



DELIBERAZIONE

ADOTTATA

dal DIRETTORE GENERALE – Mauro Borelli
nominato con D.G.R. X/4625 del 19/12/2015

**OGGETTO: APPROVAZIONE DEL “PIANO DELLE PERFORMANCE 2018-2020” 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. Mario Colombo

Dr. Fabio Besozzi Valentini

Dott. Giuseppe Solazzi



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;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione di Regione Lombardia ha provveduto nell'anno 2012 alla diffusione di Linee Guida ed ha fornito indicazioni per la redazione del Piano, quale documento che sintetizza l'attività di programmazione direzionale;

RICHIAMATI:

- 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;
- 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 DGR n. X/7600 del 20.12.2017 che individua le Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2018;
- il Decreto Regionale n. 1378 del 05.02.2018 con il quale vengono fissate gli obiettivi di erogazione e i limiti di costo da inserire nel Bilancio di Previsione 2018;
- la Delibera aziendale n. 31 del 31.01.2018 con la quale è stato adottato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione ed il connesso Programma Triennale trasparenza ed Integrità per il triennio 2018-2020, 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;

RILEVATO che il documento è stato illustrato nell'incontro del 27 febbraio 2018 al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, che ha espresso parere favorevole e validato il documento allegato al presente provvedimento, unitamente alla tabella degli indicatori, riconoscendo che la struttura ed i contenuti del Piano sono coerenti con le previsioni normative e che vi è un'adeguata correlazione con i contenuti del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, come risulta da verbale n. 2/2018 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 2018-2020 e del relativo allegato 1 "Indicatori e trend attesi", parte integrante del documento;

VISTA l'istruttoria compiuta dal Responsabile del Procedimento Amministrativo di cui alla Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii., 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 approvare il "Piano delle Performance 2018-2020" ed il relativo Allegato 1 "Indicatori e trend attesi" che costituiti rispettivamente da n. 19 e n. 2 pagine costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di incaricare il Responsabile del Settore Controllo di Gestione di pubblicare il presente provvedimento, ai sensi del d.lgs. 33/2013, sul sito web aziendale 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

PIANO DELLE PERFORMANCE 2018-2020

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.....	13
4.4 Gli Obiettivi 2018.....	14
4.5 La misurazione della performance: gli indicatori ed i trend attesi.....	16
4.6 Il Ciclo della Performance.....	178

1. Finalità del Piano

Il Piano delle Performance viene predisposto in applicazione delle disposizioni previste all'art. 10 del decreto legislativo 150/2009, in base alle Regole di Sistema annuali della Regione ed ai vigenti indirizzi regionali dell'Organismo Indipendente di Valutazione, in materia di Sistema di misurazione delle performance delle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde.

Il Piano è definito sulla base degli indirizzi programmatici previsti dagli strumenti di livello istituzionale, strategico ed operativo nazionale regionale e locale, quali il Piano Socio-sanitario, le Regole di Sistema per l'anno 2018, il Documento di Programmazione e Coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari dell'ATS di Brescia, gli Obiettivi Aziendali di interesse regionale per l'esercizio in corso nonché le linee guida per la definizione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici anno 2016-2018.

Il Piano è documento programmatico nel quale, in base alla struttura dell'Azienda e alle risorse assegnate, sono definiti la strategia per il triennio 2018-2020, gli obiettivi da perseguire nel periodo tradotti in azioni e/o indicatori per monitorare l'attività aziendale.

L'applicazione della normativa in tema di Prevenzione della Corruzione (legge 190/2012) e di Trasparenza e Accessibilità (decreto 33/2013) viene ricompresa nel Piano Performance evidenziando la necessità che i Piani si coordinino attraverso obiettivi che includono quelli già individuati nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione 2018-2020 adottato dall'Azienda nel gennaio 2018.

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

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

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

Il Piano delle Performance trova la sua rendicontazione finale nella Relazione della performance, che evidenzia le attività poste in essere per il perseguimento degli obiettivi fissati, il livello di raggiungimento degli stessi, le attività da porre in essere negli anni successivi per il perseguimento degli obiettivi strategici di medio/lungo periodo.

2. Finalità aziendale – mission e vision

La finalità dell'ASST della Franciacorta è erogare prestazioni specialistiche, 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.

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, al fine di garantire percorsi protetti di presa in carico da parte di altri erogatori accreditati.

Per le specializzazioni più diffuse erogheremo alla popolazione di riferimento assistenza socio-sanitaria appropriata e di qualità.

In alcuni settori, valorizzando il patrimonio tecnico-professionale già presente in azienda, offriremo prestazioni di eccellenza.

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

Vogliamo passare dalla "cura del cittadino" a "prendersi cura del cittadino" 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, Cologno, Erbusco, Pontoglio);
- di Oglio Ovest (Comuni di Chiari, Castelvico, 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 270.000 persone.

In applicazione a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 23/2015, l'organizzazione aziendale prevede un polo ospedaliero indirizzato verso le acuzie, differenziato dalla rete territoriale dove vanno collocate le attività in carico alla cronicità/fragilità e vaccinale.

4. Il sistema di Programmazione strategica aziendale

La programmazione strategica aziendale si è definita nel corso del 2016, primo anno di attività dell'Azienda stessa in applicazione della L.Reg.25/2015, durante il quale l'Azienda ha garantito la continuità dei servizi già offerti, occupandosi in parallelo dell'analisi dei bisogni e delle risorse ed della definizione; si è successivamente consolidata attraverso il Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), che ha individuato l'assetto più funzionale per far evolvere i servizi offerti verso la nuova politica del "prendersi cura" e dello sviluppo della "rete" di collaborazione con gli altri erogatori del sistema, necessaria a garantire dei reali percorsi ospedale-territorio senza discontinuità.

4.1 Le "Regole" di Sistema

Le modalità con cui l'attività aziendale viene programmata si delineano applicando le indicazioni regionali che si esplicitano in indicazioni annuali:

- **Regole annuali di gestione del Sistema Sanitario:** nel periodo ottobre-dicembre, è predisposta dalla Regione una DGR "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario" per l'esercizio successivo, in cui vengono individuate le linee di indirizzo in merito a diversi argomenti: Indirizzi di programmazione, Quadro di sistema, Acquisti ed Investimenti delle Aziende Sanitarie, Prevenzione Medica e Veterinaria, Formazione del personale, Medicina Convenzionata Territoriale, Piani e programmi di sviluppo, Edilizia Sanitaria, Indici di offerta - Negoziazione, Tariffe, Attività di controllo e tempi di attesa, Farmaceutica e protesica, Area salute mentale, Sistema Informativo Socio Sanitario, Indirizzi di programmazione socio sanitaria; nel corso dell'esercizio, la Regione Lombardia può emanare Circolari esplicative e DGR che dettagliano, integrano o modificano quanto individuato nelle regole;
- **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;
- **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 massimo di attività (ricoveri, prestazioni ambulatoriali e P.S., psichiatria, neuropsichiatria infantile) che, qualora erogata, verrà riconosciuta alle aziende; oltre tale limite l'attività erogata non viene pagata alle strutture;
- **Obiettivi Aziendali di Interesse Regionale:** generalmente nel periodo aprile-maggio, è predisposta dalla Regione una DRG "Definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale dei Direttori Generali delle aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere e AREU" che esplicita, attraverso azioni da intraprendere e obiettivi da conseguire, gli obiettivi per l'Azienda/Direzione aziendale.

4.2 I Piani Aziendali annuali e pluriennali

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.

Il percorso di definizione, approvazione e diffusione dei contenuti del Piano permette all'Azienda di esplicitare e condividere, relativamente ad un particolare argomento ritenuto strategico, obiettivi che siano aderenti alle linee di sviluppo definite dal Sistema e coerenti con le risorse disponibili.

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 sintesi e di lettura trasversale.

Di seguito si elencano i Piani, Programmi e Progetti definiti dall'ASST che hanno effetti nell'anno 2018.

PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE (POA) 2016-2018

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico è l'espressione della autonomia organizzativa e gestionale dell'Azienda, che attraverso di esso definisce l'organizzazione che ritiene più adeguata ai fini del perseguimento degli obiettivi strategici prefissati, secondo gli indirizzi regionali nel rispetto di tutte le normative nazionali e/o regionali relative all'accreditamento. Il Piano è un documento programmatico, non definendo l'attuale stato dell'organizzazione ma individuando struttura e funzioni dell'organizzazione a cui pervenire alla fine del periodo di attuazione. La definizione dell'attuale POAS, deliberata nel mese di marzo 2017 è stata validata da Regione Lombardia con D.G.R. n. X/6428 del 03.04.2017.

Riferimenti normativi: DGR 5513/2016

Formalizzazione: delibere aziendali 144/2017.

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2018 - 2020

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2018-2020 veniva approvato con deliberazione n. 31 del 31 gennaio 2018.

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), del Piano nazionale Anticorruzione (PNA) 2016 e del PNA 2015, nonché delle varie delle deliberazioni adottate da ANAC in materia, in attuazione delle quali, specie della delibera n.831/2016 (PNA 2016), in un'ottica di semplificazione amministrativa, si sono unificati il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, in un unico documento, il PTPCT.

Il PTPCT è lo strumento di programmazione idoneo a prevenire la corruzione, intesa come *maladministration*, in quanto persegue il fine di adeguare il comportamento dell'Azienda e di chi vi opera a parametri di lealtà, correttezza, e servizio al bene comune contenuti nella Costituzione che impone di svolgere le funzioni pubbliche con imparzialità, disciplina e onore: individua i processi a rischio e le misure di prevenzione ritenute più efficaci a ridurre/eliminare i rischi di corruzione. 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. La Tabella "Obiettivi di collegamento col Piano delle Performance e gli altri strumenti di programmazione per l'anno 2018", allegata al PTPCT 2018-2020 per costituirne parte integrante e sostanziale, rappresenta, in attuazione dell'art.1, c.8, L.190/2012, come sostituito dal D.Lgs.97/2016, il coordinamento tra il PTPCT e il Piano delle Performance.

PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE E PIATTAFORMA PrIMO - ANNO 2018

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.

Con il corrente anno la Regione, ha dato il via, per tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche/private accreditate e a contratto, alla piattaforma informatica PrIMO per la gestione di:

- 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

Quale unica modalità di trasmissione di documenti e 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 - PARM ANNO 2018

Il Piano per le Attività di Risk Management (PARM), 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.

Da alcuni anni il PARM è fortemente integrato nel processo di Qualità Aziendale ed al Programma di Miglioramento dell'Organizzazione al fine di garantire il miglior risultato possibile con le risorse a disposizione.

I principali progetti in corso si riferiscono alle seguenti aree:

- Area travaglio/Parto;
- Infezioni – SEPSI;
- Sicurezza del Paziente in sala operatoria;
- Rischio nell'utilizzo di farmaci;
- Responsabilità Sanitaria e L.G. alla luce della recente L.24/2017;
- Ascolto e mediazione dei Conflitti;
- Eventi Sentinella/Trigger materno-fetali;
- Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione del rischio clinico.

Riferimenti normativi:

- Circolare Regionale n.46 SAN del 27/12/2004 – Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario
- Linee Guida Regionali per l'attività di Risk Management anni 2005/2006/2007/2008/2009/2010/2011/2012/2013/2014/2016/2016/2017/2018;
- Raccomandazioni Ministero della Salute per la prevenzione degli eventi avversi/eventi sentinella nelle strutture sanitarie (n. 17 Raccomandazioni dall'anno 2005 all'anno 2014).

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.

PIANO ANNUALE ATTIVITA' DI INTERNAL AUDITING - ANNO 2018

L'*Internal Audit (I.A.)* è 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, Accredimento Istituzionale...), si è avvertita la necessità di prevedere anche una specifica e autonoma funzione di terzo livello, cosiddetta di I.A..

La missione dell'I.A. 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.

Per il 2018 l'attività avrà la finalità di verificare l'applicazione di alcuni contratti aziendali in service, nonché monitorare il processo legato alla Libera Professione Aziendale e quello relativo al personale dipendente in servizio.

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.

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.

PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' DEL BILANCIO (PAC)

Rappresenta 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. Il PAC ha un orizzonte temporale con scadenza il 31.12.2019.

Il nuovo PAC della Regione Lombardia prevede la suddivisione in 9 aree e cicli di bilancio: ciascuna area è suddivisa in obiettivi il cui raggiungimento avviene attraverso la definizione, predisposizione e l'implementazione delle procedure all'interno dei processi amministrativo – contabili aziendali, nonché le verifiche di corretta esecuzione delle stesse, nel rispetto delle scadenze definite.

Riferimenti normativi:

- 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;

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

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

- 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;

Formalizzazione: Delibera n. 1521/2017 con la quale si è preso atto del Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci (PAC) e delle azioni previste dalla deliberazione della Regione Lombardia n. 7009 del 31.07.2017

PIANO DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Con Decreto n. 1378 del 05/02/2018 di Assegnazione delle risorse, Regione Lombardia ha riconosciuto a questa Azienda per il personale dipendente risorse pari ai costi contabilizzati con il 4 CET 2017.

Le risorse assegnate per l'anno 2018 risultano inferiori rispetto alla proiezione al 31.12.2018 dei costi del personale presente al 31.1.2018.

Per quanto sopra, la Direzione Aziendale opererà per ottenere con il Decreto di assestamento un finanziamento per il personale pari almeno a quello ottenuto per il

2018. Nel contempo l'Azienda porrà in essere, mediante un piano assunzioni oculato, una politica del personale attenta sia al rispetto degli attuali vincoli di bilancio che delle necessità di garantire il rispetto dei LEA.

Riferimenti: DGR X/7600 del 20.12.2017 (piano assunzioni 2018)

Si precisa che anche per l'anno 2018 le regole di sistema prevedono la sostituzione del turn over del personale nella percentuale del 90%, rinviando ad un successivo Piano di Gestione delle Risorse Umane disposizioni in ordine al superamento del predetto vincolo.

PIANO FORMAZIONE 2018

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.

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

DGR 17008 del 28/12/2017

Formalizzazione: Delibera aziendale n. 111 del 26/02/2018 "Adozione Piano Formativo Aziendale 2018"

PIANO TRIENNALE DEI VOLUMI DI ATTIVITA' ISTITUZIONALE E DELLE ATTIVITA' IN LIBERA PROFESSIONE

L'Azienda eroga, in regime istituzionale, prestazioni di ricovero e specialistiche ambulatoriali e consente l'espletamento di attività libero professionale secondo le modalità disciplinate dalla normativa vigente, nel rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionale ed attività Libero Professionale e non deve pertanto essere concorrenziale nei confronti del SSN (art. 15- quinquies, comma 3 D.Lgs.502/1992). I volumi delle prestazioni libero professionali e in solvenza (globalmente considerati) e l'impegno orario, non devono superare, per ciascun dirigente, quelli eseguiti nell'orario di lavoro (L. 189/2012). Si specifica che non è consentita l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e di ricovero in regime di libera professione se la stessa tipologia di prestazione non è eseguita in regime istituzionale, salvo i casi previsti dalla normativa stessa. Attraverso il Piano vengono definiti i volumi massimi e le modalità di erogazione dell'attività libero professionale intramoenia.

L'Azienda intende adottare un nuovo Regolamento per la disciplina dell'attività Libero Professionale intramuraria non appena approvate da parte di Regione Lombardia le Linee Guida scaturite dai lavori del gruppo tecnico in materia (verbale di presa d'atto delle risultanze del gruppo di lavoro tecnico in materia di linee guida sulla libera professione intramuraria acquisita con prot. n. 0004428/18 del 14/02/2018). Il documento predisposto nel corso del 2016, già sottoposto al parere delle OO.SS. in data 1/12/2016 e differito in attesa delle linee guida regionali in base alla DGR n. X/5954 del 05.12.2016, dovrà essere revisionato alla luce delle nuove indicazioni regionali.

Riferimenti normativi	D.Lgs. 502/1992 L. 120/2007 L. 189/2012
Delibere Aziendali:	n. 414 del 21.10.2008 n. 370 del 13.08.2015 n. 425 del 29.06.2016 n. 724 del 30.12.2016 n. 122 del 16.03.2017 n. 528 del 19.10.2017

PIANO CONTROLLI RICOVERI 2018

Anche per il 2018 Regione Lombardia ha individuato la necessità di un Autocontrollo di congruenza delle prestazioni di ricovero nonché di un Autocontrollo della qualità documentale, indicando una percentuale pari al 3.5% la quota di autocontrollo di congruenza delle cartelle cliniche relative a pazienti dimessi tra il 01/01/2018 e il 30/04/2018 e al 3% la quota di autocontrollo della qualità documentale delle cartelle cliniche relative a pazienti dimessi tra gennaio e marzo 2018.

È previsto che ogni Azienda predisponga un proprio Piano di Controllo, da inviare ad ATS entro il 28 Febbraio 2018, che espliciti in maniera ragionata i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzate.

Le ASST, in autonomia, individuano modalità organizzative e di effettuazione dell'attività di controllo in merito ad appropriatezza, congruenza e qualità documentale delle attività sanitarie poste a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

Riferimenti: nota ATS (02/2018): Piano Controlli 2018 prestazioni di ricovero

PROGRAMMA TRIENNALE LAVORI PUBBLICI 2018-2020 ED ELENCO ANNUALE 2018

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

Formalizzazione: Delibera aziendale n. 520 del 12/10/2017.

- DGR X/855-13 – VI atto integrativo AdPQ: Importo del progetto €. 4.350.000 – Adeguamento strutturale ed impiantistico dei PP.OO. di Chiari e Iseo.
- DGR n. X/1521-14 All.to A - Fondi di investimenti previsti in materia di edilizia sanitaria nella L.R. n. 23 del 24/12/13: Importo del progetto € 2.020.000 – L'intervento prevede l'adeguamento antincendio P.O. di Chiari, Iseo, Orzinuovi e sedi periferiche.
- DGR n. X/1521-14 All.to A - Fondi di investimenti previsti in materia di edilizia sanitaria nella L.R. n. 23 del 24/12/13: Importo del progetto € 980.000 - L'intervento prevede la realizzazione di opere integrative antisismiche dell'edificio Trifoglio e del vano scala ingresso principale P.O. di Iseo.
- DGR n. X/1521-14 All.to B - Fondi di investimenti previsti in materia di edilizia sanitaria nella L.R. n. 23 del 24/12/13: Importo del progetto €. 615.000 - L'intervento prevede la messa a norma del CUP del P.O. di Chiari.
- DGR X/4189-15 - Utilizzo fondi di investimento per l'esercizio finanziario 2015: Importo del progetto € 290.0000 - L'intervento prevede la sistemazione e messa a norma del magazzino sito al piano seminterrato del P.O. di Chiari.

- DGR X/4189-15 - Utilizzo fondi di investimento per l'esercizio finanziario 2015: Importo del progetto € 290.0000 - Sistemazione e messa a norma dell'ex aula magna da destinare a servizio di oculistica piano primo blocco sud del PO di Chiari.
- DGR X/4189-15 - Utilizzo fondi di investimento per l'esercizio finanziario 2015: Importo del progetto € 79.232,65 - L'intervento prevede la sistemazione e messa a norma del servizio di pediatria del P.O. di Iseo.
- DGR X/4189-15 - Utilizzo fondi di investimento per l'esercizio finanziario 2015: Importo del progetto € 150.000,00 - Opere antisismiche palazzina ex Dialisi P.O. di Chiari.
- DGR X/5135-16 - Utilizzo fondi di investimento per l'esercizio finanziario 2016: Importo € 290.00 - L'intervento prevede la redistribuzione degli spazi all'interno della sede amministrativa sita in Chiari con messa a norma e sicurezza delle strutture e degli impianti.
- DGR X/5510-16 - VII atto integrativo AdPQ: Importo del progetto €. 2.950.000 - L'intervento prevede la realizzazione P.O.T. Orzinuovi
- DGR X/5508-16 - Programma investimenti art. 20 legge n. 67/1988: Importo del progetto € 220.000 - Adeguamento normativa antincendio (D.M. 19/03/2015).
- Mezzi di bilancio: Importo del progetto € 650.000 - L'intervento prevede la realizzazione del nuovo servizio di Endoscopia presso il P.O. di Chiari.
- DGR X/6548-17 - Assegnazione finanziamenti anno 2017- Importo del progetto € 2.625.000. L'intervento prevede l'adeguamento strutturale ed impiantistico del piano primo del Blocco Nord e del corridoio al piano terra del P.O. di Chiari.

4.3 Le Dimensioni della Performance

Secondo quanto indicato dalle linee guida dell'OIV, 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 e, a volte, in parziale contrasto tra loro, 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 sono state individuate le seguenti dimensioni strategiche della performance:

- a) **Dimensione di performance dell'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) **Dimensione di performance dell'Economicità:** 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), sia per quanto attiene agli investimenti (assicurando così il necessario sostegno all'innovazione ed allo sviluppo), sulla base delle risorse disponibili.

- c) **Dimensione di performance dei 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 pensi ad esempio allo svolgimento in modo efficiente di adeguati volumi di produzione, alla gestione del rischio clinico 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 2018

La programmazione a livello regionale del sistema socio-sanitario definisce le priorità di intervento per l'esercizio 2018. Con delibera n. X/7600 del 20/12/2017 la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia ha fornito le indicazioni necessarie alle ASST e ATS per la formulazione delle scelte strategiche aziendali.

Gli obiettivi previsti per il 2018, contenuti nelle Regole 2018, ritenuti di maggiore interesse per gli stakeholder sono articolati nelle 3 Dimensioni della performance prima descritte.

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 nella fase di sviluppo del 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.

A fine 2017 l'Azienda è stata 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. Nel corso dei prossimi anni si prevede di consolidare l'attività di arruolamento dei pazienti cronici e/o fragili e garantire una presa in carico completa, un servizio integrato, che consenta al paziente di effettuare tutte le prestazioni, visite, accertamenti nello stesso luogo (Centro Servizi).

Per il 2018 tali obiettivi di declinazione delle strategie aziendali, tenuto conto dello stringente obiettivo di contenimento delle voci di costo legate al personale e all'acquisto di beni e servizi, sono individuati in:

- partecipazione ai tavoli tecnici ATS-ASST per l'attivazione delle nuove forme erogative previste dalla Legge Regionale 23/2015 (POT e PRESsT);
- attivazione dei tavoli tecnici regionali e aziendali finalizzati all'integrazione dei percorsi ospedale-territorio e più in specifico alla realizzazione, a livello pratico, della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili secondo il nuovo modello organizzativo di presa in carico;
- 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, di ampliamento della copertura della popolazione target sul territorio, di garanzia dei tempi di attesa nonché di analisi dei risultati e formazione del personale;
- prosecuzione dell'offerta vaccinale. In particolare nell'ambito del percorso di presa in carico l'offerta vaccinale dovrà essere garantita gratuitamente ai soggetti cronici arruolati.

B. Economicità: perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario e gestione degli investimenti

L'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate con provvedimento regionale e delle entrate proprie aziendali per l'anno 2018, 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 secondo le direttive di cui al D.M 21/06/2016 (piani di rientro).

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

Per il 2018 gli obiettivi rientranti in questa dimensione sono così individuati:

- definizione e implementazione del Piano di Gestione delle Risorse Umane, nel rispetto dei vincoli di bilancio;
- prosecuzione delle attività volte all'utilizzo dei farmaci fuori brevetto o generici;
- rafforzamento dell'attività di benchmarking, quale indicatore utile per la rinegoziazione dei prezzi d'acquisto in essere;
- piena e puntuale adesione al sistema di acquisti aggregati e centralizzati;
- investimenti nel sistema informativo: saranno completati gli interventi per il rinnovamento del sistema informativo (rete, sistemi gestionali, hardware, software, intranet e sito web, servizio di posta elettronica, ecc)

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

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:

- revisione dei flussi documentali in ottica di razionalizzazione e de materializzazione, supportati anche dallo sviluppo del nuovo sistema informativo di gestione di tali flussi;
- armonizzazione Ospedale –Territorio del Regolamento per la graduazione delle funzioni dirigenziali dell'Area medica, sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa
- armonizzazione Ospedale –Territorio del regolamento per l'affidamento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali
- definizione ed adozione di nuovi Regolamenti:
Regolamento dell'orario di lavoro del personale del comparto;
Regolamento per gli incarichi extra-istituzionale;
Regolamento per le funzioni tecniche;
- prosecuzione delle 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 2018 elaborato con riferimento ai contenuti delle 17 Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico, ed in particolare ai temi "Area Travaglio /Parto", "Infezioni Ospedaliere-Sepsi", "Sicurezza del paziente in sala operatoria", "Rischio nell'utilizzo dei farmaci" ;
- prosecuzione delle azioni dirette alla diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure.
- Applicazione del PAC implementando le azioni definite per ciascuna area e ciclo di bilancio nel rispetto delle scadenze stabilite dalla Regione

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 **(allegato 1)**.

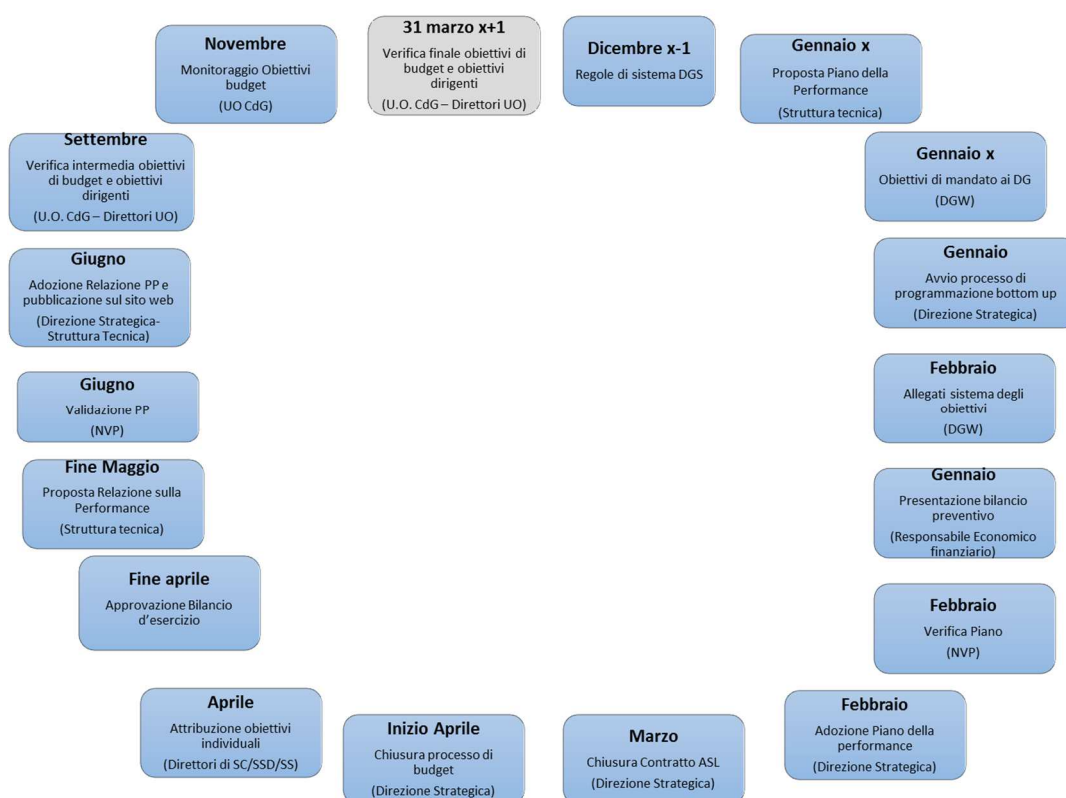
Gli indicatori scelti fanno anche diretto riferimento ad informazioni e standard di livello nazionale e regionale, al fine di assicurare una confrontabilità tra i risultati dell'Azienda e quelli di altre strutture (come avviene ad esempio accedendo al sito Agenas "Piano Nazionale Esiti" <http://pne2017.agenas.it>),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

Da diversi anni la normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza sta impegnando in modo profondo la pubblica amministrazione e le Aziende sanitarie.

Partendo dalla L.190/2012 e dal D.Lgs.33/2013, si sono succeduti numerosi interventi a livello nazionale (si pensi in particolare ai diversi Piani Nazionali Anticorruzione adottati negli ultimi anni) che hanno reso sempre più puntuale e cogente tale normativa. Nel 2016, poi, vi sono state le notevolissime novità derivanti dal D.Lgs.97 che, tra l'altro, hanno introdotto il concetto di "accesso civico generalizzato" ossia di piena conoscibilità di atti, documenti, ecc. della pubblica amministrazione, allargando ulteriormente il principio di accountability già introdotto. Nel 2017, infine, conformemente al dettato legislativo e alle indicazioni dell'ANAC, si è approvato, con delibera n.359 del 12 luglio 2017 il regolamento per l'esercizio del diritto di accesso con allegato il registro degli accessi applicato dall'1 luglio 2017.

In questa logica, il coordinamento tra il Piano della performance, con i correlati obiettivi di budget ed 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 previste.

In particolare, gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza individuati per il 2018 sono elencati nella tabella "Obiettivi di collegamento con il piano delle performance e con gli altri strumenti di programmazione" http://www.asst-franciacorta.it/t_c_det.asp?I3=1119&IDInfo=2115 allegata e parte integrante del PTPC 2018/2020 approvato con deliberazione del Direttore Generale n.31 del 31/1/2018 che presenta le misure previste per il 2018, individuando anche i responsabili aziendali della loro attuazione. I contenuti della tabella saranno riportati analiticamente negli obiettivi di budget delle strutture e dei responsabili citati, individuando opportuni indicatori di verifica.

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 dei rischi" e l'adempimento di tutti gli obblighi di pubblicazione nei termini e nei modi indicati nella tabella "obblighi di pubblicazione", allegati e parti integranti del PTPCT 2018-2020.

ALLEGATO N. 1 DELIBERAZIONE N. DEL

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	INDICATORI	VALORE 2017	VALORE ATTESO 2018	VALORE ATTESO 2019	VALORE ATTESO 2020	
EFFICACIA ESTERNA	% PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE GIALLO E VISITATI ENTRO 30 MINUTI	88%	mantenere	mantenere	mantenere	
	PRESA IN CARICO DI PAZIENTI CRONICI E FRAGILI (art. 9 legge regionale 23/2015)	Riferimenti: DGR X/6164 del 30.01.2017 - DGR X/6551 del 04/05/2017 DGR X/7655 del 28/12/2017	sperimentazione modello con valutazione a sei mesi e implementazione eventuali azioni correttive	ampliamento target utenza	messa a regime	
	% RITORNI IN SALA OPERATORIA CHIRURGIA GENERALE CHIARI	3%	2%	2%	2%	
	% Ricoveri Ripetuti entro 30 Giorni con stesso MDC	3,5% CHIARI 2,10% ISEO	2,50%	2,30%	2,30%	
	% DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI: ORDINARI	39,9% CHIARI 42,30% ISEO	35%	33%	30%	
	INDICATORI PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)					
	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	54%	mantenere valori 2017	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale	
	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	70,63% Chiari 82,46% Iseo	75%	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale	
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	19,71% Chiari 18,35% Iseo	mantenere valori 2017	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale	
	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	8%	mantenere valori 2017	allineamento alla media regionale	allineamento alla media regionale	
	INDICATORI "SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI" NETWORK DELLE REGIONI					
	% FRATTURE DEL FEMORE OPERATE ENTRO 48H DA AMMISSIONE	94,5% CHIARI 73,33% ISEO	85%	87%	90%	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	INDICATORI	VALORE 2017	VALORE ATTESO 2018	VALORE ATTESO 2019	VALORE ATTESO 2020
ECONOMICITA'	RISULTATO DI ESERCIZIO : RISPETTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	L'equilibrio economico-finanziario è stato rispettato	rapporto COSTI/RICAVI =1	rapporto COSTI/RICAVI =1	rapporto COSTI/RICAVI =1
	COSTO FARMACI A GIORNATA DI DEGENZA PESATE	3 trim 2017: euro 8,24 nella media regionale	mantenere	mantenere	mantenere
	COSTO FARMACI SU GG DEGENZA	3 trim 2017: euro 7,20 nella media regionale	mantenere	mantenere	mantenere
	TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI	53,29 gg (III TRIM 2017)	Rispettare la media regionale 30/60 GG	Rispettare la media regionale 30/60 GG	Rispettare la media regionale 30/60 GG
	TASSO DI COPERTURA FLUSSO DISPOSITIVI MEDICI SUL CONTO ECONOMICO (FLUSSO DISPOSITIVI MEDICI E FLUSSO PIANO DEI CONTI)	IV trim 2017 dispositivi medici CND J: 116% KIT E DM DI CLASSE (escluso CND J e W): 102%	% copertura come da regole regionali	% copertura come da regole regionali	% copertura come da regole regionali
	% ADESIONE GARE CONSIP- ARCA - GARE AGGREGATE	55%	56%	57%	57%
EFFICACIA INTERNA ED ORGANIZZATIVA	VOLUME DI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO E DH (FLUSSO SDO)	la produzione di ricoveri ordinari e di DH ha registrato un valore pari a € 42.721.000	VALORE RICOVERI 2018 almeno uguale al valore 2017	Budget assegnato da Regione	Budget assegnato da Regione
	VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: FLUSSO 28/san	la produzione di prestazioni ambulatoriali ha registrato un valore pari a € 28.657.000	VALORE PRESTAZIONI 2018 almeno uguale al valore 2017	Budget assegnato da Regione	Budget assegnato da Regione
	VOLUME DI PRESTAZIONI DI PSICHIATRIA E NPI FLUSSO 46/san e 28/SAN	la produzione di prestazioni di Psichiatria e NPI registrato un valore pari a € 6.128.000	VALORE PRESTAZIONI 2018 almeno uguale al valore 2017	Budget assegnato da Regione	Budget assegnato da Regione
	PROGETTI INNOVATIVI IN SALUTE MENTALE E IN NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	la produzione di prestazioni dei progetti di NPI ha registrato un valore pari a € 1.345.000	VALORE PRESTAZIONI 2018 almeno uguale al valore 2017	Budget assegnato da Regione	Budget assegnato da Regione
	COLLABORAZIONE CON L'ATS DI BRESCIA PER LE CAMPAGNE DI SCREENING DEI TUMORI MAMMARI, DEL COLON RETTO E DELLA CERVIC UTERINA	L'ASST ha garantito volumi e qualità delle prestazioni come da convenzione sottoscritta con ATS di Brescia per un valore pari a € 683.000	Garantire i livelli quantitativi richiesti per l'erogazione delle prestazioni di screening	Garantire i livelli quantitativi richiesti per l'erogazione delle prestazioni di screening	Garantire i livelli quantitativi richiesti per l'erogazione delle prestazioni di screening
	COPERTURA VACCINAZIONE ESAVALENTE	96,8%	% copertura come da regole regionali	% copertura come da regole regionali	% copertura come da regole regionali
	ADEMPIMENTI NEI FLUSSI INFORMATIVI : TEMPESTIVITÀ NELL'INVIO DEI DATI RISPETTO AL PERIODO DI COMPETENZA (FLUSSI SDO, 28/SAN, 46/SAN, PS, FLUSSO PROTESI, FILE F, CEDAP)	I flussi sanitari sono stati inviati con tempestività e completezza	rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze
	ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (% media di completezza e di aggiornamento rilevate nella griglia predisposta dal RPTC e verificata dal NVP)	90,0%	95%	95%	95%