Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Valtellina e Alto Lario

RELAZIONE sul MONITORAGGIO ANNUALE 2016 PIANO della PERFORMANCE

INDICE

1. Premessa
2. Analisi degli indicatori di "*Attuazione delle Strategie*"
3. Analisi degli indicatori di "*Attuazione della Programmazione*"
4. Analisi degli indicatori di "*Attuazione della Gestione*"
5. Analisi degli indicatori di "*Trasparenza*"

Allegati: tabelle indicatori

Piano della Performance – Relazione sul Monitoraggio Annuale 2016

Premessa

A partire dall'01/01/2016 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.

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* e le correlate relazioni degli Esercizi precedenti, mantenendo sostanzialmente la stessa struttura.

Nel corso del 2016, ASST ha elaborato il suo Piano della Performance relativo al triennio 2016-2018, adottandolo con delibera n. 17 del 27/01/2016, avviando in tal modo il processo di valutazione della performance, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente ovvero secondo le indicazioni fornite in sede regionale dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della Performance.

Di seguito, nella relazione, nell'analisi di dettaglio degli indicatori, si rendicontano gli aspetti più rilevanti ovvero i risultati ottenuti a fine 2016, come riportato nelle tabelle allegate che costituiscono parte integrante del presente documento. Non è stato possibile effettuare un confronto con gli anni precedenti alla luce delle modifiche organizzative intercorse a seguito dell'attuazione della Legge Regionale 23/2015 ovvero per la diversa offerta posta in essere (acquisizione dell'area territoriale delle ex ASL di Sondrio e Como).

Analisi degli indicatori di "Attuazione delle Strategie"

Per quanto riguarda l'analisi degli indicatori di "*Attuazione delle Strategie*", due erano i progetti obiettivo definiti, l'uno, in continuità con gli Esercizi precedenti, concernente l'economicità e la razionalizzazione delle risorse, l'altro, l'attuazione delle indicazioni regionali per l'implementazione del nuovo modello organizzativo di gestione della costituenda Azienda.

Per quanto concerne il primo obiettivo, pur non potendo effettuare alcun confronto diretto rispetto agli Esercizii precedenti per via della riforma sanitaria che ha determinato l'aggregazione del presidio di Menaggio ai presidi ospedalieri ex AOVV, oltre all'attività territoriale riconducibile alle ex ASL di Sondrio e di Como, gli indicatori di bilancio rispecchiano i valori storici rilevati ovvero un costo di "*Beni e Servizi*" pari al 30% circa del valore della produzione aziendale. Per contro, migliora il rapporto di tale spesa effettuata attraverso procedure aggregate rispetto al totale della spesa di "Beni e Servizi" passando dal 49% al 55%. Nel dettaglio, fra i "*Beni e Servizi*" si rilevano costi per € 78.000 circa, di cui l'acquisto di beni sanitari (farmaci e dispositivi medici) ed economali (alimentari, cancelleria, materiale di guardaroba, igiene e manutenzione) incide per il 59%.

Sempre sul fronte dei costi, sul costo del personale si rileva una significativa contrazione rispetto al budget assegnato ad inizio anno, dovuta sia alla consistente cessazione di personale a tempo indeterminato nel corso del 2016, sia all'elevato turnover, dovuto alla particolarità organizzativa della struttura aziendale, in cui insistono i cinque Presidi Ospedalieri e diversi presidi territoriali delle ex ASL di Sondrio e Como, articolati su un territorio vasto e disagiato. L'aumento che si riscontra sui dipendenti di ruolo amministrativo sul totale dei dipendenti è dovuto agli effetti della Legge 23/2015 con il passaggio ad ASST del personale prima riconducibile alle ex ASL di Sondrio e Como e all'AO Sant'Anna di Como.

Sul fronte dei ricavi, invece, l'attività erogata nel corso del 2016 in regime di ricovero rileva una riduzione di oltre € 2.000 (valori in migliaia di euro) rispetto al contratto con l'ATS della Montagna, mentre per quanto concerne l'attività ambulatoriale si è raggiunto il 100% del contrattualizzato. E' pressoché in linea con il contratto, invece, l'attività di Psiche e quella di NPIA, ivi compresi i progetti innovativi, parte integrante del contratto stesso, e i ricavi per prestazioni sanitarie (hospice e nuove reti sanitarie).

Per quanto concerne, invece, il secondo obiettivo, riguardante l'attuazione della Legge n. 23/2015 e l'implementazione del nuovo modello gestionale di ASST, gli obiettivi previsti sono stati realizzati nei tempi e con le modalità previste dalla Regione. Di seguito un estratto dei principali:

- ad ottobre 2016 si è proceduto alla stesura ed all'invio a Regione Lombardia del nuovo POAS, approvato con delibera n. 203 del 29/03/2017;
- si sono costituiti ed attivati gruppi di lavoro fra operatori ospedalieri e operatori dei servizi territoriali (consultori, Sert, uffici protesi, scelte e revoche, cure primarie, etc.), per creare sinergie utili per rispondere al meglio alle esigenze e ai bisogni di salute della popolazione. Tali aree di attività sono state attivate ex novo in quanto "cedute" dalle Aziende Sanitarie, a seguito della riforma sanitaria, comportando un lavoro di organizzazione e omogeneizzazione interna. Si è proceduto quindi alla presa in carico delle attività con il trasferimento, in parte, del personale dalle ATS (ex ASL) alle ASST e alla successiva gestione in autonomia da parte delle stesse ASST

  Le principali ulteriori implementazioni sono rappresentate dalla sottoscrizione con gli Uffici di Piano del territorio della convenzione per la regolamentazione dei rapporti in materia di tutela dei minori, dall'elaborazione di proposte progettuali innovative in materia di sviluppo di servizi sociosanitari e sanitari, che hanno portato nell'aprile 2017 all'avvio del Punto Famiglia all'interno della Casa della Salute a Livigno (SO), al reclutamento di personale per meglio rispondere all'esigenze organizzative e all'attuazione della programmazione regionale in materia di vaccinazione;
- attraverso la costituzione di gruppi di lavoro, sono state avviate le attività per la necessaria omogeneizzazione tra i sistemi informativi di provenienza dalle diverse Aziende confluiti, predisponendo il sistema infrastrutturale di base, le Rete Dati e la gestione delle postazioni di lavoro sull'intera area territoriale e dei presidi ospedalieri della nuova ASST, con l'implementazione del LIS (Laboratory Information System), necessario per completare l'integrazione del PO di Menaggio. Come sopra riportato, sono state poi completate le altre e correlate attività di omogeneizzazione dei principali sistemi amministrativi (non legate alla rendicontazione dell'attività aziendale), come la gestione della raccolta delle timbrature e l'attivazione del magazzino farmacia sul presidio di Menaggio (nel corso del 2017 proseguirà analoga attività per i magazzini economali);
- si è data esecutività alle Linee Guida previste per la presa in carico dei contratti, ivi compresi quelli assicurativi e quelli riguardanti la gestione del contenzioso. La presa in carico è avvenuta gradualmente con il passaggio dalle tre Aziende cedenti dei principali contratti che si è conclusa definitivamente per lo più con l'inizio dell'Esercizio 2017.

Analisi degli indicatori di "Attuazione della Gestione"

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.

L'attuazione della programmazione si declina attraverso la realizzazione di una serie di progetti, "misurabili" attraverso appositi indicatori, stabiliti dalle Regole di Sistema Regionali, dagli obiettivi aziendali assegnati al Direttore Generale desumibili dalle stesse Regole e da quelli previsti in continuità con gli Esercizi precedenti nel contratto con l'ATS della Montagna.

Per l'anno 2016, alla luce della riforma e delle indicazioni ricevute successivamente alla data 31/01, quale data di presentazione del Piano della Performance 2016, non è stato possibile avere un dettaglio maggiore, e, rispondendo a quanto richiesto dalla circolare attuativa della DGR 4702 del 29/12/2015 sono stati proposti degli obiettivi legati sia al nuovo modello organizzativo aziendale in attuazione della Legge 23/2015, sia al contratto con l'ATS ovvero alla gestione delle attività interne, risorse umane e/o altri obiettivi specifici.

Le valutazioni degli indicatori forniscono le indicazioni sull'efficacia di ogni struttura di ricovero e cura rispetto al riferimento regionale e consentono di ottenere elementi di dettaglio per il miglioramento complessivo della qualità del servizio erogato e dell'appropriatezza delle cure.

Il sistema di "*Valutazione delle Performance*" costituisce lo strumento di accesso a tali informazioni/indicatori, prodotte a partire dai dati contenuti nel DataWareHouse (DWH) Socio Sanitario di Regione Lombardia. In continuità con gli anni precedenti, all'interno del "*Portale di Governo"*, sono stati estrapolati gli indicatori di out come cioè di performance clinica ovvero mortalità intraospedaliera, ritorni in sala operatoria, ricoveri ripetuti, dimissioni volontarie, trasferimenti tra strutture, etc., e l'andamento che si è riscontrato nel corso dell'Esercizio è similare a quello degli anni precedenti, mentre si rileva una leggera variazione negativa sul numero di ricoveri ripetuti entro l'anno nella stessa MDC.

Tra gli indicatori di qualità dei processi e dell'organizzazione è stato inserito anche l'obiettivo legato alla soddisfazione dei pazienti, come desunto dalle analisi di customer. 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, con i giudizi espressi dagli utenti attraverso il monitoraggio strutturato di segnalazioni, reclami, osservazioni e suggerimenti degli stessi. 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. Rispetto al 2015 si è utilizzato un nuova metodologia di valutazione e calcolo, pertanto il valore che si riscontra non è misurabile con il biennio precedente (grado di soddisfazione pari al 65.15%). Tale nuovo modello di misurazione sarà la base di partenza per un'analisi di dettaglio basata sul regime di erogazione delle prestazioni (di ricovero e/o ambulatoriali), sull'erogatore delle stesse, sia esso di natura ospedaliera e/o territoriale.

Obiettivi di budget 2016

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.

ASST ha adottato anche nel 2016 tale strumento, con il quale sono stati definiti gli obiettivi strategici ed economici, assegnati trasversalmente ai principali gestori di budget (farmacia, provveditorato, etc.), ai Dipartimenti Gestionali e ai Centri di Responsabilità.

La valutazione finale degli obiettivi assegnati con tale processo verrà effettuata da parte dell'ufficio Controllo di Gestione nel corso dell'anno 2017. Le tipologie di obiettivi presentati nelle schede sono stati di diversa natura ovvero inerenti obiettivi strategici, economici e aziendali, legati al contratto con l'ATS della Montagna o alla gestione delle attività interne.

Analisi degli indicatori di "Attuazione della Programmazione"

Per quanto riguarda l'analisi degli indicatori di "*Attuazione della Programmazione*", sette erano i progetti e gli obiettivi legati alle Regole di Sistema 2016, in continuità anche con quelli dell'Esercizio precedente, mentre uno era strettamente legato alla realizzazione dei progetti previsti dai contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie con l'ATS della Montagna.

Di seguito si riportano gli esiti relativi agli obiettivi che nel monitoraggio intermedio e/o finale hanno evidenziato una particolare rilevanza:

Relativamente agli obiettivi prettamente sanitari quali le reti di patologia (REL, ROL, RENE, STROKE, STEMI, Diabete), a cui nelle sotto elencate schede di dettaglio si rimanda, la condivisione dei rispettivi PDTA si è proceduto ad una loro verifica attraverso gli indicatori di monitoraggio resi disponibili sul "*Portale di Governo*". I risultati ottenuti sono stati analizzati dai responsabili coinvolti e rendicontati in Regione, ai fini della valutazione degli obiettivi del Direttore Generale.

Rete Stroke • Corretta applicazione dei PDTA di riferimento. • Pieno utilizzo dell'archivio regionale Stroke. • Evidenza della gestione di almeno l'80% dei casi acuti di ictus presso la Stroke Unit aziendale o dell'invio dei pazienti ad altra Stroke Unit regionale.	- Corretta applicazione dei PDTA di riferimento. - Segnalazione al registro di tutti i casi di Stroke. - L'82% di casi sono stati gestiti nella Stroke Unit aziendale.
Rete Stemi • Corretta applicazione dei PDTA di riferimento. • Evidenza dell'adesione attiva del 100% delle cardiologie e UTIC al Registro Stemi.	E' stata garantita la corretta applicazione dei PDTA di riferimento. Schede inserite nel registro Stemi: 100%
Sistema trasfusionale regionale Consolidamento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano annuale di programmazione e compensazione regionale ed extraregionale delle unità di sangue su indicazione della Struttura Regionale di coordinamento (nota AREU prot. 175 del	Il piano di programmazione e compensazione regionale delle unità di sangue è stato rispettato secondo le indicazioni di SRC (Struttura Regionale di

12/01/2016).	Coordinamento) e AREU. Sono proseguite, invece, le operazioni di trasferimento e di razionaliz- zazione di alcune linee di attività tra il Presidio Ospeda-liero di Sondrio e quello di Son-dalo rientranti nel progetto org. vo, approvato dalla DG Sanità il 17/09/2014 rif. prot. n. 0029993 del 18/09/2014.
Sistema Regionale Trapianti • Promozione attiva della cultura della donazione anche attraverso il mantenimento del numero di donatori segnalati nell'anno precedente.	Nel 2016 l'attività di donazione e di prelievo si è svolta regolarmente in tutta l'ASST.
• Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale.	Numero donatori cornee pari al 7,2% dei decessi negli ospedali.
• Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione.	Numero donatori tessuti ossei da vivente pari al 19% delle protesi impiantate.
• Numero di prelievi multitessuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2015, e comunque non inferiore a 3.	L'attività è iniziata a fine 2016 con l'elaborazione del protocollo aziendale e con l'effettuazione del primo prelievo multitessuto in corso di donazione d'organo.
• Piena adesione alle politiche regionali sui trapianti e mantenimento dei livelli operativi degli anni precedenti.	Mantenuto lo stesso numero di donatori multiorgano rispetto all'anno precedente (N. 6). Piena adesione alle politiche regionali sui trapianti.
• Incremento del numero di trapianti da vivente (Tx rene).	Nel 2016 non ci sono stati trapianti di rene da vivente per incompatibilità donatore/ricevente.
• Rispetto del 100% del debito informativo con uso del programma Donor Action/Donor Manager, completo inserimento dei dati nel SIT (lista d'attesa riceventi, comunicazione entro 48 ore al Centro Regionale di Riferimento del trapianto effettuato, da cadavere e da vivente).	Rispetto del debito informativo con uso del programma Donor Action/Donor Manager.

Rete per l'assistenza alla madre e al neonato – Adozione di protocolli sul rischio in sala parto Ogni azienda in cui siano presenti sale parto deve certificare l'operatività dei seguenti protocolli: • Protocollo che definisca le priorità nell'effettuazione del taglio cesareo (applicazione codici colore per il taglio cesareo). • Protocollo organizzativo per attività ambulatoriale del percorso per la gravidanza a basso rischio/fisiologica.	E' stata data piena adesione al protocollo aziendale per la gravidanza a basso rischio fisiologica dal titolo "*Protocollo organizzativo ambulatoriale del percorso della gravidanza a basso rischio fisiologico*", al protocollo aziendale inerente l'applicazione del codice colore per taglio cesareo e al protocollo aziendale per la gravidanza a basso rischio fisiologica dal titolo "*Protocollo organizzativo ambulatoriale del percorso della gravidanza a basso rischio fisiologico*".
Implementazione Trigger • Relazione sulla attivazione del "sistema Trigger" presso i singoli Punti Nascita con numero eventi trigger segnalati e tipologia (seguiranno indicazioni tecniche).	E' stata effettata l'implementazione del sistema trigger presso i tre Punti Nascita, come da indirizzi regionali in CEDAP. Trigger inseriti a sistema: - Chiavenna n° 9 (n° 3 materni, n° 6 fetali/neonatali) - Sondrio n° 43 (n°24 materni, n° 19 fetali/ neonatali) - Sondalo n°16 (n° 14 materni, n° 2 fetali/neonatali)
Promozione e sostegno allattamento al seno • Partecipazione a survey regionali dedicate • Presenza di programmi integrati tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale coerenti con gli obiettivi del Comitato Percorso Nascita Locale entro il 31.12.2016	Partecipazione al gruppo Regionale delle Comunità amiche del Bambino. Il Percorso Nascita è stato redatto dalla ASST della Valtellina e Alto Lario e recepito dal Comitato Percorso Nascita Locale nel mese di giugno 2016. Per rafforzare ulteriormente l'integrazione Ospedale/Territorio sono stati sviluppati nel corso del secondo semestre, nell'ambito del gruppo Risk, i seguenti Percorsi Assistenziali: Assistenza alla gravidanza, corsi di accompagnamento alla nascita, Parto, Puerperio, Interventi dopo la dimissione della coppia mamma/neonato, sostegno all'allattamento al seno, sostegno alla famiglia nel territorio. I Consultori della Provincia di Sondrio sin dal 2012 sono certificati BFC UNICEF e pertanto continuano ad applicare le buone pratiche dei 10 e 7 passi OMS UNICEF, tali buone pratiche sono stare in parte estese anche al Consultorio di Menaggio.

Relativamente agli obiettivi organizzativi/amministrativi si riportano i seguenti punti:

- **Organizzazione e Gestione della Rete Territoriale delle ASST (cronicità, POT, cooperative MMG, etc.)**: dall'01/05/2017 è stato attivato il POT di Morbegno mentre nel corso del 2016 sono state definite le caratteristiche e la localizzazione dei PRESST aziendali, che erogano le prestazioni riferite ai LEA distrettuali e socio sanitari territoriali, alle attività di medicina legale e alle vaccinazioni, già erogate nelle diverse articolazioni organizzative della ex ASL. Nell'area del sostegno alla domiciliarietà dell'assistenza sono proseguite le attività già consolidate nelle precedenti Aziende ASL e la ASST ha effettuato le valutazioni multidimensionali per tutte le persone che ne hanno fatto richiesta e sono stati emessi i relativi voucher.

- **Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO)**: la scadenza di presentazione del PIMO è stata prorogata nel 2017 tuttavia nel corso del 2016 sono stati inseriti nella piattaforma le chek-list di autovalutazione e tutti i rapporti di audit, interno ed esterno. Rispondendo infatti ai dettami della DGR 2989 del 23/12/2014 è stata data attuazione al Piano di Internal Audit, con l'identificazione di un responsabile aziendale che, in collaborazione col gruppo di lavoro appositamente costituito, ha dato definizione al piano stesso, con delibera aziendale n. 364 del 15/06/2016. In particolare, sono state condotte tre attività di audit, sui contratti pubblici, uno straordinario sul service odontoiatrico e sulla libera professione intramuraria. Infine, sono state recepite le successive raccomandazioni scaturite dal Piano di Internal Audit, con l'organizzazione di un corso di formazione, e degli atti conseguenti agli audit sopracitati.

- **Risk Management**: nel corso del 2016 sono state portate a compimento, come da crono programma, le azioni pianificate per l'anno nel Piano annuale di Risk Management 2016, adottato con determina n. 1101 del 30/12/2016, e, relativamente ai quattro progetti principali, è stato concluso il progetto "*La sicurezza dei lavoratori: come prevenire gli atti di violenza sul lavoro*" e il progetto "*Rimodulazione del percorso nascita: collegamento ospedale-territorio e monitoraggio Trigger in ostetricia*". Attraverso la conduzione di audit multidisciplinari è stata anche garantita la gestione dei 12 eventi sentinella segnalati nel 2016.

  E' stato garantito altresì il monitoraggio degli eventi avversi/sinistri con la trasmissione a Regione Lombardia dell'aggiornamento sinistri relativo al primo semestre 2016 in data 14/09/2016 e quello relativo al secondo trimestre 2016 in data 31/01/2017. In data 30/12/2016 è stato altresì inviato

anche l'autocertificazione dell'aggiornamento SIMES, riguardante gli eventi sentinella accorsi durante l'anno (12). Complessivamente, pur alla luce della diversa organizzazione aziendale, i dati riguardanti i sinistri sono in linea con il biennio precedente, così come gli infortuni mentre sono in incremento le segnalazioni di cadute di pazienti, in parte comunque riconducibile al conteggio dei pazienti del PO Menaggio, non compresi precedentemente.

Relativamente agli obiettivi strettamente aziendali, invece, si rimanda alla sezione sopra esposta per gli quelli legati alla riorganizzazione della rete ospedaliera.

A livello sanitario, per quanto riguarda l'appropriatezza dell'attività di ricovero, la stessa è monitorata con specifico indicatore (% di ricoveri inappropriati < 22%) da Regione Lombardia ed è valutata da ATS attraverso i controlli NOC. L' Azienda nel 2016 si è mantenuta entro i parametri richiesti in entrambe le tipologie di controllo.

ASST, inoltre, ha proseguito le azioni intraprese per migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni di radiologia ad alta complessità tecnologica (RM e TC), soprattutto nell'ambito delle patologie osteomuscolari. L'obiettivo è stato quello di ridurre i tempi di attesa di queste prestazioni, non con un aumento dell'offerta, ma applicando i criteri di appropriatezza, pubblicati con la DGR 2313/2014, e le condizioni di erogabilità definite da Regione Lombardia, in condivisione con la comunità professionale. Nel secondo semestre 2016, TC e RM sono state erogate nei tempi obiettivo regionali, a fronte di un discreto calo di prestazioni di RM (- 4,5% rispetto al 2015) e un lieve aumento di prestazioni TC (+ 2,5% rispetto al 2015). Sempre a seguito della citata delibera, sono stati definiti percorsi e protocolli condivisi con ATS volti a garantire appropriatezza nella richiesta di prestazioni di laboratorio, con particolare attenzione alle richieste di esami di genetica. Ulteriore azione di miglioramento in ambito di prestazioni ambulatoriali è stata la promozione del corretto utilizzo delle classi di priorità sulla impegnativa SSR, l'introduzione della classe di priorità B (prestazione da erogare entro 10 giorni) nelle agende di prenotazione e il monitoraggio dell'utilizzo della classe U.

Al fine di ridurre i tempi di attesa delle prestazioni più critiche e di facilitare l'accessibilità ai servizi erogati, anche per il 2016 l'Azienda ha proposto l'iniziativa "*Ambulatori Aperti*" nelle fasce orarie serali e nei giorni prefestivi e festivi. Le prestazioni offerte sono state le risonanze magnetiche, gli ecocolordoppler cardiaci e vascolari e le visite oculistiche, per un totale di 3.681 prestazioni erogate nel 2016.

Anche nel 2016, infine, è stata mantenuta l'assegnazione di budget per le SOC/SOS appartenenti al Dipartimento Amministrativo, i cui obiettivi economici erano relativi a specifici fattori produttivi ("*Beni e Servizi*") assegnati ai principali gestori di spesa, determinati anche in funzione delle esigenze proposte dai vari servizi, compatibilmente con i vincoli di Bilancio e le azioni di "*spending review*". La valutazione finale degli obiettivi assegnati con tale processo verrà effettuata da parte dell'ufficio Controllo di Gestione nel corso dell'anno.

Analisi degli indicatori di "Trasparenza"

Come previsto dalla normativa sulla anti corruzione e la trasparenza nelle Pubbliche Amministrazioni (D. Lgs. n. 33/2013 e n. 39/2013), in continuità rispetto agli Esercizi precedenti, il Piano della Performance è stato integrato con l'inserimento di obiettivi legati a questo ambito.

E' stato garantito un costante approfondimento degli aspetti organizzativi che potevano essere oggetto di rischio. La conseguente analisi sistematica dei rischi è stata lo strumento per l'individuazione delle aree e dei processi ovvero di misure specifiche, atte al contrasto dei fenomeni corruttivi.

In particolare, nel corso del 2016 sono proseguite le azioni per mantenere le misure adottate a partire dall'anno 2014 per la ex AOVV e gli indicatori scelti hanno mantenuto il monitoraggio delle azioni e delle misure previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e Integrità, adottati dall'Azienda con delibere n. 20/2016 e n. 559/2016.

Non si segnalano criticità nel raggiungimento di tali obiettivi, se non quello derivante dall'attivazione delle nuove analisi di rischio sulle aree precedentemente in capo alle Aziende Sanitarie ovvero dall'estensione e/o l'armonizzazione dei processi già in essere a livello ospedaliero sul presidio di Menaggio.