



DELIBERAZIONE N. 139/2017 ADOTTATA IN DATA 26/01/2017

OGGETTO: Approvazione “Piano della performance triennio 2017 - 2019 dell’ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo.”

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che il d.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, di 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, all’art. 10 comma 1 lettera a) prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente “...un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell’amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori”;

Precisato che, per quanto concerne il Piano della performance, sono state emanate nell’anno 2011 specifiche linee guida regionali relativamente alla modalità di redazione del Piano contenute nel documento “Il sistema di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie pubbliche lombarde”;

Visti:

- la l. 6 novembre 2012 n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” che ha introdotto appositi strumenti finalizzati alla prevenzione e alla repressione dei fenomeni di corruzione nella pubblica amministrazione, individuando i soggetti istituzionalmente preposti e deputati ad adottare le iniziative prescritte in materia;
- il d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” che all’art. 10 comma 3 definisce che “gli obiettivi indicati nel Programma triennale per la trasparenza e l’integrità sono formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa dell’amministrazione, definita in via generale nel Piano della performance e negli analoghi strumenti di programmazione”;
- la deliberazione CiVIT n. 112 del 22 ottobre 2010 “Struttura e modalità di redazione del Piano della performance”;
- la deliberazione CiVIT n. 50 del 4 luglio 2013 “Linee guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016”;

Richiamata la l.r. n. 23 dell'11 agosto 2015 "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della l.r. n. 33 del 30 dicembre 2009" con la quale è stata costituita l'ASST, alla quale sono state trasferite attività e funzioni precedentemente in capo ad altre aziende, mutando radicalmente l'assetto organizzativo e produttivo previgente;

Verificato che il Nucleo di valutazione delle prestazioni in data 25 gennaio 2017 ha espresso parere favorevole approvando il documento allegato;

Ritenuto pertanto:

- di procedere alla formale adozione del "Piano della performance triennio 2017 – 2019" dell' ASST Papa Giovanni XXIII;
- di procedere alla pubblicazione del Piano della performance triennio 2017 – 2019 sul sito istituzionale nella sezione dedicata "Amministrazione trasparente"

DELIBERA

1. di approvare il documento "Piano della performance triennio 2017 – 2019" dell'ASST Papa Giovanni XXIII, approvato dal Nucleo di valutazione delle prestazioni;
2. di procedere alla pubblicazione, in osservanza dei vigenti dispositivi normativi, sul sito istituzionale nella sezione dedicata "Amministrazione trasparente" del Piano della performance triennio 2017 – 2019 dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo;
3. di dare mandato all'USSD Valutazione risorse umane e obiettivi di mandato di monitorare il ciclo di gestione della performance secondo la tempistica stabilita dalle linee guida regionali e di provvedere, in caso di aggiornamento delle stesse linee guida, ad aggiornare il Piano della performance (allegato A);
4. di trasmettere copia del presente provvedimento ai competenti uffici aziendali per dovuta informazione e seguito.

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Carlo Nicora

IL DIRETTORE SANITARIO
dott. Fabio Pezzoli

IL DIRETTORE SOCIO-SANITARIO
dott.ssa Donatella Vasaturo

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dr. Vincenzo Petronella

PIANO DELLA PERFORMANCE

TRIENNIO 2017 - 2019



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE PAPA GIOVANNI XXIII

PIAZZA OMS, 1 – 24127 BERGAMO

Il piano della performance (art. 10 c. 1 lett. a d.lgs. 150/2009) è un documento programmatico redatto dalle amministrazioni pubbliche entro il 31 gennaio di ogni anno.

Tale documento individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi e le risorse a essi destinate e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori.

INDICE

1. PREMESSA	2
1.1 POAS (PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO).....	4
2. GLI OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE PER L'ANNO 2017	6
2.1 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2017.....	6
3. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA	22
3.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO	22
3.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA	24
3.3 I TRAPIANTI E L'ALTA SPECIALIZZAZIONE	25
3.4 CURE ONCOLOGICHE	26
3.5 EMERGENZA-URGENZA	26
3.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE.....	29
4. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA.....	30
4.1 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ	30
4.2 PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	30
5. IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DI ALCUNI INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE).....	36
5.1 Mortalità a 30 giorni dopo infarto miocardico acuto (IMA).....	37
5.2 Frattura del collo del femore: intervento chirurgico Entro 48 ore nell'anziano	38
5.3 Colectomia laparoscopica in regime ordinario: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria entro 3 giorni	39
5.4 Proporzione di parti con taglio cesareo primario	40
5.5 Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni.....	42
5.6 Scopenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni.....	44
5.7 ICTUS: mortalità a 30 giorni dal ricovero.....	45
6. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: GLI INDICATORI DI RISULTATO	47
7. IL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE.....	50

1. PREMESSA

Il presente piano della performance è redatto secondo quanto indicato dall' art. 10 c. 1 lett. a d.lgs. 150/2009 e secondo le disposizioni emanate a dicembre 2011 dall'Organismo Indipendente di Valutazione regionale

Con la DGR n. X/4487 del 10/12/2015, è stata costituita la ASST Papa Giovanni XXIII, istituita ai sensi della Legge Regionale n. 23 dell'11 agosto 2015 e successive modifiche e integrazioni, quale ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Le **Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)** sono enti funzionali della Regione dotati di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica che concorrono all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Tali strutture attuano la programmazione definita dalla Regione, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, riguardo al territorio di competenza. Le ASST si articolano a loro volta in due settori aziendali: la "rete territoriale" e il "polo ospedaliero". Il polo ospedaliero si articola in "presidi ospedalieri". La rete territoriale della ASST ha il compito di erogare prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, cure intermedie e prestazioni distrettuali che in passato erano erogate dall'ASL.

Le **Agenzie di Tutela della Salute (ATS)** hanno i compiti di: negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dalle strutture accreditate, attivazione di un governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi, governo dell'assistenza primaria e relativo convenzionamento, programmi di educazione alla salute, sicurezza alimentare, controllo della salute degli ambienti di vita e di lavoro, sanità pubblica veterinaria e monitoraggio della spesa farmaceutica;

A decorrere dal 1 gennaio 2016, in attuazione dell'articolo 2, comma 8, lettera a) della predetta Legge Regionale, così come modificato dall'articolo 3 della L.R. 41/2015, ai sensi del quale "le ASL e le AO, con tutto il loro patrimonio mobiliare e immobiliare, i rapporti giuridici in essere, le articolazioni e le strutture, i distretti e i presidi, vengono incorporate nelle ATS e nelle ASST, secondo le funzioni rispettivamente affidate alle ATS e alle ASST dagli articoli 6, 7 e 7-bis della L. R. 33/2009 [...]" sono stati incorporati nella ASST Papa Giovanni XXIII, con sede legale in Bergamo, Piazza OMS n. 1:

- la Azienda Ospedaliera (AO) Papa Giovanni XXIII, compresi i servizi erogati e le attività svolte nelle sedi di:
 - Mozzo (Riabilitazione specialistica),
 - "Matteo Rota" (Laboratorio di ematologia "Paolo Belli" e l'Ambulatorio Varenna per lo studio e la cura dei disturbi depressivi),

- Via Tito Livio (CPS e Centro diurno della Psichiatria 2),
- Borgo Palazzo (Hospice, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, il Centro diurno della Psichiatria 1 e la Medicina dello sport),
- Boccaleone (servizi del Dipartimento di salute mentale)
- Azzano San Paolo (Centro di ipovisione),
- l'Ospedale di San Giovanni Bianco,
- la rete di servizi ospedalieri e territoriali per la Salute Mentale che si estendono sulle aree della Valle Brembana e della Valle Imagna
- il presidio territoriale di Bergamo in via Borgo Palazzo,
- il Sert di Bergamo in via Borgo Palazzo e quello dedicato al carcere di Via Gleno,
- i presidi territoriali della valle Brembana e della valle Imagna, con le loro sedi principali a Villa d'Almè e Zogno,
- la rete dei consultori familiari di Bergamo (Via Borgo Palazzo), Villa D'Almè (Via F.lli Calvi) e Sant'Omobono Terme (Via G. Vanoncini n. 20),
- il Centro per il bambino e la famiglia (Via San Martino della Pigrizia, 52 a Bergamo),
- i servizi sanitari e socio-sanitari, compreso il trattamento delle dipendenze da alcool e droghe, nel carcere di via Gleno.

Con Decreto della Direzione Generale Welfare, n. 11971 del 31/12/2015, è stato disposto il trasferimento alla ASST Papa Giovanni XXIII del personale, dei beni immobili e mobili e delle posizioni attive e passive già in capo alla AO Papa Giovanni XXIII, AO Treviglio Caravaggio e ASL della Provincia di Bergamo.

La legge n. 23 dell'11 agosto 2015, comunemente definita legge di evoluzione del nuovo welfare lombardo, presenta dei punti salienti che di seguito si elencano:

- riequilibrio dell'asse di cura ospedale-territorio in una logica di entrambi i sistemi e di continuità assistenziale;
- reale integrazione tra sanitario e socio-sanitario nella presa in carico della persona;
- messa a sistema di soluzioni per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale delle cronicità e delle fragilità;
- separazione delle funzioni di programmazione, erogazione e controllo;
- superamento della frammentazione dell'organizzazione territoriale;
- incentivazione dell'attività di ricerca;

- mantenimento e sviluppo delle eccellenze ospedaliere per rendere eccellente anche il territorio.

I principi che ispirano la legge 23/2015 sono:

- libertà di scelta della persona e delle famiglie;
- parità e competitività pubblico-privato;
- promozione e valutazione dell'appropriatezza clinica, economica ed organizzativa;
- sussidiarietà orizzontale per garantire pari accesso ai cittadini e garanzia di universalità del Servizio Sanitario Lombardo (SSL);
- promozione di forme di integrazione operativa e gestionale tra soggetti erogatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del SSL.

Dal punto di vista dei processi di erogazione, "l'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso", acquista rilievo in relazione soprattutto alle caratteristiche funzionali mantenute dal sistema lombardo: la "separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione".

Il senso della legge è quindi quello di offrire un unico sistema di offerta nel quale effettivamente programmare, organizzare e gestire processi di "presa in carico" delle persone in modo coordinato e integrato.

I compiti della Regione sono identificati in: garanzia nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza; funzioni di programmazione, indirizzo e controllo; definizione dei requisiti di accreditamento; elaborazione di sistemi informativi sulla qualità delle strutture; indirizzi per l'appropriatezza clinica e organizzativa.

Gli artt. 6 e 7 della L. R. n. 23/2015, stabiliscono le funzioni delle ATS e delle ASST, la cui piena comprensione e assimilazione devono essere la guida per la stesura dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS). Come previsto dalla Legge Regionale 41/2015 l'istituzione delle ATS e ASST avviene in via sperimentale per un periodo di 5 anni, al termine del quale il Ministero della Salute valuterà i risultati della sperimentazione, con una prima verifica al termine del primo triennio di sperimentazione, al fine di individuare eventuali interventi correttivi.

1.1 POAS (PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO)

L'art. 17, c. 2 della L.R. n. 33/2009, stabilisce che il POAS sia lo strumento programmatorio attraverso il quale l'azienda, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispone, definisca il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento,

al fine di realizzare gli obiettivi strategici stabiliti dalla Regione, nel rispetto della normativa vigente.

Il POAS rappresenta l'organizzazione, definendo i modelli organizzativi che le ATS, ASST, IRRCS e AREU devono adottare, le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del loro funzionamento e in ottemperanza al Piano Sanitario Lombardo, secondo un'ottica di autonomia, per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione.

Il POAS è altresì il documento che definisce la mission e la vision dell'ASST e l'assetto organizzativo di cui si avvale per l'applicazione dei principi e delle finalità della legge regionale di evoluzione del Sistema Sanitario Lombardo (SSL) e per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione.

Il POAS disegna una rete di strutture fra loro integrate, attraverso il polo ospedaliero e la rete territoriale, in grado di offrire percorsi di cura multidisciplinari differenziati e a diversa intensità clinico-assistenziale, per rispondere al bisogno di salute della popolazione.

Il POAS proposto dalla ASST Papa Giovanni XXIII ha seguito le disposizioni dei D.lgs. n. 502/1992, n. 517/1993, n. 229/1999 e s.m.i., della L.R. n. 23/2015 sull'evoluzione del sistema socio sanitario lombardo e, infine, della DGR n. 5513/2016 che dispone le linee guida regionali per la predisposizione del POAS delle aziende sanitarie pubbliche lombarde.

Il modello organizzativo proposto individua l'ASST Papa Giovanni XXIII come un luogo di cura, ricerca e formazione, in grado di:

- a) passare dalla cura al prendersi cura;
- b) affiancare le persone croniche o fragili e le loro famiglie nel loro percorso di vita.

L'evoluzione del sistema socio sanitario lombardo individua, quindi, come obiettivi:

- a) l'introduzione di forme innovative di assistenza, che privilegino l'assistenza territoriale, coordinandola con l'assistenza ospedaliera;
- b) l'incentivazione di un sistema strutturato come una rete integrata di servizi;
- c) l'applicazione, attraverso lo strumento del POAS, dell'autonomia organizzativa e gestionale delle aziende sanitarie pubbliche.

Il POAS propone alcuni cambiamenti organizzativi e gestionali e si concentra nel privilegiare i diritti dei pazienti; ha la funzione di sostegno delle strategie e dei processi operativi aziendali, al cui interno vengono esplicitate in maniera semplice, chiara e di facile comprensione le articolazioni organizzative orizzontali e verticali, compresi i ruoli e i settori, facendo riferimento al decentramento amministrativo. L'evoluzione dell'organizzazione aziendale nell'ambito del territorio della città di

Piano della Performance triennio 2017-2019

Bergamo e delle Valli Brembana e Imagna, è agevolata dalla piena integrazione tra il polo ospedaliero e la rete territoriale. Il POAS, approvato con delibera aziendale il 28 ottobre 2016, alla luce di tali obiettivi generali, è l'inizio di un percorso che presta la massima attenzione nell'applicazione delle disposizioni in materia vigenti, come lo sviluppo di una politica regionale sociosanitaria e la determinazione della razionalizzazione del fabbisogno di personale per il SSL.

Il percorso del POAS, una volta approvato il modello, proseguirà nell'applicazione del relativo piano assunzioni, nella definizione degli incarichi di struttura e delle posizioni organizzative, in un più generale riassetto del personale e nell'applicazione, inoltre, in un'ottica di utilizzo ottimale delle risorse umane, che tenga conto, ove ne sussistano i presupposti, di un percorso di alternanza/rotazione del personale dirigenziale e non, nelle aree cosiddette a rischio corruzione, garantendo al contempo la continuità dell'azione amministrativa e l'efficienza acquisita negli anni.

2. GLI OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE PER L'ANNO 2017

2.1 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2017

Con delibera n. X/5954 del 5/12/2016 la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia ha approvato le Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2017 (cd. Regole 2017). Con tale atto programmatico la DG Welfare ha fornito le indicazioni necessarie alle ASST e ATS per la formulazione delle scelte strategiche aziendali.

Nella fattispecie la DG welfare rafforza quanto già espresso con la precedente delibera, relativa all'anno 2016, in merito all'evoluzione del sistema sociosanitario Lombardo, avviata con la legge regionale n. 23/2015. Nella premessa della delibera delle Regole si pone l'accento sulla attuazione della legge 23/2015 che è caratterizzata da un duplice registro: una prima parte introduce l'integrazione del sistema sanitario con il sociosanitario, l'ambito ospedaliero con l'assistenza sul territorio, la continuità delle cure per i malati cronici e i pazienti acuti post-degenza; una seconda parte rafforza i capisaldi già presenti nella legge regionale n. 33/2009 quali la libertà di scelta, la separazione delle funzioni di programmazione, erogazione e controllo, confermando le azioni di promozione dell'appropriatezza clinica ed economica attraverso l'implementazione della rete sanitaria, sociosanitaria ospedaliera e territoriale e mediante l'incentivazione dell'attività di ricerca, della sperimentazione e dell'innovazione.

La l.r. n. 23/2015 definisce principi e percorsi che orientano l'erogazione delle funzioni di sistema non più solo alla cura, ma al "prendersi cura" della persona e della sua famiglia. L'evoluzione del sistema socio sanitario regionale è incentrata sulla

riorganizzazione, razionalizzazione e appropriatezza per ampliare le risposte ai bisogni che si modificano costantemente in un'ottica di sostenibilità del sistema.

In questa prospettiva è stato attuato un riassetto complessivo in considerazione dei seguenti principi fondamentali:

- presa in carico globale e integrata della persona, anche attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno;
- introduzione di un nuovo sistema di remunerazione per la cronicità, orientato alla presa in carico complessiva del paziente (“budget di cura” e “tariffa di presa in carico”);
- promozione di un'integrazione funzionale efficace degli interventi sanitari e socio-sanitari attraverso il raccordo tra i soggetti che erogano cure territoriali, ospedaliere e di assistenza socio-sanitaria;
- sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria e sociale per l'accompagnamento delle persone nelle fasi di fragilità del ciclo di vita, con particolare riferimento all'invecchiamento;
- sostenibilità del sistema sanitario e sociosanitario lombardo, garantendo al contempo gli adeguamenti tecnologici, il recepimento dell'innovazione e l'aggiornamento continuo degli operatori.

La delibera delle regole pertanto pone l'indicazione alle Aziende sanitarie di concentrare le attività per l'anno 2017 seguendo i principi che di seguito si elencano:

2.1.1 La domanda di salute e i bisogni della persona

Il sistema sociosanitario regionale deve poter rispondere a una logica unitaria, coinvolgendo molteplici discipline e figure professionali, e di garantire la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale.

L'infrastruttura organizzativa, che recepisce lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio e fa perno sul principio della continuità assistenziale, sarà plasmata sulla base dei bisogni - espressi (diagnosi e cura tradizionale) e non (attività di prevenzione) - delle persone e delle loro famiglie, anticipando sul piano organizzativo ciò che la scienza medica sta maturando nell'ambito della medicina personalizzata o della medicina di precisione.

In questo quadro l'obiettivo per il 2017 consiste prioritariamente nella ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio attraverso la presa in carico della persona, evitando la frammentazione dei processi e la costruzione di un percorso di cura integrato definito sulla base del livello di intensità del bisogno che caratterizza la domanda. In questo percorso trovano altresì collocazione le funzioni sociali che rispondono ai bisogni di persone vulnerabili, a rischio di fragilità sanitaria o sociosanitaria e che, quindi, necessitano di una presa in carico integrata comportante la valutazione degli aspetti sociali,

sanitari e socio-sanitari e lo sviluppo di un progetto personalizzato. Da qui l'importanza di operare secondo una metodologia di intervento che tiene conto della stratificazione della domanda di salute così articolata:

- fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenza a domicilio;
- cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extraospedalieri ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users;
- cronicità in fase iniziale prevalentemente monopatologica a richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali/ frequent users;
- soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri);
- soggetti che non usano i servizi ma sono comunque potenziali utenti sporadici.

2.1.2 La rete d'offerta

Uno dei principali limiti ravvisati nell'attuale sistema risiede nella frammentazione della rete d'offerta che si presenta inadeguata a rispondere alla domanda di salute (complessa) che le persone esprimono. L'occasione offerta dalla l.r. 23/15 di ridefinire la rete d'offerta impone quindi un ripensamento radicale del sistema di offerta, nella prospettiva della personalizzazione delle risposte e della differenziazione territoriale, che riflette la nuova articolazione aziendale, secondo il paradigma per cui territori diversi esprimono domande diverse, così come alla specificità di un bisogno o di categorie di bisogno, deve corrispondere un risposta differenziata, anche in termini di intensità nel lavoro di presa in carico e di facilitazione.

Lo sviluppo dei percorsi di presa in carico, come sopra declinati, richiede una attività di monitoraggio e aggiornamento della ricca rete d'offerta già presente a livello regionale nella prospettiva di soddisfare l'evoluzione della domanda di salute in relazione ai principi espressi nella l.r. 23.

L'integrazione della rete si realizza attraverso la circolarità dell'informazione sulla domanda di salute e grazie ad un'unica regia che varia a seconda del livello di stratificazione della domanda e dei bisogni e permette di alimentare la base informativa per implementare le azioni preventive.

Con questi presupposti anche l'attività di programmazione della rete dovrà seguire un percorso ben strutturato con gli sviluppi epidemiologici, sia per quanto attiene la realizzazione di nuove strutture e l'adeguamento di quelle già presenti (nel contesto delle nuove ASST dove sono state aggregate aziende ospedaliere diverse), sia rispetto all'arricchimento di risorse sul piano territoriale nel contesto delle nuove modalità

organizzative derivanti dalla l.r. 23 (es. POT e PressT) anche attraverso una riconversione organizzativa delle strutture esistenti.

2.1.3 Le tariffe del modello di presa in carico

La stratificazione della domanda in 5 classi permetterà di rivedere il sistema tariffario non basato in via esclusiva sulle prestazioni erogate ma anche sulla tipologia di bisogni cui le prestazioni nel loro complesso rispondono attraverso l'introduzione di una tariffa di presa in carico per pazienti cronici e budget di cura per pazienti fragili.

Nel corso del 2017, all'attivazione dei percorsi di presa in carico nell'ambito dell'evoluzione della rete d'offerta regionale corrisponderà una nuova modalità di remunerazione delle attività svolte attraverso specifici stanziamenti correlati ai percorsi di presa in carico.

2.1.4 L'accessibilità e i tempi di attesa

L'accessibilità ai servizi e alle prestazioni del sistema socio sanitario costituisce una priorità per l'anno 2017. Per offrire maggiori opportunità alle persone - sia in termini di attività legate all'accompagnamento delle persone in particolari condizioni di fragilità e bisogno sia intervenendo sulla riduzione dei tempi di attesa per la generalità delle persone che accedono al sistema - sarà dato avvio ad un nuovo servizio informativo integrato nell'ambito del Call Center Regionale, anche attraverso l'utilizzo del WEB. Tale nuovo servizio sarà accompagnato dalla possibilità di prenotazione differita per le prestazioni erogate da soggetti privati.

Le azioni prioritarie per il 2017 prevedono:

- l'omogeneizzazione delle informazioni sulle prestazioni di tutti gli erogatori (pubblici e privati) e messa a disposizione sul canale call center regionale e sul web;
- il coinvolgimento delle strutture private accreditate sul tema delle agende attraverso la disponibilità di nuovi strumenti di prenotazione (es. inoltro di chiamata, prenotazione differita, ecc...) e sviluppo dell'utilizzo del flusso dati denominato MOSA;
- l'ulteriore implementazione delle disponibilità delle agende da parte delle strutture pubbliche.

2.1.5 Attività di medicina diffusa

Regione Lombardia ha confermato con la legge regionale 23/2015 (art.9) la necessità di attivare modalità organizzative di presa in carico, in particolare del paziente cronico e fragile, con il supporto delle nuove tecnologie per la sanità digitale come già in parte anticipato dal Piano regionale della Cronicità 2016-2018 (DGR n° X/4662 del 23/12/2015) e nell'ambito della sperimentazione CReG (DGR n° X / 2989 del 23/12/2014).

Per l'anno 2017 si confermano le esperienze consolidate a livello regionale che utilizzano supporti di medicina diffusa e hanno indicato una remunerazione per tali prestazioni, (es. "sistema CReG" e percorsi per pazienti cronici con scompenso cardiaco cronico e BPCO grave e medio grave, e per un percorso di riabilitazione post cardiocirurgica). Nel corso del 2017 dovranno essere estesi e individuati nuovi modelli di percorsi (PDTA) che si avvalgono della medicina diffusa nell'ambito delle diverse reti d'offerta con attenzione rivolta in particolare a facilitare la dimissione precoce, e a supporto della riabilitazione complessa domiciliare. Analoga attenzione dovrà essere estesa a modelli innovativi per percorsi ospedalieri rivolti in particolare a pazienti cronici complessi ove la presa in carico integrata e il conseguente PAI (piano assistenziale individuale) possano avvalersi del supporto della tecnologia (e-health - telemedicina - mhealth) anche per favorire la collaborazione del paziente (empowerment).

2.1.6 Integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali

La l.r. 11 agosto 2015, n. 23 ha introdotto novità fondamentali, volte ad adeguare il sistema anche riguardo all'integrazione tra le prestazioni sociosanitarie e sanitarie con quelle sociali di competenza dei comuni, attribuendo all'ATS una forte funzione di governance anche attraverso la costituzione del Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali; infatti, le ATS svolgono un preciso ruolo di regia su molte attività di carattere sociale, sia per rispondere a bisogni che sono contemporaneamente sia sociosanitari che sociali, sia per prevenire l'evoluzione della fragilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria.

Presso la ASST Papa Giovanni XXIII, la Direzione Strategica ha promosso un importante momento di confronto e condivisione delle regole deliberate dalla DG Welfare con il personale dell'Azienda e, al fine di allinearsi in tempi rapidi con le indicazioni fornite, ha interpretato le stesse trasformandole in obiettivi da assegnare al personale, dirigente e del comparto, delle Strutture aziendali.

Di seguito si riportano i punti salienti delle "Regole 2017" e i relativi indicatori individuati dalla Direzione:

Bilancio e gestione finanziaria

- Equilibrio economico finanziario e rispetto dei limiti di costo per classi omogenee definiti nel decreto di assegnazione;
- Allineamento delle partite intercompany;
- Puntuale rispetto dei tempi di invio dei flussi economici e finanziari;
- Stato patrimoniale di apertura dell'ASST;
- Divieto di utilizzo dell'anticipazione di tesoreria;

- Rispetto delle scadenze di pagamento dei fornitori.

Controllo di Gestione

E' previsto un obiettivo economico di riduzione della spesa per beni e servizi con una riduzione media di sistema dell'1,7%.

Sono altresì previsti obiettivi relativi ad:

- analisi delle singole classi Classificazione Nazionale dei dispositivi medici, rapportando i costi di acquisizione degli stessi alla produzione (es. per i dispositivi ad alto costo rilevazione del prezzo unitario medio d'acquisto e incidenza del costo sul valore DRG);
- ampliamento set indicatori di Controllo di Gestione con un livello di indagine sino al singolo Presidio aziendale e al singolo reparto;
- attivazione gruppi di lavoro regionali composti dai referenti del controllo di gestione delle ASST per analisi indicatori di Controllo di gestione;
- flussi informativi aggiuntivi di preventivo e preconsuntivo di contabilità analitica (Co.An.) oltre ai flussi trimestrali.

Linee indirizzo acquisti

- Incrementare ulteriormente la spesa effettuata attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2016;
- rispetto della programmazione acquisti: da inviare in Regione entro 15/01/2017, 15/03/2017, 30/09/2017, 15/01/2018;
- entro il mese di Ottobre, approvazione programma biennale degli acquisti di beni e servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di Euro;
- flusso consumi Dispositivi Medici: trasmissione dei dati riferiti a tutti i mesi 2017 e la spesa rilevata da Gennaio a Dicembre 2017 deve coprire l'85% dei costi rilevati da Modello di conto economico;
- Verifica semestrale delle procedure di acquisto effettuate con proroghe a contratti esistenti.

Risk management

- Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure;

- elaborazione del Piano Annuale di Risk Management anno 2017 con riferimento ai contenuti delle 17 Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico;
- per l'area Travaglio/Parto è richiesta la raccolta, analisi, miglioramento dei trigger e l'identificazione ed il management precoce dei segnali di allerta materni e fetali, in particolar modo per il riconoscimento dei casi di sepsi.

Reti di patologia

Nel corso del 2017 sarà definita una complessiva riorganizzazione delle reti di patologia attraverso la messa a punto di un modello organizzativo che, in base alla pluriennale esperienza di attivazione delle reti regionali, consenta di rimodularne il funzionamento in termini di ulteriore efficacia, innovazione, multidisciplinarietà, efficientamento delle risorse e garanzia di continuità assistenziale.

Il processo di revisione delle reti di patologia sarà condotto alla luce delle specifiche indicazioni in merito, dettate dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70. In particolare, per ogni rete di patologia sarà definito un Piano di Rete condiviso tra tutti gli stakeholder che si compone del:

a) piano strategico, contenente:

- la definizione del modello organizzativo di riferimento con la descrizione delle funzioni e interazioni tra i diversi nodi della rete al fine di favorire sinergie e integrazione;
- i criteri per la presa in carico dei pazienti e le procedure di consultazione multidisciplinare;
- l'individuazione/aggiornamento di PDTA da implementare nella rete che assicurino la continuità assistenziale;
- la definizione di indicatori di monitoraggio e valutazione delle prestazioni e della performance di rete;

b) Piano annuale di attività

<i>Tipo di rete</i>	<i>UOC coinvolte</i>	<i>Note e obiettivi che la DG Welfare ha inserito nelle regole 2017 e declinerà come obiettivi alle ASST e ATS di regione Lombardia</i>
Rete Oncologica Lombarda ROL	Senologia	Elaborare linee guida per la strutturazione di un percorso di autovalutazione, audit e monitoraggio in merito alla performance dei Centri di Senologia appartenenti al network lombardo

Tipo di rete	UOC coinvolte	Note e obiettivi che la DG Welfare ha inserito nelle regole 2017 e declinerà come obiettivi alle ASST e ATS di regione Lombardia
Rete Ematologica Lombarda REL	Ematologia	Il coordinamento tecnico scientifico della Rete Ematologica Lombarda è stato istituito presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
Rete Nefrologica Lombarda ReNe	Nefrologia	E' stato formalizzato il coordinamento tecnico-scientifico della rete Nefrologica Lombarda presso l'IRCCS Ospedale Policlinico di Milano
Rete dell'emergenza-urgenza e reti tempo-dipendenti	EAS	Nel 2017 i Piani di rete e i rispettivi documenti generali di indirizzo di governance saranno aggiornati al fine di garantire la piena coerenza fra gli stessi e i requisiti individuati da Agenas. La riorganizzazione delle reti di patologia tempo-dipendenti avverrà in forte integrazione con la riclassificazione dei punti di offerta dell'emergenza-urgenza (PS, DEA I e DEA II).
Sistema Emergenza Urgenza Extraospedaliero	AREU	Le ASST/IRCCS si impegnano al mantenimento delle dotazioni di personale previste dagli accordi convenzionali con l'AREU, al fine di garantire l'attività di soccorso extraospedaliero e al completamento del programma di assunzioni previsto dalla DGR 5088 che, nel rispetto dei vincoli finalizzati alla riduzione del ricorso al "sistema premiante", saranno determinanti per il raggiungimento degli obiettivi previsti.
Miglioramento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza	EAS UOC di degenza	Per contribuire ad affrontare con maggiore efficacia le situazioni di criticità determinate dall'iper-afflusso dei pazienti nei Pronto Soccorso, Regione Lombardia con la DGR n. X/2933 del 19/12/2014 ha sperimentato una modalità organizzativo-gestionale flessibile che ha previsto la possibilità di un temporaneo ampliamento del contingente di posti letto. La misura è confermata per il 2017
Rete regionale di procreazione	Ostetricia e	a) il Piano Annuale di attività è riferito al 2017 con

Tipo di rete	UOC coinvolte	Note e obiettivi che la DG Welfare ha inserito nelle regole 2017 e declinerà come obiettivi alle ASST e ATS di regione Lombardia
medicalmente assistita (PMA)	Ginecologia	<p>l'obiettivo, in particolare, dell'implementazione e collaudo del flusso informativo al data-base regionale e al registro Nazionale PMA;</p> <p>b) il Piano Strategico per l'estensione della rete a tutti i Centri PMA lombardi autorizzati/accreditati attraverso l'utilizzo di supporti informatici integrati nel sistema informativo regionale, in grado sia di rilevare le prestazioni, che di monitorare i dati di processo e di esito mediante l'individuazione di specifici indicatori.</p>
Rete epilessia (EPINETWORK)	Neurologia	Nel corso del 2017, proseguiranno i lavori della rete "Epinetwork" con particolare riguardo all'individuazione di soluzioni organizzative finalizzate a migliorare e ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali a garanzia dell'appropriatezza di cura e della continuità assistenziale.
Rete delle demenze	Neurologia PreSST E RICCA	Implementare modelli di gestione integrata della "presa in cura" delle persone con particolare riferimento a quelle affette da demenza.
Rete udito	ORL	Nel corso del 2017, proseguiranno i lavori di Rete Udito con particolare riguardo all'individuazione di soluzioni organizzative finalizzate a migliorare e ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	Ostetricia e ginecologia	<p>La DG welfare ha disposto il mantenimento dell'obiettivo già posto per il 2016 di avere almeno un Punto Nascita per ogni ASST in cui sia possibile la parto analgesia H 24</p> <p>Aggiornamento, con dati al 31 dicembre 2016, della Carta dei Servizi specifica per ogni ASST con Punti Nascita completa</p> <p>Promozione dell'allattamento al seno</p>

Tipo di rete	UOC coinvolte	Note e obiettivi che la DG Welfare ha inserito nelle regole 2017 e declinerà come obiettivi alle ASST e ATS di regione Lombardia
		<p>Adeguamento dei documenti (cartelle cliniche e cartelle ambulatoriali) utilizzati nelle ASST (Ospedale e Territorio) per seguire una gravidanza fisiologica al set minimo documentale individuato da un Gruppo di Lavoro regionale multidisciplinare .</p> <p>Nel corso del 2017 dovranno essere diffuse e implementate, con documentazione dell'utilizzo, presso i Punti Nascita di RL, almeno le linee guida inerenti a gravidanza e parto dell'Istituto Superiore Sanità.</p> <p>Definizione di un progetto di miglioramento della qualità/sicurezza per ogni ASST dotata di Punti Nascita che individui le situazioni di criticità più significative - partendo dai dati esposti nel cruscotto del "Governo Clinico - Materno Infantile".</p> <p>Monitoraggio sistematico dell'andamento dei nuovi items previsti dai LEA attinenti i Punti Nascita.</p> <p>Classificazione dei diversi Punti di offerta della rete materno infantile e corretto utilizzo delle risorse assegnate.</p> <p>Dovrà essere attivato e regolamentato nella nostra Regione a cura di AREU il trasporto assistito materno (STAM)</p> <p>Miglioramento dell'appropriatezza dei tagli cesarei</p>
RIMI	Dipartimento materno-infantile	<p>Le ATS in accordo con le ASST dovranno individuare specifici temi progettuali inerenti alle situazioni di fragilità in area materno infantile da declinare con particolare attenzione agli aspetti della intercettazione precoce, alla presa in carico e alla continuità assistenziale.</p> <p>Dovranno essere individuati anche gli elementi per la definizione degli indicatori per il monitoraggio del processo assistenziale/presa in carico con</p>

Tipo di rete	UOC coinvolte	Note e obiettivi che la DG Welfare ha inserito nelle regole 2017 e declinerà come obiettivi alle ASST e ATS di regione Lombardia
		definizione, entro aprile, del progetto con operatività dal secondo semestre. Relazione finale con andamento indicatori entro febbraio 2018 con dati 2017 completi
La rete delle cure palliative e la rete della terapia del dolore	Hospice Oncologia RICCA	<p>Nel 2017 verrà istituito dalla DG Welfare un organismo di coordinamento della rete regionale di cure palliative.</p> <p>Un unico profilo di Hospice e un unico profilo di Unità di Cure Palliative Domiciliari per promuovere forme di governo dei processi di presa in carico e di cura per migliorare, semplificare l'accessibilità ai servizi e mirate a facilitare la presa in carico di cure palliative domiciliari a differente intensità.</p> <p>Analizzare le sinergie con la Rete Integrata di Continuità Clinico Assistenziale (RICCA) e più in generale con le reti di patologia</p> <p>Analizzare l'omogeneizzazione dell'offerta di cura anche attraverso l'integrazione dei soggetti erogatori all'interno della rete locale di Cure Palliative</p>
La Rete della Terapia del Dolore	Hospice	<ul style="list-style-type: none"> • realizzare percorsi di formazione per gli operatori della rete di Terapia del dolore inclusi i MMG • avviare il coordinamento con modalità di "Steering Committee" • l'individuazione di strategie operative e sinergie tra i Centri specialistici di Terapia del Dolore di Primo e di Secondo livello • la stratificazione, a partire dalla BDA e dai flussi informativi regionali, dei pazienti definiti per cluster di bisogni e consumi di risorse finalizzata alla presa in carico e all'appropriatezza dei percorsi di cura

Tipo di rete	UOC coinvolte	Note e obiettivi che la DG Welfare ha inserito nelle regole 2017 e declinerà come obiettivi alle ASST e ATS di regione Lombardia
La Rete delle Cure Palliative e della terapia del dolore pediatriche		Le Cure Palliative e la terapia del dolore pediatriche, presentano rispetto all'adulto alcune criticità e peculiarità d'intervento, che impongono la necessità di considerare e programmare risposte specifiche.

Sanità penitenziaria:

Con Decreto Generale della DG Welfare, sarà costituito l'organismo di coordinamento delle equipe funzionali multiprofessionali, facente parte del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (Microequipe territoriali ex DGR 1981/2014). Verrà introdotto l'impiego sistematico di SMOP, sistema di monitoraggio via web dei pazienti psichiatrici autori di reato (diffusione nazionale anche a magistratura e Ministero della Salute)

Nel corso del 2017 la DG Welfare darà indicazioni per dettagliato monitoraggio dei costi sostenuti dal SSL per la sanità penitenziaria anche per valutare l'impatto sul bilancio complessivo delle singole aziende.

Misure di contenzione:

La L. 15/2016 sollecita «...adeguati percorsi formativi finalizzati alla riduzione del ricorso dei trattamenti sanitari obbligatori e di pratiche di contenzione meccanica» priorità nel piano di formazione aziendale per operatori della salute mentale.

Riduzione tempi di attesa e prestazioni ambulatoriali

- Revisione del flusso MOSA (monitoraggio offerta sanitaria ambulatoriale) secondo le indicazioni regionali;
- Attuazione sperimentazione progetto Radial (presa in carico del paziente dializzato): la DG Welfare definirà con successivo atto la modalità di remunerazione da applicare per l'anno 2017, per l'avvio della sperimentazione;
- Ambulatori aperti: mantenimento attività in essere;
- Obiettivi formulati dall'ATS per il 5% del fatturato ambulatoriale (novità sull'offerta a costi SSN in LP);
- Screening Oncologici: volumi e collaborazione con ATS su revisione dei cancri di intervallo.

Politiche del personale

- Attuazione POAS;
- Attuazione PGRU (Piano Gestione Risorse Umane) 2016 - 2017;
- Definizione dei nuovi fabbisogni/dotazione del personale dell'ASST: si procederà alla individuazione delle dotazioni di risorse umane, rapportate ai livelli delle attività effettive e alla complessità assistenziale;
- Rispetto dei budget;
- Perfezionamento dei processi operativi conseguenti alla LR 23/2015;
- Contrattazione integrativa e fondi contrattuali.

Farmaceutica protesica e dispositivi HTA

- Promozione sul territorio del farmaco a brevetto scaduto (farmaco equivalente): devono concorrere anche le strutture ospedaliere che con la parte specialistica "inducono" la prescrizione sul territorio.
- Entro il primo trimestre 2017 DG Welfare valuterà l'inserimento di ulteriori obiettivi di appropriatezza a integrazione di quanto recentemente indicato per inibitori di pompa protonica e statine;
- Implementare modalità di monitoraggio del consumo delle statine, anche attraverso l'eventuale predisposizione di software applicativo;
- Utilizzo dei farmaci biosimilari per favorire l'appropriata allocazione delle risorse e l'accesso a farmaci innovativi, grazie al risparmio consentito dal loro impiego;
- Entro il primo trimestre 2017 la DG Welfare fornirà specifici obiettivi per orientare il sistema, anche alla luce dell'analisi degli andamenti sull'effettivo utilizzo degli stessi biosimilari, monitorando attentamente l'abbandono di terapie con farmaci biotecnologici a brevetto scaduto e il loro spostamento verso biotecnologici coperti da brevetto. L'attività svolta da Arca in merito all'espletamento di gare centralizzate costituirà un importante supporto;
- Prevedere ed implementare strumenti di indirizzo prescrittivo a supporto informativo fin dalle fasi di compilazione dei Piani Terapeutici da parte dei medici specialisti, consentendo processi autorizzativi e di monitoraggio ex-ante da parte delle ATS. A tale scopo verrà valutata la possibilità di estensione e/o integrazione di procedure di gestione e governo dei Piani Terapeutici per favorire la governance e la tracciabilità dei percorsi sociosanitari anche nell'ambito dei nuovi modelli di presa in carico degli assistiti.

Comunicazione istituzionale

- Rafforzare l'identità del SSS, anche attraverso la corretta applicazione del sistema di branding;
- Assicurare all'utenza la massima informazione sui servizi offerti con particolare riferimento alla web communication.

Prevenzione e promozione della salute

Vaccinazioni: Attivazione di audit dell'attività vaccinale e monitoraggio del corretto passaggio delle vaccinazioni in ASST: ATS dovrà aggiornare la DG Welfare attraverso indicatori definiti, di processo e sentinella (scadenze - 10 gennaio, il 10 febbraio ed il 10 marzo, 10 aprile 2017).

Malattie infettive: Tempestività/completezza delle segnalazioni di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e TBC.

Consolidare segnalazioni online mantenendo un alto livello di attenzione dei dati SDO ed INF-OSP

Infezioni Sessualmente Trasmesse (MTS/IST): L'attività di prevenzione e di promozione della salute in tema HIV / IST sarà oggetto di raccordo tra i Centri IST (CHR/MTS) delle ASST ed i Dipartimenti di Igiene e di Prevenzione Sanitaria della ATS.

Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro: Istituzione di un flusso di rendicontazione delle attività erogate da ogni ASST sede di UOOML

Prevenzione e controllo rischio amianto: L'incremento dei casi (mesoteliomi, tumori naso-sinusali e tumori del polmone e della vescica, patologie da sovraccarico biomeccanico) inseriti in Ma.P.I., esito delle azioni di stimolo (incontri, comunicazioni, seminari, ecc.) all'invio delle segnalazioni e denunce, realizzate nei confronti dei medici ospedalieri e dei medici di medicina generale dalle ATS e dalle ASST sede di UOOML, sarà l'elemento valorizzato ai fini del soddisfacimento dell'obiettivo.

Promozione stili di vita: Sviluppo locale dei programmi regionali in essere a partire da una coerente ed attenta lettura del contesto e della domanda secondo una stratificazione per:

- “Sottosistema popolazione con presenza di fattori di rischio (sovrappeso, sedentarietà, tabagismo, ecc.) e gradi diversi di disponibilità al cambiamento e di health literacy nonché assente o sporadica domanda sanitaria: si sviluppa attraverso il progetto WHP
- “Sottosistema popolazione con presenza di fattori di rischio (...) e Sottosistema popolazione con cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono patologica” : attraverso il progetto di prevenzione della cronicità.

Medicina Legale

Definizione e regolamentazione delle attività comuni di medicina legale con ASST BG Est e ASST BG Ovest

Convenzione/protocollo ASST-ATS per:

- attività medico-legale in Comitato Valutazione Sinistri (CVS) della ATS
- attività medicina del lavoro in commissioni/collegi medico-legali ASST

Prestazioni a livello della rete territoriale (certificazioni monocratiche): cessazione convenzioni con ATS entro giugno 2017.

Collegi inabilità lavorativa dipendenti: attuazione di convenzione/protocollo tra ASST appartenenti a dipartimenti diversi per l'inidoneità lavorativa dei propri dipendenti.

Informatizzazione delle prestazioni erogative di medicina legale in forma di "cartella medico-legale".

Prevenzione della corruzione

Completare entro l'anno 2017 le aree obbligatorie tra cui l'ambito dei rischi che afferiscono ai contratti pubblici e quelli relativi agli affidamenti di incarichi:

- Acquisti in ambito sanitario:
 - ✓ Misure per la gestione dei conflitti di interesse
 - ✓ Rafforzamento della trasparenza
 - ✓ Misure di controllo (con particolare riferimento agli acquisti sotto soglia e propoghe contrattuali)
 - ✓ Adesione agli strumenti delle centrali di committenza
 - ✓ Rilevazione delle performance gestionali
- Nomine:
 - ✓ Incarichi di direzione struttura complessa
 - ✓ Incarichi di direzione struttura semplice
 - ✓ Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione
 - ✓ Sostituzione
 - ✓ Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15-septies

Razionalizzazione degli spazi e di tutela del patrimonio documentale

- Eliminazione dei protocolli di settore e di reparto, protocolli multipli, protocolli telefax, protocolli diversi dal protocollo informatico.
- Conservazione a norma del «Registro di protocollo informatico giornaliero»
- Nuovo flusso delibere – Pubblicazione sul sito aziendale con attenzione alle regole ANAC
- Regolarizzazione PEC istituzionale ed eventuali PEC aziendali
- SPID (Sistema Pubblico Identità Digitale)
- Attuazione manuale di gestione documentale e manuale conservazione a norma
- Nomina responsabile gestione documentale e suo vicario/coordinatore
- Nomina responsabile della conservazione interno
- Istituzione gruppo di lavoro (con Responsabile ITC e Sicurezza) per pianificare le possibili soluzioni, modalità e misure organizzative richieste dalla normativa vigente da attuare tramite piattaforma documentale aziendale
- Formazione e disposizioni dedicate al personale previste per le attività volte alla:
 - ✓ protocollazione con possibilità di generare contrassegno elettronico
 - ✓ fascicolazione elettronica
 - ✓ conservazione a norma
- Controlli sulle autocertificazioni (DPR n. 445/2000)
 - ✓ Censire tutti i procedimenti nei quali viene ammessa/richiesta un'autocertificazione o una dichiarazione sostitutiva.
 - ✓ Chiedere ai singoli responsabili di effettuare un controllo a campione sul 10% dei soggetti che hanno ottenuto un beneficio, dando comunicazione dell'esito al Direttore generale.

Indicazioni Internal Auditing

L'audit è un'attività indipendente e obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di controllo, di gestione dei rischi e di Corporate Governance. Nello specifico si occupa di verificare

l'appropriatezza del sistema di controllo interno nei settori da auditare in base al piano aziendale.

Le regole prevedono nuove scadenze che dovranno essere trasmesse alla Direzione Generale Welfare ed alla Struttura Audit della Regione Lombardia:

- entro il 31 gennaio la pianificazione annuale dell'attività di audit;
- entro il 28 febbraio di ogni anno una relazione di monitoraggio sulle attività di audit effettuate nell'anno precedente;
- entro il 30 luglio di ogni anno una relazione di monitoraggio sulle attività di audit relative al primo semestre;
- trasmissione degli aggiornamenti relativi ad organizzazione, procedure e dotazione della funzione.
- nell'ambito dell'attività di assurance e consulenza assistere la direzione fornendo: analisi, valutazioni, rapporti e raccomandazioni di miglioramento.
- le attività di audit, in linea con il nuovo assetto aziendale per processi, saranno caratterizzate da verifiche con valenza trasversale sulle strutture aziendali.

3. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA

3.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO

Considerando il presidio ospedaliero Papa Giovanni XXIII di Bergamo nel 2016 il numero totale di pazienti dimessi è stato di 43.435, di cui 35.111 dopo ricovero ordinario e 8.324 dopo ricovero Day Hospital.

Nel 2016, rispetto al 2015, si è registrata una riduzione dei ricoveri diurni (Day Hospital-DH -4,9%, Day Surgery-DS -9,2%) rimanendo pressochè invariati i ricoveri ordinari (-0,8%). La riduzione dei ricoveri diurni è una tendenza che si registra ormai da qualche anno ed è determinata dal cambiamento del regime di erogazione: alcuni ricoveri diurni di tipo medico (DH) vengono trasformati in prestazioni di *Macroattività Ambulatoriale Complessa* (MAC), alcuni ricoveri diurni di tipo chirurgico (DS) di bassa complessità vengono trasformati in *Chirurgia a Bassa Intensità Operativa e Assistenziale* (BIC), il tutto per erogare la prestazione nel regime più appropriato, con passaggio progressivo dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

La tabella 1 riporta le principali cause di ricovero ordinario nel 2016 (il dato è stato ricavato analizzando le schede di dimissione ospedaliera e classificando le patologie per Categorie Diagnostiche Maggiori- MDC).

TABELLA 1: le principali cause di ricovero ordinario nel 2016

Le principali cause di ricovero	% dimessi
Gravidanza, parto e puerperio	14,1%
Neonati normali e con disturbi perinatali	12,5%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	10,3%
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	9,1%
Malattie e disturbi sistema nervoso	6,1%
Malattie e disturbi apparato digerente	5,4%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	5,3%

Le cause più frequenti di ricovero ordinario nel 2016 sono legate al parto, alla gestione dei primi giorni di vita dei neonati e alla cura delle patologie legate alla nascita, così come è lecito attendersi in un'azienda che è sede della più grande unità di ostetricia-ginecologia della provincia e di un'unità di patologia neonatale di secondo livello (è il più alto livello, secondo la classificazione attuale; comprende anche posti letto di Terapia Intensiva Neonatale). Seguono in ordine decrescente di frequenza le malattie del sistema cardiocircolatorio, dell'apparato locomotore, del sistema nervoso, le malattie dell'apparato digerente e patologie urinarie dei reni e delle vie urinarie.

La tabella 2 riporta il trend del numero di dimessi del periodo 2013-2016, suddividendo i ricoveri in base all'onere della degenza in "ricoveri a carico del Servizio Sanitario Nazionale-SSN" e ricoveri in libera professione / solvenza. Viene riportato anche il trend dei trapianti di organo/tessuto in funzione della data di esecuzione del trapianto stesso (il capitolo 3.3 riprende la tematica trapiantologica). In considerazione dell'incorporazione, a partire dal 1° gennaio 2016, del presidio Ospedale Civile di San Giovanni Bianco (HSGB) nell'ASST Papa Giovanni XXIII, in applicazione della Riforma Sanitaria Regionale, viene riportato anche il dato del numero di dimessi dell'HSGB del 2016.

TABELLA 2: trend 2013-2016 attività di ricovero e trapianto

Attività di ricovero	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016		
	HPG23	HPG23	HPG23	HPG23	HSGB	ASST
A carico SSN	41.890	44.665	44.352	43.042	3.070	46.112
Non a carico SSN (solvenza e aiuti umanitari)	144	252	293	393	4	397
TOTALE dimessi	41.890	44.665	44.352	43.435	3.074	46.509

per data di esecuzione

Trapianti d'organo	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016		
	HPG23	HPG23	HPG23	HPG23	HSGB	ASST
cornee	17	21	19	18		18
cuore	14	22	22	14		14
rene	41	49	47	49		49
fegato adulto	47	63	64	47		47
fegato pediatrico	19	26	33	29		29
midollo osseo	140	130	128	143		143
polmone	11	10	12	11		11
intestino pediatrico				1		1
combinato	7		2	1		1
totale	328	296	321	327	0	327

L'obiettivo del prossimo triennio è il mantenimento degli eccellenti livelli prestazionali garantiti nel 2016, nel rispetto delle risorse disponibili e delle Regole di Sistema.

3.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA

Il numero di interventi chirurgici totali (ordinari + Day Surgery + BIC) del 2016, considerando il presidio ospedaliero Papa Giovanni XXIII di Bergamo, è stato di 35.680, in calo (-3,6%) rispetto all'anno precedente. La complessità della casistica trattata è aumentata (il peso medio dei DRG chirurgici nel 2015 è stato di 1,8611 mentre nel 2016 è stato di 1,9148) e questo giustifica la leggera riduzione di numerosità che si è registrata. Nel corso degli anni si è progressivamente modificato il regime di erogazione degli interventi chirurgici: sono aumentati quelli di chirurgia ambulatoriale- BIC (+9,6% nel 2015 e +5,8 nel 2016), mentre sono diminuiti quelli con regime di ricovero ordinario (-1,5 % nel 2015 e - 4,0% nel 2016) e Day Surgery (-8,8 % nel 2015 e - 12,1% nel 2016). Questo andamento trova spiegazione, come già descritto sopra (paragrafo 3.1), nella ricerca dell'appropriatezza del regime di erogazione delle prestazioni, che ha determinato un progressivo passaggio di quelle a bassa complessità, sia chirurgiche che di diagnostica, dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

L'obiettivo del prossimo triennio è il mantenimento degli eccellenti livelli prestazionali garantiti nel 2016, nel rispetto delle risorse disponibili e delle Regole di Sistema (possibili quindi ulteriori trasformazioni nei regimi di erogazione delle prestazioni, finalizzate alla miglior appropriatezza).

3.3 I TRAPIANTI E L'ALTA SPECIALIZZAZIONE

Le attività di alta specializzazione presenti nell'azienda ospedaliera trovano una delle espressioni più alte nella cura e nell'assistenza dei malati sottoposti a trapianto d'organo, dove maggiore è l'esigenza di un approccio multidisciplinare.

L'ASST Papa Giovanni XXIII è il primo centro nazionale, in termini di numerosità, relativamente ai trapianti di fegato in soggetti pediatrici ed è il centro pioniere del trapianto di intestino pediatrico in Italia.

La tabella 3 riporta il numero complessivo di trapianti effettuati.

TABELLA 3: numerosità trapianti, suddivisi per organo, negli anni dal 1985 al 2016

ORGANO	1985-2011	2012	2013	2014	2015	2016	totale
cornee	529	15	17	21	19	18	619
cuore	847	18	14	22	22	14	937
rene	788	40	41	49	47	49	1.014
fegato adulto	548	58	47	63	64	47	827
fegato pediatrico	478	26	19	26	33	29	611
midollo osseo	2.194	156	140	130	128	143	2.891
polmone	87	7	11	10	12	11	138
intestino pediatrico	4					1	5
combinato	28	8	7		2	1	46
totale	5.503	333	328	296	321	327	7.108

L'alta specializzazione non si esaurisce tuttavia nelle attività di trapianto. Il valore aggiunto sanitario dell'Azienda risiede infatti nell'offerta di prestazioni sanitarie per un gran numero di discipline internistiche, chirurgiche e di servizi diagnostico-terapeutici, in grado

di far fronte alla cura di uno spettro di patologie che vanno dalle cause più comuni di morbosità a diverse malattie rare.

Nel prossimo triennio l'Azienda cercherà di mantenere l'alto livello di specializzazione e di attrattività ormai raggiunto. La numerosità dei trapianti non è prevedibile essendo dipendente dal numero di donatori.

3.4 CURE ONCOLOGICHE

Presso l'ASST Papa Giovanni XXIII vengono curati tutti i tipi di tumore solido o ematologico, compresi i tumori rari e quelli emergenti, come il melanoma, grazie alla disponibilità di tutte le specialità mediche e delle più innovative possibilità di cura. Dopo un'accurata fase diagnostica, per ogni paziente viene sviluppato un percorso di cura personalizzato, ispirato alla multidisciplinarietà, alla continuità terapeutica e all'appropriatezza di ogni intervento. Le cure spaziano dall'intervento chirurgico alla radioterapia, dalle terapie mediche a quelle biologiche, fino alle cure palliative, con l'obiettivo di accompagnare il paziente in ogni fase della malattia e di garantire un'assistenza globale, anche grazie all'importante sostegno offerto dal mondo del volontariato. Intenso e di alto livello è anche il lavoro che viene svolto sul fronte della ricerca scientifica, tanto che la maggior parte delle pubblicazioni prodotte in azienda interessano il campo oncologico ed ematologico.

Per tutti questi motivi il settore onco-ematologico ha un'attrattività che va oltre la provincia di Bergamo. Vengono sotto riportati i tassi di attrazione del 2016 dei pazienti con ricovero ordinario presso Unità Operative di Oncologia ed Ematologia (considerate insieme) sia dei pazienti fuori provincia ma residenti in Regione Lombardia (extra-provincia) che dei pazienti che provengono da altre regioni (extra-regione), che totale (extra-provincia + extra-regione).

TASSO DI ATTRAZIONE DI PAZIENTI FUORI PROVINCIA MA RESIDENTI IN LOMBARDIA (EXTRA-PROVINCIA): 116 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE DI PAZIENTI FUORI REGIONE LOMBARDIA (EXTRA-REGIONE): 77 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE TOTALE (EXTRA-PROVINCIA + EXTRA-REGIONE) DEL SETTORE ONCO-EMATOLOGICO: 193 per 1.000 dimessi

L'obiettivo per il 2017/19 è il mantenimento di una forte attrattività nel settore onco-ematologico.

3.5 EMERGENZA-URGENZA

L'ASST Papa Giovanni XXIII è una delle strutture di terzo livello presenti in Lombardia per l'assistenza ai pazienti politraumatizzati. In particolare il Decreto Direzione Generale Sanità Piano della Performance triennio 2017-2019

n. 8531 dell'1.10.2012 "Determinazioni in merito all'organizzazione di un sistema integrato per l'assistenza al trauma maggiore" individua l'ASST Papa Giovanni XXIII come una tra le sei Aziende sede di "Centro Trauma di Alta Specializzazione" per quanto concerne il trauma maggiore del paziente adulto e come l'unica Azienda regionale sede di "Centro Trauma di Alta Specializzazione per il trauma maggiore in età pediatrica" (prescolare e scolare preadolescenziale 0-12 anni). Di fatto l'ASST Papa Giovanni XXIII è una delle principali strutture presenti in Lombardia per l'assistenza ai pazienti politraumatizzati, il che significa che viene fornito il massimo livello di idoneità ad accogliere pazienti con lesioni traumatiche gravi all'addome, al torace, agli arti, alle vertebre e alla testa, oltre ad essere l'unica struttura di riferimento in regione per il trauma pediatrico grave.

Merito del trattamento ottimale garantito a questi pazienti è la stretta sinergia tra le unità operative che compongono il Trauma Team (Centro EAS, Chirurgia I, Anestesia e Rianimazione) e la collaborazione con tutte le altre discipline che ruotano intorno al paziente traumatizzato, che vanno dalla Centrale operativa 118 alla Chirurgia plastica a quella Maxillofaciale, dalla Neurochirurgia al Centro Antiveleni, all'Ortopedia-Traumatologia, alla Chirurgia Pediatrica e Pediatria, alla Radiologia / Neuroradiologia, giusto per citare le discipline più frequentemente coinvolte: specialisti diversi che insieme formano un Trauma Team di grande esperienza, che possono contare su un ambiente dedicato (la Shock Room presente presso il Centro EAS) e su una sala operatoria a disposizione 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno.

Nondimeno l'ASST è inserita nell'articolazione delle reti tempo dipendenti e di patologia, come per altro richiesto dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2017, n. 70 (DM 70). Nell'ambito dell'emergenza-urgenza vanno citate, oltre alla rete trauma, per importanza e numerosità di casistica trattata la rete infarto, la rete ictus e la rete neonatologica, all'interno delle quali l'ASST riveste un ruolo di primo piano non solo a livello provinciale.

L'obiettivo resta il miglioramento continuo della qualità del servizio offerto.

Le tabelle sotto riportano il numero di accessi in Pronto Soccorso (PS) suddiviso per area di competenza (tabella 4) e per codice triage in uscita (tabella 5).

TABELLA 4: numero di accessi in PS suddiviso per area- anni 2010-2016

area	Vecchio Ospedale (Ospedali Riuniti di BG)			Nuovo Ospedale (Papa Giovanni XXIII - Bergamo)				Differenza percentuale tra anno 2012 e anno 2016
	anno 2010	anno 2011	anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015	anno 2016	
CENTRO EAS	41.041	42.644	42.920	45.049	47.745	48.299	50.890	18,57%
OCULISTICA	5.715	6.154	5.015	3.799	4.237	4.200	4.484	-10,59%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12.122	12.181	11.782	11.479	12.596	12.961	13.486	14,46%
PEDIATRIA	17.724	17.775	17.222	16.956	19.077	19.144	20.418	18,56%
TRAUMA	15.924	14.366	12.979	13.119	14.866	14.285	14.454	11,36%
TOTALI	92.526	93.120	89.918	90.402	98.521	98.889	103.732	15,36%

Il numero di accessi in PS è andato crescendo vertiginosamente dal trasferimento nel nuovo ospedale (anno 2013) arrivando, nell'ultimo anno (2016), a superare i 100.000 accessi, con un media giornaliera di oltre 280 accessi. Tra l'anno 2012, ultimo anno di attività presso il vecchio ospedale (Ospedali Riuniti di Bergamo), e lo scorso anno (2016) si registra un incremento complessivo di accessi PS del 15,36%. Molto spiccato (oltre il 18%) l'incremento presso il PS Generale (Centro EAS) e presso il PS Pediatrico.

TABELLA 5: numero di accessi in PS suddiviso per codice triage in uscita – anni 2010-2016

codice urgenza in uscita	Vecchio Ospedale (Ospedali Riuniti di BG)			Nuovo Ospedale (Papa Giovanni XXIII - Bergamo)				Differenza percentuale tra anno 2012 e anno 2016
	anno 2010	anno 2011	anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015	anno 2016	
Bianco	6.123	5.633	18.956	24.144	24.622	21.403	19.411	2,40%
Giallo	16.813	16.491	14.668	13.395	13.713	13.218	15.075	2,77%
Giunto cadavere	3	2	7	4	7	3	3	
Rosso	741	770	758	715	800	900	825	8,84%
Verde	68.846	70.224	55.529	52.144	59.379	63.365	68.418	23,21%
TOTALI	92.526	93.120	89.918	90.402	98.521	98.889	103.732	

Tra l'anno 2012, ultimo anno di attività presso il vecchio ospedale (Ospedali Riuniti di Bergamo), e lo scorso anno (2016) si registra un incremento complessivo di tutti i codici triage. Spicca l'incremento dei codici verdi (+ 23,21%).

3.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE

Saranno mantenuti i volumi di attività ambulatoriale. E' prevista una revisione dell'offerta che tenga conto dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) la cui approvazione a livello nazionale prima e regionale è attesa per l'anno 2017.

La legge di riforma regionale 23/2015 impone, inoltre, una rivisitazione dei modelli di presa in carico del paziente cronico pluripatologico da parte delle ASST. Il livello di offerta ambulatoriale non può, quindi, che essere un punto privilegiato per la gestione dei percorsi di presa in carico inserendosi nel percorso di rete territoriale previsto dalla Riforma. Da una indagine effettuata ad hoc, il 62,5% dei pazienti dimessi dalla nostra Azienda necessita della stesura di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Attualmente, sono già attivi canali consolidati per garantire il follow-up sanitario. Per il futuro sarà costruito un modello di monitoraggio ad hoc per la valutazione dell'aderenza al PAI e per gli esiti. All'interno di questo gruppo vi saranno alcuni pazienti ad elevata complessità pluripatologici che necessiteranno di un livello di integrazione intraospedaliero più elevato con possibile identificazione di percorsi assistenziali specifici con remunerazione a pacchetto da parte della Regione su modello dei DRG di degenza (H-CReG Hospital - Chronic Related Group).

La tabella sotto riportata riporta il trend del numero di prestazioni ambulatoriali del periodo 2013-2016, suddividendo le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di psichiatria e di neuropsichiatria infantile in regime di Servizio Sanitario Nazionale (SSN) oltre alle prestazioni in libera professione/solvenza. In considerazione dell'incorporazione, a partire dal 1° gennaio 2016, del presidio Ospedale Civile di San Giovanni Bianco (HSGB) nell'ASST Papa Giovanni XXIII (fino al 2015 facente parte dell'attuale ASST Bergamo Ovest), in applicazione della Riforma Sanitaria Regionale, viene riportato anche il dato del numero delle prestazioni dell'HSGB del 2016.

TABELLA 6: Prestazioni ambulatoriali - numero prestazioni

	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016 - stima prechiusura -			
	HPG23	HPG23	HPG23	HPG23	HSGB	ASST	
Numero prestazioni specialistica ambulatoriale SSN	3.495.607	3.787.300	3.814.626	3.490.972	518.640	-	4.009.612
Numero prestazioni Psiche SSN	62.912	62.162	62.219	59.817 (*)	10.156 (*)	-	69.973
Numero prestazioni Neuropsich. Inf. SSN	22.875	22.426	22.204	37.669	7.733	-	45.402
Numero prestazioni libera professione e solvenza	22.657	22.918	78.583	115.309	19.804	-	135.113
Numero prestazioni TOTALE	3.604.051	3.894.806	3.977.632	3.703.767	556.333	-	4.260.100

(*) dato di prechiusura in attesa di validazione

4. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

4.1 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

L'ASST assolve regolarmente agli obblighi di trasparenza, pubblicando nell'apposita sezione del sito aziendale le informazioni, i dati e i documenti, al fine di garantire l'accesso civico e generalizzato dei cittadini, nel rispetto delle disposizioni legislative in materia e degli indirizzi della competente Autorità nazionale anticorruzione.

Tale affermazione, purtroppo, non può essere confermata – come in passato - dal sistema di monitoraggio on-line denominato "Bussola di Magellano", essendone stata sospesa temporaneamente l'operatività da parte del Ministero della pubblica amministrazione e semplificazione, al fine di consentire il completamento delle modifiche necessarie per rendere conforme ai nuovi obblighi di pubblicità e trasparenza, introdotti dal d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97, i siti aziendali.

L'ASST intende, comunque, confermare il proprio impegno in tale ambito, cercando non solo di adempiere ad un dovere istituzionale, ma di rendere maggiormente e facilmente fruibili le informazioni e i dati pubblicati riguardanti la propria organizzazione, l'attività e le modalità della loro realizzazione, seppure non va sottaciuto che è sconcertante accertare che l'impegno richiesto per rispondere puntualmente al dettato normativo non trova alcun riscontro in termini di numero di accessi alla sezione del sito dedicato all'"Amministrazione trasparente".

Quanto sopra, tenendo peraltro presente che – come sottolineato anche dal D.P.R. 9 maggio 2016 n. 105 – occorre lavorare nell'ottica di raccordare e integrare le diverse funzioni impegnate nelle sempre più numerose attività di misurazione, valutazione, controllo, gestione dei rischi evitando inutili duplicazioni e dispersione di energie, diffondendo e condividendo, al contrario, i risultati emersi dalle diverse analisi e traendo spunto per l'avvio di iniziative finalizzate all'effettivo e complessivo miglioramento dell'organizzazione, nell'esclusivo e prioritario interesse dei cittadini.

4.2 PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il 2016, come il 2015 è stato interessato da significativi cambiamenti nell'Ordinamento Giuridico, sul tema della prevenzione della corruzione, in particolare l'Anac con determinazione 12 del 28 Ottobre 2015 ha approvato l'aggiornamento al Piano nazionale anticorruzione, prevedendo una parte speciale dedicata alla Sanità, individuando aree di rischio specifiche. Il piano evidenzia come la salute sia un bene primario, costituzionalmente protetto e, conseguentemente, come l'area della sanità meriti uno specifico approfondimento anche allo scopo di salvaguardare e proteggere le competenze e

le capacità professionali presenti, contrastando i comportamenti corruttivi. Sulla scorta dei suggerimenti e delle indicazioni fornite, la neo costituita ASST Papa Giovanni XXIII ha adottato con delibera n. 140 del 29.1.2016 il Piano triennale di prevenzione della corruzione 2016-2017-2018 e il programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2016-2018. L'aggiornamento per il triennio 2016-2018 del Piano Triennale Prevenzione Corruzione dell'ASST Papa Giovanni XXIII, conferma l'approccio metodologico e la struttura del precedente Piano adottato con Delibera n. 86 del 22.01.2015. La metodologia di analisi applicata ai processi aziendali è quella indicata dall'Allegato 5 del Piano Nazionale Anticorruzione, elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato con delibera CIVIT n. 72 dell'11 settembre 2013. Con l'aggiornamento 2016/2017/2018, il catalogo dei processi aziendali sottoposti ad analisi e ponderazione del rischi è stato rivisto, sentiti i Direttori di struttura/referenti aziendali.

Inoltre, richiamate le indicazioni del PNA di invito alla prudenza al fine di sottoporre al trattamento rischio un ampio numero di processi, si è ritenuto di modificare la ponderazione del rischio, ritenendolo rilevante già con punteggio di 6 in luogo del precedente 8,5.

Il fulcro della questione consiste nell'individuazione dello strumento idoneo a garantire, in concreto, alle Amministrazioni del Servizio Sanitario il maggior livello possibile di prevenzione rispetto a condotte non conformi ai principi etici, che potrebbero essere prodromi di illeciti.

Il nuovo Piano di prevenzione per le annualità 2017-2019 proseguirà con la mappatura di altre aree a rischio anche in considerazione dei nuovi processi che sono affluiti all'azienda a seguito della L. R. n. 23/2015 e soprattutto darà risalto alla prevenzione della corruzione intesa come *modus operandi* dell'ASST, insinuandosi nell'organizzazione con misure idonee che riducano il rischio di corruzione. Misure di natura oggettiva e misure soggettive atte a garantire l'imparzialità del funzionario pubblico che partecipa all'adozione di atti di gestione.

Con riguardo a questo secondo aspetto, nella consapevolezza che l'eliminazione di situazioni di conflittualità è uno degli strumenti che concorrono alla prevenzione della corruzione, l'articolo 1 comma 41 della L. 190/2012 ha introdotto, con l'articolo 6 bis della L. 241/1990, l'obbligo di astensione, in caso di conflitto di interessi, del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, imponendo a tali soggetti l'obbligo di segnalare ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

La norma va letta in parallelo con le altre disposizioni (di legge e aziendali) volte, tra il resto, a contrastare il fenomeno del conflitto di interessi:

- l' art. 53 c. della L. 165/2001 "Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi" e ss.mm.ii.;

- il D.Lgs n. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” ;
- le norme contenute nel D.Lgs. 39/2013 “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- l'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001 “Codice di comportamento” come modificato dall'art. 1 comma 44 della L. 190/2012 con il conseguente DPR n. 62/2013 e in particolare gli art. 6 “Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse” e 7 “Obbligo di astensione”;

Fermi restando gli obblighi di Legge previsti per i casi specifici, l'Azienda ha disciplinato la procedura di verifica e gestione delle situazioni di conflitto di interesse negli artt. 6 e 7 del Codice di Comportamento aziendale approvato con deliberazioni n. 171 del 30/01/2014 e n. 208 del 06/02/2014: il dipendente dichiara entro 7 giorni, per iscritto, al Responsabile, i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo remunerati, in base al disposto dell'articolo 6 del Codice di Comportamento Generale. Dovrà darne comunicazione ogni qual volta si dovesse verificare una situazione diversa rispetto a quella comunicata.

Il Responsabile verificherà che il personale non si trovi in una situazione delicata che possa, anche solo astrattamente, privilegiare direttamente o indirettamente i suoi interessi.

Sulla base di tale conoscenza, non assegnerà attività, compiti, responsabilità e conseguenti poteri autoritativi, negoziali, di discrezionalità amministrativa, rientranti negli ambiti descritti che potrebbero pregiudicare l'imparzialità della sua azione.

Il dipendente si astiene, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, e dell'articolo 7 del Codice di Comportamento Generale, comunicando per iscritto al Responsabile la specifica situazione di conflitto.

Nel caso in cui il Responsabile decida sull'astensione del dipendente, l'incarico dovrà essere affidato ad altro dipendente, ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Nel corso del 2014 è stato approvato il codice di comportamento aziendale, sulla scia della recente adozione del DPR n. 62 del 16 aprile 2013 “Regolamento recante CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI PUBBLICI”, a norma dell'articolo 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

I delicati aspetti deontologici ed etici, connessi con l'attività istituzionale dell'ASST,

impongono al personale l'adozione di ogni possibile iniziativa volta a migliorare la qualità delle prestazioni, dei servizi offerti al pubblico. Ci si è interrogati sull'impostazione da seguire nella redazione del codice, ossia, sull'utilità di una massiccia elencazione di quanto è riprovevole, procedendo a dettagliare ogni possibile comportamento non consentito, piuttosto che richiamare i principi specifici cui attenersi, per enucleare gli atteggiamenti e i comportamenti da adottare.

Nella stesura del nuovo codice, nel rispetto di quanti hanno sempre ben impostato la propria attività lavorativa e professionale, è stata seguita quest'ultima soluzione, confidando proprio su una accresciuta e maggiore consapevolezza di tutti ma, al tempo stesso, ottemperando a quanto previsto dal Legislatore, è stata specificata meglio quella che può definirsi l'aspettativa nutrita dalla collettività, sul modus operandi del personale sanitario, tecnico e amministrativo di un'azienda che ha quale core business la cura del proprio cliente.

Per quanto concerne l'aspetto redazionale, gli articoli non ripetono il contenuto delle corrispondenti norme del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, approvato con DPR. 16/4/2013 n.62, ma integrano e specificano le previsioni normative ivi riportate. In tal modo non si appesantisce il testo del regolamento aziendale, evitando di riprodurre in più fonti, norme comunque cogenti.

Pertanto, una volta perfezionato il Codice dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, sotto l'aspetto dell'integrazione codicistica, il compendio degli istituti provenienti delle due fonti è assicurato mediante la contemplazione di entrambe in un unico documento, ma in ambiti separati: a sinistra le disposizioni del Codice approvato con DPR n. 62 del 16 aprile 2013 e a destra quelle del Codice Aziendale.

Altresì la **diffusione capillare, l'interpretazione e la valorizzazione** del *Codice di Comportamento Generale* e di quello *Aziendale* a tutti i soggetti cui è rivolto, rappresenta un indefettibile impegno per contrastare atteggiamenti troppo spesso dettati da logiche opportunistiche.

Per rafforzare le conoscenze e la consapevolezza in tutti i dipendenti e collaboratori dell'Azienda il *RP* ha preparato un corso FAD riguardante il codice di comportamento aziendale, nella convinzione che il rafforzamento dell'etica e conseguentemente del comportamento costituisca il fondamento della prevenzione della corruzione.

Tale corso è stato assegnato come obiettivo di formazione per l'anno 2014 a tutto il personale dell'Azienda. Nel corso del 2015 e 2016 è stato proposto ai neo assunti. La formazione continuerà anche nel 2017 per i neo assunti. Nell'anno in corso è stato esteso anche al personale afferito dalla ex Asl di Bergamo e dall'Azienda ospedaliera di Treviglio.. Con l'ausilio dell'UPD sarà necessario verificare costantemente l'attuazione del Codice, sotto il profilo del rispetto:

- delle norme, delle prescrizioni, dei precetti, delle raccomandazioni, desumendolo dall'andamento positivo delle relazioni della compagine sociale, dalle relazioni formali degli organismi presenti anche a livello sindacale;
- delle procedure imposte, col coinvolgimento sostanziale di tutti i dirigenti, cui grava l'onere immanente di collaborazione, nel pretendere dai propri collaboratori una condotta irreprensibile, nel segnalare proficuamente le disfunzioni e le anomalie riscontrate, nel contribuire ad accertare inequivocabilmente le condotte riprovevoli.

Le misure di prevenzione definite nel Piano costituiscono un programma di attività per tutta la neo costituita azienda, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità degli stessi. Individua i responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi. Il Piano è quindi uno strumento per l'individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione.

Nel corso del triennio a venire le misure di prevenzione programmate nel Piano, aggiornate ed integrate rispetto al Piano precedente, saranno sviluppate e declinate, in obiettivi aziendali per tutte le strutture e per il personale ad esse afferente. In particolare con comunicazione del 25.1.2016 il Responsabile della prevenzione della corruzione invitava la Direzione strategica a tradurre in obiettivi organizzativi e individuali le misure di prevenzione della corruzione.

Nel corso del 2016 sono stati assegnati i seguenti obiettivi in materia di prevenzione della corruzione:

CDR_2016	DIP	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI	MODALITA' DI VALUTAZIONE
USC Accoglienza e Front-Office	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	1) Gestione corretta prenotazione, erogazione e pagamento delle prestazioni ambulatoriali con il SSN e Libera Professione . Redazione e pubblicazione della procedura specifica "Gestione amministrativa del processo ambulatoriale Attività Servizio Sanitario Nazionale".	1) Entro il 15/09/2016 redazione della procedura e invio alla pubblicazione. 2) Entro il 30/09/2016 diffusione agli operatori della USC. 3) Entro il 15/12/2016 campionamento di n. 5 prenotazioni per ogni operatore di front office (circa 100 persone) e produzione report di verifica.	15	a) Obiettivo pienamente raggiunto, (100% dei punti assegnati), se tutti e tre gli indicatori sono svolti b) Obiettivo parzialmente raggiunto, (70% dei punti assegnati), se svolto 2 indicatori su 3. c) Obiettivo parzialmente raggiunto, (30% dei punti assegnati), se svolto 1 indicatore su 3.
USC Affari Generali	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	1) Adozione e/o aggiornamento di specifica procedura per la gestione diretta del rischio connessa alla r.c. sanitaria (medical malpractice).	1) Approvazione e/o aggiornamento della procedura entro il 15/12/2016.	12	1) Procedura approvata e/o aggiornata.
USC Amministrazione, Finanza e Controllo	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	Corretta applicazione principi contabili, in particolare il principio della competenza economica: ridurre le rilevazioni manuali di poste di competenza dell'esercizio e la rilevazione di sopravvenienze negli esercizi successivi.	1) In relazione alle voci leasing, noleggi, servizi sanitari e servizi non sanitari definire report contratti/autorizzazioni di spesa in Oliamm. 2) Verifica copertura economica dei contratti inseriti in Oliamm delle voci di costo di cui al punto 1).	10	1) Report definito in Oliamm entro il 31/10/2016 (5 punti). 2) Monitoraggio contratti/autorizzazioni di spesa a decorrere dal 01/11/2016 (5 punti).

CDR_2016	DIP	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI	MODALITA' DI VALUTAZIONE
USC Politiche e Gestione del Personale	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	1) Proposta di regolamentazione modalità conferimento incarichi extraistituzionali ai dipendenti ex.art.53 dec. Leg.vo 165/2001. 2) Analisi critica dell'operatività del divieto pantouflage o revolving doors. Implicazioni operative in ambito aziendale. Adozione procedura. 3) Correttezza cedolini stipendiali.	1) Predisposizione Regolamento Aziendale per Autorizzazioni attività extraistituzionali ai dipendenti da sottoporre all'approvazione della Direzione aziendale entro . Il regolamento dovrà essere approvato dalla Direzione entro il 30/09/2016. 2) Campionamento significativo: 5% cessazioni dal servizio entro il 15/12/2016. 3) Verifica a campione dell'1% dei cedolini entro il 15/12/2016.	10	1) Obiettivo pienamente raggiunto, (100% dei punti assegnati), se i tre indicatori sono svolti; 2) Obiettivo parzialmente raggiunto, (50% dei punti assegnati), se svolto il secondo e il terzo indicatore; 3) Obiettivo parzialmente raggiunto, (50% dei punti assegnati), se svolto solo il primo indicatore.

c	CDR_COD	DIP	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI	MODALITA' DI VALUTAZIONE
USC Approvvigionamenti	77	DIPARTIMENTO SERVIZI TECNOLOGIE	1) Pianificazione e programmazione degli acquisti al fine di prevenire il rischio di mancata concorrenza e trasparenza. 2) Verifica a campione del divieto pantouflage o revolving doors.	1a) Implementare le misure di contrasto e di controllo nel processo affidamenti di forniture e acquisti in economia. 1b) Confronto con le altre Aziende sui beni acquistati in esclusiva, di valore annuo superiore ad euro 40.000 iva esclusa. 2) Verrà definito in accordo alla USS Legale interno e audit.	15	1a) Riduzione del valore, almeno del 5%, degli acquisti in economia rispetto all'anno 2015, oggetto di delibera di ratifica trimestrale. 1b) Valore affidamenti di beni infungibili/esclusivi (di valore annuo superiore ad euro 40.000 iva esclusa) sul totale acquistato (< rispetto al valore del 2015) e Implementazione di una procedura che attesti l'avvenuto confronto con le altre aziende. 2) Verrà definito in accordo alla USS Legale interno e audit.
USC Informatica e Telecomunicazioni	TC	DIPARTIMENTO SERVIZI TECNOLOGIE	Sicurezza e riservatezza dei dati informatici.	Aumentare gli accessi ai P.C. con carta elettronica personale.	5	Riduzione di n° 100 postazioni di lavoro con accesso 'libero' senza smartcard personale
USC Servizi gestione diretta	75	DIPARTIMENTO SERVIZI TECNOLOGIE	Controllo dell'attività in outsourcing del Magazzino esterno	Controllo mensile a campione del contenuto delle navette in partenza dal Magazzino e in arrivo all'Interporto e ai reparti PG23	15	Verbale di esito della verifica di corrispondenza fra bolla e contenuto del carrello
USC Ufficio Tecnico	81	DIPARTIMENTO SERVIZI TECNOLOGIE	1) Controllo in relazione all'esecuzione della quota lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta ed affidata attraverso contratti non qualificati come subappalti, ma alla stregua di forniture 2) Verifica a campione del divieto pantouflage o revolving doors	1) Controlli a campione in cantiere 2) Verrà definito in accordo alla USS Legale interno e audit.	10	1) Effettuazione di almeno n. 5 verifiche in cantiere 2) Verrà definito in accordo alla USS Legale interno e audit.

CDR BUDGET 2016	Cod US	DIP	RISULTATO ATTESO	PUNTI DIRIGENZA (SU 100 COMPL)	PUNTI COMPARTO (SU 100 COMPL.)	MODALITA' DI VALUTAZIONE
USC Farmacia	52	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA	Devono essere ottemperate le due seguenti attività: 1) Verifica dell'esclusività per l'acquisto della protesica e dei dispositivi medici. Necessaria la presenza di un verbale di attestazione verifica dell'esclusiva. È richiesta, entro fine anno, l'implementazione di una procedura affinché i prodotti in esclusiva siano accompagnati dall'attestazione di esclusività. 2) Confronto con le altre aziende per i prodotti in esclusiva per il materiale di consumo dei laboratori. È richiesta la presenza di verbali di confronto. È richiesta, entro fine anno, l'implementazione di una procedura che attesti l'avvenuto confronto con le altre aziende.	10	10	Tutte le attività descritte devono essere correttamente effettuate. a) Le procedure sono emesse e diffuse entro la tempistica indicata: obiettivo raggiunto al 100% b) Le procedure sono emesse e diffuse con un ritardo massimo di un mese rispetto alla tempistica indicata: obiettivo raggiunto al 70% c) Le procedure sono emesse e diffuse con un ritardo massimo compreso tra uno e due mesi rispetto alla tempistica indicata: obiettivo raggiunto al 50% d) Le procedure sono emesse e diffuse con un ritardo superiore a due mesi rispetto alla tempistica indicata: obiettivo NON raggiunto
USC Direzione Medica Presidio Ospedaliero	73	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA	Corretta gestione delle liste d'attesa in Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e libera professione (LP) attraverso il confronto dei tempi di attesa tra SSN e LP. Dovranno essere effettuati controlli a campione, con un minimo due rilevazioni nel corso dell'anno.	10	10	a) Evidenza documentale delle due rilevazioni effettuate: obiettivo raggiunto al 100% b) È presente l'evidenza documentale di una sola rilevazione: obiettivo raggiunto al 50% c) Nessuna rilevazione è stata effettuata: obiettivo NON raggiunto

CDR BUDGET 2016	Cod US	DIP	RISULTATO ATTESO	PUNTI DIRIGENZA (SU 100 COMPL.)	PUNTI COMPARTO (SU 100 COMPL.)	MODALITA' DI VALUTAZIONE
USC Direzione Professioni Sanitarie	76x	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA	entro il 31 dicembre viene verificata la corretta applicazione della procedura in almeno 10 casi	3	3	a) Entro 31/12 verifica dell'aderenza del personale coinvolto alle indicazioni fornite dalla procedura con nessuna irregolarità rilevata: conseguimento di tutti i punti b) Entro 31/12 verifica dell'aderenza del personale coinvolto alle indicazioni con segnalazione di 1-2 irregolarità: conseguimento del 50%V dei punti c) Entro 31/12 verifica dell'aderenza del personale coinvolto alle indicazioni fornite dalla procedura con segnalazione di più di 2 irregolarità: conseguimento di 0 punti
USC Formazione, Marketing e Libera Professione	FM	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA	Redazione regolamento, policy aziendale, relativo alla gestione del conflitto di interesse nelle attività finanziate da soggetti privati esterni in condivisione con le strutture aziendali interessate in condivisione con la DMP, gli Affari Generali, il Legale Interno e Audit e gli Approvvigionamenti	10	10	Evidenza documentale del regolamento

Nel corso del 2017 tale metodologia continuerà e, in particolare ai Dirigenti, saranno assegnati nuovi obiettivi in materia di prevenzione della corruzione in conformità a quanto previsto nel Piano 2017-2019. Tali obiettivi saranno meglio declinati in sede di contrattazione di budget che si svolgerà nei mesi di febbraio e marzo, tenuto conto delle azioni di miglioramento previste per i singoli processi dal Piano di prevenzione della corruzione 2017-2019.

5. IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DI ALCUNI INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)

In Italia, dopo le prime esperienze condotte nell'ambito del progetto "Mattoni - Misura dell'outcome" e del "Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari del Lazio", denominato P.Re.Val.E., è stato avviato il Programma Nazionale Esiti (PNE), iniziato nel 2010 con un'iniziativa affidata dal CCM del Ministero della Salute ad Agenas.

Tale programma investiga differenti dimensioni degli outcome assistenziali. A partire dai risultati del presente Programma si è proceduto ad una selezione di indicatori afferenti a cinque aree (cardiologia, traumatologia, ostetricia, chirurgia digestiva, neurologia) attraverso i quali fosse possibile visualizzare il posizionamento dell'azienda nel periodo 2008-2015 (il 2015 è l'ultimo anno fornito da Agenas nel momento in cui viene pubblicato il presente Piano Performance), analisi ex-post per la valutazione degli anni pregressi e l'attribuzione di un obiettivo per gli anni futuri (per maggiori informazioni sulla metodologia relativa al Programma Nazionale Esiti e ai seguenti indicatori consultare il seguente sito internet: http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/index.php).

5.1 MORTALITA' A 30 GIORNI DOPO INFARTO MIocardico ACUTO (IMA)

RAZIONALE

Trattamenti tempestivi ed efficaci sono essenziali per la sopravvivenza del paziente con infarto miocardico acuto (IMA). Il periodo di tempo più critico nell'IMA è la sua fase più precoce. La mortalità degli attacchi cardiaci acuti nel primo mese è tra il 30% e il 50%, e di queste morti circa la metà si verifica entro due ore, di solito per fibrillazione ventricolare. L'alta mortalità iniziale sembra essere cambiata poco negli ultimi 30 anni; al contrario, c'è stata una notevole riduzione della mortalità dei casi trattati in ospedale. Da una media a 30 giorni del 18%, come evidenziava una revisione sistematica di studi sulla mortalità in era pre-trombolitica, nella metà degli anni '80, si è passati, con la diffusione dell'utilizzo dei farmaci fibrinolitici, dell'aspirina e degli interventi di rivascolarizzazione coronarica, ad una mortalità del 6-7%, per lo meno nei trial di grandi dimensioni. La terapia ripercussiva, se messa in atto correttamente e con la necessaria tempestività, comporta sia una diminuzione della mortalità che un miglioramento della prognosi a breve e a lungo termine. La mortalità a 30 giorni dopo IMA è considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero. Tuttavia, la scelta del percorso terapeutico andrebbe effettuata già prima dell'arrivo in ospedale tenendo conto delle caratteristiche dell'organizzazione disponibile e del quadro clinico del paziente, sulla base dei quali eseguire una stratificazione del rischio.

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, nel 2015, risulta 10,74 %, contro un rischio medio nazionale aggiustato di 9,03%. La differenza non risulta statisticamente significativa ($p= 0,402$). L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento del livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2008 e il 2015 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

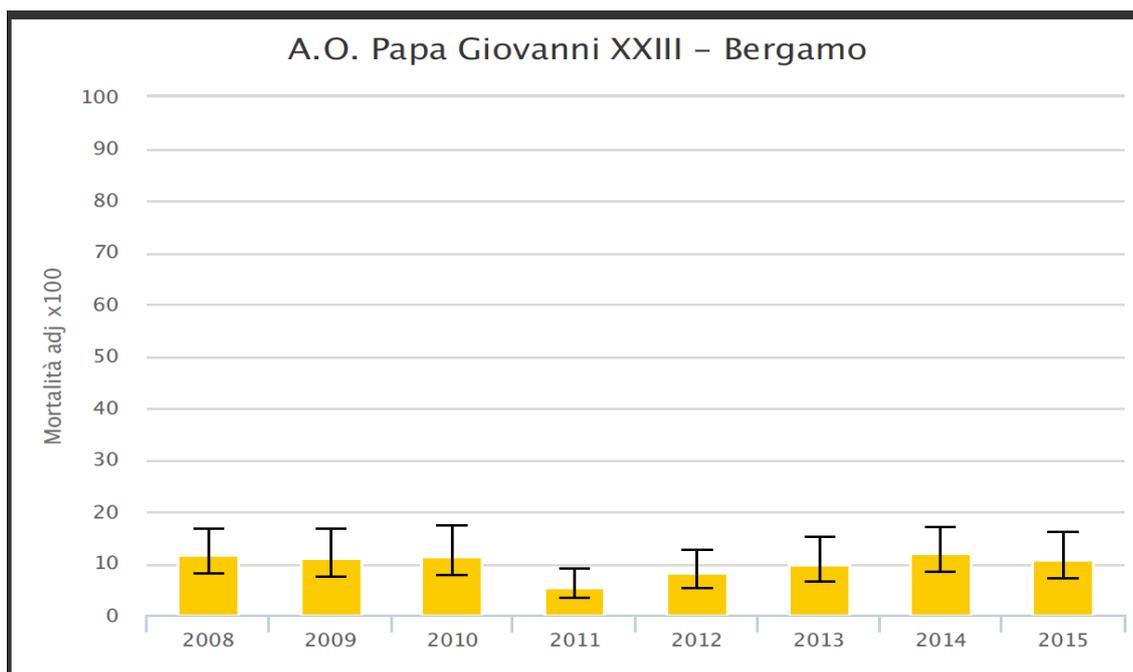


Fig. 1

5.2 FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 48 ORE NELL'ANZIANO

RAZIONALE

Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana; si dividono in mediali o intracapsulari (sottocapitate e mediocervicali con rischio di necrosi asettica della testa) e laterali o extracapsulari (basicervicali, pertrocanteriche e sottotroncanteriche). Nella maggior parte dei casi sono causate da patologie croniche dell'osso (es. osteoporosi senile) e si verificano per traumi a bassa energia (cadute accidentali in ambiente domiciliare), prevalentemente in donne che alla condizione di grave osteoporosi associano molto spesso patologie internistiche e della coordinazione motoria. Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale.

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di soggetti correttamente operati entro 48 ore dalla frattura, nel 2015, è risultata 83,75%, contro una media nazionale aggiustata di 54,74%, e la differenza, che evidenzia quanto buono sia l'approccio aziendale verso questo tema, risulta statisticamente significativa ($p < 0,000$). L'obiettivo è il mantenimento dell'ottimo livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2008 e il 2015 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

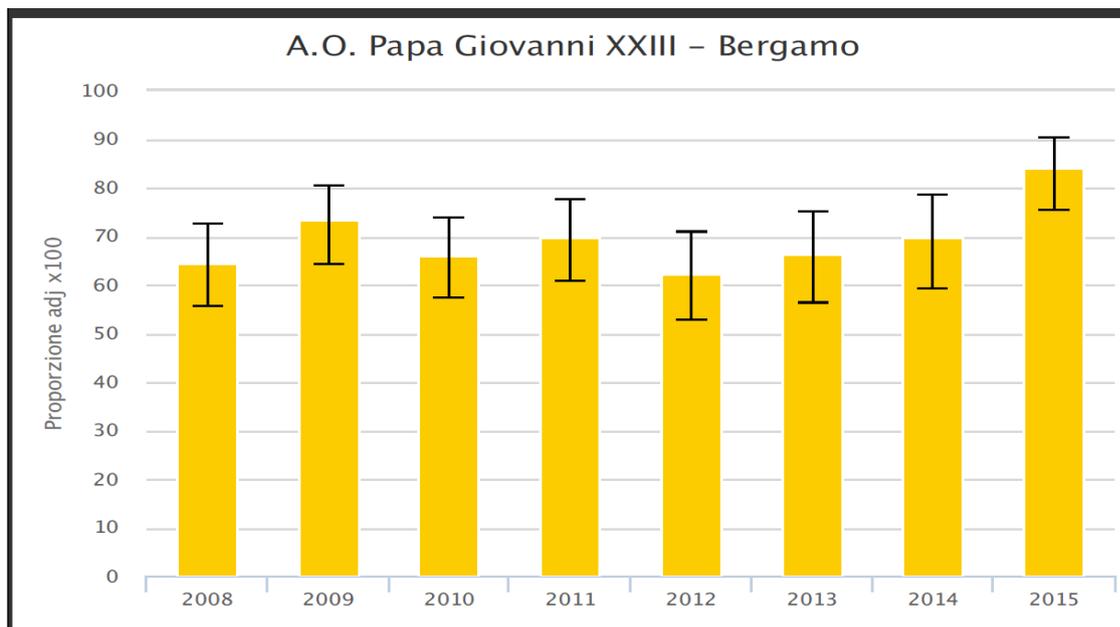


Fig. 2

5.3 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA IN REGIME ORDINARIO: PROPORZIONE DI RICOVERI CON DEGENZA POST-OPERATORIA ENTRO 3 GIORNI

RAZIONALE

La colelitiasi è una condizione diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; interessa maggiormente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1. La colecistite acuta è un'infezione acuta della parete della colecisti, accompagnata da una colelitiasi nel 95% dei casi; la forma cronica è spesso caratterizzata da coliche ricorrenti e da una colecisti contratta, fibrotica, a pareti ispessite. La colelitiasi con o senza colecistite costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto. Una condizione associata ad un più alto rischio di complicanze è la presenza di calcoli nel dotto biliare comune. Una delle complicanze della colecistectomia è costituita dalle lesioni delle vie biliari che, nel caso dell'intervento per via laparoscopica, occorrono nello 0,5-1% dei casi. La conversione dell'intervento con tecnica laparoscopica a tecnica laparotomica tradizionale viene effettuata quando il chirurgo giudichi che la prosecuzione dell'intervento

laparoscopico comporta un aumento del rischio di complicanze per il paziente. La percentuale di conversione varia nella letteratura internazionale dal 0,6 al 13% ed è notevolmente influenzata dall'esperienza del team chirurgico. Una analisi delle revisioni sistematiche presenti in letteratura ha evidenziato un'associazione tra volume di colecistectomie ed esiti statisticamente significativa, senza tuttavia identificare una soglia di volume. Poiché in letteratura la degenza post-operatoria dopo colecistectomia laparoscopica è in generale compresa tra 2 e 5 giorni, viene definito l'esito "Degenza post-operatoria entro 3 giorni", considerando tale durata indice di una buona performance delle strutture.

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di soggetti che risulta ricoverata per meno di 3 giorni dopo l'intervento chirurgico, nel 2015, è risultato 84,19%, contro una media nazionale aggiustata di 69,01%, e la differenza, che evidenzia quanto buono sia l'approccio aziendale verso questo tema, risulta statisticamente significativa ($p < 0,000$). L'obiettivo è il mantenimento del buon livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2008 e il 2015 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

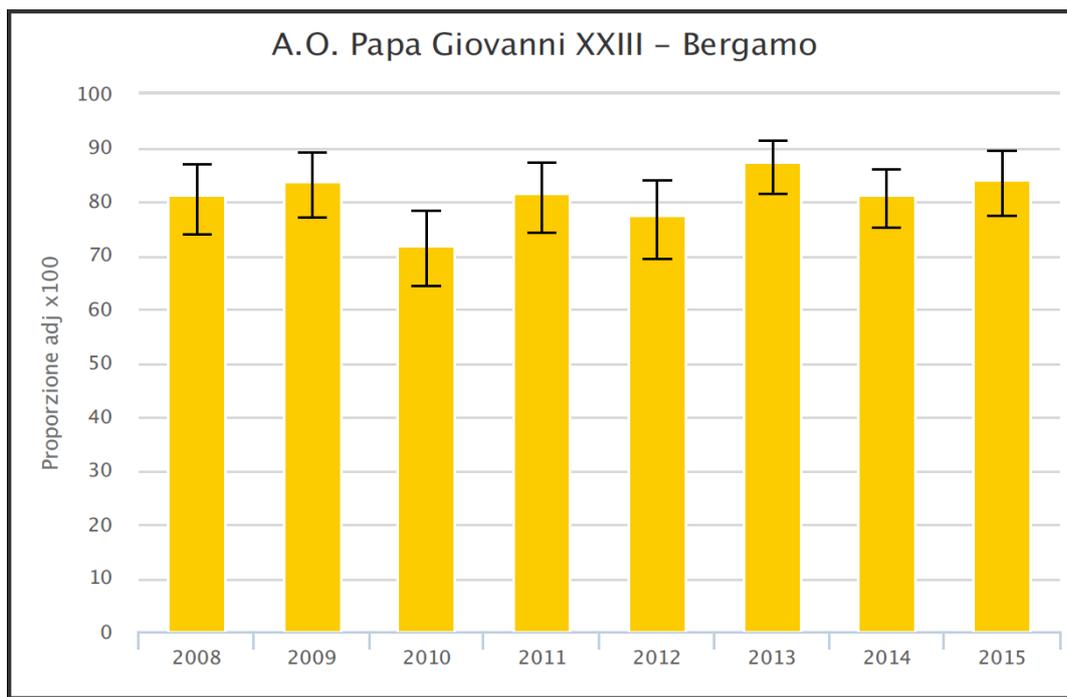


Fig. 3

5.4 PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

RAZIONALE

Il numero dei parti con taglio cesareo in Italia, è progressivamente aumentato dall'inizio degli anni ottanta (circa 10% del totale dei parti) al 37,5% nel 2004. La riduzione del

Piano della Performance triennio 2017-2019

numero di parti cesarei può essere ottenuta sia riducendo il numero di parti cesarei primari sia promuovendo il ricorso al parto naturale nelle donne con pregresso parto cesareo che non hanno controindicazioni al parto vaginale. La “Proporzione di parti con taglio cesareo primario” è un indicatore che può essere utilizzato per valutare la qualità dell’assistenza fornita alle partorienti. Gli ospedali e i sistemi sanitari sono spesso confrontati sulla base di questo indicatore, dal momento che valori più bassi possono riflettere una pratica clinica più appropriata e che una parte dei tagli cesarei potrebbe essere eseguita per “ragioni non mediche”. La “Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo” misura il numero di parti vaginali eseguiti in una struttura ospedaliera nelle donne che hanno partorito in precedenza con un parto cesareo. I dati del Programma Nazionale Esiti mostrano una riduzione della proporzione di parti cesarei primari a partire dal 2008 (29.1%) fino al 2015 (25.1%) e un aumento della proporzione di parti naturali dopo pregresso cesareo a partire dal 2008 (4.9%) fino al 2015 (8.0%). Il confronto tra ospedali potrebbe comunque essere distorto se non si tenesse conto della possibile diversa distribuzione dei fattori di rischio per cesareo delle pazienti tra le diverse strutture: il taglio cesareo è infatti indicato in molte situazioni cliniche, come, ad esempio, complicanze a carico della placenta o del cordone, distress fetale, infezione da HIV, sproporzione feto-pelvica; inoltre differenze socio-demografiche o nella disponibilità dei servizi per le gravidanze ad alto rischio aumentano la probabilità di un cesareo.

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di parti con taglio cesareo primario, nel 2015, è risultato 15,76%, contro una media nazionale aggiustata di 25,02%, e la differenza, che evidenzia quanto buono sia l’approccio aziendale verso questo tema, risulta statisticamente significativa ($p < 0,000$). L’obiettivo è il mantenimento dell’ottimo livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l’andamento dell’indicatore in esame nell’ASST tra il 2008 e il 2015 (ultimo anno disponibile per l’analisi).

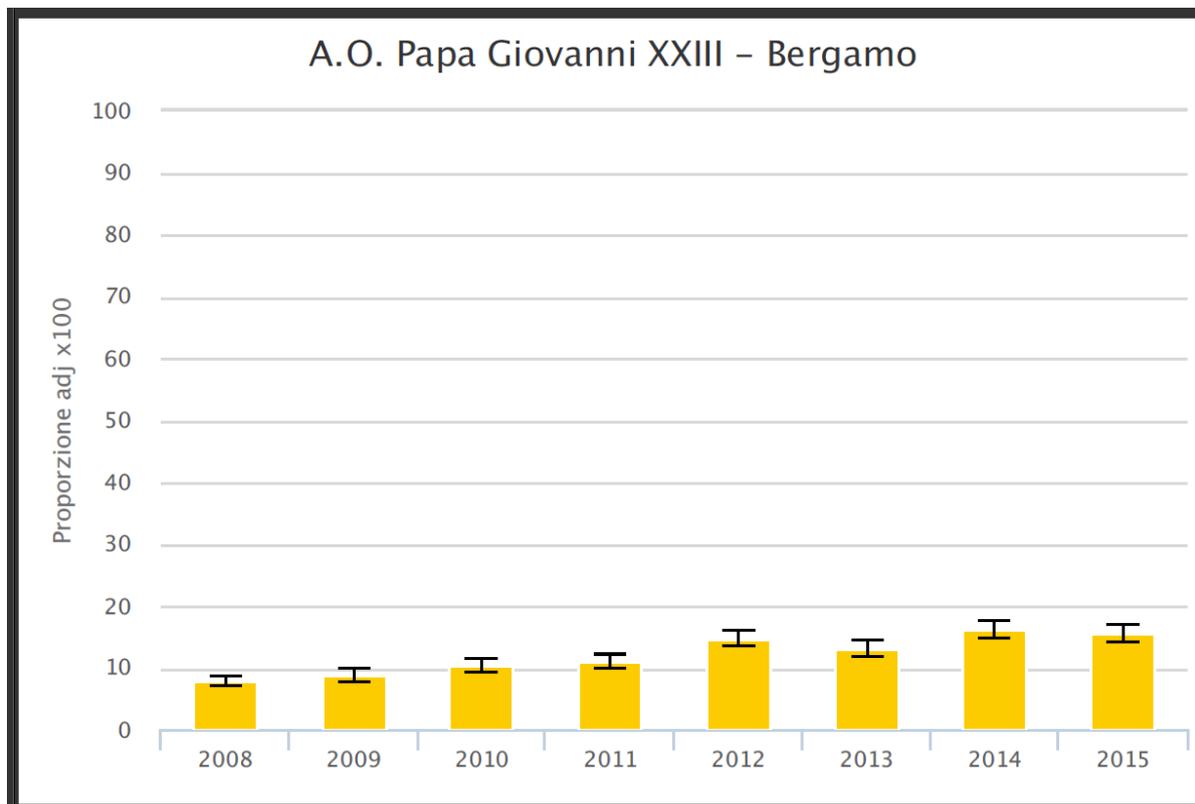


Fig. 4

5.5 BYPASS AORTOCORONARICO: MORTALITÀ A 30 GIORNI

RAZIONALE

Il by-pass aorto-coronarico consiste nella sostituzione del tratto di arteria coronaria compromesso da una lesione aterosclerotica, attraverso l'innesto di un segmento di vaso (vena o arteria) che permette di aggirare l'ostruzione. L'intervento è indicato per alleviare i sintomi anginosi, quando questi resistono alla terapia medica, e dà risultati migliori delle cure mediche nel prolungare la sopravvivenza dei pazienti con malattia coronarica avanzata: pazienti con stenosi significativa della coronaria sinistra subito dopo la sua origine o con stenosi di tre rami coronarici (o due vasi incluso il tratto prossimale della arteria discendente anteriore sinistra) insieme a ridotta funzione del ventricolo sinistro. Inoltre, l'intervento di BPAC è preferibile alla PTCA nella maggior parte dei pazienti con forme estese di coronaropatia. Il numero di by-pass che si possono effettuare dipende dal numero di coronarie o di rami delle coronarie ostruiti. I rischi potenziali sono essenzialmente condizionati da fattori legati allo stato generale di salute del paziente. Si stima che per un paziente con funzione ventricolare sinistra conservata, in buone condizioni generali e senza gravi malattie, il rischio di decesso è intorno al 2%.

È stato calcolato il seguente indicatore: mortalità a 30 giorni dall'intervento di by-pass aorto-coronarico (BPAC). L'esito a breve termine dell'intervento di BPAC può rappresentare un buon indicatore della qualità dell'attività delle strutture di cardiocirurgia. La valutazione si riferisce all'intero processo assistenziale ospedaliero e post-ospedaliero (a 30 giorni dall'intervento) ed è relativa al BPAC isolato, cioè non

associato ad interventi sulle valvole o endoarteriectomia. La scelta di considerare gli interventi isolati è legata al fatto che sia il livello di mortalità sia i fattori di rischio sono diversi nel caso degli interventi associati. Una recente analisi delle revisioni sistematiche presenti in letteratura ha evidenziato un'associazione tra volume ed esiti coerente e statisticamente significativa, senza tuttavia identificare una soglia di volume. Il valore dell'indicatore può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case mix, di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente.

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di pazienti deceduti dopo 30 giorni dall'intervento chirurgico di by-pass aorto-coronarico isolato, nel 2015, è risultato 1,74%, contro una media nazionale aggiustata di 2,35%, e la differenza non risulta statisticamente significativa ($p=0,555$). L'obiettivo è il mantenimento del buon livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2008 e il 2015 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

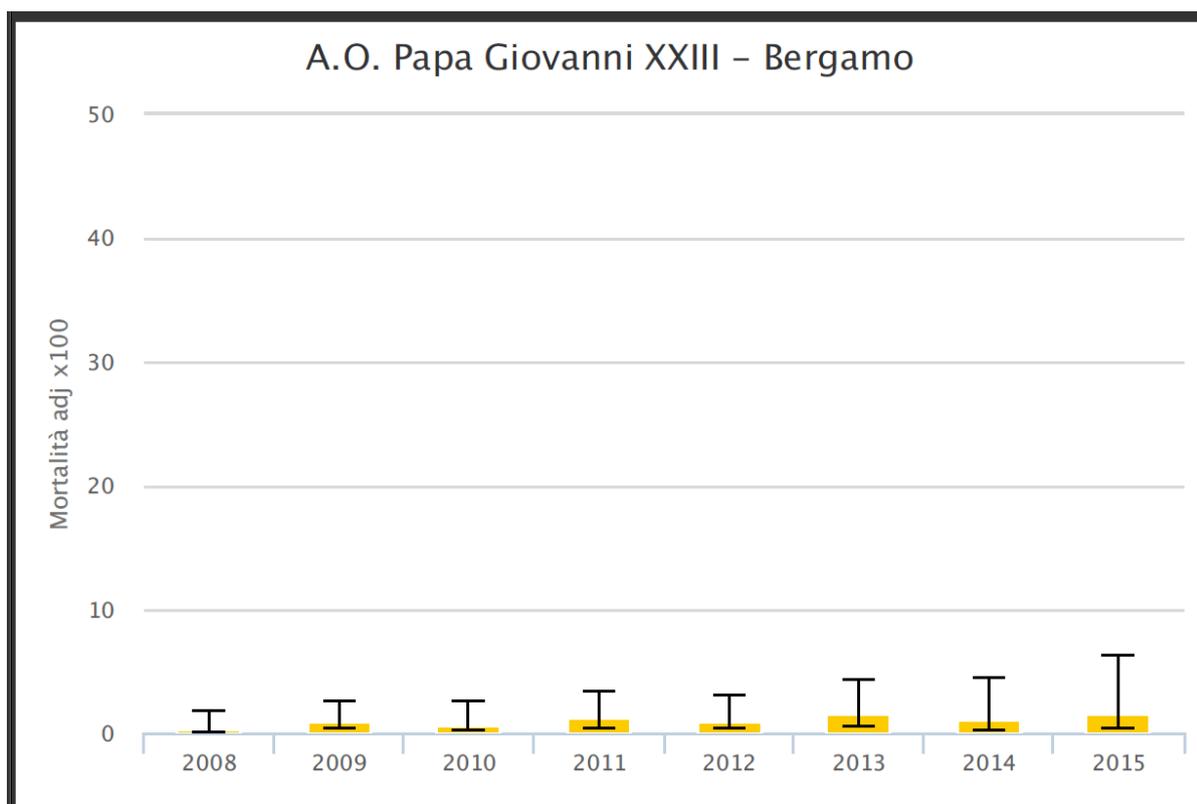


Fig. 5

5.6 SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO: RIAMMISSIONI A 30 GIORNI

RAZIONALE

Lo scompenso cardiaco congestizio (SCC) è una malattia cronica e progressiva che rappresenta uno dei maggiori problemi di salute pubblica nel mondo per frequenza, morbilità, mortalità e impatto sui Servizi Sanitari. È considerato lo stadio terminale di malattie cardiovascolari, principalmente l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica e le valvulopatie. È una patologia caratterizzata dall'insufficiente capacità del cuore nel fornire sangue all'organismo ovvero nella necessità di aumentare la pressione di riempimento per soddisfare le richieste. Secondo la Società Europea di Cardiologia le componenti essenziali dello scompenso cardiaco devono comprendere sintomi di scompenso cardiaco, soprattutto dispnea o astenia, sia a riposo che da sforzo, o edema declive ed evidenza obiettiva di disfunzione cardiaca maggiore a riposo. Le differenti definizioni di caso utilizzate (criteri clinici o codici ICD9-CM) rendono difficile il confronto dei risultati dei diversi studi: si evidenziano un rischio di morte a 1 anno dalla diagnosi di scompenso cardiaco che varia dal 25% al 33%; il tasso di mortalità a breve termine dopo ricovero per SCC presenta una certa eterogeneità, pur mostrando un trend in diminuzione grazie al miglioramento dell'efficacia delle cure.

L'indicatore "riammissioni a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio" valuta la qualità delle cure sia intra che extra ospedaliere misurando le riammissioni avvenute entro breve termine dal ricovero in ospedale; tali riammissioni possono dipendere dall'insorgenza di complicanze o dal peggioramento del quadro clinico tale da richiedere un nuovo ricovero in ospedale.

L'attribuzione dell'esito alla struttura di ricovero non implica la valutazione della qualità dell'assistenza fornita da quella struttura ma dell'appropriatezza ed efficacia del processo assistenziale che inizia con l'arrivo del paziente a quella struttura. Il trattamento dello scompenso cardiaco prevede non soltanto di correggere i sintomi ma anche di ritardare la progressione della patologia, ridurre la necessità di ospedalizzazione, aumentare la sopravvivenza e migliorare la qualità della vita. I pazienti con scompenso cardiaco da lieve a moderato (classi NYHA I e II) possono essere gestiti al livello territoriale attraverso periodici controlli specialistici, terapia adeguata e programmi di educazione sanitaria. Una corretta gestione a livello territoriale dei pazienti con scompenso cardiaco e la definizione di protocolli adeguati per la gestione ambulatoriale permettono di ridurre la progressione della patologia ed evitare il ricorso all'ospedalizzazione. L'indicatore "Ospedalizzazione per scompenso cardiaco" consente di valutare l'appropriatezza e l'efficacia del processo di gestione a livello territoriale per tale patologia. Il valore degli indicatori può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case mix, di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente.

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di pazienti con scompenso cardiaco congestizio riammessi dopo 30 giorni, nel 2015, è risultato 13,43%, contro una media nazionale aggiustata di 14,76%, e la differenza non risulta statisticamente significativa ($p= 0,561$). L'obiettivo è il mantenimento del buon livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2008 e il 2015 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

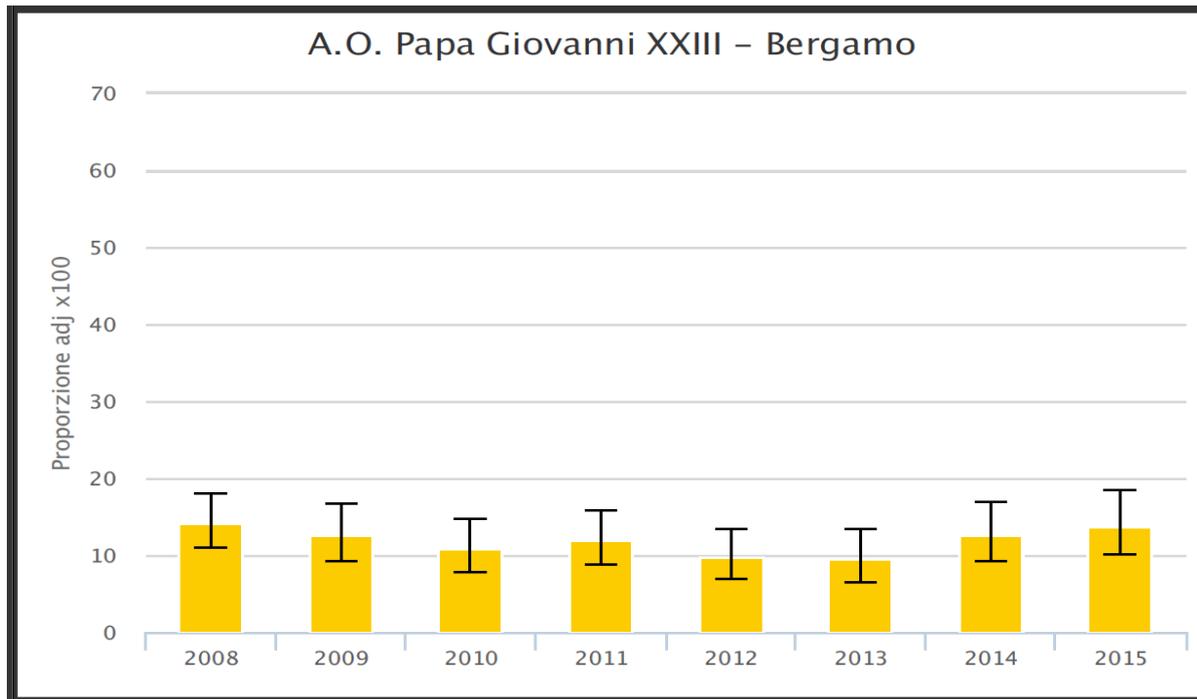


Fig. 6

5.7 ICTUS: MORTALITÀ A 30 GIORNI DAL RICOVERO

RAZIONALE

L'Ictus è una sindrome clinica caratterizzata dal rapido sviluppo di segni focali o generali di disturbo delle funzioni cerebrali che durano più di 24 ore e possono condurre a morte, con origine vascolare. Esistono diversi tipi di ictus cerebrale con diversa patogenesi. Circa l'80-85% degli stroke è di natura ischemica, circa il 15-20% è di origine emorragica (emorragia cerebrale nella maggior parte, meno frequentemente emorragia subaracnoidea). Nel caso dell'ictus ischemico, la più frequente causa è l'occlusione trombotica di un vaso arterioso oppure l'occlusione da parte di un embolo a partenza da altre sede (es: carotide o cuore). Nel caso dell'emorragia cerebrale o ictus emorragico, la patogenesi è riferibile nella maggior parte dei casi alla rottura di un vaso arterioso su base ipertensiva. L'emorragia subaracnoidea, più frequente tra i giovani, è invece dovuta a rottura di un aneurisma vascolare oppure ad una malformazione artero-venosa nello spazio tra la dura madre e la

leptomeninge. Le forme ischemiche sono in genere a prognosi migliore rispetto alle forme emorragiche ed hanno una letalità a 30 giorni oscillante nei vari studi tra il 10% e il 15%. In questo contesto nella definizione di ictus sono comprese le forme ischemiche e sono escluse, a causa della prognosi più infausta, le forme emorragiche, l'emorragia subaracnoidea e le altre non specificate emorragie intracraniche.

La mortalità a 30 giorni dopo ricovero per ictus è considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero ospedaliero. L'indicatore "mortalità a trenta giorni dal ricovero per ictus ischemico" misura l'esito a partire dalla data di ricovero in ospedale del paziente, che corrisponde alla data di ricovero per stroke. L'attribuzione dell'esito alla data di ricovero non implica la valutazione della qualità dell'assistenza fornita da quella struttura ma dell'appropriatezza ed efficacia del processo assistenziale che inizia con l'arrivo del paziente a quella struttura.

Il valore degli indicatori può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case mix, di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente.

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di pazienti con ictus deceduti entro 30 giorni dal ricovero, nel 2015, è risultato 14,92%, contro una media nazionale aggiustata di 12,03%, ma la differenza non risulta statisticamente significativa ($p= 0,302$). L'obiettivo è il miglioramento del livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2008 e il 2015 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

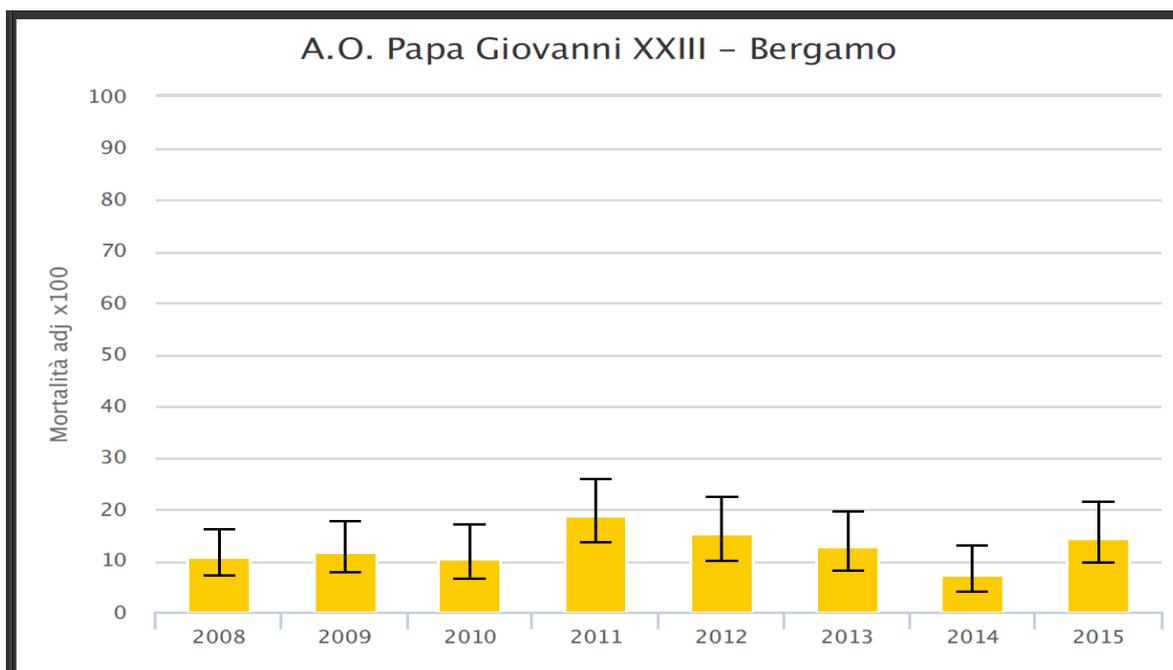


Fig. 7

6. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: GLI INDICATORI DI RISULTATO

La tabella che segue riassume alcuni indicatori esplicativi di alcune dimensioni di analisi della performance dell'A.O. Papa Giovanni XXIII in quanto non si dispone dei dati strutture confluite nella nuova ASST.

Gli indicatori relativi a “ricoveri ripetuti entro l’anno”, “dimissioni volontarie”, “trasferimenti tra strutture”, riportati nella tabella che segue, sono calcolati solo sui ricoveri ordinari e utilizzando i criteri di esclusione sotto elencati, così come indicato nel documento prodotto da Regione Lombardia “Sistema di valutazione degli Ospedali Lombardi”.

I criteri di esclusione utilizzati sono stati:

- i ricoveri di pazienti extra-regione
- i ricoveri di pazienti di età inferiore ai 2 anni (alla data di ricovero)
- i ricoveri appartenenti alle classi di finanziamento riabilitative, delle cure palliative o delle lungodegenze.

Gli stessi criteri sono stati utilizzati per calcolare i tassi riportati sempre nella tabella sotto.

PROCE SSI DECISI ONALI	DIMENSI ONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	VALORE DELL'ANNO 2016	VALORE ATTESO NEL TRIENNIO 2017-2019
Attuazione delle strategie	Efficacia interna	Ricoveri ordinari ripetuti entro l'anno solare (%) = N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto entro l'anno (01/01-31/12)/ Tot. Dimissioni	2.755/27.590 = 9,99%	Inferiore all'11%
	Efficacia interna	Dimissioni volontarie (%)= N° dimissioni volontarie/ Totale dimissioni	71/27.590 = 0,26%	Inferiore a 0,5%
	Efficacia interna	Trasferimenti tra strutture (%)= N° trasferiti (secondo codifica SDO)/ Totale dimessi	821/27.590 = 2,98%	Inferiore a 3,5%
	Efficacia interna	Ricoveri ordinari ripetuti entro 45 gg (%)= N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto entro 45 gg./Tot. Dimissioni	1.213/27.590 = 4,40%	Inferiore a 6%
	Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	24.830/1.088.798 = 23 ‰	Mantenimento valori 2016
	Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri DH (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	6.611/1.088.798 = 6 ‰	Mantenimento valori 2016

Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri totali (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi totali residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	$31.441/1.088.798 = 29 \text{ ‰}$	Mantenimento valori 2016
Efficacia interna	Tasso di attrazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti fuori regione/ Tot. Dimessi dopo ric. ordinario compresi i pazienti fuori regione	$1.531/29.122 = 53 \text{ ‰}$	Mantenimento valori 2016
Efficacia interna	Tasso di attrazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti fuori regione/ Tot. Dimessi dopo ricovero DH compresi i pazienti fuori regione	$399/8.064 = 49 \text{ ‰}$	Mantenimento valori 2016
Efficacia interna	Tasso di attrazione ricoveri totali (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi totali residenti fuori regione/ Tot. dimessi (ordinari e DH) compresi i pazienti fuori regione	$1.930/37.186 = 52 \text{ ‰}$	Mantenimento valori 2016

7. IL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

La Regione Lombardia, nelle Regole di sistema del 2017 (delibera DGR X/5954 del 05/12/2016), richiama la necessità di sviluppare il programma di miglioramento dell'Azienda, avvalendosi della piattaforma PrIMO presente sul portale regionale, allo scopo di monitorare l'attività svolta secondo gli standard di qualità e sicurezza prefissati.

Ciò al fine di:

- 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;
- potenziare i processi di presa in carico della persona, all'interno delle strutture di ricovero.

L'attuazione del PrIMO trova spunto nel programma pluriennale della UE in materia di salute, per il periodo 2014-2020 e nell'Atto di indirizzo 2015 del Ministero della Salute che, per la parte relativa alla "Promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria", stabilisce che l'azione dell'amministrazione dovrà incentrarsi sulla definizione di strumenti che favoriscano efficienza, appropriatezza e qualità degli interventi sanitari, garantendone l'appropriata valutazione anche tramite la messa in atto di un Programma nazionale per la promozione della qualità e della sicurezza delle cure.

Le aree di sviluppo del portale di governo regionale includono: a) gli indicatori di governo clinico, b) di governo del servizio sanitario lombardo (SSL), c) dell'osservatorio epidemiologico.

Il PrIMO si colloca all'interno del governo SSL unitamente al cruscotto dell'INFOSP, al cruscotto di Pronto Soccorso e alla sezione di Valutazione delle performance.

Gli obiettivi da raggiungere, a partire dal 2017, in tema di miglioramento continuo, sono:

- Mantenere un alto livello di attenzione nell'inserimento dei dati SDO, INF-OSP (per infezioni correlate all'assistenza e sepsi) e dei dati del flusso 6-SAN di PS.
- Organizzare il set-up, come definito nei documenti:

- “Gestione delle infezioni correlate all'assistenza - sepsi del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione”.
 - “Gestione del Pronto Soccorso nel Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione”.
- Definire dimensioni e caratteristiche del problema (indicatori).
 - Indirizzare gli interventi (obiettivi PIMO).
 - Monitorare i progressi (azioni di miglioramento-audit).

Pertanto, le attività proposte per il prossimo triennio, in continuità con l'anno 2016, sono:

- monitoraggio puntuale dei 43 indicatori PIMO, con valore obiettivo degli stessi in linea con i valori soglia indicati dalla Regione/dalla Direzione strategica aziendale;
- consolidamento e monitoraggio dei 361 ITEM della check list di autovalutazione regionale, con allineamento nei punteggi tra i Presidi dell'Azienda;
- consolidamento delle attività di audit interno ed esterno, su mandato della Direzione, secondo check list mirate e secondo un programma aziendale di audit.

Si intende inoltre procedere con:

- consolidamento dell'integrazione dei progetti aziendali di miglioramento, attraverso mappatura condivisa dei processi primari e di supporto in uscita dal nuovo POAS e definizione degli indicatori di monitoraggio comuni, da confrontare con gli indicatori del portale regionale;
- analisi condivisa degli indicatori del Portale Regionale e confronto con i dati aziendali;
- restituzione delle informazioni di performance alle Unità Strutturali;
- definizione di un piano annuale di interventi di miglioramento, secondo priorità;
- completamento del percorso di certificazione di qualità aziendale, secondo gli standard regionali, nazionali e internazionali in atto.

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

**Publicata all'albo pretorio on-line
dell'azienda socio sanitaria territoriale
"Papa Giovanni XXIII" Bergamo**

per 15 giorni
