Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Valtellina e Alto Lario

PIANO DELLA PERFORMANCE 2020-2022

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;
- nel corso del 2020 l'ASST integrerà il Piano Triennale delle Azioni Positive.

1. PREMESSA

Il Piano della Performance è un documento programmatico di durata triennale che rappresenta lo strumento che dà avvio al Ciclo di gestione della Performance, (D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150), e quindi si configura come il documento attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto degli atti di programmazione nazionale, regionale e locale.

Il presente documento si pone in piena continuità con il Piano della Performance 2019-2021, 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 successivi con il rinnovamento annuale del *Piano della Performance*.

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 2019, 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 conclusasi 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 (P.T.P.C.T.) .

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, processo che si è concluso definitivamente solamente a far data dal 30/06/2019.

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 583, di cui 10 di cure palliative e 34 di subacuti, dal POT di Morbegno con un numero complessivo di posti letto pari a 28, 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 3.000 unità; già nel corso dell'Esercizio 2019, ma ancor più nel corso del 2020, si prospetta la possibilità di incrementare l'utilizzo di personale gravante sui beni e servizi, ricorrendo a convenzioni con cooperative, lavoro somministrato, area a pagamento, il cui incremento potrà essere parzialmente compensato con la contestuale riduzione dei costi del personale strutturato. Tale riduzione di costo deriva da cessazioni non sostituite, nonostante i numerosi avvisi di incarichi e procedure concorsuali espletati nel corso del 2019, in particolare per l'area contrattuale della Dirigenza Medica, nonché da assunzioni realizzate soltanto nel corso del secondo semestre dell'anno. Tuttavia, tale risparmio non deve essere inteso come una situazione storicizzabile e considerato pertanto come un risparmio strutturale, ma "posticipato" a completamento delle assunzioni previste per la realizzazione del PGRU 2019 nel corso dell'Esercizio 2020. Per quanto concerne il costo del personale a tempo determinato rilevato in prechiusura risulta in linea con l'Assestamento di bilancio effettuato nel corso dell'Esercizio ma registra una

forte riduzione rispetto al Preventivo 2019 ed al Consuntivo 2018). La contrazione del costo è motivata dal numero consistente di passaggi in ruolo di personale a tempo determinato avvenuti nel corso dell'ultimo trimestre 2018 e nel corrente esercizio. Infine, per quanto riguarda il costo di consulenze, collaborazioni coordinate e continuative, etc., l'andamento dei costi è in linea con quelli stimati a Preventivo 2019.

Nel 2019 sono stati effettuati 20.000 ricoveri e, oltre all'attività di ricovero, viene garantita l'assistenza al paziente urgente dal pronto soccorso generale con complessivi 74.500 accessi/anno. L'attività ambulatoriale consta di un volume di prestazioni specialistiche di 4.200.000 prestazioni/anno.

L'Azienda si avvale inoltre del supporto di associazioni di volontariato convenzionate che offrono a pazienti e familiari punti di ascolto e di accoglienza e attività di gioco con i piccoli pazienti.

Il bacino di utenza consta in una popolazione di quasi 199.000 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 2020, l'Azienda procederà all'adozione di un nuovo Piano Organizzativo Aziendale Strategico, nel quale verranno ridefinite le linee di offerta, conseguenti anche al nuovo assetto organizzativo che la 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 2020.

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**
  Per obiettivi istituzionali sono da considerarsi ancora prioritari il completamento e diffusione del sistema presa in carico del paziente cronico, la riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni e il riordino della rete di offerta, come ribadito nella DGR 2672 del 16/12/2019.
- **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, con l'utilizzo di 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 e modalità organizzative che consentano flessibilità nell'utilizzo di sedi e di risorse umane e strumentali.

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 incrementate rispetto all'Esercizio precedente**.**

Il 2019 ha visto l'introduzione di una specifica scheda denominata 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, successivamente tradotte anche in indicatori ad hoc. Obiettivo dell'Esercizio 2020 è il consolidamento del pieno allineamento dei tempi di pagamento alle tempistiche sopracitate previste dalla legge, cui seguirà il rafforzamento delle attività di aggiornamento dei dati al fine dell'alimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC).

Infine, a seguito del completamento delle procedure relative al percorso Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei bilanci del SSR, di cui alla L.R. n. 23/2015, si procederà al consolidamento di tale percorso con particolare riferimento alle attività di monitoraggio interno ed esterno di implementazione delle procedure stesse, anche con l'utilizzo di strumenti di auto valutazione ovvero di internal auditing per le diverse funzioni interessate, al fine di approfondire eventuali criticità amministrativo – contabili nell'ambito del processo di certificazione del bilancio aziendale.

Gli indicatori e i relativi risultati attesi sono contenuti 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 2020, in continuità con quelli del 2019, sono:

- DGR n. 1046 del 17 dicembre 2018, "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'Esercizio 2019*";
- DGR n. 2672 del 16 dicembre 2019, "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Socio Sanitario Regionale per l'Esercizio 2020";*
- *"Linee guida attività di Risk Management 2019";*
- *"Linee guida attività di Risk Management 2020";*
- contratti ATS/ASST 2020;
- obiettivi Direttore Generale - anno 2020.

La progettualità dell'azienda per l'anno 2020 si sviluppa nei seguenti ambiti, ritenuti di particolare rilievo per le politiche sanitarie aziendali e regionali:

Tempi di attesa

- garantire i tempi di attesa previsti dalle classi di priorità come previsto dalla normativa regionale.

Contratti con ATS della Montagna

- realizzazione dei progetti previsti nei contratti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie.

Qualità e Risk Management

- Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (Pr.I.M.O.), qualora venisse confermato;
- Risk Management: implementazione dei progetti contenuti nel Piano Annuale Rischio;
- Risk Management: monitoraggio semestrale degli eventi avversi/sinistri/azioni;
- progetti formativi: attuazione di almeno il 65% progetti formativi inseriti nel piano di formazione secondo i requisiti definiti da RL.

Medicina Legale

- contenere i tempi di attesa per gli accertamenti dell'area invalidità civile

Neuropsichiatria

- presenza dei medici alle commissioni per l'invalidità e l'integrazione scolastica (insegnanti di sostegno

Area Materno Infantile

- implementazione in ASST del documento di RL "Agenda del Percorso Nascita" per la presa in carico ostetrica in gravidanza

Area Cronicità e Fragilità

- integrazione Ospedale Territorio: segnalazione utente fragile in dimissione;
- consulenza terapia dolore da RSA;
- saturazione posti hospice;
- valutazione degenti domicilio o organizzazioni privato accreditato territorio per ingresso degenza ASST

- PDTA ortogeriatria;
- valutazione cognitiva anziano fragile;
- gestione Intraospedaliera Post acuzie;
- percorso riabilitazione reumatologica.

Territorio

- audit presso i centri vaccinali;
- validazione multidimensionale MISURA B1 nei tempi previsti da Regione Lombardia.

Internal Auditing

- predisposizione della pianificazione annuale ed attuazione degli audit previsti.

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.
Le analisi di indicatori di qualità dei processi e della organizzazione, la *Customer Satisfaction* e il processo di budget 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*" e di "Valutazione Performance" costituiscono 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 "*appropriatezza*", di "*esito*". 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*".

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.

Trimestralmente, come da indicazioni di Regione Lombardia, l'URP è tenuto a caricare i dati delle Customer nel portale SMAF regionale, in modo da rendere omogeneo 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 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 processo di budget rappresenta, sicuramente, una parte fondamentale per l'attuazione di quanto previsto nel Piano delle Performance e, quindi, non può essere scollegato rispetto al ciclo della performance. 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.

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 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 quattro fasi:

1) nella 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;

2) nella seconda fase vengono definiti gli obiettivi strategici ed economici. I primi sono 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) e obiettivi economici appartenenti all'area della produzione e dei consumi che saranno declinati ai direttori dei dipartimenti gestionali e ai responsabili degli ambiti territoriali. I secondi sono obiettivi relativi a specifici fattori produttivi (beni e servizi) e saranno assegnati ai principali gestori di spesa, in funzione delle esigenze proposte dai vari servizi, compatibilmente con i vincoli di bilancio e le azioni di *spending review*.;

3) la terza fase prevede la condivisione dei budget a livello di dipartimento, e con l'estensione dell'assegnazione degli obiettivi ai responsabili di tutte le strutture coinvolte all'interno del dipartimento stesso. A seguire 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;

4) 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.

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

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 2019 di Regione Lombardia, il *Piano della Performance* delle Aziende Sanitarie è correlato al *Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza* 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.

In applicazione del PNA 2019, l'Azienda si impegna ad adottare il nuovo approccio valutativo per la gestione del rischio corruttivo in modo graduale ed in ogni caso non oltre il PTPCT 2021-2023.

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.T.

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 e individuando delle misure correttive.

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*";
- DGR n. 2672 del 16 dicembre 2019, "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Socio Sanitario Regionale per l'Esercizio 2020".*

INDICATORI di ATTUAZIONE delle STRATEGIE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO
ATTUAZIONE delle STRATEGIE	Economicità e Razionalizzazione delle risorse	Riduzione spesa beni e servizi definita nelle Regole di Sistema 2020	UOC Economifico Finanziario	Direzione Amministrativa
		Consolidamento del percorso PAC		
		Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti		
		Nessuna anticipazione di Tesoreria		
		Rispetto dell'indicatore dei Tempi di pagamento e la corretta e completa alimentazione della PCC		
		Incremento/Mantenimento spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure aggregate rispetto anno 2019	UOC Approvigionamenti	
	Linee guida regionali 2020-2022 - predisposizione POAS	Definizione ed attuazione del nuovo Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) della ASST della Valtellina e Alto Lario per triennio 2020-2022	UOC Risorse Umane	

INDICATORI DI ATTUAZIONE della PROGRAMMAZIONE (Progetti)

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO
ATTUAZIONE della PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)	Contenimento tempi di attesa delle prestazioni monitorate da Regione Lombardia	Garantire i tempi di attesa previsti dalle classi di priorità come previsto dalla normativa regionale	UOC Direzione Medica	Direzione Sanitaria
	Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (Pr.I.M.O.)	Sviluppo del programma di miglioramento secondo le indicazioni regionali e nel rispetto delle scadenze definite da Regione qualora venisse confermato	UOC Qualità	
	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.		
	Progetti formativi	Attuazione di almeno il 65% progetti formativi inseriti nel piano di formazione secondo i requisiti definiti da RL		
	Risk Management: monitoraggio semestrale eventi avversi/sinistri/cadute/infortuni	Rispetto monitoraggio secondo le indicazioni e scadenze della Regione	UOC Qualità, Avvocatura, SPP	
	Contenere i tempi di attesa per gli accertamenti dell'area invalidità civile	Tempi di attesa tra data di acquisizione pratica e prima convocazione visita per invalidità <= 60 gg solari (escluse le urgenze)	UOC Medicina Legale	
	Realizzazione progetti previsti nei contratti per erogazione prestazioni sanitarie e socio sanitarie	Fasi e standard previsti dai contratti	UOS Controllo di Gestione	Direzione Amministrativa
	Predisposizione della pianficazione annuale e attuazione degli audit previsti	Pianficazione annuale della attività di audit entro il 28 febbraio 2020	UOS Trasparenza e Internal Auditing	Dipartimento Amministrativo
		Trasmissione entro il 31 marzo 2020 relazione di monitoraggiosullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate nel 2019		
		Trasmissione entro il 31 luglio 2020 relazione semestrale di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate al 30 giugno		
	Presenza dei medici alle commissioni per l'invalidità e l'integrazione scolastica (insegnanti di sostegno)	Presenza in almeno l'80% delle sedute	UOC NPIA	Dipartimento Salute Mentale
	Attuazione della DGR XI/268 del 2018 "Rete Regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica" nel Basso Rischio Ostetrico (BRO)	Implementazione in ASST del documento di RL "Agenda del Percorso Nascita" per la presa in carico ostetrica in gravidanza	UOS Famiglia	Dipartimento Attività Territoriali
	Garantire l'offerta vaccinale e le coperture previste dal PNPV/PRPV	Copertura Esavalente 3 dosi a 24 mesi > 95%		

INDICATORI DI ATTUAZIONE della PROGRAMMAZIONE (Progetti)

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO
ATTUAZIONE della PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)	Audit presso i centri vaccinali	Effettuare almeno un audit in un centro vaccinale secondo check-list	Dipartimento Attività Territoriali	Direzione Socio Sanitaria
	Validazione multidimensionale MISURA B1 nei tempi previsti da Regione Lombardia	Numero valutazioni effettuate nei tempi previsti e numero pazienti da valutare		
	Integrazione Ospedale Territorio: segnalazione utente fragile in dimissione	n° dimissioni protette gestite dal Servizio Fragilità/n° dimissioni protette richieste >90%	UOS Cronicità e Continuità Assistenziale	Dipartimento Cronicità
	Valutazione degenti domicilio o organizzazioni privato accreditato territorio per ingresso degenza ASST	n. valutazioni effettuate/n.valutazioni pervenute al Direttore del Dipartimento >=90%	UOS Cronicità e Continuità Assistenziale	
	Saturazione posti hospice	n. ricoveri non oncologici/numero ricoveri>40%	UOS Cure Palliative	
	Consulenza terapia dolore da RSA	Attivazione Servizio entro dicembre 2020		
	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	

INDICATORI di ATTUAZIONE della GESTIONE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO
ATTUAZIONE della GESTIONE	Valutazione performance - indicatori di esito	Interventi per tumore mammella. Standard: almeno 135/anno	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
		% di parti con taglio cesareo primario. Standard <20%		
	Valutazione performance - indicatori di appropriatezza	Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriatezza. Standard <18%		
		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%)		
	Mantenimento Alte Specialità: neurochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, emodinamica	Garanzia volumi minimi di prestazione per UO di Alta Specialità	Direzione Medica di Presidio	
	Customer Satisfaction: invio dei dati Customer a ATS tramite SMAF	Rispetto delle scadenze definite da Regione Lombardia per il caricamento dei questionari customer		
	Attuazione del processo di BUDGET 2020	Obiettivi Direttore Generale 2020	UOS Controllo di Gestione	Direzione Amministrativa
		Obiettivi contratto ATS (tetti di produzione, indicatori relativi alla parte variabile dell'attività ambulatoriale)		
		Obiettivi di costo		
		Altri obiettivi aziendali specifici		

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
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