Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Garda

Delibera nr. 1336 del 02/11/2017

OGGETTO: PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE A.S.S.T. DEL GARDA 2016-2018: AGGIORNAMENTO ANNO 2017

Il sottoscritto dott. Peter Assembergs, in qualità di Direttore Generale di questa Azienda Socio-Sanitaria Territoriale, come tale nominato in forza della Deliberazione della Giunta Regionale di Lombardia n. X/4626, adottata in seduta del 19 Dicembre 2015, in attuazione della L.R. 30.12.2009 n° 33 e s.m.i., delibera quanto segue:

IL DIRETTORE GENERALE

VISTE le "Indicazioni relative al Sistema di misurazione della performance nelle Aziende Sanitarie elaborate dall'OIV (Organismo indipendente di valutazione)", trasmesse in data 23.01.2012 dalla Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia a tutte le Aziende Sanitarie pubbliche del S.S.R., dalle quali si evince l'obbligo per le stesse di dotarsi di un Piano delle Performance;

DATO ATTO che il predetto documento è sostanzialmente rivolto all'esterno, in particolare finalizzato a far conoscere al cittadino/utente la programmazione, gli esiti e i risultati delle attività aziendali nonché a consentire attività di benchmarking fra le varie Aziende Sanitarie operanti nell'ambito del Sistema Socio Sanitario Regionale;

VISTA la L.R. 23/2015 di riorganizzazione e rinnovamento, da 01.01.2016, del Servizio Sanitario Regionale, che ha previsto l'istituzione, in luogo delle pre-esistenti Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) e Aziende Ospedaliere (A.O.), delle nuove Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.) e delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.), nell'ottica di integrazione dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, con conseguente ri-assegnazione di strutture, competenze e funzioni rispetto all'assetto istituzionale precedentemente in vigore;

ATTESO che, a seguito di quanto sopra, da 01.01.2016 è stata istituita questa A.S.S.T. del Garda, che aggrega tutte le strutture afferenti alla disciolta Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda e parte delle strutture e funzioni precedentemente afferenti alla ex Azienda Sanitaria Locale di Brescia;

DATO ATTO che con Deliberazione D.G. n. 1005 del 06.10.2016 si è approvato il nuovo Piano Triennale (2016-2018) delle Performance di questa neo-costituita Azienda, trasmesso ai competenti Uffici Regionali e pubblicato sul sito internet istituzionale www.asst-garda.it alla voce "Amministrazione Trasparente/Performance" nonché sul sito intranet;

ATTESO che in data 07 febbraio u.s. si è insediato il nuovo Nucleo di Valutazione delle Performance/Prestazioni di questa ASST del Garda, come nominato -nel rispetto delle apposite Linee Guida Regionali- con deliberazione D.G. n. 1316 del 16 dicembre 2016;

RILEVATO che, con Verbale di Riunione n. 01 in pari data (agli atti del presente provvedimento) il citato Nucleo di Valutazione prendeva atto che non erano ancora stati emanati alcuni indirizzi fondanti (POAS, Obiettivi Direttore Generale) per addivenire all'aggiornamento del predetto Piano;

ATTESO che si conveniva pertanto con lo stesso N.V.P. sull'opportunità di attendere i predetti documenti prima di procedere all'aggiornamento annuale del Piano, necessitando lo stesso di un raccordo con gli obiettivi che sarebbero stati conseguentemente assegnati -a vario titolo- alle strutture aziendali;

DATO atto che, con Verbale di Riunione n. 07 del 25 ottobre 2017 (agli atti del presente provvedimento) il citato Nucleo di Valutazione delle Performance/Prestazioni ha espresso il proprio parere favorevole in ordine all'aggiornamento del Piano Performance proposto da questa Azienda, quale risulta in allegato al presente provvedimento;

VISTA l'istruttoria compiuta dal Funzionario sottoindicato che, in qualità di Responsabile del procedimento proponente ai sensi del Capo II della Legge 7 agosto 1990 n. 241 e successive modificazioni e integrazioni, ne attesta la completezza;

ACQUISITO il parere tecnico favorevole in merito espresso dal Dirigente Responsabile del Servizio Risorse Umane;

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

DELIBERA

Per i motivi in premessa indicati:

1 - di approvare l'aggiornamento anno 2017 al Piano triennale delle Performance (2016-2018) di questa A.S.S.T., nel documento in allegato al presente provvedimento;

2 - di pubblicare la presente deliberazione ed il Piano stesso nell'apposita sezione del sito internet istituzionale www.asst-garda.it alla voce "Amministrazione Trasparente/Performance" e del sito intranet;

3 - di dare atto che ai sensi della D.G.R. della Regione Lombardia n. VI/16086 del 17/7/1996 il presente provvedimento non è soggetto a controllo e che il medesimo è immediatamente esecutivo giusta art. 17, comma 6, L.R. n. 33/2009 e s.m.i.;

4 - di disporre ai sensi dell'art. 17, comma 6, L.R. n. 33/2009 e s.m.i. la pubblicazione del presente provvedimento all'albo on line dell'Ente.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Peter Assembergs)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO	IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Vincenzo Ciamponi)	(Dott.ssa Anna Calvi)	(Dott. Pietro Piovanelli)

SI ATTESTA LA LEGITTIMITA' DELL'ATTO PRESENTATO

Responsabile del procedimento amministrativo: Dott. Massimo Inverardi

Responsabile del Servizio Risorse Umane: Dott.ssa Manuela Pedroni

Allegato 1 – I Dati di attività dell'A.S.S.T. del Garda

Attività Aziendali (Ricovero+ambulatoriale)	Totali ex A.O.D. (Anno 2015) **	Totali A.S.S.T. del Garda (Anno 2016)	Totali A.S.S.T. del Garda (Anno 2017)	
N. Dimessi	31.704	**31.169**		
N. Giornate di degenza (Ricoveri ordinari + D.H.)	178.026	**176.161**		
N. Casi chirurgici	13.965	**14.079**		
N. BIC (Accessi) (Attività chirurgica a bassa intensità di cura)	5.074	**5.068**		
N. Accessi Ambulatoriali	820.100	**787.456**		
N. Prestazioni Ambulatoriali	2.798.220	**2.504.715**		
N. Accessi Solventi e Libera Professione ambulatoriali	53.426	**58.950**		
N. Prestazioni Solventi e Libera Professione ambulatoriali	85.538	**104.040**		
N. Accessi di Pronto Soccorso	117.202	**139.164**		
N. Prestazioni di Pronto Soccorso	854.287	**875.692**		
N. Accessi di Pronto Soccorso Solventi e Libera Professione	1.797	**1.755**		
N. Prestazioni di Pronto Soccorso Solventi e Libera Professione	12.145	**12.058**		
N. MAC (Accessi) (Macro-attività ambulatoriale ad alta complessità)	12.097	**12.300**		

Area Territoriale				
N. totale prestazioni effettuate dai Consultori	= = =	**-Prestazioni 24.703** **-Pap Test 21.434**		
N. valutazioni - riva lutazioni effettuate dall' UVM (Unità Valutazione Multidimensionale)	= = =	**11.763**		
N. prestazioni ADI a gestione diretta	= = =	**46.352**		
N. totale ausili erogati (cfr. elenco 1) dal Servizio Protesico	= = =	**9.216**		
N. fatture verificate Servizio Protesico	= = =	**582**		
N. operazioni effettuate Scelta/Revoca	= = =	**134.985**		
N. visite effettuate Commissioni Invalidi	= = =	**10.196**		
N. utenti convocati Commissioni Invalidi	= = =	**7.627**		
N. valutazioni Equipe Disabilità, Coordinamento Servizi Disabilità e Protezione Giuridica	= = =	**10.227**		
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (esclusa SPDC)				
N. prestazioni Servizi Dipendenze (tariffate)	= = =	**27.301**		
N. prestazioni Servizi Dipendenze (non tariffate)	= = =	**29.520**		
N. pazienti con almeno un contatto con Servizi Dipendenze	= = =	**1.537**		
N. Prestazioni Psichiatria CPS 46/San	52.493	**31.617** **(esclusi programmi regionali)**		
N. prestazioni ambulatoriali 28/San CPS	4.018	**4.707** **(di cui 817 per solventi e L.P.)**		

N. pazienti con almeno un contatto con CPS	= = =	**4.313**		
N Prestazioni psichiatria 46/San residenziali	= = =	**10.700**		
N. pazienti con almeno un contatto con Strutture Residenziali Psichiatriche	= = =	**96**		
N. Prestazioni NPIA e 28/San tariffate (Esclusi Programmi Regionali)	16.361	**15.888**		
N. Prestazioni NPIA 28/San non tariffate (Esclusi Programmi Regionali)	= = =	**3.572**		
N. pazienti con almeno un contatto con NPIA	= = =	**2.647**		
N. prestazioni ambulatoriali ASTD (ex UVA)	= = =	**686**		
N. pazienti con almeno un contatto con ASTD (ex UVA)	= = =	**491**		

Valore della produzione aziendale (Tot. A Bilancio 2016)	**€ 241.573.000** **di cui** **-Bil. Sanitario** **€ 216.475.000** **-Bil. Territoriale** **€ 22.423.000** **-Bil. Areu** **€ 2.675.000**	€ 219.449.000		

**** In sede di Relazione annuale al Piano delle Performance 2017 potranno essere eventualmente riportati ulteriori indicatori delle attività aziendali precedentemente non presenti, ove la relativa rilevazione si sia dimostrata qualificante e rappresentativa della progressiva dinamica attuativa della L.R. 23/2015 di riforma del S.S.R. nel corso del 2017.**

DIPARTIMENTO DELLE CHIRURGIE - GRIGLIA DI RIEPILOGO

Allegato 2 - Obiettivi Strategici Dipartimenti Clinici	PUNTI POTENZIALI PARZIALI		PUNTI POTENZIALI TOTALI
CHIRURGIA BARIATRICA			
		NESSUN ABBATTIMENTO COLLEGATO ALL'ATTIVITA' DI RICOVERO SUPERIORE AL 5%	**10**
	3	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimento annuale a seguito dei controlli NOC superiore al 5% del valore del campione valutato	
	3	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di variazione economica a seguito dei controlli NIC superiore al 5% del valore del campione valutato	
	4	RIC - Cartella Clinica: Nessuna mancanza dei requisiti minimi stabiliti dall'Allegato 3 della DGR della 9014 del 20/02/2009 sul campione controllato dall'UGQR nell'ambito del sistema di	
		RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA E CERTIFICATO MEDICO ON LINE	**10**
	5	compilazione di almeno 1000 ricette elettroniche dematerializzate	
	5	raggiungimento a livello aziendale di numero 3500 certificati di malattia	
CHIRURGIA DESENZANO			
		NESSUN ABBATTIMENTO COLLEGATO ALL'ATTIVITA' DI RICOVERO E AMBULATORIALE SUPERIORE AL 5%	**10**
	2	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimento annuale a seguito dei controlli NOC superiore al 5% del valore del campione valutato	
	2	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dalla riduzione percentuale del 5% dei ricoveri ordinari di 2 o più giorni con DRG ad alto rischio di inappropriatezza	
	2	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato da una percentuale inferiore al 16% dei DRG medici dimessi da reparti chirurgici. L'obiettivo si riferisce ai soli ricoveri ordinari.	
	2	RIC - Cartella Clinica: Nessuna mancanza dei requisiti minimi stabiliti dall'Allegato 3 della DGR della 9014 del 20/02/2009 sul campione controllato dall'UGQR nell'ambito del sistema di autocontrollo applicato secondo le indicazioni dell'ATS.	
	2	AMB - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimenti a seguito di verifica NOCA superiore al 5% del valore del campione valutato	
		RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA E CERTIFICATO MEDICO ON LINE	**10**
	5	compilazione di almeno 3000 ricette elettroniche dematerializzate	
	5	raggiungimento a livello aziendale di numero 3500 certificati di malattia	
CHIRURGIA GAVARDO			
		NESSUN ABBATTIMENTO COLLEGATO ALL'ATTIVITA' DI RICOVERO E AMBULATORIALE SUPERIORE AL 5%	**10**
	2	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimento annuale a seguito dei controlli NOC superiore al 5% del valore del campione valutato	
	2	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dalla riduzione percentuale del 7% dei ricoveri ordinari di 2 o più giorni con DRG ad alto rischio di inappropriatezza	
	2	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato da una percentuale inferiore al 16% dei DRG medici dimessi da reparti chirurgici. L'obiettivo si riferisce ai soli ricoveri ordinari.	
	2	RIC - Cartella Clinica: Nessuna mancanza dei requisiti minimi stabiliti dall'Allegato 3 della DGR della 9014 del 20/02/2009 sul campione controllato dall'UGQR nell'ambito del sistema di autocontrollo applicato secondo le indicazioni dell'ATS.	
	2	AMB - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimenti a seguito di verifica NOCA superiore al 5% del valore del campione valutato	
		RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA E CERTIFICATO MEDICO ON LINE	**10**
	5	compilazione di almeno 2300 ricette elettroniche dematerializzate	
	5	raggiungimento a livello aziendale di numero 3500 certificati di malattia	
CHIRURGIA MANERBIO			
		NESSUN ABBATTIMENTO COLLEGATO ALL'ATTIVITA' DI RICOVERO E AMBULATORIALE SUPERIORE AL 5%	**10**
	2	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimento annuale a seguito dei controlli NOC superiore al 5% del valore del campione valutato	

	2	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dalla riduzione percentuale del 5% dei ricoveri ordinari di 2 o più giorni con DRG ad alto rischio di inappropriatezza		
	2	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato da una percentuale inferiore al 16% dei DRG medici dimessi da reparti chirurgici. L'obiettivo si riferisce ai soli ricoveri ordinari.		
	2	RIC - Cartella Clinica: Nessuna mancanza dei requisiti minimi stabiliti dall'Allegato 3 della DGR della 9014 del 20/02/2009 sul campione controllato dall'UGQR nell'ambito del sistema di autocontrollo applicato secondo le indicazioni dell'ATS.		
	2	AMB - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimenti a seguito di verifica NOCA superiore al 5% del valore del campione valutato		
		RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA E CERTIFICATO MEDICO ON LINE	**10**	
	5	compilazione di almeno 2300 ricette elettroniche dematerializzate		
	5	raggiungimento a livello aziendale di numero 3500 certificati di malattia		
CHIRURGIA SENOLOGICA				
		NESSUN ABBATTIMENTO COLLEGATO ALL'ATTIVITA' DI RICOVERO E AMBULATORIALE SUPERIORE AL 5%	**10**	
	3	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimento annuale a seguito dei controlli NOC superiore al 5% del valore del campione valutato		
	3	RIC - Cartella Clinica: Nessuna mancanza dei requisiti minimi stabiliti dall'Allegato 3 della DGR della 9014 del 20/02/2009 sul campione controllato dall'UGQR nell'ambito del sistema di autocontrollo applicato secondo le indicazioni dell'ATS.		
	4	AMB - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimenti a seguito di verifica NOCA superiore al 5% del valore del campione valutato		
		RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA E CERTIFICATO MEDICO ON LINE	**10**	
	5	compilazione di almeno 1300 ricette elettroniche dematerializzate		
	5	raggiungimento a livello aziendale di numero 3500 certificati di malattia		

OCULISTICA DESENZANO				
		NESSUN ABBATTIMENTO COLLEGATO ALL'ATTIVITA' DI RICOVERO E AMBULATORIALE SUPERIORE AL 5%	**10**	
	3	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimento annuale a seguito dei controlli NOC superiore al 5% del valore del campione valutato		
	3	RIC - Cartella Clinica: Nessuna mancanza dei requisiti minimi stabiliti dall'Allegato 3 della DGR della 9014 del 20/02/2009 sul campione controllato dall'UGQR nell'ambito del sistema di autocontrollo applicato secondo le indicazioni dell'ATS.		
	4	AMB - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimenti a seguito di verifica NOCA superiore al 5% del valore del campione valutato		
		RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA E CERTIFICATO MEDICO ON LINE	**10**	
	5	compilazione di almeno 8000 ricette elettroniche dematerializzate		
	5	raggiungimento a livello aziendale di numero 3500 certificati di malattia		
OCULISTICA MANERBIO				
		NESSUN ABBATTIMENTO COLLEGATO ALL'ATTIVITA' DI RICOVERO E AMBULATORIALE SUPERIORE AL 5%	**10**	
	3	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimento annuale a seguito dei controlli NOC superiore al 5% del valore del campione valutato		
	3	RIC - Cartella Clinica: Nessuna mancanza dei requisiti minimi stabiliti dall'Allegato 3 della DGR della 9014 del 20/02/2009 sul campione controllato dall'UGQR nell'ambito del sistema di autocontrollo applicato secondo le indicazioni dell'ATS.		
	4	AMB - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimenti a seguito di verifica NOCA superiore al 5% del valore del campione valutato		
		RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA E CERTIFICATO MEDICO ON LINE	**10**	
	5	compilazione di almeno 5000 ricette elettroniche dematerializzate		
	5	raggiungimento a livello aziendale di numero 3500 certificati di malattia		
ORL DESENZANO				
		NESSUN ABBATTIMENTO COLLEGATO ALL'ATTIVITA' DI RICOVERO E AMBULATORIALE SUPERIORE AL 5%	**10**	
	2,5	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimento annuale a seguito dei controlli NOC superiore al 5% del valore del campione valutato		
	2,5	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dalla riduzione percentuale del 8% dei ricoveri ordinari di 2 o più giorni con DRG ad alto rischio di inappropriatezza		
	2,5	RIC - Cartella Clinica: Nessuna mancanza dei requisiti minimi stabiliti dall'Allegato 3 della DGR della 9014 del 20/02/2009 sul campione controllato dall'UGQR nell'ambito del sistema di autocontrollo applicato secondo le indicazioni dell'ATS.		
	2,5	AMB - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimenti a seguito di verifica NOCA superiore al 5% del valore del campione valutato		
		RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA E CERTIFICATO MEDICO ON LINE	**10**	
	5	compilazione di almeno 3000 ricette elettroniche dematerializzate		
	5	raggiungimento a livello aziendale di numero 3500 certificati di malattia		
ORL MANERBIO				
		NESSUN ABBATTIMENTO COLLEGATO ALL'ATTIVITA' DI RICOVERO E AMBULATORIALE SUPERIORE AL 5%	**10**	
	2,5	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimento annuale a seguito dei controlli NOC superiore al 5% del valore del campione valutato		
	2,5	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dalla riduzione percentuale del 4% dei ricoveri ordinari di 2 o più giorni con DRG ad alto rischio di inappropriatezza		
	2,5	RIC - Cartella Clinica: Nessuna mancanza dei requisiti minimi stabiliti dall'Allegato 3 della DGR della 9014 del 20/02/2009 sul campione controllato dall'UGQR nell'ambito del sistema di autocontrollo applicato secondo le indicazioni dell'ATS.		
	2,5	AMB - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimenti a seguito di verifica NOCA superiore al 5% del valore del campione valutato		
		RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA E CERTIFICATO MEDICO ON LINE	**10**	
	5	compilazione di almeno 7500 ricette elettroniche dematerializzate		
	5	raggiungimento a livello aziendale di numero 3500 certificati di malattia		
ORTOPEDIA DESENZANO				

		NESSUN ABBATTIMENTO COLLEGATO ALL'ATTIVITA' DI RICOVERO E AMBULATORIALE SUPERIORE AL 5%	**10**	
	2,5	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimento annuale a seguito dei controlli NOC superiore al 5% del valore del campione valutato		
	2,5	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dalla riduzione percentuale del 4% dei ricoveri ordinari di 2 o più giorni con DRG ad alto rischio di inappropriatezza		
	2,5	RIC - Cartella Clinica: Nessuna mancanza dei requisiti minimi stabiliti dall'Allegato 3 della DGR della 9014 del 20/02/2009 sul campione controllato dall'UGQR nell'ambito del sistema di autocontrollo applicato secondo le indicazioni dell'ATS.		
	2,5	AMB - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimenti a seguito di verifica NOCA superiore al 5% del valore del campione valutato		
		RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA E CERTIFICATO MEDICO ON LINE	**10**	
	5	compilazione di almeno 9000 ricette elettroniche dematerializzate		
	5	raggiungimento a livello aziendale di numero 3500 certificati di malattia		
ORTOPEDIA GAVARDO				
		NESSUN ABBATTIMENTO COLLEGATO ALL'ATTIVITA' DI RICOVERO E AMBULATORIALE SUPERIORE AL 5%	**10**	
	2,5	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimento annuale a seguito dei controlli NOC superiore al 5% del valore del campione valutato		
	2,5	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dalla riduzione percentuale del 6% dei ricoveri ordinari di 2 o più giorni con DRG ad alto rischio di inappropriatezza		
	2,5	RIC - Cartella Clinica: Nessuna mancanza dei requisiti minimi stabiliti dall'Allegato 3 della DGR della 9014 del 20/02/2009 sul campione controllato dall'UGQR nell'ambito del sistema di autocontrollo applicato secondo le indicazioni dell'ATS.		
	2,5	AMB - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimenti a seguito di verifica NOCA superiore al 5% del valore del campione valutato		
		RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA E CERTIFICATO MEDICO ON LINE	**10**	
	5	compilazione di almeno 8000 ricette elettroniche dematerializzate		
	5	raggiungimento a livello aziendale di numero 3500 certificati di malattia		

ORTOPEDIA MANERBIO				
		NESSUN ABBATTIMENTO COLLEGATO ALL'ATTIVITA' DI RICOVERO E AMBULATORIALE SUPERIORE AL 5%	**10**	
	2,5	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimento annuale a seguito dei controlli NOC superiore al 5% del valore del campione valutato		
	2,5	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dalla riduzione percentuale del 9% dei ricoveri ordinari di 2 o più giorni con DRG ad alto rischio di inappropriatezza		
	2,5	RIC - Cartella Clinica: Nessuna mancanza dei requisiti minimi stabiliti dall'Allegato 3 della DGR della 9014 del 20/02/2009 sul campione controllato dall'UGQR nell'ambito del sistema di autocontrollo applicato secondo le indicazioni dell'ATS.		
	2,5	AMB - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimenti a seguito di verifica NOCA superiore al 5% del valore del campione valutato		
		RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA E CERTIFICATO MEDICO ON LINE	**10**	
	5	compilazione di almeno 9000 ricette elettroniche dematerializzate		
	5	raggiungimento a livello aziendale di numero 3500 certificati di malattia		
UROLOGIA DESENZANO				
		NESSUN ABBATTIMENTO COLLEGATO ALL'ATTIVITA' DI RICOVERO E AMBULATORIALE SUPERIORE AL 5%	**10**	
	2,5	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimento annuale a seguito dei controlli NOC superiore al 5% del valore del campione valutato		
	2,5	RIC - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dalla riduzione percentuale del 2% dei ricoveri ordinari di 2 o più giorni con DRG ad alto rischio di inappropriatezza		
	2,5	RIC - Cartella Clinica: Nessuna mancanza dei requisiti minimi stabiliti dall'Allegato 3 della DGR della 9014 del 20/02/2009 sul campione controllato dall'UGQR nell'ambito del sistema di autocontrollo applicato secondo le indicazioni dell'ATS.		
	2,5	AMB - Il raggiungimento dell'obiettivo è determinato dall'assenza di abbattimenti a seguito di verifica NOCA superiore al 5% del valore del campione valutato		
		RICETTA ELETTRONICA DEMATERIALIZZATA E CERTIFICATO MEDICO ON LINE	**10**	
	5	compilazione di almeno 8000 ricette elettroniche dematerializzate		
	5	raggiungimento a livello aziendale di numero 3500 certificati di malattia		

Allegato 3 - Obiettivi di Miglioramento DIPARTIMENTO DEI SERVIZI		
titolo	Centro negoziatore nel cui fascicolo è presente l'obiettivo	definizione indicatore atteso
AREA OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO		
IMPLEMENTAZIONE SISTEMA DI DETTATURA VOCALE.	ANATOMIA PATOLOGICA DESENZANO	ALMENO IL 15 % DEI REFERTI ISTOLOGICI / AGOASPIRATIVI (2017) EFFETTUATI IN TOTO (PARTE MACRO E MICRO) CON LA DETTATURA VOCALE (RILEVAZIONE MEDIANTE SOFTWARE DI REFERTAZIONE IN BASE ALLA SECONDA SIGLA DELL'OPERATORE DOPO LA FIRMA).
RIDUZIONE DI SPESA DI MATERIALE E REAGENTI.	ANATOMIA PATOLOGICA DESENZANO	RIDUZIONE DI SPESA BENI DI CONSUMO SANITARI DI CIRCA IL 5% RISPETTO AL 2016.
INTRODUZIONE DEL SISTEMA DI ALERT , TRAMITE E-MAIL ,DEL REFERTO CITO-ISTOLOGICO FIRMATO (PAZIENTI ESTERNI) AI REPARTI.	ANATOMIA PATOLOGICA DESENZANO	% DI REFERTI CI CUI DATO AVVISO CON TALE SISTEMA =>AL 25% DEL TOTALE ESTERNI AGOASPIRATI E ISTOLOGICI.
IMPLEMENTAZIONE SISTEMA DI DETTATURA VOCALE.	ANATOMIA PATOLOGICA MANERBIO	ALMENO IL 15 % DEI REFERTI ISTOLOGICI / AGOASPIRATIVI (2017) EFFETTUATI IN TOTO (PARTE MACRO E MICRO) CON LA DETTATURA VOCALE (RILEVAZIONE MEDIANTE SOFTWARE DI REFERTAZIONE IN BASE ALLA SECONDA SIGLA DELL'OPERATORE DOPO LA FIRMA).
RIDUZIONE DI SPESA DI MATERIALE E REAGENTI.	ANATOMIA PATOLOGICA MANERBIO	RIDUZIONE DI SPESA BENI DI CONSUMO SANITARI DI CIRCA IL 5% RISPETTO AL 2016.
INTRODUZIONE DEL SISTEMA DI ALERT , TRAMITE E-MAIL ,DEL REFERTO CITO-ISTOLOGICO FIRMATO (PAZIENTI ESTERNI) AI REPARTI.	ANATOMIA PATOLOGICA MANERBIO	% DI REFERTI CI CUI DATO AVVISO CON TALE SISTEMA =>AL 25% DEL TOTALE ESTERNI AGOASPIRATI E ISTOLOGICI.
INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO, ESECUZIONE ESAMI PER SERT NOA.	PATOLOGIA CLINICA DESENZANO	RISPARMIO DEL 50% PER L'ASST. QUESTO RISPARMIO NON È EVIDENZIATO DALLE SCHEDE DI BUDGET RELATIVE ALLA PRODUZIONE, PERTANTO L'INDICATORE DI RISULTATO SARÀ CALCOLATO DA SPESO 2016 (EURO 180.000 DELIBERA N° 964 DEL 29/09/2016)/SPESO 2017 (ADESIONE GARA BRESCIA DIAGNOSTICI PER DROGHE DELIBERA N° 1276 DEL 6 DICEMBRE 2016.
PUNTI PRELIEVO TERRITORIALI IN RSA.	PATOLOGIA CLINICA DESENZANO	ATTUAZIONE DELL'OPERAZIONE ENTRO IL 30 GIUGNO 2017, CON UN RISPARMIO DEL 20% RISPETTO AL 2016.
INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO, ESECUZIONE ESAMI PER SERT NOA.	PATOLOGIA CLINICA GAVARDO	RISPARMIO DEL 50% PER L'ASST. QUESTO RISPARMIO NON È EVIDENZIATO DALLE SCHEDE DI BUDGET RELATIVE ALLA PRODUZIONE, PERTANTO L'INDICATORE DI RISULTATO SARÀ CALCOLATO DA SPESO 2016 (EURO 180.000 DELIBERA N° 964 DEL 29/09/2016)/SPESO 2017 (ADESIONE GARA BRESCIA DIAGNOSTICI PER DROGHE DELIBERA N° 1276 DEL 6 DICEMBRE 2016.
PUNTI PRELIEVO TERRITORIALI IN RSA.	PATOLOGIA CLINICA GAVARDO	ATTUAZIONE DELL'OPERAZIONE ENTRO IL 30 GIUGNO 2017, CON UN RISPARMIO DEL 20% RISPETTO AL 2016.
INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO, ESECUZIONE ESAMI PER SERT NOA	PATOLOGIA CLINICA MANERBIO	RISPARMIO DEL 50% PER L'ASST. QUESTO RISPARMIO NON È EVIDENZIATO DALLE SCHEDE DI BUDGET RELATIVE ALLA PRODUZIONE, PERTANTO L'INDICATORE DI RISULTATO SARÀ CALCOLATO DA SPESO 2016 (EURO 180.000 DELIBERA N° 964 DEL 29/09/2016)/SPESO 2017 (ADESIONE GARA BRESCIA DIAGNOSTICI PER DROGHE DELIBERA N° 1276 DEL 6 DICEMBRE 2016.
PUNTI PRELIEVO TERRITORIALI IN RSA.	PATOLOGIA CLINICA MANERBIO	ATTUAZIONE DELL'OPERAZIONE ENTRO IL 30 GIUGNO 2017, CON UN RISPARMIO DEL 20% RISPETTO AL 2016.
PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEI PAZIENTI AMBULATORIALI AFFETTI DA PATOLOGIA CHIRURGICA, IN PARTICOLARE DA CALCOLOSI DELLA COLECISTI.	U.O. RADIOLOGIA DESENZANO	PERCENTUALE DEI PAZIENTI PRENOTATI RISPETTO AI PAZIENTI CON PATOLOGIA DI INTERESSE CHIRURGICO AL NETTO DI QUELLI CHE HANNO RIFIUTATO LA VISITA PARI ALMENO AL 95%

CONTINUITA' ASSISTENZIALE PRESSO IL SERVIZIO DI RADIOLOGIA.	U.O. RADIOLOGIA DESENZANO D/G	ATTIVAZIONE/UTILIZZO DEL DIARIO INFERMIERISTICO INFORMATIZZATO ENTRO IL 1° SETTEMBRE 2017.
ISTITUZIONE AMBULATORIO ACCESSI VASCOLARI – PICC TEAM.	U.O. RADIOLOGIA DESENZANO D/G	ANALISI DEI REPORTS PER LA VALUTAZIONE DELLE COMPLICANZE DELLA PROCEDURA ESEGUITA A DOMICILIO TRASMESSI DALLA RETE TERRITORIALE.
FATTIBILITÀ ESECUZIONE DI ESAMI DI RM IN PAZIENTI PORTATORI DI DISPOSITIVI ELETTRONICI CARDIACI.	U.O. RADIOLOGIA GAVARDO	STESURA DI UN PROTOCOLLO ENTRO IL 31/10/2017. ESECUZIONE DEI PRIMI ESAMI ENTRO IL 2017 SE PAZIENTI ARRUOLABILI.
CONTENIMENTO DEI TEMPI DIAGNOSTICI NELLE NEOPLASIE MALIGNE DELLA MAMMELLA.	U.O. RADIOLOGIA GAVARDO/SALO'	STESURA DI ISTRUZIONI OPERATIVE ENTRO IL 30/09/2017. NON SUPERAMENTO DELLE 48 ORE DALLA MAMMOGRAFIA ALL'AGO ASPIRATO O ALLA BIOPSIA MAMMARIA NELL'80% DEI CASI.
ELABORAZIONE E APPLICAZIONE DELLE INFORMATIVE E DEI CONSENSI INFORMATI PER OGNI PROCEDURA DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA.	U.O. RADIOLOGIA MANERBIO/LENO	1) PRODUZIONE DEGLI ELABORATI ENTRO IL 30/06/2017 2) APPLICAZIONE DELLE INFORMATIVE SUL 100% DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
ACCESSO DIRETTO (SENZA PRENOTAZIONE) PER I PAZIENTI ESTERNI CHE DEVONO ESEGUIRE RX STANDARD DEL TORACE E RX OPT. PER L'RX STANDARD DEL TORACE CONSEGNA IMMEDIATA DELL'ESAME ESEGUITO CON REFERTO.	U.O. RADIOLOGIA MANERBIO/LENO	% ESAMI RX TORACE E OPT ESEGUITI CON ACCESSO DIRETTO >80%. % ESAMI RX TORACE CON REFERTO IMMEDIATO >80%
COMPLETAMENTO DELLA TRACCIABILITÀ INFORMATICA SALA PRELIEVI DONATORI.	SERVIZIO TRASFUSIONALE DESENZANO	COMPLETA TRACCIABILITA' INFORMATICA DI RACCOLTA NELLE 5 SALE PRELIEVI SIMT AZIENDALE ENTRO IL 31/12/2017.
ADEGUAMENTO AI REQUISITI DI SICUREZZA DEI SISTEMI DI TRASPORTO EMOCOMPONENTI INTRAPRESIDIO E INTRA-AZIENDALE.	SERVIZIO TRASFUSIONALE AZIENDALE	DISPONIBILITÀ DI TRACCIABILITÀ INFORMATICA E CARTACEA (SE RICHIESTA) DELLA TENUTA DELLA T°C, SECONDO REQUISITI, NEI CONTENITORI DI TRASPORTO DI OGNI EMOCOMPONENTE (EMAZIE CONCENTRATE, PLASMA, PIASTRINE) DURANTE IL TRASPORTO PER LA COMPENSAZIONE INTRA-AZIENDALE.

Allegato 4 - Obiettivi di Budget SERVIZI CENTRALIZZATI 2017

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
Co.AP		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		OMOGENIZZAZIONE MODULI CONSEGNA REFERTI	**20**
	20	Messa in produzione dei moduli entro il 31/12/2017	
		DIGITALIZZAZIONE SULLA CARTA ? (ob.miglioramento)	**20**
	20	Completamento del percorso entro il 31.12.2017 e quantificazione della % di riduzione del consumo di carta. Obiettivo: riduzione del 20% dell'utilizzo di carta (n° fogli consumati dalle stampanti e dalle fotocopiatrici) e completa digitalizzazione delle firme dei Dirigenti.	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
DIREZIONE MEDICA P.O. DESENZANO		**AREA OBIETTIVI ECONOMICI**	**70**
	30	Ricavi	
	40	Costi	
		APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO	**10**
	5	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	5	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		PIANO LEGIONELLA	**10**
	10	ATTO AZIENDALE DELL'ADEGUAMENTO DELLE MISURE PREVENTIVE NEI CONFRONTI DELLA LEGIONELLA ENTRO IL 31/12/2017	
		URGENZE FARMACOLOGICHE	**5**
	5	Relazione finale da trasmettere entro il 31/12/2017 alla Direzione Sanitaria Aziendale	
		MIGLIORAMENTO PERFORMANCE DELLE ATTIVITA' DI BLOCCO OPERATORIO (ob.miglioramento)	**5**
	5	Acquisizione e controllo giornalieri delle timbrature in blocco operatorio, mediante i rilevatori dell'ospedale e/o del rilevatore posto all'ingresso del Blocco Operatorio Almeno il 75% dei primi interventi iniziati entro l'ora descrizione	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
DIREZIONE MEDICA P.O. GAVARDO		**AREA OBIETTIVI ECONOMICI**	**70**
	30	Ricavi	
	40	Costi	
		APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO	**10**
	5	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	5	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		PIANO LEGIONELLA	**10**
	10	ATTO AZIENDALE DELL'ADEGUAMENTO DELLE MISURE PREVENTIVE NEI CONFRONTI DELLA LEGIONELLA ENTRO IL 31/12/2017	
		URGENZE FARMACOLOGICHE	**5**
	5	Relazione finale da trasmettere entro il 31/12/2017 alla Direzione Sanitaria Aziendale	
		MIGLIORAMENTO PERFORMANCE DELLE ATTIVITA' DI BLOCCO OPERATORIO (ob.miglioramento)	**5**
	5	Acquisizione e controllo giornalieri delle timbrature in blocco operatorio, mediante i rilevatori dell'ospedale e/o del rilevatore posto all'ingresso del Blocco Operatorio Almeno il 75% dei primi interventi iniziati entro l'ora descrizione	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
DIREZIONE MEDICA P.O. MANERBIO		**AREA OBIETTIVI ECONOMICI**	**70**
	30	Ricavi	
	40	Costi	
		APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO	**10**
	5	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	5	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		PIANO LEGIONELLA	**10**
	10	ATTO AZIENDALE DELL'ADEGUAMENTO DELLE MISURE PREVENTIVE NEI CONFRONTI DELLA LEGIONELLA ENTRO IL 31/12/2017	
		URGENZE FARMACOLOGICHE	**5**
	5	Relazione finale da trasmettere entro il 31/12/2017 alla Direzione Sanitaria Aziendale	
		MIGLIORAMENTO PERFORMANCE DELLE ATTIVITA' DI BLOCCO OPERATORIO (ob.miglioramento)	**5**
	5	Acquisizione e controllo giornalieri delle timbrature in blocco operatorio, mediante i rilevatori dell'ospedale e/o del rilevatore posto all'ingresso del Blocco Operatorio Almeno il 75% dei primi interventi iniziati entro l'ora descrizione	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO AFFARI GENERALI		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	**20**
	5	**Progetti comuni** entro luglio 2017 collaborare con il RPCT e Servizio Affari Legali per valutare l'eventuale adeguamento delle schede Analisi del Rischio al PNA 2016; entro il 1 settembre 2017 invio delle schede Analisi del Rischio con indicazione stato avanzamento infrannuale di quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio. Entro il 30 novembre 2017 rendicontazione consuntiva rispetto a quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio	
	5	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
	5	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
	5	**Progetti specificI** dichiarazione al RPCT entro il 31.07.2017 e 31.12.2017 dell'ampliamento del catalogo informazioni	
		IMPLEMENTAZIONE NUOVO SOFTWARE PER PROTOCOLLAZIONE ED ATTUAZIONE DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA MODALITÀ DI REGISTRAZIONE DEI DOCUMENTI INTERNI/IN USCITA. (ob.miglioramento)	**20**

	20	Completo decentramento del sistema di registrazione dei documenti in partenza/interni dall'ASST del Garda	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO AFFARI LEGALI		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	**20**
	4	**Progetti comuni** entro luglio 2017 collaborare con il RPCT e Servizio Affari Legali per valutare l'eventuale adeguamento delle schede Analisi del Rischio al PNA 2016; entro il 1 settembre 2017 invio delle schede Analisi del Rischio con indicazione stato avanzamento infrannuale di quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio. Entro il 30 novembre 2017 rendicontazione consuntiva rispetto a quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio	
	3	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
	3	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
	4	**Progetti specificI** stesura e approvazione formale del regolamento entro il 23 giugno 2017	
	3	stesura e approvazione formale del regolamento entro il 31.12.2017	
	3	aggiornamento protocollo entro il 31.12.2017	
		Legge 24/2017 (Legge Gelli) (ob.miglioramento)	**20**
	20	Approvazione della nuova procedura entro Dicembre 2017	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO ANALISI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E FLUSSI SANITARI		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**10**
	10	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	**20**
	7	**Progetti comuni** entro luglio 2017 collaborare con il RPCT e Servizio Affari Legali per valutare l'eventuale adeguamento delle schede Analisi del Rischio al PNA 2016; entro il 1 settembre 2017 invio delle schede Analisi del Rischio con indicazione stato avanzamento infrannuale di quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio. Entro il 30 novembre 2017 rendicontazione consuntiva rispetto a quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio	

	7	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
	6	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
		Agende dedicate alle classi di priorità (U/B/D/P) (ob.miglioramento)	**30**
	30	Al 31/12/2017 almeno il 50% delle agende devono essere dedicate alle classi di priorità rispetto al totale delle agende presenti in Azienda al netto delle agende delle prestazioni radiologiche	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		Vigilanza sugli adempimenti relativi allo smobilizzo dei contributi per investimenti	**20**
	20	Documentazione che attesti l'avvenuta vigilanza da parte del Servizio Economico Finanziario	
		Definizione contenzioso anni pregressi in relazione agli interessi di mora addebitati (ob.miglioramento)	**20**
	20	Chiusura del contenzioso per “interessi passivi” di almeno il 40% delle posizioni aperte.	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO FARMACIA		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	**20**
	10	**Progetti comuni** entro luglio 2017 collaborare con il RPCT e Servizio Affari Legali per valutare l'eventuale adeguamento delle schede Analisi del Rischio al PNA 2016; entro il 1 settembre 2017 invio delle schede Analisi del Rischio con indicazione stato avanzamento infrannuale di quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio. Entro il 30 novembre 2017 rendicontazione consuntiva rispetto a quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio	
	10	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
		Impiego di epoetina biosimilare (ob.miglioramento)	**20**
	20	Entro il 31/12/2017 almeno il 80% (in termini di numero di fiale) dell’epoietina deve essere biosimilare	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO FORMAZIONE		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	**20**
	5	**Progetti comuni** entro luglio 2017 collaborare con il RPCT e Servizio Affari Legali per valutare l'eventuale adeguamento delle schede Analisi del Rischio al PNA 2016; entro il 1 settembre 2017 invio delle schede Analisi del Rischio con indicazione stato avanzamento infrannuale di quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio. Entro il 30 novembre 2017 rendicontazione consuntiva rispetto a quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio	
	5	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
	5	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
		Progetti specificI	
	5	dichiarazione al RPCT entro il 31.07.2017 ed il 31.12.2017 sull'avvenuta formazione del personale	
		STRUMENTI MULTIMEDIALI IN FORMAZIONE (ob.miglioramento)	**20**
	20	Avvio del blog entro il 31/12/2017	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO APPROVVIGIONAMENTI		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	**20**
	7	**Progetti comuni** entro luglio 2017 collaborare con il RPCT e Servizio Affari Legali per valutare l'eventuale adeguamento delle schede Analisi del Rischio al PNA 2016; entro il 1 settembre 2017 invio delle schede Analisi del Rischio con indicazione stato avanzamento infrannuale di quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio. Entro il 30 novembre 2017 rendicontazione consuntiva rispetto a quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio	
	7	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
	6	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
		Adozione nuovo regolamento aziendale per procedure di affidamento forniture di beni e servizi sotto soglia in aderenza alle disposizioni di cui al D.Lgs 50/2016 e alle linee guida ANAC (ob.miglioramento)	**20**
	20	Adozione deliberazione di approvazione del regolamento entro il 31.12.2017	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO IGIENE OSPEDALIERA		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		ANALISI DEL CONTESTO	**20**
	20	PREDISPOSIZIONE ALMENO ANNUALE (ENTRO IL 31/12/2017) DELL'ANALISI DELLE VARIAZIONI AL SERVIZIO AZIENDALE COMPETENTE (SERVIZIO ECONOMICO - FINANZIARIO)	
		PREDISPOSIZIONE DEL PROGETTO SANIFICAZIONE DELLE ACQUE TERMO SANITARIE	**20**
	20	PRESENTAZIONE ALLA DIREZIONE STRATEGICA ENTRO IL 31/12/2017 DEL PROGETTO	
		AGGIORNAMENTO PIANO LEGIONELLA (ob.miglioramento)	**20**
	20	ATTO AZIENDALE DELL'ADEGUAMENTO DELLE MISURE PREVENTIVE NEI CONFRONTI DELLA LEGIONELLA ENTRO IL 31/12/2017	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO INFORMATICA AZIENDALE		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	**20**
	5	**Progetti comuni** entro luglio 2017 collaborare con il RPCT e Servizio Affari Legali per valutare l'eventuale adeguamento delle schede Analisi del Rischio al PNA 2016; entro il 1 settembre 2017 invio delle schede Analisi del Rischio con indicazione stato avanzamento infrannuale di quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio. Entro il 30 novembre 2017 rendicontazione consuntiva rispetto a quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio	
	5	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
	5	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
		Progetti specificI	
	5	dichiarazione al RPCT entro il 31.12.2017	
		Implementazione nuovo software per Protocollazione ed attuazione della riorganizzazione della modalità di registrazione dei documenti interni/in uscita. (ob.miglioramento)	**10**
	10	Completo decentramento del sistema di registrazione dei documenti in partenza/interni dall'ASST del Garda	
		STRUMENTI MULTIMEDIALI IN FORMAZIONE (ob.miglioramento)	**10**
	10	Avvio del blog entro il 31/12/2017	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	**20**
	7	**Progetti comuni** entro luglio 2017 collaborare con il RPCT e Servizio Affari Legali per valutare l'eventuale adeguamento delle schede Analisi del Rischio al PNA 2016; entro il 1 settembre 2017 invio delle schede Analisi del Rischio con indicazione stato avanzamento infrannuale di quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio. Entro il 30 novembre 2017 rendicontazione consuntiva rispetto a quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio	
	7	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	

	6	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
		Automatizzare il calcolo dell'Indice di Priorità di Sostituzione (ob.miglioramento)	**20**
	20	Entro il 31/12/2017 messa a regime del sistema, con possibilità di estrarre, almeno per le tipologie di apparecchiatura maggiormente critiche, un elenco di Priorità di Sostituzione con valorizzazione economica.	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO MEDICO COMPETENTE P.O. DESENZANO		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	40	Evidenza sulle attività effettuate in merito all'integrazione Polo Ospedaliero-Rete Territoriale	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		VACCINAZIONI	**20**
	20	Rispetto ai lavoratori suscettibili valutati nell'anno, i vaccinati (morbillo, parotite e rosolia (MPR)) devono essere pari almeno al 65%.	
		Verifica condizione di alcool dipendenza ai sensi art.41 D.Lgs 81/08 (ob.miglioramento)	**20**
	20	Almeno al 95% degli operatori sanitari visitati, durante la visita preventiva o periodica, viene somministrato il questionario AUDIT	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO MEDICO COMPETENTE PP.OO. GAVARDO E MANERBIO		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	40	Evidenza sulle attività effettuate in merito all'integrazione Polo Ospedaliero-Rete Territoriale	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		VACCINAZIONI	**20**
	20	Rispetto ai lavoratori suscettibili valutati nell'anno, i vaccinati (morbillo, parotite e rosolia (MPR)) devono essere pari almeno al 65%.	
		Verifica condizione di alcool dipendenza ai sensi art.41 D.Lgs 81/08 (ob.miglioramento)	**20**
	20	Almeno al 95% degli operatori sanitari visitati, durante la visita preventiva o periodica, viene somministrato il questionario AUDIT	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO PIANIFICAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		Informatizzazione del monitoraggio di budget delle Aree Territoriali	**20**
	20	Numero pubblicazioni pari a 4	
		Utilizzo del supporto informatico nell'ambito degli incontri con la Direzione (ob.miglioramento)	**20**
	20	File informatici oggetto di incontro con la Direzione	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
		APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		aggiornamento DVR Biologico	**20**
	10	redazione e validazione del documento e revisione e aggiornamento del manuale divulgativo "Istruzioni operative per la riduzione del rischio biologico"	
	10	n. 10 incontri volti alla sensibilizzazione delle organizzazioni	
		AGGIORNAMENTO PIANI OPERATIVI DI GESTIONE DELLE EMERGENZE (POGE) DEI PRESIDI OSPEDALIERI (ob.miglioramento)	**20**
	20	REDAZIONE E APPROVAZIONE DEI PIANI DI GESTIONE DELLE EMERGENZE DEL SINGOLO OSPEDALE	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO QUALITA' E CONTROLLO RISCHIO CLINICO		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		SENSIBILIZZAZIONE / FORMAZIONE UU.OO. / SERVIZI IN PREPARAZIONE ALLA VERIFICA DA PARTE DELLA COMMISSIONE REGIONALE SUL SISTEMA DI AUTOVALUTAZIONE	**20**
	20	trasmissione dei verbali degli incontri al Servizio Pianificazione e Controllo di Gestione entro il 15.09.2017	
		Attività di audit relativamente ai trigger in area ostetrica (ob.miglioramento)	**20**
	20	Redazione dei n.3 verbali di audit (uno per U.O.) entro il 31.12.2017.	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO RISORSE UMANE		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	**20**
	5	**Progetti comuni** entro luglio 2017 collaborare con il RPCT e Servizio Affari Legali per valutare l'eventuale adeguamento delle schede Analisi del Rischio al PNA 2016; entro il 1 settembre 2017 invio delle schede Analisi del Rischio con indicazione stato avanzamento infrannuale di quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio. Entro il 30 novembre 2017 rendicontazione consuntiva rispetto a quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio	
	5	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
	5	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
	5	**Progetti specifici** dichiarazione al RPCT entro il 30.09.2017 ed il 31.12.2017 dell'avvenuta integrazione	
		RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO (ob.miglioramento)	**20**
	20	Relazione al 30 settembre 2017 sullo stato di avanzamento ed una ulteriore relazione al 15 gennaio 2018 a cura del Servizio attestanti l'avvenuta o meno realizzazione del percorso di miglioramento definito.	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SERVIZIO TECNICO PATRIMONIALE		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	**20**
	7	**Progetti comuni** entro luglio 2017 collaborare con il RPCT e Servizio Affari Legali per valutare l'eventuale adeguamento delle schede Analisi del Rischio al PNA 2016; entro il 1 settembre 2017 invio delle schede Analisi del Rischio con indicazione stato avanzamento infrannuale di quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio. Entro il 30 novembre 2017 rendicontazione consuntiva rispetto a quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio	
	7	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
	6	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
		Aggiornamento Regolamento per affidamento lavori, servizi e forniture di importo inferiore alle soglie comunitarie limitatamente agli aspetti inerenti l'affidamento dei lavori e dei servizi di architettura e ingegneria (ob.miglioramento)	**20**
	20	Invio della proposta di regolamento alla Direzione Aziendale.	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
URP		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in	
		PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	**20**
	5	**Progetti comuni** entro luglio 2017 collaborare con il RPCT e Servizio Affari Legali per valutare l'eventuale adeguamento delle schede Analisi del Rischio al PNA 2016; entro il 1 settembre 2017 invio delle schede Analisi del Rischio con indicazione stato avanzamento infrannuale di quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio. Entro il 30 novembre 2017 rendicontazione consuntiva rispetto a quanto previsto dagli indicatori delle schede Analisi del Rischio	
	5	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
	5	dichiarazione al RPCT entro il 31/12/2017	
	5	**Progetti specifici** dichiarazione al RPCT entro il 31.12.2017	
		Attivazione social network (ob.miglioramento)	**10**
	10	Attivazione del profilo Twitter e della pagina Facebook ASST Garda	

		Indagine di customer satisfaction utenti servizi rete territoriale (ob.miglioramento)	**10**
	10	Emissione IOA e stampati e loro diffusione entro il 30/09/2017	

DESCRIZIONE CENTRO NEGOZIATORE	PUNTI POTENZIALI PARZIALI	TITOLI OBIETTIVI (IN BLU) E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO	PUNTI POTENZIALI TOTALI
SITRA		**APPLICAZIONE IN ASST DEL GARDA DELLA LEGGE REGIONALE N°23 11/08/2015; EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**	**40**
	20	Firma di presenza su almeno il 90% dei verbali relativi agli incontri di cui al punto 1 della sezione MODALITA' OPERATIVE/AZIONI	
	20	Note autocertificative protocollate trasmesse al titolare del monitoraggio per il 100% delle richieste (indipendentemente dalla modalità di assolvimento della richiesta)	
		FLUSSI	**20**
	20	Trasmissione dei flussi rispettando la tempistica definita a livello istituzionale (comprese le scadenze attualmente non previste, ma che verranno definite in corso d'anno per esigenze ordinarie/straordinarie) ed Aziendale	
		Partecipazione attiva del Servizio all'implementazione del POAS 2016-2018	**20**
	10	Documentazione prodotta dai gruppi di lavoro e dai tavoli tecnici identificati dalla Direzione Strategica	
	10	Nomina entro il 31.12.2017 delle funzioni di Responsabilità di competenza del Servizio, identificate dalla Direzione Strategica	
		Formazione degli Assistenti di Tirocinio finalizzato al miglioramento della qualità del tutoraggio studenti del Corsi di Laurea in Infermieristica, nelle UU.OO. Dell'Azienda (ob.miglioramento)	**20**
	20	Relazione conclusiva sugli esiti dei corsi di formazione terminati entro il 31.12.2017. Predisposizione di un questionario per la verifica a distanza (mesi 6) dell'utilità apportata dalla frequenza al corso, percepita dagli assistenti di tirocinio.	

PIANO DI MIGLIORAMENTO 2017 - 2018 ASST DEL GARDA

Autovalutazione Ospedali:					PIANO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO 2017 - 2018		
AMBITO	**AREA**	**INDICATORI**		**FONTE DATI**	**AZIONI**	**TEAM LEADER**	**FINE PROGETTO**
AUTOVALUTAZIONE	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE	**OBI 4** - Chirurgia sicura	**OBI 4** - L' organizzazione dispone di report che documentano il grado di applicazione della procedura.	Blocco Operatorio	OBI 4 - Attività di verifica sistematica e monitoraggio su applicazione check list perioperatoria attraverso la creazione di un team di verifica.	S.Q.C.R.C.; SITRA; Infermieri Coordinatori Blocchi Op.	30/06/2018
		OBI 5 - Prevenzione infezioni correlate alle pratiche assistenziali	**OBI 5 1-** L'ospedale dispone di report periodici dai quali si evidenzia il risltato del programma di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali.	Verifiche interne	OBI 5 1 - Attività di verifica e monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico attraverso la creazione di un team di verifica.	S.Q.C.R.C.; SITRA;	30/06/2018
			OBI 5 2- L'ospedale dispone di report periodici dai quali si evidenzia il risltato del programma di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali.	CIO	OBI 5 2 - Relazione annuale circa il programma di prevenzione delle infezionicorrelate alle pratiche assistenziali.	Dott. P. Pedroni	31/12/2017 31/12/2018
	ACCESSO AI SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA	**ACA 1.3** - Barriere linguistiche, culturali e strutturali	**ACA 1.3 1** - L'ospedale identifica in modo documentato i potenziali ostacoli all'accesso ai servizi distinti in: linguistiche, culturali e strutturali ed individua le azioni previste per superarli. **ACA 1.3 2** - L'applicazione delle misure viene verificata dall'organizzazione.	URP Marketing e Comunicazione e Serv.Tec.Patrimoniale	ACA 1.3 1e2 - Creare Team di verifica.	Direzione Sanitaria; S.Q.C.R.C., SITRA	30/06/2018
	PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE	**PVP 2.1** - Valutazione iniziale del paziente	**PVP 2.1 2** - L'organizzazione ha definito le categorie di pazienti per i quali è necessaria una valutazione iniziale ad opera di più specialisti.	Dipartimenti	PVP 2.1 2 - Redigere documento (IOA) che definisca le categorie di pazienti per i quali è necessaria una valutazione iniziale ad opera di più specialisti.	Direttori di Dipartimento	30/06/2018
	COORDINAMENTO E CONTINUITA' DELLE CURE	**CCC 3.1** - Condivisione delle informazioni cliniche ed assistenziali	**CCC 3.1 1** - E' identificato il responsabile del coordinamento della cura del paziente. Il responsabile del coordinamento costituisce il riferimento complessivo del percorso di cura del paziente.	Dipartimenti	CCC 3.1 1 - Redigere documento (IOA) che definisca il coordinamento delle cure del paziente nelle patologie più gravi.	Direttori di Dipartimento	30/06/2018
	INFORMAZIONE E DIRITTI DEL PAZIENTE	**IDP 4** - Categorie protette	**IDP 4 2** - Fra le categorie protette l'ospedale ha identificato quelle che necessitano di particolari e diverse modalità di presa in carico e per queste ha previsto specifiche misure di protezione e tutela. **IDP 4 3** - Le misure previste dalle procedure aziendali per le categorie protette e individuate sono applicate dall'ospedale.	Dipartimenti	IDP 4 2e3 - Redigere ed applicare di documento (IOA) che definisca le categorie protette che necessitano di particolari e diverse modalità di presa in carico e le specifiche misure di protezione e tutela.	Direttori di Dipartimento	30/06/2018
	PROCESSO DI CURA	**PDC 5.2** - Assistenza ai pazienti ad alto rischio	**PDC 5.2 2** - Per ogni categoria individuata, sono definite specifiche procedure di assistenza. **PDC 5.2 3** - I pazienti ricevono l'assistenza in conformità alle procedure.	Dipartimenti e SITRA	PDC 5.2 2e3 - Redazione ed applicazione di documento (IOA) che definisca, per ogni categoria di pazienti ad alto rischio individuata, le specifiche procedure di assistenza, al fine di implementare l'assistenza mirata.	Direttori di Dipartimento	30/06/2018
		PDC 5.4 - Gestione del dolore	**PDC 5.4 2 -** I pazienti con dolore ricevono le cure e l'assistenza in base alle linee guida definite per la gestione del dolore.	S.Q.C.R.C. e Direzione Strategica	PDC 5.4 2 - Attività di monitoraggio attraverso team di verifica.	Direzione Sanitaria; S.Q.C.R.C., SITRA	30/06/2018
	SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	**SDI 7** - Fase pre diagnostica	**SDI 7 3** - Le istruzione vengono fornite al paziente in modo da garantire il superamento di barriere linguistiche	URP Marketing e Comunicazione	SDI 7 3 - Tradurre le istruzioni relative alla fase pre diagnostica in diverse lingue	Resp. URP	30/06/2018
	PROCESSO DI GESTIONE DEL FARMACO	**PGF 8.1** - Requisiti e criteri di accettabilità delle prescrizioni di terapia farmacologica	**PGF 8.1 2** - L'organizzazione verifica la completezza delle prescrizioni rispetto alle procedure aziendali	S.Q.C.R.C.	PGF 8.1 2 - Creare un team di verifica per le attività di monitoraggio	Direzione Sanitaria; S.Q.C.R.C., SITRA	30/06/2018
	TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE	**TDP 10.3** - Monitoraggi durante il trasferimento	**TDP 10.3** 1 -L' ospedale ha definito quali sono i criteri per i quali i pazienti devono essere monitorati durante il trasferimento.	DEA	TDP 10.3 1 - Da allacciare alla tenuta della documentazione del trasferimento e di è il responsabile	Dott. B.Antonini	30/06/2018
	ACQUISIZIONE ATTREZZATURE E SUPERVISIONE DEI CONTRATTI	**AAS 14** - Utilizzo appropriato di apparecchiature, dispositivi e farmaci raccomandati dalle associazioni professionali o, in alternativa, da altre fonti autorevoli	**AAS 14 3** - Esiste una valutazione documentata della qualità dei servizi a contratto, in appalto o convenzionati in funzione del contratto/convenzione stipulato/a. **AAS 14 4** - I responsabili identificati nel contratto forniscono le informazioni sulla qualità dei servizi ricevuti dai fornitori esterni al'ufficio competente e collaborano all'analisi ed alla valutazione.	Servizio Approvvigionamenti Servizio Tecnico Patrimoniale SIA; SIC	AAS 14 3 e 4 - Utilizzare questionario congiunto di customer per la valutazione dei servizi in out sourcing e realizzare report annuale per monitorare i risultati. Creare team di verifica per effettuare il monitoraggio.	Dott. A. Rovere	30/06/2018
	QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE	**QDP 15.3** - Valutazione del personale dirigente	**QDP 15.3 1** - Esiste una procedura che definisce: - i criteri e gli ambiti di completa autonomia; - i criteri e gli ambiti di abilitazione al tutoraggio; - le tipologie ed i gruppi di prestazioni cliniche da svolgere sotto supervisione di un tutor; - gli ambiti per i quali è atteso uno sviluppo delle competenze specifiche in relazione ai bisogni dei pazienti e dell'organizzazione.	Dipartimenti e Servizio Risorse Umane	QDP 15.3 1 - Revisione schede dei privilegi in essere, in collaborazione con l'area Risorse Umane.	Direttori di Dipartimento	30/06/2018
			QDP 15.3 2 - L'organizzazione definisce il metodo ed i criteri con cui raccogliere informazioni relative all'attività svolta dai singoli dirigenti ed utili alla valutazione delle specifiche competenze in relazione ai bisogni dei pazienti e dell'organizzazione. **QDP 15.3 3** - Una volta l'anno l'organizzazione assicura una rivalutazione delle competenze del personale dirigente, identificando collegialmente e per ciascuno i fabbisogni di formazione/aggiornamento e gli ambiti di sviluppo delle competenze professionali in relazione ai bisogni dei pazienti e dell'organizzazione.	Servizio Risorse Umane	QDP 15.3 2 e 3 - Definire i criteri per la valutazione delle competenze dei dirigenti sanitari e definizione degli ambiti di sviluppo delle competenze professionali.	Dott.ssa M. Pedroni	30/06/2018
		QDP 15.4 - Valutazione degli operatori appartenenti alle professioni sanitarie e all'area tecnico-amministrativa	**QDP 15.4 4** - Esiste una procedura aziendale che definisce: - le modalità di valutazione delle competenze del personale tecnico amministrativo, - i criteri e gli ambiti di completa autonomia, - i criteri e gli ambiti di abilitazione al tutoraggio, - le tipologie ed i gruppi di prestazioni da svolgere sotto supervisione di un tutor, - gli ambiti per i quali è atteso uno sviluppo delle competenze specifiche. **QDP 15.4 5** - L'organizzazione definisce il metodo ed i criteri con cui raccogliere informazioni relative all'attività svolta dai singoli operatori ed utili alla valutazione delle specifiche competenze tecnico/amministrative. **QDP 15.4 6** - Una volta l'anno l'organizzazione assicura una rivalutazione delle competenze del personale tecnico amministrativo, identificando collegialmente e per ciascuno i fabbisogni di formazione/aggiornamento e gli ambiti di sviluppo delle competenze.	Servizio Risorse Umane	QDP 15.4 4, 5 e 6 - Redigere IOA che definisca le modalità di valutazione delle competenze.	Direzione Amministrativa	30/06/2018

	PROCESSO DI GESTIONE DEL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE	**PGM 16.1** - Piano per il Miglioramento dell'Organizzazione e sua realizzazione. **PGM 16.2** - Comunicazione e feed back al personale delle informazioni sul miglioramento.	**PGM 16.1 7** - La Direzione Strategica definisce i canali efficaci e la periodicità per la comunicazione dei risultati del miglioramento e li documenta. **PGM 16.2 1** - Le informazioni sul Piano di Miglioramento dell'organizzazione sono comunicate al personale secondo le modalità definite. **PGM 16.2 2** - Le comunicazioni includono l'andamento dello sviluppo del Piano di Miglioramento dell'organizzazione.	S.Q.C.R.C. e Direzione Strategica	PGM 16.1 7 e 16.2 1 - Definire apposito documento / report di feed back sullo sviluppo del Piano di Miglioramento.	Dott. A. Rovere	30/06/2018
		PGM 16.3 - Attività di monitoraggio e controllo e analisi dei dati	**PGM 16.3 1** - Sono definite le modalità di integrazione tra tutte le componenti delle attività di controllo e di misurazione per la gestione dell'organizzazione (ad esempio: qualità, Risk Manager, Controllo di Gestione, Formazione, Comunicazione, Performance,D.Lgs 231 e Codice Etico Comportamentale, D.Lgs 81/2008, CIO, Piani di Manutenzione, contratti e ogni tipo di convenzione). **PGM 16.3 2** - I controlli sono gestiti in una logica di integrazione e comunicazione tra tutti gli attori.	S.Q.C.R.C., Controllo di Gestione e Ufficio DRG	PGM 16.3 1 e 2 - Redigere documento per definire la tipologia di controllo e analisi dati in possesso dell'azienda.	Dott. A. Rovere	30/06/2018
			PGM 16.3 3 - I risultati dell'analisi sono inviati dalla Direzione Strategica ai responsabili delle azioni da intraprendere.	S.Q.C.R.C. e Direzione Strategica	PGM 16.3 3 - Definire apposito documento / report di feed back sullo sviluppo del Piano di Miglioramento.	Dott. A. Rovere	30/06/2018
		PGM 16.5 - Indicatori chiave per monitorare le strutture, i processi e gli esiti (outcome) clinici e manageriali dell'organizzazione	Carente attività di monitoraggio riferita a varie procedure assistenziali. **PGM 16.5 3** - Sono disponibili indicatori chiave per le seguenti aree: a) procedure cliniche assistenziali; b) uso di antibiotici e altri farmaci; c) errori di terapia e near miss della terapia farmacologica; d) uso di anestesia e sedazione; e) documentazione sanitaria; f) ciascun obiettivo internazionale e/o Raccomandazione Ministeriale in tema di sicurezza del paziente; g) efficienza gestionale dei processi amministrativi; h) controllo degli eventi che mettono a repentaglio la sicurezza: - dei pazienti - dei visitatori - degli operatori; i) utilizzo di scale di valutazione validate; l) utilizzo di strumenti di valutazione . **PGM 16.5 5** - La misurazione comprende indicatori di struttura, di processo e di esito (outcome).	Direzione Strategica S.Q.C.R.C. SITRA	PGM 16.5 3 e 5 : 1) definire cruscotto di indicatori e redigere documento che descriva le modalità di rilevazione; 2) attività di verifica sistematica e monitoraggio attraverso la creazione di un team di verifica.	Direzione Strategica SITRA SQCRC	30/06/2018

Riesame - Altre aree di Risk Management:				**PIANO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO 2017 - 2018**		
AMBITO	**AREA**	**CRITICITA'**	**FONTE DATI**	**AZIONI / PROGETTI**	**TEAM LEADER**	**FINE PROGETTO**
RIESAME	CONDIZIONI D'ACCESSO	Tempi d'attesa per prenotazione telefonica visita/esami; tempi d'attesa per effettuare visita/esami	URP Marketing e Comunicazione;	Verifica sistematica del rispetto dei tempi d'attesa	Resp. URP; Dott. M.Corsetti	30/06/2018
	RELAZIONE TRA OPERATORI CASSE E UTENTI	Cortesia e disponibilità nei confronti degli utenti alla richiesta di informazioni ed all'atto del pagamento.	URP Marketing e Comunicazione;	Progetti formativi sulle tecniche di comunicazione	Dott. M.Corsetti	30/09/2018
	CONFORT	Modalità d'intervento per pulizia modesta.	SITRA; CONFORT; UPS	Verifica sistematica attraverso team di verifica	Dott. A. Lorenzini	30/06/2018
	INCIDENT REPORTING	Corretta identificazione del paziente.	S.Q.C.R.C.	Richiesta a tutte le U.O./Servizi di invio di ogni situazione di errata identificazione del paziente (ad es. : prelievo ematico; scambio referti; ecc.), specificando la causa dell'errore.	Dott. A.Rovere	30/06/2018
		Scarsa cultura della segnalazione di near miss/eventi avversi.	Schede di incident reporting	Sensibilizzazione all'importanza ed all'utilizzo della scheda di segnalazione.	Direttori di Struttura e Coordinatori	30/06/2018
	MATERIALE / TECNOLOGIE IN DOTAZIONE	Aumento degli eventi legati al malfunzionamento / scarsa qualità di materiali, dispositivi, presidi midico chirurgici ed apparecchiature (es.: guanti, camici, punti sutura, vemflon, ecc.).	Incident reporting	Comunicazione a Ditte ed ARCA Regione Lombardia e valutazione possibili sostituzioni.	Dott.ssa V.Sganga	30/06/2018
	SINISTRI	Aumento richieste risarcitorie in riferimento soprattutto all'errore diagnostico / terapeutico.	S.Q.C.R.C. Servizio Affari Legali Assicurativi e del Contenzioso	Incontri formativi / informativi in Ginecologia Ostetricia	Dott. A.Rovere Dott.ssa S. Romano	30/06/2018
	VALUTAZIONE AUDIT INTERNI	Non tutti i documenti vengono emessi secondo il Sistema Qualità.	Dipartimenti (tutti i reparti/servizi)	Revisione della documentazione secondo il Sistema Qualità	Direttori Dipartimento	30/06/2018
		Scarsa rilevazione delle non conformità.	UU.OO./Servizi Certificati	identificazione e gestione delle non conformità secondo il modulo qualità e il PT 02 della SGQR 04	Responsabili UU.OO./servizi	30/06/2018
	VALUTAZIONE AUDIT ESTERNI	Non conformità assegnate alla Struttura.	Ente Certificatore Esterno	Risoluzione non conformità in prospettiva della verifica 2017	Dott. A.Rovere	30/06/2018
	RISK MANAGEMENT: CADUTE	Non idoneità Scala di Conley aziendale in uso per tipologia di paziente in ambito ostetrico.	Incident Reporting	Predisposizione di idonea check list	Dipartimento Materno infantile	31/12/2017
CIO	ANTIBIOTICI	Non corretto utilizzo ed uso degli antibiotici con rischio del fenomeno di antibiotico-resistenza.	SITRA e Direzioni Mediche di Presidio	Emissione protocollo	Dott. P.Colombini	28/02/2018
	PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE A DISPOSITIVI ED APPARECCHIATURE	Rilevazione di prassi in uso per la disinfezione degli endoscopi non sempre corretta.	verifiche ispettive interne	Indagine sui lavaendoscopi	Dott. P.Pedroni	30/06/2018
	IGIENE DELLE MANI	Procedura del lavaggio mani non sempre correttamente eseguita e rispettata.	CIO / Incident reporting	Formazione al personale infermieristico ed O.S.S.	Dott. A.Rovere; Dott. P. Pedroni	30/06/2018
	SEPSI	Necessità di rimarcare la corretta gestione della sepsi.	Verifiche interne	1) Corso FAD rivolto a tutti gli operatori sanitari; 2)Stesura Protocollo inerente la sepsi in area ostetrica; 3)Verifica applicazione Protocollo sepsi attraverso il controllo di un campione di cartelle cliniche	Direzione Sanitaria; Dott. A. Rovere	30/06/2018

RISCHIO CLINICO	INDICATORI (Sitra)	Migliorare la valutazione dell'atività assistenziale	Indicatori qualità	Individuazione di un cruscotto di indicatori con tempi e modalità di rilevazione	Dott. Lorenzini	31/12/2017
	PROGETTI RISK MANAGEMENT 2017	Lotta alla sepsi nell'ASST del Garda.	Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2017	Predisposizione gruppo di lavoro pluridisciplinare per la revisione dei protocolli esistenti. Istruzioni operative sulla corretta compilazione delle SDO riferite alla sepsi ed invio alle UU.OO.. Predisposizione programma di antibiotic stewardship da sottoporre alla Direzione Sanitaria.	Dott. A. Rovere; Dott. P. Colombini	31/12/2017
		Posizionamento e lesioni intraoperatorie.	Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2017	Presentazione e discussione casi clinici che hanno portato a richiesta risarcitoria. Revisione protocollo esistente e valutazione delle informative al consenso. Refresh formativo al personale dei blocchi operatori coinvolto nel processo.	Dott. A. Rovere	31/12/2017
		Ricognizione e riconciliazione farmacologica. (Raccomandazione Ministeriale n.17)	Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2017	Creazione di un gruppo di lavoro. Realizzazione schede di riconciliazione. Emisssione protocollo. Formazione Medici su applicazione scheda di riconciliazione.	Dott. A. Rovere	30/11/2017
		Progetto Trigger nell'ASST del Garda.	Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2017	Costituzione del gruppo di lavoro rappresentato da componenti dei tre punti nascita dell'ASST. Estrapolazione dati riferiti ai trigger avvenuti fino a settembre 2017. Individuazione dei trigger più ricorrenti. Predisposizione di programma di formazione sui trigger più rilevanti.	Dott. A. Rovere	31/12/2017

ALTRE AREE DI MIGLIORAMENTO	MONITORAGGIO	Scarsa sorveglianza sanitaria / organizzativa per mancanza di indicatori di struttura e di esito	S.Q.C.R.C. e Servizio Pianificazione e Controllo di Gestione	Realizzazione cruscotto aziendale di indicatori	Dott. A. Rovere Dott.ssa F.Foschini	30/06/2018
	RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	Aggiornamento e tenuta sotto controllo dei docmenti inerenti le Raccomandazioni Ministeriali	Dipartimernti	Revisione e diffusione di documenti/procedure riferiti alle Raccomandazioni Ministeriali. Nello specifico: - Raccomandazione n°4: "prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale"; - Raccomandazione n°8: "prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"; - Raccomandazione n°11: "morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto sanitario (intraospedaliero ed extraospedaliero)"; - raccomandazione n°17: "Riconciliazione della terapia farmacologica"	Direttori di Dipartimento	31/12/2017
	AGGRESSIONE A DANNO DI OPERATORE DA PARTE DI PAZIENTE	Aggressione a danno di operatori da parte di pazienti	Segnalazione eventi avversi	Audit mirati e proposte di azioni di miglioramento	Dott. A. Rovere	30/06/2018

PIANO TRIENNALE DELLE **PERFORMANCE**

A.S.S.T. del GARDA

2016 - 2018

Aggiornamento

Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda (BS)

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Garda

I N D I C E

1. PREMESSA _____ Pag. 02

2. RIFERIMENTI NORMATIVI ISTITUZIONALI _____ Pag. 03

3. L'AZIENDA OGGI _____ Pag. 04

4. INDIRIZZI OPERATIVI E OBIETTIVI AZIENDALI _____ Pag. 07

4.1 Le regole di gestione del S.S.R.
4.2 Gli obiettivi dei Direttori Generali
4.3 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi
4.4 Collegamento con il Piano triennale di prevenzione della corruzione
4.5 Collegamento con il Piano di Miglioramento della Qualità dell'Organizzazione (PIMO)
4.6 La valutazione della performance organizzativa ed individuale
4.7 Pubblicità

Allegati:

1 ***I dati di attività dell'A.S.S.T. del Garda (che saranno rilevati a consuntivo)***
2 ***Obiettivi di Budget Dipartimenti Clinici (Obiettivi Strategici)***
3 ***Obiettivi di Budget Dipartimenti Clinici (Obiettivi di Miglioramento)***
4 ***Obiettivi di Budget Servizi Centralizzati***
5 ***Piano di miglioramento 2017-2018***

1. PREMESSA

Questa Azienda Socio-Sanitaria Territoriale del Garda (di seguito A.S.S.T. del Garda) -in applicazione della L.R. di Lombardia n. 23/2015 di rinnovamento, da 01.01.2016, dell'organizzazione e del funzionamento del Servizio Sanitario Regionale- è stata costituita con decorrenza 01.01.2016 mediante l'integrazione dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria precedentemente di competenza delle preesistenti Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda e Azienda Sanitaria Locale di Brescia, dalla quale sono transitate al nuovo soggetto giuridico una serie di competenze e funzioni ben delineate rispetto all'assetto istituzionale precedentemente in vigore oltre che all'incirca 200 operatori, suddivisi nelle varie qualifiche.
Con deliberazione **n. 1005** del **06.10.2016**, che qui viene integralmente richiamata, la Direzione Strategica ha provveduto all'approvazione del **nuovo Piano delle Performance a valere per il triennio 2016-2018**, integrando -per quanto possibile nella fase di primo avvio della riforma in questione- organizzazione, funzioni e competenze delle disciolte Aziende, nel rispetto dei principi alla base della riforma sanitaria soprarichiamata.
Con deliberazione **n. 779** del **28.06.2017**, nel rispetto della normativa vigente, ha quindi provveduto all'approvazione della **Relazione finale al predetto Piano**, con specifico riferimento agli accadimenti di cui all'anno 2016.
Entrambi i documenti approvati con i citati atti sono stati pubblicizzati a norma di legge, e sono consultabili sul sito istituzionale www.asst-garda.it alla voce Amministrazione Trasparente/Performance.

Nel corso dell'anno passato così come nei primi mesi del corrente anno 2017 la situazione si è mantenuta in continua evoluzione, a seguito di interventi formalmente attuati dal legislatore regionale che hanno modificato l'iniziale assetto organizzativo-funzionale della neo-costituita A.S.S.T. del Garda.

Si rende pertanto quanto mai necessario, oltre che opportuno, aggiornare il predetto Piano delle Performance, recependo per l'anno 2017 le modifiche intervenute e andando a ridefinire attività e obiettivi su cui questa Azienda ha dovuto, e sta tutt'ora concentrando i propri sforzi, al fine di rispondere in maniera sempre più efficace ed efficiente ai bisogni di salute espressi dalla popolazione di riferimento nonché alle aspettative di tutti i propri "stakeholders".

2. RIFERIMENTI NORMATIVI ISTITUZIONALI

I sottoriportati riferimenti normativi, seppur già elencati nel Documento iniziale, devono essere tenuti ben presenti, in quanto elementi fondanti del Piano delle Performance di un'Azienda Socio-Sanitaria:

- Decreto 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";
- D.G.R. n. IX/351 del 28 luglio 2010 "Prime indicazione per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura"
- Delibera CIVIT (Commissione indipendente per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche) n. 112 del 28 ottobre 2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano delle performance (art. 10, comma 1, lett. a)) del decreto lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 [1]
- D.C.R. n. 88 del 17 novembre 2010 "Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014"
- Legge Regionale Lombardia n. 33 del 2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";
- Indicazioni relative al Sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie elaborate dall' OIV (Organismo indipendente di valutazione), trasmesse in data 23.01.2012 dalla Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia;
- Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Decreto Lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza, e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- L.R. 11 agosto 2015 n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al titolo I e al titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33";

[1] **La delibera ha per oggetto la struttura e le modalità di redazione del piano ed è strutturata in due parti: nella prima vengono descritte le finalità, i contenuti e i principi generali mentre nella seconda vengono fornite le indicazioni operative e gli allegati tecnici. Il Piano ha lo scopo di assicurare la qualità della rappresentazione della Performance dal momento che in esso è esplicitato il processo e la modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi dell'amministrazione, nonché l'articolazione complessiva degli stessi. Nel Piano vanno riportati la descrizione della "identità" dell'Amministrazione, gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della Performance dell'amministrazione, gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori, il tutto attraverso l'apporto congiunto dei vertici aziendali, dei dirigenti dei vari settori organizzativi, del personale interno ed esterno di supporto a tutta la gestione. Vanno sintetizzati inoltre alcuni dati significativi in ordine al profilo dell'Amministrazione: il numero dei dipendenti, le risorse finanziarie complessivamente assegnate, il numero di strutture territoriali, gli utenti serviti e tutto ciò che può fotografare al meglio la realtà organizzativa dell'azienda.**

- La D.G.R. n. X/4702 del 29 dicembre 2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2016 – (di concerto con l'Assessore Melazzini)" e relative circolari attuative;
- La D.G.R. X/5113 del 29 aprile 2016 "Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia" e la successiva D.G.R. n. X/5513 del 02 agosto 2016 sul medesimo argomento;

- La D.G.R. X/5514 del 02 agosto 2016 "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e AREU – Relativa definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2016".

Oltre a quelli sopraelencati, a cavallo fra la fine dell'anno passato e la data odierna sono intervenuti numerosi atti da parte del legislatore regionale, fra i quali si ritiene necessario richiamare in questa sede i seguenti:
- La **D.G.R. n. X/5954** del **05 dicembre 2016** "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2017 – (di concerto con gli Assessori Garavaglia e Brianza)" e relative circolari attuative;
- La **D.G.R. n. X/6525** del **28 aprile 2017** "Determinazioni in ordine al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (P.O.A.S.) dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda, ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, C. 4 della Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009, come modificata con Legge Regionale n. 23 del 11/08/2015 e s.m.i."
- La **D.G.R. X/6963** del **31 luglio 2017** "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell'Azienda Regionale Emergenza-Urgenza (AREU) e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2017".

3. L'AZIENDA OGGI

Rispetto alla descrizione iniziale di questa A.S.S.T. del Garda di cui al punto 4. del vigente Piano Triennale delle Performance (cfr. d.D.G. n. 1005/2016 sopracitata), in relazione a quanto in premessa richiamato, la fotografia della situazione attuale dell'Azienda è la seguente:

- L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda (costituita a partire dal 1° gennaio 2016) aggrega le strutture sanitarie e socio sanitarie che insistono nelle aree territoriali Garda/Valle Sabbia e della Bassa Bresciana Centrale/Orientale precedentemente afferenti alle disciolte A.O. di Desenzano del Garda ed all'ex A.S.L. di Brescia.
- è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e tecnico gestionale.

- garantisce la propria offerta sanitaria e socio sanitaria ad un bacino di utenza che copre un ambito territoriale di 1.967 Km quadrati con una popolazione pari a circa 382.000 abitanti (suddivisi tra n. 76 Comuni) che si incrementa notevolmente nel periodo estivo per l'afflusso turistico soprattutto nelle zone prospicienti i laghi di Garda e d'Idro. E' l'A.S.S.T. con il territorio più esteso della provincia bresciana e con una configurazione geomorfologica estremamente variegata, comprendendo zone tipicamente montane, valligiane, lacustri e di bassa pianura. Collocandosi in una posizione di confine sia con altre province lombarde che con la Regione Veneto, le strutture dell'Azienda costituiscono un punto di riferimento anche per i residenti delle zone limitrofe.
- vi afferiscono i Presidi Ospedalieri sotto indicati, che dispongono complessivamente di n. **827** posti letto accreditati di cui n. **774** ordinari, n. **53** di Day Hospital/Day Surgery, n. **11** di B.I.C. e n. **37** di M.A.C..
  A questi si aggiungono poi n. **32** posti accreditati di Residenzialità Psichiatrica.

P.O. DESENZANO LONATO:

OSPEDALE DI DESENZANO d/G.	Località Montecroce - 25015 Desenzano d/G.
OSPEDALE "VILLA DEI COLLI"	Via Arriga Alta, 11 - 25017 Lonato

P.O. MANERBIO LENO:

OSPEDALE DI MANERBIO	Lungomella Valsecchi, 2 - 25025 Manerbio
OSPEDALE DI LENO	P.zza Donatori di Sangue, 1 - 25024 Leno

P.O. GAVARDO SALO':

OSPEDALE CIVILE "LA MEMORIA"	Via Andrea Gosa, 74 - 25085 Gavardo
OSPEDALE DI SALO'	Piazza Bresciani, 5 - 25087 Salò

All'Ospedale di Manerbio afferisce anche la U.O. di Cure Subacute (n. 20 p.t. accreditati) ubicata c/o la struttura di Pontevico in Via Gorno Ruffoni, 16.

Sul territorio dell'A.S.S.T. del Garda sono presenti le seguenti strutture/unità di offerta sanitaria e socio-sanitaria:

POLIAMBULATORI DI GARGNANO	Via Repubblica, 2 - 25084 Gargnano
POLIAMBULATORI NOZZA DI VESTONE	Via Generale Reverberi, 2 - 25078 Vestone

PUNTI PRELIEVO dislocati nei seguenti Comuni: Mazzano, Sirmione, Manerba, Pozzolengo, Vestone, Capovalle, Valvestino, Vobarno, Odolo. Gargnano e **ATTIVITA' DI PRELIEVO** ubicate nei seguenti Comuni: Bagolino, Bagnolo Mella, Pontevico, Gambara, Ghedi, Isorella, Pralboino, Verlanuova, Pavone del Mella.

STRUTTURE afferenti il D.S.M.D.: n. 3 Centri Psicosociali CPS (Leno, Lonato e Salò, con ambulatorio periferico a Nozza di Vestone), n. 8 programmi di Residenzialità Leggera RL (n. 4 nella Bassa Bresciana Centrale en. 4 nell'area Garda/Vallesabbia) e n. 3 programmi per Fragilità Adolescenziale (Leno, Lonato e Salò), n. 3 Poli di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza NPIA (Leno, Lonato e Salò) e n. 3 C.D.C.D. (Centri Disturbi Cognitivi e Demenza) dislocati a Leno, Lonato e Salò.

CENTRI VACCINALI: Nozza di Vestone, Gavardo, Salò, Gargnano, Desenzano d/G, Montichiari, Calvisano, Pralboino, Ghedi, Leno, Manerbio, Verolanuova, Ospedale di Manerbio, Ospedale di Desenzano, Ospedale di Gavardo

Unità di Offerta Socio Sanitarie

CONSULTORIO FAMILIARE	Via Solferino, 55 - 25025 Manerbio
CONSULTORIO FAMILIARE	P.zza Donatori di Sangue, 3 - 25016 Ghedi
CONSULTORIO FAMILIARE	Via Veronica Gambara, 14/C - 25020 Pralboino
CONSULTORIO FAMILIARE	Via Fantoni, 93 - 25087 Salò
CONSULTORIO FAMILIARE	Via Adua, 4 - 25015 Desenzano d/G.
CONSULTORIO FAMILIARE	Via Falcone, 18 - 25018 Montichiari
CONSULTORIO FAMILIARE (distaccamento di Montichiari)	Via Canossi, 5 - 25012 Calvisano

Unità di Offerta dell'Area delle Dipendenze

Servizio Territoriale per le Dipendenze (Ser.T.)	Via Falcone, 20 - 25018 Montichiari
Equipe Politossicodipendenze Garda Valle Sabbia	Via Umberto I,2 loc.Campoverde 25087 Salò
Nucleo Operativo Alcologia (N.O.A.) Leno	P.zza Donatori di Sangue, 1 - 25024 Leno
Nucleo Operativo Alcologia (N.O.A.) Garda Valle Sabbia	Via Umberto I,2 loc.Campoverde 25087 Salò

Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT):

c/o Nucleo Operativo Alcologia (N.O.A.) Leno	P.zza Donatori di Sangue, 1 - 25024 Leno
c/o Nucleo Operativo Alcologia (N.O.A.) Garda Valle Sabbia	Via Umberto I,2 loc.Campoverde25087 Salò

Servizi per il Gioco Patologico:

c/o Nucleo Operativo Alcologia (N.O.A.) Leno	P.zza Donatori di Sangue, 1 - 25024 Leno
c/o Nucleo Operativo Alcologia (N.O.A.) Garda Valle Sabbia	Via Umberto I,2 loc.Campoverde25087 Salò
c/o Servizio Territoriale per le Dipendenze (Ser.T.)	Via Falcone, 20 - 25018 Montichiari

Nelle sedi territoriali si garantiscono inoltre i seguenti servizi: Sportelli Scelta/Revoca, Uffici di Protesica, Uffici Invalidi e Commissioni Invalidi, Commissioni Patenti, Equipe Disabilità, Sportelli Informativi Disabilità, U.V.M. (Unità di Valutazione Multidimensionale), A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) e A.D.I. Cure Palliative accreditate presso la sede di Montichiari.
In Azienda operano circa n. **2.700** dipendenti di cui circa **400** sono dirigenti medici e sanitari.

Informazioni più dettagliate sulle attuali sedi, struttura organizzativa, servizi, uffici e relativi riferimenti, attività e prestazioni erogate, ecc. sono consultabili sul sito internet istituzionale www.asst-garda.it (alla voce "Carta dei Servizi") che è in graduale e continuo adeguamento in via di recepimento delle indicazioni che pervengono dalla Regione e dalla nuova organizzazione dell'Azienda che si sta delineando con il nuovo P.O.A.S., già approvato da Regione Lombardia e di imminente progressiva implementazione.

4. INDIRIZZI OPERATIVI e OBIETTIVI AZIENDALI

4.1) **Le Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario regionale** per l'anno corrente, di cui alla **D.G.R. n. X/5954** del **05 dicembre 2017**, anche mediante apposite circolari esplicative e linee guida, costituiscono il contesto, l'ambito ed i limiti entro cui le Aziende del S.S.R. debbono/possono muoversi per l'organizzazione e l'erogazione delle proprie attività/servizi, che ne costituiscono la "mission" istituzionale.

Il principale obiettivo che si può desumere dal citato documento, sul quale si fonda la valutazione dell'operato di ciascuna Azienda, è il rispetto delle indicazioni ivi previste in ordine ai seguenti aspetti:

- Presa in carico del paziente
- Programmazione, accreditamento e negoziazione
- Azioni per la riduzione dei tempi di attesa
- Politiche del personale
- Gestione degli acquisti di beni e servizi
- Farmaceutica, protesica e dispositivi HTA
- Investimenti
- Sistemi informativi e flussi

4.2) **Gli obiettivi posti in capo ai Direttori Generali** per il corrente anno, di cui alla **D.G.R. X/6963** del **31 luglio 2017** si suddividono nelle due seguenti aree:

Fase 1. Analisi e valutazione dell'andamento degli obiettivi legati alle ATTIVITÀ ISTITUZIONALI
Il contenuto degli obiettivi e degli indicatori che li declinano verifica il rispetto delle regole definite annualmente con la delibera di gestione del servizio sociosanitario. Tali obiettivi sono ritenuti **adempimenti** imprescindibili pertanto solo un loro adeguato conseguimento permette di accedere alla successiva fase di valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA.

Fase 2. Analisi e valutazione degli OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA. Questa classe di obiettivi è suddivisa ulteriormente in:

- OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI;
- OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI;
- OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR.

I predetti Obiettivi sono declinati ulteriormente in:

-OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI – (PESO 40 PUNTI)
Viene verificato il posizionamento delle Aziende/Agenzie del SSL rispetto agli indicatori pubblicati sul Portale di Governo Regionale (https://logindwh.servizirl.it), all'interno del Servizio "Valutazione Performance", aggiornati periodicamente nell'anno 2017 in modo che ogni Direttore Generale possa verificare il proprio posizionamento e gli effetti dei provvedimenti presi per migliorarlo.

-OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI – (PESO 35 PUNTI)
Sono verificate le risultanze dell'analisi della rendicontazione di obiettivi specifici, assegnati in esclusiva ad ogni ASST/ATS del Servizio Sociosanitario Lombardo.

-OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 25 PUNTI)
Si tratta di obiettivi, inseriti nell'Allegato 3) della citata D.G.R., inerenti l'attuazione di quanto previsto dalle deliberazioni:
-n. X/6164 del 30/01/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015";
-n. X/6551 del 04/05/2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009".

Fase 3. TRASPARENZA ed ANTICORRUZIONE
Verifica l'assenza di gravi irregolarità in tema di trasparenza ed anticorruzione rilevate e segnalate dalla U.O. Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy officer. Nel caso fossero rilevate tali fattispecie, il punteggio derivante dalla valutazione della Fase 2, viene decurtato di 5 punti;

Fase 4. ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria)
Verifica l'inserimento nei regolamenti aziendali (fatto di cui deve essere data evidenza documentale nella rendicontazione) della funzione di monitoraggio trimestrale sull'andamento delle liste d'attesa per prestazioni istituzionali ed in ALPI e il regolare invio dei monitoraggi trimestrali alle strutture della D.G. Welfare. Il mancato rispetto di questa disposizione comporta una decurtazione di 5 punti rispetto alla valutazione della Fase 2.

4.3) Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

La programmazione strategica aziendale trova attuazione nel **ciclo della performance** che prevede l'attribuzione degli obiettivi aziendali alle singole Strutture, anche mediante lo strumento del budget. Presso questa ASST **il processo di budget** si è concluso, nella sua prima fase, nello scorso mese di aprile 2017, con l'assegnazione degli obiettivi per il corrente anno, che hanno tenuto in debita considerazione le novità introdotte dai documenti regionali citati in premessa (cfr. punto 2 - riferimenti normativi istituzionali) e la nuova organizzazione che si sarebbe andata delineando con l'approvazione del nuovo POAS.
Nell'ambito del processo di budget sono state obiettivizzate le seguenti "macroaree", all'interno delle quali sono stati declinati i singoli obiettivi corredati dei necessari indicatori di valutazione:

Per i Reparti/Servizi
-Area Economica: scheda ricavi e scheda costi (agli atti del Servizio Pianificazione e Controllo di Gestione)
-Area Obiettivi Altamente Strategici
-Area Obiettivi di Miglioramento

Per i Servizi Centralizzati
-Area Obiettivi Economici (solo per le Direzioni Mediche di Presidio)
-Area Obiettivi Strategici/Specifici
-Area Obiettivi di Miglioramento

Con il supporto del Servizio Pianificazione e Controllo di Gestione, nel **processo di budget** *(disciplinato in tutte le sue fasi come da d.D.G. n. 910 del 08.09.2016)* la Direzione ha coinvolto tutte le strutture aziendali nelle fasi di negoziazione e assegnazione degli obiettivi. A garanzia del raggiungimento dei risultati il predetto Servizio ha quindi strutturato un idoneo sistema di monitoraggio che prevede una periodica misurazione, anche a stato di avanzamento, degli indicatori. Seguirà, a fine anno, l'effettuazione da parte della Direzione Aziendale con il supporto dei competenti Uffici di una valutazione di I^ istanza in ordine al grado di raggiungimento da parte di ciascuna U.O./Servizio degli obiettivi assegnati. Il processo di budget viene coordinato/gestito in tutte le sue fasi (*cfr. d.D.G. n. 910/2016 sopracitato*) dal Servizio Pianificazione e Controllo di Gestione. Le relative risultanze vengono quindi trasmesse, per il seguito di competenza, al Nucleo di Valutazione delle Performance/Prestazioni che, nella propria veste di Valutatore di II^ istanza, dopo aver analizzato il lavoro svolto dall'Azienda, è chiamato ad effettuare la validazione finale.

4.4) Collegamento con il Piano della trasparenza e anticorruzione

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è anche strumento fondamentale attraverso cui trasparenza e prevenzione dell'illegalità si realizzano.
I processi e le attività di programmazione illustrati nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) dell'ASST del Garda, integrato con il Programma per la Trasparenza vigente, approvato con deliberazione del Direttore Generale n° 114 del 25.01.2017, costituiscono anche obiettivi e indicatori del ciclo della performance.
Ai sensi delle disposizioni contenute nel D.Lgs 97/2016, che hanno modificato il D.Lgs 33/2013 e la Legge n. 190/2012, il PTPC infatti assume un ruolo programmatico ancora più incisivo dovendo definire gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione e per la trasparenza fissati dal Direttore Generale. Inoltre l'art. 10, c. 3), del D.Lgs n. 33/2013 e s.m.i. stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali.
Nel PTPC sono pertanto stati resi espliciti i collegamenti tra le misure da adottare per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e gli obiettivi strategici. Il Responsabile Prevenzione Corruzione e trasparenza (RPCT) ha individuato, seguendo le indicazioni dell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione 2016, gli obiettivi da assegnare ai Servizi/Uffici cosi come risulta dall'allegata tabella riepilogativa, estratta dal citato PTPC. In tale ottica il Piano della Performance deve coordinarsi e collegarsi con il PTPC (art. 10 comma 1 lettera a) del D.Lgs 27.10.2009 n. 150 e s.m.i.) in quanto è in tale documento che sono individuati, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda, definendo gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.
La metodologia utilizzata dall'ASST per la definizione degli obiettivi e la valutazione della performance organizzativa prevede l'assegnazione ai dirigenti di **adempimenti** ovvero di **attività obbligatorie** che rappresentano il rispetto di norme di legge e regolamenti aziendali, la cui verifica è requisito per l'accesso alla valutazione degli obiettivi. Questi ultimi rappresentano invece il livello prestazionale di miglioramento o di innovazione considerato l'elemento di valutazione. Gli obiettivi indicati nel PTPC saranno pertanto declinati alle articolazioni aziendali (UU.OO./Servizi/Uffici) come "adempimento" nel caso di mantenimento delle attività già in atto in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza ovvero come obiettivo nel caso di attività incrementali di sviluppo o di miglioramento della qualità della prestazione.
Anche la predisposizione e pubblicazione dei documenti "Piano della Performance" e "Relazione della Performance" rappresenta un obiettivo della trasparenza. Tali documenti devono essere, e quindi sono, regolarmente approvati dall'ASST e pubblicati sul sito internet istituzionale nell'apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente".
Si evidenzia, non da ultimo, il ruolo del Nucleo di Valutazione delle Performance/Prestazioni (NVP) coinvolto nella validazione del ciclo della performance in merito alla verifica e attestazione del rispetto degli obblighi di trasparenza, nonché in merito alla verifica dell'attuazione delle

disposizioni normative in tema di anticorruzione (cfr. linee guida regionali approvate con DGR n. X/5539 del 02.08.2016).

4.5) Collegamento con il Piano di Miglioramento della Qualità dell'Organizzazione (PIMO)

La gestione aziendale, che dovrà misurarsi con i cambiamenti organizzativi, sarà orientata a sostenere una cultura di miglioramento qualitativo continuo basato su una definizione di qualità (reale e percepita) orientata all'utente. Nella qualità dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria i tempi relativi ad un'appropriata erogazione di interventi efficaci sotto il profilo clinico e organizzativo devono essere coerenti con il modello che deve garantire la sostenibilità del sistema e quindi essere efficiente. Regione Lombardia con il Programma Regionale di Sviluppo della X^ Legislatura (D.C.R. n. 78 del 09.07.2013) promuove un'azione di governo volta al mantenimento dell'attuale elevato livello qualitativo delle cure e l'alta reputazione che il sistema sanitario regionale lombardo ha anche a livello internazionale.
Le regole per la gestione del Servizio Sanitario Regionale 2015 avevano introdotto l'utilizzo sistematico del miglioramento continuo dei processi aziendali attuato mediante l'utilizzo di un nuovo strumento ("Piano di Miglioramento della Qualità dell'Organizzazione -PIMO-") obbligatorio per tutte le strutture di ricovero e cura della Regione, pubbliche, private, accreditate e a contratto.
Il programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (PIMO) approvato con D.G.R. n. X/3652 del 05.06.2015 ha le seguenti finalità:
- migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria;
- promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
- monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori e una piattaforma integrata ove si inseriscono

a) gli esiti delle autovalutazioni richieste da Regione Lombardia secondo lo schema della DGR X/3625 del 05.06.2015

b) il monitoraggio dell'organizzazione attraverso indicatori individuati all'interno del "Gruppo di lavoro miglioramento della qualità e sicurezza del paziente" (DDG n. 1685 del 28.02.2014)

c) il conseguente Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione.

Gli obiettivi di miglioramento dell'ASST del Garda sono stati inseriti nel Piano di Miglioramento Aziendale approvato con Deliberazione Direttore Generale n. 968 del 27.07.2017 nel rispetto delle scadenze indicate da Regione Lombardia.
Gli indicatori presi in considerazione da Regione Lombardia sondano diversi aspetti gestionali quali la direzione medica (liste di attesa), igiene (legionella), ingegneria clinica (vetuste apparecchiature), sistemi informativi (tempistica fermi sw), situazione economico finanziaria, personale, personale/accreditamento. Il sistema di Autovalutazione si svolge su circa 300 item, documentali e di processo, e prevedono valutazioni sul campo da parte di un ente terzo (audit). Le zone critiche che emergeranno dalle autovalutazioni dovranno trovare evidenza nel piano di miglioramento del 2018.

4.6) La valutazione della performance organizzativa ed individuale

Presso questa ASST del Garda è strutturato un sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa che parte dall'effettuazione, da parte della Direzione Aziendale con il supporto dei competenti Uffici, di una valutazione di I^ istanza in ordine al grado di raggiungimento da parte di ciascuna U.O./Servizio degli obiettivi assegnati. L'intera fase di questo processo viene coordinata e gestita dal Servizio Pianificazione e Controllo di Gestione.
Le risultanze di questa prima valutazione vengono quindi trasmesse, per il seguito di competenza, al Nucleo di Valutazione delle Performance/Prestazioni che, nella propria veste di Valutatore di II^ istanza, dopo aver analizzato il lavoro svolto dall'Azienda, è chiamato ad effettuare la validazione finale.
Per rendere il sistema di misurazione e valutazione della performance strumento idoneo al miglioramento dell'organizzazione, la valutazione della performance dei dirigenti distingue gli obiettivi veri e propri dagli adempimenti che rappresentano tutte le attività obbligatorie, quali il rispetto delle norme e procedure aziendali tra cui anche gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. La verifica del rispetto degli adempimenti costituisce requisito per l'accesso alla valutazione degli obiettivi che devono rappresentare attività di miglioramento vero e proprio della qualità della prestazione.
La valutazione della performance individuale, mediante apposita scheda cartacea, è finalizzata ad evidenziare il grado di coinvolgimento e partecipazione al risultato raggiunto dall'Equipe da parte di ciascun componente la stessa. Presuppone la diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore, la preventiva informazione, la comunicazione ed il contraddittorio. Nella scheda trovano spazio anche altre elementi connessi alla valutazione delle capacità/competenze professionali e dei comportamenti aziendali dimostrati essendo richiesta, in particolar modo al dirigente, una costante capacità di adeguare i propri comportamenti manageriali e competenze professionali alle possibili discontinuità organizzative e gestionali che potrebbero interessare l'Azienda anche in relazione al mutare del contesto di riferimento.
Per quanto riguarda invece il personale non dirigenziale, allo stesso vengono assegnati soprattutto obiettivi di gruppo, essendo quelli individuali riservati a particolare categorie aventi funzioni direttive e/o ruoli di coordinamento. La valutazione di tale personale, oltre che verificare il raggiungimento dei predetti obiettivi, darà conto della qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità di appartenenza, delle competenze professionali e dei comportamenti organizzativi e relazionali posti in essere.

4.7) Pubblicità

Il piano della performance viene adottato secondo i criteri di massima trasparenza dei processi attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione denominata "trasparenza valutazione e merito"