Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Valtellina e Alto Lario

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. ....80..... DEL 30 GEN 2019

COMPOSTO DA N. ..... PAGINE

PIANO DELLA PERFORMANCE 2019-2021

INDICE

1. Premessa
2. L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario
3. Le azioni strategiche
4. La Programmazione aziendale: i progetti
5. La Programmazione gestionale e il miglioramento organizzativo
6. Obblighi di trasparenza e disposizioni in materia di prevenzione della corruzione
7. Il miglioramento dell'organizzazione
8. I principali riferimenti normativi

Allegati: tabelle indicatori

1. PREMESSA

Come noto, il Decreto Legislativo n. 150/2009 prevede che le Aziende Sanitarie adottino un piano programmatico triennale (*Piano della Performance*), in cui dare evidenza degli obiettivi da perseguire e delle risorse impiegate. Il presente documento si pone in piena continuità con il *Piano della Performance* 2018-2020, sostanzialmente mantenendo la stessa struttura.

A partire dal primo gennaio 2016 è stata costituita l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario, a seguito dell'attuazione della Legge Regionale 23/2015 "*Evoluzione del Sistema Socio Sanitario lombardo: modifiche al titolo I e II della Legge Regionale 33/2009*", legge che ha apportato profondi cambiamenti giuridici, organizzativi e gestionali, con acquisizione di nuovi assetti e funzioni territoriali rispetto alle precedenti Aziende Sanitarie.

Nel corso del 2016, ASST ha elaborato il suo *Piano della Performance* relativo al triennio 2016-2018, avviando in tal modo il processo di valutazione della performance, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente, continuando poi il processo anche durante gli Esercizi 2017 e 2018 con il *Piano della Performance* relativo al triennio 2018-2020.

In coerenza con le risorse assegnate e gli obiettivi previsti dalla Regione, alla luce dei nuovi assetti organizzativi e delle nuove funzioni territoriali acquisite, il documento elaborato nel biennio scorso ha cercato di dare la più verosimile rappresentazione del ciclo di gestione delle performance, attraverso appunto l'individuazione di indicatori e di target che consentono la misurazione e la valutazione dell'attività posta in essere dall'Azienda.

Anche nel corso del 2018, con l'ormai messa a regime della riforma sanitaria lombarda, sono stati proposti e regolati una serie di aspetti che attengono la visione strategica e la mission dell'Azienda, con particolare riferimento al personale, alle attività erogate, alle attività di programmazione, alla fruizione degli spazi e alla titolarità dei contratti. Ed in virtù di un passaggio di funzioni, alcune conclusesi solo nel 2017, è stato valutato di mantenere un'impostazione metodologica analoga a quelle precedenti anche per l'Esercizio 2019. A fronte della nuova ridefinizione dell'assetto aziendale, conseguente alla LR 15/2018 "*Evoluzione del*

Sistema Socio Sanitario lombardo: modifiche al titolo I e II della L.R. 33/2009", Il *Piano della Performance* non apporta significative modifiche rispetto a quelle già adottate.

Il modello che viene illustrato nelle pagine seguenti, prevede, quindi, tre ambiti di analisi, ovvero quello della strategia, della programmazione e della gestione operativa, con l'individuazione dei rispettivi obiettivi ed indicatori, sintetizzati in apposite tabelle, oltre all'analisi di obiettivi specifici relativi agli obblighi di trasparenza e alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, al fine di garantire la massima chiarezza e comprensione, con una migliore e maggiore interazione fra Istituzioni e *stakeholders,* appartenenti e non al mondo della sanità.

Il *Piano della Performance* dell'ASST della Valtellina e dell'Alto Lario viene predisposto come documento strategico programmatico, ad integrazione di altri documenti di pianificazione e programmazione aziendali quali il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (Pr.I.M.O.), il Piano del Rischio, il Piano Triennale della Prevenzione, della Corruzione e della Trasparenza.

2. L'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) della VALTELLINA e dell'ALTO LARIO

A far data dal primo gennaio 2016 è stata costituita l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario, con Delibera di Giunta Regionale n. X/4497 del 10 dicembre 2015, mediante fusione per incorporazione dell'intera Azienda Ospedaliera Valtellina e della Valchiavenna, con il Presidio Ospedaliero *"Erba Renaldi"* di Menaggio (CO) e suoi poliambulatori, nonché delle strutture territoriali distrettuali prima afferenti all'ASL di Sondrio e al distretto Medio Alto Lario dell'ASL di Como.

In attuazione della LR 15/2018, a far data dall'01/01/2019, si è proceduto allo scorporo del presidio ospedaliero e del Presst di Menaggio dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario, confluiti nella ASST Lariana.

L'ASST della Valtellina e dell'Alto Lario ad oggi, pertanto, è costituita da tre presidi ospedalieri (Sondalo, Sondrio e Chiavenna) con un numero complessivo di posti letto pari a 666, di cui 10 di cure palliative e 20 di subacuti, dal POT di Morbegno con un numero complessivo di posti letto pari a 29, di cui 7 di cure palliative e 14 di subacuti, e da diverse strutture poliambulatoriali, consultori familiari e SERT afferenti agli ambiti territoriali acquisiti, nonché un dipartimento di Salute Mentale e l'AAT 118 di Sondrio. Il personale dipendente è pari a circa 2950 unità.

Il nuovo bacino di utenza consta in una popolazione di quasi 197.000 abitanti, dislocati su un territorio soggetto a rilevanti incrementi di popolazione dovuti alla presenza di flussi turistici sia nella stagione invernale che estiva, con piccoli paesi e cittadine, le cui dimensioni vanno da poche decine di abitanti fino ai circa 23.000 del capoluogo Sondrio. L'intero territorio della ASST è caratterizzato da una viabilità difficoltosa distribuita su tre grandi direttrici che, seppur in buono stato di manutenzione, sono a lento scorrimento e presentano maggiori difficoltà di percorrenza nel periodo invernale: la Statale 340, che collega Como alla Valtellina, la Statale 36 del Lago di Como e dello Spluga, che attraversa la Valchiavenna e la collega al Canton Grigioni, e la Statale 38 dello Stelvio, che attraversa la Valtellina.

In tale contesto, offrire risposte ai molteplici e complessi bisogni di salute della popolazione, comporta l'adozione di strategie tese a garantire omogeneità ed equità di prestazioni, servizi ed interventi anche nei luoghi a maggiore difficoltà di accesso.

Se per la popolazione, principalmente per quella più fragile, raggiungere i presidi ospedalieri o territoriali è difficoltoso, lo è altrettanto per gli operatori che sul territorio si devono muovere per prestare la loro opera. Ne consegue per le persone, da un lato, una difficoltà di accesso alle prestazioni, dall'altro un costo aziendale per intervento/prestazione di gran lunga superiore a quello medio.

La *mission* dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valtellina e dell'Alto Lario è dunque quella di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale della popolazione, attraverso l'erogazione dei LEA e degli eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione. Nel corso del 2016 ASST ha predisposto il Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), approvato con delibera n. X/6429 del 03/04/2017 da parte di Regione Lombardia, il cui modello organizzativo è centrato sul polo ospedaliero, che garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo un'articolazione in rete efficace ed efficiente, e sulla rete territoriale acquisita a seguito della riforma. L'ASST assicura la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita e affianca le persone croniche, fragili e le loro famiglie avviando un percorso culturale tra gli operatori che segni il passaggio dalla "*cura*" al "*prendersi cura*". L'ambito territoriale si trasforma da luogo di erogazione di prestazioni e di collaborazione con le aziende ospedaliere, a soggetto promotore del processo di integrazione tra i due poli, territoriale e ospedaliero, oggi appartenenti alla medesima Azienda.

Nel corso del 2019, l'Azienda procederà all'adozione di un nuovo POAS nel quale verranno ridefinite le linee di offerta, conseguenti anche al nuovo assetto organizzativo che la nuova Direzione Strategica andrà a costituire.

3. Le AZIONI STRATEGICHE

La redazione del *Piano della Performance* si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda e ha come fine quello di valorizzare la dimensione strategica della stessa nell'ambito del polo ospedaliero e della rete territoriale.

Punto di partenza sono gli obiettivi di indirizzo definiti nella Legge Regionale 23/2015 "*Evoluzione del Sistema Socio Sanitario lombardo: modifiche al titolo I e II della L.R. 33/2009*" e nelle disposizioni regionali di attuazione della predetta legge regionale, della Legge Regionale 15/2018 "*Modifiche al Titolo I, al Titolo III e all'allegato 1 della L.R. 33/2009*", nonché degli obiettivi previsti nella delibera regionale sulle Regole di Sistema definite dalla Giunta Regionale per l'anno 2019.

Il *Piano della Performance* si articola su tre livelli, uno istituzionale, uno strategico e uno direzionale, rispettivamente volti a definire gli indirizzi di fondo dell'Azienda, la declinazione degli stessi al suo interno e gli strumenti di programmazione, misurazione e rendicontazione delle azioni poste in essere.

- **Obiettivi istituzionali**
  Data la particolare situazione contingente, quali obiettivi istituzionali sono da considerarsi ancora prioritari quelli riguardanti l'attuazione della Legge Regionale 23/2015, in particolar modo quelli relativi alla presa in carico del paziente, come ribadito nella DGR 7600 del 20/12/2017.
- **Obiettivi strategici**
  Quali obiettivi strategici sono da considerarsi fondamentali quelli trasversali di programmazione declinati a livello di azienda, dipartimento e territorio.
- **Obiettivi direzionali**
  Quali obiettivi direzionali trovano collocazione quelli concernenti la gestione dell'azienda nei suoi Centri di Responsabilità sull'attuazione dei programmi aziendali.

L'articolazione organizzativa aziendale si ispira ad un modello che contempera il tradizionale assetto per discipline con una visione trasversale per processi; la strategia aziendale si muoverà, pertanto, su almeno tre prioritarie linee di azione:

- utilizzo delle tecnologie medicali che consentano la riduzione degli spostamenti, delle persone e dei loro familiari verso i luoghi di cura e degli operatori, tra le diverse sedi di erogazione e il domicilio degli utenti;
- modalità organizzative che consentano flessibilità nell'utilizzo di sedi e di risorse umane e strumentali;
- ricerca di modalità innovative, anche incentivanti, per attrarre sul territorio le professionalità e le specialità indispensabili per il mantenimento del livello di qualità della Sanità lombarda, anche su un territorio più periferico.

Tra gli obiettivi strategici di carattere economico, rientrano anche il Bilancio Economico ed i suoi indicatori. Regione Lombardia ha attivato un sistema di monitoraggio basato su un set di indicatori di tipo gestionale e patrimoniale, che consente di valutare in modo più oggettivo l'aderenza delle dinamiche aziendali alla programmazione ed agli indirizzi regionali emanati nel quadro delle Regole di Sistema annuali, in raccordo con le altre aziende del *"Sistema Regionale"*. Gli indicatori previsti monitorano trimestralmente sia i costi del personale, valorizzato come da Modello A, sia i costi di *"Beni e Servizi"* dettagliati per le singole voci di bene (sanitario, economale, etc.). Quelli scelti e inseriti nel Piano delle Performance comportano un'attenzione sui costi aziendali, volti appunto ad un contenimento ed ad una riduzione della spesa di *"Beni e Servizi"* (0,9%), con l'obiettivo finale del rispetto dei limiti di costo per i principali fattori produttivi (di norma individuati in fase di BPE), oltre all'ottenimento di feedback sui livelli di efficienza aziendali con il valore della produzione. Un'attenzione particolare viene ancora rivolta alla spesa per gli acquisti di *"Beni e Servizi"* effettuati attraverso procedure aggregate, che devono essere sempre più incrementale rispetto all'Esercizio precedente. Se da una parte l'interesse aziendale è quindi orientato alla ricerca di una maggiore economicità del "sistema", altrettanto importante è quello che la stessa dedica all'area finanziaria, con l'introduzione di una specifica scheda di "*raccordo economico finanziario*", volta all'analisi sempre più precisa dei flussi di cassa, onde evitare sia anticipazione di tesoreria sia il rispetto delle tempistiche di pagamento verso i fornitori a 30 e 60 giorni, tradotte anche in indicatori ad hoc quale quello ministeriale (con indicazione di un valore inferiore a zero).

Per ciascun obiettivo strategico sono stati costruiti appositi indicatori e definiti i relativi risultati attesi, riportati nella Tabella "*Indicatori di attuazione delle strategie*".

4. LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE: i PROGETTI

I progetti che con cadenza annuale o pluriennale vengono messi in campo sono sostanzialmente:

- progetti aziendali già avviati o da avviare;
- progetti, piani, programmi derivanti dalle regole di gestione del SSR, correlati agli obiettivi regionali assegnati ai Direttori Generali;
- progetti correlati al contratto con la ATS.

I principali documenti di riferimento per l'elaborazione dei progetti per l'anno 2019, in continuità con quelli del 2018, sono:

- DGR 7600 del 20/12/2017 *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'Esercizio 2018"*;
- DGR n. 1046 del 17 dicembre 2018, *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'Esercizio 2019"*;
- *"Linee guida attività di Risk Management 2019"*;
- Contratti ATS/ASST 2019;
- Obiettivi Direttore Generale - anno 2019.

La progettualità dell'azienda per l'anno 2019 si sviluppa nei seguenti ambiti, ritenuti di particolare rilievo per le politiche sanitarie aziendali e regionali:

- partecipazione al governo delle reti clinico-assistenziali: monitoraggio dell'applicazione dei PDTA oncologici della mammella e del colon e dei PDTA relativi alle patologie tempo-dipendenti: ictus ischemico e infarto miocardico acuto. Analisi degli indicatori presenti sul portale di Governo di Regione Lombardia inerenti la applicazione dei PDTA e loro verifica attraverso audit dedicati;
- rete per l'assistenza alla madre e al neonato: rete di assistenza neonato patologico, parto analgesia, comitati di percorso nascita locali, promozione dell'allattamento al seno, appropriatezza dei tagli cesarei, etc., analisi degli indicatori di processo per l'area materno infantile;
- fragilità: presa in carico delle situazioni di fragilità, con particolare attenzione anche nell'area materno infantile;
- Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (Pr.I.M.O.);

- *Risk Management*: implementazione dei progetti contenuti nel Piano Annuale Rischio. Sviluppo del programma di miglioramento secondo le indicazioni regionali e rispetto delle scadenze del Piano Risk che verrà deliberato nel 2019;
- *Risk Management*: monitoraggio semestrale degli eventi avversi/sinistri/azioni con attuazione delle correlate azioni di feedback;
- *Customer Satisfaction*: mantenimento del flusso SMAF verso ATS e Regione Lombardia secondo le scadenze definite;
- *Internal auditing*: predisposizione della pianificazione annuale ed attuazione degli audit previsti;
- contenimento dei tempi di attesa previsti dalle classi di priorità per il 95% delle prestazioni monitorate;
- realizzazione dei progetti previsti nei contratti con l'ATS della Montagna per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie.

Gli indicatori e i relativi risultati attesi sono contenuti nella Tabella "*Indicatori di attuazione della programmazione (progetti)*".

5. LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE e il MIGLIORAMENTO dell'ORGANIZZAZIONE

Con riferimento al livello gestionale, le dimensioni da monitorare sono l'efficacia, l'efficienza, l'economicità, l'appropriatezza, la qualità dei processi e dell'organizzazione, la qualità dell'assistenza, l'accessibilità e la soddisfazione dell'utenza.
Il processo di budget, la *Customer Satisfaction* e le analisi di indicatori di qualità dei processi e della organizzazione possono essere considerati degli strumenti validi che consentono di monitorare tali dimensioni.

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

Pertanto, vengono inseriti e monitorati indicatori di "*performance clinica*", di "*appropriatezza*", di "*esito*" e specifici del "*network regionale*". L'analisi di dettaglio riconducibile al singolo presidio e al reparto e/o all'area di riferimento, laddove non possibile, permette di implementare e ribaltare sugli stessi l'indicatore, anche al fine di un tendenziale miglioramento degli stessi. La valutazione di questi indicatori fornisce indicazioni complete sull'efficacia, sull'efficienza e sull'economicità di ogni struttura di ricovero e cura rispetto al riferimento regionale, consentendo di ottenere elementi di dettaglio per il miglioramento complessivo della qualità del servizio erogato e dell'appropriatezza delle cure. Non meno importante è il riflesso che gli stessi possono avere e determinare sull'aspetto organizzativo e di erogazione delle prestazioni, che devono essere sempre più messe a disposizione dell'utenza nel minor tempo possibile con la più ampia offerta temporale nell'ottica di "*presa in carico del paziente*".

Rispetto al Piano Performance dello scorso anno, nel 2019 si è scelto di dare rilevanza a indicatori non già inseriti in altri monitoraggi istituzionali ma che rivestono un ruolo chiave poiché permettono di valutare due aspetti ad oggi particolarmente rilevanti: la definizione e attuazione di percorsi diagnostico terapeutici

assistenziali in riferimento alle reti clinico-assistenziali (Stroke, Stemi, Tumore della mammella e Tumore del colon retto) e l'appropriatezza delle prestazioni.

Gli indicatori e i relativi risultati attesi sono contenuti nella Tabella "*Indicatori di attuazione della gestione*".

Indicatori derivanti da indagini di Customer Satisfaction:

Le indagini di "*Customer Satisfaction*" si prefiggono di misurare il grado di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi offerti all'interno delle Aziende Sanitarie, attraverso il monitoraggio del gradimento dei servizi con l'analisi delle schede di *Customer*.

Tra queste metodologie la rilevazione sistematica del gradimento permette sia di raccogliere informazioni utili sulle aspettative degli utenti rispetto ai servizi sanitari, sia di monitorare la percezione della qualità delle prestazioni ricevute, garantendo l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione delle stesse.

L'URP, ufficio competente, contribuisce quindi alla *mission* aziendale, che vede l'organizzazione dei servizi rivolti all'utenza orientata ai bisogni di quest'ultima e alla nascita di un costruttivo dialogo per comprendere le aspettative, i punti di forza e quelli di debolezza, secondo il parere degli utenti.

Uno specifico indicatore, definito in base alla DGR 14820 del 18/12/2016, che quantifica la numerosità campionaria delle *Customer* da distribuire, direttamente correlata al numero dei ricoveri complessivi unitamente agli accessi ambulatoriali, è stato pertanto inserito nella Tabella "*Indicatori di attuazione della programmazione (progetti)*". Da quest'anno secondo le scadenze trimestrali indicate da Regione Lombardia, l'URP è tenuto a caricare i dati delle *Customer* nel portale SMAF regionale, in modo da rendere omogeno e immediatamente disponibile il riscontro del grado di qualità percepita.

Inoltre, al fine di far conoscere e valorizzare presso i diversi target l'offerta sanitaria e sociosanitaria ovvero le relative modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni, si procederà con il diretto aggiornamento del sito aziendale in conformità dei cambiamenti organizzativi e funzionali introdotti con la LR 23/2015 ovvero con la corretta diffusione del brand aziendale su tutti i materiali prodotti.

Il processo di budget

Il ciclo della performance rappresenta lo strumento fondamentale per l'attuazione del modello organizzativo aziendale e per il miglioramento delle prestazioni.

Il budget è lo strumento di programmazione annuale degli obiettivi e dell'allocazione delle risorse, ossia l'insieme delle previsioni riguardanti la qualità/quantità delle prestazioni e dei servizi da erogare per rispondere ai bisogni di salute, nel pieno rispetto dei vincoli di risorse assegnate. A livello di singola unità organizzativa, il budget rappresenta uno strumento di responsabilizzazione sugli obiettivi da perseguire e sulle risorse da utilizzare. Il conseguimento di tali obiettivi consente alla Direzione di esprimere la sua capacità di programmare e di gestire le proprie attività sulla base di un costante monitoraggio e rappresenta, sicuramente, uno strumento fondamentale per l'attuazione di quanto previsto nel Piano delle Performance e, quindi, non può essere scollegato rispetto al ciclo della performance.

ASST adotta annualmente il regolamento di budget, nel quale sono definite le fasi del processo, dalla programmazione alla definizione degli obiettivi strategici ed economici, dall'assegnazione dei budget trasversali ai principali gestori di budget (farmacia, provveditorato, etc.) all'assegnazione degli obiettivi ai Dipartimenti Gestionali e ai Centri di Responsabilità, attraverso un monitoraggio intermedio degli obiettivi e una verifica finale e una valutazione degli obiettivi.

Il processo di budget si avvale del sistema di contabilità analitica quale strumento di riferimento per il governo dell'attività aziendale, attraverso la rilevazione e l'analisi dei ricavi e dei costi, secondo le dimensioni natura/centro di destinazione. A livello di singola unità organizzativa, il budget è uno strumento di responsabilizzazione sugli obiettivi da perseguire e sulle risorse da utilizzare e devono riferirsi a variabili specifiche, misurabili con indicatori qualitativi e quantitativi e riguardare fattori produttivi governabili dai centri di responsabilità. L'assegnazione degli obiettivi ai dirigenti medici e sanitari di unità organizzative di produzione sanitaria e il loro conseguimento costituisce condizione necessaria per l'erogazione degli incentivi previsti dal sistema premiante.

Il processo di budget aziendale si articola in cinque fasi e in due tipologie di budget, uno trasversale o di primo livello e uno di secondo livello o per centri di responsabilità. Nella prima fase di programmazione sono indicati da parte della Direzione Strategica gli obiettivi istituzionali e strategici annuali in base alle

linee di indirizzo di programmazione definite da Regione Lombardia, dalle "*Regole di sistema del Servizio Socio Sanitario regionale*" e dai principali strumento di governo dell'azienda, quali il Bilancio Preventivo Economico aziendale e i risultati rappresentati dai CET trasversali.

A seconda degli obiettivi considerati, vengono individuate, appunto, due tipologie di budget. Il primo, trasversale, formalmente definito nella seconda delle cinque fasi del processo di budgeting, si tratta di obiettivi economici relativi a specifici fattori produttivi (beni e servizi) assegnati ai principali gestori di spesa e gli obiettivi sono determinati in funzione delle esigenze proposte dai vari servizi, compatibilmente con i vincoli di bilancio e le azioni di *spending review*. Il secondo, formalmente definito invece nella terza delle cinque fasi del processo, è assegnato ai direttori dei dipartimenti gestionali e ai responsabili degli ambiti territoriali, riguarda obiettivi che appartengono all'area dei percorsi sanitari e dei progetti di miglioramento (derivanti appunto dalle Regole di Sistema annuali, dagli obiettivi regionali, dalla contrattazione annuale stipulata con l'ATS, nonché da obiettivi a valenza aziendale ritenuti strategici), nonché obiettivi economici, appartenenti all'area della produzione e dei consumi, derivanti dalla declinazione degli obiettivi di budget di primo livello ai centri responsabili dei consumi di beni e servizi.

Nelle successive due fasi, oltre alla condivisione dei budget assegnati a livello di dipartimento (terza fase), con l'estensione dell'assegnazione degli obiettivi ai responsabili di tutte le strutture coinvolte all'interno del dipartimento stesso, con il coinvolgimento nel processo di budget tutti i dirigenti appartenenti all'unità operativa diretta, l'attenzione si concentra sul monitoraggio intermedio degli obiettivi di budget, finalizzata ad evidenziare, da parte del Controllo di Gestione, gli eventuali scostamenti della gestione reale rispetto a quella attesa, ad individuare le cause degli stessi e le possibili azioni da intraprendere per garantire il raggiungimento degli obiettivi o l'eventuale loro revisione, e nell'ultima fase sulla verifica finale e valutazione degli obiettivi.

La verifica finale avviene alla chiusura dell'Esercizio, una volta acquisiti tutti i dati consuntivi sugli obiettivi negoziati, con la determinazione di una valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati secondo un sistema di pesatura stabilito dalla Direzione Strategica.

Nella Tabella "*Indicatori di attuazione della gestione*", si rimanda al processo di budget che avrà luogo nel corso del 2019, che potrebbe essere rivisitato in funzione della conclusione del processo di presa in carico

dei contratti e del nuovo assetto organizzativo strategico. Il monitoraggio degli obiettivi contenuti nelle schede di budget avverrà secondo le modalità e la tempistica prevista nell'ambito del processo stesso.

6. OBBLIGHI DI TRASPARENZA E DISPOSIZIONE IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Al fine di adempiere alla normativa sulla anticorruzione e la trasparenza nelle Pubbliche Amministrazioni (D. Lgs. n. 33/2013 e L. 190/2012) e, come da indicazioni contenute nelle Regole di Sistema 2018 di Regione Lombardia, il *Piano della Performance* delle Aziende Sanitarie è correlato al *Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione* e al correlato programma per la trasparenza ed integrità.

Fondamentale, allo scopo di favorire una maggiore capacità di contrasto da parte delle Istituzioni sanitarie ai fenomeni corruttivi, l'individuazione della figura del Responsabile della Prevenzione, Corruzione e Trasparenza (RPCT) e l'approfondimento degli aspetti organizzativi che possono essere oggetto di rischio. La conseguente analisi sistematica dei rischi è, quindi, strumento per l'individuazione delle aree e dei processi a rischio ovvero di misure specifiche e contestualizzate atte al contrasto di tali fenomeni.

Anche per l'Esercizio 2019 continua l'analisi e la valutazione dei rischi con l'inserimento, nell'apposita scheda, degli indicatori che monitorano l'attuazione delle fasi pianificate nei rispettivi piani adottati dall'ASST della Valtellina e Alto Lario.

La rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione comporta che l'Azienda inserisca l'attività che pone in essere per l'attuazione della Legge n. 190/12 e del D. Lgs.33/2013 nella programmazione strategica e operativa, definita in via generale nel *Piano della Performance,* in quanto le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione. L'Azienda inserisce quindi negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del P.T.P.C.. In tal modo, le attività svolte dall'azienda per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del P.T.P.C. vengono inserite in forma di obiettivi nel *Piano della Performance*.

Dei risultati emersi nella Relazione delle performance il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dovrà tener conto:

- effettuando un'analisi per comprendere le ragioni/cause in base alle quali si sono verificati degli scostamenti rispetto ai risultati attesi;
- individuando delle misure correttive, sia in relazione alle misure c.d. obbligatorie che a quelle c.d. ulteriori, anche in coordinamento con i dirigenti in base alle attività che svolgono ai sensi dell'art. 16, commi 1, lett. l) bis, ter, quater, d.lgs. n. 165 del 2001 ed i referenti del responsabile della corruzione, al fine di un miglioramento del P.T.P.C. .

7. Il MIGLIORAMENTO dell'ORGANIZZAZIONE

Le strategie sono declinate in piani e obiettivi operativi attraverso il processo di budget che prevede il coinvolgimento dei Direttori/Responsabili di Unità Organizzative, dei Direttori di Dipartimento e dei coordinatori infermieristici e tecnici.

La funzione di misurazione e valutazione delle performance può quindi contribuire a un miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e, se usato come sistema operativo dinamico e non come mero adempimento burocratico, facilita il coinvolgimento di tutti i dipendenti e collaboratori, rendendoli informati e partecipi dei valori e dei principi che l'organizzazione aziendale si è preposta, ovvero responsabili dei successi e dei limiti collettivi e individuali.

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

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

8. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

- D. Lgs. n. 150/2009, *"Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"*;
- L.R. n. 23/2015, *"Evoluzione del Sistema Socio Sanitario lombardo: modifiche titolo I e II della L.R. 33/2009"*;
- L.R. n. 15/2018, *"Evoluzione del Sistema Socio Sanitario lombardo: modifiche al titolo I e II della L.R. 33/2009"*;
- DGR n. 4497/2015, *"Attuazione L.R. 23/2015: Costituzione Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario"*;
- DGR n. 351 del 28 luglio 2010, *"Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura"*;
- DGR n. 88 del 17 novembre 2010, *"Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014"*;
- DGS n. 349 del 23 gennaio 2012, *"Approvazione del metodo per l'individuazione dell'indice sintetico di performance per le strutture di ricovero"*;
- Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"
- D. Lgs. 33/2013, *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*;
- DGR n. 4702 del 29 dicembre 2015, *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'Esercizio 2016"*;
- DGR n. 5954 del 5 dicembre 2016, *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'Esercizio 2017"*;
- DGR n. 7600 del 20 dicembre 2017, *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'Esercizio 2018"*;
- DGR n. 1046 del 17 dicembre 2018, *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'Esercizio 2019"*.

INDICATORI di ATTUAZIONE delle STRATEGIE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
ATTUAZIONE delle STRATEGIE	Economicità e Razionalizzazione delle risorse	Riduzione spesa beni e servizi definita nelle Regole di Sistema 2018	UOC Economifico Finanziario	Direzione Amministrativa		
		Rispetto limiti di costo per i principali fattori produttivi				
		Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti				
		Nessuna anticipazione di Tesoreria				
		Rispetto dell'indicatore di TP inferiore a zero				
		Incremento/Mantenimento spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure aggregate rispetto anno 2018	UOC Approvigionamenti			
	Atuazione LR 23/2015 e LR 15/2018 Attuazione delle indicazioni regionali e passaggi	Definizione ed attuazione del Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) della ASST della Valtellina e Alto Lario	UOC Risorse Umane			

INDICATORI di ATTUAZIONE della PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
ATTUAZIONE della PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)	Contenimento tempi di attesa delle prestazioni monitorate da Regione Lombardia	Garantire i tempi di attesa previsti dalle classi di priorità per il 95% delle prestazioni monitorate Fonte dati: circolare 28 SAN (rilevazione ex post)	UOC Direzione Medica	Direzione Sanitaria		
	Realizzazione progetti previsti nei contratti per erogazione prestazioni sanitarie e socio sanitarie	Fasi e standard previsti dai contratti	UOS CdG	Direzione Amministrativa		
	Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (Pr.I.M.O.)	Sviluppo del programma di miglioramento secondo le indicazioni regionali e nel rispetto delle scadenze.	UOC Qualità	Direzione Sanitaria		
	Customer Satisfaction: invio dei dati Customer a ATS tramite SMAF	Rispetto delle scdenze definite da RL per il caricamento dei questionari customer				
	Risk Management: implementazione dei progetti contenuti nel Piano Annuale Rischio	Completa attuazione di almeno un progetto definito nel Piano Annuale Risk Management, in rif.to al cronoprogramma.				
	Risk Management: monitoraggio semestrale eventi avversi/sinistri/cadute/infortuni	Rispetto monitoraggio secondo le indicazioni e scadenze della Regione	UOC Qualità, Avvocatura, SPP	Direzione Sanitaria		
	Internal auditing	Predisposizione della pianficazione annuale e attuazione degli audit previsti	UOS Trasparenza e Internal Auditing	Direzione Amministrativa		
	Accompagnamento nel passaggio della psicopatologia dall'età evolutiva all'età adulta	n° pazienti della NPIA che a 18 anni hanno una diagnosi psicopatologica che vengono presentati al CPS (almeno una prestazione NPIA con un operatore del CPS) L'assistente sociale annualmente individua tra chi ha compiuto 18 anni i casi di cui sopra e su questo viene costruito l'indicatore, numero casi segnalati/casi individuati=50%	UOC NPIA	Dipartimento Salute Mentale		
	Integrazione Ospedale Territorio: segnalazione utente fragile in dimissione	n° dimissioni protette gestite dal Servizio Fragilità/n° dimissioni protette richieste >90%	UOS Cronicità	DSS		
	Presa in carico delle situazioni di fragilità in area materno infantile	n° progetti attivati/ n° schede richieste di intervento > 90%	UOS Famiglia			
	Saturazione posti hospice	n. ricoveri non oncologici/numero ricoveri>40%	UOS Cure Palliative	Dipartimento Cronicità		
	PDTA Ortogeriatria	Trasferimenti dall'ortopedia entro la 4° gior>80%	UOS Ortogeriatria			
	Valutazione cognitiva anziano fragile	Esecuzione valutazione cognitiva entro 72 H >85%				
	Gestione Intraospedaliera Post acuzie	n. ricoveri sub acuti/posti letto disponibili>=85%	UOC Geriatria			
	Percorso riabilitazione reumatologica	Esecuzione valutazione ingresso/dimissione > 85%	UOC Riabilitazione Ortopedica			
	Trasmissione entro il 28 febbraio 2019 della pianficazione annuale della attività di audit	Predisposizione della pianficazione annuale e attuazione degli audit previsti	UOS Trasparenza e Internal Auditing	Direttore Dipartimento Amministrativo		
	Trasmissione entro il 28 marzo 2019 relazione di monitoraggiosullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate nel 2018					
	Trasmissione entro il 31 luglio 2019 relazione semestrale di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuateal 30 giugno					
	Internal auditing	Predisposizione della pianficazione annuale e attuazione degli audit previsti		Direzione Amministrativa		

INDICATORI di ATTUAZIONE della GESTIONE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
ATTUAZ	Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Tumore del colon retto	Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia diagnostica (con dato endoscopia disponibile) (standard >80%)				
		Percentuale di nuovi casi di tumore al retto sottoposti a intervento che effettuano un trattamento CHT/RT o chirurgico 60 gg dall'endoscopia diagnostica (standard >80%)				
	Valutazione performance - indicatori di appropriatezza	degenza media pre-operatoria (standard <1,25)				
		% drg medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari (standard <20%)				
		% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con lo stesso MDC (standard <2%)				
		% ricoveri ordinari medici brevi sul totale dei ricoveri (standard <15%)				
		% fratture di femore operate entro 48 ore dall'ammissione (età≥ 65 anni) (standard >75%)				
	Valutazione governo clinico - indicatori di processo in area Materno Infantile	% tagli cesarei su parti in classe di Robson I e III (standard <5%)				
		% tagli cesarei su parti in classe di Robson IIa e Iva (standard >16%)				
		% tagli cesarei su parti in classe di Robson IIB e IvB (standard <3%)				
	Attuazione del processo di BUDGET 2019, tenendo conto dei seguenti obiettivi:	° obiettivi legati ancora alla messa a regime della L.R. 23/2015	UOS CdG	Direzione Amministrativa		
		° obiettivi DG				
		° obiettivi contratto ATS (tetti di produzione, indicatori relativi alla parte variabile dell'attività ambulatoriale)				
		° obiettivi di costo				
		° obiettivi risorse umane				
		° altri obiettivi aziendali specifici				

INDICATORI di ATTUAZIONE della GESTIONE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
IONE della GESTIONE	Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Ictus Ischemico	Percentuale di ricoveri per Ictus gestiti presso la Stroke Unit aziendale o trasferiti in altra Stroke Unit regionale (standard >80%)	UOC Qualità e Risk Management	Direzione Sanitaria		
		Percentuale di Schede di Rete Stroke compilate per i casi di Ictus dimessi dalla azienda(standard 100%)				
		Percentuale di casi di ictus ischemico trattati con fibrinolisi(standard >5%)				
		Percentuale di casi di ictus che effettuano un ricovero in riabilitazione entro 15 giorni dalla data accettazione(standard >25%)				
	Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Infarto Miocardico Acuto	Percentuale di Schede di Rete STEMI compilate per casi di Infarto Miocardico Acuto tratto ST dimessi dalla azienda (standard 100%)				
		Percentuale di casi di IMA trattati con PTCA entro 48 ore dal ricovero (standard >30%)				
		Percentuale di casi di IMA con tempo Door to Balloon entro i 90 minuti (standard >70%)				
		Percentuale di soggetti con IMA con inserzione di uno STent medicato in doppia terapia antiaggregante con una compliance terapeutica adeguata (standard >70%)				
	Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Tumore della mammella	Percentuale di soggetti operati entro 60 giorni dalla data della mammografia (con dato mammografia presente) (standard >70%)				
		Percentuale di nuovi casi di tumore della mammella che effettuano una cito-istologia nei 40 giorni precedenti l'intervento chirurgico (standard >80%)				
		Percentuale di nuovi casi di tumore alla mammella sottoposti ad intervento utilizzando la tecnica del linfonodo sentinella (standard >80%)				
		Percentuale di casi sottoposti a tecnica chirurgica radicale che effettuano la ricostruzione della mammella (standard >80%)				
		Percentuale di nuovi casi che avviano un trattamento medico entro 2 mesi dall'intervento chirurgico (standard >85%)				
		Percentuale di nuovi casi che avviano un trattamento radioterapico adiuvante entro 2 mesi dall'intervento chirurgico (standard >85%)				

INDICATORI di ATTUAZIONE dei PROGRAMMI TRIENNALI per la TRASPARENZA e INTEGRITA' e per il PIANO per la PREVENZIONE della CORRUZIONE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ, TRASPARENZA, DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI (D.LGS 33/2013) - DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	Adozione/aggiornamento PTPCT	n. e data deliberazione	RPCT	Responsabile Area "Sistema dei controlli interni"		
	Adozione relazione annuale del RPCT	n.protocollo e data comunicazione				
	Monitoraggio pubblicazione	Attestazione NVP(OIV)				
	Trasparenza: pubblicare i dati e le informazioni di competenza nella sezione Amministrazione trasparente del sito intranet aziendale	n.protocollo e data comunicazione del monitoraggio trimestrale al RPCT	Strutture coinvolte nella pubblicazione nella sezione Amministrazione trasparente	RPCT		
	Prevenzione corruzione: monitoraggio sull'adeguatezza PTPCT	n.protocollo e data comunicazione del monitoraggio semestrale al RPCT	Referenti RPCT	RPCT		