



## **DELIBERAZIONE**

### **ADOTTATA**

del DIRETTORE GENERALE – Mauro Borelli  
nominato con D.G.R. XI/1078 del 17/12/2018

**OGGETTO: APPROVAZIONE DEL “PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022” DI  
CUI ALL’ART. 10 COMMA 1 LETTERA A) D.L.VO 150/2009**

Acquisiti i pareri del

DIRETTORE SANITARIO

DIRETTORE SOCIO-SANITARIO

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr. Jean Pierre Ramponi

Dott. Giuseppe Solazzi

Dott. Luigi Faccincani



IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che:

- il Decreto Legislativo 27.10.2009 n. 150 prevede all'art. 10 comma 1, lettera a) che le Amministrazioni Pubbliche predispongano un documento di programmazione, denominato Piano delle Performance, con lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità e attendibilità ai documenti di rappresentazione delle prestazioni ed attività aziendali, in coerenza con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- la DGR IX/2633 del 06.12.2011 ribadisce la necessità che anche le Aziende Sanitarie pubbliche, al fine di presidiare il livello di coerenza tra programmazione regionale ed aziendale con gli obiettivi operativi delle singole strutture, definiscano un proprio Piano delle Performance;

RICHIAMATI:

- le "Indicazioni relative al Sistema di misurazione della performance nelle Aziende Sanitarie" elaborate dall'Organismo Indipendente di Valutazione, trasmesse in data 23/01/2012 dalla Direzione Generale Sanità, ora Direzione Generale Welfare, di Regione Lombardia a tutte le Aziende Sanitarie pubbliche del S.S.R., dalle quali si evince l'obbligo per le stesse di dotarsi di un Piano delle Performance;
- la Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015 in ordine al coordinamento dei contenuti del PTPC con il Piano delle Performance in una logica di complementarietà e funzionalità reciproca;
- il D.Lgs. n. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- il D.Lgs. n. 198/2006, "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna a norma dell'art. 6 della Legge 28 novembre 2005, m. 246", il quale prevede che il CUG aziendale predisponga un Piano Triennale di azioni positive tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne;
- la Direttiva n. 2/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche, la quale dispone che il Piano Triennale di azioni positive debba essere allegato al Piano della Performance;

RICHIAMATI altresì:

- la Legge Regionale n. 23 dell'11.08.2015 che definisce le linee di sviluppo e di indirizzo entro cui le Aziende in cui si articola in Sistema Sanitario Regionale devono definire le proprie strategie volte alla risposta dei bisogni di salute della popolazione;
- la DGR n. XI/2672 del 16.12.2019 che individua le Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2020;
- le DGR n. 5113 del 29.04.2016 e n. 5513 del 02.08.2016 con le quali vengono individuate le Linee Guida per la definizione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici delle ASST e delle ATS;
- la Delibera aziendale n. 45 del 30.01.2020 con la quale è stato adottato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione ed il connesso Programma Triennale trasparenza ed Integrità per il triennio 2020-2022, nel quale sono stati individuati gli obiettivi, gli indicatori ed il cronoprogramma al fine di legare le azioni anticorruzione e trasparenza ad obiettivi di performance;
- la Delibera aziendale n. 144 del 29.03.2017 con la quale è stata approvato il Piano Aziendale di



Organizzazione Aziendale Strategico (POAS)

- la DGR n. X/6428 del 03/04/2017 con la quale Regione Lombardia ha approvato il POAS proposto;
- la DGR n. XI/1078 del 17/12/2018 con la quale sono stati assegnati al Direttore Generale gli obiettivi da realizzare nel corso del mandato 2019-2023, con riferimento alle risorse che verranno stabilite annualmente da Regione Lombardia;

DATO ATTO che questa ASST ha provveduto all'aggiornamento del Piano delle Performance per il triennio 2020-2022, comprensivo del Piano Triennale di azioni positive per il medesimo triennio predisposto, in ottemperanza alla normativa sopracitata, dal Responsabile del CUG aziendale Dott.ssa Martinelli Anna Maria;

PRESO ATTO che, in ottemperanza all'art. 48 del D.Lgs. n. 198/2006, il Piano Triennale di azioni positive è stato trasmesso per opportuna informativa alle OO.SS. in data 23.01.2020;

DATO ATTO che il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ha espresso parere favorevole sul contenuto del Piano del Performance per il triennio 2020-2022 e di tutti i suoi allegati come risulta da verbale n. 4/2020 del 21.02.2020 agli atti;

SPECIFICATO che dal presente provvedimento non discendono oneri aggiuntivi per l'Azienda;

RITENUTO pertanto di procedere alla formale approvazione del Piano delle Performance 2020-2022 e dei relativi allegati parte integrante del documento;

VISTA l'istruttoria compiuta dal Responsabile del Procedimento Amministrativo di cui alla Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii., dott.ssa Ghirardelli Monica, che ne attesta la legittimità e la regolarità tecnica;

ACQUISITI, per quanto di competenza, i pareri favorevoli in merito espressi dal Direttore Sanitario, dal Direttore Socio-Sanitario e dal Direttore Amministrativo;

### **DELIBERA**

per i motivi in premessa citati e che si intendono qui integralmente riportati,

1. di adottare il "Piano della Performance – Triennio 2020-2022" dell'ASST Franciacorta, comprensivo del Piano Triennale di Azioni positive per il medesimo triennio, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che il presente provvedimento e tutti gli allegati saranno pubblicati ai sensi della vigente normativa sul sito istituzionale dell'ASST nella sezione "Amministrazione trasparente";
3. di pubblicare il presente provvedimento nell'Albo on line sul sito istituzionale dell'Azienda ai sensi dell'art. 32 della Legge n. 69/2009 e dell'art. 17 c. 6 della L.R. n. 33/2009.

Allegati n. 1

Firmato digitalmente dal Direttore Generale  
Mauro Borelli

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Franciacorta

## **PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022**

### Indice

1.	Finalità del Piano .....	2
2.	Finalità aziendale – mission e vision.....	3
3.	ASST della Franciacorta in breve .....	4
4.	Il sistema di Programmazione strategica aziendale .....	6
4.1	Le “Regole” di Sistema.....	6
4.2	I Piani Aziendali annuali e pluriennali.....	7
4.3	Le Dimensioni della Performance.....	15
4.4	Gli Obiettivi strategici anno 2020.....	15
4.5	La misurazione della performance: gli indicatori ed i trend attesi.....	18
4.6	Il Ciclo di gestione della Performance .....	18
5.	Collegamento con prevenzione della corruzione e trasparenza .....	20
6.	Tabella obiettivi 2020-2022.....	21
7.	Piano triennale di azioni positive 2020-2022 .....	24

## 1. Finalità del Piano

Il Piano delle Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance; è un documento programmatico in cui, in coerenza con la struttura dell'Azienda e le risorse assegnate, sono esplicitati gli impegni strategici dell'Azienda per il triennio 2020-2022, gli obiettivi da perseguire nel periodo, tradotti in azioni e/o indicatori capaci di misurare, nel tempo, "il contributo che ciascun soggetto apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata creata".

In particolare consente all'Azienda di esprimere la sua capacità di programmare e gestire le proprie attività sulla base di un costante monitoraggio di alcune variabili chiave espresse da indicatori che misurano il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Il Piano delle Performance 2020-2022 è stato predisposto in applicazione delle disposizioni previste all'art. 10 del decreto legislativo 150/2009, tenuto conto e in coerenza con gli indirizzi programmatici previsti dagli strumenti di livello istituzionale, strategico ed operativo nazionale regionale e locale, quali il Piano Socio-sanitario, le Regole di Sistema regionali, gli obiettivi di mandato del Direttore Generale, nonché con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, il Piano Triennale di Azioni positive di cui alla direttiva 2/2019 recante "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche", il Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 144 del 29 marzo 2017, e approvato da Regione Lombardia, tenuto conto dei vigenti indirizzi regionali dell'Organismo Indipendente di Valutazione, in materia di Sistema di misurazione delle performance delle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde.

Il Piano delle Performance si pone dunque come momento di esplicitazione a tutti i soggetti "portatori di interesse" (stakeholders) interni ed esterni, del percorso del ciclo di Programmazione e Controllo aziendale:

- programmazione strategica pluriennale
- programmazione gestionale annuale
- definizione degli obiettivi operativi
- attuazione, monitoraggio e valutazione

in coerenza con l'equilibrio economico-finanziario definito con il Bilancio di Previsione ed i Contratti di produzione ATS/ASST, che individuano i volumi di attività e i livelli di costo, con il contenuto del Piano annuale di Gestione delle Risorse Umane e con le risorse strumentali disponibili.

La valenza del Piano è triennale, e costituisce un aggiornamento del PP 2019/2021 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Franciacorta, adottato con deliberazione del Direttore Generale n.116 del 27.02.2019 e, in quanto documento di programmazione strategica, sarà influenzato anche nel corso del 2020 dalle disposizioni regionali necessarie alla progressiva attuazione della riforma sociosanitaria di cui alla L.R. 11.08.2015, n.23 e ss.mm.ii..

Il Piano delle Performance viene pubblicato sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente" e trova la sua rendicontazione finale nella "Relazione annuale sulle Performance", con la quale la Direzione Strategica dà evidenza a consuntivo dell'effettivo stato di attuazione degli impegni strategici e degli obiettivi di periodo fissati.

## **2. Finalità aziendale – mission e vision**

### **La Mission**

La finalità dell'ASST della Franciacorta è quella di erogare prestazioni socio-sanitarie attraverso le articolazioni territoriali e ospedaliere, di media o elevata complessità, 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 Nazionale e nelle politiche di governo del Sistema Sanitario Regionale.

### **La Vision**

La visione strategica è quella di un'Azienda indirizzata 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, risultati ottenuti.

Inoltre attraverso la costituzione di una rete, si vuole garantire la continuità assistenziale verso l'ambito territoriale, mantenendo la presa in carico direttamente o attraverso l'erogazione di prestazioni svolte in collaborazione con gli altri erogatori accreditati, in applicazione del piano assistenziale individuale del paziente.

Siamo orientati ad operare con efficacia ed efficienza affinché le risorse che ci affidano i cittadini siano utilizzate al miglior modo possibile.

Vogliamo passare dalla "cura del cittadino" a "prendersi cura del cittadino", elemento cardine dell'evoluzione del modello regionale di Welfare, sviluppando un modello aziendale che risponda al bisogno di integrazione e continuità delle cure costituendo una rete di servizi sanitari e socio-assistenziali che coinvolga tutti gli attori interni ed esterni all'ASST.

Chi si rivolge a noi è prima di tutto *una persona*.

### **3. ASST della Franciacorta in breve**

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

All'Azienda è riconosciuta autonoma personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

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

- dalla Azienda Ospedaliera "Mellino Mellini", in particolare:
  - Presidio di Chiari, sede di DEA e di Punto Nascita, con gli afferenti Stabilimento di Orzinuovi e di Rovato;
  - Presidio di Iseo, sede di Pronto Soccorso, di SPDC e di Punto Nascita, con l'afferente stabilimento di Palazzolo s/Oglio;
  - Strutture Territoriali del Dipartimento di Salute Mentale (1 CRA, 2CPA, 1CPB, 2CD, 21 Programmi di Res. Leggera, 3 CPS e 4 sedi erogative per attività di Neuropsichiatria presso Chiari, Iseo, Orzinuovi e Palazzolo s/Oglio);
- dalla Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Brescia, in particolare:
  - Attività distrettuale erogata presso i distretti ASL n. 5 (Sebino-Iseo), 6 (Monte Orfano- Palazzolo s/Oglio), 7 (Oglio Ovest- Chiari), 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.

L'ASST ha come territorio di riferimento prevalentemente gli ex distretti dell' ASL di Brescia:

- del Sebino (Comuni di Iseo, Corte Franca, Marone, Monte Isola, Monticelli Brusati, Paratico, Paderno Franciacorta, Passirano, Provaglio d'Iseo, Sale Marasino, Sulzano, Zone);
- di Monte Orfano (Comuni di Palazzolo sull'Oglio, Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Pontoglio);
- di Oglio Ovest (Comuni di Chiari, Castelcovati, Castrezzato, Cazzago San Martino, Coccaglio, Comezzano Cizzago, Roccafranca, Rovato, Rudiano, Trenzano, Urago d'Oglio);
- della Bassa Bresciana Occidentale (Comuni di Orzinuovi, Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto, Longhena, Maclodio, Mairano, Orzivecchi, Pompiano, Quinzano d'Oglio, San Paolo, Villachiara).

articolando la propria offerta di servizi sanitari e socio-assistenziali per dare risposta ai bisogni di un potenziale bacino di utenza di circa 268.000 persone.

In applicazione a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 23/2015, l'organizzazione aziendale prevede un Polo Ospedaliero, indirizzato verso le acuzie e al cui vertice c'è il Direttore Sanitario, differenziato dalla Rete Territoriale dove si collocano le attività di

presa in carico della cronicità/fragilità, della continuità assistenziale, delle dipendenze e della salute mentale, dei Consultori, delle UO afferenti la rete delle cure palliative, al cui vertice c'è il Direttore socio-sanitario.

### **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", con Deliberazione n. 144 del 29.03.2017 è stato adottato il POAS dell'ASST della Franciacorta. Con deliberazione n. 190 del 13.04.2017 si è preso atto della DGR n. X/6428 del 03.04.2017 con la quale è stato approvato il nuovo POAS dell'ASST.

Si segnala che, al fine di completare l'adeguamento dell'assetto accreditato al POAS approvato con D.G.R. n. 6428/17, è stata richiesta con nota 7668 del 27/03/2019 all'ATS di Brescia la nuova classificazione dei Presidi Ospedalieri con il P.O. di Chiari unico Presidio Ospedaliero con Stabilimenti di Orzinuovi, Rovato, Palazzolo s/O, Iseo) e si è in attesa dell'esito dell'istanza.

La struttura organizzativa in essere prevede:

- la Direzione Strategica;
- il Collegio Sindacale;
- il Collegio di Direzione;
- gli Organismi (interni ed esterni) di supporto alla Direzione Strategica:
  - Collegi Tecnici,
  - Comitato Etico Indipendente,
  - Consiglio dei Sanitari,
  - Comitato Unico di Garanzia,
  - Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- le Strutture di Staff (che dipendono direttamente dalla Direzione Strategica):
  - Controllo di Gestione,
  - Avvocatura
  - Servizio di Prevenzione e Protezione,
  - Ufficio Relazione con il Pubblico, Formazione, Comunicazione,
  - Qualità e Internal Auditing
  - Risk Management,
  - Medicina Legale,
  - Vaccinazioni,
  - Servizio di Ingegneria Clinica;
- i Dipartimenti clinici previsti dal POAS:
  - Chirurgia,
  - Medicina,
  - Emergenza Accettazione
  - Interaziendale dei servizi
  - Continuità Assistenziale e delle Fragilità,
  - Salute Mentale e delle dipendenze.

In applicazione del POAS è stato soppresso il Dipartimento Materno Infantile

Si aggiungono il Dipartimento Amministrativo ed il Dipartimento funzionale interaziendale tra ATS di Brescia e ASST composto da ICT (Information & Communication) e Tecnologie Biomedicali



## 4. Il sistema di Programmazione strategica aziendale

Il Piano delle Performance recepisce gli indirizzi della programmazione regionale, che rappresentano il primo punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali, mediante la proposizione di un percorso di lavoro che la Direzione strategica intende mettere in campo nel medio e lungo periodo e rispetto al quale orientare le scelte di programmazione di breve periodo.

Pertanto, a partire dalla pianificazione regionale e dagli obiettivi di mandato istituzionale l'ASST individua, in un'ottica di continuo miglioramento gli obiettivi strategici da perseguire nel triennio, in collegamento ed integrazione con gli strumenti relativi alla trasparenza, all'integrità ed al contrasto del fenomeno della corruzione.

### 4.1 Le "Regole" di Sistema

Le modalità con cui l'attività aziendale viene programmata si delineano applicando i provvedimenti regionali che si esplicitano nei seguenti documenti di programmazione e indirizzo:

- **Regole annuali di gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario:** nel periodo novembre-dicembre, è predisposta dalla Regione una D.G.R. "Determinazione in ordine alla gestione del servizio sanitario socio-sanitario" per l'esercizio successivo, in cui vengono individuate le linee di indirizzo e programmazione in ambito sanitario e socio sanitario in riferimento a diverse tematiche: Indirizzi di programmazione e sviluppo, Acquisti ed Investimenti delle Aziende Sanitarie, Prevenzione Medica e Veterinaria, Organizzazione e personale, Medicina Convenzionata Territoriale, Edilizia Sanitaria, Negoziazione, Attività di controllo e tempi di attesa, Farmaceutica e protesica, Area salute mentale e dipendenze, Sistema Informativo Socio Sanitario, Customer Satisfaction; nel corso dell'esercizio, la Regione Lombardia può emanare Circolari esplicative e DGR che dettagliano, integrano o modificano quanto individuato nelle Regole di sistema. Per l'anno 2020 le Regole di Gestione del SSS lombardo sono state approvate con la DGR N. XI/2672 del 16.12.2019
- **Decreto di Assegnazione del Finanziamento di Parte Corrente:** nel periodo gennaio-febbraio, è predisposto dalla Regione un decreto di assegnazione delle risorse di parte corrente, trasponendo in cifre gli obiettivi posti dalle regole di sistema in termini di attività da erogare e livelli di costi ed investimenti da rispettare; tale decreto è il riferimento per la stesura del Bilancio Economico di Previsione. Per l'esercizio 2020 l'assegnazione delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente è stata approvata con decreto n. 962 del 29.01.2020.
- **Contratti annuali per l'erogazione dell'attività:** nel periodo marzo-maggio, è definito dall'ATS di competenza territoriale, sulla scorta dei dati trasmessi dalla Regione e in base alle Regole per l'anno, il contenuto dei contratti che annualmente vengono sottoscritti da ATS ed ASST, che definiscono il "budget", ovvero il livello di produzione (ricoveri, prestazioni ambulatoriali e P.S., screening, psichiatria, neuropsichiatria infantile, Cure Palliative, ADI, UCP-DOM, Sub-acuti, File F) che, qualora erogata, verrà riconosciuta e finanziata all'Azienda;
- **Obiettivi Aziendali di Interesse Regionale:** generalmente nel periodo aprile-maggio, è predisposta dalla Regione una DRG "Determinazioni in ordine al sistema di valutazione dei direttori generali delle ATS, delle ASST e dell'AREU" che esplicita, attraverso azioni da intraprendere e obiettivi da conseguire, gli obiettivi annuali e gli indicatori in base ai quali verrà valutato il mandato del Direttore Generale. per l'Azienda/Direzione aziendale.

- **Obiettivi di mandato del Direttore Generale:** con DGR n. XI/1078 del 17/12/2018 sono stati assegnati al Direttore Generale gli obiettivi da realizzare nel corso del mandato 2019-2023, con riferimento alle risorse che verranno stabilite annualmente da Regione Lombardia, così definiti:
  - Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri;
  - Riordino della rete di offerta;
  - Integrazione ospedale e territorio e presa in carico del paziente cronico;
  - Omogeneizzazione dei sistemi informativi aziendali.

## 4.2 I Piani Aziendali annuali e pluriennali

Il Piano delle Performance è lo strumento che valorizza e riunisce i contenuti essenziali di altri documenti, attraverso i quali l'ASST pianifica le proprie attività e ne verifica la gestione, alla luce delle "Regole di Sistema" descritte nel paragrafo precedente. Nel corso dell'ultimo quinquennio, la normativa nazionale e regionale ha individuato nella definizione di un "Piano", annuale o pluriennale, la metodologia con cui orientare l'azione di programmazione dell'Azienda.

Su specifico mandato ministeriale o regionale, sono quindi predisposti dall'Azienda i seguenti Piani che (seppur nella eterogeneità di tempistiche, contenuti, modalità di stesura, applicazione, verifica e rendicontazione) non possono che essere considerati capitoli del presente Piano delle Performance, che di fatto ne rappresenta una organizzazione logica ed un momento di sintesi e di lettura trasversale.

Di seguito si elencano i Piani, Programmi e Progetti definiti dall'ASST Franciacorta che avranno effetti nell'anno 2020.

### PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO (POAS)

L'art.3, comma 1-bis del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n.501 e s.m.i., prevede che le Aziende Sanitarie, nel rispetto dei principi e dei criteri previsti da disposizioni regionali, adottino un atto aziendale di diritto privato che ne delinea l'organizzazione e il funzionamento. Con la D.G.R. X/5113 del 29 aprile 2016 e la d.g.r. X/5513 del 2 agosto 2016 Regione Lombardia, in attuazione della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e s.m.i, recante "Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità" ha stabilito i criteri di organizzazione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST).

L'ASST Franciacorta, con deliberazione del Direttore Generale n. n.144 del 29 marzo 2017, ha adottato il proprio Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), approvato dalla Regione con D.G.R. n. X/6428 del 03.04.2017 consultabile al link

[https://www.asst-franciacorta.it/i/docs/file/01-Adozione\\_POAS\\_\(delibera\\_n.144\\_del\\_29\\_marzo\\_2017\).pdf](https://www.asst-franciacorta.it/i/docs/file/01-Adozione_POAS_(delibera_n.144_del_29_marzo_2017).pdf)

La descrizione dell'assetto organizzativo in vigore e l'organigramma sono aggiornati e pubblicati sul sito aziendale in "Amministrazione Trasparente – Organizzazione – Articolazione degli uffici". [http://www.asst-franciacorta.it/t\\_c.asp?l4=289](http://www.asst-franciacorta.it/t_c.asp?l4=289)

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico è l'espressione dell'autonomia organizzativa e gestionale dell'Azienda; attraverso di esso la Direzione Strategico definisce l'organizzazione che ritiene più adeguata ai fini del perseguimento degli obiettivi strategici prefissati, secondo gli indirizzi regionali e nel rispetto di tutte le normative nazionali e/o regionali relative all'accreditamento.

## PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2020 – 2022

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2020-2022 è stato approvato con deliberazione n. 45 del 30 gennaio 2020 e pubblicato sul sito aziendale

[https://www.asst-franciacorta.it/t\\_c.asp?I5=254](https://www.asst-franciacorta.it/t_c.asp?I5=254)

Esso viene redatto in attuazione della L.190/2012 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", tenendo conto della normativa sopravvenuta (D.Lgs.50/2016 e D.Lgs.97/2016), dei Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019, nonché delle varie delle deliberazioni adottate da ANAC in materia.

Il PTPCT è lo strumento di programmazione strategica idoneo a prevenire la corruzione, intesa come *maladministration*, in quanto persegue il fine di adeguare il comportamento dell'organizzazione e dei singoli ai parametri di lealtà, correttezza, e servizio al bene comune contenuti nella Costituzione, che impone di svolgere le funzioni pubbliche con imparzialità, disciplina e onore(art.54,c.2) e con imparzialità (art.97), nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, "calando" tali principi in misure, azioni ed obiettivi specifici, legati alle funzioni e alle attività svolte, ed articolati su un orizzonte temporale triennale.

Individua i processi a rischio e le misure di prevenzione ritenute più efficaci a ridurre/eliminare i rischi di corruzione, nonché misure di prevenzione della corruzione aventi carattere "generale". L'attuazione delle misure di prevenzione indicate nel PTPCT necessita del coinvolgimento e della partecipazione attiva di tutto il personale, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, tempistiche, risorse e sistemi di misurazione in grado di "trasformare" le misure di prevenzione in veri e propri obiettivi da inserire nel Piano delle Performance.

A tal fine nella Tabella "Obiettivi di collegamento col Piano delle Performance e gli altri strumenti di programmazione per l'anno 2020", allegata al PTPCT 2020-2022 quale strumento di coordinamento tra il PTPCT e il Piano delle Performance in attuazione dell'art.1, c.8, L.190/2012, come sostituito dal D.Lgs.97/2016, sono indicati particolari obiettivi strategici di prevenzione della corruzione attribuiti ai dirigenti che operano nelle aree a rischio, compresi gli obiettivi di trasparenza ed i relativi indicatori.

## PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE E PIATTAFORMA PrIMO

Il Piano Integrato di Miglioramento costituisce il riferimento unitario per la gestione integrata dei cambiamenti organizzativi, disegnato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo; è orientato ad evidenziare i risultati ottenuti dalla struttura, in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, raggiunti anche con un'appropriata gestione economico-finanziaria, focalizzando l'attenzione sui processi (organizzativi e/o clinico-assistenziali) e sulla misurazione tramite indicatori dei risultati delle azioni di miglioramento.

È un programma che si pone la finalità di:

- migliorare la qualità e la sicurezza sanitaria;
- promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
- monitorare il miglioramento continuo attraverso l'applicazione di alcuni indicatori specifici;

- potenziare i processi di presa in carico all'interno delle strutture di ricovero.

Attraverso la piattaforma informatica PrIMO di Regione Lombardia, tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche/private accreditate e a contratto, gestiscono:

- mappa dei processi e dei rischi;
- valutazioni/autovalutazioni e monitoraggio dei processi aziendali;
- piano Integrato di miglioramento dell'organizzazione;
- obiettivi aziendali/rendicontazione degli Obiettivi assegnati ai Direttori Generali;
- valutazione performance aziendali (Indicatori di esito PNE - Agenas, indicatori Network Regioni – Scuola S. Anna di Pisa);
- audit clinici e organizzativi interni ed esterni

e trasmettono tutta la documentazione ed i report di monitoraggio, verifica e controllo.

Delibera aziendale di attivazione del PIMO: Del. n. 473 del 12/11/2014

Riferimenti normativi: DGR 5 giugno 2015 n. X/3652; DGR 29 dicembre 2015 n. X/4702; DGR 5 dicembre 2016 n. X/5954; DGR 18 dicembre 2017 n. X/7543.

### PIANO ANNUALE ATTIVITA' RISK MANAGEMENT – P.A.R.M.

In continuità alle azioni già intraprese negli scorsi anni, e sulla scorta delle indicazioni ministeriali e regionali, l'ASST adotta il Piano Annuale di Risk Management (PARM) nel quale sono identificate le strategie e le linee d'intervento in ordine alle aree individuate come a maggior rischio clinico, gli obiettivi ed i risultati attesi, nonché i progetti operativi, il cronoprogramma di realizzazione, gli indicatori di misurazione dei risultati.

Il PARM pertanto individua alcuni progetti annuali o pluriennali con i quali implementare nel tempo un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.

In coerenza con le 19 Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione di alcune situazioni di rischio presenti in azienda che, anche per l'anno in corso, rappresentano un adempimento LEA e devono essere applicate almeno per l'80%, si conferma che i principali progetti in corso si riferiscono alle seguenti aree generali:

- Area travaglio/Parto;
- Infezioni e/o SEPSI;
- Sicurezza del Paziente in sala operatoria, con applicazione della check list 2.0;
- Rischio nell'utilizzo di farmaci in ospedale e nei passaggi di cura tra territorio e ospedale;
- Rischio in ambito di impiego delle radiazioni;
- Responsabilità Sanitaria e L.G. alla luce della L.24/2017;
- Prevenzione della violenza a danno degli operatori;
- Ascolto e mediazione dei Conflitti;
- Monitoraggio Eventi Sentinella/Trigger materno-fetali;
- Implementazione di Buone Pratiche clinico/organizzative;
- Formazione e sensibilizzazione del personale al tema della patient safety.

L'istituzione del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (D.G.R. IX/1824 del 2/07/2019), con funzioni di coordinamento delle attività di gestione e prevenzione delle attività di rischio clinico, ha sottolineato la volontà di Regione Lombardia di favorire la sinergia fra tutti i professionisti coinvolti in tale tematica, con l'obiettivo della diffusione di una cultura inerente la sicurezza del

paziente, già attuata negli anni attraverso i progetti in tema di rischio clinico e la formazione dei Risk Managers.

Riferimenti normativi:

- Circolare Regionale n.46 SAN del 27/12/2004 – Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario
- Linee Guida Regionali per l'attività annuale di Risk Management dall'anno 2005 ad oggi;
- Raccomandazioni Ministero della Salute per la prevenzione degli eventi avversi/eventi sentinella nelle strutture sanitarie (n. 19 Raccomandazioni dall'anno 2005 ad oggi).

Formalizzazione: Delibere aziendali

- Del. n. 143 del 16/03/2016 - Adozione del piano annuale di Risk Management PARM, (nell'ambito del PIMO anno 2016)
- 539 del 14/09/2016 oggetto: Risk Management, Comitato Valutazione Sinistri, Internal Auditing: Determinazioni.
- Del. n. 145 del 29/03/2017 – Adozione del Piano Annuale di Risk Management PARM nell'ambito del Programma Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PrIMO) anno 2017
- Del. n. 58 del 07/02/2018 – Determinazioni in ordine alla responsabilità del Risk Management e del Coordinamento del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale.
- Del. n. 161 del 21/03/2018 – Adozione del Piano Annuale di Risk Management (P.A.R.M.) anno 2018
- Del. n. 164 del 21/03/2019 – Adozione del Piano Annuale di Risk Management (P.A.R.M.) anno 2019.

#### PIANO ANNUALE ATTIVITA' DI INTERNAL AUDITING

In applicazione della l.r. 4 giugno 2014, n.17 e in attuazione della d.g.r. n.2989/2014, l'Azienda, con deliberazione n. 309 del 23 giugno 2015, istituiva la funzione di Internal Auditing in staff al Direttore Generale, quale organismo di controllo di "terzo livello", indipendente e autonomo, trasversale alle diverse articolazioni aziendali, col compito di verificare l'efficacia del sistema dei controlli interni, fornendo analisi, valutazioni, raccomandazioni e piani di miglioramento organizzativi in relazione alle attività esaminate.

*L'Internal Audit (I.A.)* è quindi una funzione aziendale preposta alla verifica dell'adeguatezza del Sistema di Controllo Interno. Accanto ad un primo e più tradizionale livello di controllo interno, affidato a ciascun Responsabile di un dato processo aziendale, a un secondo livello legato alla funzione svolta solitamente dagli Staff (Controllo di Gestione, Risk Management, Qualità, Accreditamento Istituzionale...), si è avvertita la necessità di prevedere anche una specifica e autonoma funzione di terzo livello, cosiddetta di I.A., la cui missione è quella di assistere l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico orientato a valutare e migliorare i processi di controllo di gestione dei rischi identificandoli, mitigandoli e monitorandoli, attraverso piani di attività annuali.

Riferimenti normativi: L.R. 4 giugno 2014, n. 17; D.G.R. 23 dicembre 2014, n. 2989; DGR 29 dicembre 2015 n. 4702; DGR 5 dicembre 2016 n. 5954; DGR 20 dicembre 2017 n. 7600; DGR 1046 del 17/12/2018.

Delibere Aziendali di riferimento:

Del. n.539 del 14/09/2016 Risk Management, Comitato Valutazione Sinistri, Internal Auditing: Determinazioni;

Del. n. 27 del 24/01/2017 Adozione del Piano di Internal Audit anno 2017;

Del. n. 585 del 15/11/2017 Ridefinizione componenti Team Stabile per la Funzione di Internal Audit;

Del. n. 646 del 07/12/2017 Adozione del Piano di Internal Audit anno 2018.

Del. N. 84 del 19/02/2019 Adozione del Piano di Internal Audit anno 2019 in attuazione della D.G.R. XI/1046 17.12.2018.

Del. N. 68 del 05.02.2020 Adozione del Piano di Internal Audit anno 2020

### PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' DEL BILANCIO (PAC)

Il PAC è un programma di azione finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del SSR.

I principali riferimenti normativi sono:

- la Legge 266/2005 e l'articolo 11 del Patto per la Salute 2010-2012, con i quali si introducevano i concetti di certificazione dei bilanci;

- il D.lgs. 118/2011 contenente disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e gli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi.

- il Decreto Ministeriale 17.09.2012 avente ad oggetto: "Disposizioni in materia di certificabilità dei bilanci degli enti del Servizio Sanitario Nazionale";

- il D. M. 01.03.2013 avente ad oggetto la: "Definizione dei Percorsi attuativi della certificabilità";

- Legge Regionale n. 23 dell'11.08.2015 sono state istituite le Agenzie per la Tutela della Salute (ATS) e le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST);

- DGR n. X/7009 del 31.07.2017 la Regione Lombardia ha approvato il del Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci degli Enti del SSR di cui alla L.R. n. 23/2015;

L'Azienda ha posto in essere le azioni definite con DGR n. X/7009 del 31.07.2017 per l'approvazione del percorso attuativo della certificabilità (PAC) dei bilanci degli Enti del SSR di cui alla L.R. 23/2015, della gestione sanitaria accentrata e del consolidato regionale ai sensi del D.M. 01.03.2013, prendendone atto con deliberazione n. 483 del 28.09.2017. Il PAC prevede la suddivisione in 9 aree e cicli di bilancio di cui 7 aree per le Aziende Sanitarie pubbliche (Requisiti Generali, Immobilizzazioni, Rimanenze, Crediti e Ricavi, Disponibilità Liquide, Patrimonio Netto, Debiti e Costi). Ciascuna area è suddivisa in obiettivi il cui raggiungimento avviene attraverso la definizione, predisposizione e l'implementazione delle procedure all'interno dei processi amministrativo e/o contabili aziendali, nonché le verifiche di corretta esecuzione delle stesse, nel rispetto delle scadenze definite.

Si conferma il completamento al 31.12.2019 dell'implementazione del percorso attuativo della certificabilità dei Bilanci in coerenza con le linee guida regionali e con le scadenze previste da Regione per tutte le aree del PAC.

Nel corso del 2019, sono stati adottati i seguenti provvedimenti di approvazione delle procedure aziendali a conclusione del PAC:

- Area H) Patrimonio Netto – deliberazione n. 45 del 31.01.2019;

- Area E) Rimanenze – deliberazione n. 324 del 31.05.2019;

- Area G) Disponibilità Liquide - deliberazione n. 580 del 18.10.2019;

- Area F) Crediti e Ricavi - deliberazione n. 581 del 18.10.2019;

- Area I) Debiti e Costi - deliberazione n. 768 del 30.12.2019;

- Area A) – Requisiti Generali – check list trasmessa via PEC con nota prot. n. 29920 del 30/12/2019.

Al termine delle diverse fasi che hanno portato tutte le Aziende e la Regione a dotarsi di procedure scritte di gestione degli aspetti amministrativo-contabili, emerge la necessità di dare continuità al percorso PAC, sia affinando le procedure stesse, sia prevedendo attività di monitoraggio (interno ed esterno) dell'effettivo livello di implementazione delle procedure tramite definizione di strumenti per l'auto-valutazione.

Formalizzazione:

- Delibera n. 483 del 28.09.2017. Presa d'atto del Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci (PAC) e delle azioni previste dalla deliberazione della Regione Lombardia n. 7009 del 31.07.2017. Nomina quale Referente Aziendale, relativamente alla definizione dei PAC, del Dott. Angelo Cima Dirigente dell'U.O. Gestione Risorse Economico Finanziarie;
- Delibera n. 39 del 31.01.2019. Nomina del Referente Aziendale del PAC (Dott.ssa Groppi Maria Antonietta Dirigente responsabile dell'U.O. Gestione risorse economico finanziarie)
- con nota prot. n. 14660/19 del 21.06.2019 e con nota prot. n. 27570 del 27.11.2019 - aggiornamento al 20.11.2019, si è proceduto alla trasmissione via PEC dello schema relativo allo stato di attuazione del percorso PAC "Allegato 4"

### PIANO TRIENNALE FABBISOGNO DI PERSONALE

La certificazione del 4° CET 2019 evidenzia per l'esercizio 2019 il rispetto, relativamente al costo personale dipendente, dei vincoli posti con Decreto di assegnazione n. 18870 del 20.12.2019.

Tuttavia, sulla base di una complessiva analisi dei compiti istituzionali affidati all'Azienda in termini di attività esercitate direttamente e professionalità necessarie e considerato il trend positivo della produzione registrata nel 2019 che l'Azienda si impegna a mantenere anche nel 2020, si segnala che le risorse per la spesa del personale sia del comparto sanitario che della dirigenza medica, necessarie al corretto svolgimento dell'attività istituzionali saranno insufficienti per l'anno 2020 ancorché aumentate con il decreto n° 12995 del 13.9.2019 e confermate con decreto 18870 del 20.12.2019.

La Direzione Strategica è costantemente impegnata nel garantire la situazione di pareggio fra speso ed assegnato mediante una politica del personale attenta ai vincoli di bilancio ma anche alla necessità di garantire il rispetto dei LEA ed un'opportuna crescita dei livelli quali/quantitativi delle prestazioni attualmente rese all'utenza.

Il budget assegnato per l'anno 2020 rappresenta il vincolo invalicabile della spesa del personale per l'attuazione delle azioni previste nel Piano di Gestione delle Risorse Umane 2020, quale strumento di programmazione unitario delle assunzioni di tutti i settori aziendali: amministrativo, ospedaliero e territoriale.

Con deliberazione n. 719 del 13.12.2019 "Approvazione del piano triennale dei fabbisogni di personale per gli anni 2019 - 2020 - 2021" è stato determinato il Piano dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2019 - 2020 - 2021 dell'ASST Franciacorta, trasmesso alla Direzione Generale Welfare per l'istruttoria di competenza e la successiva approvazione da parte della Giunta Regionale.

Il piano evidenzia la necessità di incremento delle risorse per il regolare svolgimento delle attività istituzionali anche in riferimento al D.lgs. 66/2003 "Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro", nonché per garantire il conseguimento delle performance delineate nel presente piano.

## PIANO FORMATIVO AZIENDALE anno 2020

La Direzione riconosce nelle attività di formazione e di aggiornamento l'obiettivo di accrescere la cultura professionale, organizzativa e relazionale, con una funzione sia finalizzata al singolo (opportunità di continuo sviluppo professionale) sia all'organizzazione (miglioramento continuo, sviluppo e innovazione dei processi).

Il Piano viene definito individuando i fabbisogni formativi attraverso un processo che, tenendo conto delle necessità formative delle articolazioni aziendali, degli obblighi imposti da normative, della necessità di garantire il servizio erogato al cittadino, definisce gli obiettivi annuali in coerenza con le esigenze di razionalizzazione delle risorse economiche disponibili.

In considerazione della complessità delle funzioni e delle attività da svolgere, nel 2020 si intende perseguire l'obiettivo di garantire un'effettiva offerta formativa aziendale specifica, rivolta ai dirigenti dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo, sia come formazione al ruolo sia come aggiornamento professionale, tramite la progettazione di percorsi formativi mirati.

Riferimenti normativi:

- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento LA FORMAZIONE CONTINUA NEL SETTORE «SALUTE», 2/2017
- Decreto Regionale n. 17008 del 28/12/2017 "Presca d'atto dell'art. 31, comma 1, dell'accordo tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano relativo al documento "La formazione continua nel settore salute".
- Decreto Regionale n. 19355 del 21/12/2018 "Approvazione del Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM-CPD Regione Lombardia"

Formalizzazione: Deliberazione n. 20 del 15.01.2020 "Adozione Piano Formativo Aziendale 2020".

## PIANO AUTOCONTROLLI 2020

La DGR XI/2672 del 16.12.2019 Regole di Sistema, nel merito delle modalità di effettuazione e di trasmissione dei controlli sulle prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale e delle relative tempistiche, ha definito, per l'esercizio 2020, le disposizioni per le attività di autocontrollo da parte degli Erogatori, come da sintesi riportata di seguito.

1 - Autocontrollo qualità documentale Ricoveri (3%) - dimessi dal 1° gennaio 2020

2 - Autocontrollo congruenza e appropriatezza generica Ricoveri (3,5%) - dimessi dal 1° gennaio 2020

3 - Autocontrollo congruenza Specialistica Ambulatoriale (1,5%) - prestazioni erogate dal 1° gennaio 2020.

In tema di controllo delle prestazioni sanitarie, l'Azienda conferma l'attività del Nucleo Interno di Autocontrollo (NIA) per la verifica della congruenza e l'appropriatezza nella rendicontazione delle prestazioni di ricovero e cura ed ambulatoriale, nonché del contenuto qualitativo di tutta la documentazione sanitaria relativa.

Proseguono i controlli statistico-formali relativi alla rendicontazione dei vari flussi informativi da parte del Controllo di Gestione – Settore Flussi, nonché i controlli gestiti dalla Farmacia Aziendale in merito all'utilizzo dei farmaci ad alto costo rendicontati in File F (chemioterapici e oftalmologici).



In coerenza con quanto previsto dalla DGR XI/2672 del 16.12.2019 è stato predisposto il Piano di Controllo Aziendale ed inviato alla competente ATS con la programmazione del campionamento mirato su gennaio-aprile 2020 sia per i ricoveri che per le prestazioni ambulatoriali.

### PROGRAMMA TRIENNALE LAVORI PUBBLICI 2020-2022 ED ELENCO ANNUALE 2020

La normativa prevede che l'attività di realizzazione dei lavori pubblici di importo rilevante avvenga sulla base di un programma triennale ad aggiornamento annuale, esplicitando l'elenco dei lavori da realizzare nell'anno stesso, quale parte integrante del Bilancio di Previsione.

Riferimenti normativi: Decreto Legislativo 50/2016 e DPR 207/2010

#### **Azioni strutturali**

##### **Presidio Ospedaliero di Chiari**

I lavori relativi all' "Ammodernamento tecnologico della centrale termica", finanziati con DGR n. XI/770/2018, Ambito A) per € 250.000 avranno inizio nel primo semestre 2020. Questo intervento prevede l'installazione di una nuova caldaia che andrà ad integrare, supportare e ammodernare l'impianto esistente presso il P.O. di Chiari. La procedura di gara inoltre ha permesso, nelle miglurie, di poter acquisire anche due nuove caldaie per il P.O. di Iseo.

Con decreto n. 6998 del 20/05/2019, è stato approvato da parte degli organi regionali, il progetto di "Adeguamento piano primo Blocco Nord e corridoio di collegamento piano terra P.O. di Chiari", finanziato con DGR n. X/6548-2016, ALLEGATO 2) per un importo di € 2.625.000,00. I lavori sono stati da poco aggiudicati con delibera n. 1 del 08/01/2020 e troveranno avvio nel corso del medesimo anno.

Il progetto definitivo dei lavori di "Adeguamento strutturale ed impiantistico - antisismica e antincendio:

palazzina OVEST del P.O. di Chiari", finanziato con DGR n. X/7150-2017, per un importo di € 1.455.000, è stato inviato ai competenti organi regionali per la superiore approvazione. Ottenuta l'approvazione, presumibilmente nel corso dell'anno si procederà all'avvio della procedura di gara per l'assegnazione dei lavori.

E' in fase di stipula il contratto per l'esecuzione dei lavori di adeguamento antisismico della Palazzina est (ex-dialisi) che prevede la realizzazione di nuove fondazioni, con palificazioni, propedeutiche al completamento dell'adeguamento sismico della palazzina stessa. L'intervento è finanziato con DGR n. X/4189-2015, per un importo di € 150.000. I lavori avranno inizio nel primo trimestre 2020.

Sono in corso i lavori relativi all'intervento di redistribuzione degli spazi all'interno della Sede Amministrativa con messa in sicurezza delle strutture e degli impianti, finanziato con DGR n. X/5135- 2016. I lavori presumibilmente potranno essere ultimati nel corso del secondo semestre del 2020. L'intervento ammonta a € 290.000.

I lavori per la realizzazione delle opere di "Sistemazione della copertura dell'edificio 'Sede

Amministrativa'" finanziati con DGR n. X/4189-2015 per un importo complessivo di € 290.000, termineranno nel primo semestre 2020.

##### **Presidio Ospedaliero di Iseo**

Sono stati consegnati nel mese di gennaio 2020 i lavori relativi alle "Opere integrative antisismiche dell'edificio Trifoglio e del vano scala ingresso principale P.O. di Iseo" di cui DGR n. X/1521-2014, ALLEGATO A) già finanziato per un importo di € 980.000, in quanto da poco è stato ottenuto il parere della Commissione Sismica. Tali lavori permetteranno il completo adeguamento alla normativa sismica dell'Edificio sopra menzionato.

Con le ultime assegnazioni di cui alla DGR n. XI/2469 del 18/11/2019 Regione ha attribuito un finanziamento di € 3.000.000 per il soprallzo e successivo trasferimento

della Radiologia. Nel Corso del primo semestre 2020 dovrebbero essere avviate le procedure per la progettazione dell'intervento.

### **Presidio Ospedaliero di Orzinuovi**

Relativamente all' "Adeguamento strutturale e impiantistico del POT di Orzinuovi" di cui all'art. 20 L. 67/88 – VII° Atto Integrativo all'ADPQ del 3/3/99, il progetto è in fase di validazione, i lavori prevedono l'adeguamento antisismico di parte del P.O. con il rifacimento completo della palazzina ex direzione sanitaria. Per un importo già finanziato di € 2.950.000.

## **4.3 Le Dimensioni della Performance**

Secondo quanto indicato dalle linee guida dell'OIV regionale, il Piano della performance si caratterizza per un approccio multidimensionale; esso consente infatti di cogliere la complessità tipica di organizzazioni, quali quelle sanitarie, in cui i risultati (le performance) fanno riferimento ad attese molto differenziate per i numerosi portatori di interessi presenti (stakeholders); da ciò discende una pluralità di obiettivi complementari da bilanciare opportunamente al fine di garantire il complessivo raggiungimento della mission istituzionale assegnata.

Il Piano della performance, con le sue dimensioni di programmazione, tende proprio a rendere evidente e trasparente tale situazione, in una logica di piena accountability che deve caratterizzare in particolare l'ASST, ente che svolge un servizio pubblico fondamentale per la popolazione di riferimento, all'interno del Sistema Sanitario Regionale, assorbendo una quantità ingente di risorse pubbliche ed impiegando un gran numero di professionisti e di tecnologie sofisticate.

In particolare le performance dell'ASST Franciacorta sono analizzate e valutate secondo le seguenti dimensioni:

**A - Efficacia esterna:** in questo ambito sono considerati gli aspetti di maggior interesse diretto per il paziente, il cittadino e gli altri portatori di interesse, quali ad esempio adeguati volumi di produzione, i tempi di attesa, i percorsi di accesso, l'integrazione con il territorio, ecc.

**B - Economicità-Efficienza produttiva:** in questo ambito sono inclusi aspetti che devono garantire la sostenibilità nel tempo delle attività e dei servizi erogati, sia in termini economico-finanziari (assicurando il necessario equilibrio finanziario, economico e patrimoniale), sia per quanto attiene agli investimenti (assicurando così il necessario sostegno all'innovazione ed allo sviluppo), sulla base delle risorse disponibili.

**C - Efficacia interna ed organizzativa:** in questo ambito sono inclusi aspetti importanti dal punto di vista organizzativo, talvolta non immediatamente riconoscibili da parte degli utenti finali, ma comunque fondamentali per garantire adeguati standard di qualità ed il pieno rispetto delle normative; si valutano la capacità delle articolazioni dell'Azienda di raggiungere gli obiettivi definiti e le proprie finalità; l'efficacia del modello organizzativo in termini di formazione del personale, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo, pari opportunità; si pensi anche, ad esempio, alla gestione del rischio clinico, alla sicurezza delle cure ed alla qualità, alla formazione del personale e all'innovazione tecnologica e di processo, ma anche al rispetto delle normative sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza.

## **4.4 Gli Obiettivi strategici anno 2020**

Con delibera n. XI/2672 del 16/12/2019 la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia ha fornito le indicazioni necessarie alle ASST e ATS per la formulazione delle scelte strategiche aziendali; indicazioni che devono essere rispettate ed entro le quali l'Azienda deve muoversi per organizzare ed erogare le proprie attività/servizi.

Gli obiettivi previsti per il 2020, contenuti nelle Regole 2020, ritenuti di maggiore interesse per gli stakeholder sono articolati nelle tre Dimensioni della performance prima descritte.

Gli obiettivi strategici vengono poi tradotti in obiettivi operativi e risultati attesi nell'ambito del percorso di budget e formalizzati in altri documenti predisposti ed approvati in modo autonomo, ai quali viene collegato il sistema incentivante aziendale secondo le modalità definite nei contratti collettivi di lavoro e dai contratti integrativi aziendali.

### **A. Efficacia esterna: orientamento al paziente, al cittadino e agli altri portatori di interesse.**

L'orientamento al paziente, al cittadino e agli altri portatori di interesse si esplicita negli obiettivi individuati nel nuovo modello evolutivo delineato dalla Legge regionale 23/2015 e tendenti prioritariamente:

- alla ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio attraverso la presa in carico della persona, evitando la frammentazione dei processi e la costruzione di un percorso di cura integrato comportante la valutazione degli aspetti sociali, sanitari e socio-sanitari e lo sviluppo di un progetto personalizzato;
- all'accessibilità ai servizi e alle prestazioni del sistema socio sanitario per offrire maggiori opportunità alle persone - sia in termini di attività legate all'accompagnamento delle persone in particolari condizioni di fragilità e bisogno sia intervenendo sulla riduzione dei tempi di attesa per la generalità delle persone che accedono al sistema;
- ad attivare modalità organizzative di presa in carico, in particolare del paziente cronico e fragile, con il supporto delle nuove tecnologie per la sanità digitale.

In questo ambito, una particolare importanza per i cittadini e un significativo impatto sull'organizzazione dei servizi aziendale sono associati all'applicazione del nuovo modello di gestione dei pazienti cronici, in attuazione della DGR X/7655 del 28/12/2017 e delle innovazioni approvate DGR XI/754 del 05/11/2018 e della DGR 1863 del 09/07/2019.

L'ASST Franciacorta è accreditata come soggetto gestore e co-gestore della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili secondo il nuovo modello organizzativo di presa in carico.

### **Per il 2020 si prevede di attuare un'ulteriore implementazione quali-quantitativa del percorso di presa in carico dei soggetti cronici, organizzando azioni dirette a:**

- contribuire ad incrementare le adesioni dei pazienti cronici e/o fragili al nuovo modello di presa in carico e garantire una presa in carico completa, un servizio integrato;
- procedere alla reingegnerizzazione delle attività ambulatoriali, organizzando ambulatori per l'esecuzione nella medesima giornata di alcune delle prestazioni sanitarie previste nel singolo PAI, con l'obiettivo non solo di semplificare il percorso di follow up al paziente cronico, ma anche di contribuire all'abbattimento delle liste d'attesa
- fornire in formato strutturato sulla piattaforma regionale di prenotazione GP++ degli slot per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, prenotabili da parte dei gestori al momento della redazione del PAI

- garantire la formazione continua di tutte le professionalità coinvolte nel percorso di presa in carico del paziente cronico
- proseguire il processo di integrazione e implementazione dell'offerta tra l'ospedale ed il territorio, al fine di coniugare continuità della presa in carico e sostenibilità del sistema

Rientra in questa dimensione anche il proseguimento della riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni e nel corso del 2020 si provvederà ad implementare le attività indicate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, istituito con D.M. 21.06.2019 e a monitorare il governo delle liste e dei tempi di attesa secondo quanto disposto dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019/2021, nonché dal Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa approvato con D.G.R. n. XI/1865/19 che stabilisce i tempi massimi entro cui le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate a contratto devono erogare le prestazioni per ciascuna classe di priorità.

## **B. Economicità – efficienza produttiva: perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario e razionalizzazione della spesa**

L'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate con provvedimento regionale e delle entrate proprie aziendali confermano la stringente necessità di continuare a garantire percorsi di massima efficienza nella governance della spesa sanitaria, con particolare riferimento ai processi di acquisto e al rapporto costi e ricavi della produzione a contratto, secondo le direttive di cui al D.M 21/06/2016 (piani di rientro).

Gli obiettivi di razionalizzazione della spesa, finché sarà possibile, tenderanno a non concretizzarsi in una riduzione dei servizi resi, quanto in interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi e al conseguimento di risparmi possibili, tenendo conto che già negli ultimi anni molte azioni sono state intraprese per la ricerca dell'efficienza in Azienda.

### **Per il 2020 gli obiettivi aziendali rientranti in questa dimensione sono così individuati:**

- definire e implementare il Piano di Gestione delle Risorse Umane, nel rispetto dei vincoli di bilancio;
- proseguire nelle attività/iniziative volte all'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto o generici;
- garantire la piena e puntuale adesione al sistema di acquisti aggregati e centralizzati (Aria S.p.a. e Consip S.p.a.);
- consolidare il pieno rispetto dei tempi di pagamento delle fatture (30/60 giorni) e la corretta alimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC).

## **C. Efficacia interna ed organizzativa: sviluppo della qualità e della gestione del rischio, formazione crescita e valutazione del personale, miglioramento dei processi interni, benessere organizzativo.**

Il percorso di sviluppo della qualità deve essere visto in un'ottica integrata con le attività di gestione del rischio clinico e di mantenimento dei requisiti di accreditamento. Alla luce dei cambiamenti del mercato assicurativo e delle mutate politiche di copertura aziendali e regionali con livelli diversi di trasferimento del rischio alle Assicurazioni e di gestione in proprio dei sinistri diventa fondamentale porre particolare attenzione alla gestione dei sinistri da responsabilità sanitaria.

## **Gli obiettivi aziendali finalizzati al miglioramento dell'efficacia interna, sono così individuati:**

- proseguire nelle azioni di individuazione e valutazione dei momenti di rischio e delle situazioni incidentali al fine di prevenire l'accadimento di nuovi eventi avversi, secondo il piano aziendale delle attività di Risk Management 2020 elaborato con riferimento ai contenuti delle 19 Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico;
- proseguire nell'azione diretta alla diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure;
- proseguire nell'applicazione del PAC implementando le azioni definite per ciascuna area e ciclo di bilancio, nel rispetto delle scadenze stabilite dalla Regione e prevedendo attività di verifica interna;
- Proseguire nel programma di sicurezza informatica in coerenza con le disposizioni normative in materia;
- Proseguire nella corretta gestione della Ricetta elettronica de materializzata (DEM), attivando ogni iniziativa utile al fine di portare a regime il processo di dematerializzazione della ricetta specialistica;
- Monitorare il miglioramento continuo dell'organizzazione attraverso l'applicazione di alcuni indicatori specifici di valutazione performance aziendali (Indicatori di esito PNE - Agenas, indicatori Network Regioni – Scuola S. Anna di Pisa, Indicatori d appropriatezza e qualità dell'assistenza);
- Dare piena attuazione ai contenuti del Piano triennale delle azioni positive (cfr. capitolo 7 del presente documento).

### **4.5 La misurazione della performance: gli indicatori ed i trend attesi**

Per ogni dimensione della performance definita, sono stati individuati opportuni indicatori di risultato, in grado di definire in termini concreti ed oggettivi il livello atteso di performance per i prossimi anni e, a consuntivo, i livelli effettivamente conseguiti (**cfr. capitolo 6 "Tabella Obiettivi 2020-2022"**).

Gli indicatori scelti fanno anche diretto riferimento ad informazioni e standard di livello nazionale e regionale, al fine di assicurare una confrontabilità tra i risultati dell'Azienda e quelli di altre strutture (come avviene ad esempio accedendo al sito Agenas "Piano Nazionale Esiti" <http://pne2017.agenas.it>), sia rispetto alla loro scelta e definizione sia rispetto agli standard attesi.

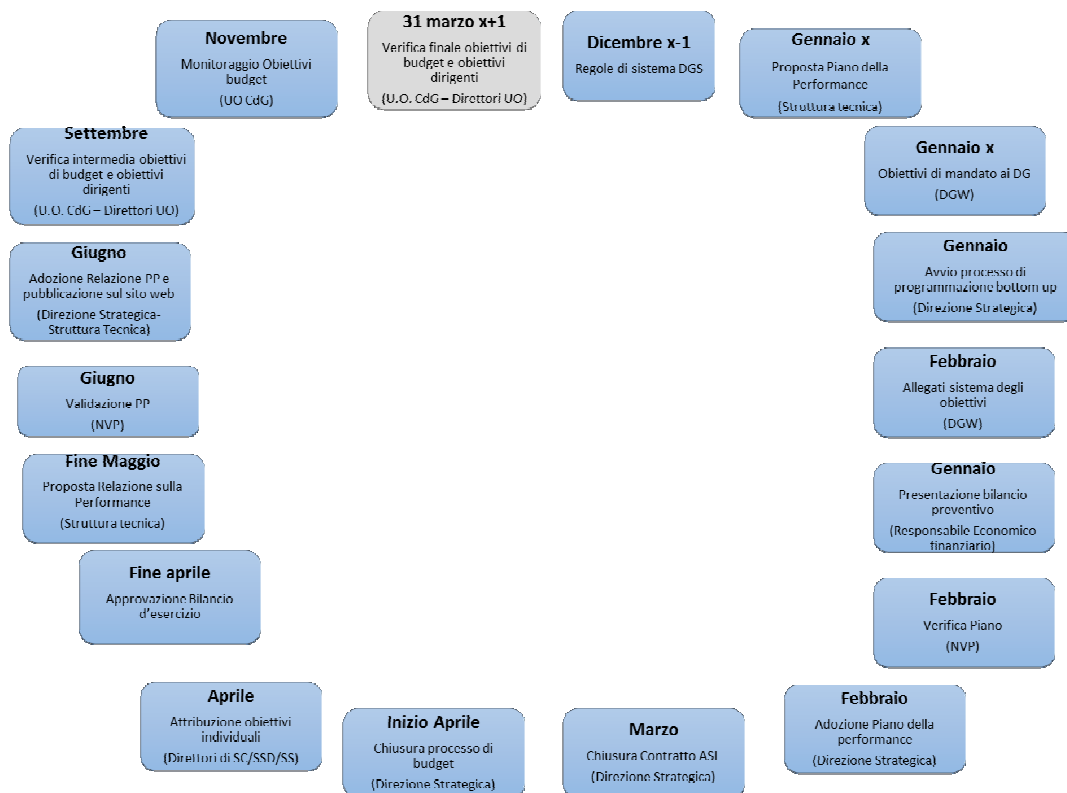
### **4.6 Il Ciclo di gestione della Performance**

Il presente Piano delle Performance deve essere visto come l'avvio e la sistematizzazione del percorso di definizione degli obiettivi e misurazione delle performance aziendali, in quanto momento di esplicitazione degli obiettivi fissati a livello aziendale e sintesi delle azioni da intraprendere (nel momento della stesura), dei risultati ottenuti (nel momento della relazione finale), dell'individuazione delle azioni di miglioramento (nei momenti di revisione periodici).

Si ritiene che il Piano delle Performance non debba essere visto come il momento "statico" da cui prende il via il percorso di declinazione degli obiettivi al personale dell'azienda, ma come metodologia di supporto e in continua interazione con il percorso di budget aziendale, dal quale trae i feed-back per i necessari aggiustamenti.

La struttura del Ciclo della Performance indicato dall'OIV di Regione Lombardia è mostrato nel seguente schema, rispetto al quale le date indicate vanno assunte in termini orientativi (dal momento che normalmente sono presenti slittamenti causati da fattori esogeni), mentre risulta importante la sequenza logica delle varie fasi che

rappresenta il “modello a tendere” che il SSR è progressivamente impegnato a realizzare.



Quindi, in cascata rispetto al Piano della performance, vengono definiti gli obiettivi di budget assegnati ai diversi Centri di responsabilità aziendali e gli obiettivi individuali assegnati ai singoli, ai quali viene collegato il sistema incentivante aziendale secondo le modalità definite nei contratti collettivi di lavoro e dai contratti integrativi aziendali. Il presente documento si concentra sulla componente strategica del processo, fornendo una cornice di riferimento entro la quale si collocano i livelli successivi. Questi ultimi vengono tradotti in termini di schede, obiettivi e risultati attesi nell’ambito del percorso di budget e formalizzati in altri documenti predisposti ed approvati in modo autonomo.

## **5. Collegamento con prevenzione della corruzione e trasparenza**

Il coordinamento tra il Piano triennale della performance, con i correlati obiettivi organizzativi e individuali, ed il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPC) rappresenta un obbligo previsto normativamente ma soprattutto un'ovvia necessità per garantire una doverosa coerenza di sistema e la reale efficacia delle misure definite dalla Direzione Strategica per il contrasto alla corruzione e per la promozione di maggiori livelli di trasparenza.

Nel PTPCT 2020-2022 approvato con deliberazione del Direttore Generale n.45 del 30/01/2020 sono, pertanto, stati resi espliciti i collegamenti tra le misure da adottare per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e gli obiettivi strategici.

Questo coordinamento tra PTPCT e Piano delle Performance è rappresentato in modo schematico nella Tabella "Obiettivi di collegamento con il Piano delle Performance per l'anno 2020" (allegato 2), parte integrante del PTPC 2020-2022, [https://www.asst-franciacorta.it/t\\_c\\_det.asp?l3=1119&IDInfo=3568](https://www.asst-franciacorta.it/t_c_det.asp?l3=1119&IDInfo=3568)

Impegno dell'Azienda è dunque quello di garantire un'integrazione di questi strumenti traducendo le misure di prevenzione contenute nel presente PTPC in veri e propri obiettivi da inserire nel Piano delle Performance e nelle schede di Budget.

Inoltre, ad ulteriore conferma della stretta integrazione presente, negli indicatori della performance aziendale ne sono stati individuati alcuni della dimensione "Processi interni" che focalizzano l'attenzione specificamente su temi direttamente collegati alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza, quali l'applicazione delle misure di prevenzione individuate nel "Piano Trattamento Rischio 2020-2022".

In questo modo il sistema di misurazione e valutazione della performance è anche uno strumento fondamentale attraverso cui la prevenzione all'illegalità e la trasparenza si realizzano/concretizzano.

Si evidenzia, non da ultimo, il ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) coinvolto nella validazione del ciclo della performance in merito alla verifica e attestazione del rispetto degli obblighi di trasparenza, nonché in merito alla verifica dell'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione (cfr. linee guida regionali approvate con D.G.R. n. X/5539 deI 02.08.2016).

## 6. Tabella obiettivi 2020-2022

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORI	RISULTATO ATTESO 2020	RISULTATO ATTESO 2021	RISULTATO ATTESO 2022
EFFICACIA ESTERNA: ORIENTAMENTO AL PAZIENTE, AL CITTADINO E AGLI ALTRI PORTATORI DI INTERESSE	Agevolare l'accesso alle prestazioni per i pazienti cronici	Reingegnerizzazione delle attività ambulatoriali, separando le attività per primi accessi da quelle totalmente programmabili riservate ai pazienti PIC	Offrire al paziente cronico con comorbilità dei "pacchetti prestazionali" in un unico accesso per l'esecuzione nella medesima giornata di alcune delle prestazioni sanitarie previste nel singolo PAI		
	Implementare percorsi di cura Territorio-Ospedale-Territorio volti a incrementare gli interventi per una presa in carico globale ed integrata della persona e della sua famiglia	1. Attuazione di un nuovo protocollo che disciplina le dimissioni protette. 2. Incremento del numero di dimissioni protette	1. Costituzione e funzionamento Gruppo di lavoro interdisciplinare finalizzato ad elaborare specifico protocollo. 2. Approvazione protocollo che disciplina le dimissioni protette.	Incremento del 10% del numero di dimissioni protette rispetto a quelle effettuate nel 2019.	Incremento del 20% del numero delle dimissioni protette rispetto a quelle effettuate nel 2019.
ECONOMICITA' - EFFICIENZA PRODUTTIVA: PROSEGUITO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO E RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA	Migliorare l'efficienza produttiva e garantire percorsi di massima efficienza nella governance della spesa sanitaria	Rispetto assegnazione bilanci per beni e servizi	Costo beni e servizi al 31.12.2020/Costo beni e servizi IV CET =<1	Costo beni e servizi al 31.12.2021/Costo beni e servizi IV CET =<1	Costo beni e servizi al 31.12.2022/Costo beni e servizi IV CET =<1
		Rispetto assegnazione bilancio per personale dipendente	Costo beni e servizi al 31.12.2020/Costo personale dipendente IV CET =<1	Costo beni e servizi al 31.12.2021/Costo personale dipendente IV CET =<1	Costo beni e servizi al 31.12.2022/Costo personale dipendente IV CET =<1
		% Adesione al sistema di acquisti aggregati e centralizzati (Aria S.p.A., Consip S.p.A.)	> =50%	mantenere	mantenere
		D.P.C.M 22/9/2014 Indicatore di tempestività dei pagamenti : rispetto delle scadenze delle fatture (30/60 giorni, fatto salvo i contratti vigenti con altre tempistiche)	tempo medio anno di pagamento < =60 GG	mantenere	mantenere
	Garantire l'offerta di prestazioni sanitarie e socio sanitarie nel rispetto dei volumi dei volumi di produzione contrattualizzati	Valore della produzione di ricovero (FLUSSO SDO) erogata e rendicontata	Produzione rendicontata /Budget contrattualizzato >=1		
	Valore della produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale ( FLUSSO 28/san) erogata e rendicontata	Produzione rendicontata /Budget contrattualizzato >=1			



		Valore delle prestazioni di Psichiatria e NPIA (FLUSSO 46/san e 28/SAN) erogate rendicontati	Produzione rendicontata /Budget contrattualizzato >=1		
		Valore dei Progetti Innovativi in SALUTE MENTALE e in NEUROPSICHIATRIA INFANTILE rendicontati	Produzione rendicontata /Budget contrattualizzato >=1		
		Valore delle prestazioni di screening mammografico e screening colon rettale erogate e rendicontati	Produzione rendicontata /Budget contrattualizzato >=1		
		Valore delle prestazioni di Sub-acuti, Cure Palliative residenziali e domiciliari erogate e rendicontate	Produzione rendicontata /Budget contrattualizzato >=1		
EFFICACIA INTERNA ED ORGANIZZATIVA: SVILUPPO DELLA QUALITA' E DELLA GESTIONE DEL RISCHIO, MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI, BENESSERE ORGANIZZATIVO	Consolidare e proseguire le azioni di miglioramento continuo della Qualità dell'assistenza e dei servizi offerti	% di realizzazione dei progetti individuati nel Piano di Risk Management 2020 in un'ottica di riduzione dei rischi connessa con l'erogazione di prestazioni sanitarie.	100%	100%	100%
		% Ritorni in sala operatoria (Chirurgia Generale)	>=2%	>=2%	>=2%
		% Ricoveri Ripetuti entro 30 Giorni con stesso MDC	>=2,3%	>=2,3%	>=2,3%
		% DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI:ORDINARI	>=32%	>=30%	>=30%
		<b>CARDIO 03</b> Mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio (scc)	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale
		<b>CARDIO 06</b> Mortalità a 30 giorni da riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale	mantenere	mantenere	mantenere
		<b>CHGEN 1</b> Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	mantenere	mantenere	mantenere
		<b>ONCO 5</b> Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon	mantenere	mantenere	mantenere
		<b>GRAV 1</b> Proporzione di parti con taglio cesareo primario	mantenere	mantenere	mantenere
		<b>GRAV 2</b> Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto naturale)	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale
		<b>GRAV 3</b> Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto cesareo)	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale
		<b>RESPIRO 1</b> Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (bpco) riacutizzata.	mantenere	mantenere	mantenere
		<b>OSTEO 1</b> Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano.	mantenere	mantenere	mantenere

		<b>C2a.M</b> Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	mantenere	mantenere	mantenere
		<b>C2a.C</b> Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico.	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale
		<b>C10.4.2</b> Attesa media prima del ricovero; interventi chirurgici per tumore alla prostata.	mantenere	mantenere	mantenere
		<b>C10.4.1</b> Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella.	mantenere	mantenere	mantenere
		<b>C10.4.3</b> Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon.	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale
		<b>C10.4.4</b> Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto.	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale
		<b>D 9</b> Abbandoni da Pronto Soccorso.	mantenere	mantenere	mantenere
		<b>C16.1</b> Percentuale di accessi in pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti.	mantenere	mantenere	mantenere
	<b>Adeguamento sistemi informativi per l'efficiamento del percorso del cittadino</b>	% di utilizzo della ricetta dematerializzata specialistica rispetto al totale delle ricette erogate	>70%	migliorare	migliorare
	<b>Prevenzione del fenomeno della corruzione e consolidamento della Trasparenza</b>	Realizzazione delle azioni pianificate nel Piano Triennale Prevenzione Corruzione 2020-2022 - deliberazione n. 45 del 30.01.2020	100%	100%	100%
		Pubblicazione tempestiva dei dati, documenti e informazioni sul sito Amministrazione Trasparente previsti dalla norma per le sezioni oggetto di controllo	>90% come rilevato da attestazione da parte del NVP su indicazioni ANAC	>90% come rilevato da attestazione da parte del NVP su indicazioni ANAC	>90% come rilevato da attestazione da parte del NVP su indicazioni ANAC
	<b>Promozione della parità e delle pari opportunità all'interno dell'Azienda</b>	Realizzazione del Piano Triennale delle azioni positive 2020-2022 allegato al Piano delle performance 2020-2022	100%	100%	100%

## 7. Piano triennale di azioni positive 2020-2022

### PIANO TRIENNALE DI AZIONI POSITIVE ASST FRANCIACORTA

2020 – 2022

In ottemperanza all'art. 48 "Azioni positive nelle pubbliche amministrazioni" del D.Lgs. n. 198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246", nonché alla Direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche", l'ASST Franciacorta formula ed approva il seguente **Piano di Azioni Positive (PAP) che:**

- si pone come strumento operativo per **l'applicazione concreta dei principi di pari opportunità;**
- si prefigge di **fronteggiare** il fenomeno delle discriminazioni in relazione al genere, età, orientamento sessuale e identità di genere, convinzioni personali e religiose, disabilità, etnia, attraverso la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro;
- propone la diffusione di una cultura organizzativa orientata alla valorizzazione del contributo di donne e uomini dove la differenza è un fattore di qualità sia nelle relazioni con cittadini/e sia nelle modalità lavorative e nelle relazioni interne

Sono plurimi e variegati i temi di attualità ai quali si deve dare sempre più concretezza, come quello della **promozione dell'equilibrio di genere** nel lavoro e negli studi clinici, quello del **contrasto alle violenze contro gli operatori sanitari**, tenuto conto che gli eventi aggressivi non sono solo quei pochi che assurgono alla cronaca ed anzi sono migliaia nella quotidianità, e quello della **conciliazione dei tempi di vita e con quelli di lavoro**, ancora troppo difficile per le donne e ormai anche gli uomini.

Ciò premesso si vanno a declinare le azioni positive da attuare nel triennio 2020-2022:

1. **Costituire i Comitati paritetici per l'innovazione (CPI)** del Comparto e della Area Sanità coordinati da un'unica Presidenza
2. **Predisporre interventi di sensibilizzazione** sui temi prevenzione e rimozione delle discriminazioni dirette ed indirette agendo sia in fase preventiva che di repressione mediante gli strumenti della legislazione vigente. L'azione si configura come un intervento di contrasto ai fenomeni di discriminazione, molestie sessuali e mobbing sul luogo di lavoro e si prefigge di diffondere tra il personale dell'azienda cultura riferita alle tematiche correlate al benessere e al clima organizzativo aziendale.
3. **Promuovere la diffusione del codice di condotta e la sua corretta applicazione** attraverso l'organizzazione di corsi di aggiornamento professionale con il supporto della Consigliera di Fiducia e delle Mediatrici umanistiche aziendali
4. **Promuovere pari opportunità e conciliare tempi di lavoro e vita** attraverso:

- percorsi formativi sul benessere aziendale con l'obiettivo di favorire un clima relazionale ed ambientale che faciliti il benessere personale e professionale, in un'ottica di riduzione dello STRESS LAVORO CORRELATO.
- la promozione di scelte sane e l'incoraggiamento alla crescita personale anche in termini professionali. Con l'adesione alla RETE Locale della CONCILIAZIONE FAMIGLIA LAVORO In collaborazione con la ATS di BRESCIA l' ASST della Franciacorta permette ai dipendenti di partecipare al bando per l'assegnazione di VOUCHER per alcune azioni quali: servizi legati all'infanzia e alla assistenza di anziani e diversamente abili, servizi/iniziativa per i figli dei dipendenti nei periodi non scolastici (ludoteche, centri di ricreativi estivi, campus tematici, sportivi, per l'apprendimento di lingue straniere).
- Per il futuro BEN-ESSERE Aziendale e la conciliazione tempi di lavoro e vita si valuterà la predisposizione di interventi in ambito di Organizzazione del Lavoro quali SMART WORKING e TELELAVORO per la sperimentazione di nuove modalità spazio temporali di svolgimento della prestazione lavorativa: "Lavoro Agile" in attuazione della legge 7 agosto 2015 n124.

**5. Sviluppare la cultura di genere e di parità:** tale azione ha come obiettivo la realizzazione delle pari opportunità e la valorizzazione della componente femminile nelle unità operative aziendali realizzando convegni, seminari e mostre ,premi, anche in ambito internazionale sulle tematiche di parità orientate anche alle esperienze di medicina di genere( anche per il genere maschile), stereotipi di genere, valorizzazione delle differenze avvalendosi anche della collaborazione della Consigliera di Fiducia e delle Mediatrici Umanistiche aziendali.

**6. Potenziare la comunicazione/informazione sulle tematiche di parità e contrasto alle discriminazioni e la conoscenza dei dati.**

L'Azienda si impegna a:

- **Migliorare il canale comunicazione** potenziando il portale INTRANET aziendale comunicando il ruolo e le attività del CUG e/o CPI del comparto e Sanità
- **Mantenere aggiornate le indagini conoscitive** sul clima organizzativo interno all'ente
- **Mettere a sistema le informazioni sul personale dell'ente** al fine di definire statistiche ripartite per genere.

Nel corso del triennio si attuerà un monitoraggio costante delle azioni positive proposte e il Comitato Unico di Garanzia **entro il 31 marzo di ogni anno:**

- predisporrà una relazione, seguendo il format di cui alla Direttiva n. 2/2019, da presentare alla Direzione Strategica e al Nucleo di valutazione delle prestazioni che terrà conto delle azioni realizzate nell'anno precedente e delle ricadute sulle lavoratrici e sui lavoratori dell'ASST;
- trasmetterà la medesima relazione al Dipartimento della Funzione Pubblica e delle Pari Opportunità.