



# RELAZIONE AL PIANO PERFORMANCE ANNO 2016

Relazione ai sensi art. 10, comma 1,  
lettera b) del d.lgs. n. 150/2009

## Sommario

Finalità della Relazione al Piano delle Performance .....	3
Premessa: Adempimenti connessi con la costituzione della nuova ASST ai sensi della l.r. n. 23 / 2015.....	4
1. Generalità sull'organizzazione dell'Azienda.....	4
2. Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi .....	5
2.1 Assistenza ospedaliera .....	6
2.1.1 L'attività del periodo .....	7
2.2 Territoriale.....	10
3. Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio .....	14
4. Il sistema degli acquisti – area contratti .....	16
5. La gestione economico-finanziaria dell'Azienda .....	16
6. Valutazione performance.....	19
7. Trasparenza e Anticorruzione.....	20
8. Tabella Obiettivi specifici anno 2016: esiti .....	21

## **Finalità della Relazione al Piano delle Performance**

Il Piano delle Performance 2016-2018, adottato dall'ASST Franciacorta con deliberazione n. 646 del 16.11.2016, è stato predisposto in applicazione delle disposizioni previste all'art. 10 del decreto legislativo 150/2009 secondo le linee di indirizzo stabilite da ANAC (Autorità nazionale anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche, in precedenza CIVIT - commissione indipendente per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche) e le linee guida per l'anno 2012 proposte dall'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) della Regione Lombardia

Il Piano delle Performance è definito sulla base degli indirizzi programmatici previsti dagli strumenti di livello istituzionale, strategico ed operativo nazionali regionale e locale, quali il Piano Socio-sanitario, le Regole di Sistema, il Documento di Programmazione e Coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari dell'ATS di Brescia, gli Obiettivi Aziendali di Interesse Regionale.

Il Piano delle Performance viene individuato come documento programmatico in cui, in base alla struttura dell'Azienda e alle risorse assegnate, sono definiti la strategia per il triennio 2016-2018, gli obiettivi da perseguire per l'anno 2016, indicatori/modalità/azioni per monitorare l'attività aziendale dell'anno.

La Relazione annuale al Piano delle Performance – Anno 2016 si pone come momento di esplicitazione a tutti i soggetti "portatori di interesse" (stakeholders) interni ed esterni del percorso del ciclo di Programmazione e Controllo aziendale, analizzando i risultati ottenuti rispetto a quelli attesi in sede di predisposizione del Piano, interpretati tenendo presenti le condizioni "ambientali" (locali, nazionali ed internazionali) mutevoli, che hanno avuto nel corso degli ultimi anni profonda influenza sul capitale umano e sulle risorse strumentale disponibili.

**Premessa: Adempimenti connessi con la costituzione della nuova ASST ai sensi della l.r. n. 23 / 2015**

L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale della Franciacorta, con sede legale in Chiari, Viale Mazzini n. 4, di seguito ASST, è stata costituita dalla Regione Lombardia con Deliberazione n. X/4491 del 10.12.2015 in attuazione della Legge Regionale n. 23/2015.

L'attività della nuova Azienda ha avuto inizio il giorno 01.01.2016.

All'ASST sono riconosciute autonoma personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

In particolare, con specifico riferimento agli adempimenti legati all'attuazione della L.R. 23/2015, si è provveduto a:

- trasferire all' ASST della Franciacorta il patrimonio di propria competenza;
- identificare tutti i beni mobili soggetti a registrazione, definendone l'assegnazione ed il trasferimento alle ASST ed ATS di Brescia;
- identificare i beni mobili non soggetti a registrazione da trasferire sulla base di quanto già concordato tra ASST ed ATS ed a seguito di ulteriori verifiche effettuate tra i rappresentanti legali delle Aziende interessate;
- concordare con l'ATS il trasferimento dei beni esistenti nei magazzini;
- stipulare una Convenzione tra l'ASST e l'ATS di Brescia per la gestione dei contratti, avente ad oggetto la fornitura di beni e di servizi strumentali allo svolgimento delle attività presso le strutture territoriali afferite alla ASST a seguito delle funzioni trasferite dalla l.r. 23/2015 alla competenza della ASST;
- definire il personale da assegnare all'ASST della Franciacorta, sulla base delle funzioni svolte e della sede di lavoro indicata all'atto dell'assunzione;
- regolare i rapporti giuridici attivi e passivi come previsto nella DGR n. 4702 del 29/12/2015, sub-allegato 1 "Indicazioni e passaggi procedurali amministrativi e contabili ai fini dell'attuazione del nuovo modello di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale", i fondi cassa giacenti presso il tesoriere, i c/c postali e le disponibilità giacenti nelle casse aziendali, nonché eventuali altri valori mobiliari in capo all'ASST;
- attuare il passaggio delle funzioni gestite in precedenza dall'ASL di Brescia, con conseguente presa in carico dei contratti relativi agli approvvigionamenti e alla gestione dei servizi;
- trasferimento e presa in carico della documentazione connessa al passaggio delle competenze tra ATS ed ASST.

**1. Generalità sull'organizzazione dell'Azienda**

La costituzione della nuova Azienda è avvenuta per cessione di rami d'Azienda provenienti:

- dalla Azienda Ospedaliera "Mellino Mellini"; in particolare:
  - P.O. di Chiari, sede di DEA e di Punto Nascita, con gli afferenti Stabilimenti di Orzinuovi e Rovato;
  - P.O. di Iseo, sede di Pronto Soccorso, di SPDC e di Punto Nascita, con l'afferente Stabilimento di Palazzolo sull'Oglio;
  - Strutture Territoriali del Dipartimento di Salute Mentale (1 CRA, 2 CPA, 1CPB, 2 CD, 21 Programmi di Residenzialità Leggera, 3 CPS e 4 sedi erogative per attività di Neuropsichiatria presso Chiari, Iseo, Orzinuovi e Palazzolo sull'Oglio);
- dalla Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Brescia; in particolare:



- Attività distrettuale erogata presso i distretti ex ASL:
  - n. 5 (Sebino - Iseo),
  - n. 6 (Monte Orfano - Palazzolo sull'Oglio),
  - n. 7 (Oglio Ovest - Chiari),
  - n. 8 (Bassa Bresciana Occidentale - Orzinuovi);
    - 2 SERT (Rovato e Orzinuovi);
    - 2 Consultori Pubblici (Chiari e Rovato);
    - Erogazione diretta di ADI in parte del territorio di competenza.

### *La Mission*

La finalità dell'ASST è quella erogare prestazioni socio-sanitarie attraverso le articolazioni territoriali e ospedaliere, di media o elevata complessità. Quanto precede, nel rispetto della dignità della persona, dei suoi bisogni di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'economicità nell'impiego delle risorse, in coerenza con i principi e gli obiettivi espressi nei Piani Sanitari Nazionali e nelle politiche di governo del Sistema Sanitario Regionale.

### *La Vision*

La visione strategica è quella di un'Azienda orientata all'erogazione dell'attività territoriale, ospedaliera ambulatoriale e di ricovero, secondo un approccio orientato ai percorsi di cura elevandone progressivamente il livello di qualità, adeguando i tempi di risposta a tempi di attesa sempre più definiti sulla priorità clinica, che tengano conto delle aspettative e dei bisogni del cittadino e delle necessità di ricerca dell'appropriatezza, della qualità e sicurezza dei processi mediante un attento governo del rapporto tra risorse impiegate, attività prodotte e risultati ottenuti, passando dal curare al prendersi cura del cittadino.

## **2. Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi**

### *L'organizzazione dell'ASST della Franciacorta*

Come previsto dalla DGR n. X/4702 del 29.12.2015, "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario per l'esercizio 2016", in base alle linee guida regionali emanate, è stato adottato il nuovo Piano di Organizzazione Aziendali Strategico (POAS) dell'ASST, finalizzato ad una razionale distribuzione degli incarichi dirigenziali nonché della individuazione dei Dipartimenti.

I criteri utilizzati nella stesura del POAS possono così sintetizzarsi:

- individuazione di modelli organizzativi che prediligono la gestione di processi orizzontali superando la visione verticale per aree e competenze;
- adozione di strumenti di organizzazione secondo la logica della rete sia interna che esterna, caratterizzata per il lavoro comune, basato su regole esplicite, di persone/gruppi la cui opera è interdipendente;
- ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio; in tale contesto il criterio prevalente è stato quello della presa in carico del paziente;
- organizzazione dei servizi per la cronicità in un unico ambito rete/dipartimento secondo lo schema di rete sopra richiamato evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale.

Nel 2016 al fine di garantire la continuità dei servizi, i titolari delle funzioni di coordinamento, programmazione ed erogazione dei servizi hanno proseguito senza soluzione di continuità le attività



amministrative, tecniche e di cura a prescindere dall'assegnazione indicata nel POAS.

La struttura organizzativa prevede oltre all'Organo del Collegio Sindacale, la seguente articolazione:

- la Direzione Strategica, composta da Direzione Generale, Sanitaria, Amministrativa e Socio-sanitaria;
- gli Organismi (interni ed esterni) di supporto alla Direzione Strategica:
  - Collegi Tecnici,
  - Comitato Etico Indipendente (livello provinciale),
  - Collegio di Direzione,
  - Consiglio dei Sanitari,
  - Comitato Unico di Garanzia,
  - Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione/Trasparenza, così come previsto dalla normativa vigente e la funzione di Internal Audit;
- le Strutture di Staff che dipendono direttamente dalla direzione strategica:
  - la Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico,
  - la Programmazione e Controllo,
  - il Servizio di Prevenzione e Protezione,
  - il Sistema Informativo Aziendale (SIA),
  - il Medico Competente,
  - la Formazione,
  - l'Ufficio Relazioni con il Pubblico,
  - la Qualità,
  - il Nucleo Interno di Autocontrollo (NIA),
  - l'Accreditamento.

- la Struttura Complessa cui afferisce il personale del polo territoriale.

- i 7 Dipartimenti in cui è organizzato il polo ospedaliero, che raggruppano strutture organizzative semplici e complesse: sei Dipartimenti Sanitari (dip. di Chirurgia, dip. di Medicina, dip. Emergenza e Accettazione, dip. Materno Infantile, dip. dei Servizi e dip. Salute Mentale) e il Dipartimento Amministrativo.

## 2.1 Assistenza ospedaliera

L'attività dell'ASST, a livello sanitario, si articola in:

- 3 strutture che erogano prestazioni di ricovero e cura: Presidio Ospedaliero di Chiari, Presidio Ospedaliero di Iseo e Stabilimento di Orzinuovi;
- 2 strutture che erogano cure sub acute: Stabilimento di Rovato e Stabilimento di Orzinuovi;
- 5 strutture che erogano prestazioni ambulatoriali: Presidi Ospedalieri di Chiari e Iseo, Stabilimenti di Orzinuovi, Rovato e Palazzolo sull'Oglio.

### Posti letto e posti tecnici accreditati e attivi al 30.12.2016 – dettaglio per Presidio e Stabilimento

Di seguito la tabella riassuntiva dei posti letto ordinari, day hospital e day surgery, nonché dei posti tecnici per attività BOCA, MAC ed Sub-acuti per singolo Presidio/Stabilimento aziendale.

POSTI LETTO ACCREDITATI E IN ATTIVITA'									POSTI TECNICI ACCREDITATI E IN ATTIVITA'												
PP.OO. e Stab.	PL ACCREDITATI				PL IN ATTIVITA'				PP.OO. e Stab.	POSTI TECNICI ACCREDITATI						POSTI TECNICI IN ATTIVITA'					
	Ord.	D.H.	D.S.	Totale	Ord.	D.H.	D.S.	Tot.		BOCA	MAC	SUB.	Dialisi	Culle / altro	Totale	BOCA	MAC	SUB.	Dialisi	Culle / altro	Tot.
Chiari	244	5	7	256	170	5	7	182	Chiari	3	12	0	21	15	51	3	12	0	20	15	50
Orzinuovi	0	1	0	1	0	1	0	1	Orzinuovi	0	1	20	6	15	42	0	1	20	6	15	42
Rovato	0	0	0	0	0	0	0	0	Rovato	0	0	10	0	0	10	0	0	10	0	0	10
Iseo	113	5	4	122	87	5	2	94	Iseo	2	15	0	6	103	126	2	15	0	6	103	126
Palazzolo	10	0	0	10	0	0	0	0	Palazzolo	0	0	0	9	0	9	0	0	0	9	0	9
<b>TOTALE</b>	<b>367</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>389</b>	<b>257</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>277</b>	<b>TOTALE</b>	<b>5</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>42</b>	<b>133</b>	<b>238</b>	<b>5</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>41</b>	<b>133</b>	<b>237</b>

L'ASST gestisce inoltre le attività AREU presso le sedi di Chiari, Iseo, Palazzolo sull'Oglio ed Orzinuovi.

### 2.1.1 L'attività del periodo

In questa sezione sono presentate le informazioni e i dati riguardanti il confronto tra l'esercizio 2016 e il 2015:

- l'attività complessiva
- l'attività ospedaliera
- l'attività ambulatoriale
- le altre attività

L'attività dell'esercizio 2016 è stata programmata al fine di offrire agli utenti il miglior livello di servizio, inteso come gamma di offerta e qualità delle prestazioni rese, coerentemente con le risorse umane, strumentali e finanziarie a disposizione dell'ASST.

Le attività erogate sono state improntate secondo criteri di equità nella gestione delle liste d'attesa e di qualità delle cure, supportate da attività di controllo interno finalizzate al miglioramento continuo della sicurezza del paziente e di riduzione del rischio clinico.

In particolare si è posta attenzione all'erogazione secondo il livello assistenziale più appropriato (ordinario per acuti, dh/ds, mac/bic, sub-acuti, ambulatoriale) non trascurando il supporto all'attività territoriale legata alla Salute Mentale, sia psichiatrica che di neuropsichiatria infantile e di dispensazione dei farmaci a pazienti non ricoverati.

Le attività amministrative e di supporto sono state implementate nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione, della trasparenza, del rispetto della privacy, orientando la formazione al miglioramento continuo delle risorse umane.

## L'attività ospedaliera

Il prospetto sotto specificato (Prospetto a), mette a confronto alcuni indicatori sintetici relativi ai ricoveri, rilevati sugli ultimi 5 anni.

Dall'esame dei dati indicati nel prospetto a), appare evidente un calo del numero di ricoveri nel corso degli anni. Tale calo è sicuramente l'effetto delle politiche nazionali e regionali di ricerca dell'appropriato livello di assistenza per l'erogazione delle prestazioni, quali ad esempio il calo nel 2013 di ricoveri legato al passaggio da DH- a MAC. Tale passaggio è confermato anche da un aumento della degenza media e del peso medio dei ricoveri (essendo quelli a minor complessità/durata e a minor peso transitati in regimi ambulatoriali complessi BOCA e MAC).

Il calo dei ricoveri è stato costante negli anni anche con specifico riferimento agli anni 2014 – 2015 e 2016.

### Prospetto a)

ANNO DIMISSIONE	N. RICOVERI	GG. DEGENZA	Degenza Media	Peso Medio
2012	17.399	100.149	5,8	0,911
2013	17.018	97.908	5,8	0,937
2014	16.593	96.422	5,8	0,943
2015	16.140	96.276	6,0	0,942
2016	15.880	95.457	6,0	0,965
<b>Media 2012-2016</b>	<b>16.606</b>	<b>97.242</b>	<b>5,9</b>	<b>0,940</b>

## L'attività Ambulatoriale

Il Prospetto b) mette a confronto l'andamento delle quantità e dei valori delle prestazioni ambulatoriali, compreso pronto soccorso, rilevati sugli ultimi 5 anni. Nel 2016 vi è stato un leggero calo sia nelle quantità di prestazioni erogate che conseguentemente nel valore lordo.

### Prospetto b)

ANNO	QUANTITA	VALORE LORDO
2012	2.186.597	31.583.701
2013	2.183.091	31.157.764
2014	2.225.658	31.574.532
2015	2.181.545	31.249.044
2016	1.915.702	29.939.392





Di seguito la tabella di dettaglio delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali erogate nel corso dell'anno 2016 dall'ASST Franciacorta

Attività Aziendale (Ricovero+ambulatoriale)	Totale Anno 2016
N. Dimessi Ricoveri ordinari	14.286
N. Dimessi ricoveri DH-DS	1.227
N. Giornate di degenza Ricoveri ordinari	86.183
N. Giornate di degenza ricoveri DH-DS	1.227
N. dimessi SUB-ACUTI	367
N. Giornate di degenza SUB-ACUTI	8.047
N. Prestazioni Ambulatoriali (escluso Laboratorio, RX, PS, MAC e BIC)	496.789
N. Accessi di Pronto Soccorso	66.539
N. Prestazioni di Pronto Soccorso	422.164
N. Accessi di Laboratorio	175.636
N. Accessi Radiologia	45.070
N. MAC (accessi) (Macro-attività ambulatoriale ad alta complessità)	2.440
N. BIC (accessi) (Attività chirurgica a bassa intensità di cura)	2.558
N. Prestazioni in Libera Professione e Solventi	53.704

### Attività del Dipartimento di Salute Mentale

Dall'esame dei prospetti sotto indicati si evidenzia un calo rispetto al 2015 della quantità delle prestazioni erogate, specie con riferimento a quelle relative al CPS, con conseguente calo del valore lordo.

Attività complessiva:

ANNO	Quantità	Valore Lordo
2012	60.785	5.428.200
2013	60.130	5.375.385
2014	60.234	5.352.329
2015	65.428	5.692.778
2016	60.676	5.109.856

	ANNO	Quantità	Valore Lordo
RESIDENZIALITA'	2012	18.266	2.964.514
	2013	17.856	2.891.183
	2014	17.911	2.911.428
	2015	19.406	3.162.022

	2016	17.110	2.778.557
<b>RESIDENZIALITA' LEGGERA</b>	2012	2.806	126.270
	2013	5.954	267.930
	2014	5.293	238.185
	2015	5.176	232.920
	2016	5.547	249.615
<b>SEMIRESIDENZIALITA'</b>	2012	8.000	791.515
	2013	8.151	791.887
	2014	7.750	756.157
	2015	7.462	729.320
	2016	7.088	710.740
<b>ATT.DOMICILIARE</b>	2012	6.486	368.145
	2013	6.358	360.880
	2014	4.293	243.671
	2015	5.100	289.476
	2016	4.665	264.785
<b>ATT.CPS</b>	2012	25.227	1.177.756
	2013	21.811	1.063.505
	2014	24.987	1.202.888
	2015	28.284	1.279.040
	2016	26.266	1.106.159

## Farmacia

I farmaci erogati in file F nel corso del quinquennio evidenziano una sostanziale crescita sulle principali voci, in particolare ambulatoriale e doppio canale di distribuzione.

TIPOLOGIA	2012	2013	2014	2015	2016
F2-Farmaci ambulatoriali	674.462	773.754	758.496	837.713	<b>981.814</b>
F4-Terapie iposensibilizzanti	66.757	76.975	79.422	69.324	40.746
F10-Farmaci per malattie rare	266.018	266.018	266.018	266.018	173.935
F1-Farmaci Fascia H	228.149	306.348	282.138	379.267	433.448
F5-Farmaci oncologici in day-hospital	430.120	368.954	462.248	420.115	567.688
F6-Farmaci con doppio canale di distribuzione, <b>ASST-Franciacorta</b>	1.232.956	1.230.200	1.194.179	1.386.503	<b>1.446.748</b>
F6-Farmaci con doppio canale di distribuzione, <b>Territorio</b>	0	0	0	0	1.281.568
F11-Farmaci consegnati alla dimissione per il primo ciclo di cura	76.899	52.970	61.559	53.218	40.170

## 2.2 Territoriale

Il territorio su cui insiste l'ASST è rappresentato dai Comuni afferenti agli ex Distretti socio-sanitari dell'ASL di Brescia e di seguito meglio indicati:

- n. 5 Sebino – Iseo: Corte Franca, Iseo, Marone, Monte Isola, Monticelli Brusati, Paderno Franciacorta, Paratico, Passirano, Provaglio d'Iseo, Sale Marasino, Sulzano, Zone
- n. 6 Monte Orfano – Palazzolo sull'Oglio: Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio,

## Pontoglio

- n.7 Oglio Ovest – Chiari: Catelcovati, Castrezzato, Cazzago San Martino, Chiari, Coccaglio, Comezzano-Cizzago, Roccafranca, Rovato, Rudiano, Trezzano, Urigo d'Oglio
- n. 8 Bassa Bresciana Occidentale – Orzinuovi: Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto, Longhena, Maclodio, Mairano, Orzinuovi, Orzivecchi, Pompiano, Quinzano d'Oglio, San Paolo, Villachiera

La popolazione assistita al 31.12.2016 ammonta a circa 270.000 unità e nella tabella di seguito riportata si evidenziano le classi di età.

POPOLAZIONE ASSISTITA									
Distretto	0 anni	01-04 aa.	05-14 aa.	15-44 aa.	45-64 aa.	65-74 aa.	oltre 74 aa.	totale assistiti	n. assistiti pesati secondo coefficienti Osmed
Distr 05 - Sebino	438	2.099	5.733	19.305	15.852	5.899	5.330	54.656	56.408
Distr 06 - Monte Orfano	527	2.328	6.351	21.939	16.769	5.831	5.434	59.179	59.057
Distr 07 - Oglio Ovest	995	4.435	11.180	38.223	26.337	8.805	7.890	97.865	92.869
Distr 08 - Bassa Bresciana Occidentale	498	2.152	6.149	21.299	15.922	5.399	5.299	56.718	56.289
<b>totale</b>	<b>2.458</b>	<b>11.014</b>	<b>29.413</b>	<b>100.766</b>	<b>74.880</b>	<b>25.934</b>	<b>23.953</b>	<b>268.418</b>	<b>264.623</b>

Di seguito si evidenziano le Sedi di attività territoriale e le principali mansioni svolte (es.: CA - continuità assistenziale, UCAM Continuità Assistenziale Multi-dimensionale).

## Chiari

Piazza Martiri della Libertà n°25 - Sede dell'ex Distretto.

Sportelli Scelta/Revoca e Protesica,

UO Famiglia: Consultorio Familiare accreditato, Equipe Operativa Handicap - Screening citologico,

UO Cronicità: ADI, UCAM – Sede della CA.

## Iseo

Via Giardini Garibaldi DSM (CPS)

Loc. Ca' de Pole DSM

Via delle Pole n. 1800 DSM

Via Giardini Garibaldi, 2 Sede dell'ex Distretto.

Sportelli Scelta/Revoca e Protesica,

UO Famiglia: Equipe Operativa Handicap - Screening citologico,

UO Cronicità: UCAM – sede della CA.

## Orzinuovi

Viale Piave n. 33 DSM (CPS)

Via Secondo Martinelli n. 5b DSM

Via Crispi n. 2 CA

Via Donzellini n. 43



Via Marconi n. 27 SERT, Sede Distretto - Sportelli Scelta/Revoca e Protesica - UO Cronicità: ADI  
– UCAM - Equipe Operativa Handicap.

#### Rovato

Via Camillo Golgi n. 1 DSM (CPS)  
Via Monte Orfano 11 DSM  
Via Lombardia n. 31/a, 33/b SERT  
Via Lombardia n. 33/a UO Famiglia: Consultorio Familiare accreditato - Screening citologico -  
Equipe Operativa Handicap - ADI - Sede della CA.

#### Palazzolo Sull'Oglio

Via Alessandro Volta n. 1 Centro Diurno  
Via C. Battisti, 17 Screening citologico  
Via C. Battisti, 39 Sede Distretto - UO cronicità: UCAM - Sportelli Scelta/Revoca e Protesica -  
Vigilanza UdO Sociali - Equipe Operativa Handicap.  
Via Guido Sgrazzutti, n. 1 Sede CA

#### Adro

Via Umberto I 33 - Via Cavour 41 - Via Cairoli 25 DSM

#### Borgo San Giacomo

Via Ferrari n. 3 NPI

#### Verolanuova

Via Grimani n. 20 NPI

#### Marone

Via Metelli n. 23/C CA - Screening citologico

#### Dello

Via Roma n. 75 CA - Screening citologico

#### Monte Isola

Loc. Carzano n. 28/A CA - Screening citologico

All'ASST è stato assegnato il personale allocato nei presidi distrettuali dell'ex ASL di Brescia.

Si è confermata nel 2016 la responsabilità della gestione e dell'organizzazione dei presidi distrettuali al Responsabile di distretto in carica.

### ATTIVITA' TERRITORIALI

Di seguito si riportano le attività prestate a livello territoriale.

#### Fornitura di Presidi e ausili protesici

La gestione del servizio di fornitura di Presidi e ausili protesici è stata eseguita, mediante specifico accordo tra l'ATS di Brescia e le ASST Spedali Civili, del Garda e Franciacorta, attraverso l'utilizzo del



personale ex ASL assegnato a ogni ASST di Brescia.

Quest'ultimo, con specifico riferimento alla fase di liquidazione delle fatture, ha provveduto ad un coordinamento della raccolta delle fatture, alla stesura degli elenchi delle stesse e trasmissione alle ASST di competenza. Si precisa che la fase di controllo è rimasta in carico alle singole ASST.

#### **Ufficio scelta e revoca distrettuale.**

Gli sportelli di scelta/revoca del Medico sono dislocati presso le Sedi degli ex Distretti (Poli Territoriali) di Chiari, Iseo, Orzinuovi e Palazzolo sull'Oglio.

Presso tali Uffici è possibile effettuare la scelta del MMG/PLS, verificare la posizione dell'utente, ottenere informazioni per il rilascio delle esenzioni ticket e, in presenza dei requisiti necessari, vengono rilasciate le esenzioni per patologia, reddito, disoccupazione, ecc. acquisizione della modulistica per l'assistenza sanitaria all'estero ed altre funzioni.

#### **Area degli interventi alla famiglia**

L'UO Famiglia nei 2 consultori famigliari accreditati di Chiari / Rovato promuove e tutela la salute delle donne, dei bambini, delle coppie, e delle famiglie attraverso numerosi e diversi interventi. E' un servizio ad alta integrazione socio-sanitaria. Risponde alle richieste dirette per problematiche relative alla maternità, infertilità, contraccezione, sfera sessuale, relazione di coppia, affido famigliare, adozione, menopausa, relazioni genitoriali, infanzia e adolescenza, difficoltà dei giovani adulti e adulti a seguito degli eventi critici della vita.

Le equipe Operativa Handicap presenti sul territorio dell'ASST rappresentano un punto di riferimento per le persone con disabilità e i loro famigliari.

Si occupano della presa in carico, elaborazione e gestione del Progetto individuale di intervento, della consulenza e accompagnamento alla rete dei servizi diurni e o residenziali e sulle misure a sostegno della domiciliarità; consulenza sulle problematiche relative alla condizione di disabilità; informazione sulle leggi, normative e benefici in favore delle persone disabili; integrazione scolastica (Collegio di accertamento); affiancamento nei rapporti con la scuola ed altri servizi ed istituzioni.

#### **Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

Il Servizio si colloca nella rete dei servizi socio-sanitari e garantisce varie tipologie di prestazioni a domicilio dirette alla cura e all'assistenza della persona compromessa nell'autonomia, per permetterle di continuare a vivere nella propria abitazione.

L'ADI è rivolta a tutte le persone, senza limitazioni di età o di reddito, in situazioni di fragilità con perdita parziale o totale di autonomie, transitorie o definitive. Tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia possono beneficiare dei servizi gratuiti dell'ADI.

#### **Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale (UCAM)**

E' l'équipe dell'ASST che, in collaborazione con Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta, accoglie e valuta le richieste degli utenti e fornisce una risposta tempestiva alla persona con bisogni assistenziali complessi e/o non autosufficiente e alla sua famiglia facilitandone l'orientamento nella rete dei servizi territoriali e garantendo la continuità clinica, terapeutica e assistenziale.

L'UCAM autorizza l'ADI definendo il livello di complessità assistenziale della persona e il relativo profilo (voucher). Il voucher consente di usufruire gratuitamente ed esclusivamente delle prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria pianificate a seguito della valutazione.

L'UCAM fornisce informazioni sull'inserimento nelle strutture socio-sanitarie del territorio.

### **Attività medico legali**

Presso gli ambulatori dei Presidi Territoriali dell'ASST Franciacorta vengono fornite ai cittadini le prestazioni medico legali riguardanti il rilascio/rinnovo delle patenti; i certificati medici di idoneità per detenzione armi, rilascio/rinnovo del porto d'armi ect.. Nell'anno 2016 tali attività sono state effettuate da operatori dell'ATS.

Altre attività di Medicina Legale svolte sono: commissioni mediche per invalidità civile, handicap, disabilità, cecità, sordità, commissioni patenti, collegio di accertamento dello stato di handicap (DPCM 185/2006) ai fini dell'integrazione scolastica.

### **Vaccinazioni**

Nel corso dell'anno 2016 l'attività connessa alle vaccinazioni negli 8 "Centri Vaccinali" censiti dalla Regione Lombardia è gestita dal personale medico ed infermieristico dell'ATS, confluito nell'ASST Franciacorta dal 01.01.2017.

### **Dipartimento Salute Mentale**

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) intende la Cura come il percorso volto ad evitare che le persone che si trovino in una condizione transitoria o permanente di difficoltà nell'esercitare questo diritto fondamentale, perdano la loro dignità, le competenze sociali e le capacità relazionali, affettive e produttive. L'impegno è verso una Prevenzione volta a rendere accoglienti gli spazi sociali, favorendo il benessere e la Salute Mentale della comunità.

Accogliendo i problemi e i diritti dei familiari e di tutti coloro che si trovano coinvolti nella difficoltà, il Dipartimento si è sforzato di favorire i rapporti fra le persone, gli enti e le istituzioni. I progetti riabilitativi si sono svolti attraverso percorsi differenziati, concordati e condivisi con la persona e calibrati secondo le individuali caratteristiche e capacità.

Nell'ASST della Franciacorta sono presenti diverse strutture territoriali afferenti al DSM delle quali le più importanti sono: il Centro Psico Sociali di Iseo, di Orzinuovi e Rovato, i Centri Diurni di Iseo e di Palazzolo sull'Oglio, le Comunità protette di Adro e di Iseo, la Comunità Riabilitativa di Rovato, le strutture territoriali per l'erogazione di prestazioni di Neuropsichiatria Infantile presso Orzinuovi, Palazzolo s/Oglio, Chiari ed Iseo e le sedi dei SERT.

## **3. Gestione organizzativa e strategica dell'esercizio**

### **POAS – Modifica del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico alla luce della Legge Regionale 23/2015**

Con Deliberazione n. 614 del 27/10/2016, questa Azienda ha approvato il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS). Il modello organizzativo, posto alla base del nuovo POAS, è rivolto alla gestione dei percorsi di cura dei pazienti, superando la divisione tra ospedale e territorio, tra specialisti e medicina di base, finalizzata a fornire il miglior servizio possibile alla popolazione.

Si precisa che con atto n. 144/2017, a seguito di confronto con gli uffici regionali, è stato adottato un nuovo POAS e revocato l'atto n. 614/2016.

### **POT – Presidio Ospedaliero Territoriale di Orzinuovi**

In applicazione della DGR X/1521/2014 allegato C "Programma per l'avvio di una sperimentazione sui



Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)”, l’ASST ha candidato lo Stabilimento di Orzinuovi, presso cui sono presenti attività di Cure Palliative, Cure Sub-Acute, Dialisi ed un Poliambulatorio, quale sede per la Sperimentazione di un POT, presentando un progetto che prevede sia investimenti per l’attuazione di alcuni miglioramenti strutturali, sia costi ricorrenti (soprattutto di personale) necessari alla modifica delle modalità di erogazione. La Giunta Regionale ha approvato il progetto nei contenuti finanziandolo per € 2.950.000,00 a valere nel VII AQP.

Nell’ottica dell’applicazione della legge regionale 23/2015, la riorganizzazione in POT dovrà essere rivista sulla scorta delle nuove attività confluite in Azienda e delle opportunità che questo nuovo legame ospedale-territorio apre.

### **Ammodernamento delle tecnologie**

Il parco delle apparecchiature/strumentazioni mediche dell’ASST ha avuto bisogno di importanti interventi, rivolti sia alla sostituzione di quelle vetuste il cui malfunzionamento riduce sensibilmente l’efficienza aziendale e la qualità del servizio offerto all’utenza, sia all’implementazione della strumentazione già esistente.

Nel 2016 si è provveduto a sostituire ed integrare una serie di apparecchiature delle quali le principali sono di seguito elencate:

- Ventilatori polmonari,
- Sistemi polifunzionali per radiologia digitale,
- Videolaringoscopio,
- Ecografi,
- Sonde ecografiche,
- Ecotomografo,
- Centrali di monitoraggio.

### **Dematerializzazione:**

Attivazione di un framework applicativo per la gestione informatizzata dei processi documentali aziendali con relativo servizio di archiviazione e conservazione sostitutiva dei documenti digitali.

### **Appropriatezza delle prestazioni**

In applicazione di quanto previsto dalle Regole per l’anno 2016, in tema di controlli delle prestazioni sanitarie, l’ASST nel mese di gennaio ha trasmesso all’ATS di Brescia gli obiettivi del Piano di Autocontrollo relativo all’attività di ricovero e cura, individuando le casistiche di maggior interesse ed i target di controllo.

Nel corso del 2016 sono state effettuate le attività di controllo interno poste in atto dal NIA, finalizzate alla verifica della coerenza e appropriatezza della rendicontazione, nonché al contenuto della documentazione sanitaria di ricovero e cura ed ambulatoriale.

Allo stesso modo sono stati effettuati i controlli statistico-formali relativi alla rendicontazione nei vari flussi informativi da parte del Servizio Programmazione e Controllo, nonché autocontrolli gestiti dalla Farmacia Aziendale relativamente all’utilizzo dei farmaci ad alto costo (chemioterapici e oftalmologici) e all’utilizzo di farmaci ospedalieri (antibiotici).

### **Qualità e sicurezza delle cure – risk management**

In continuità alle azioni già intraprese negli scorsi anni, e sulla scorta delle indicazioni ministeriali e regionali, l’ASST ha rivisto, alla luce della L.R. 23/2015 il Piano di Risk Management, per l’anno 2016, nel





quale sono state identificate le strategie e le linee di intervento in ordine alle aree individuate come a maggior rischio, gli obiettivi ed i risultati attesi, nonché i progetti operativi, il cronoprogramma di realizzazione, gli indicatori di misurazione dei risultati.

### **Sistema informativo socio sanitario**

In considerazione del fatto che l'ASST ha un ritardo pluriennale nello sviluppo della rete e soffre di oggettive carenze strategiche accumulate negli anni, nel nuovo POAS è stata prevista l'istituzione di un Dipartimento funzionale interaziendale ASST e ATS di Brescia ICT (Information & Communication Technology) e Tecnologie Biomedicali.

In particolare l'ASST e l'ATS di Brescia si sono accordate per istituire il Dipartimento a cui fanno capo due strutture:

- UOC - Servizio I.C.T. (Information & Communication Technology) - ATS Brescia – Ente Capofila;
- UOS - Servizio Ingegneria Clinica (SIC) - ASST della Franciacorta – Ente Associato con il fine di promuovere un'effettiva coesione e raccordo nelle strategie di sviluppo e implementazione nel comune ambito territoriale.

## **4. Il sistema degli acquisti – area contratti**

### **Previsione rispetto alle regole vigenti e agli obiettivi**

L'anno 2016 è stato caratterizzato da un costante impegno rivolto a diminuire il ricorso agli acquisti in economia, diminuiti del 30 % circa rispetto al 2015, al fine di ottenere migliori prezzi di acquisto, con benefici in termini di spesa.

### **Attivazione nuove gare, procedure in corso**

Nel 2016 è continuata una costruttiva ed efficace collaborazione con le altre ASST facenti parte della nuova aggregazione delle Aziende afferenti al territorio ATS Bergamo, Brescia e Valpadana, in particolare per quanto concerne l'attivazione di gare in forma aggregata, modalità per una corretta e tempestiva liquidazione delle fatture relative al territorio.

La positiva esperienza già consolidata, nonostante le difficoltà incontrate per il rispetto della tempistica convenuta per la stesura dei capitolati e lo svolgimento delle relative gare e della novità per gli aspetti procedurali legati alla specificità della gestione amministrativa del territorio, ha permesso di superare le criticità iniziali consentendo un inizio di gestione integrata tra ATS ed ASST, tesa ad una graduale gestione autonoma da parte dell'ASST con particolare riferimento al sistema territorio.

### **Miglioramento dei controlli**

Nel 2016 sono state attivate una serie di azioni di miglioramento e razionalizzazione dei controlli sulla programmazione e gestione dei contratti in essere, partendo dalla ricognizione e razionalizzazione delle funzioni di RUP e DEC, dando seguito a quanto previsto dagli obiettivi del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione 2016-2018.

## **5. La gestione economico-finanziaria dell'Azienda**

L'ASST della Franciacorta persegue l'obiettivo del mantenimento e miglioramento dell'equilibrio economico finanziario attuando una politica di razionalizzazione della spesa con l'obiettivo di mantenere l'equilibrio economico, assicurando l'approvvigionamento di beni e servizi indispensabili allo svolgimento



dell'attività aziendale.

Il Bilancio preventivo economico 2016 è stato adottato con atto deliberativo n. 529 del 14 settembre 2016 (n. prot. Regionale A1.2016.0093876 ricevuta del 15.09.2016) ed approvato dalla Giunta Regionale con delibera n. X/5704 del 17 ottobre 2016.

<b>(Valori in migliaia di Euro)</b>		
<b>ASST DELLA FRANCIACORTA</b>		
<b>722</b>		
<b>Cod.</b>	<b>Voce</b>	<b>2016</b>
		<i>Valore netto al 31/12/2016</i>
	<b>RICAVI</b>	
AOIR01	DRG	42.642
AOIR02	Funzioni non tariffate	9.327
AOIR03	Ambulatoriale	24.556
AOIR04	Neuropsichiatria	1.102
AOIR05	Screening	606
AOIR06	Entrate proprie	7.293
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	2.112
AOIR08	Psichiatria	6.066
AOIR09	File F	2.175
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	9
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	19.772
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	1.495
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	340
AOIR15	Prestazioni sanitarie	5.457
	<b>Totale Ricavi (al netto capitalizzati)</b>	<b>122.952</b>
	<b>COSTI</b>	
AOIC01	Personale	74.041
AOIC02	IRAP personale dipendente	4.802
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	1.687
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	46.976
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	857
AOIC06	Altri costi	1.808
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	1.691
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	68
AOIC17	Integrativa e protesica	3.920
	<b>Totale Costi (al netto capitalizzati)</b>	<b>135.850</b>
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	12.898
	<b>Risultato economico</b>	<b>-</b>

### Il Piano degli investimenti

Nel corso del 2016, la realizzazione delle opere e gli acquisti dei beni oggetto di finanziamento da parte della Regione, non ha permesso di colmare i limiti oggettivi che caratterizzano alcuni ambiti dei Presidi



Ospedalieri.

La situazione di partenza, con edifici storici d'interesse della Soprintendenza dei Beni Culturali, datati sia nella struttura che nella logistica, infatti, non ha permesso, se non parzialmente, di indirizzare i finanziamenti verso situazioni di miglioramento organizzativo che portassero a razionalizzazioni della spesa o all'apertura di nuove attività. Il Piano investimenti è stato necessariamente indirizzato prioritariamente alla messa a norma e sicurezza delle strutture e degli impianti.

Le opere di ristrutturazione delle Unità Operative di Chiari e Iseo produrranno i loro frutti nei prossimi anni, sia in termini di miglioramento della qualità della vita dei pazienti, sia in termini di riduzione dei costi di gestione.

In particolare si riportano i principali lavori realizzati e avviati nel 2016.

Opere realizzate:

Adeguamento sismico dell'Edificio Tosi del P.O. di Chiari,  
Remotizzazione allarmi P.O. di Orzinuovi,  
Installazione Densitometro Osseo Radiologia Iseo,  
Installazione diagnostiche P.O. di Orzinuovi e Iseo,  
Apertura nuovi locali Servizio Dialisi P.O. Chiari (piano terra ex Neuro),  
Trasferimento dal P.O. di Iseo al P.O. di Chiari del Servizio Oncologia,  
Trasferimento SIMT interno ex Palestra Morcelli P.O. Chiari.

Opere avviate:

Ampliamento Pronto Soccorso P.O. Chiari,  
Nuova sede NPI (presso ex Palestra Morcelli) P.O. Chiari,  
Nuovi locali Direzione Sanitaria (piano primo palazzina ex dialisi) P.O. Chiari,  
Nuovi locali Medico Competente e Sitra (piano terra palazzina ex dialisi PO Chiari).

### **Il costo del personale**

L'Azienda è stata nel 2016 sotto organico sia per la parte sanitaria (D.Lgs. n. 66/2003) in relazione alla quale ha scontato carenze che si trascinano da anni, sia per la parte amministrativa, in quanto, pur avendo l'ASST della Franciacorta preso in carico le competenze dell'ex ASL di Brescia, a tutt'oggi non è transitato tutto il personale amministrativo-tecnico destinato all'ASST.

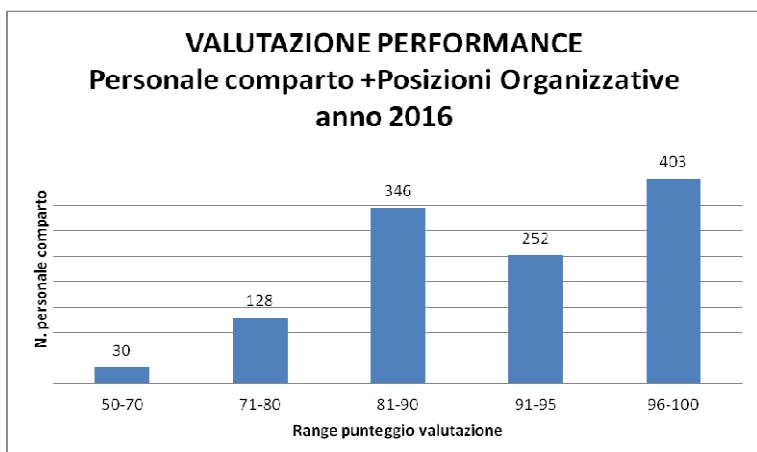
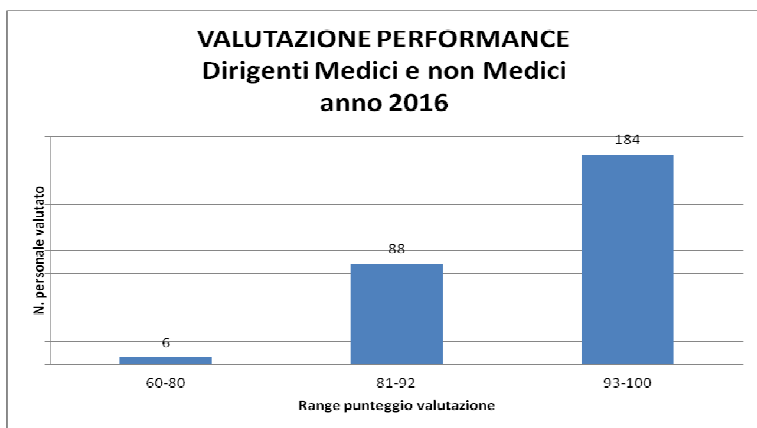
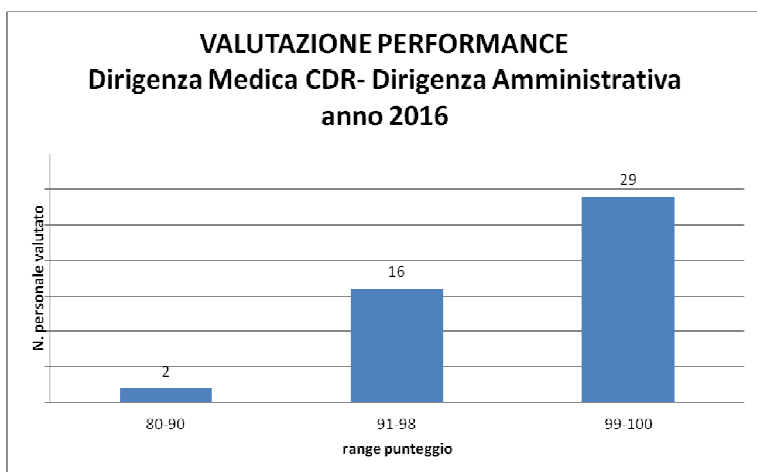
In merito al personale ex ASL, con nota Prot. n. 7578 del 30.03.2017, è stata chiesta l'assegnazione di € 140.000 da destinare alla copertura dei posti di personale centralizzato (n. 3 operatori ruolo amministrativo e n. 1 operatore ruolo tecnico) non assegnato da ATS Brescia alla nostra ASST a conclusione delle procedure di trasferimento di detto personale previste dalle disposizioni regionali. Con nota prot. n. 13536 del 21.04.2017 la Direzione Generale Welfare ha comunicato che sarà riconosciuta tale somma

Il costo del personale dipendente, quantificato nel Consuntivo 2016 in complessivi 6.161.000 €, comprensivo di oneri sociali e al netto di IRAP, è allineato al budget autorizzato dalla Regione Lombardia.

## 6. Valutazione performance

Il sistema di valutazione della performance dei dirigenti e del personale del comparto è finalizzato a migliorare la produttività e la qualità dei servizi offerti dall'Azienda attraverso l'incentivazione della qualità della prestazione lavorativa, in considerazione dei rispettivi livelli di responsabilità, e l'erogazione di sistemi premiali basati sul miglioramento della performance.

Di seguito la rappresentazione grafica delle valutazioni finali del grado di raggiungimento degli obiettivi di performance dell'anno 2016 del personale dirigente e del comparto dell'ASST Franciacorta.





## 7. Trasparenza e Anticorruzione

Con deliberazione n. 34 del 29.01.2016 sono stati approvati il Piano triennale Prevenzione della Corruzione (PTPC) e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) 2016-2018 dell'ASST Franciacorta. Il PTPC unitamente al PTTI sono stati pubblicati sul sito aziendale nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa e da ANAC.

Prima della adozione della versione definitiva del PTPC e del PTTI, gli stessi, mediante pubblicazione sul sito aziendale, sono stati sottoposti per valutazione agli stakeholders esterni ed interni: - Stakeholders esterni: alla popolazione, attraverso pubblicazione della bozza sul sito aziendale, alle altre Aziende Sanitarie insistenti sul territorio bresciano, Sindaci dei Comuni insistenti sul territorio, DG Welfare ed OIV regionale, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;

Stakeholders interni: a tutte le articolazioni aziendali.

Nel PTPC 2016-2018 le diverse azioni dirette a prevenire la corruzione e ad assicurare la Trasparenza mediante le pubblicazioni sul sito aziendale, sono state declinate in obiettivi del Responsabile Prevenzione e Corruzione e degli altri dirigenti coinvolti; per essi si sono individuati gli indicatori ed è stato predisposto il relativo crono programma. Sulla scorta delle azioni/obiettivi è stato possibile monitorare puntualmente gli adempimenti previsti nel PTPC, ognuno dei quali avrebbe dovuto realizzarsi in un termine stabilito, intervenendo tempestivamente sugli eventuali ritardi e/o sul mancato perseguimento dell'obiettivo, ad esempio perché divenuto impossibile da perseguire per il modificarsi della situazione di fatto e di diritto. Si è proceduto alla comparazione dei PTPC dell'ex A.O. M. Mellini e dell'ex ASL Brescia e alla rivalutazione del rischio dei processi inseriti.

Nel PTPC 2016-2018, inoltre, era previsto che il monitoraggio degli obblighi di trasparenza di cui al d.lgs.33/2013 fosse effettuato semestralmente, entro il 30 giugno ed entro il 31 dicembre. Esso ha visto il coinvolgimento di tutti i Dirigenti individuati nel Piano quali Responsabili della pubblicazione in Amministrazione Trasparente, i quali hanno provveduto alla compilazione di un'apposita griglia di autovalutazione poi trasmessa al RPC/RT che, successivamente, ne ha verificato la veridicità. Mensilmente si è proceduto alla verifica degli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 14, 15 e 22 del D.Lgs. 33/2013, su richiesta della Regione.

Da settembre si è proceduto alla redazione del Piano relativo al triennio 2017-2019 tenendo conto delle sopravvenute modifiche legislative nell'intera materia "anticorruzione", dal d.lgs. 50/2016 al D.Lgs.97/2016 e alle diverse "Linee Guida" dell'ANAC, della necessità di predisporre un unico Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, il PTPCT, in quanto la Trasparenza è considerata la prima e più efficace misura di prevenzione della corruzione. In modo particolare, si è cercato di predisporre un PTPCT che fosse maggiormente calato sulla realtà aziendale, considerando a tal fine l'ambiente esterno all'ASST che influisce direttamente sulla gestione delle diverse attività aziendali, e fosse in grado di incidere effettivamente sull'agire di tutti i dipendenti e collaboratori dell'Azienda offrendo loro un apposito strumento per contribuire a garantire l'eliminazione della *mala gestio*, ossia, il regolamento per la tutela del dipendente che segnala illeciti".

## 8.Tabella Obiettivi specifici anno 2016: esiti

<b>PROGETTI</b>		<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
A1	Implementazione delle previsioni della Legge Regionale 23/2016	Attivazione delle nuove forme organizzative di erogazione POT e PRESST	A1. Partecipazione al tavolo ATS-ASST e definizione delle sedi in cui attivare POT e PRESST	A1.1 Predisposizione di un progetto di organizzazione dei POT e dei PRESST entro il 31.12.2016 (comunicazione ad ATS)	In applicazione della DGR X/1521/2014 allegato C "Programma per l'avvio di una sperimentazione sui Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)", l'ASST ha candidato lo Stabilimento di Orzinuovi, presso cui sono presenti attività di Cure Palliative, Cure Sub-Acute, Dialisi ed un Poliambulatorio, quale sede per la Sperimentazione di un POT, presentando un progetto che prevede sia investimenti per l'attuazione di alcuni miglioramenti strutturali, sia costi ricorrenti (soprattutto di personale) necessari alla modifica



<i>PROGETTI</i>	<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>AZIONI DA INTRAPRENDERE</i>	<i>INDICATORI E TARGET (evidenze)</i>	<i>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</i>
				<p>delle modalità di erogazione. La Giunta Regionale ha approvato il progetto nei contenuti finanziandolo per € 2.950.000,00 a valere nel VII AQP.</p> <p>Nell'ottica dell'applicazione della legge regionale 23/2015, la riorganizzazione in POT dovrà essere rivista sulla scorta delle nuove attività confluite in Azienda e delle opportunità che questo nuovo legame ospedale-territorio apre.</p> <p>Nell'ambito del Collegio dei Direttori, tenutosi in data 12.07.2016, è stata condivisa la proposta del Direttore Generale di ATS di istituire un gruppo di lavoro avente ad oggetto "progettazione POT e PreSST".</p> <p>Il gruppo di lavoro si è riunito nelle seguenti date: 19.07.2016, 17.08.2016 e 31.08.2016.</p> <p>L'ATS con nota prot. n. 0084221 del</p>

<i>PROGETTI</i>		<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>AZIONI DA INTRAPRENDERE</i>	<i>INDICATORI E TARGET (evidenze)</i>	<b>AZIONI INTRAPRESE</b> <b>RISULTATI RAGGIUNTI</b> <i>(riferimenti documentali)</i>
					26.09.2016 ha trasmesso la versione finale del documento “Linee di indirizzo per l’attivazione di PreSST e POT nel territorio dell’ATS di Brescia” condiviso all’interno del Gruppo di Lavoro. <b>Si considera l’obiettivo raggiunto</b>
A2	Implementazione delle previsioni della Legge Regionale 23/2016	Attivazione delle nuove forme organizzative di erogazione – percorsi ospedale-territorio	A2. Individuazione degli attori aziendali e attivazione dei tavoli di lavoro aziendali orientati alla definizione di percorsi di presa in carico	A2.1 Incontro di definizione dei percorsi e dei tavoli tecnici entro il 31.12.2016 (comunicazione da parte del Direttore Socio-Sanitario)  A2.2 Almeno un incontro da parte di ogni gruppo di lavoro entro il 31.12.2016 (lettera di convocazione e breve verbale degli incontri)	All'interno della ASST sono stati frequenti gli incontri per sviluppare rapporti più organici e strutturati fra ospedale e territorio (intra ASST). Sono stati istituiti dei tavoli tecnici per alcuni PDTA e organizzati diversi incontri: Tavolo diabete (21.11. -12.12), Tavolo menopausa (18.11- 14.12), Tavolo BPCO (28.11 -15.12), Tavolo sovrappeso e obesità (17.11 -6.12), Tavolo ipertensione (24.11 -14.12), Tavolo per disabilità e accesso in ospedale (1.12 e 13.12), Tavolo per cure palliative (più incontri fino al 1.12.) , Tavolo per protezione

<i>PROGETTI</i>		<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>AZIONI DA INTRAPRENDERE</i>	<i>INDICATORI E TARGET (evidenze)</i>	<i>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</i>
					giuridica (6.12.e 13.12). Insieme a ATS sono stati rivisti e proposti nuovi PDTA e di concerto si sono affrontate le criticità emergenti. <b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b>
A3	Implementazione delle previsioni della Legge Regionale 23/2015	Mantenimento dei livelli di servizio erogato dalla ex AO "Mellino Mellini"	A3. Programmazione delle attività erogative in ottica di garantire il mantenimento del livello di servizio erogato (misurato in termini economici)	A3.1 Valore ricoveri 2016 almeno uguale al valore 2015  A3.2 Valore prestazioni psichiatriche e di NPI 2016 almeno uguale al valore 2015	Il valore dei ricoveri compreso il rimborso endoprotesi nel 2016 è stato di € 46.091.411,00, nel 2015 è stato di € 45.285.345,00.  L'attività di psichiatria 46/SAN (prestazioni erogate dalle strutture psichiatriche escluso ricoveri) nel 2016 ha prodotto un valore di € 5.109.856,00 interamente finanziato rispetto al 2015 che è stato di € 5.692.778,00 con un finanziato di € 5.363.278,00.  Per quanto riguarda la NPI l'attività istituzionale nel 2016 ha prodotto un valore di € 924.606,00 mentre nel



<b>PROGETTI</b>		<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
					2015 è stata di € 914.184,00.
A4	Implementazione delle previsioni delle Regole di Sistema per l'anno 2016	Prosecuzione dei progetti innovativi in Salute Mentale ed in Neuropsichiatria Infantile	<p>A4.1. Prosecuzione per l'anno 2016 del progetto "TR13 – Voucher di Salute"</p> <p>A4.2. Prosecuzione per l'anno 2016 del progetto "PR01 – Ampliamento delle attività del CPS di Rovato per 7 giorni 12 ore"</p> <p>A4.3. Prosecuzione per l'anno 2016 del progetto "G011 - La rete ospedale-territorio: un modello di approccio integrato di</p>	<p>A4.1 Valore prestazioni 2016 almeno uguale al valore 2015</p> <p>A4.2 Valore prestazioni 2016 almeno uguale al valore 2015</p> <p>A4.3 Valore costi sostenuti 2016 coerenti con le risorse assegnate per l'anno in corso</p>	<p>Nell'anno 2016 il progetto TR13 + l'attività non riconducibile al paziente è stata di € 275.846,00 rispetto al 2015 che è stata di € 277.384,00.</p> <p>Il Progetto Innovativo PR01, che consente l'apertura del C.P.S. di Rovato 12 ore al giorno/365 giorni l'anno e garantisce lista d'attesa zero ed attività tutti i giorni, nel 2016 ha prodotto prestazioni per un valore di di € 719.577,00 e nel 2015 è stato di € 872.648,00.</p> <p>Il valore delle prestazioni erogate dalla Neuropsichiatria Infantile nell'anno 2016 relativo al progetto</p>



<i>PROGETTI</i>	<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>AZIONI DA INTRAPRENDERE</i>	<i>INDICATORI E TARGET (evidenze)</i>	<i>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</i>
		<p>comunità per adolescenti con disturbi psichiatrici e problematiche sociali complesse in una società multietnica”</p> <p>A4.4. Prosecuzione per l’anno 2016 del progetto “G012 - Diagnosi precoce e terapia nel bambino con disabilità complesse in una società multietnica: un approccio di rete, multidisciplinare e innovativo”</p>	<p>A4.4 Valore costi sostenuti 2016 coerenti con le risorse assegnate per l’anno in corso</p>	<p>G11 è stato pari a € 55.715,00</p> <p>Il valore delle prestazioni erogate dalla Neuropsichiatria Infantile nell'anno 2016 relativo al progetto G12 è stato pari ad € 59.019,00</p> <p>A fronte di un finanziamento riconosciuto di € 178.000,00 per i due progetti G11 e G12, i costi sostenuti sono stati di 159.890,00, coerenti quindi con le risorse assegnate.</p> <p><b>Si considera l’obiettivo raggiunto</b></p>

<b>PROGETTI</b>		<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
A5	Implementazione delle previsioni delle Regole di Sistema per l'anno 2016	Attivazione del progetto innovativo in Neuropsichiatria Infantile Per problemi dello spettro autistico e per la riduzione delle liste d'attesa per prestazioni logopedistiche	A5.1. Predisposizione del progetto	A5.1 Predisposizione del progetto in collaborazione con l'OCSNPiA (trasmissione proposta)	<p>Il piano è stato organizzato orientando l'utilizzo delle risorse in parte per la valutazione e trattamento riabilitativo di minori con disturbi del linguaggio/DSA e in parte per la valutazione e trattamento di minori con disturbi nello spettro autistico e disabilità complessa. In particolare partendo dalla valutazione delle liste d'attesa è stata ampliata l'offerta diagnostico/valutativa ottenendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• incremento interventi di valutazione e riabilitativi per minori con disturbi del linguaggio e DSA della scuola materna, primaria e secondaria di primo grado</li> <li>• incremento interventi di diagnosi e valutazione di minori con sospetto disturbo nello spettro autistico e</li> </ul>

<b>PROGETTI</b>	<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
		<p>A5.2. Attivazione delle attività amministrative di reperimento del personale e dei servizi necessari alle attività</p> <p>A5.3. Inizio erogazione delle prestazioni</p>	<p>A5.2 N. assunzioni &gt; 0 N. affidamenti servizi &gt; 0 Valore costi sostenuti 2016 coerenti con le risorse assegnate per l'anno in corso</p> <p>A5.3 n. pazienti presi in carico per problemi</p>	<p>disabilità complessa;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• incremento interventi di trattamento per minori con diagnosi di disturbo nello spettro autistico e disabilità complessa.</li> <li>• Attivazione di percorsi di parent training e di teacher training in favore delle famiglie e degli insegnanti di minori con disturbo autistico.</li> </ul> <p>Le risorse assegnate alla ASST Franciacorta per la realizzazione del Piano nell'anno 2016 sono pari ad Euro 121.000.</p> <p>L'intervento è partito nel settembre 2016 con l'attivazione dei contratti libero professionali della logopedista (costo €. 10.037,88) e della Neuropsichiatra infantile (costo € 4.130,83). Oltre a questi operatori, in funzione del raggiungimento degli</p>

<b>PROGETTI</b>	<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
			<p>dello spettro autistico &gt; 0 n. pazienti trattati con prestazioni di logopedia &gt; 0</p>	<p>obbiettivi, è stata attivata una convenzione con la Coop. La Nuvola di Orzinuovi per l'erogazione di prestazioni riabilitative e di consulenza in favore di minori con disturbo autistico e delle loro famiglie, con un impegno massimo di spesa previsto entro i 40.000 euro. Nell'ambito di questa convenzione sono stati attivati 10 percorsi abilitativi in favore di altrettanti minori con disturbo autistico provenienti dai tre poli di NPIA di Chiari, Orzinuovi e Palazzolo-Iseo, inoltre sono stati attivati 7 percorsi di parent training, 3 dei quali in favore delle famiglie dei minori suddetti, 4 dei quali destinati a famiglie di altri minori con autismo, comunque segnalate dai Servizi di NPIA dell'ASST Franciacorta</p> <p>Complessivamente nell'ambito del progetto sono state erogate 770</p>



<b>PROGETTI</b>		<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
					prestazioni. L'avvio del progetto, seppure solo nella parte finale dell'anno, ha permesso di attivare risorse comunque significative per poter rispondere ai bisogni degli utenti e delle famiglie.  <b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b>
A6	Implementazione delle previsioni delle Regole di Sistema per l'anno 2016	Prosecuzione della collaborazione con l'ATS di Brescia per le campagne di screening dei tumori mammari, del colon retto e della cervice uterina in ottica di consolidamento dei risultati raggiunti e di ampliamento della copertura sul territorio	A6.1. Garanzia dei livelli quantitativi richiesti per l'erogazione delle prestazioni di screening	A6.1. Monitoraggio mensile dei tempi d'attesa per le prestazioni di primo livello (tempi d'attesa inferiori a quelli previsti dalla convenzione)	Anche per 2016 l'Azienda ha garantito l'offerta di screening oncologici (secondo livello colon-retto, primo e secondo livello mammografico, primo e secondo livello cervice uterina) in base alla convenzione sottoscritta con l'ATS. L'Azienda assicura, attraverso agende esclusive e personale dedicato, l'erogazione delle prestazioni secondo la

<b>PROGETTI</b>	<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
		A6.2. Approfondimento e formazione	<p>A6.2 Partecipazione dei radiologia alla revisione dei casi di cancro di intervallo (indicatore di risultato: almeno 1 radiologo inserito nel gruppo di valutazione)</p> <p>A6.3 Partecipazione dell'anatomo-patologo alla stadiazione dei casi screening-detected</p>	<p>programmazione ATS.</p> <p>Nel 2016 sono state effettuate n. 25.783 prestazioni di primo e secondo livello pari al 100% delle prestazioni richieste per garantire i livelli di copertura pianificati dall'ATS per l'anno 2016.</p> <p>E' proseguita anche per l'anno 2016 la collaborazione con ATS per il monitoraggio dei "cancro intervallo" (CI).</p> <p>In data 26.05.2016 si è tenuto presso il Servizio di Radiologia un percorso formativo con la partecipazione dei radiologi alla revisione radiologica dei casi sospetto cancro intervallo dell'attività 2012 e dei cancro identificati in screening (SD) in stadio avanzato (stadio <math>\geq 2</math>) nei round successivi a quello di prevalenza anno 2014.</p> <p>Partecipazione del Servizio di Anatomia Patologica alla stadiazione</p>

<i>PROGETTI</i>		<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>AZIONI DA INTRAPRENDERE</i>	<i>INDICATORI E TARGET (evidenze)</i>	<b>AZIONI INTRAPRESE</b> <b>RISULTATI RAGGIUNTI</b> <i>(riferimenti documentali)</i>
				(indicatore di risultato: evasione di almeno il 95% delle richieste ASL)	dei casi screening-detected evadendo il 100% delle richieste ASL. <b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b>
A7	Scheda di valutazione dei bisogni sociali	Valutazione condivisa ospedale-territorio e attivazione anticipata delle attività assistenziali e sociali post-ricovero	A7.1 Attivazione del gruppo di lavoro per la condivisione dei criteri di utilizzo della scheda	A7.11 Almeno 2 incontri del gruppo di lavoro	In attuazione della L.R. 23/2015 si è svolto un primo plenario incontro tra operatori ospedalieri e territoriali sullo stato dell'arte delle dimissioni protette all'interno dell'ASST Franciacorta al fine di condividere e omogeneizzare comportamenti e procedure (data incontro: 05/04/16); a questo primo incontro ne sono seguiti molti altri fra tecnici della ex AO e ex ATS (Unità di valutazione multidimensionale) sui casi. In seguito agli incontri propedeutici tenuti in data 23.08.2016 e 29.09.2016 e 24.10.2016 da personale ex Asl passato in ASST, dal 1 Novembre 2016 è partita in via sperimentale nelle UU.OO. di Medicina e Chirurgia del PO di Chiari,





<b>PROGETTI</b>	<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
			A7.12 Definizione linee guida di utilizzo	<p>la compilazione della scheda regionale "Rischio Sociale" foglio aggiuntivo alla cartella clinica che dopo questa fase di sperimentazione, sarà estesa a tutte le UUOO di degenza aziendali.</p> <p>Incontri di confronto sui primi risultati si sono tenuti il 24.11.2016 ed il 12.01.2017.</p> <p>E' stata redatta in data 30/09/2016 una legenda contenente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ l'interpretazione di tutti gli item contenuti nella griglia sociale per permettere al personale sanitario un' appropriata compilazione della scheda;</li> <li>◦ il percorso operativo per chi effettua la valutazione (infermieri/ medici),</li> <li>◦ per la trasmissione della griglia all' UCAM (infermieri/ coordinatori Inf.ci),</li> <li>◦ per le attività di valutazione degli operatori UCAM conseguenti la segnalazione (infermieri / ass.</li> </ul>

<b>PROGETTI</b>	<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
		A7.2 Sperimentazione su alcune UUOO pilota	<p>A7.13 Almeno 1 evento formativo</p> <p>A7.21 Compilazione della scheda al 100% dei pazienti ricoverati nelle UUOO coinvolte</p> <p>A7.22 Trasmissione a UCAM delle schede con punteggio "a rischio" sociale</p>	<p>sociali/ medici).</p> <p>Sono stati programmati incontri formativi per gli infermieri/medici dei reparti di Chirurgia e Medicina di Chiari e gli operatori UCAM che si sono svolti: - U.O. Medicina: 21, 26 e 28 ottobre 2016 U.O. Chirurgia: 18 e 24 ottobre 2016;- operatori UCAM il 27/10/16. Tutti gli infermieri coinvolti (100%) sono stati formati all'utilizzo della scheda.</p> <p>Al 31/12/2016 le schede di rischio sociale compilate erano n. 529 ( pari al 100% dei ricoverati nei reparti di Medicina e Chirurgia di Chiari)</p> <p>Al 31/12/2016 le schede di rischio sociale con punteggio superiore ad 1 inviate alle UCAM erano 7 (1,3% ). Il 100% delle schede inviate all' UCAM sono state classificate come " casi complessi" ( bisogni sanitari+ bisogni sociali), pertanto, l'invio della</p>

<b>PROGETTI</b>		<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
					<p>scheda di rischio sociale ad una valutazione di II° livello è risultata appropriata.</p> <p><b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b></p>
B1	Implementazione delle previsioni delle Regole di Sistema per l'anno 2016	Riduzione delle situazioni con criticità di personale presenti in azienda	<p>B1.1. Predisposizione del PGRU</p> <p>B1.2. Implementazione del PGRU</p>	<p>B1.1 Trasmissione del PGRU in Regione Lombardia</p> <p>B1.2. Trasmissione dei monitoraggi periodici in Regione Lombardia</p>	<p><i>B1.1 Mod. 2 PGRU Annuale Scadenza 15.11.2016 Postato documentazione in Fluperweb il 15.11.2016 prot. n. 16986</i></p> <p><i>B1.2 Mod. 1 – MONITORAGGIO PGRU - monitoraggio al 30.9.2016 Scadenza 31.10.2016 Postato documentazione in Fluperweb il 31.10.2016 prot. n. 16144</i></p> <p><i>- monitoraggio al 31.10.2016 Scadenza 15.11.2016 Postato documentazione in Fluperweb il 15.11.2016 prot. n. 16985</i></p>

<b>PROGETTI</b>		<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
					<p>- monitoraggio al 30.11.2016 Scadenza 15.12.2016 Postato documentazione in Fluperweb il 14.12.2016 prot. n. 18846</p> <p>- monitoraggio al 31.12.2016 Scadenza 16.1.2017 Postato documentazione in Fluperweb il 16.1.2017 prot. n. 915</p> <p><b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b></p>
B2	Implementazione delle previsioni delle Regole di Sistema per l'anno 2016	Redazione del bilancio in sezionali separati per polo ospedaliero e territoriale	B2 Aggiornamento del sistema di contabilità generale finalizzato alla gestione della contabilità e del bilancio in sezionali separati per polo ospedaliero e territoriale	<p>B2.1 Trasmissione del Bilancio Economico di Previsione gestito in sezionali separati senza rilievi da parte di Regione Lombardia</p> <p>B2.2 Trasmissione delle Certificazioni Trimestrali gestite in sezionali separati senza rilievi da parte di Regione</p>	<p>Il Bilancio preventivo economico 2016 è stato adottato con Del. n. 529 del 14.09.2016 (n. prot. Regionale A1.2016.0093876 ricevuta del 15.09.2016) e approvato dalla Giunta Regionale con Del. n. X/5704 del 17 ottobre 2016.</p> <p>Le Certificazioni trimestrali e i flussi economici sono stati trasmessi nei termini previsti: 1° trimestre 2016 prot. reg. n. A1.2016.0049093 del 15.04.2016</p>

<i>PROGETTI</i>		<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>AZIONI DA INTRAPRENDERE</i>	<i>INDICATORI E TARGET (evidenze)</i>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
				Lombardia	Flussi di Cassa prot. reg. n. A1.2016.0053127 del 03.05.2016 2° trimestre 2016 prot. reg. n. A1.2016.0079562 del 15.07.2016 3° trimestre 2016 prot. reg. n. A1.2016.0107241 del 17.10.2016 4° trimestre 2016 prot. reg. n. A1.2017.0011827 del 16.01.2017 Partitario Intercompany V4 data validazione 03.04.2017 Assestamento V2) prot. reg. n. A1.2017.0080506 del 10.04.2017 <b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b>
B3	Implementazione delle previsioni delle Regole di Sistema per l'anno 2016	Redazione del bilancio per presidio	B3 Aggiornamento del sistema di contabilità analitica finalizzato alla gestione della contabilità e del bilancio per presidio di erogazione	B3.1 Trasmissione del flussi di Contabilità Analitica secondo le tempistiche previste  B3.2 Numero di flussi respinti per errori di contenuto = 0	Tutti i flussi CO.AN. sono stati elaborati e caricati su portale SMAF secondo le tempistiche richieste da Regione Lombardia Nessun flusso risulta essere stato respinto per errori di contenuto <b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b>

<b>PROGETTI</b>		<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
C1	Piano di Organizzazione Aziendale Strategico	Definizione di un POAS orientato a fornire servizi sanitari e socio-assistenziali di "presa in carico" del paziente	<p>C1.1 Definizione di una bozza del POAS</p> <p>C1.2 Espletamento dell'iter di confronto previsto per la definizione di proposte di modifica del POAS</p> <p>C1.3 Formalizzazione alla Regione Lombardia della proposta di revisione del POAS</p>	<p>C1.1 Definizione di una proposta di POAS (indicatore di risultato: comunicazione alle Organizzazioni Sindacali, al Collegio di Direzione e al Consiglio dei Sanitari)</p> <p>C1.2 Confronto con gli attori individuati dalla normativa della proposta (indicatore di risultato: 4 verbali)</p> <p>C1.3 Approvazione della proposta di delibera e formalizzazione in Regione Lombardia (indicatore di risultato: delibera di presta</p>	<p>Come previsto dalla DGR n. X/4702 del 29.12.2015, "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario per l'esercizio 2016", in base alle linee guida regionali emanate, è stato adottato il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell'ASST, finalizzato ad una razionale distribuzione degli incarichi dirigenziali nonché della individuazione dei Dipartimenti. I criteri utilizzati nella stesura del POAS possono così sintetizzarsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• individuazione di modelli organizzativi che prediligono la gestione di processi orizzontali superando la visione verticale per aree e competenze;</li> <li>• adozione di strumenti di</li> </ul>



<i>PROGETTI</i>	<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>AZIONI DA INTRAPRENDERE</i>	<i>INDICATORI E TARGET (evidenze)</i>	<i>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</i>
			d'atto, comunicazione alla Regione Lombardia)	<p>organizzazione secondo la logica della rete sia interna che esterna, caratterizzata per il lavoro comune, basato su regole esplicite, di persone/gruppi la cui opera è interdipendente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio; in tale contesto il criterio prevalente è stato quello della presa in carico del paziente;</li> <li>• organizzazione dei servizi per la cronicità in un unico ambito rete/dipartimento secondo lo schema di rete sopra richiamato evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale.</li> </ul> <p>La Proposta del Piano, unitamente ai pareri del Consiglio dei Sanitari (</p>

<b>PROGETTI</b>		<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
					29/09/2017), del Collegio di Direzione (22/09/2016), e dopo confronto con le OO.SS. (il 30/09/2016 e il 04/10/2016) è stata adottata con delibera n. 614 del 27.10.2016 ed inserita nell'area documentale "POAS", presente sulla piattaforma SMAF (Sistema Modulare di Accoglienza Flussi) il 28.10.2016. <b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b>
C2	Qualità delle strutture sanitarie	Mantenimento e miglioramento dei livelli di qualità secondo gli standard JCI e ISO 9001	C2 Mantenimento di alcune Unità Operative di particolare rilevanza, della certificazione della qualità secondo gli standard ISO 9001	C2.1 Superamento con esito positivo della ispezione dell'Ente Certificatore Esterno della visita ispettiva 2016 (indicatore: n. strutture con parere negativo = 0)	Tutte le unità operative hanno superato con esito positivo la visita dell'Ente di Certificazione ISO 9001 che si è svolta il 6 e 7 giugno 2016, come certificato dai verbali agli atti del Servizio Qualità <b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b>
C3	Piano Triennale Prevenzione e Repressione della Corruzione –	Piena Implementazione delle Azioni previste nel Piano e nel Programma	C3.1 Predisposizione del Piano e della Relazione a fine anno	C3.1 Pubblicazione sul sito aziendale del piano e della rendicontazione finale [secondo	Con deliberazione n. 34 del 29.01.2016 sono stati approvati il Piano triennale Prevenzione della Corruzione (PTPC) e il Programma





<b>PROGETTI</b>	<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
Programma Triennale Trasparenza e Integrità			tempistiche previste dalla normativa e da ANAC]	<p>triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) 2016-2018.dell'ASST Franciacorta. Il PTPC unitamente al PTTI sono stati pubblicati sul sito aziendale nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa e da ANAC</p> <p>Prima della adozione della versione definitiva del PTPC e del PTTI, gli stessi sono stati sottoposti, mediante pubblicazione sul sito aziendale, per valutazione agli stakeholders esterni ed interni: - Stakeholders esterni: alla popolazione, attraverso pubblicazione della bozza sul sito aziendale, alle altre Aziende Sanitarie insistenti sul territorio bresciano, Sindaci dei comuni insistenti sul territorio, DG Welfare ed OIV regionale, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;</p> <p>Stakeholders interni: a tutte le articolazioni aziendali.</p> <p>Nel PTPC 2016-2018 le diverse azioni</p>

<b>PROGETTI</b>	<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>	
			C3.2 Implementazione del Piano secondo gli obiettivi fissati	C3.2. Si rimanda agli obiettivi e al cronoprogramma previsti nel Piano 2016-2018	<p>dirette a prevenire la corruzione e garantire la trasparenza, sono state declinate in obiettivi del Responsabile Prevenzione e Corruzione e degli altri dirigenti coinvolti; per essi si sono individuati gli indicatori ed è stato predisposto il relativo crono programma.</p> <p>Sulla scorta delle azioni/obiettivi è stato possibile monitorare puntualmente gli adempimenti previsti nel PTPC, ognuno dei quali avrebbe dovuto realizzarsi in un termine stabilito, intervenendo tempestivamente sugli eventuali ritardi e/o sul mancato perseguimento dell'obiettivo, ad esempio perché divenuto impossibile da perseguire per il modificarsi della situazione di fatto e di diritto. Si è proceduto alla comparazione dei PTPC dell'ex A.O. M. Mellini e dell'ex ASL Brescia e alla rivalutazione del rischio dei processi inseriti.</p>

<i>PROGETTI</i>	<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>AZIONI DA INTRAPRENDERE</i>	<i>INDICATORI E TARGET (evidenze)</i>	<b>AZIONI INTRAPRESE</b> <b>RISULTATI RAGGIUNTI</b> <i>(riferimenti documentali)</i>
				<p>Nel PTPC 2016-2018, inoltre, era previsto che il monitoraggio degli obblighi di trasparenza di cui al d.lgs.33/2013 fosse effettuato semestralmente, entro il 30 giugno ed entro il 31 dicembre. Esso ha visto il coinvolgimento di tutti i Dirigenti individuati nel Piano quali Responsabili della pubblicazione in Amministrazione Trasparente, i quali hanno provveduto alla compilazione di un'apposita griglia di autovalutazione poi trasmessa al RPC che, successivamente, ne ha verificato la veridicità. Mensilmente si è proceduto alla verifica degli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 14, 15 e 22 del D.Lgs. 33/2013, su richiesta della Regione.</p> <p><b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b></p>

<b>PROGETTI</b>		<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
C4	Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico	Piena Implementazione delle Azioni previste nel Piano	C4.1 Predisposizione del Piano e della Relazione a fine anno  C4.2 Implementazione del	C4.1 Trasmissione in Regione Lombardia del Piano e della Rendicontazione [secondo tempistiche previste dalla normativa]  C4.2. Si rimanda agli	Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) anno 2016 - nell'ambito del Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) – è stato adottato dall'Azienda con deliberazione n. 117 del 10/03/2015 e trasmesso alla Direzione Generale Sanità in data 17/03/2015 con nota prot.n.4331, sulla scorta delle Linee Guida Attività di Risk Management – anno 2016 – (prot. n. G1.2015.0022753 del 31/12/2015). I progetti previsti nel Piano sono i seguenti: -Progetto n. 1 “ La Gestione del Rischio nell’Area Ostetrica Ginecologica e raccordo con il territorio”; -Progetto n. 2 “Lotta alla Sepsis in ambito Ospedaliero”; -Progetto n. 3 “La prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza:

<i>PROGETTI</i>		<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>AZIONI DA INTRAPRENDERE</i>	<i>INDICATORI E TARGET (evidenze)</i>	<b>AZIONI INTRAPRESE</b> <b>RISULTATI RAGGIUNTI</b> <i>(riferimenti documentali)</i>
			Piano secondo gli obiettivi fissati	obiettivi e al cronoprogramma previsti nel Piano	<p>l'igiene delle mani";</p> <p>-Progetto n.4 "Gestire il rischio connesso ai farmaci: la riconciliazione della terapia farmacologica";</p> <p>-Progetto n. 5 "Prevenire gli errori in ambito chirurgico con l'applicazione della check list di sala operatoria e con le raccomandazioni ministeriali n.2 e n.3".</p> <p>I suddetti progetti sono stati implementati e rendicontati alla Regione Lombardia con la Relazione Finale attività del Piano annuale di Risk Management anno 2016 (PARM) trasmessa alla DGW in data 23/12/17 con prot. n. 19351.</p> <p><b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b></p>
C5	Percorso di Certificabilità del Bilancio	Piena Implementazione delle Azioni previste nel Piano	C5.2 Implementazione del Piano secondo gli obiettivi fissati	C5.2. Si rimanda agli obiettivi e al cronoprogramma previsti nel Piano	Il Gruppo di lavoro si è riunito il 14, 29 settembre, 18 ottobre, 15 novembre, 16 dicembre. Sono stati visti: il Regolamento per l'esecuzione lavori, servizi tecnici, acquisti di beni

<i>PROGETTI</i>		<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>AZIONI DA INTRAPRENDERE</i>	<i>INDICATORI E TARGET (evidenze)</i>	<b>AZIONI INTRAPRESE</b> <b>RISULTATI RAGGIUNTI</b> <i>(riferimenti documentali)</i>
					e servizi in economia e relativo Regolamento di attuazione, il Regolamento del Processo di Budget 2017, il Regolamento per la tenuta dell'Inventario. Sono inoltre state viste le seguenti Procedure: P7 264 relativa al Piano degli Investimenti, la P7 066 relativa alla Gestione della Cassa Economale, e la Procedura P7 070 relativa alla Gestione dello scadenziario del Registro Contratti. E' in via di predisposizione un riepilogo delle "azioni" da eseguire e del loro stato di attuazione. <b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b>
C6	Controllo delle rendicontazioni	Attuazione di attività di controllo interno sulla corretta codifica e rendicontazione di Ricoveri"	C6.1 Implementazione del Piano secondo gli obiettivi fissati	C6.1 Controllo delle cartelle secondo le indicazioni ASL (indicatore di risultato: trasmissione all'ASL esiti controlli di almeno pari a quelli attesi, entro il 30.09.2016)	A seguito della nota ATS prot. n. 000732 del 08.01.2016, l'Azienda con nota prot. n. 0001282 del 28.01.2016 ha inviato all'ATS di Brescia il Piano dei Controlli aziendale per l'anno 2016. In adesione a quanto definito nella DGR X/4702 /2015 si è provveduto a

<i>PROGETTI</i>		<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>AZIONI DA INTRAPRENDERE</i>	<i>INDICATORI E TARGET (evidenze)</i>	<b>AZIONI INTRAPRESE</b> <b>RISULTATI RAGGIUNTI</b> <i>(riferimenti documentali)</i>
					<p>trasmettere ad ATS Brescia entro il 30/09/2016 l'elenco delle cartelle cliniche previste nel Piano di Autocontrollo dell'ASST Franciacorta per una quota pari al 4% dell'attività di ricovero 2015: n° 453 cartelle cliniche relative al Presidio di Chiari e Orzinuovi, n° 189 relative al Presidio di Iseo, e n° 3 relative al Presidio di Rovato, per una quota totale pari a n°645 cartelle cliniche. In data 6/12/2016 gli ispettori dell'ATS di Brescia hanno provveduto ad una verifica a campione delle cartelle cliniche trasmesse in autocontrollo con esito positivo.</p> <p><b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b></p>
C7	Sviluppo della funzione di internal auditing	Implementazione di attività di internal auditing	C7.2 Implementazione del Piano secondo gli obiettivi fissati	C7.2. Si rimanda agli obiettivi e al cronoprogramma previsti nel Piano	<p>Con deliberazione n. 539 del 14.09.2016 è stato nominato il nuovo Responsabile della Funzione di Internal Auditing.</p> <p>Nel corso del 2016 sono stati</p>



<b>PROGETTI</b>	<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
				<p>auditati, secondo il cronoprogramma definito, i seguenti processi aziendali:</p> <p>1) Gestione delle lista d'attesa e libera professione.</p> <p>2) Gestione gara e contratto aziendale relativo al Servizio Odontostomatologia.</p> <p>Il gruppo di lavoro di Internal Auditing si è riunito nelle seguenti date: 27/04 - 19/05 - 13/07 - 12/10/2016.</p> <p>Sono stati pianificati e realizzati n° 21 audit interni relativi alle U.O./Servizi Certificati secondo la norma ISO 9001 (100%). Tutti gli audit interni hanno prodotto un piano di miglioramento e le azioni sono in corso di implementazione. Da parte dell'ente di certificazione esterno (CSQ) è stato effettuato, nelle giornate del 6 e 7 giugno 2016, un audit di sorveglianza che ha confermato la certificazione ISO</p>



<i>PROGETTI</i>		<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>AZIONI DA INTRAPRENDERE</i>	<i>INDICATORI E TARGET (evidenze)</i>	<b>AZIONI INTRAPRESE</b> <b>RISULTATI RAGGIUNTI</b> <i>(riferimenti documentali)</i>
					9001. Non sono emerse non conformità.  <b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b>
C8	Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione	Attuazione, monitoraggio ed aggiornamento del PIMO	C8.1 Monitoraggio finale degli indicatori anno 2016  C8.2 Aggiornamento del PIMO per l'anno 2017 in funzione delle risultanze dei monitoraggi 2016	C8.12 Monitoraggio finale entro il 31.01.2017 (indicatore di risultato: trasmissione completa del monitoraggio a Regione Lombardia – salvo diversa indicazione regionale)  C8.2 Formalizzazione degli obiettivi del Piano per l'anno 2016 (indicatore di risultato:	Il PIMO è stato elaborato a febbraio 2016 e come da indicazioni regionali è stato caricato sul portale regionale, nel rispetto delle scadenze.  In data 24.08.2016 è stata caricata sul portale di governo regionale l'autovalutazione aziendale del 1° semestre 2016 (scad. 02.09.16) e la relativa validazione del Direttore Generale.  In data 30.01.2017 è stata caricata sul portale di governo regionale l'autovalutazione aziendale del 2° semestre 2016 (scad. 31.01.2017).  L'Azienda partecipa, tramite il

<b>PROGETTI</b>		<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
				adozione della delibera)	Responsabile del Servizio Qualità, al Gruppo di lavoro regionale per lo sviluppo del Primo che è stato confermato con Decreto DG Welfare n. 13529 del 19.12.2016 <b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b>
C9	Armonizzazione ed aggiornamento dei sistemi di valutazione del personale	Definizione di un sistema aggiornato e condiviso per la valutazione del personale	<p>C9.1 Definizione di un percorso di budget dettagliato, che individui tempistiche e responsabilità, da implementarsi dal 2017</p> <p>C9.2 Predisposizione della nuova scheda di valutazione continua del comparto</p> <p>C9.3. Applicazione in via sperimentale della scheda di valutazione continua del comparto</p>	<p>C9.1 Adozione della delibera, previa valutazione da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni</p> <p>C9.2. Proposta alle OOSS della scheda di valutazione continua del comparto</p> <p>C9.3. Utilizzo sul 100% del personale del comparto presente al 31.10.2016 della scheda di valutazione</p>	<p>Nel corso del 2016 è stata predisposta una bozza del Regolamento Budget, condivisa con la Direzione Generale e il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni .</p> <p>C9.2 Incontro con OOSS e RSU in data 27.6.2016 – convocazione effettuata con nota 16.6.2016 prot. n. 9447 con la quale sono state inviate le schede di valutazione.</p> <p>C9.3 le nuove schede di valutazione sono state inviate ai Valutatori del personale del comparto per il 100% del personale presente al 31.10.2016..</p>

<b>PROGETTI</b>		<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	<b>INDICATORI E TARGET (evidenze)</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</b>
			C9.4. Valutazione delle criticità rilevate	C9.4. Somministrazione di un questionario di customer ad un pool di valutatori per rilevare eventuali anomalie da modificare	Con e-mail del 30 novembre 2016 è stata trasmessa richiesta di feedback ai dirigenti valutatori mediante la compilazione di un questionario di customer
C10	Revisione dei flussi documentali e dematerializzazione	Implementazione del software a supporto dei flussi dematerializzati	<p>C.10.1 Implementazione del software e formazione del personale</p> <p>C.10.2 Attivazione dell'iter di predisposizione e approvazione delle</p>	<p>C10.11 Definizione delle specifiche di implementazione (almeno 1 riunione con la software house per l'iter delibere, e almeno 1 riunione con ogni area per l'analisi dei processi)</p> <p>C.10.12 Formazione al personale istruttore di delibere (partecipazione</p>	<p>C.10.11: Si conferma l'esecuzione di più incontri con la Ditta SIAV/POSTEL per l'implementazione del SW delibere e di 30 incontri per la mappatura processi nei vari settori aziendali (i verbali riunione sono agli atti del Settore Flussi Documentali e Archivi)</p> <p>C.10.12: Registro firme agli atti del Settore Flussi Documentali e Archivi.</p>



<i>PROGETTI</i>		<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>AZIONI DA INTRAPRENDERE</i>	<i>INDICATORI E TARGET (evidenze)</i>	<i>AZIONI INTRAPRESE RISULTATI RAGGIUNTI (riferimenti documentali)</i>
			<p>Delibere</p> <p>C10.3 Attivazione dell'iter di gestione delle comunicazioni aziendali attraverso protocollo</p>	<p>di tutto il personale coinvolto ad almeno 1 momento formativo)</p> <p>C10.1 Software funzionante entro il dicembre 2016 (il 100% delle delibere dell'ultima seduta di approvazione del 2016 dovrà essere istruito attraverso il nuovo strumento)</p> <p>C10.2 Software funzionante entro il dicembre 2016 (il 01.01.2017 la funzione di protocollazione dovrà essere effettuata solamente con il nuovo strumento)</p>	<p>C.10.1: Si conferma il completo funzionamento del SW delibere a partire dal 07/12/2017 – rif.: albo pretorio on line.</p> <p>C.10.2: Si conferma il completo funzionamento del SW protocollo a partire dal 01/01/2017 – rif.: protocolli da inizio anno gestiti con il nuovo Sw Archiflow. <b>Si considera l'obiettivo raggiunto</b></p>