

# RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2022

A cura di

SC Gestione Operativa e Next Generation EU-29/06/2023<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Testo originale acquisito in atti.



<b>1. Presentazione.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Gestione dell'emergenza Sars – Cov2.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Analisi del contesto .....</b>	<b>6</b>
<b>4. I dati delle attività .....</b>	<b>7</b>
<b>5. Piano delle performance: Sintesi dei risultati raggiunti .....</b>	<b>12</b>
<b>6. Obiettivi di budget: valutazione performance organizzativa .....</b>	<b>19</b>
<b>7. Attività di Prevenzione della corruzione e Trasparenza .....</b>	<b>20</b>

## **1. Presentazione**

La Relazione sulla Performance 2022 riassume la valutazione annuale del “Ciclo di gestione della performance”.

In particolare, la Relazione è lo strumento attraverso cui la nostra Azienda presenta ai cittadini e a tutti gli altri stakeholders una sintesi dei risultati organizzativi ed individuali ottenuti nel corso dell’anno precedente.

L’obiettivo primario della Relazione è la trasparenza e la comprensibilità dei dati, dei risultati e delle criticità incontrate nel corso dell’anno.

Il Piano e la Relazione della Performance, così come anche il Programma Triennale della Trasparenza, rientrano infatti in quell’insieme di azioni (previste dal Decreto Legislativo n.150 del 2009) che fanno della trasparenza, intesa come accessibilità alle informazioni concernenti gli aspetti organizzativi, gli indicatori gestionali, l’utilizzo delle risorse, l’aspetto che caratterizza l’agire delle pubbliche amministrazioni.

Questa Relazione quindi, in linea con le indicazioni della Civit, è il frutto di un lavoro congiunto della Direzione Strategica e degli Uffici di Staff che hanno analizzato gli obiettivi, misurato gli scostamenti, valutato le criticità e soprattutto resa visibile all’esterno la performance dell’Azienda.

## **2. Gestione dell'emergenza Sars – Cov2**

Il Piano della performance 2021-2023 è stato rivisto in funzione del perdurare dell’epidemia sars-cov2 il cui impatto nel corso dell’anno 2022, pur alleviandosi, ha ancora determinato e influenzato l’andamento dell’Azienda sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi. Gli obiettivi descritti nel documento risentono della situazione emergenziale e, nello specifico, delle strategie organizzative adottate al fine di traghettare l’Azienda verso uno stato ordinario, il più confrontabile possibile con gli anni pre-COVID.

Per garantire la sicurezza e la cura di tutti i pazienti sono state adottate una serie di modifiche organizzative:

- la suddivisione dei percorsi nei Pronto Soccorso per distinguere i pazienti con patologie respiratorie dagli altri pazienti con l’istituzione dei pre-triage;
- la suddivisione dei percorsi in tutte le situazioni a rischio di promiscuità;

- l'effettuazione di tampone per SARS-CoV-2 a tutti i pazienti che necessitano di ricovero con i relativi nuovi percorsi è andata progressivamente trasformandosi a seguito della diffusione del tampone antigenico;
- nei primi 9 mesi del 2022 ASST Sette Laghi ha continuato a gestire i pazienti COVID+ in reparti dedicati. Negli ultimi 3 mesi dell'anno, anche a seguito della riduzione dell'impatto pandemico e delle indicazioni regionali, i reparti COVID+ sono stati destituiti ed i pazienti COVID+ sono stati gestiti all'interno dei reparti ordinari seguendo specifiche procedure di isolamento locale. Tale passaggio organizzativo, seppur necessario, ha determinato un iniziale maggiore difficoltà nelle procedure di allocazione dei pazienti provenienti da pronto soccorso, allungando i tempi di onboarding;
- la rimodulazione delle attività ambulatoriali e dei ricoveri programmati comeda indicazioni regionali, con particolare riferimento all'attività chirurgica;
- la riorganizzazione dei percorsi di accesso con la progressiva disattivazione dei check-point/varchi.

Tutto ciò è stato implementato con il supporto di strumenti di gestione e controllo tra cui, unità di crisi, reportistica strutturata predittiva (Report COVID, Report Posti letto, Report Tamponi, Report Giacenze, Report Pronto Soccorso, Report Sale Operatorie, Report vaccini), cicli di audit e analisi del rischio di tipo proattivo, Quick Door Point, ovvero il centro di coordinamento delle attività di ricovero e dimissione e Centrale Unica per la gestione dei Blocco Operatori.

Alla data del 31/12/2022 i ricoveri con diagnosi covid curati negli stabilimenti ospedalieri dell'azienda sono stati oltre 8.300.

Durante l'anno 2022 l'impatto delle ondate pandemiche è stato certamente ridotto rispetto al 2021 ad eccezione dei primi 2 mesi che hanno ancora risentito dell'ultima ondata invernale 2021/2022 (Grafico 1).

ive

### TREND GIORNALIERO – TUTTI I REPARTI

Il seguente grafico mostra giorno per giorno dell'ultimo mese i casi positivi, negativi e sospetti dell'ASST Sette Laghi.

AGGIORNAMENTO: GIORNALIERO

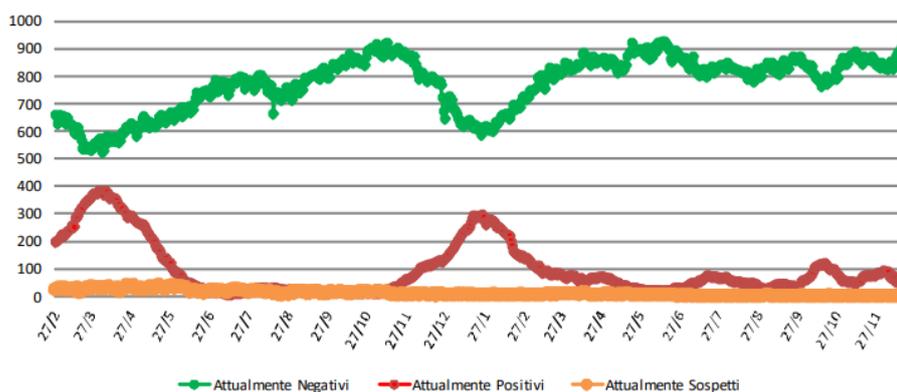


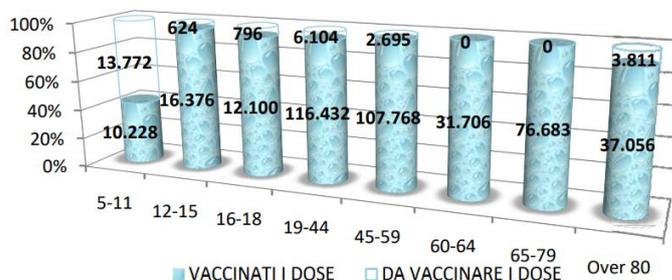
Grafico 1: Posti letto covid+ e covid-

### Piano vaccinazioni sars-cov2

La campagna vaccinale per la sars-cov2, che ha caratterizzato l'intero anno 2021 con la somministrazione di 900 mila dosi e con una capacità di picco di oltre 5 mila vaccinazioni giornaliere, è proseguita nel 2022, soprattutto per le dosi successive alla prima.

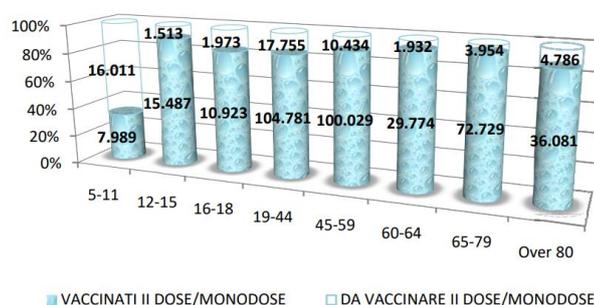
I dati sulla copertura della popolazione di riferimento si sono mantenuti molto positivi per tutte le classi di età, raggiungendo per la prima dose il 94% della popolazione di riferimento, per la seconda l'87% e la terza il 70% della popolazione.

Grafico 2: 1° dose Vaccinazione covid per classi di età



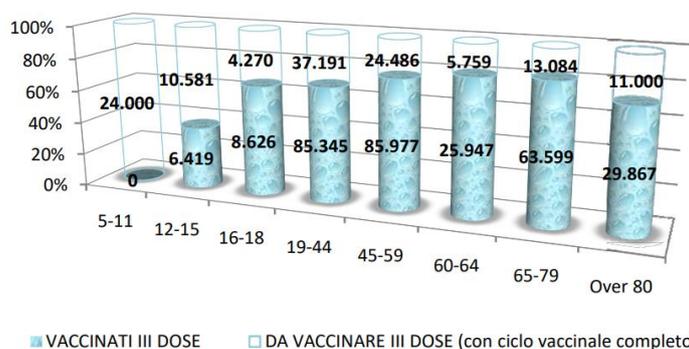
I DOSI	5-11	12-15	16-18	19-44	45-59	60-64	65-79	Over 80	%TOTALE
% POP. VACCINATA	43%	96%	94%	95%	98%	100%	100%	91%	94%

Grafico 2: Ciclo Vaccinazione covid completo (2° dose) per classi di età



II DOSI	5-11	12-15	16-18	19-44	45-59	60-64	65-79	Over 80	%TOTALE
% POP. VACCINATA	33%	91%	85%	86%	91%	94%	95%	88%	87%

Grafico 3: Ciclo Vaccinazione covid (3° dose) per classi di età



III DOSI	5-11	12-15	16-18	19-44	45-59	60-64	65-79	Over 80	%TOTALE
% POP. VACCINATA	0%	38%	67%	70%	78%	82%	83%	73%	70%

### L'implementazione della telemedicina.

Partendo dai percorsi aziendale strutturati nel 2021, integrati con quanto previsto dalle regole sulla privacy in tema di telemedicina e organizzati attraverso specifiche agende per il tele-triage, in attesa dei nuovi strumenti regionali e nazionali, l'esperienza di ASST dei Sette Laghi si è sia quantitativamente sia tecnologicamente introducendo nuove tecnologie in tutti e 6 i Pronto Soccorso aziendali per l'acquisizione dei tracciati ECG in modalità *paperless* e la conseguente refertazione a distanza.

### 3. Analisi del contesto

Oltre alla già citata situazione pandemica transitoria, che ha traghettato l'ASST dei Sette Laghi dall'ultima ondata pandemica di Gennaio/Febbraio al ripristino sostanziale della "normalità"

nell'ultimo trimestre, il 2022 è stato l'anno di inizio dell'attività dell'infermiere di famiglia (introdotto con l'inaugurazione delle Case della Comunità), a cui si è però accompagnata la carenza delle risorse infermieristiche (oltre 100 FTE mancanti) e, per alcune specialità, delle risorse mediche. Si segnalano in particolare difficoltà nel reperimento di specialisti Dermatologi e Anestesisti.

#### **4. I dati delle attività**

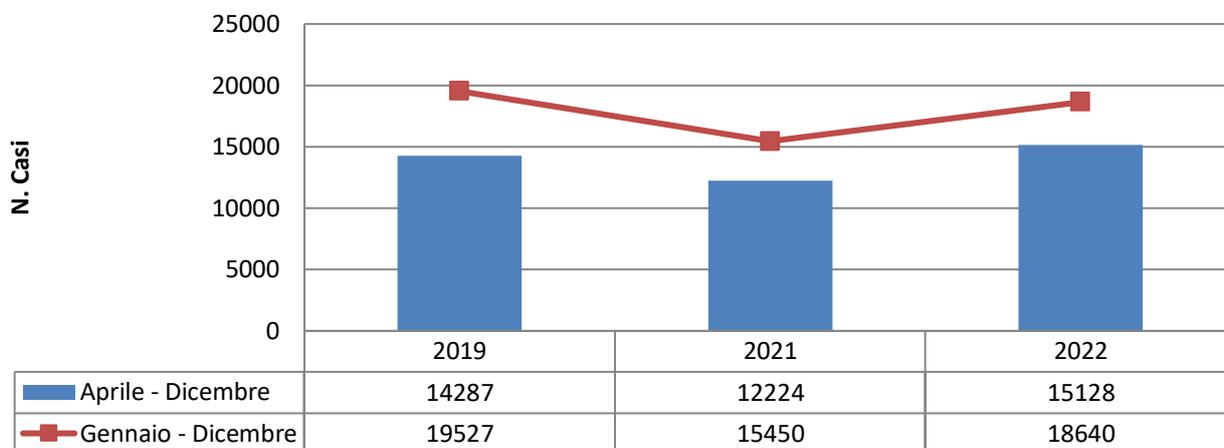
I continui assestamenti della pandemia SARS COVID II hanno influenzato l'attività di ricovero, permettendo comunque all'ASST dei Sette Laghi di raggiungere una produzione da Aprile a Dicembre complessivamente superiore al 2021 e al 2019.

Nel corso del 2021 Regione Lombardia ha previsto un piano di ripresa delle attività chirurgiche e ambulatoriali finalizzato a garantire, tra Aprile e Dicembre, un livello di prestazioni paragonabile superiore al 2019.

L'ASST Sette Laghi ha definito un piano di ripresa dei ricoveri chirurgici programmati facendo anche ricorso a sedute operatorie aggiuntive, mentre per le prestazioni ambulatoriali è stato definito un programma specifico di recupero dell'attività per struttura, in ragione anche dell'andamento rilevato nel corso del 2022, con l'apertura di agende con slot aggiuntivi per aumentare l'offerta di prestazioni.

Per i ricoveri chirurgici programmati, a partire dal mese di Aprile si è realizzato un significativo recupero di interventi chirurgici, come si può vedere nel grafico sotto riportato in cui è evidente che la produzione elettiva in volumi nel periodo Aprile – Dicembre è stata superiore sia all'anno 2021 sia all'anno 2019, mentre quella complessiva annua (Gennaio – Dicembre) si è avvicinata al 2019 superando di oltre 3.000 casi il 2021. Questo a seguito del termine dell'ultima ondata pandemica e dell'attivazione di sedute aggiuntive a partire dal mese di Aprile.

Grafico 4: Casi chirurgici programmati 2019 – 2021 - 2022



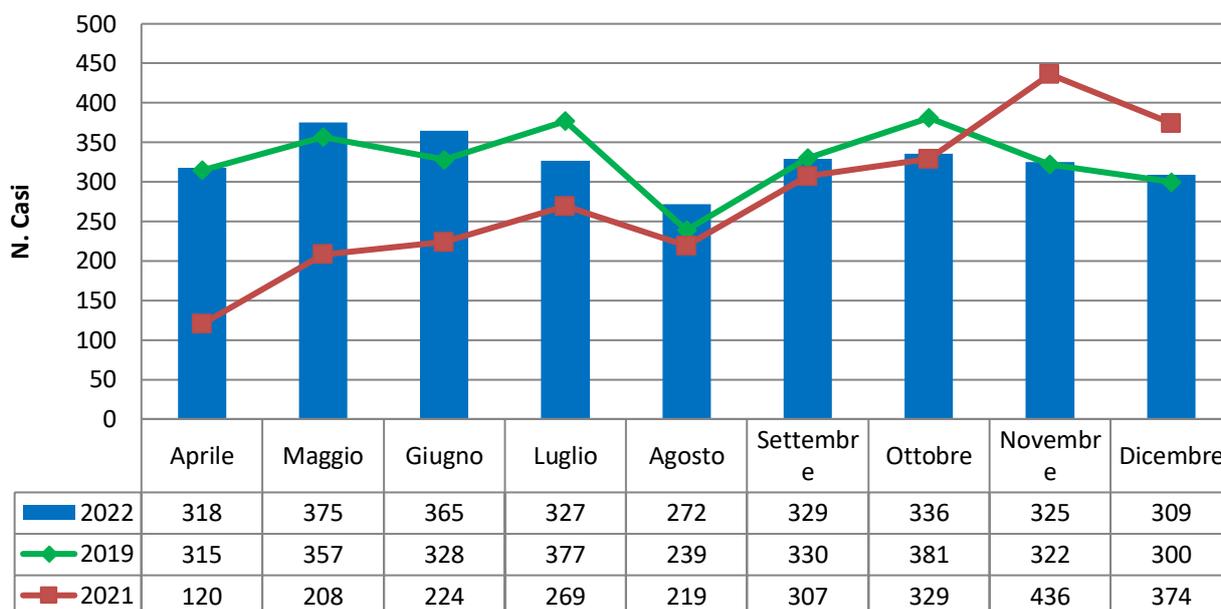
Nella tabella dei casi chirurgici, raggruppati per categoria di diagnosi (MDC), si evidenziano le patologie trattate rispetto agli anni 2019 e 2021.

Tabella 1: Ricoveri chirurgici programmati – N. casi Aprile- Dicembre – 2019 – 2021 - 2022

MDC	2019	2021	2022
01-Malattie e disturbi sistema nervoso	240	179	214
02-Malattie e disturbi occhio	296	534	767
03-Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	1.537	1.223	1.536
04-Malattie e disturbi apparato respiratorio	127	121	158
05-Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	893	787	1.089
06-Malattie e disturbi apparato digerente	1.827	1.437	1.784
07-Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	426	298	423
08-Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	2.393	2.146	2.814
09-Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	1.327	882	1.281
10-Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	217	246	293
11-Malattie e disturbi rene e vie urinarie	591	491	602
12-Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	530	356	526
13-Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	2.532	2.310	2.544
14-Gravidanza, parto e puerperio	789	688	468
16-Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e sistema immunitario	37	46	49
17-Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	164	186	186
Altro	361	294	394
	<b>14.287</b>	<b>12.224</b>	<b>15.128</b>

Nello specifico degli interventi previsti dal Programma Nazionale di Governo delle Liste di attesa (PNGLA), che rappresentava un ulteriore target regionale, l'incremento rispetto al 2021 soprattutto nei mesi compresi tra Aprile e Agosto, mentre rispetto al 2019 l'andamento della produzione si è stabilizzato ed è stato comunque superiore complessivamente sia al 2019 sia la 2021.

Grafico 5: Ricoveri PNGLA 2019 – 2021– 2022 (Volumi)



L'incremento dell'attività è evidente anche sotto il profilo del fatturato:

Tabella 2: Fatturato interventi PNGLA

Mese dimissione	2019	2021	2022
Aprile	1.587.668	775.962	1.651.982
Maggio	1.777.944	1.125.887	1.794.156
Giugno	1.571.834	1.245.103	2.033.435
Luglio	1.670.098	1.297.146	1.675.572
Agosto	1.149.706	1.139.775	1.597.951
Settembre	1.552.781	1.563.330	2.002.449
Ottobre	1.567.727	1.635.763	1.884.720
Novembre	1.377.217	1.816.260	1.575.735
Dicembre	1.312.451	1.703.024	1.521.263
	<b>13.567.426</b>	<b>12.302.250</b>	<b>15.737.263</b>



Il dettaglio degli interventi PNGLA, aggregati per tipologia, evidenzia l'attività erogata per specifico intervento.

Tabella 3: N. casi con Intervento PNGLA

<b>MON_TEMPI_ATTESA_PRESTAZIONE</b>	<b>2019</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
01 - Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	327	309	312
02 - Interventi chirurgici tumore maligno Prostate	71	40	53
03 - Interventi chirurgici tumore maligno colon	59	62	98
04 - Interventi chirurgici tumore maligno retto	18	21	28
05 - Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	86	78	69
06 - Interventi chirurgici per melanoma	13	12	5
07 - interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	37	59	73
08 - By pass aortocoronarico	102	69	150
09 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	104	61	101
10 - Endoarteriectomia carotidea	41	50	45
11 - Intervento protesi d'anca	214	297	281
12 - Interventi chirurgici tumore del Polmone	58	46	78
13 - Colectomia laparoscopica	410	274	360
14 - Coronarografia	233	203	233
15 - Biopsia percutanea del fegato	10	25	13
16 - Emorroidectomia	182	110	171
17 - Riparazione ernia inguinale	984	770	886
<b>Totale complessivo</b>	<b>2.949</b>	<b>2.486</b>	<b>2.956</b>

L'attività ambulatoriale, nonostante le necessarie misure per il distanziamento e per la sicurezza dei pazienti si sia protratta a pieno regime fino al 31/03/2022 per poi gradualmente tornare alla normalità nel corso dell'anno, si è mantenuta tra Aprile e Dicembre ad un livello vicino al 2019 (92%) in termini di volumi e ha superato il 2019 in termini di fatturato.

Nella tabella seguente è rappresentato l'andamento mensile delle prestazioni erogate (escluso il PS) nel 2022 e nel 2019.



Grafico 6: Prestazioni ambulatoriali 2019 –2022 (Volumi)

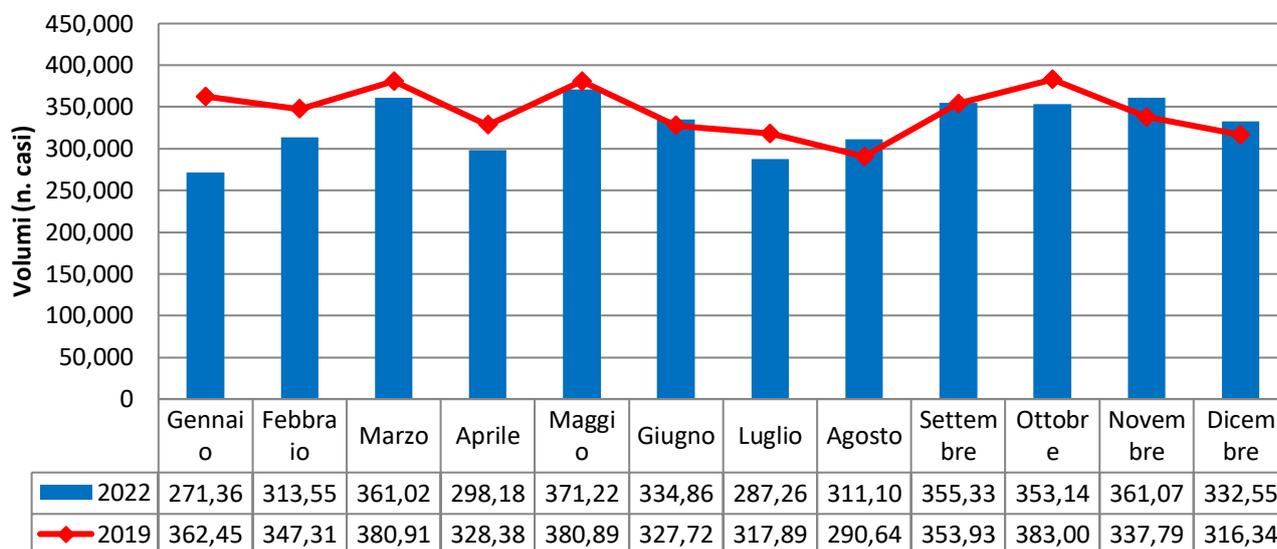
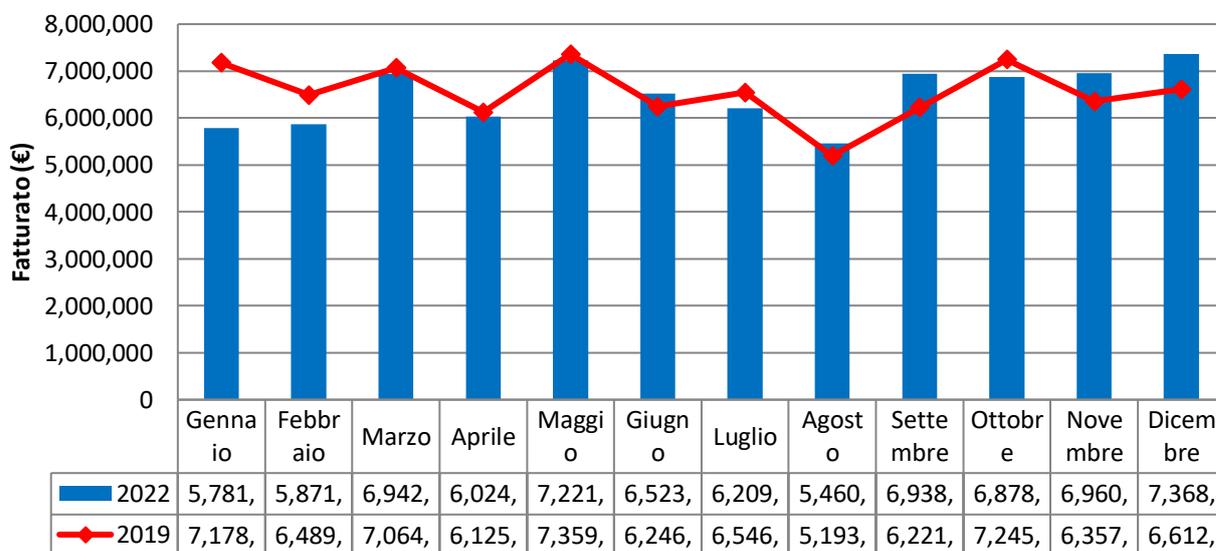
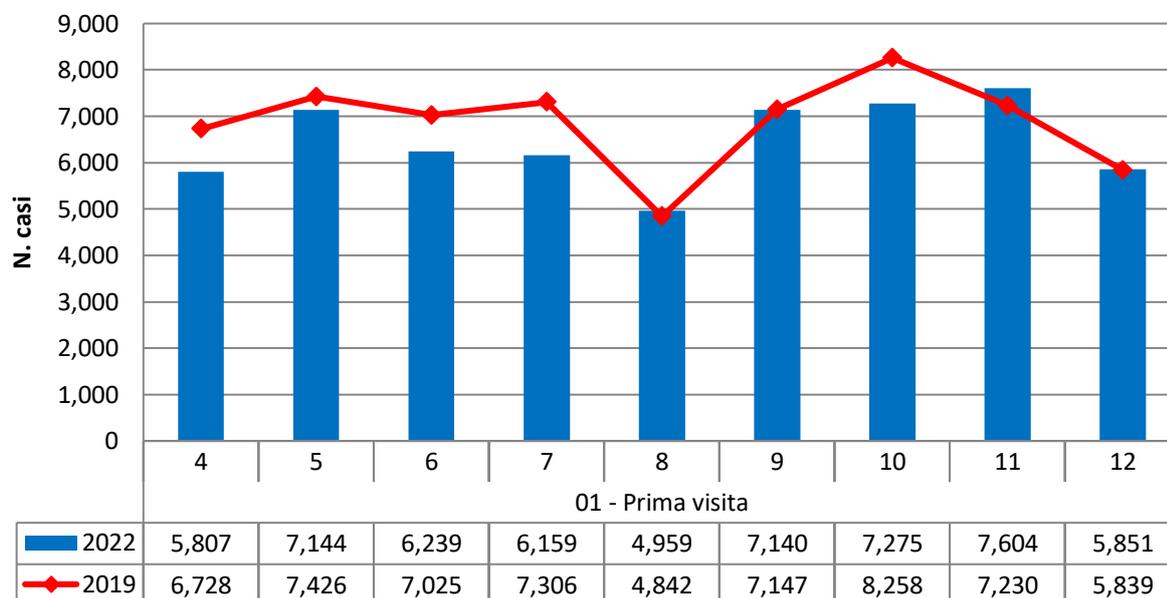


Grafico 7: Prestazioni ambulatoriali 2019 –2022 (Fatturato)



Il risultato ottenuto è stato un recupero, seppur parziale. A titolo esemplificativo si riporta di seguito il risultato ottenuto per le prime visite.

Grafico 8: Visite PNGLA Aprile - Dicembre 2019 - 2022



## 5. Piano delle performance: Sintesi dei risultati raggiunti

Rispetto alle precedenti versioni in data 29/04/2022, con delibera n. 236 è stato adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) – 2022/2024. È stata quindi rivista l'articolazione degli obiettivi e sono state ridefinite nei seguenti ambiti:

### Piano di contrasto COVID-19

La gestione dell'emergenza Covid 19 ha richiesto una continua revisione organizzativa, progettuale e assistenziale da parte di ASST, al fine di mantenere un elevato livello di qualità e di risposta ai bisogni di salute e contemporaneamente adottando tutte le misure necessarie ad evitare quanto più possibile potenziali rischi di contagio.

Gli obiettivi riguardano Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 sia per le somministrazioni nei centri vaccinali che per le somministrazioni domiciliari.

### **Potenziamento rete territoriale**

L'obiettivo riguarda i tempi di esecuzione e refertazione del tampone molecolare e tutto il programma di apertura delle Case di Comunità e Centrali Operative Territoriali.

### **Piano di ripresa 2022 e programmi di screening**

La prima fase della pandemia covid specie nel primo semestre 2022 ha condizionato l'attività ambulatoriale e chirurgica, con la riduzione delle prestazioni determinata dal rispetto delle regole per l'accesso e il distanziamento dei pazienti nelle sedi ambulatoriali, nel corso dell'anno sono state progressivamente riprese tutte le attività ambulatoriali e l'ASST è riuscita a garantire un elevato livello di attività, paragonabile alla situazione pre-pandemia.

Nel 2022 l'obiettivo è di garantire un volume di prestazioni pari al 90% di quanto erogato nel 2019 in merito a prestazioni di ricovero chirurgiche e prime visite ambulatoriali, il 95% per le prestazioni di imaging ed il mantenimento dei volumi erogativi di screening.

In merito a quest'ultimo l'attività è stata marcatamente influenzata da un episodio di "Data breach" accorso ad ATS Insubria in data 05/05/2022, che ha compromesso l'utilizzo dell'applicativo per la gestione dei programmi dello screening fino al mese di ottobre.

### **Liste di attesa**

Come previsto nel Piano di Governo dei Tempi di attesa 2022, l'obiettivo era di rispettare la soglia prevista per le classi di priorità breve e differita delle prestazioni più critiche nei dati di monitoraggio dei tempi di attesa.

In particolare, si tratta delle prime visite specialistiche e di prestazioni diagnostiche.

### **Investimenti**

L'ASST dei Sette laghi è coinvolta in un fitto programma di edilizia sanitaria, con particolare riferimento al terzo lotto dell'Ospedale Filippo del Ponte, per il quale è stato necessario procedere con specifica aggiudicazione di gara d'appalto e ai lavori per l'Ospedale di Luino

### **Attività di donazione organi**

Da sempre l'ASST dei Sette Laghi monitora le percentuali di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.

### **Tempi di pagamento**

Nel monitoraggio dei tempi di pagamento è richiesto ad ASST dei Sette Laghi una tempestività nei tempi di pagamento  $\leq 0$  – PCC secondo normativa.



## Trasparenza

In merito alla trasparenza è richiesto di rispettare il programma di attuazione previsto nel PTPCT.

## Sintesi dei risultati

Tabella 4: Obiettivi Piano della Performance 2022

Area performance	Obiettivo	indicatore	Risultato	Note
Piano di contrasto al Covid-19	Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 sia per le somministrazioni nei centri vaccinali che per le somministrazioni domiciliari	Copertura del 90% della popolazione di riferimento con la somministrazione della 3° dose	La copertura raggiunta è del 70%	- Fonte dati: SI AVR-POSTE  - sono state eseguite tutte le vaccinazioni e aperti tutti gli slot vaccinali richiesti da ATS
Potenziamento rete territoriale	Rispetto delle indicazioni della Task Force Tamponi	Tempi esecuzione/referto dell'esame entro 24 ore: >95%	Durante il 2022 l'utilizzo del tampone molecolare è andato progressivamente a ridursi fino quasi ad annullarsi. I tempi di esecuzione e refertazione sono stati tuttavia rispettati.	Fonte dati: Flusso Tamponi Molecolari



	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare	Attivazione delle 4 COT e 40% Case di Comunità e Ospedali di Comunità	Sono state aperte le CdC di Tradate, Arcisate, Luino e Laveno Mombello (4 sulle 7 previste)	Fonte dati: Atti deliberativi
Piano di ripresa 2022 e programmi di screening	Volumi di ricoveri	90% ricoveri chirurgici programmati erogati nel 2019	Da Gennaio a Febbraio 2022 è stato eseguito il 95,16% di interventi chirurgici programmati del 2019	Fonte dati: Flusso Ambulatoriale
	Volumi di prestazione ambulatoriale PNGLA	90% Prime visite e 95% Diagnostica per immagini erogate nel 2019	Da Gennaio a Febbraio 2022 è stato eseguito il 94,13% delle prime visite del 2019 ed il 101,15 di prestazioni imaging	Fonte dati: Flusso Ambulatoriale
	Programma screening mammografico, colonretto e HCV	Per Mammografie e Colon-retto mantenimento dei volumi erogati nel 2019; per HCV adesione al programma	Il Valore dello screening 2022 è stato inficiato dal blocco dei sistemi informatici ad esso dedicati di ATS dal mese di maggio al mese di ottobre, a seguito di Data Breach (05/05/2022)	Fonte dati: Flusso Ambulatoriale



<p>Liste d'attesa</p>	<p>Prime Visite (PNGLA) - prestazioni classe priorità B (entro 10gg)</p>	<p>3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%</p>	<p>- prime visite (media dei risultati)  3° trimestre 80,45% 4° trimestre 76,14%</p>	<p>Fonte dati: Flusso Ambulatoriale  Nonostante la capacità produttiva sia stata portata oltre al 100% e gli indici siano migliorati, non sono stati conseguiti i target in obiettivo</p>
	<p>Diagnostica per immagini (PNGLA) classe priorità B (entro 10gg) e D (entro 60gg)</p>	<p>3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%.</p>	<p>- diagnostica per immagini (media dei risultati)  3° trimestre: 83,16% 4° trimestre: 83,34%</p>	<p>Fonte dati: Flusso Ambulatoriale  La performance si è mantenuta costante, ma l'obiettivo del 4°T era il più elevato.</p>
	<p>Tempo di attesa ricoveri chirurgici</p>	<p>-oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.  - non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%.</p>	<p>- oncologici in classe A (media dei risultati)  2° trimestre: 90,81%  3° trimestre: 83,09%  4* trimestre: 93,53%  - non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 76%, 3° trimestre: 82%; 4° trimestre: 88%.</p>	<p>Fonte dati: Flusso SDO</p>



Investimenti	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento	*Gara per completamento III° lotto H Ponte, *Lavori ultimati per H Luino e H Ponte	Sono state rese a DG Welfare tutte le rendicontazioni con esito positivo	Fonte dati: Rendicontazione a DG Welfare
Attività di donazione di organi e tessuti	percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi	Numero donatori >10% decessi ospedalieri	<p>L'indicatore per il trapianto delle cornee risulta essere molto variabile in funzione dello stabilimento in considerazione.</p> <p>Per lo stabilimento di Circolo l'obiettivo è stato raggiunto per 3 trimestri su 4 con una performance compresa tra il 9,96% ed il 10,41%. Nel secondo trimestre si è registrato il picco minimo pari al 6,61%.</p> <p>In tutti gli altri stabilimenti non sono mai state registrate performance superiori al 6%.</p> <p>Negli altri stabilimenti non si è mai raggiunto il 9% ad eccezione del quarto trimestre di Luino (11,43%) e con la performance</p>	Fonte dati: Sistema Regionale Trapianti



			minimo per l'Ospedale pediatrico Filippo del Ponte (0%)	
Tempi di pagamento	Posizionamento aziendale rispetto alla tempestività dei pagamenti e nella Piattaforma Ministeriale Certificazione Crediti PCC	Tempestività pagamenti $\leq 0$ – PCC secondo normativa	Il dato 2022, rispetta l'obiettivo Tempestività -17,58	
Trasparenza	Rispetto Programma attuazione Trasparenza previsto nel PTPCT	Dati Trasparenza pubblicati tempestivamente	Nel 2022 verifiche positive	Fonte dati: OIV- Organismo Indipendente di valutazione

## **6. Obiettivi di budget: valutazione performance organizzativa**

Gli obiettivi di budget nel 2022 sono stati assegnati in concorrenza con l'assegnazione degli obiettivi regionali per la ripresa delle attività ambulatoriali e di chirurgia programmata con la finalità dell'abbattimento delle liste di attesa.

La scheda budget è articolata in 2 macroaree:

**A) Obiettivi istituzionali:** riguardano obiettivi la cui realizzazione rappresenta un'attività ordinaria e consolidata: tempestività dei flussi informativi, completezza della documentazione clinica, digitalizzazione della documentazione sanitaria (SISS), rispetto degli adempimenti e della tempistica prevista dal Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), il miglioramento/mantenimento indicatori PNE.

**B) Obiettivi specifici:** riguardano gli obiettivi di carattere regionale per la ripresa dell'attività ambulatoriale e chirurgica programmata, la revisione di processi organizzativi, l'efficientamento delle attività, il rispetto dei tempi di attesa, il governo delle risorse.

Nella valutazione, che è stata effettuata dalla struttura capofila dell'obiettivo, sono state utilizzate 3 tipologie di giudizio:

**Obiettivo raggiunto:** quando sono state realizzate le azioni e conseguiti gli indicatori previsti nella scheda di budget, alla luce anche di eventi documentati che hanno condizionato il risultato (es. carenza di personale, riduzione posti letto, tipologia della casistica...);

**Obiettivo parzialmente raggiunto:** quando non è stato pienamente conseguito l'indicatore previsto nella scheda di budget ma si è comunque raggiunto un risultato positivo;

**Obiettivo non raggiunto:** quando non sono state realizzate le azioni previste e il risultato conseguito non rispecchia il dato atteso, senza che vi siano motivazioni oggettive che giustifichino il mancato raggiungimento.

NB: I risultati di performance organizzativa saranno oggetto di un addendum successivo alla presente.

## **7. Attività di Prevenzione della corruzione e Trasparenza**

### **Anticorruzione**

Come disposto dall'art. 1, co. 14, della L. 190/2012, l'attività svolta è riportata nella relazione del RPCT, pubblicata in modalità permanente nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente", alla sottosezione di 1° livello "Altri contenuti", sottosezione di 2° livello "Prevenzione della Corruzione" della pagina web aziendale.

### **Trasparenza**

I dati sono pubblicati secondo la tempistica stabilita dalle Linee Guida ANAC da ciascun ufficio e sono monitorati dal RPCT in modo da assicurare l'integrità, l'aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, l'accessibilità, la conformità agli originali, l'indicazione della provenienza, la riutilizzabilità e la forma "aperta" ai sensi dell'art. 68 del D.Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) come modificato dal D.Lgs. n. 179/2016.

L'attuazione della Trasparenza è basata sulla costante attività di supporto agli uffici aziendali in merito alle modalità di pubblicazione dei dati obbligatori, in continuità con quanto declinato nei PTPCT precedenti.

Nel corso del 2022 l'ufficio del RPCT ha attuato il monitoraggio della sezione Amministrazione Trasparente nei termini stabiliti dal D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., in particolare attraverso:

- verifiche a campione mensili effettuate dall'Ufficio del RPCT, relativamente ai contenuti della sezione Amministrazione Trasparente. L'istruttoria relativa ad ogni verifica è debitamente verbalizzata e archiviata agli atti dell'Ufficio;
- trimestralmente il RPCT chiede ai Responsabili del dato di verificare, ognuno per la parte di competenza, la completezza e la correttezza dei dati oggetto di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013, nonché la conformità alla normativa in materia di privacy;
- annualmente il RPCT chiede ai Responsabili del dato di effettuare un'ulteriore verifica circa il rispetto degli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza, integrata dagli adempimenti privacy, relativa a tutto l'anno;

- incontri informativi/formativi con i soggetti deputati alla pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente, al fine di rilevare eventuali criticità e condividere le misure correttive;

Annualmente si procede ad aggiornare il “Programma Attuazione Sezione Trasparenza (allegato C)”, evidenziando la decorrenza di eventuali nuovi adempimenti (o la soppressione di altri) e verificando i nominativi dei Responsabili del Dato e della Pubblicazione.

Al fine di agevolare il personale addetto alla pubblicazione, il RPCT ha ritenuto di redigere un unico documento contenente tutte le informazioni relative alle modalità di pubblicazione e conservazione dei dati: *“Linee guida in materia di pubblicazione e successiva conservazione dei contenuti della sezione “Amministrazione Trasparente” dell’ASST dei Sette Laghi”*. Le suddette linee guida sono state anticipate alle Strutture in occasione della richiesta annuale di aggiornamento dell’allegato C – Programma Trasparenza.

Il Commissario Straordinario ff

Dott. Ugo Palaoro

*(firmato in originale)*

Il Direttore della SC Gestione Operativa e Next Generation EU

Ing. Giovanni Poggialini

*(firmato in originale)*



---

**Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)**

---

**ADDENDUM ALLA RELAZIONE SULLA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA*****Obiettivi di budget: valutazione performance organizzativa***

Gli obiettivi di budget nel 2022 sono stati assegnati in concorrenza con l'assegnazione degli obiettivi regionali per la ripresa delle attività ambulatoriali e di chirurgia programmata con la finalità dell'abbattimento delle liste di attesa.

La scheda budget è articolata in 3 macroaree:

A. **Obiettivi del Direttore Generale dell'ASST:** indicati nella scheda con i codici A1 e A2, riguardano principalmente gli obiettivi di carattere regionale per la ripresa dell'attività ambulatoriale e chirurgica programmata. Gli obiettivi riguardano, inoltre, dei target di carattere istituzionale, quali il rispetto degli adempimenti e della tempistica prevista dal Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento, dei tempi di pagamento secondo la normativa vigente, l'istituzione dei Distretti con relativa nomina dei Direttori entro il primo trimestre (in ottemperanza alla legge regionale di potenziamento dei servizi sanitari e sociosanitari, L.R. n. 22 del 2021) e la conseguente approvazione del nuovo POAS.

B. **Obiettivi strategici:** aventi codice S1 e riguardanti indicatori di efficienza delle sale operatorie, dei tempi di onboarding dal PS ai reparti e del LOS medio per ricovero; ma anche progettualità finalizzate alla divulgazione della ricerca scientifica in ambito aziendale, ad una maggiore digitalizzazione dell'Ente e della sua offerta, nonché all'efficientamento del CUP aziendale e alla standardizzazione della refertazione.

C. **Obiettivi assegnati alle Strutture del Dipartimento:** riportati con i codici D1 e D2 e comprendenti target legati agli indicatori PNE e Network Regione, ma anche obiettivi specifici legati alla natura dell'attività svolta dalla singola Struttura/Unità di Budget, fra i quali il potenziamento della rete territoriale mediante l'attivazione delle Case di Comunità e la derivante apertura di ambulatori, la garanzia dell'operatività dei servizi offerti a livello distrettuale e lo sviluppo di un sistema HUB-Spoke fra i PS dei presidi dell'ASST.

**Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario**

**Direzione e sede:** viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - [www.asst-settelaghi.it](http://www.asst-settelaghi.it) - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA)

Ospedale Filippo Del Ponte (VA)

Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)

Gli obiettivi valutati, raggruppati nelle tre classi definite nella scheda, hanno dato questo esito:

Raggiunti	% raggiunti	Parzialmente	% parziali	Non raggiunti	% Non raggiunti	Annullati	% annullati	Totale
105	39,92%	157	59,70%	0	0,00%	1	0,38%	263
83	70,94%	26	22,22%	1	0,85%	7	5,98%	117
149	87,65%	17	10,00%	1	0,59%	3	1,76%	170
337	61,27%	200	36,36%	2	0,36%	11	2,00%	550

**Tabella 1** % di raggiungimento per classe

- Raggiunti = obiettivi raggiunti con conseguimento del 100% del punteggio disponibile
- Parziali = obiettivi raggiunti non al 100%
- Non raggiunti = obiettivi non raggiunti (punteggio pari a zero)
- Annullati = obiettivi il cui raggiungimento è stato reso impossibile da cause esterne e non controllabili dalle strutture e, in tali casi, è stata richiesta la documentazione comprovante l'oggettiva impossibilità di conseguire il risultato atteso.

Per una valutazione più dettagliata, di seguito sono riportati i risultati raggiunti dall'ASST suddivisi per macro-obiettivi.

Macro-obiettivi	Raggiunti	% raggiunti	Parzialmente	% parziali	Non raggiunti	% Non raggiunti	Annullati	% annullati	Totale
Obiettivi A1/A2	105	39,92%	157	59,70%	0	0,00%	1	0,38%	263
Piano di ripresa 2022	24	24,24%	74	74,75%	0	0,00%	1	1,01%	99
Liste d'attesa	35	29,66%	83	70,34%	0	0,00%	0	0,00%	118
Attuazione Riforma Sanitaria L.R. n. 22/2021	14	93,33%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	15
Piano di contrasto al Covid-19	7	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	7
Investimenti	5	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	5
Tempi di pagamento	8	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	8
Trasparenza	11	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	11
Obiettivi S1	83	70,94%	26	22,22%	1	0,85%	7	5,98%	117
Cantieri tematici: nuovi modelli di governance	73	68,22%	26	24,30%	1	0,93%	7	6,54%	107
Progetto SCUP	10	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	10
obiettivi D1/D2	148	87,57%	17	10,06%	1	0,59%	3	1,78%	170
Indicatori PNE e Network Regione	16	61,54%	11	42,31%	0	0,00%	1	3,85%	26
Obiettivi specifici dipartimentali	132	91,67%	9	6,25%	1	0,69%	2	1,39%	144

**Tabella 2** % di raggiungimento per macro-obiettivo

Varese, 6 ottobre 2023

Il Direttore della SC Gestione Operativa e Next Generation EU

Ing. Giovanni Poggolini

(firmato in originale)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Testo originale acquisito in atti

**Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario**

**Direzione e sede:** viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA)

Ospedale Filippo Del Ponte (VA)

Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)