

PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2014-2016



AZIENDA OSPEDALIERA PAPA GIOVANNI XXIII

Il Piano della Performance è un documento programmatico 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

INDICE

1. PREMESSA	3
2. ANALISI DI CONTESTO	3
3. L'AZIENDA OSPEDALIERA.....	6
4. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA	8
4.1 Attività di ricovero	8
4.2 Attività chirurgica	9
4.3 I trapianti e l'alta specializzazione.....	10
4.4 Cure oncologiche.....	11
4.5 Emergenza-Urgenza	12
4.6 Attività ambulatoriale.....	13
4.7 Le risorse umane.....	14
4.8 Gli Approvvigionamenti	17
5. LE STRATEGIE REGIONALI.....	18
6. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI	19
7. PROGETTI SPECIFICI DI INTERESSE AZIENDALE	33
7.1 Miglioramento continuo dell'organizzazione	33
7.2 Ospedale per intensità di cura	34
7.3 Riorganizzazione delle Sale Operatorie	35
7.4 Centro di Day Surgery	35
7.5 Riorganizzazione percorsi ambulatoriali	36
7.6 Documentazione sanitaria informatizzata	36
7.7 Centrale dimissioni protette	37
7.8 Farmacia delle dimissioni.....	37

7.9 Farmacoprescrizione Informatizzata e gestione robotica del farmaco in confezione Monodose	38
7.10 Attivazione nuove apparecchiature.....	39
7.11 Valutazione e sviluppo del personale	40
8. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	42
9. IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DI ALCUNI INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE).....	45
9.1 Mortalita' a 30 giorni dopo IMA.....	45
9.2 Frattura del collo del femore: intervento chirurgico Entro 48 ore nell'anziano	47
9.3 Colectomia laparoscopica in regime ordinario: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria entro 3 giorni	49
9.4 Proporzione di parti con taglio cesareo primario	51
9.5 Infarto miocardico acuto proporzione di trattati con angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA) entro 48 ore	53
9.6 Bypass aortocoronario: mortalità a 30 giorni	56
9.7 Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni.....	58
9.8 ICTUS: mortalità a 30 giorni dal ricovero.....	60
10. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE:	63
GLI INDICATORI DI RISULTATO.....	63

1. PREMESSA

Il Piano della Performance è un documento programmatico 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. L'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII è al suo terzo anno di pubblicazione del Piano della Performance così come previsto dall'art. 10 del Decreto Legislativo n.150 del 27/10/2009 (c.d. Decreto Brunetta).

Nella redazione del presente piano si è fatto riferimento al Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR 2010-2014), al Piano di Organizzazione Aziendale (POA 2011-2014) e ai contenuti espressi nelle Regole di gestione del servizio socio sanitario per l'anno 2014, che prevedono lo sviluppo del programma di miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente, secondo i principi di appropriatezza, di uso sempre più efficiente delle risorse, di verifica della qualità delle strutture, attraverso l'implementazione del Piano integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione.

2. ANALISI DI CONTESTO

La Regione Lombardia, con DCR 13 luglio 2010 - n. IX/15, ha autorizzato il cambio di denominazione dell'azienda ospedaliera, da Ospedali Riuniti a Papa Giovanni XXIII. Con delibera n.330 del 1/3/2013 è stato approvato il Piano Organizzativo Aziendale (POA) che riporta la mission e la vision dell'Azienda, specifica gli organi e le strutture che la compongono e approfondisce il modello organizzativo e i sistemi di pianificazione e programmazione.

L'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII è un'azienda del sistema sanitario regionale, risponde ai bisogni di salute della popolazione, erogando prestazioni e servizi di diagnosi, cura e riabilitazione alla persona, in tutti i settori della medicina, utilizzando le conoscenze più avanzate.

Grazie a servizi di alta qualità e innovazione e allo sviluppo di ricerca e formazione, l'azienda ha raggiunto dati d'attività e risultati che la collocano tra le strutture di maggior rilievo a livello nazionale.

Con delibera di Giunta Regionale n. X/1185 del 20/12/2013 avente ad oggetto "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014" sono state emanate dalla Regione Lombardia le "Regole di sistema".

Il piano regionale di sviluppo ha individuato la necessità di operare un riordino del sistema sanitario e socio sanitario lombardo che permetta di mantenere e migliorare i livelli raggiunti, riconosciuti sia a livello nazionale che europeo, pur in un contesto nel quale alla crescita della domanda sanitaria e socio sanitaria corrisponde una contrazione delle risorse disponibili.

L'analisi epidemiologica e del bisogno delle persone è dunque il primo elemento che Regione Lombardia ha considerato per poter individuare gli scenari evolutivi della rete di offerta. Da questo punto di vista la sfida che il sistema sanitario si trova ad affrontare è il tema della cronicità.

Gli interventi di prevenzione, le capacità di cura del sistema sanitario, le tecnologie e l'innovazione diagnostica e terapeutica hanno notevolmente contribuito ad un innalzamento della speranza di vita ed anche ad una sua qualità indubbiamente migliore rispetto al passato. Questi risultati certamente positivi hanno d'altra parte generato un costante aumento di pazienti che soffrono di patologie croniche. Per questi pazienti solo la continuità di controlli e terapie aumentano il numero di anni vissuti in assenza di gravi invalidità. Oggi in Lombardia si registrano oltre 3 milioni di pazienti cronici, pari al 30% della popolazione: il trattamento di questi soggetti rappresenta il 70% della spesa sanitaria relativa alle attività di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale ed ai consumi di farmaci. All'interno di questo gruppo di pazienti aumenta sempre più il numero delle persone in condizione di cronicità socio sanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, etc). La tipologia dei bisogni derivanti da situazioni di cronicità richiede un cambio di paradigma: se il modello lombardo di assistenza prevalente, tipico degli ospedali e del loro sistema di finanziamento, prevede l'erogazione di prestazioni, affrontare il tema della cronicità richiede invece modelli centrati su una nuova modalità di presa in carico integrata della persona, che garantisca una continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri e percorsi di cura o di accesso ai servizi sanitari e socio sanitari. Partendo da una concreta integrazione delle risorse, umane e finanziarie, e delle linee strategiche sarà possibile affrontare quella che nei prossimi anni possiamo definire come una vera e propria 'emergenza' sanitaria e sociale.

Lo scenario evolutivo

Per attuare le linee di sviluppo del sistema sanitario e socio sanitario è necessaria quindi una revisione del modello di governance complessivo, che incida sui meccanismi di

programmazione, finanziamento, committenza e produzione. I possibili obiettivi del nuovo modello di governance, secondo Regione Lombardia, saranno:

- Completamento e piena definizione di un modello a rete per l'assistenza ospedaliera, che permetta di mantenere il primato del sistema lombardo legato in termini di qualità ed esiti, soprattutto nelle alte specialità, anche attraverso il costante raccordo fra assistenza, innovazione, ricerca e didattica;
- Definizione di un assetto organizzativo in grado di consolidare lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio e caratterizzato da prossimità, presa in carico e continuità delle cure, che garantisca in particolare:
 - ✓ Orientamento ed accesso delle persone e delle famiglie ai servizi territoriali;
 - ✓ Coordinamento dei servizi territoriali sanitari e socio sanitari;
 - ✓ Presenza di servizi (presidi territoriali, poliambulatori, cure intermedie, riabilitazione, consultori, etc) di riferimento per l'assistenza ai cronici;
 - ✓ Raccordo e sistematizzazione della rete degli operatori accreditati in ambito sanitario (ospedali, ambulatori etc) e socio sanitario (RSA, RSD, ADI etc).
- Piena separazione fra le funzioni di erogazione delle prestazioni, anche in ambito territoriale, e le funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, negoziazione, contrattualizzazione e controllo della rete di offerta. Tali funzioni anche al fine di garantire al meglio le sinergie dell'offerta territoriale, potrebbero riguardare una dimensione più ampia di quella delle attuali ASL, ma comunque tale da poter garantire un presidio attento del territorio e dei suoi bisogni sanitari
- Aggregazione di diverse strutture / funzioni (acquisti, formazione, concorsi, sistemi informativi, edilizia sanitaria, servizi trasversali) per una maggiore efficienza amministrativa

All'interno di questa visione strategica si possono delineare alcune direttrici, distinte fra rete ospedaliera e rete territoriale, che potranno indirizzare lo sviluppo del sistema.

Rete ospedaliera

Il tratto saliente che distingue il sistema sanitario lombardo è dato dalla capacità dimostrata dalla propria rete ospedaliera, indirizzata ai pazienti acuti, di qualificarsi e specializzarsi, di perseguire l'innovazione, di garantire la formazione e l'aggiornamento dei propri operatori: per mantenere questo primato è oggi necessario proseguire

nell'attribuzione di un ruolo più preciso dei diversi presidi esistenti, definendo degli ospedali di riferimento e degli ospedali di rete all'interno di bacini di utenza omogenei, tenendo conto anche delle infrastrutture di collegamento e degli investimenti già operati per la realizzazione di nuovi ospedali. Lo sviluppo di un sistema di rete ospedaliero può rappresentare l'opportunità per completare il percorso già avviato con l'avvento delle reti di patologia e permettere la definizione ed il monitoraggio di percorsi diagnostico terapeutici appropriati che attraversano i diversi livelli della rete. In questo quadro di riferimento svolge un ruolo fondamentale il livello regionale e territoriale di programmazione: l'attività dell'ospedale dovrà quindi essere sempre più orientata alla risposta appropriata alla domanda e la valutazione di qualità ed esiti delle cure divenire parte del sistema di finanziamento. La libertà di scelta dei cittadini, principio fondante del Sistema lombardo, si viene così a connotare come diritto a operare scelte consapevoli.

3. L'AZIENDA OSPEDALIERA

L'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII ha sede a Bergamo in Piazza Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS n. 1.

La struttura ospedaliera, aperta a Dicembre 2012, ospita 36 sale operatorie, 238 ambulatori, 1.036 posti letto (accreditati) e un eliporto.

Le sette torri ospitano le degenze e gli ambulatori, mentre una piastra centrale ospita tutti i servizi di diagnosi e cura, dalle sale operatorie alle terapie intensive, dai laboratori al Pronto Soccorso.

L'organizzazione si fonda non tanto sulla suddivisione tra reparti, ma sui diversi livelli di intensità dell'assistenza di cui il paziente ha bisogno. La fase acuta di urgenza-emergenza viene gestita nella piastra, mentre le degenze ordinarie trovano spazio nelle torri, così come l'attività ambulatoriale. Le torri e la piastra sono collegate da passerelle ai piani superiori e a piano terra dall'Hospital Street, un percorso interno sul quale si affacciano gli ambulatori, i servizi d'accoglienza, il CUPS, il Centro Prelievi e i servizi commerciali.

Oltre che nel nuovo presidio ospedaliero l'Azienda eroga prestazioni di alto livello sanitario tecnico scientifico in ambito riabilitativo neurologico e neuropsicologico presso il presidio di Mozzo dove trovano assistenza i pazienti affetti da gravi lesioni cerebrovascolari e spinali di natura sia traumatica che vascolare. In tale ambito si sviluppa anche il sostegno psicologico delle famiglie.

Presso l'Hospice di Borgo Palazzo viene assicurata l'assistenza sanitaria di malati terminali, anche in età pediatrica, mediante un'équipe, che nell'ottica della continuità con il territorio e la famiglia, garantisce anche la collaborazione con le associazioni di volontariato oltre che garantire l'erogazione delle cure palliative.

In relazione allo stretto rapporto tra l'ospedale e territorio di competenza, l'Azienda gestisce, tramite il Dipartimento Salute Mentale, alloggi in comunità protette nei quali i pazienti sperimentano forme di aggregazione, di vita comune, di reciproca assistenza di vita con la società civile.

Le sedi distaccate dell'Azienda sono:

- Struttura Ospedaliera Riabilitativa
24030 Mozzo (BG) – via Del Coppo
- Struttura Ambulatoriale “Matteo Rota”
24128 Bergamo – via Garibaldi n. 13/15
- Struttura Ambulatoriale “Borgo Palazzo”
24125 Bergamo – via Borgo Palazzo n. 130
- Centri di Dialisi ed Assistenza Limitata (CAL)
24015 San Giovanni Bianco (BG) – via Castelli n. 5
24125 Bergamo – via Borgo Palazzo n. 130
- Centri Psicosociali (CPS) – Centri Diurni e Comunità Protette Media assistenza (CRM)
24125 Bergamo – via Boccaleone, 25
24125 Bergamo – via Borgo Palazzo, 130
24126 Bergamo – via Montale, 13
24123 Bergamo – via Tito Livio, 2
24124 Bergamo – via Calzecchi Onesti, 8
24129 Bergamo – via Longuelo, 83

24128 Bergamo – via Nino Bixio, 2

- Centro di ipovisione e riabilitazione visiva e oftalmologica pediatrica

Azzano S. Paolo – Via Trento, 1

4. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA

4.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO

Nel 2013 il numero di pazienti dimessi dopo ricovero ordinario è stato di 33.508, dopo ricovero Day Hospital è stato di 8.382, per un totale complessivo di dimessi di 41.890.

Nel 2013, rispetto al 2012, si è quindi registrata una lieve riduzione della numerosità dei ricoveri ordinari (-2%) e una più importante riduzione dei ricoveri diurni (-8,8%). La riduzione dei ricoveri Day Hospital (DH) è una tendenza che si registra ormai da qualche anno ed è determinata dal cambiamento del regime di erogazione di una buona parte dei ricoveri DH medici, che sono diventati prestazioni di Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC), e continuerà anche nei prossimi anni con il cambiamento, già in atto, del regime di erogazione di prestazioni chirurgiche di bassa complessità, che saranno correttamente erogate in regime ambulatoriale (Chirurgia a Bassa Complessità, o BIC). Il numero di prestazioni di MAC è conseguentemente andato incrementando, passando da 22.498 del 2012 a 27.971 del 2013 (+24,3%).

Il trasferimento dell'AO dalla vecchia sede alla nuova struttura, avvenuto nel dicembre 2012, e il conseguente calo programmato di attività, al fine di permettere il trasferimento stesso e il successivo riavvio dell'attività è un'altra causa che ha determinato una riduzione complessiva del numero dei ricoveri.

La tabella 1 riporta il numero di dimissioni per le principali cause di ricovero ordinario nel 2013 (il dato è stato ricavato analizzando le schede di dimissione ospedaliera e classificando le patologie per Categorie Diagnostiche Maggiori).

TABELLA 1: le principali cause di ricovero ordinario nel 2013

Le principali cause di ricovero	N° dimessi
Gravidanza, parto e puerperio	4.419
Neonati normali e con disturbi perinatali	3.885
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	3.538
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	3.237
Malattie e disturbi sistema nervoso	2.136
Malattie e disturbi apparato digerente	1.914
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	1.797

Le cause più frequenti di ricovero ordinario nel 2013 sono state il parto e le patologie legate alla nascita, così come è lecito attendersi in un ospedale che è sede della più grande unità di ostetricia-ginecologia della provincia e di un'unità di patologia neonatale di terzo livello. 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.

4.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA

Il numero di interventi chirurgici del 2013 è stato di 35.200, leggermente in calo (-2,9%) rispetto agli ultimi anni durante i quali la numerosità era andata via via passando da 32.989 del 2006 a 34.354 del 2008 a 37.758 del 2011 a 36.231 del 2012.

Nel corso degli anni si è progressivamente modificato il regime di erogazione degli interventi chirurgici: sono aumentati quelli di chirurgia ambulatoriale (+40 % nel 2012 rispetto al 2011 e +6% nel 2013 rispetto al 2012) e sono diminuiti quelli con regime di ricovero ordinario (-13,5 % nel 2012 rispetto al 2011 e - 4,6% nel 2013 rispetto al 2012) e Day Surgery (-5,8 % nel 2012 rispetto al 2011 e - 7,1% nel 2013 rispetto al 2012). Questo andamento trova spiegazione, come già descritto sopra, 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. Si deve inoltre tenere conto che nell'ultima parte del 2012, come già ricordato nel paragrafo precedente, è stata fatta una riduzione programmata degli

interventi chirurgici al fine di preparare ed effettuare il trasferimento dell'AO presso la nuova sede.

4.3 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'Azienda Ospedaliera 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 2 riporta il numero complessivo di trapianti effettuati negli anni 2008 - 2013.

TABELLA 2

ORGANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013
cornee	39	42	36	23	15	17
cuore	25	30	27	20	18	14
rene	33	39	25	41	40	41
fegato adulto	30	55	47	59	58	47
fegato pediatrico	30	27	27	22	25	19
midollo osseo	149	159	148	150	156	140
polmone	6	17	13	14	7	11
intestino pediatrico	2	/	1	/	/	/
combinato	/	6	4	4	8	7
totale	314	375	328	333	327	296

L'alta specializzazione non si esaurisce tuttavia nelle attività di trapianto. Il valore aggiunto sanitario dell'Azienda Ospedaliera risiede nell'offerta di 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.

4.4 CURE ONCOLOGICHE

Alla AO Papa Giovanni XXIII si curano 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.

Nell'ottica dell'umanizzazione dell'assistenza è stato attivato a ottobre 2011 l'ambulatorio Pronto Intervento Diagnostico Oncologico (PID). Il PID svolge un'attività diagnostica ambulatoriale che accompagna il paziente, dalla tempestiva valutazione diagnostica da parte dello specialista, attraverso la programmazione dell'iter diagnostico, tramite canali di accesso privilegiati (laboratorio analisi, radiologia, neuroradiologia, medicina nucleare, ecc.) fino alla valutazione medica conclusiva.

Dopo un'accurata fase diagnostica, per ogni paziente si sviluppa 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 del percorso di cura e di garantire un'assistenza globale, anche grazie all'importante sostegno offerto dal mondo del volontariato.

Viene garantita anche sorveglianza e cure specifiche in caso di complicanze che possono accompagnare le malattie oncologiche, come la trombosi.

Intenso e di alto livello 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.

Il settore onco-ematologico ha un'attrattività che va oltre la provincia di Bergamo. Vengono sotto riportati i tassi di attrazione del 2013 dei pazienti con ricovero ordinario delle Unità Strutturali 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): 121 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE DI PAZIENTI FUORI REGIONE LOMBARDIA (EXTRA-REGIONE): 46 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE TOTALE (EXTRA-PROVINCIA + EXTRA-REGIONE) DEL SETTORE ONCO-EMATOLOGICO: 167 per 1.000 dimessi

L'obiettivo per il 2014/16 è il mantenimento di una forte attrattività nel settore onco-ematologico.

4.5 EMERGENZA-URGENZA

L'AO Papa Giovanni XXIII è una delle strutture di terzo livello presente in Lombardia per l'assistenza ai pazienti politraumatizzati. Questo 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. E' inoltre l'unica struttura di riferimento in Lombardia per il trauma pediatrico grave.

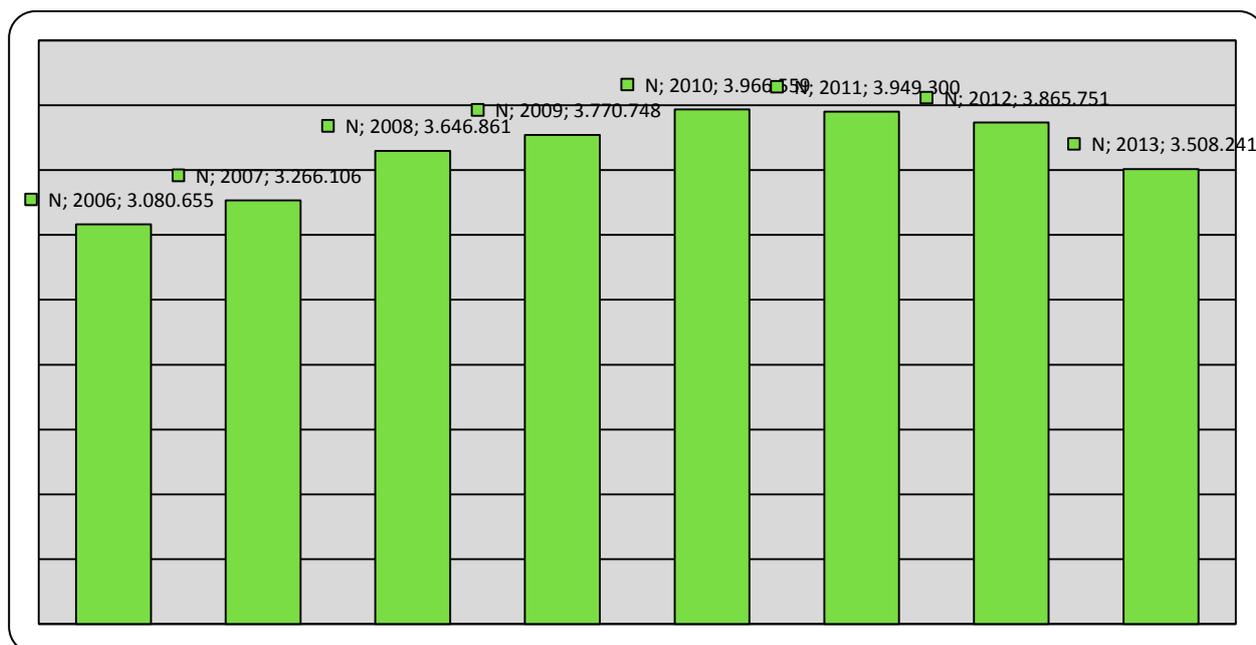
Merito del trattamento ottimale garantito a questi pazienti, frutto della stretta sinergia tra le unità che compongono il Dipartimento di Emergenza-Urgenza (Centrale operativa 118, Chirurgia I, Medicina d'Urgenza, Pronto Soccorso, Centrale Antiveleni, Ortopedia e Traumatologia) e la collaborazione con altre discipline, dalla Chirurgia plastica a quella Maxillofacciale, dalla Neurochirurgia al Dipartimento di Anestesia e Rianimazione. Specialisti diversi che insieme formano un Trauma Team di grande esperienza, che possono contare su un ambiente dedicato (la Shock Room) e su una sala operatoria a disposizione 24 ore su 24.

L'alto numero di pazienti con traumi multipli trattati ogni anno si riflette in un'intensa attività di ricerca, in un'ottica di integrazione continua tra assistenza, clinica, didattica e ricerca. L'obiettivo resta il miglioramento continuo della qualità del servizio coerentemente con le linee guida aziendali: appropriatezza delle prestazioni, umanizzazione e riduzione delle lista d'attesa.

4.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE

La numerosità delle prestazioni ambulatoriali si mantiene costantemente alta e nel tempo è cresciuta per le ragioni descritte nei paragrafi sopra. Il grafico 1 riporta il numero di prestazioni ambulatoriali effettuate dal 2006 al 2013. Come già ricordato il trasferimento dell'AO dalla vecchia sede alla nuova struttura, avvenuto nel dicembre 2012, e il conseguente calo programmato di attività, al fine di permettere il trasferimento stesso e il successivo riavvio dell'attività ha determinato, per il 2013, una riduzione complessiva del numero delle prestazioni ambulatoriali.

GRAFICO 1: numerosità delle prestazioni ambulatoriali erogate negli anni 2006-2013



La tipologia di prestazioni ambulatoriali erogate nel 2013, classificate per macro-categorie, è riportata nella tabella 3.

TABELLA 3: tipologia di prestazioni ambulatoriali erogate nel 2013.

prestazioni ambulatoriali	numerosità
Visite di controllo	226.858
Prime visite	163.245
RADIOTERAPIA	25.779
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	12.069
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	127.584
LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA ETC.	2.518.227
Altre prestazioni	434.479
TOTALE	3.508.241

4.7 LE RISORSE UMANE

Le risorse umane sono l'elemento che maggiormente qualifica e caratterizza le strutture e la qualità delle prestazioni assicurate ai cittadini. E' attraverso la professionalità dei propri operatori, infatti, che l'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII riesce a erogare prestazioni sanitarie ad alti livelli sia in termini clinici che assistenziali.

Ciò si realizza tramite il costante monitoraggio, gestione ed implementazione del fabbisogno Aziendale del Personale Dipendente autorizzato dalla Giunta Regionale della Lombardia con la D.G.R. 9933/2008 e la D.G.R. 1774/2011 e che di seguito si specifica:

Infermieri	1.689
Tecnici Sanitari	334
Operatori sociosanitari	190
Ausiliari e Tecnici	389
Comparto amministrativo	338
Totale Comparto	2.940
Dirigenti Medici	625
Dirigenti del Ruolo Tecnico Amministrativo e Professionale	24
Dirigenti Sanitari	61
Totale Dirigenti	710
TOTALE FABBISOGNO	3.650

Nel corso del corrente anno, come previsto dalle Regole 2014 DGR 1185 del 20/12/2013, saranno rideterminato i fabbisogni, di cui sopra, mediante l'individuazione di indicatori di efficienza, efficacia ed economicità. A tal fine Regione Lombardia effettuerà apposito benchmarking tra le Aziende Sanitarie Lombarde.

La particolare specializzazione richiesta e le molteplicità di progetti attivati presso le Unità Operative comporta la necessità di integrare i rapporti di lavoro dipendente con altre tipologie di rapporto di lavoro quali le Collaborazioni Libero Professionali, le Collaborazioni Coordinate e Continuative (Co.Co.Co), le Borse di Studio ecc.

In Azienda sono inoltre presenti Medici Specialisti e Psicologi Ambulatoriali che esercitano le loro attività, prevalentemente presso gli ambulatori, il cui rapporto è disciplinato da specifico Accordo Collettivo Nazionale.

La consistenza di queste collaborazioni è sintetizzata nelle tabelle di seguito specificate. Si precisa che i dati si riferiscono alle unità di personale individualmente presenti, a prescindere dalla quantità di orario reso/prestazioni erogate; ciò in relazione alla diversa tipologia di contratto stipulato:

Tipologie di Attività	Tipologie di Finanziamento	Borse di studio	Co.Co.co.	Libera Professione	Totale
Istituzionale	Bilancio Aziendale	2	13	49	64
Progetti Ricerca e Supporto alla attività Istituzionale	Fondi Esterni	60	8	37	105
	Fondi di Reparto				
Progetti Regionali	SSR	19	9	17	45
Totale		81	30	103	214

Specialisti Ambulatoriali	43
Psicologi Ambulatoriali	2

Nel corso del 2013 l'Azienda ha potuto avvalersi di finanziamenti esterni che sono stati destinati a specifici progetti, anche di ricerca, per un totale di € 1.173.264.

Nel corso del triennio oggetto del presente piano i progetti di miglioramento che verranno posti in essere saranno in linea sia con gli obiettivi di mandato della struttura sia con la DGR 1195 del 20/12/2013 e nello specifico:

- Introduzione, avvio e implementazione dell'applicativo "Angolo del Dipendente" quale strumento di innovazione nella comunicazione e gestione dei dati relativi al singolo dipendente. L'obiettivo è quello di superare il flusso cartaceo delle comunicazioni a favore di una gestione informatizzata più snella e efficace;
- Implementazione e riorganizzazione degli attuali data base, in uso presso gli uffici del personale, in conformità della nuova organizzazione aziendale prevista dal POA 2011-2014. Tale riassetto informativo consente ai diversi software aziendali, quali l'accreditamento, i flussi informativi verso ministeri e regioni e il datawarehouse aziendale, di alimentarsi correttamente e coerentemente a quanto previsto dal Piano di Organizzazione;

- Favorire il sistema di qualità J.C.I. assicurando che gli indicatori individuati per l'area di competenza siano attuati in modo tale che sia possibile raggiungere gli standard di accreditamento della A.O. in previsione dell'Expo 2015.

4.8 GLI APPROVVIGIONAMENTI

In applicazione delle norme previste per il contenimento della spesa (Spending Review) dei diversi comparti relativi a dispositivi medici, farmaci, beni e servizi non sanitari, Regione Lombardia ha effettuato a partire dal 2012 una serie di percorsi e interventi tesi alla razionalizzazione della spesa. In particolare centralizzando l'acquisto in materia di farmaci e dispositivi medici a livello di Centrale Regionale Acquisti e Consorzi e fornendo alle aziende sanitarie attraverso gli osservatori dati storici sulla spesa che hanno garantito la possibilità di effettuare confronti sulle maggiori voci di costo. Tale percorso proseguirà anche nell'esercizio 2014 con un ulteriore miglioramento delle sinergie tra Centrale regionale e Consorzi nel raccordo delle procedure di acquisto nonché ampliando i benchmarking a livello nazionale.

L'obiettivo economico delle aziende sanitarie consiste nel mantenimento/miglioramento dell'equilibrio economico finanziario basato su un coerente rapporto tra gli effettivi ricavi e i costi aziendali, con particolare riferimento ai costi dei fattori produttivi a gestione diretta. Si sottolinea la responsabilità gestionale affidata ai direttori generali che sono tenuti a perseguire obiettivi di equilibrio non solo di breve periodo ma soprattutto strutturale delle loro aziende.

All'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessiva compatibilità di sistema e del rispetto del nuovo tetto complessivo del 3,5% previsto per la farmaceutica ospedaliera per quanto riguarda il File F, riferito ai cittadini lombardi, considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2014 sono assegnate risorse pari all'importo sostenuto nell'anno 2013, con un incremento massimo di sistema fino all'8% su base dati omogenea.

5. LE STRATEGIE REGIONALI

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014 (PSSR) è il documento, approvato dalla Giunta regionale, che detta le linee programmatiche per il settore sanitario e sociale per i prossimi anni. In sintesi gli obiettivi del PSSR che l'Azienda si impegna a perseguire sono relativi a:

SEMPLIFICAZIONE - Attraverso lo sviluppo del Sistema Informativo Socio Sanitario, deve essere data la possibilità ai cittadini di prenotare e pagare una prestazione senza la necessità di doversi recare fisicamente in ospedale o nelle strutture dove vengono erogate le prestazioni. Sarà garantito ai pazienti l'accesso ai propri referti clinici evitando di recarsi presso la struttura sanitaria. Anche il medico riceverà in tempo reale gli esiti di un esame clinico relativo ad un proprio assistito. Altro obiettivo è la riduzione delle liste e dei tempi di attesa attraverso l'eliminazione di errori o doppie prenotazioni.

SISTEMA INFORMATIVO - Il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) deve essere implementato per realizzare la completa integrazione degli enti socio sanitari, sviluppare il Fascicolo Sanitario Elettronico, dematerializzare i documenti sanitari e ampliare e perfezionare il servizio di prenotazione nei suoi diversi canali (CUP regionale, internet, farmacie, medici di medicina generale). Sarà data dunque la possibilità di consultare, attraverso questi canali, le agende di tutte le strutture collegate con il SISS.

PIANI DI SVILUPPO - E' prevista la messa a regime delle reti di patologia: già attive quelle sulle patologie rare e oncologiche, oltre alle reti trasfusionale, ematologica e nefrologica. Lo sviluppo della telemedicina si realizzerà attraverso l'attivazione di programmi su scala provinciale e regionale, dopo una prima fase di sperimentazione locale. Nuovo impulso sarà dato anche alla ricerca e alle relazioni internazionali. Proseguirà il dialogo e la collaborazione con le imprese, le Università e Finlombarda per lo sviluppo di progetti di innovazione tecnologica e per l'acquisizione e l'attuazione di progetti europei di Ricerca e Sviluppo. Una particolare attenzione verrà accordata alla diffusione della telemedicina, della telediagnostica e del teleconsulto.

RETE OSPEDALIERA - Gli ospedali dovranno diventare sempre più luoghi tecnologicamente avanzati, dotati della strumentazione di eccellenza, nei quali i pazienti dovranno permanere il tempo strettamente necessario alla cura della fase acuta. La funzione territoriale dell'ospedale, attuata dai suoi bracci operativi sul territorio, riguarderà l'attività di diagnosi e cura di primo e secondo grado di complessità e l'erogazione di servizi post-acuzie intermedi fra l'ospedale e il domicilio (per esempio low

care hospital). Dovranno anche essere implementati modelli organizzativi e gestionali in rete per funzioni, con lo scopo di realizzare forme di continuità assistenziale comprendendo anche l'ospedalizzazione domiciliare e forme alternative al ricovero.

Da quanto sopra riportato risulta evidente come il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2010-2014 abbia confermato l'impegno assunto dalla legge regionale 33 del 2009 che, assecondando l'evoluzione dei bisogni della popolazione, ha sviluppato un sistema di strutture sanitarie pubbliche e private complesso e articolato. Oggi la criticità delle risorse induce a focalizzare prioritariamente due fabbisogni del sistema regionale: l'integrazione tra aziende e l'innovazione nei processi tecnico-sanitario-amministrativi.

Per rispondere a queste esigenze il sistema regionale concentra l'attenzione sui portatori di interesse: le persone, i professionisti e le Aziende Sanitarie pubbliche e private.

Al fine di rispettare i suddetti obiettivi strategici, l'Azienda profonde il proprio impegno per proseguire nei progetti definiti nei capitoli successivi.

6. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

I principali obiettivi aziendali di interesse regionale direttamente collegati alla programmazione regionale (PSSR 2010-2014) e declinati attraverso le determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014 con la delibera di Giunta Regionale n. X/1185 del 20712/2013 si concretizzano nello sviluppo degli indicatori di seguito descritti:

INDICAZIONI SPECIFICHE PER LE AZIENDE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Il governo delle reti di emergenza: il numero unico europeo dell'emergenza - 112 -

Nel corso dell'anno 2014 verrà ulteriormente implementato il servizio Emergenza 112 - Numero Unico Europeo che costituisce un punto cardine del Programma Attuativo Regionale del Fondo di Sviluppo e Coesione (già Fondo per le Aree Sottoutilizzate 2007-2013) configurandosi dunque come un servizio ineludibile nonché propedeutico e funzionale alla gestione del futuro evento Expo 2015. Al fine di procedere alla implementazione del servizio verranno adottati appositi provvedimenti da parte di Regione Lombardia.

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI

Il Piano di formazione della Direzione Generale Salute

Le regole di sistema sottolineano come il ruolo degli interventi formativi previsti dal Piano di formazione regionale per il personale del Sistema Sanitario Regionale rivesta particolare importanza per gli operatori sanitari, tecnici e amministrativi delle aziende sanitarie pubbliche in quanto costituisce uno degli strumenti attraverso cui la Direzione Generale Salute contribuisce allo sviluppo delle competenze dei professionisti e condivide i messaggi strategici organizzativi, clinici e gestionali relativi alle linee di programmazione regionali, annuali e pluriennali. La partecipazione agli eventi formativi consente l'aggiornamento professionale e l'acquisizione di crediti formativi inerenti l'Educazione Continua in Medicina, favorisce la condivisione di modalità attuative operative aziendali.

Al fine di sviluppare una integrazione tra la formazione proposta a livello regionale e il Piano di formazione aziendale, l'AO nella predisposizione del piano formativo ha posto particolare attenzione alle tematiche: rischio clinico, continuità assistenziale, appropriatezza, cronicità e rapporto tra ospedale e territorio, formazione sugli adeguamenti normativi, programmi integrati di promozione di stili di vita favorevoli alla salute. Il Piano di formazione aziendali favorirà il trasferimento delle conoscenze e l'integrazione tra i professionisti che operano - con diverse figure professionali e con diversi ruoli - all'interno delle filiere di processo aziendali.

IL GOVERNO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CRONICITÀ

Interventi per il governo della cronicità

La gestione territoriale della cronicità richiede cultura, strumenti, competenze e organizzazione innovative, e un'integrazione e "continuità di sistema" tra i soggetti della rete dei servizi che garantisca la continuità individuale del processo di cura. Obiettivo posto da Regione Lombardia è di garantire al malato cronico il miglior compenso clinico, ritardando il danno d'organo, le acuzie, le invalidità e/o disabilità, con conseguenti ricadute sulla riduzione dei consumi sanitari e il contenimento della spesa. Il PRS - Programma regionale di sviluppo della X Legislatura" (approvato con D.c.r. 9 luglio 2013 - n. X/78) prevede:

- di promuovere una presa in carico integrata delle condizioni di cronicità, in stretta integrazione con le diverse realtà operanti a livello territoriale;
- di potenziare la funzione di programmazione e regolazione del mercato territoriale di competenza delle ASL, assegnando loro un ruolo attivo nella programmazione locale sul sistema dei servizi, e nelle attività di monitoraggio e valutazione dei risultati nell'ambito delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Interventi di tutela della salute mentale

La Direzione Generale Salute chiede di implementare in tutte le A.O. modelli di integrazione degli interventi nei disturbi di età adolescenziale e giovanile con i servizi Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA) e la psicologia clinica tramite equipe funzionali dedicate, allo scopo di sviluppare e migliorare la collaborazione in atto, anche in riferimento a una più ampia collaborazione tra Organismi di coordinamento per la salute mentale e per la NPIA. Nei Centri Psico Sociali, analogamente, è necessario avviare o aggiornare modelli di collaborazione con i SERT per i frequenti quadri di comorbidità con i disturbi indotti da sostanze o da dipendenza patologica e similmente con i servizi disabili in relazione ai problemi di assistenza a soggetti affetti da diverse forme di disabilità che presentano disturbi psichici, con i Dipartimenti di Prevenzione Medici per la presa in carico di pazienti sieropositivi con problematiche psichiche, o con i servizi sociali rispetto a problematiche di vario ordine (familiare, tutelare, assistenziale, socio-lavorativo) dei pazienti.

INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DI QUALITÀ ED APPROPRIATEZZA NEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE LOMBARDO

Interventi per il miglioramento della qualità

Il miglioramento continuo della qualità è un programma integrato a gestione aziendale di cambiamenti organizzativi disegnato per generare e sostenere una cultura di miglioramento continuo basato su una definizione di qualità orientata all'utente. Nella qualità dell'assistenza sanitaria coesistono i temi relativi ad un'appropriata erogazione di interventi efficaci sotto il profilo clinico ed organizzativo ed efficienti per garantire la sostenibilità del sistema. Il Programma di Miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente del SSR, come già detto in premessa, risponde alle esigenze di appropriatezza e di uso più efficiente delle risorse, di verifica della qualità delle strutture attraverso l'implementazione del Piano integrato per il Miglioramento dell'organizzazione. La

predisposizione del Piano Integrato per Il Miglioramento dell'Organizzazione, con la metodologia e gli strumenti proposti, intende:

- supportare le direzioni strategiche nella programmazione pluriennale e annuale delle attività, attraverso la visione sistemica ed integrata dell'organizzazione, secondo uno sviluppo dinamico temporale;
- rafforzare il collegamento fra le scelte strategiche di medio-lungo periodo e gli strumenti di attuazione, oggi, principalmente orientati al breve periodo;
- favorire il collegamento degli strumenti istituzionali di programmazione e gestione, senza incrementarli né duplicarli, sintetizzando nel modello proposto le diverse aree e gli ambiti di interesse, a vantaggio della coerenza della decisione strategica;
- condurre l'organizzazione alla creazione di valore; per fare ciò è universalmente riconosciuta la necessità di superare la logica della sola visione economico-finanziaria, insufficiente allo scopo e di orientare l'attenzione sui processi aziendali;
- rendere evidenti il percorso per il miglioramento continuo e gli strumenti necessari, prevedendo il coinvolgimento di tutti i livelli dell'organizzazione;
- promuovere lo sviluppo del patrimonio di competenze multidisciplinari delle organizzazioni, riguardo le metodologie del miglioramento continuo;
- considerare le Aree Chiave per la creazione di valore e attuare la loro valutazione ai vari livelli dell'organizzazione;
- promuovere la comunicazione interna ed esterna dei risultati raggiunti in tutti gli ambiti, in termini di benefici per i cittadini, dei progressi ottenuti, del corretto ed appropriato uso delle risorse, degli obiettivi per il miglioramento continuo.

La Direzione Strategica garantirà la realizzazione del Piano integrato per il Miglioramento dell'organizzazione. Il Responsabile per la Qualità è il gestore di tutti gli elementi in ingresso e del coordinamento con le singole Strutture che devono fornire al Responsabile per la Qualità la documentazione di competenza.

Il Piano integrato per il Miglioramento dell'organizzazione deve essere adeguato e differenziato per livelli organizzativi: istituzionale, delle direzioni strategiche, delle direzioni operative.

La Direzione Strategica ha la responsabilità:

- di gestire il processo di pianificazione, programmazione e monitoraggio del miglioramento dell'organizzazione;
- di assicurare che il processo di pianificazione, programmazione e monitoraggio del miglioramento dell'organizzazione sia realizzato tramite il Responsabile per la Qualità.

Le Strutture di line e di staff della Direzione Strategica hanno la responsabilità di:

- effettuare il riesame di competenza, a consuntivo dell'anno;
- proporre obiettivi operativi di miglioramento;
- attuare, per le parti di competenza, il Piano integrato per di miglioramento dell'organizzazione approvato;
- misurare e monitorare le attività.

Gli strumenti identificati per il monitoraggio e la valutazione sono:

- la check-list di autovalutazione applicata a tutte le strutture ospedaliere lombarde;
- gli Indicatori di valutazione degli ospedali e di monitoraggio interno dei processi, per monitorare e valutare le aree indicate nella check-list di autovalutazione.

Indicatori di valutazione degli ospedali e di monitoraggio interno dei processi

Sono utilizzati dalle strutture al fine di monitorare i processi aziendali, nell'ottica di un continuo miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera; questi indicatori si sviluppano dalla check-list di autovalutazione che include al suo interno degli item specifici sul tema per il monitoraggio delle strutture; in particolare, indica le seguenti aree entro le quali identificare degli indicatori:

- procedure cliniche assistenziali;
- uso di antibiotici e altri farmaci;
- errori di terapia e near miss della terapia farmacologica;
- uso di anestesia e sedazione;

- documentazione sanitaria;
- ciascun obiettivo internazionale della sicurezza;
- efficienza gestionale dei processi amministrativi;
- controllo degli eventi che mettono a repentaglio la sicurezza di pazienti e familiari;
- controllo degli eventi che mettono a repentaglio la sicurezza degli operatori;
- andamento delle infezioni correlate all'assistenza.

APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI DI PREVENZIONE ONCOLOGICA

I programmi di screening

I programmi di screening, così come attivati in Lombardia, hanno prioritariamente svolto un ruolo organizzativo e valutativo specifico dell'offerta di prestazioni di prevenzione secondaria in una logica di evidenza di efficacia ed equità di accesso. Nello sviluppare il proprio operato i programmi di screening hanno acquisito forti competenze nelle dimensioni dell'appropriatezza e della qualità dei percorsi diagnostico terapeutici. Più specificatamente, lo screening sta diventando, come volumi e come impatto sulle patologie, uno dei percorsi oncologici privilegiati in Lombardia e pertanto si rende necessario un maggiore livello di integrazione con l'organizzazione del servizio sanitario regionale, superando il concetto di "competenza organizzativa e valutativa" dei soli responsabili di screening, prevalentemente nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione Medici. In continuità con gli anni precedenti e con le indicazioni nazionali sono confermati gli obiettivi riferiti alle performance di qualità dei flussi e di risultato, anche in riferimento agli indicatori LEA.

Nello specifico, per quanto attiene al programma di screening per:

- **Mammella**

- due livelli di raggiungimento dell'obiettivo di adesione >60% (raggiunto) >70% (eccellenza)
- monitoraggio dei cancri di intervallo 2010

- **Colon**

- due livelli di raggiungimento dell'obiettivo di adesione > 45% (raggiunto) >55% (eccellenza)
- monitoraggio dei cancri di intervallo 2007 in seguito a fobt negativo / colon negativa
 - **Cervice uterina**
- ASL con programma screening: estensione 95% - adesione >40%
- ASL senza programma di screening: chiamata attiva per pap test delle donne (25 - 29 anni) per le quali non è possibile identificare una prestazione di Pap Test nei flussi 28SAN e 13 FAM nei tre anni precedenti.

REGOLAMENTAZIONE DEGLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO

La Direzione Generale Sanità chiede di porre ancora maggiore attenzione al costante monitoraggio, da parte dell'Azienda, del rispetto dell'attribuzione del corretto codice in dimissione per i codici minori, anche al fine dell'applicazione della quota di compartecipazione all'assistito. Le ASL sono tenute, attraverso i NOC, a compiere verifiche sulla corretta adozione della procedura nelle sole aziende in cui la percentuale di codici bianchi che scosta significativamente dalla media regionale.

INTERVENTI PER VALUTARE L'ADESIONE A LINEE GUIDA E PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)

L'impegno per il 2014 va focalizzato sulle modalità con cui intervenire per aumentare il livello di adesione ai PDTA. In tal senso la validazione delle esperienze in atto (tumori mammella e colon-retto, artrite reumatoide, etc.) che hanno accertato la possibilità di ottenere risultati rilevanti utilizzando specifici algoritmi estratti dalla BDA, rappresenta la via da seguire. Nel corso del 2014 si procederà pertanto a mettere a sistema le principali esperienze in atto ed a organizzare un monitoraggio degli indicatori di processo in grado di rilevare in modo sistematico e continuo il livello di adesione alle linee guida e PDTA da parte dei vari erogatori. Sarà avviato un processo di valutazione delle reti di patologia attivate (ROL, REL, ReNe, ecc.) attraverso la misurazione, con opportuni indicatori del livello organizzativo delle reti e della efficienza produttiva con l'obiettivo di riscontrare, attraverso l'evidenza dei punti di forza e delle eventuali criticità, il reale funzionamento in termini di efficacia/efficienza/economicità dell'organizzazione a rete e acquisire elementi per la riprogrammazione degli interventi.

RETI DI PATOLOGIA

L'implementazione delle reti di patologia, sarà supportata da un sistema organizzativo snello in grado di assicurare e integrare il presidio programmatico della DG Salute e il presidio tecnico-scientifico per le attività delle singole reti. In particolare la struttura organizzativa si articolerà in:

- 1) uno Steering Committee con funzioni di Cabina di Regia e di Board metodologico propositivo;
- 2) una Segreteria Tecnica per gli aspetti gestionali.

Le attività realizzate da ogni rete, afferiranno a tre distinti e specifici ambiti di intervento:

- 1) Ambito di Governo per il coordinamento e l'efficientamento delle azioni che riguardano l'assistenza al malato;
- 2) Ambito Assistenziale per assicurare l'integrazione tra tutti gli attori della rete;
- 3) Ambito Scientifico per: a) lo sviluppo e aggiornamento delle Linee Guida e dei PDTA di riferimento di ciascuna rete di patologia; b) il coordinamento, sviluppo e ottimizzazione della Ricerca Clinica.

Rete Oncologica Lombarda – ROL

L'attività proseguirà per realizzare il definitivo radicamento della ROL nel Sistema Sanitario Regionale, con l'obiettivo di garantire il valore aggiunto della collaborazione a distanza a vantaggio della qualità della cura, dell'appropriatezza e della sostenibilità economica. In questa nuova fase di sviluppo della ROL (Fase 4), lo Steering Committee sarà costituito tra gli altri, dai 23 Coordinatori dei Dipartimenti Interaziendali Provinciali Oncologici (DIPO), dai rappresentanti delle Società Scientifiche attive in campo oncologico e da un rappresentante dei pazienti oncologici.

Rete Ematologica Lombarda – REL

Proseguiranno le attività della Rete al fine di garantire la migliore accessibilità alle cure, la qualità delle prestazioni, la continuità assistenziale in questa delicata fase di evoluzione della medicina in ambito ematologico ed onco-ematologico che necessita di attente politiche di controllo e razionalizzazione dei costi.

Rete Nefrologica Lombarda - ReNe pg 88

Il progetto della Rete ha la finalità di attivare la corretta presa in carico del paziente nefropatico favorendo la migliore accessibilità da parte dei cittadini alle cure e promuovendo l'integrazione tra centri di riferimento e strutture del territorio. Obiettivo prioritario della Rete è la promozione di percorsi per l'implementazione di un network di professionisti tra le diverse strutture sanitarie per un approccio globale al paziente nefropatico in una prospettiva di appropriatezza, continuità assistenziale e sinergia tra medicina territoriale e specialistica.

Rete Stroke

Sul territorio nazionale, la Lombardia ha svolto un ruolo "pilota" per quanto riguarda la definizione dei criteri di riconoscimento delle strutture dedicate all'ictus cerebrale (Stroke Unit – SU- o Unità di Cura Cerebro – Vascolari –UCV-) e per la realizzazione di una rete in cui le SU/UCV individuate, condividono un database dotato di tutti gli elementi conoscitivi dei vari processi di cura erogati e quindi degli effetti da essi prodotti, in termini di salute e prevenzione delle sequele dell'ictus. Con il decreto DG Sanità n. 10068 del 18/09/2008 "Determinazioni in merito all'organizzazione in rete e criteri di riconoscimento delle Unità di Cura Cerebrovascolari (UCV-Stroke Unit)" si sono formalizzate le linee di intervento per la realizzazione della rete.

Rete STEMI

Le linee operative per la costituzione di una rete regionale per il trattamento dell'infarto miocardico acuto sono state definite con il Decreto n. 10446 del 15/10/2009 ("Determinazioni in merito alla "Rete per il trattamento dei pazienti con infarto miocardico con tratto ST elevato – STEMI"). Nel corso degli anni, le attività di sviluppo della rete sono state finalizzate alla definizione, in accordo con AREU, di protocolli locali integrati per il trattamento della fase acuta pre-ospedaliera dei pazienti con STEMI e all'estensione progressiva dell'utilizzo dell'archivio regionale STEMI, in collaborazione con Lombardia Informatica. L'archivio ha fra i suoi obiettivi, la raccolta di informazioni per la valutazione dei percorsi adottati nella gestione del paziente infartuato.

Rete di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

Nel corso del 2014 proseguiranno i lavori della fase sperimentale per la realizzazione della rete con la progressiva implementazione della piattaforma tecnologica per la raccolta dei dati di attività dei Centri PMA, come prescritto dalla legge 40/2004.

INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

INTERVENTI IN AMBITO DI PREVENZIONE

Miglioramento dei processi di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive

Un efficiente ed efficace controllo della malattie infettive si sostanzia in sorveglianza (corretta attuazione del dettato normativo regionale e alimentazione dei flussi informativi conseguenti) e controllo (profilassi specifica e aspecifica e informazioni alla popolazione/collettività, comunicazione del rischio), coordinamento degli interventi tra i diversi soggetti coinvolti (DPM, strutture sanitarie, MMG, PLS), programmazione e realizzazione delle attività vaccinali per il raggiungimento degli obiettivi regionali e nazionali di copertura. In tema di comunicazione particolare attenzione dovrà essere posta ad attivare efficaci processi integrati tra soggetti del sistema, finalizzati ad un reale empowerment (aumento di competenza e consapevolezza) dei cittadini/gruppi target.

In continuità con gli anni precedenti e con le indicazioni nazionali sono confermati obiettivi e indicatori riferiti al mantenimento delle performance di qualità e di risultato:

- migliorare l'attività di sorveglianza e controllo e sorveglianze speciali anche in riferimento a indicatori LEA (DGR IX/4489 del 13.12.2012, Intesa Stato Regioni 23.03.2011 "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015");
- perseguire il raggiungimento degli indicatori LEA in merito ad attività vaccinale (DGR n IX/4475 del 05.12.2012);
- adempiere ai debiti informativi, nel rispetto dei requisiti di qualità dei sistemi informativi MAINF e GEV;
- migliorare i processi di integrazione tra Soggetti del Sistema e quelli di comunicazione con gruppi target.

Rete di Cure Palliative e Rete di Terapia del Dolore

Nel corso del 2014, attenzione particolare verrà posta in merito allo sviluppo omogeneo della Rete di Cure Palliative e della Rete di Terapia del Dolore, attraverso le seguenti azioni:

- Attivazione della Struttura organizzativa regionale di coordinamento per lo sviluppo della Rete di Cure Palliative e di Terapia del Dolore in ottemperanza della D.g.r. n. IX/4610/2012;
- Individuazione dei Centri specialistici di Terapia del Dolore di I livello (Centro Ambulatoriale di Terapia del Dolore - Spoke) e di II livello (Centri Ospedaliero di Terapia del Dolore - Hub) e monitoraggio del livello di applicazione dei PDTA del pz con dolore cronico sin dalla sua presa in carico;

Riorganizzazione delle Rete regionale Trapianti

Nel 2014 sarà elaborata e condivisa la proposta di un nuovo modello organizzativo per il potenziamento della Rete regionale Trapianti che abbia la caratteristica e la valenza di un coordinamento tecnico di tutti gli attori della rete, quale snodo strategico capace di assicurare sinergie e integrazione tra la programmazione delle politiche regionali, il governo del settore e la gestione prettamente clinica, di competenza quest'ultima, del Centro di Riferimento Regionale.

Riordino della rete dei Servizi di Medicina di Laboratorio (SMeL) delle strutture pubbliche

E' ormai indispensabile procedere prontamente alla revisione della rete pubblica di offerta, prevedendo di dare inizio al processo nel primo semestre 2014. Il processo di riordino comporterà la creazione di una rete di laboratori a livello aziendale, inter-aziendale, di ASL e, se del caso, regionale tesa, a realizzare una "appropriatezza organizzativa" basata su un sistema a rete che realizzi economie di scala, consolidi la professionalità degli operatori e salvaguardi le attuali eccellenze del sistema.

INTERVENTI DI MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offre un livello di assistenza avanzato. È una tematica di particolare rilevanza per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); esso va quindi gestito con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma che vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del

principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni, clinica ed organizzativa. La gestione ottimale delle liste di attesa può essere più facilmente perseguita se si individuano strumenti e modalità di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli a tutela del cittadino.

INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA

Concorsi

Con riferimento al personale dell'area del comparto (personale non dirigenziale), la Direzione Generale Salute, invita le Aziende a valutare, nel rispetto dell'autonomia organizzativa aziendale, la possibilità di gestire procedure concorsuali in forma unificata, sia per ragioni di economicità organizzativa, sia per riduzione dei tempi di espletamento delle procedure stesse, al fine di evitare l'espletamento da parte di più aziende sanitarie di più concorsi per le medesime figure professionali e nel medesimo arco temporale.

Valutazione e premialità

Fermo restando il superamento di erogazione di quote di incentivazione a titolo di acconto al personale del comparto e della dirigenza, la Direzione Generale Salute ribadisce che anche per l'anno 2014 potranno essere erogate quote di incentivazione esclusivamente previa valutazione dello stato avanzamento degli obiettivi assegnati.

Budget 2014 - Personale dipendente

Come disposto dall'articolo 17, comma 3bis della Legge 111/2011, come modificato dall'articolo 15 comma 21 della Legge 135/2012, anche per l'anno 2014 verrà assegnato ad ogni singola azienda un budget complessivo riferito al costo del personale a tempo indeterminato e determinato, tenuto conto dei vincoli derivanti dalle normative nazionali e regionali in materia di contenimento della spesa del pubblico impiego e dalle presenti disposizioni. L'Azienda è tenuta al rispetto delle risorse assegnate in sede di budget che rappresentano un limite invalicabile per il governo delle risorse umane.

Flussi informativi

E' sempre richiesto alla AO di provvedere ad una corretta compilazione di tutti i flussi informativi derivanti da disposizioni nazionali e regionali, al fine di garantire una migliore qualità dei dati, anche in considerazione del fatto che gli stessi verranno utilizzati per la

definizione degli indicatori di efficienza, efficacia ed economicità delle Aziende. Viene raccomandato per il Flusso PERSONALE (FLUPER) la corretta compilazione di tutte le voci dei flussi A, B e C, con particolare riferimento alla valorizzazione dei campi riguardanti la data di decorrenza profilo, la data assunzione nell'ente, le ore lavorate, la data di cessazione, la tipologia di assunzione regionale, la modalità di assunzione e di cessazione.

Interventi legati alla gestione degli approvvigionamenti

Regione Lombardia ha negli ultimi anni sviluppato interventi di "rete" in grado di supportare la funzione acquisti delle Aziende sanitarie al fine di costruire un corretto rapporto tra costi e servizi erogati. A tal fine si sono anche sviluppati sistemi di comparazione dei costi d'acquisto che devono essere utilizzati dalle Aziende per una corretta preparazione delle procedure di gara. L'Azienda ha l'obbligo di verificare innanzitutto la possibilità di adesione ai contratti/convenzioni stipulati dall'Agenzia Regionale Centrale Acquisti e/o da CONSIP. In via residuale l'AO dovrà procedere attraverso forme di acquisizione aggregata all'interno dei consorzi/unioni formalizzate di acquisto. Solo nell'impossibilità di procedere nelle modalità precedentemente descritte l'Azienda potrà attivare delle iniziative di gara autonome.

Flusso Consumi Dispositivi Medici

Il flusso dei consumi dei Dispositivi Medici (DM) rimane il principale strumento di monitoraggio dei costi dei DM come da obiettivi imposti dal D.M. 11 giugno 2010. Per avere la possibilità di migliori e più completi confronti sarà verificato nell'anno 2014 il grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo nel flusso consumi dispositivi medici con quello indicato nelle apposite voci di Bilancio. A tal fine la Direzione Generale salute ribadisce che i costi dei dispositivi medici, anche se acquistati in contratti di service, devono essere appostati nei conti di Bilancio dei dispositivi medici e che i singoli prodotti devono essere rendicontati nel Flusso consumi Dispositivi Medici.

Gestione degli approvvigionamenti

Per quanto riguarda i dispositivi medici il tetto di spesa a livello regionale previsto dalla legge di Stabilità 2013, legge 228/2012, prevede un decremento (dal 4,8% per il 2013 al 4,4% dal 2014). Le misure atte al raggiungimento dell'obiettivo sono specificate nella sezione "Quadro di sistema 2014". Rimane l'obbligo per le Aziende di incremento dell'utilizzo di strumenti di aggregazione della domanda (ARCA - CONSIP - GARE AGGREGATE). L'obiettivo per l'esercizio 2014 è di incrementare di un ulteriore 10% la spesa effettiva attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo

2013. La misurazione verrà effettuata sul perimetro della programmazione aggregata e l'obiettivo risulterà in ogni caso raggiunto se l'ente avrà raggiunto un valore di acquisti centralizzati/aggregati pari ad almeno il 50%.

Risk management/patient safety

L'obiettivo a livello regionale delle attività di risk management per l'anno 2014 è quello di continuare la consolidata strategia delineata con la circolare n. 46/SAN del dicembre 2004 e successivi aggiornamenti. Il focus principale dell'anno 2014, alla luce di coperture assicurative aziendali RCT/O che prevedono una parte di sinistri gestiti in proprio ed una parte trasferiti al mercato assicurativo, è quello di implementare dei corretti protocolli aziendali per la gestione dei sinistri.

Il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS)

Il Sistema Informativo Socio Sanitario regionale integra i sistemi informativi di Regione ed i sistemi informativi delle Aziende Sanitarie (AS) e degli operatori socio-sanitari, realizzando un modello di sistema federato. I sistemi informativi delle AS sono sviluppati e gestiti dalle Aziende stesse, seguendo Linee Guida regionali predisposte con il supporto di LIspa, affinché possa essere garantito lo sviluppo armonico e funzionale dell'intero sistema informativo socio-sanitario regionale. Come negli anni precedenti l'AO dovrà predisporre il proprio Piano annuale SISS in cui saranno definiti gli obiettivi da raggiungere, anche in termini quantitativi, per il governo del sistema informativo aziendale. In particolare, il Piano conterrà:

- gli obiettivi di diffusione /utilizzo dei servizi SISS della azienda;
- il piano di integrazione/evoluzione nel SISS del proprio Sistema Informativo Aziendale;
- i livelli di servizio che l'azienda si impegnerà a rispettare relativamente ai servizi esposti sulla rete SISS;
- la comunicazione ai cittadini e le attività di formazione degli operatori socio-sanitari coinvolti nei vari processi.

Semplificazione per l'Utenza: Portale dei servizi per il cittadino

Si prevede nel 2014 di sviluppare nuovi servizi Internet, promuovendo un ruolo sempre più attivo del cittadino nel sistema. Il Portale evolverà in termini di servizi per i pagamenti (ticket, ecc.), gestione privacy, alimentazione dati direttamente da parte del cittadino, potenziamento dei servizi in mobilità, migliore fruibilità con la riorganizzazione dell'interfaccia verso l'utente. All'Azienda verrà richiesto un progressivo impegno per la diffusione e la promozione delle credenziali di accesso (servizio GASS), al fine di incrementare e migliorare per i cittadini la possibilità di utilizzo dei servizi in particolare per il ritiro e la consultazione dei propri referti dal Fascicolo sanitario e le prenotazioni.

Rete regionale di prenotazione

Dovranno essere rafforzate le diverse modalità di prenotazione avvalendosi del sistema già avviato: in particolare dovrà essere potenziato il canale Internet, ed ottimizzate le funzionalità dell'intero sistema di prenotazione del sistema per renderlo più efficiente (sistema di risposta automatica, raccordo con i cup aziendali, ecc.). All'Azienda verrà chiesto di mettere a disposizione l'intera offerta di prestazioni in modo omogeneo, andando quindi progressivamente a perfezionare tutte le agende, uniformandole a standard/caratteristiche comuni. L'Azienda si impegnerà a proporre e realizzare iniziative per la promozione della prenotazione via Internet (tramite il Portale cittadino servizi socio-sanitari).

7. PROGETTI SPECIFICI DI INTERESSE AZIENDALE

Vengono di seguito riportati i principali progetti che l'Azienda sta attuando:

7.1 MIGLIORAMENTO CONTINUO DELL'ORGANIZZAZIONE

Nei processi di erogazione delle attività sanitarie, tecniche ed amministrative l'Azienda Ospedaliera di Bergamo promuove la qualità delle cure e la verifica dei risultati, perseguendo, con determinazione, l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, sulla base dei principi e della metodologia della medicina fondata sulle prove di efficacia. Promuove nella gestione corrente, ad ogni livello di responsabilità, i principi del miglioramento continuo della qualità. Consolida la realizzazione di un sistema di indicatori orientato alla valutazione delle prestazioni offerte e alla verifica dei risultati raggiunti (Piano di Organizzazione Aziendale 2011-2014).

In particolare: promuove lo sviluppo e l'attuazione di un sistema di gestione per la qualità mediante definizione delle responsabilità coinvolte, pianificazione delle procedure di erogazione dei servizi, redazione dei protocolli di buona pratica diagnostica, terapeutica, assistenziale, riabilitativa. Promuove la ottimizzazione e valorizzazione delle risorse, la definizione delle attività di verifica e di misurazione, la raccolta e analisi dei dati produttivi/di risultato/di qualità percepita dai cittadini, mediante riesame a consuntivo delle attività, confronto con i livelli attesi di erogazione delle prestazioni e pianificazione delle azioni di miglioramento.

L'Azienda ha aderito, negli anni, alle proposte di valorizzazione dei percorsi di miglioramento continuo, promossi a livello regionale: dagli standard di accreditamento istituzionale, alla certificazione di qualità secondo la norma UNI EN ISO serie 9000, agli standard di accreditamento all'eccellenza. Ha sviluppato inoltre, in alcune Strutture, ulteriori standard di qualità organizzativa e professionale, riconosciuti a livello internazionale.

Ad oggi è impegnata nell'implementazione degli standard per tutti i processi di attività, sanitari e amministrativi e nel progetto di integrazione di tutte le iniziative per il miglioramento, con l'obiettivo di garantire cure di qualità elevata e sostenibili.

7.2 OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA

L'Ospedale per intensità di cura è un modello organizzativo-clinico che si colloca in continuità con un generale e lungo cambiamento dell'attività ospedaliera, volto a caratterizzarlo sempre più come un luogo di cura degli eventi clinici acuti, in cui si danno risposte assistenziali diversificate per intensità di cura in base ai bisogni e alle problematiche delle persone assistite; questo comporta una rivalutazione e spesso una riorganizzazione dei percorsi, delle risorse, delle priorità.

Lo scenario macro in cui si colloca questa focalizzazione del ruolo dell'ospedale è quello conosciuto e analizzato, nelle sue determinanti di base, in molti atti di programmazione sanitaria anche della Regione Lombardia; centralità del malato e della sua famiglia, continuità tra cure ospedaliere e cure territoriali, multidisciplinarietà e modelli di presa in carico clinica e meccanismi operativi condivisi, innovazione tecnologica sono concetti chiave del modello clinico assistenziale per intensità di cure.

Tale riflessione non può che avvenire attraverso la discussione, la condivisione e la formalizzazione, fra tutti gli attori dei criteri clinici di accesso, passaggio e di dimissione per i diversi livelli di cura, in considerazione delle evidenze scientifiche disponibili,

adattate e validate alle specificità locali; molte delle attività di studio e sperimentazione in atto da anni nel nostro contesto vanno in questa direzione.

7.3 RIORGANIZZAZIONE DELLE SALE OPERATORIE

IL COMPLESSO DELLE SALE OPERATORIE (SSOO) COMPRENDE:

- il blocco centrale (denominato per convenzione blocco A) di n. 18 sale operatorie (SS.OO.) per l'attività chirurgica eseguita su pazienti in regime di ricovero programmato e in urgenza ed emergenza;
- i tre blocchi di n. 4 SS.OO. ciascuno contigui al blocco centrale (denominati blocchi B, C e D);
- le n. 4 SS.OO. di diagnostica interventistica endovascolare per l'attività di Emodinamica ed Elettrofisiologia (blocco E);
- le n. 2 sale afferenti al blocco parto.

Il complesso operatorio è dotato di rapidi e riservati collegamenti con altri servizi quali: le Terapie intensive, il Pronto Soccorso, la Centrale di Sterilizzazione, il magazzino di allestimento dei presidi medico chirurgici (Kit chirurgici).

Come fattore comune al blocco centrale di sale operatorie è prevista un'area di "recovery-room" con capienza massima di 15 pazienti che permetterà un più efficiente uso delle risorse di sala operatoria ed una migliore appropriatezza nell'utilizzo del posto letto di terapia intensiva.

7.4 CENTRO DI DAY SURGERY

L'attività di day surgery e di chirurgia a bassa complessità operativa e assistenziale si svolgerà all'interno della piastra in settori contigui al blocco operatorio maggiore. Ciascun settore è costituito da un'area di degenza di 16-18 letti e un blocco di 4 sale operatorie garantendo così un percorso facilitato e snello al paziente che necessita di un intervento chirurgico e/o di una procedura diagnostica invasiva in regime ambulatoriale o di ricovero diurno.

7.5 RIORGANIZZAZIONE PERCORSI AMBULATORIALI

L'ospedale Papa Giovanni XXIII è dotato di 238 ambulatori per l'erogazione di visite e prestazioni strumentali. Essi sono collocati al piano terra delle torri e della zona sud della piastra.

La collocazione tiene conto sia delle afferenze dipartimentali sia della distribuzione logistica consentendo un utilizzo condiviso di risorse infermieristiche e strutturali. E', infatti, prevista una riorganizzazione del percorso ambulatoriale con accesso a CUP di torre decentrati vicini agli ambulatori (CUP di Torre). I CUP di torre, funzionalmente correlati al CUPS centrale, consentono di effettuare l'accettazione amministrativa e il pagamento del ticket, se dovuto. Inoltre è possibile prenotare prestazioni prescritte durante la visita. Questo consente di realizzare un percorso più agevole e rapido per l'utente.

Gli sportelli amministrativi, abilitati all'incasso del ticket sia con denaro contante che bancomat, sono dotati di un sistema di gestione code collegato con gli ambulatori che permette la gestione delle attese nel rispetto della privacy delle persone assistite. Tramite il sistema di gestione code è possibile effettuare il monitoraggio dei tempi d'attesa per l'accesso dell'utenza al servizio amministrativo degli sportelli CUPS aziendali, con l'obiettivo di ottenere il miglioramento degli stessi, contenendoli entro un limite ritenuto congruo. Il sistema consente il monitoraggio dei dati utili alla misurazione sia dei tempi di servizio prestati dai nostri operatori che ai tempi d'attesa degli utenti che si rivolgono agli sportelli aziendali. L'attenta analisi dei dati, diventa strumento di controllo dell'efficienza del servizio offerto, da sottoporre periodicamente al vaglio della Direzione.

7.6 DOCUMENTAZIONE SANITARIA INFORMATIZZATA

Da parecchi anni ormai, in linea con lo sviluppo tecnologico generale e sanitario in particolare, la nostra azienda è fortemente impegnata a sviluppare sistemi documentali destinati ai diversi flussi informativi di natura clinica, organizzativa, amministrativa, formativa e di ricerca.

Tra questi particolare rilievo assume il lungo progetto di informatizzazione dei dati clinici relativi ai pazienti, inseriti nel più ampio contesto del Sistema Informativo Socio Sanitario di Regione Lombardia.

In ambito aziendale si è fortemente sviluppato negli anni il sistema documentale informatizzato a livello ambulatoriale e il sistema di farmacogestione; nell'anno 2013 è stata diffusa la cartella clinica elettronica nell'area critica, settore nevralgico che include i

settori di terapia intensiva e sub-intensiva e nell'anno 2014 è prevista l'informatizzazione completa delle cartelle cliniche dei settori di degenza.

7.7 CENTRALE DIMISSIONI PROTETTE

Il Progetto della Centrale Dimissioni Protette (CDP) nasce nel 2008 dall'idea di strutturare un percorso condiviso per garantire il coordinamento della rete dei servizi intraospedalieri con i servizi territoriali socio-sanitari e socio-assistenziali per la presa in carico di persone con necessità di continuità di cure dopo il ricovero ospedaliero ed è il risultato di una condivisione di interessi tra l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo, l'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII e il Comune di Bergamo. Si è reso necessario dotarsi di principi da adottare in corso di dimissione di questi pazienti, che permettano una pianificazione precoce e multidisciplinare della dimissione, con il coinvolgimento di pazienti, dei loro famigliari e dei servizi territoriali, sanitari e socio-assistenziali.

La Centrale ha visto un progressivo ricorso da parte degli operatori ospedalieri ai servizi offerti, permettendo nel tempo un rafforzamento dei meccanismi di continuità delle cure ai nostri pazienti.

7.8 FARMACIA DELLE DIMISSIONI

La Farmacia delle Dimissioni della nostra Azienda Ospedaliera garantisce dal 2002, sette giorni su sette, la continuità terapeutica alla dimissione del paziente di tutti i farmaci di nuova terapia prescritti per via informatica e presenti nel Prontuario Terapeutico condiviso con l'Azienda Sanitaria Locale.

A seguito del trasferimento presso il Nuovo Ospedale, presso la Farmacia delle Dimissioni è stata centralizzata anche la dispensazione di farmaci ad alto costo in regime File F per tutti i pazienti affetti da patologie croniche in cura presso gli ambulatori della nostra Azienda.

Di fatto oggi i farmaci ad alto costo, prescritti per via informatica dal clinico dopo visita ambulatoriale, vengono esclusivamente dispensati dal farmacista presente presso tale farmacia ubicata nell'Hospital Street e operativa per tale attività da lunedì a sabato compreso.

Questo modello organizzativo garantisce la razionalizzazione ed ottimizzazione delle risorse e il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e distributiva.

7.9 FARMACOPRESCRIZIONE INFORMATIZZATA E GESTIONE ROBOTICA DEL FARMACO IN CONFEZIONE MONODOSE

Nel 1998 la Farmacia ha avviato una sperimentazione di gestione del farmaco confezionato in Unità Posologica e stoccato in un prototipo di armadio robotico e posizionato presso la Rianimazione, gestito dalla Farmacia.

Dai risultati della sperimentazione è emersa l'esigenza di dare priorità alla prescrizione informatizzata; a tal proposito l'Azienda ha investito e implementato il sistema prescrittivo FarmaSafe@ presso tutte le degenze, day hospital e ambulatori dell'Ospedale. Successivamente è stato avviato un "Servizio di supporto" della gestione del Processo di somministrazione del farmaco anche attraverso l'introduzione di tecnologie di automazione e informatizzazione, al fine di gestire i farmaci in confezione monodose e somministrazione a paziente.

La Dose Unitaria consiste in un processo di riconfezionamento del prodotto commerciale presso uno stabilimento dedicato sotto la responsabilità del Direttore di Farmacia in quanto galenico.

Il processo prevede che il medico prescriva la terapia direttamente al letto del paziente con un sistema di farmacoprescrizione informatizzata da un computer collegato alla rete wireless; gli infermieri, dopo aver caricato il carrello terapia con le confezioni monodose da armadio robotico, grazie alla lettura ottica dei rispettivi barcode, controllano che l'associazione tra il farmaco ed il paziente sia corretta. In caso contrario, il sistema avverte l'operatore.

L'obiettivo è abbattere il rischio, garantire un maggior controllo sull'appropriatezza della terapia farmacologica, aumentare la razionalizzazione della spesa farmaceutica e migliorare la qualità dell'assistenza percepita dal paziente e dagli operatori sanitari.

Prima del trasferimento presso la nuova sede è stato sviluppato un progetto pilota presso le Unità di Ortopedia e di Nefrologia e si è proceduto a formare tutto il personale dell'Azienda coinvolto.

Nel 2013 si è conclusa la fase di estensione della monodose a tutte le strutture di degenza ordinaria, in particolare la monodose in azienda è attiva in 34 Unità di Struttura Complessa; sono attivi 19 armadi robotici con servizio di erogazione delle unità posologiche per 683 posti letto di degenza ordinaria, pari a 46 moduli per intensità di cure con il coinvolgimento di 474 infermieri.

Nel 2014 è previsto il consolidamento della monodose presso le strutture di degenza già attivate nel 2013 attraverso percorsi di revisione/ottimizzazione delle specialità contenute negli armadi robotizzati, revisione delle procedure e valutazione dell'eventuale aggiunta di un secondo armadio presso le strutture più complesse dal punto di vista della variabilità delle terapie farmacologiche.

7.10 ATTIVAZIONE NUOVE APPARECCHIATURE

L'aggiornamento e l'innovazione tecnologica rappresentano un obiettivo fondamentale per un moderno ospedale, in particolare per un'Azienda che si pone quale punto di riferimento per diverse aree di alta specializzazione medica e che si propone come luogo di ricerca clinico-scientifica.

Gli investimenti iniziali si sono concentrati nelle aree a maggiore intensità tecnologica, principalmente sale operatorie, terapie intensive, diagnostica interventistica e radioterapia (vedi esempi esplicativi nella tabella seguente), non trascurando l'obiettivo del mantenimento di dotazioni strumentali aggiornate e di livelli adeguati di sicurezza e comfort in tutta la struttura ospedaliera.

Nel triennio in esame si metterà a frutto quanto acquisito negli anni precedenti.

Si amplieranno, compatibilmente con le risorse disponibili, le aree dedicate alla cura di particolari patologie, quali ad esempio quelle tumorali.

TABELLA ELEMENTI TECNOLOGICI INNOVATIVI

Apparecchiatura	Ubicazione	Tipologia contratto	Importo complessivo IVA esclusa
Angiografo monoplanare digitale	Emodinamica	Leasing operativo	€ 1.210.276,80
Angiografo biplanare digitale	Emodinamica	Leasing operativo	€ 1.744.325,76
Angiografo monoplanare digitale	Polo angografico	Leasing operativo	€ 1.380.080,00
RMN 1,5 T	Radiologia	Leasing operativo	€ 2.771.615,45
RMN 3T	Neuroradiologia	Leasing operativo	€ 3.794.600,49
RMN 1T aperta	Neuroradiologia	Acquisto in proprietà	€ 1.595.000,00
Angiografo biplanare	Sale operatorie	Leasing operativo	€ 2.949.393,01
TC	Radiologia	Leasing operativo	€ 1.304.452,80
TC	Neuroradiologia	Leasing operativo	€ 1.304.452,80
TC Simulatore	Radioterapia	Leasing operativo	€ 1.494.643,35
Acceleratore dual energy	Radioterapia	Leasing operativo	€ 5.871.335,65
Spect-CT	Medicina nucleare	Leasing operativo	€ 2.359.170,49
Spect-Due teste	Medicina nucleare	Leasing operativo	€ 798.046,27
Spect-Monotesta	Medicina nucleare	Leasing operativo	€ 549.549,82
Monitoraggio centralizzato dei parametri vitali per ciascun modulo di terapia intensiva e subintensiva	Terapia intensiva e subintensiva	Acquisto in proprietà	€ 1.099.899,83
Tavoli operatori a piani trasferibili	Sale operatorie	Acquisto in proprietà	€ 1.672.126,15

7.11 VALUTAZIONE E SVILUPPO DEL PERSONALE

La valutazione del personale è attiva dal 2002 per il personale dirigente. Il 2013 diventa l'anno decisivo per attuare il sistema aziendale di valutazione anche per il restante personale. Il nuovo sistema di valutazione, introdotto in Azienda attraverso un percorso formativo ad hoc per tutti i Valutatori, si propone di esaminare il lavoro svolto dai dipendenti, valutarne la prestazione fornita, comunicare la valutazione agli interessati e valorizzarne il contributo fornito, creare occasioni di miglioramento identificando le aree di possibile potenziamento del ruolo, coinvolgere i dipendenti su attese ed esigenze dell'Azienda nei suoi confronti, disporre di informazioni per ottimizzare la gestione delle risorse umane e i percorsi formativi aziendali. Il tutto anche al fine di rafforzare il senso di appartenenza all'Azienda e favorire l'adesione ai suoi obiettivi in risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

Per effettuare la valutazione di tutto il personale dipendente è stato messo a punto un software (ValPers) che permette ai Responsabili dei vari servizi di effettuare agevolmente la valutazione dei propri collaboratori

Nell'arco del 2014 tutto il personale dipendente dell'Azienda verrà sottoposto a verifica relativamente ai tre seguenti ambiti delle prestazioni professionali:

- Valutazione di obiettivi individuali legati alla retribuzione di risultato
- Valutazione di obiettivi individuali legati alle Risorse Aggiuntive Regionali
- Valutazione delle competenze.

La progettazione del nuovo sistema di valutazione è stata supportata dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni al quale sono affidate le seguenti funzioni:

- a) verifica del rispetto del principio del merito assicurando l'esercizio di un certo grado di selettività nella valutazione;
- b) verifica della effettiva e corretta identificazione della performance, attraverso la definizione di relativi obiettivi, indicatori e target, perseguite dall'Azienda nell'esercizio di riferimento in piena coerenza con il sistema di programmazione regionale, supportando quindi la Direzione nella predisposizione degli strumenti di programmazione pluriennale ed annuale;
- c) verifica dell'attribuzione degli obiettivi assegnati al personale in coerenza con le performance attese ed individuate secondo quanto indicato al punto precedente;
- d) valutazione della correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance, attraverso la verifica dei sistemi e degli strumenti adottati dall'Azienda;
- e) verifica della correttezza della valutazione delle performance individuali del personale secondo i principi di merito, trasparenza ed equità;
- f) programmazione e sviluppo di continue azioni di sostegno e supporto allo sviluppo dei sistemi gestionali interni di programmazione e controllo e gestione del personale;
- g) assicurazione del coordinamento e dello scambio di informazioni con l'Organismo indipendente di valutazione di sistema;

- h) verifica della correttezza delle applicazioni contrattuali, con specifico riferimento alle parti riguardanti la valutazione del personale e l'attribuzione di premi, e la loro coerenza con le disposizioni normative nazionali e regionali;
- i) valutazione annuale dei dirigenti di vertice, sulla base delle direttive regionali e del Piano di Organizzazione Aziendale, da proporre alla Direzione Aziendale in applicazione del sistema di valutazione aziendale;
- j) verifica dell'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità di cui al D.Lgs.150/2009 e alla prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione di cui alla Legge 190/2012

8. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

In attuazione della Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" l'Azienda Ospedaliera ha adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2013-2015 e il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014-2016.

Nonostante gli atti siano distinti, l'Azienda garantisce il coordinamento e la coerenza fra i loro contenuti, nonché l'ulteriore collegamento con il Piano della Performance. La diffusione di una cultura della prevenzione del fenomeno corruttivo richiede che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione coinvolga ulteriori figure dirigenziali aziendali, alle quali sono demandati, in relazione alle strutture affidate alla loro direzione, l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione alle aree di rispettiva competenza, il monitoraggio della attuazione del Piano e la formulazione di proposte di modifica e di introduzione di azioni correttive, da apportare a quest'ultimo. Al responsabile della trasparenza è affidata l'implementazione della sezione "Amministrazione Trasparente", presente sul sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente.

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014 - 2016

Con l'entrata in vigore del d.lgs. n.150/2009, l'azienda ha provveduto ad attivare sul sito aziendale la sezione "Trasparenza, valutazione e merito". Nel corso degli anni, ha provveduto alla raccolta, all'elaborazione e alla successiva pubblicazione dei dati, come prescritto dalla normativa. La sezione del sito è stata quindi riorganizzata a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, che ha modificato, integrandolo, il quadro degli adempimenti in materia di trasparenza.

La sezione "Amministrazione trasparente" attivata dall'azienda ospedaliera sul portale www.hpg23.it costituisce, pertanto, parte integrante del canale di comunicazione istituzionale. Al fine di migliorare l'efficacia delle misure di trasparenza e l'utilità delle informazioni pubblicate nella sezione "Amministrazione trasparente" l'azienda intende effettuare, entro il 31 marzo 2014, una ricognizione dei dati pubblicati, monitorare ed aggiornare costantemente i dati pubblicati, pubblicare, oltre a quelli obbligatori, ulteriori dati, coerentemente con il Piano triennale di prevenzione della corruzione 2013 - 2015 e con il Piano triennale delle performance nonché con quanto emergerà dal feed-back degli stakeholder.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014 - 2016 si coordina e si integra con il Piano della performance al fine di garantire un adeguato livello di informazione relativamente alla declinazione degli obiettivi strategici aziendali a livello delle singole articolazioni organizzative e ai risultati conseguiti. Tutto ciò anche nell'ottica di valorizzare il merito e di affermare l'ineludibile logica della legalità. Tenuto conto, peraltro, che la regolarità e la tempestività dei flussi informativi deve essere assicurata dai direttori delle singole USC responsabili della redazione e pubblicazione delle informazioni richieste dalla normativa e che l'eventuale mancato adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti costituisce uno degli elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuali inadempienze dovranno essere valutate al fine della valutazione della performance individuale degli stessi direttori.

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

Come previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione della Corruzione (PNA), le attività svolte dalla Azienda per l'implementazione e l'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) vengono inserite in forma di obiettivi nel Piano della Performance, anche in funzione della misurazione della performance individuale.

Come previsto dal P.N.A., l'Azienda ha individuato un nucleo minimo di indicatori sull'efficacia delle politiche di prevenzione alla corruzione con riguardo agli ambiti dallo stesso individuati:

- Gestione dei rischi: Per i processi mappati, il P.T.P.C. ha previsto sottoprocessi, attività e modalità di svolgimento, analisi del rischio, funzione aziendale, soggetti esterni coinvolti, valutazione del rischio, azioni di miglioramento
- Formazione in tema di anticorruzione.

Per l'anno 2014 la formazione, come già proposta nel Piano di formazione aziendale, si svilupperà su due livelli:

1. Livello generale, riguarderà tutti i dipendenti e avrà come contenuti principali il codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. n. 62 del 16.4.2013 e il codice di comportamento dell'Azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII.
2. Livello specifico, sarà rivolta ai Dirigenti e collaboratori delle aree a rischio e avrà come fine quello di fornire loro specifici strumenti per la prevenzione, a seconda delle aree di appartenenza.
 - Codice di comportamento.

E' stata predisposta la bozza del codice di comportamento dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII. La bozza è stata pubblicata sul sito aziendale alla voce amministrazione trasparente in attesa di suggerimenti da parte di soggetti interni e esterni all'azienda. Il codice, come si legge nella relazione illustrativa che lo accompagna, costituisce un canovaccio, una traccia che s'aspetta uno sforzo contributivo da parte di tutti i soggetti coinvolti. Nella stesura del codice si è cercato di dare risalto alla specificità dell'azienda che ha nel core business la cura del proprio cliente, si è valutata l'aspettativa nutrita della collettività sul modus operandi del personale sanitario tecnico e amministrativo.

Entro il 31.1.2014 sarà approvato il testo definitivo del codice, allo stesso sarà data la massima diffusione.

- Altre iniziative.

Nell'arco del 2014 verranno costituiti gruppi di lavoro per mappare nuove ed eventuali aree a rischio conformemente e in parallelo con l'applicazione a regime del P.O.A di cui alla delibera n. 501 del 11.4.2013.

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

Su proposta ed in collaborazione con il Nucleo di Valutazione delle Performance, l'Azienda ha analizzato le performance per alcuni indicatori di esito delle cure e ne ha valutato l'andamento negli ultimi anni.

Tale attività è, tra l'altro, conforme a quanto comunicato dal Presidente OIV regionale in data 17 dicembre 2013, in merito alla predisposizione di un set di indicatori di misurazione della performance delle AO.

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 quattro aree (cardiologia, traumatologia, ostetricia e chirurgia digestiva) attraverso i quali fosse possibile visualizzare il posizionamento dell'azienda nel periodo 2007-2012, analisi ex-post per la valutazione degli anni pregressi ed ex-ante per la programmazione di quelli successivi (per maggiori informazioni sulla metodologia relativa al Programma Nazionale Esiti e ai seguenti indicatori:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2905&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto).

A seguire alcuni dei principali outcome calcolati dal PNE. Nel capitolo 10 una tabella di sintesi riassume le informazioni di seguito indicate.

9.1 MORTALITA' A 30 GIORNI DOPO 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. Studi di comunità hanno dimostrato che la letalità totale 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.

La terapia ripercussiva, se messa in atto correttamente e con la necessaria prontezza, 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.

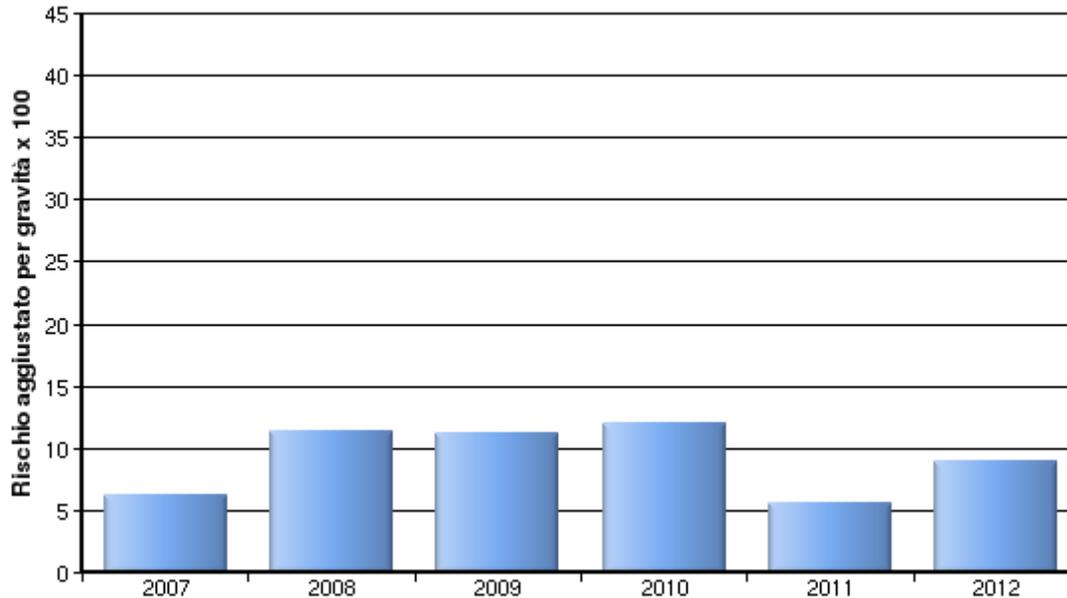
In questo contesto, al fine di effettuare analisi più approfondite sulla risposta assistenziale al paziente infartuato, è stato definito un set di indicatori con l'obiettivo di valutare la qualità dell'assistenza a livello di strutture ospedaliere o di area di residenza del paziente.

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, nel 2012, risulta di 9,05 %, contro un rischio medio nazionale aggiustato di 9,95%. La differenza non risulta statisticamente significativa ($p= 0,661$). 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'A.O. tra il 2007 e il 2012 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

OSPEDALI RIUNITI - BERGAMO



9.2 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 sottotrocanteriche). 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.

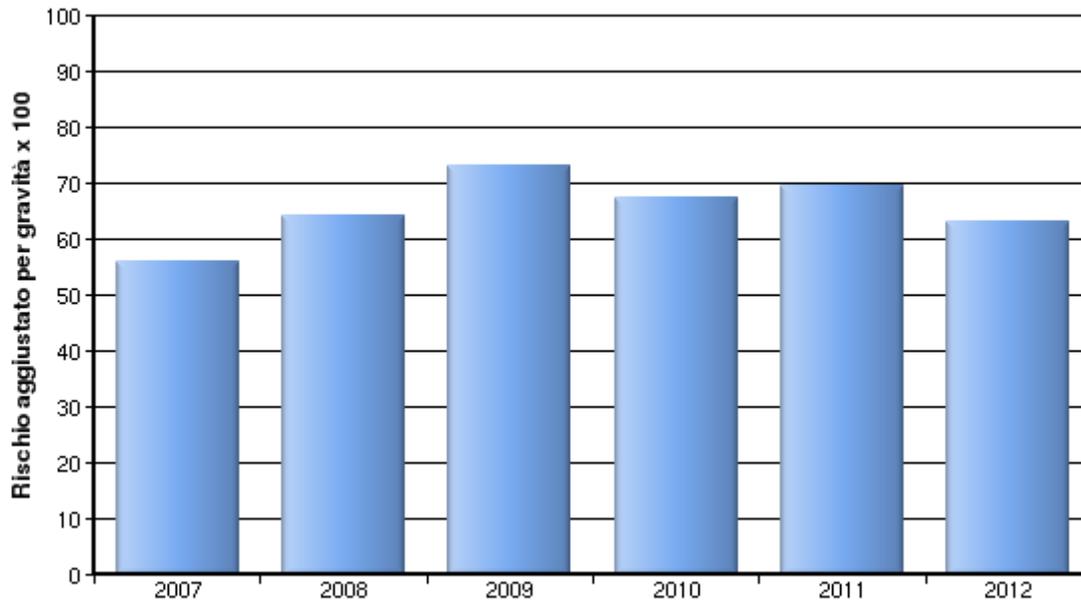
E' presentato come indicatore l'"Intervento chirurgico entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (struttura di ricovero)", in cui l'esito misurato è l'esecuzione dell'intervento entro 48 ore dalla data di ricovero e l'esposizione è data dalla struttura di ricovero.

Il valore 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 (PNE, 2012).

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di soggetti correttamente operati entro 48 ore dalla frattura, nel 2012, è risultata del 63%, contro una media nazionale aggiustata di 40,13%, e la differenza, molto positiva per l'AO, 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'A.O. tra il 2007 e il 2012 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

OSPEDALI RIUNITI - BERGAMO



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

RAZIONALE

La colelitiasi è una condizione molto 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 recente 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. La complicanza più temuta della colecistectomia è costituita dalle lesioni delle vie biliari che, nel caso dell'intervento in laparoscopia, 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.

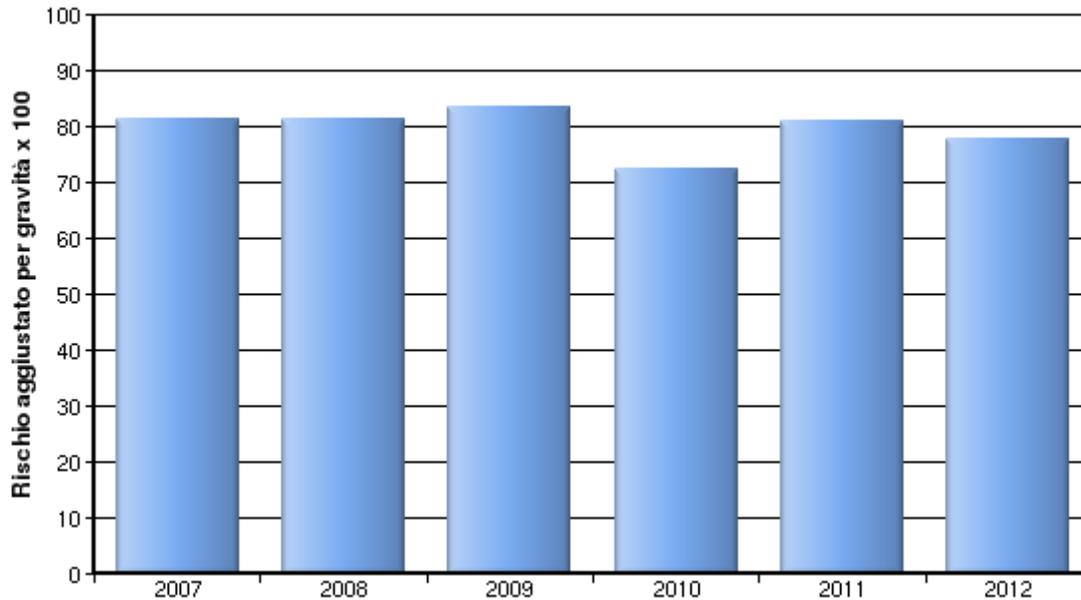
Una recente analisi delle revisioni sistematiche presenti in letteratura ha evidenziato un'associazione tra volume di colecistectomie ed esiti statisticamente significativa, senza tuttavia identificare una soglia di volume. Poiché in letteratura la degenza post-operatoria dopo colecistectomia laparoscopica 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 valore di questi 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 casemix, di diversi fattori di rischio correlati al paziente; gli indicatori vengono pertanto aggiustati per età, gravità della colelitiasi ed una serie di comorbidità in grado di influenzare gli esiti degli interventi (PNE, 2012).

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 2012, è risultato del 77,98%, contro una media nazionale aggiustata di 61,40%, e la differenza, molto positiva per l'AO 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'A.O. tra il 2007 e il 2012 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

OSPEDALI RIUNITI - BERGAMO



9.4 PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

RAZIONALE

In Italia, come in molti altri Paesi del mondo, il ricorso alla pratica del Taglio Cesareo (TC) è in continuo aumento. Le motivazioni possono essere ricondotte non solo a fattori culturali ed attitudinali legati alla pratica dei professionisti, ma anche ad una aumentata richiesta di TC da parte delle madri.

L'eccessivo ricorso al TC e, inoltre, una delle criticità indicate nella bozza del Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013, approvata dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni, che prevede la riorganizzazione strutturale dei punti nascita anche nell'ottica di facilitare la riduzione dei parti mediante TC che non dovrebbero superare il 20%.

Il 16 dicembre 2010 è stato, inoltre, approvato l'Accordo Stato-Regioni relativo alle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del Taglio Cesareo".

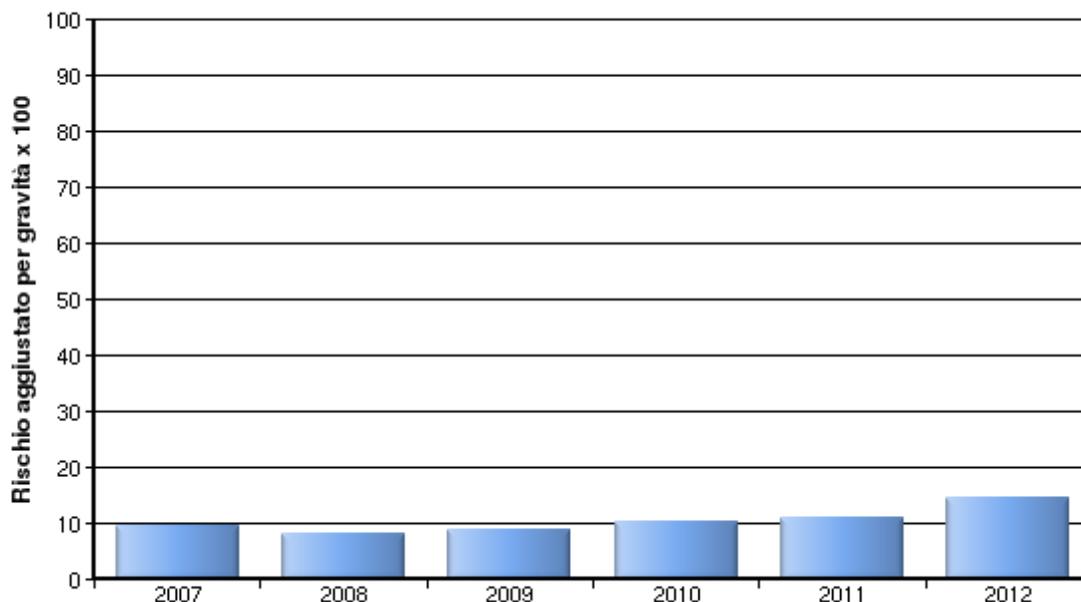
L'accordo definisce un programma articolato in dieci linee di azione che vanno da misure di politica sanitaria all'introduzione di strumenti per il miglioramento e la valutazione della qualità assistenziale che dovrebbero essere recepite a livello regionale ed avviate congiuntamente su tutto il territorio nazionale.

La proporzione totale di TC (in questo caso riportando la proporzione di tagli cesarei primari) è l'indicatore più frequentemente utilizzato per la valutazione della qualità dei servizi ostetrici in quanto facilmente reperibile e con un alto grado di accuratezza. Recentemente, per attività di audit e per operare confronti tra strutture sanitarie, sono stati introdotti alcuni indicatori validati dalla letteratura internazionale (Osseavsalute, 2011).

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di parti con taglio cesareo primario, nel 2012, è risultata del 14,86%, contro una media nazionale aggiustata di 26,07%, e la differenza, molto positiva per l'AO, 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'A.O. tra il 2007 e il 2012 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

OSPEDALI RIUNITI - BERGAMO



9.5 INFARTO MIOCARDICO ACUTO PROPORZIONE DI TRATTATI CON ANGIOPLASTICA CORONARICA TRANSLUMINALE PERCUTANEA (PTCA) ENTRO 48 ORE

RAZIONALE

La PTCA è una metodica mini-invasiva che consente di dilatare le arterie che diffondono il sangue alle strutture cardiache (arterie coronariche) nel caso in cui queste arterie siano totalmente o parzialmente occluse dalle placche aterosclerotiche. Ha lo scopo di ripristinare in una determinata regione del muscolo cardiaco un adeguato flusso sanguigno evitando la comparsa degli eventi clinici che caratterizzano l'ischemia miocardica (angina, infarto miocardico). Un intervento coronarico percutaneo si definisce riuscito quando si ottiene un successo angiografico in assenza di outcome avversi durante l'ospedalizzazione (come morte o intervento di bypass aorto-coronarico post-procedurale in emergenza).

Più alti volumi sono stati associati con migliori outcome, soprattutto quando la PTCA è eseguita nella fase precoce di un IMA, in cui è richiesta maggiore abilità ed esperienza rispetto ad un intervento di routine in un paziente stabile (PTCA in elezione), ed in letteratura è dimostrato il rapporto inverso tra la precocità di esecuzione della procedura nel paziente con IMA (tempo door-to-balloon) e la mortalità a breve termine.

Una recente analisi delle revisioni sistematiche presenti in letteratura ha identificato come soglia di volume per la PTCA 200/400 casi/anno, al di sotto della quale l'efficacia dell'assistenza erogata potrebbe essere compromessa.

Diversi trial randomizzati controllati e metanalisi hanno mostrato migliori esiti clinici (soprattutto riduzione degli eventi ischemici ricorrenti) nei pazienti con Infarto del Miocardio e sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) assegnati ad una strategia invasiva precoce, inclusa la PTCA. Nei pazienti con STEMI, la PTCA è considerata il trattamento di scelta quando può essere eseguita da personale esperto, in un laboratorio di emodinamica appropriato, entro 90 minuti dal primo contatto con il Servizio Sanitario.

La scelta della strategia di gestione del paziente infartuato dovrebbe dipendere da un'accurata stratificazione del rischio; in realtà è spesso governata dalle risorse disponibili nell'ospedale a cui il paziente arriva, per cui il tasso di interventi di PTCA sembra essere significativamente più alto in individui infartuati che arrivano direttamente ad ospedali forniti di laboratorio di emodinamica.

Alcuni studi hanno mostrato che il rischio di morte dei pazienti con STEMI ammessi ad un ospedale fornito di laboratorio di emodinamica non differisce significativamente da quello

dei pazienti ammessi ad un ospedale non fornito di tale laboratorio. Una recente metanalisi ha evidenziato che, nei pazienti con STEMI, il trasferimento per l'esecuzione di una riperfusione meccanica è associato ad una significativa riduzione della mortalità a 30 giorni. Tuttavia, nel caso di arrivo ad un ospedale privo di laboratorio di emodinamica interventistica, un'attenta valutazione individuale deve sempre inquadrare i benefici potenziali di un intervento di riperfusione meccanica in rapporto ai rischi di un ritardo nel trattamento e del trasporto al più vicino centro in cui questo intervento sia possibile.

Relativamente all'efficacia comparativa tra l'angioplastica con inserzione di stent e quella con gonfiaggio del palloncino (balloon angioplasty), una recente metanalisi ha concluso che non vi alcuna evidenza che suggerisca una minore mortalità nel caso di inserzione di stent, tuttavia questa procedura sembrerebbe associata ad un ridotto rischio di reinfarto e rivascolarizzazione.

Il ruolo delle PTCA, nelle ore immediatamente successive ad un infarto miocardico, può essere inquadrato distinguendo una PTCA primaria, una PTCA combinata con una terapia di riperfusione farmacologica e una PTCA di salvataggio dopo il fallimento della riperfusione farmacologica.

La PTCA primaria viene definita come un'angioplastica senza precedente o concomitante terapia fibrinolitica; la "PTCA di salvataggio" rappresenta una PTCA eseguita su un'arteria coronaria che continui a risultare occlusa nonostante sia stata instaurata una terapia fibrinolitica.

Le informazioni derivate dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) non consentono di distinguere accuratamente tra i tre tipi di PTCA o di identificare con accuratezza l'angioplastica con inserzione di stent, data la sottotifica nella SDO di questa informazione. Inoltre utilizzando esclusivamente le informazioni riportate nel SIO non è possibile definire con precisione l'intervallo di tempo intercorso tra l'ingresso del paziente in ospedale e l'esecuzione della procedura; la migliore approssimazione è considerare l'intervallo di 0-1 giorno. Utilizzando le informazioni presenti nel flusso RAD-Esito è possibile calcolare l'esito a partire dall'ora di ricovero o dall'ora di accesso in PS del paziente fino all'ora di esecuzione della PTCA; in questo caso è possibile considerare un intervallo compreso tra 0 e 90 minuti.

Pertanto, in ragione della diversa mortalità occorrente secondo la causa per cui è eseguita la PTCA e della precocità o meno dell'intervento, sono distinti i seguenti indicatori, nei quali l'esito è calcolato a partire dal ricovero del paziente in ospedale:

- 1) Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- 2) PTCA eseguita oltre 48 ore dal ricovero per Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dall'intervento

Dal momento che l'analisi della mortalità non può essere disgiunta dalla conoscenza della proporzione di episodi di IMA o di STEMI in cui è stata effettuata una PTCA sono stati definiti i seguenti indicatori:

- 1) Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 48 ore
- 2) Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con PTCA nel ricovero indice o in un ricovero successivo avvenuto entro 7 giorni dal primo ricovero
- 3) Proporzione di STEMI (infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 48 ore
- 4) Proporzione di NO STEMI (infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 48 ore

Gli indicatori hanno lo scopo di fornire indicazioni sul funzionamento dell'intero processo assistenziale ospedaliero a partire dal ricovero del paziente. L'attribuzione dell'esito 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.

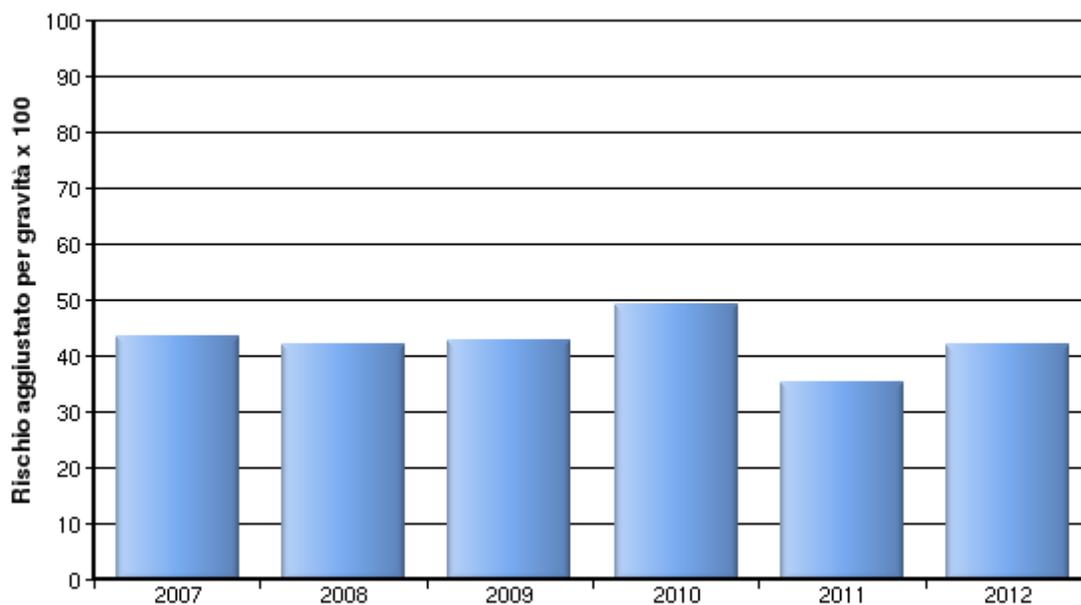
Inoltre è stato calcolato l'indicatore "Ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea"; tale indicatore è calcolato esclusivamente per area di residenza e permette di valutare la variabilità della frequenza di interventi di PTCA tra le diverse realtà territoriali della regione Lazio.

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 trattati con PTCA entro 48 ore, nel 2012, è risultata del 42,62%, contro una media nazionale aggiustata di 36,74%, e la differenza, molto positiva per l'AO, risulta statisticamente significativa ($p=0,04$). 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'AO tra il 2007 e il 2012 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

OSPEDALI RIUNITI - BERGAMO



9.6 BYPASS AORTOCORANICO: 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'attuale evidenza supporta la raccomandazione dell'intervento di BPAC più che della PTCA per la maggioranza 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 e riguardano un 5% dei pazienti trattati. 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%. La procedura è affidabile ed anche molto diffusa, tanto che è senz'altro l'intervento cardiocirurgico più eseguito al mondo.

Sono calcolati i seguenti indicatori:

1) 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.

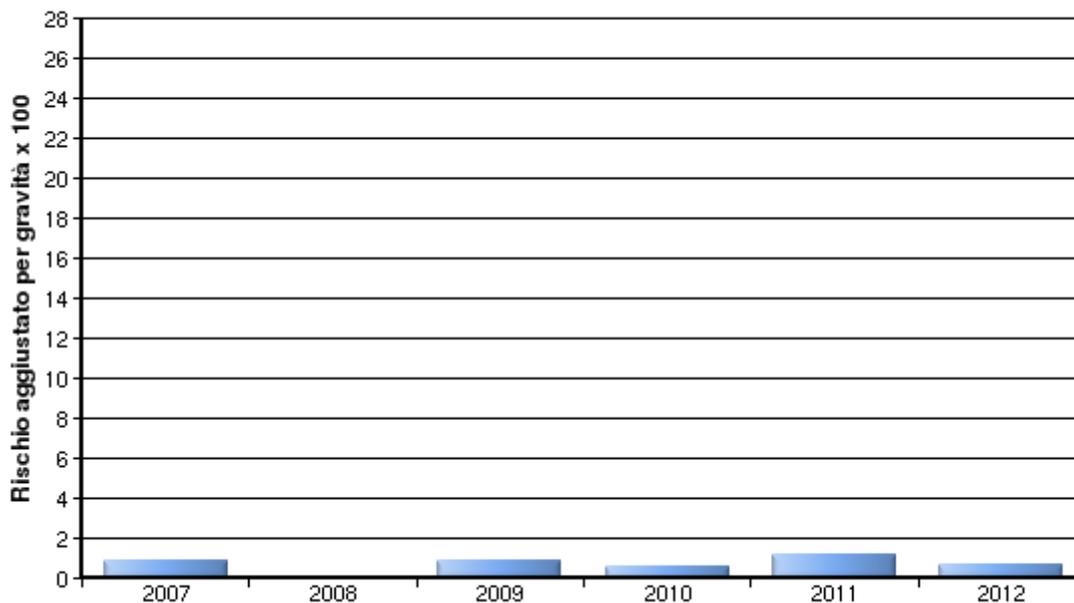
Una recente analisi delle revisioni sistematiche presenti in letteratura ha evidenziato un'associazione tra volume ed esiti coerente e statisticamente significativa, senza tuttavia identificare una soglia di volume.

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, nel 2012, è risultata dello 0,96%, contro una media nazionale aggiustata di 2,46%, e la differenza, molto positiva per l'AO, risulta statisticamente significativa ($p=0,025$). 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'A.O. tra il 2007 e il 2012 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

OSPEDALI RIUNITI - BERGAMO



9.7 SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO: RIAMMISSIONI A 30 GIORNI

RAZIONALE

Lo scompenso cardiaco congestizio (SCC) – o insufficienza cardiaca - 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. I dati statistici relativi a questa patologia non sono perfettamente confrontabili tra i vari studi per l'utilizzo di differenti definizioni di caso (criteri clinici vs codici ICD9); comunque diversi studi evidenziano un elevato rischio di morte: da 1/4 a 1/3 dei pazienti muoiono un anno dopo la comparsa dello scompenso cardiaco ed anche il tasso di mortalità a breve termine dopo ricovero per SCC, pur mostrando un trend in diminuzione in tutto il mondo grazie al miglioramento dell'efficacia delle cure, risulta ancora alto. La mortalità a breve termine per SCC non è stata studiata

estesamente come indicatore; sono però stati sviluppati alcuni modelli di rischio che dimostrano l'importanza delle comorbidità e di alcuni fattori clinici nel predire la morte.

La “mortalità a trenta giorni dal primo accesso per scompenso cardiaco congestizio” consente di misurare anche quelle morti che possono occorrere subito dopo la dimissione ma che potevano essere evitate da cure ospedaliere efficaci. L'indicatore “riammissioni a 30 giorni dopo 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.

Gli esiti per entrambi gli indicatori sono calcolati a partire dalla data di ricovero in ospedale del paziente.

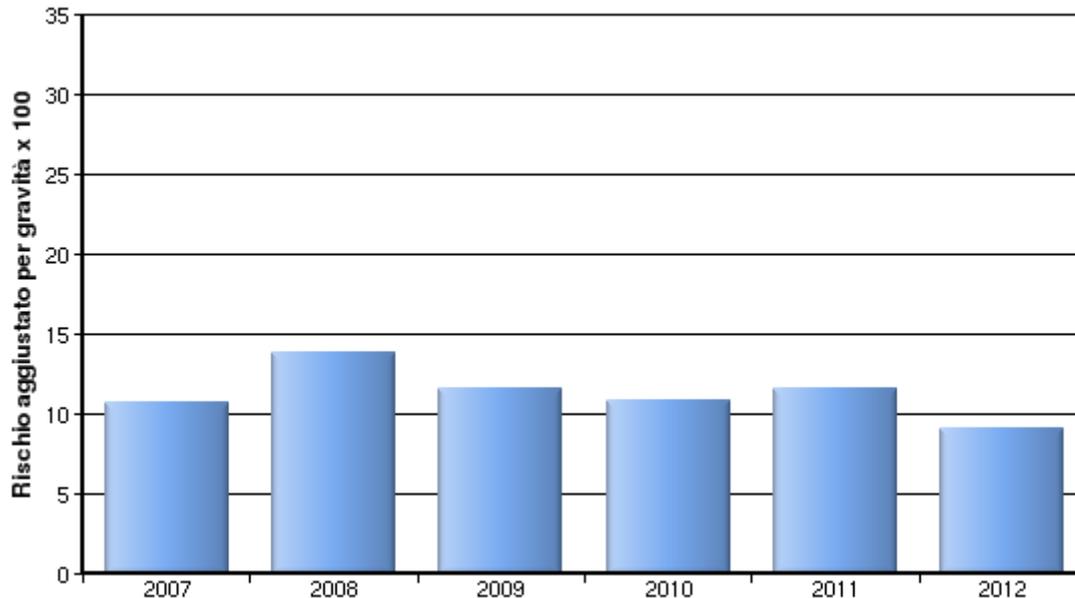
L'attribuzione dell'esito alla struttura di ricovero non implica la valutazione della qualità dell'assistenza fornita da quella struttura ma dell'appropriatezza ed efficacia del processo assistenziale che inizia con l'arrivo del paziente a quella struttura.

Il 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 2012, è risultata dello 9,0%, contro una media nazionale aggiustata di 14,75%, e la differenza, molto positiva per l'AO, risulta statisticamente significativa ($p= 0,006$). 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'AO tra il 2007 e il 2012 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

OSPEDALI RIUNITI - BERGAMO



9.8 ICTUS: MORTALITÀ A 30 GIORNI DAL RICOVERO

RAZIONALE

L'Ictus o Stroke è comunemente definito come 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 apparente 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.

Nella fase acuta dello stroke viene coinvolto principalmente il sistema dell'emergenza (Servizio 118 e PS/DEA) (fase pre-ospedaliera). In regime di ricovero per acuti – possibilmente in unità dedicata stroke unit - avviene il completo inquadramento diagnostico clinico, la terapia della fase acuta ed il monitoraggio e controllo delle complicanze (neurotiche e generali). Particolare importanza riveste poi la continuità assistenziale offerta al paziente con ictus nella fase post-acuzie, mirata al recupero funzionale ed alla prevenzione delle complicanze e delle recidive.

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 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.

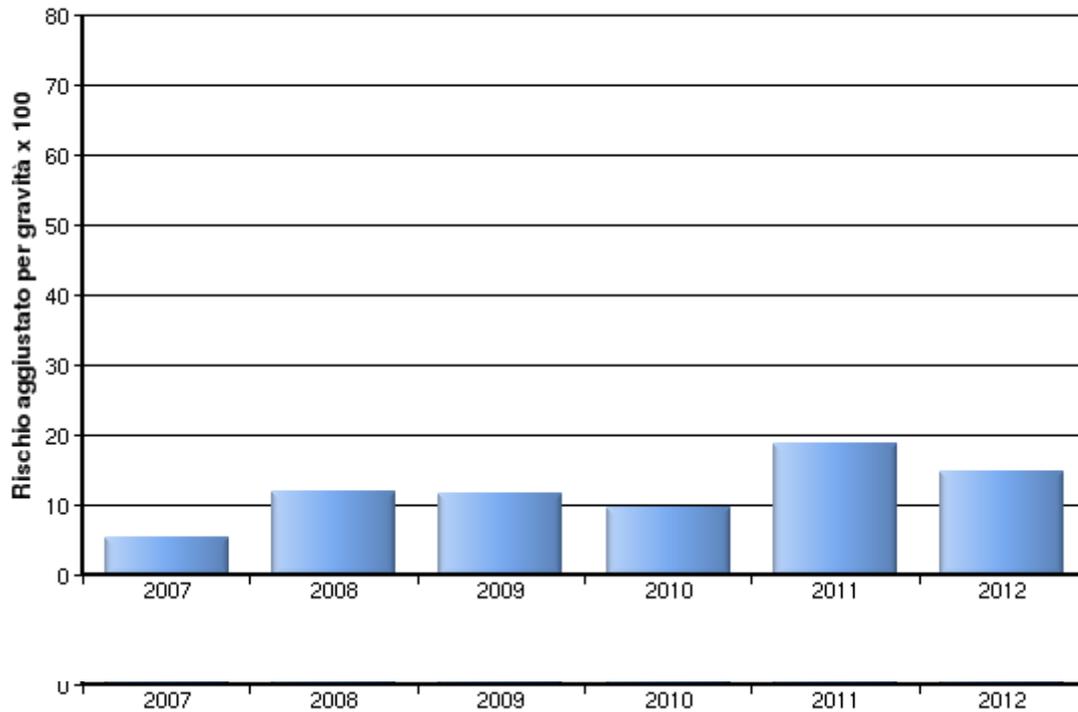
Data la probabilità di recidive, un altro esito a breve termine è rappresentato dalle "riammissioni ospedaliere a 30 giorni dal trattamento per ictus ischemico". Il tasso di riospedalizzazioni a 30 giorni da una dimissione ospedaliera per ictus può costituire un indicatore della qualità della cura sia intra che extraospedaliera degli eventi cerebrovascolari.

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. 2

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di pazienti con ictus deceduti entro 30 giorni dal ricovero, nel 2012, è risultata dello 15,36%, contro una media nazionale aggiustata di 12,09%, ma la differenza non risulta statisticamente significativa ($p=0,265$). 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'A.O. tra il 2007 e il 2012 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

OSPEDALI RIUNITI - BERGAMO



10. 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. La stessa riporta i processi decisionali, le dimensioni di analisi, gli indicatori e l'esplicitazione della modalità di calcolo per misurarne il raggiungimento. L'ultima colonna riporta il valore atteso per il triennio 2014-2016

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016
ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE	"Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014" PRS Area sanità; Obiettivi di mandato del Direttore Generale Bilancio di previsione 2012; Documento Aziendale sul Sistema di Valutazi	Economicità	Valore della produzione / Costo totale aziendale	Valore atteso: 402.176€/402.176€ = 1 Valore raggiunto 405822/416119 = 0,98	405.050€/416.932 € = 0,97	Valore della produzione/costo totale aziendale: valore atteso pari =1
		Efficacia esterna				L'obiettivo per l'esercizio 2014 è di incrementare di un ulteriore 10% la spesa effettiva attraverso procedure centralizzate / aggregate rispetto allo stesso periodo 2013. L'obiettivo si intende in ogni caso conseguito se l'ente avrà raggiunto un valore di acquisti centralizzati / aggregati pari

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016
	<p>one della Dirigenza Medica, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa - anno 2011;</p> <p>Documento sul Sistema di Valutazione del Personale del Comparto - anno 2011</p>	Efficacia interna				ad almeno il 50%.
		Efficacia organizzativa	Adesione gare CRA (Centrale Regionale Acquisti): numero adesioni dell'anno su totale convenzioni di interesse per le A.O. attivate nel corso dello stesso anno	<p>Valore atteso: 75%</p> <p>Valore raggiunto:</p> <p>Rispetto alle n.7 convenzioni attivate nel 2012 dalla Centrale Regionale Acquisti, che riguardano gli Enti del SSR, l'AO Bergamo ha aderito e utilizza n.5 convenzioni (72%).</p> <p>L'AO non ha invece attivato n.2 contratti, in quanto i prodotti in convenzione non rispondevano alle nostre esigenze.</p>	Adesione a tutte le convenzioni attivate dall'Agenda Regionale Centrale Acquisti (già Centrale Regionale Acquisti), che riguardano gli Enti del SSR.	Adesione a tutte le convenzioni attivate dall'Agenda Regionale Centrale Acquisti (già Centrale Regionale Acquisti), che riguardano gli Enti del SSR.
			Investimenti in formazione, inteso come budget assegnato	<p>Valore atteso: 780.000 Euro</p> <p>Valore raggiunto 708.457 Euro</p>	780.450 Euro	<p>Budget preventivato:</p> <p>ANNO 2014: 780.000 €</p> <p>ANNO 2015: 915.000 €</p> <p>ANNO 2016: 850.000 €</p>



PROCES SI DECISI ONALI	DOCUMEN TI DI RIFERIMEN TO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungime nto	OBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016
			Tasso di obsolescenza tecnologie (valore beni- f.do amm.to / valore iniziale)	Miglioramento dell'indicatore Dato 2012: tasso obsolescenza: attrezzature sanitarie = 0,33 attrezzature informatiche = 0,27	Mantenimento del risultato raggiunto nel 2012 Tasso obsolescenza tecnologie: dall'elaborazione provvisoria dei cespiti, al mese di gennaio, risulta un tasso di obsolescenza complessivo delle tecnologie pari a 0,30; in particolare per le attrezzature sanitarie è pari allo 0,27, per gli impianti 0,42 e per altre attrezzature informatiche e tecniche 0,32	Mantenimento del risultato raggiunto nel 2013
			Costo medio farmaci per punto drg	Risultato: € 254,47 L'obiettivo di	€ 265,00	anno 2014: 264€ anno 2015: 263€

PROCES SI DECISI ONALI	DOCUMEN TI DI RIFERIMEN TO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungime nto	OBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016
			(costo dei farmaci al netto File-f/ peso dei DRG ordinari)	Mantenimento dell'indicatore è stato raggiunto		anno 2016: 262€
			<p>Joint Commission</p> <p>Implementazione standard di qualità</p> <p>Numero di autovalutazioni eseguite/ Numero di autovalutazioni richieste su check-list regionale= 100%</p> <p>Numero di Strutture che confermano la certificazione UNI EN ISO 9001:2008/ Numero Strutture certificate</p>	<p>Effettuare:</p> <p>2 autovalutazioni</p> <p>1 valutazione esterna</p> <p>Degli elementi valutati si propone obiettivo di mantenimento per "completamente raggiunti" e "spesso raggiunti".</p> <p>Si propone obiettivo di miglioramento per "parzialmente raggiunti", "raramente raggiunti" e "non raggiunti"</p> <p>Consuntivo:</p> <p>a) Sono state effettuate 2 autovalutazioni regionali a valenza aziendale (01/08/12 e 29/01/13;</p> <p>b) effettuata</p>	<p>Effettuate nel 2013 n°2 autovalutazioni semestrali su check list regionale aggiornata nell'ambito del gruppo di lavoro regionale, Miglioramento della Qualità e sicurezza del paziente, di cui fa parte anche l'USS Qualità dell'Azienda.</p>	<p>Pianificate, per mandato regional , due autovalutazioni semestrali (30 giugno e 31 dicembre 2014)</p> <p>L'obiettivo è il mantenimento dei risultati raggiunti nel 2013:</p> <p>Pianificato per il 2014 il mantenimento della certificazione di qualità UNI EN ISO 9001:2008, per le Strutture sanitarie, amministrative e di staff alla Direzione, attualmente certificate (41).</p> <p>Pianificato lo sviluppo del sistema gestione</p>

PROCES SI DECISI ONALI	DOCUMEN TI DI RIFERIMEN TO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungime nto	OBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016
			=99%	<p>valutazione esterna, presso la Regione, in data 21 novembre 2012, con esito positivo</p> <p>c) Dei 316 elementi valutati risultano globalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 95% completamente raggiunti - 5% spesso raggiunti - Nessun elemento valutato risulta parzialmente/raramente/non raggiunto. 		<p>qualità secondo la norma di certificazione, in 4 ulteriori strutture.</p> <p>Pianificato il mantenimento della certificazione di "Ospedale all'altezza dei bambini" per i processi pediatrici.</p>
			Customer satisfaction	<p>Valore atteso: 5,9</p> <p>Valore ottenuto: 6.02</p>	<p>Valore atteso: 6.02</p> <p>Valore ottenuto: 6.05</p>	Miglioramento dell'indicatore

OBIETTIVI INERENTI LE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI
 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016
ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	Rispetto della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza	Mappatura delle aree soggette a rischio di corruzione	Produzione di documento di sintesi relativo alle aree a rischio
	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione		Formazione di tutto il personale dell'AO in tema di anticorruzione	Certificato di partecipazione alla formazione e superamento di test finale da parte di tutto il personale della AO
	Codice di comportamento		Mappare nuove ed eventuali aree a rischio conformemente e in parallelo con l'applicazione a regime del P.O.A di cui alla delibera n. 501 del 11.4.2013.	Produzione di documento di sintesi relativo alle eventuali aree a rischio
	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014 - 2016		Monitorare ed aggiornare costantemente i dati pubblicati, pubblicare, oltre a quelli obbligatori, ulteriori dati, coerentemente con il Piano triennale di prevenzione della corruzione 2013 - 2015 e con il Piano triennale delle performance nonché con quanto emergerà dal feed-back degli stakeholder.	Aggiornamento e pubblicazione costante sul sito aziendale dei dati come previsto dal d.lgs. n. 33 del 14 marzo 2013

Gli indicatori relativi a Ricoveri ripetuti entro l'anno, Dimissioni volontarie, Trasferimenti tra strutture, riportati nella tabella sotto, sono calcolati solo sui ricoveri ordinari e utilizzando i criteri di esclusione sotto elencati, così come indicato nel documento prodotto dalla 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.

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2012 E RISULTATO RAGGIUNTO	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016
			Ricoveri ordinari ripetuti (%) = N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto* entro l'anno (01/01-31/12)/ Tot. Dimissioni	Risultato 2012: 9,4% I ricoveri ripetuti entro l'anno sono diminuiti rispetto al 2011 (9,69%) e quindi è stata migliorata la performance	Risultato 2013: 9,3% Nel 2013 i ricoveri ripetuti entro l'anno sono ulteriormente diminuiti e quindi è ulteriormente migliorata la performance	Mantenimento / miglioramento risultato 2013
			Dimissioni volontarie (%)= N° dimissioni volontarie / Totale dimissioni	Risultato 2012: 0,6% La percentuale di dimissioni volontarie è calata rispetto al 2011 (0,8%) e quindi è stata migliorata la	Risultato 2013: 0,4% Nel 2013 le dimissioni volontarie sono ulteriormente diminuite e quindi è ulteriormente migliorata la	Mantenimento risultato 2013

			performance	performance		
			Trasferimenti tra strutture (%)= N° trasferiti (secondo codifica SDO)/ Totale dimessi	Risultato 2012: 2,5% Risultato 2013: 2,4% Nel 2013 i trasferimenti tra strutture sono diminuiti e quindi è migliorata la performance	Mantenimento risultato 2013	
			Ricoveri ordinari ripetuti entro 45 gg (%)= N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto* entro 45 gg./Tot. Dimissioni	Risultato 2012: 4,1% L'indicatore si è mantenuto sostanzialmente e in linea con il 2011 (3,86%)	Risultato 2013: 4,0% Nel 2013 i ricoveri ripetuti entro 45 giorni sono diminuiti rispetto al 2012	Mantenimento risultato 2013
			Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero	Risultato 2012: 23 per 1000 abitanti Il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri ordinari è in calo, in accordo con gli obiettivi del Piano Sanitario	Risultato 2013: 24 per 1000 abitanti Il dato si è sostanzialmente mantenuto stabile nel 2013	Mantenimento / miglioramento risultato 2013



			ordinario residenti in provincia/ Tot. residenti in provincia	Regionale (nel 2011 era di 28 per 1.000 abitanti)		
			Tasso di ospedalizzazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti in provincia/ Tot. residenti in provincia	Risultato 2012: 7 per 1000 abitanti Il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri diurni è in calo, in accordo con gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale (nel 2011 era di 11 per 1.000 abitanti)	Risultato 2012: 7 per 1000 abitanti Il dato si è mantenuto stabile nel 2013	Mantenimento / miglioramento risultato 2013
			Tasso di ospedalizzazione ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi totali residenti in provincia/ Tot. residenti in	Risultato 2012: 30 per 1000 abitanti Il tasso di ospedalizzazione complessivo è sostanzialmente e sovrapponibile a quello dello scorso anno (nel 2011 era di 29 per 1.000	Risultato 2012: 31 per 1000 abitanti Il dato si è sostanzialmente mantenuto stabile nel 2013	Mantenimento / miglioramento risultato 2013

			provincia	abitanti)		
			Tasso di attrazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	Risultato 2012: 58 per 1000 dimessi È in incremento il tasso di attrazione ricoveri ordinari di pazienti provenienti da altre regioni (nel 2011 era di 51 per 1.000 abitanti)	Risultato 2013: 53 per 1000 dimessi Il valore è in calo rispetto al 2012 e in linea con il valore registrato nel 2011	Mantenimento / miglioramento risultato 2013
			Tasso di attrazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	Risultato 2012: 46 per 1000 abitanti È in incremento il tasso di attrazione ricoveri diurni di pazienti provenienti da altre regioni (nel 2011 era di 39 per 1.000 abitanti)	Risultato 2013: 40 per 1000 abitanti Il valore è in calo rispetto al 2012 e in linea con il valore registrato nel 2011	Mantenimento / miglioramento risultato 2013



			Tasso di attrazione ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi totali residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	Risultato 2012: 55 per 1000 abitanti È in incremento il tasso di attrazione complessivo (ricoveri ordinari + DH) di pazienti provenienti da altre regioni (nel 2011 era di 47 per 1.000 abitanti)	Risultato 2013 50: per 1000 abitanti Il valore è in calo rispetto al 2012 e più alto del valore registrato nel 2011	Mantenimento / miglioramento risultato 2013

La tabella di sintesi sotto riporta gli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE) descritti nel capitolo 9 e il risultato atteso per il triennio 2014-2016

INDICATORE	RISCHIO AGGIUSTATO (x 100) CALCOLATO PER L'AO - anno 2012	RISCHIO NAZIONALE AGGIUSTATO - anno 2012	P value del RISCHIO AGGIUSTATO - anno 2012	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero	9,05	9,95	0,661	Mantenimento risultato 2012
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	63,0	40,13	< 0,000	Mantenimento risultato 2012
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in regime ordinario con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nell'anziano	77,98	61,40	< 0,000	Mantenimento risultato 2012
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	14,86	26,07	< 0,000	Mantenimento risultato 2012
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore	42,62	36,74	0,040	Mantenimento risultato 2012
Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	0,96	2,46	0,025	Mantenimento risultato 2012
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni	9,00	14,75	0,006	Mantenimento risultato 2012
Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero	15,36	12,09	0,265	Miglioramento risultato 2012