza in ambito Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati comunico quanto segue. Nell'anno 2021 si è proceduto ad alimentare il software Talete con i dati raccolti nel 2018 al fine della creazione del registro dei trattamenti. Permane, come già segnalato all'Ufficio Qualità, la necessità di modificare/integrare alcune voci prefigurate all'interno del software.	100%	SI	
	ATTIVITA' Risk Management: - monitoraggio semestrale eventi avversi/sinistri/azioni	documento redatto e inviato nei tempi previsti	100% dei documenti redatti	Il monitoraggio e l'aggiornamento dei dati trattati sono stati effettuati ed inviati a R.L.	100% dei documenti redatti	SI	
	Gestione del contenzioso	Percentuale di cause gestite dall'ufficio/cause gestite da avvocati esterni	Il contenzioso civile riguardante la malpractice sanitaria è gestito al 100% dall'Ufficio – il contenzioso civile in ambito giurisdizionale è gestito in collaborazione con studi legali esterni. E' stato comunque raggiunto l'obiettivo del 70%.	La maggioranza dei sinistri e delle cause per malpractice sanitaria sono trattate dal nostro ufficio legale, in quanto rientrano nel quota sotto SIR. Pertanto la percentuale del contenzioso trattato rientra nel 70% delle cause gestite a livello aziendale.	70% delle cause gestite a livello aziendale	SI	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2020	ANNO 2021	RISULTATI ATTESI 2021	RAGGIUNGIMENTO	NOTE	
	Qualità e Risk Management	Aggiornamento db regionale GEDISS	Tutti i sinistri sono stati aggiornati nei termini previsti dalla scadenze regionali. Fatto	Invio dei dati e aggiornamento effettuato entro la scadenza regionale	fatto/non fatto	SI		
	Privacy	Rispetto degli adempimenti previsti dalla Legge nel corso dell'anno	Si è garantito il rispetto della normativa in ambito Privacy con la collaborazione di consulente esterno	Si è garantito il rispetto della normativa in ambito Privacy con la collaborazione di consulente esterno	rispetto della normativa a decorrere dal 25/05/2018	SI		
	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni ministeriali	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	Si è garantito l'aggiornamento del 90% delle raccomandazioni ministeriali pubblicate dal Ministero della Salute	Implementazione raccomandazioni ministeriali completata	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.	SI		
	BUDGET - obiettivi DG	Si rimanda agli indicatori specifici	100%	100%	Presenza in carico obiettivi anno corrente; raccolta e caricamento su portale regionale	SI		
	BUDGET - scheda obiettivi economici	Si rimanda agli indicatori specifici	100%	100%	Si rimanda agli indicatori specifici	SI		
	BUDGET - contratto ATS	Si rimanda agli indicatori specifici	100%	100%	Si rimanda agli indicatori specifici	SI		
Trasparenza e Anticorruzione	Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTTI	Deliberazione di adozione del PTPC e PTTI	Decreto n.33/2020	Decreto n.198/2021	entro i termini di legge	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 concluse positivamente oggetto di rendicontazione nella relazione sulla prevenzione della corruzione/ n. azioni previste nel modello di relazione sulla prevenzione della corruzione) *100 nel periodo di riferimento considerato	Relazione prot.ASST n.4425 del 26.2.2021	Relazione annuale 2021 in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza nota prot.ASST n.1771/2022	Trasmissione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale	SI		
	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	Relazione prot.ASST n.4425 del 26.2.2021; Attestazione OIV su modello ANAC per obblighi pubblicazione non ancora prevista (rinvio situazione emergenziale)	Relazione e attestazione pubblicate in amministrazione trasparente nei termini di legge	evidenza documentale (pubblicazione relazione annuale circa l'attuazione del PTPC secondo il modello ANAC e pubblicazione attestazione OIV)	SI		
	Attività in tema di trasparenza ed anticorruzione	Applicazione della disciplina concernente il diritto di accesso, civico e civico generalizzato	Definizione scheda "gestione del processo accesso agli atti", recepita con SAGR 001 + MAGR053 + MAGR054A + MAGR054B	Rituale pubblicazione del registro degli accessi in Amministrazione trasparente a seguito di gestione degli accessi regolata da procedura S AGR 001	Adozione di formali misure organizzative da parte della Direzione volte ad assicurare periodica formalizzazione del registro degli accessi in forma accentrata	SI		
	Anticorruzione	Definizione di un processo di controllo delle attività aziendali in Libera Professione					obiettivo non riproposto nel 2021	
	Sistema dei controlli interni	Implementazione sistema di controlli interni			Controlli effettuati come da verbali in atti compendati nella nota prot.ASST n.28216/2021 del 27.12.2021	Effettuazione di almeno n. 6 controlli in materia di presenze/LP/area a pagamento	SI	
	Anticorruzione-trasparenza	Adeguamento regolamento libera professione secondo le linee guida regionali			Attuazione disposizioni contrattuali e regionali in materia come compendati nella nota prot.ASST n.28428/2021 del 29.12.2021 (punto n.1)	Programmazione di tutte le misure attuative in materia di libera professione alla luce del CCNL area sanità e attuazione in materia e consulti	SI	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2020	ANNO 2021	RISULTATI ATTESI 2021	RAGGIUNGIMENTO	NOTE
Acquisti e gare	Indice di corretta evasione dell'ordine-appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Numero contratti > 40.000 euro con varianti / numero totale dei contratti > 40.000 in corso di esecuzione	100%	100%	Monitoraggio delle modifiche effettuato in corso di vigenza contrattuale con rilevazione delle varianti, con relativi importi e motivazione, richieste dal DEC. La rilevazione si effettua nei contratti > 40.000	SI	
	Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing: ristorazione, lavanolo, pulizie	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento/ Num. totale dei questionari compilati	86%	60% Esine 95% Edolo	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction: numero minimo di questionari compilati > della metà di quelli compilati nel 2019	SI	
Strutturali	Allineamento requisiti di accreditamento con il POAS, verifica requisiti organizzativi generali/specifici, strutturali e tecnologici di UO	1) incontri verbalizzati con ATS e con DMP; 2) verifica del mantenimento dei requisiti nelle UU.OO. con redazione verbale					obiettivo non riproposto nel 2021
	Disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno	Sospeso, rinviato 2021 causa migrazione datacenter regionale	sospensione continuata per tutto l'anno 2021	fatto/non fatto	SI	
	Continuità operativa informatica	Situazioni in cui un applicativo informatico non è stato accessibile/funzionante per un tempo superiore ad un riferimento deciso dall'ospedale (es. 15 minuti)	Sospeso, rinviato 2021 causa migrazione datacenter regionale	sospensione continuata per tutto l'anno 2021	fatto/non fatto	SI	
	ICT: Piano di evoluzione triennale	budget relativo alle spese per ICT annuali e con previsione triennale	- Modello di maturità 2020: inviato a Supporto Governo Sistemi Informativi - Piano di Evoluzione Triennale: obiettivo sospeso in attesa comunicazioni RL	obiettivo sospeso in attesa comunicazioni RL	fatto/non fatto	SI	
	ICT: integrazione con NPRI	completamento delle attività di adeguamento	Attività in corso sotto la supervisione di ARIA. Le scadenze, dato il fermo di tutta l'attività per un anno, dovuta a COVID-19, non sono più valide.	obiettivo sospeso in attesa comunicazioni RL	fatto/non fatto	SI	
	Opere ed investimenti	Adeguamento antincendio Ospedale di Esine	Decreto n.773/2020: Approvazione del Certificato di Regolare Esecuzione e del Quadro Tecnico Economico a fine lavori			SI	
	Opere ed investimenti	Adeguamento antincendio Ospedale di Edolo	Sospensione dei lavori causa Covid-9	Decreto n.608/2021 approvazione atti di contabilità finale e Certificato di Regolare Esecuzione		SI	
	Opere ed investimenti	Gara "Modifica sistema di chiamata PO Esine" completamente capitolato: - indizione; - aggiudicazione		- Gara indetta con decreto n.126 del 25/2/2021 - Gara aggiudicata con decreto n.235 del 1/4/2021	- entro il 30/06/21 - entro il 30/09/21	SI	
	Opere ed investimenti	Adeguamento antincendio sede Darfo: - aggiudicazione gara affidamento; - aggiudicamento incarico direzione lavori		- Affidamento lavori aggiudicati con decreto n.148 del 4/3/2021 - Direzione Lavori aggiudicati con decreto n.219 del 1/4/2021	- entro 26/05/2021; - entro 30/06/21	SI	
	Opere ed investimenti	Adeguamento antincendio sede Breno: gara progettazione, direzione lavori		Progettazione assegnata con affidamento diretto in quanto non presente con caratteristiche richieste nell'ambito delle convenzioni ARIA nel mese di dicembre 2021 -CAUSA COVID RICHIESTA PROROGA ALLA DG WELFARE	- inizio lavori entro 18/05/22; - progettazione entro 30/09/2021	SI	
	Opere ed investimenti	Sismica Esine: indizione procedura per affidamento progettazione direzione lavori inerente l'adeguamento sismico di parte del PO Esine (II step)		Affidamento provvisorio progettazione, Direzione Lavori aggiudicate con decreto n.352 del 20/5/2021.	- entro il 30/09/2021	SI	
	Opere ed investimenti	Progetti: "UTIC": realizzazione a seguito nulla osta Direzione Medica di Presidio		Certificato di Regolare Esecuzione emesso in data 30/6/2021	Entro 30 gg dal nullaosta	SI	
Opere ed investimenti	Progetti: "TI": 1) progetto realizzato, in attesa parere ATS con supporto Ufficio Qualità; 2) Emissione Oda alla ditta esecutrice lavori; 3) Consegna cantiere a seguito nulla osta Direzione Medica di Presidio		- ODA emesso in data 18/5/2021 - Cantiere consegnato in data 08/10/2021	1) 31/03/2021; 2) entro 15 gg dal nullaosta dmp	SI		

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2020	ANNO 2021	RISULTATI ATTESI 2021	RAGGIUNGIMENTO	NOTE
Interventi	Opere ed investimenti	Progetti "OBI": progetto interno approvato; Affidamento lavori a seguito nulla osta Direzione medica di Presidio		Si ritiene di inoltrare entro il 31/12/2022, il progetto esecutivo dell'OBI, alla ATS competente per il rilascio del parere per l'accredimento contemporaneamente a quello del Pronto Soccorso, ancora in fase di redazione, poiché entrambi gli interventi riguardano un'unica attività.	Entro il 30/10/2021	SI	
	Opere ed investimenti	Progetti "stroke": progettazione in corso da parte del soggetto individuato dalla struttura commissariale. Fornire documentazione richiesta e assistenza		Fatto	fatto/non fatto	SI	
	Opere ed investimenti	Progetti "pronto soccorso" progettazione in corso da parte del soggetto individuato dalla struttura commissariale. Fornire documentazione richiesta e assistenza		Fatto	fatto/non fatto	SI	
	Opere ed investimenti	Intervento di rifacimento impianto di climatizzazione Ospedale di Edolo: affidamento incarico di progettazione		Affidamento definitivo progettazione, Direzione Lavori aggiudicate con decreto n.263 del 16/4/2021	-31/12/2021	SI	
	Opere ed investimenti	Utilizzo delle economie derivanti dalla conclusione dell'intervento "Manutenzione straordinaria e nuovo ingresso raccordo con SS. n.42 presso il Presidio ospedaliero di Esine.": aggiudicazione e inizio lavori		- Lavori aggiudicati con decreto n.234 del 1/4/2021, successivamente revocati con decreto n.371 del 27/5/2021. - Lavori rassegnati con decreto n.481 del 15/7/2021, successivamente revocato con decreto 791/2021 e avviato procedure di interpello per riaffidamento	- 31/05/2021	SI	
	Opere ed investimenti	Adeguamento tecnologico dei locali "UTIC" presso l'ospedale di Esine: realizzazione lavori entro il 31/12/2021		Fatto, emesso Certificato di Regolare Esecuzione in data 30/6/2021	fatto/non fatto	SI	
	Opere ed investimenti	Adeguamento strutturale a seguito verifica di vulnerabilità sismica (Edificio D e Edificio I) Ospedale di Esine: affidamento incarico di progettazione entro il 31/12/2021		Fatto, aggiudicazione definitiva affidata con decreto ASST n.263/2021 del 16.04.2021	fatto/non fatto	SI	
	Opere ed investimenti	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 ed invio delle istanze di ricezione del contributo entro il 31/12/2020		Con decreto n. 444 del 09/07/2020 si è aggiudicata la fornitura di n.1 tomografo a coerenza ottica, acquisto previsto dalla DGR indicata. Con decreto n. 843 del 23/12/2020 è stato approvato il QTE finale, trasmesso a Regione Lombardia a chiusura del finanziamento stesso con Prot. ASST n. 173/21 del 05/01/2021. Il budget assegnato con DGR_XI_770_2018 risulta pertanto esaurito e concluso,	fatto/non fatto	SI	
	Opere ed investimenti	DGR_X_7767_2018 - Acceleratore lineare: installazione entro il 31/12/2020		Il collaudo del nuovo Acceleratore lineare si è concluso in data 18/06/2020	fatto/non fatto	SI	
	Opere ed investimenti	DGR_XII_2468_2019 - Mammografo, TAC e angiografo: nel corso del triennio 2020-2022 verranno installate le apparecchiature finanziate da Regione Lombardia. Per l'anno 2020 si prevede l'installazione del mammografo		Il mammografo è stato acquistato con decreto n. 120 del 19/02/2020 ed è stato installato il 13/08/2020; la TAC è stata acquistata con decreto n. 386 del 18/06/2020, e l'installazione è prevista per luglio 2021; l'angiografo è stato acquistato con decreto n. 825 del 23/12/2020	fatto/non fatto	SI	
ali	Opere ed investimenti	DGR 5316/2016 DGR 5510/2016 VII atto integrativo: installazione del telecomandato digitale in seguito ai lavori per l' Adeguamento e razionalizzazione area ortotrauma e p.s. presso il presidio ospedaliero di Edolo		Installazione del telecomando in data 07/08/2020	fatto/non fatto	SI	
	Opere ed investimenti	DGR_XI_1725_2019 - Apparecchiature a bassa tecnologia: esaurimento del finanziamento entro il 31/12/2020.		Con decreto n. 850 del 30/12/2020 è stato approvato il QTE finale, trasmesso a Regione Lombardia a chiusura della quota di finanziamento assegnata con prot. ASST n. 174/21 del 05/01/2021. Il budget assegnato con DGR XI/1725/2019 risulta pertanto esaurito.	fatto/non fatto	SI	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2020	ANNO 2021	RISULTATI ATTESI 2021	RAGGIUNGIMENTO	NOTE
Interventi Strutturati	Opere ed investimenti	DGR_XII_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		In data 30.08.2021 è terminata, con collaudo positivo, l'installazione della TAC presso la Radiologia di Esine.	fatto/non fatto	SI	
	Opere ed investimenti	DRG_XI_2468_2019 – Esaurimento finanziamento relativo agli acquisti di bassa e media tecnologia entro il 31/11/2021		Con decreto n. 538/2021 del 13.08.2021 è stato approvato il QTE finale, trasmesso a Regione Lombardia a chiusura della quota di finanziamento assegnata con prot. ASST n. 18798/21 del 24.08.2021. Il budget assegnato con DGR XI/2468/2019 risulta pertanto esaurito.	fatto/non fatto	SI	
Progetti L. 23	Gestione	Sperimentazione del PRESST					obiettivo non riproposto nel 2021
	Gestione	Servizio di Cure Palliative: Territoriali e Hospice					obiettivo non riproposto nel 2021
	Agende ambulatoriali dedicate ai pazienti cronici con PAI	Numero slot assegnati/numero slot richiesti=1	mantenimento	mantenimento budget contrattuale minimo 3%	mantenimento	SI	