

DELIBERAZIONE N. 1174/2016 ADOTTATA IN DATA 01/07/2016

OGGETTO: Relazione sulla performance dell'AO Papa Giovanni XXIII (ora ASST Papa Giovanni XXIII) – Anno 2015.

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che il d.lgs. n. 150 del 27/10/2009 (cd. decreto Brunetta) all'art. 10, comma 1, lettera b) prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente un documento “.. che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti e il bilancio di genere realizzato.”;

Considerato che, con delibera n. 180 del 30 gennaio 2014 è stato adottato il Piano della performance triennio 2014 – 2016 dell'AO Papa Giovanni XXIII (ora ASST Papa Giovanni XXIII);

Precisato che, per quanto attiene agli obiettivi strategici contenuti nel Piano della performance, si è fatto riferimento al Piano socio-sanitario regionale 2010-2014 e alla DGR X/2989 del 23/12/2014 avente ad oggetto “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2015”;

Verificato che il Nucleo di valutazione delle prestazioni, nella seduta del 23 giugno 2016, ha preso visione della “Relazione sulla performance dell'AO Papa Giovanni XXIII (ora ASST Papa Giovanni XXIII) – Anno 2015” e, dopo averla analizzata, ne ha approvato il relativo contenuto;

DELIBERA

1. di approvare la “Relazione sulla performance dell'AO Papa Giovanni XXIII (ora ASST Papa Giovanni XXIII) – Anno 2015” (allegato A);
2. di pubblicare sul sito aziendale nella sezione “Amministrazione trasparente” la su menzionata relazione;

3. di trasmettere copia del presente provvedimento ai competenti uffici aziendali per dovuta informazione e seguito.

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Carlo Nicora

IL DIRETTORE SANITARIO
dott. Fabio Pezzoli

IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO
dr.ssa Donatella Vasaturo

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dr. Vincenzo Petronella

RELAZIONE AL PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2015



30 GIUGNO 2016

La «Relazione sulla performance» è il documento che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

INDICE

1. PREMESSA	2
1.1 POAS (PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO).....	5
2. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA	7
2.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO	7
2.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA	8
2.3 I TRAPIANTI E L'ALTA SPECIALIZZAZIONE	8
2.4 CURE ONCOLOGICHE	9
2.5 EMERGENZA-URGENZA	10
2.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE.....	11
3. GLI OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE E IL LORO RAGGIUNGIMENTO NELL'ANNO 2015	12
3.1 GOVERNO DELLA PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE	12
3.2 GOVERNO DEI DATI, DELLE STRATEGIE E PIANI DEL SISTEMA SANITARIO	14
3.3 PROGRAMMAZIONE E GOVERNO DEI SERVIZI SANITARI.....	18
3.4 AFFARI GENERALI E LEGALI, PERSONALE, INVESTIMENTI.....	21
3.5 RIORDINO DELLA RETE DI OFFERTA.....	23
4. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA.....	26
4.1 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ 2014 - 2016.....	27
4.2 PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	28
5. IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DI ALCUNI INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE).....	32
6. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: GLI INDICATORI DI RISULTATO	35
7. IL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE NELL'ANNO 2015	43
7.1 TABELLA INDICATORI PIMO	45

1. PREMESSA

L'anno 2015 si è caratterizzato fortemente per le politiche legislative in materia di servizi sociali e socio-sanitari della Regione Lombardia, che si sono concretizzate con la Legge Regionale 11 Agosto 2015 n. 23 "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo (SSL): modifiche ai titoli I e II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33". Non si è trattato di una semplice revisione legislativa, bensì di una evoluzione del SSL, in ragione della necessità di porre le basi per l'adeguamento del servizio alle nuove complessità dei prossimi decenni (ad esempio l'allungamento dell'aspettativa di vita e l'aumento conseguente della cronicità), superando in primo luogo la netta divisione tra politiche sanitarie e politiche socio-sanitarie per far confluire risorse, energie e competenze professionali in un unico Servizio, coordinato da un'unica regia e deputato alla presa in carico dei bisogni complessivi delle persone, delle famiglie e dei soggetti più fragili.

La legge, comunemente definita legge di evoluzione del nuovo welfare lombardo, presenta dei punti salienti che di seguito si elencano:

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

I principi che ispirano la legge 23/2015 sono:

- libertà di scelta della persona e delle famiglie;
- parità e competitività pubblico-privato;
- promozione e valutazione dell'appropriatezza clinica, economica ed organizzativa;
- sussidiarietà orizzontale per garantire pari accesso ai cittadini e garanzia di universalità del Servizio Sanitario Lombardo (SSL);

- promozione di forme di integrazione operativa e gestionale tra soggetti erogatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del SSL.

Dal punto di vista dei processi di erogazione, “l’orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso”, acquista rilievo in relazione soprattutto alle caratteristiche funzionali mantenute dal sistema lombardo: la “separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione”. Detto in altri termini, la sottolineatura della “presa in carico” prende atto dei rischi presenti nel sistema lombardo consistenti soprattutto nell’elevata frammentazione delle unità di offerta e delle specifiche strategie operative di ogni sottosistema.

I soggetti del nuovo SSL sono, in sintesi:

- la Regione – assessorato unico al Welfare (che riassume le deleghe appartenenti in passato all’Assessorato alla salute e all’Assessorato alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità);
- le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) che hanno i compiti di: negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dalle strutture accreditate; attivazione di un governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi; governo dell’assistenza primaria e relativo convenzionamento; programmi di educazione alla salute; sicurezza alimentare; controllo della salute degli ambienti di vita e di lavoro; sanità pubblica veterinaria; monitoraggio della spesa farmaceutica;
- le Agenzie Socio Sanitarie Territoriali (ASST) ossia enti funzionali della Regione dotati di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica che concorrono all’erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Tali strutture attuano la programmazione definita dalla Regione, attraverso l’erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie riguardo al territorio di competenza. Le ASST si articolano a loro volta in due settori aziendali: la “rete territoriale” e il “polo ospedaliero”. Il polo ospedaliero si articola in “presidi ospedalieri”. La rete territoriale della ASST ha il compito di erogare prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, cure intermedie e prestazioni distrettuali che in passato erano erogate dall’ASL.
- l’Agenzia di controllo dotata di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile. Tale organismo ha la funzione di: adottare il piano annuale dei controlli e dei protocolli; mettere in atto un sistema di monitoraggio; valutare i criteri per la determinazione della remunerazione delle funzioni; raccogliere dati e informazioni sulla soddisfazione degli utenti;

- l’Agenzia per la promozione del SSL ha lo scopo di produrre e gestire strumenti organizzativi e di comunicazione a livello nazionale e internazionale. Quest’ultima istituisce anche un “Osservatorio delle *best practices* cliniche” al fine di garantire le migliori performances di cura e di processo e un “Osservatorio di soddisfazione degli utenti”.

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

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

Lo strumento operativo è individuato nell’elaborazione annuale da parte della Giunta di “regole di sistema per la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti e la definizione dei contratti”.

La programmazione avviene tramite il PSL (Piano socio-sanitario integrato lombardo) che contiene: il quadro dei bisogni della popolazione; gli indicatori per determinare i volumi di attività; gli indicatori di risultato per il controllo e la valutazione; progetti obiettivi e azioni per rispondere a specifiche aree di bisogno; linee di indirizzo per la promozione della salute; elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l’attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, i processi di integrazione tra attività sanitarie, sociosanitarie e sociali di competenza delle autonomie locali; l’identificazione dei contenuti delle prestazioni distinguendo fra quelle di tipo acuto, intermedio, subacuto, post-acuto o riabilitativo, a media e bassa intensità.

E’ previsto anche un piano regionale della prevenzione con l’obiettivo di migliorare lo stato di salute fisico, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio e ridurre le disuguaglianze. Tale piano ha una durata triennale e anche qui troviamo l’obiettivo dell’“integrazione funzionale, intersettoriale e inter-istituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema socio-sanitario e in particolare l’integrazione territoriale”.

Con riferimento alla cosiddetta “sanità digitale” (ossia l’utilizzazione delle tecniche del web per le amministrazioni pubbliche) è istituita la “tessera sanitaria” quale strumento indispensabile per il monitoraggio della spesa. I soggetti erogatori delle prestazioni (compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti) sono tenuti ad utilizzare le piattaforme tecnologiche del sistema informativo messe a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari.

La doverosa premessa per anticipare che con la legge di riordino del Sistema sanitario e socio sanitario lombardo dal 1 gennaio 2016 è stata istituita l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII, che, oltre ai servizi ospedalieri dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII e dell'Ospedale Civile di San Giovanni Bianco, ha la responsabilità di organizzare e gestire anche le prestazioni prima fornite al cittadino dalle ex ASL.

In particolare all'ASST Papa Giovanni XXIII fanno riferimento

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

1.1 POAS (PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO)

L'art. 17, c. 2 della L.R. n. 33/2009, stabilisce che il POAS sia lo strumento programmatico attraverso il quale l'azienda, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispone, definisca il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento, al fine di realizzare gli obiettivi strategici stabiliti dalla Regione, nel rispetto della normativa vigente.

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

La redazione dei POAS dell'ASST dovrà essere ispirata ai principi declinati dalle Regole 2016 (DGR X/4702 del 29/12/2015), richiamati nel seguito:

- modelli organizzativi in grado di implementare anche la gestione di processi orizzontali oltre alla classica articolazione organizzativa per branche specialistiche e competenze. La Direzione Strategica si deve dotare di idonei strumenti organizzativi atti a condividere i nodi chiave delle azioni programmatiche in una logica integrata fra le diverse funzioni: amministrativa, sanitaria e socio-sanitaria.
- adozione di strumenti di organizzazione secondo la logica della rete sia interna che esterna, che si caratterizzi per il lavoro comune, basato su regole esplicite, di persone/gruppi la cui opera è interdipendente. Tali soggetti accettano, quindi, di organizzare le proprie relazioni per ottenere vantaggi per la propria attività e soprattutto per gli utenti non conseguibili altrimenti.
- ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio; in tale contesto il criterio prevalente è quello della presa in carico del paziente, evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale: il punto organizzativo di accesso al servizio deve essere organizzato secondo procedure che consentano di intervenire, nel percorso di cura, al livello erogativo più appropriato.

Con la DGR 5113 del 29/04/2016 la Giunta Regionale ha approvato le linee guida per l'adozione del POAS che dovrà essere redatto nel corso del 2016.

Come per l'anno 2014, l'Azienda elabora un documento, relativo all'anno 2015, che si pone in continuità e scorre sul precedente Piano della Performance 2014-2016, in particolar modo per quanto riguarda i principi fondamentali esposti nella parte introduttiva del Piano triennale, cui si rimanda per eventuali approfondimenti, in attesa della stesura del Piano integrato di miglioramento dell'organizzazione.

2. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA

2.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO

Nel 2015 il numero di pazienti dimessi è stato complessivamente di 44.352, di cui 35.411 dopo un ricovero ordinario e 8.941 dopo ricovero Day Hospital (DH).

Nel 2015, rispetto al 2014, si è quindi sostanzialmente registrato un mantenimento dell'attività complessiva di ricovero (- 0,7%), con un leggerissimo aumento dell'attività di ricovero ordinario (+0,16%) e una leggera diminuzione dell'attività DH (-3,9%). Quest'ultimo dato si spiega con la progressiva trasformazione dell'attività di DH in macroattività ambulatoriale complessa (MAC). In particolare nel 2014 il numero di accessi MAC rendicontati erano stati 29.001, mentre nel 2015 sono stati 31.387 (+8,2%).

La tabella n.1 riporta le principali cause di ricovero ordinario nel 2015 (il dato è stato ricavato analizzando le schede di dimissione ospedaliera e classificando le patologie per Categorie Diagnostiche Maggiori- MDC).

TABELLA 1: principali cause di ricovero ordinario nel 2015

N° dimessi	Le principali cause di ricovero
4.792	Gravidanza, parto e puerperio
4.304	Neonati normali e con disturbo perinatali
3.633	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio
3.357	Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
2.167	Malattie e disturbi sistema nervoso
1.924	Malattie e disturbi apparato digerente
1.922	Malattie e disturbi rene e vie urinarie
1.736	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate
1.656	Malattie e disturbi apparato respiratorio
1.497	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella

Come si può evincere dalla tabella n. 1, nel 2015 le cause più frequenti di ricovero ordinario sono state la gravidanza, il parto, il puerperio, l'assistenza al neonato sano e le patologie legate alla nascita. Si deve tener conto che l'unità di ostetricia-ginecologia di questo ospedale è la più grande della provincia ed è anche ai primi posti a livello nazionale in quanto a numero di parti. Non sorprende quindi che oltre 9.000 ricoveri riconoscano come causa l'assistenza per questo tipo di prestazioni. Seguono, in ordine decrescente di frequenza, i ricoveri causati da malattie del sistema cardio-circolatorio, del sistema muscolo-scheletrico, del sistema nervoso e dell'apparato digerente.

2.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA

Il numero di interventi chirurgici negli ultimi anni ha riconosciuto alcune oscillazioni, complessivamente di bassa entità (in termini percentuali di pochi punti). L'unica importante variazione, in diminuzione, si è registrata nel 2013, anno di assestamento successivo al trasferimento dalla vecchia alla nuova sede. Dal 2014 il numero di procedure chirurgiche è, invece, tornato ad aumentare, raggiungendo una sua stabilità per questa struttura ospedaliera. Le variazioni più significative si sono registrate, invece, per quanto concerne i diversi regimi di possibile erogazione della prestazione. Si è osservata una progressiva riduzione del numero di interventi in regime di day surgery e un quasi equivalente incremento del numero di interventi in regime ambulatoriale (bassa invasività chirurgica – BIC).

La tabella n. 2 riporta la numerosità degli interventi chirurgici, per i diversi regimi di erogazione, che si è registrata dal 2012 al 2015, con l'indicazione delle variazioni percentuali rispetto all'anno precedente.

TABELLA 2

regime di erogazione	anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015
AMBULATORIALE	7.252	6.836	7.460	8.176
DAY SURGERY	8.893	8.459	8.756	7.985
ORDINARIO	20.086	19.905	21.162	20.845
AMBULAT. -Variazione rispetto anno precedente		-5,74%	9,13%	9,60%
DAY SURG.- Variazione rispetto anno precedente		-4,88%	3,51%	-8,81%
ORDINARIO- Variazione rispetto anno precedente		-0,90%	6,31%	-1,50%
TOTALE	36.231	35.200	37.378	37.006
TOTALE Variazione rispetto anno precedente		-2,85%	6,19%	-1,00%

2.3 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 Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII è fra i primi centri a livello nazionale, relativamente al numero di trapianti di fegato eseguiti in soggetti pediatrici ed è il centro pioniere del trapianto di intestino pediatrico in Italia.

La tabella n. 3 riporta il numero complessivo di trapianti effettuati negli anni 2009 - 2015.

TABELLA 3

ORGANO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
cornee	42	36	23	15	17	21	19
cuore	30	27	20	18	14	22	22
rene	39	25	41	40	41	49	47
fegato adulto	55	47	59	58	47	63	64
fegato pediatrico	27	27	22	25	19	26	33
midollo osseo	159	148	150	156	140	130	128
polmone	17	13	14	7	11	10	12
intestino pediatrico	/	1	/	/	/	/	/
combinato	6	4	4	8	7	/	2
Totale	375	328	333	327	296	321	327

L'alta specializzazione non si esaurisce tuttavia nelle attività di trapianto. Il valore aggiunto sanitario dell'ASST 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.

2.4 CURE ONCOLOGICHE

Presso l'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo 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 nell'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 2015 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): 111 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE DI PAZIENTI FUORI REGIONE LOMBARDIA (EXTRA-REGIONE): 55 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE TOTALE (EXTRA-PROVINCIA + EXTRA-REGIONE) DEL SETTORE ONCO-EMATOLOGICO: 165 per 1.000 dimessi

L'obiettivo per il 2014-2016 è il mantenimento di una forte attrattività nel settore onco-ematologico, ed al momento si considera pienamente centrato.

2.5 EMERGENZA-URGENZA

L'ASST 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 è sia la stretta sinergia tra le unità che compongono il Dipartimento di Emergenza-Urgenza (Centrale operativa 118, Chirurgia Generale I, Medicina d'Urgenza, Centro EAS- Pronto Soccorso, Centro Antiveneni, Ortopedia e Traumatologia) che la collaborazione con altre discipline interessate alla gestione delle diverse tipologie di trauma, quali ad esempio la Chirurgia plastica e quella Maxillo-facciale, la Neurochirurgia, il Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, ecc... 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.

2.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE

La numerosità delle prestazioni ambulatoriali si mantiene costantemente alta e nel tempo è cresciuta per le ragioni descritte nei paragrafi sopra.

Nel 2015 sono state rendicontate **3.748.949** prestazioni ambulatoriali così suddivise. La produzione si è mantenuta tendenzialmente in linea con il trend degli ultimi anni, riportando una lieve flessione in termini di numerosità di prestazioni rispetto al 2014 (-1,8%).

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI - ANNO 2015 (28/San)	NUMERO
LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICA, GENETICA MEDICA	2.095.603
ALTRE PRESTAZIONI	664.260
PRONTO SOCCORSO	522.655
VISITE DI CONTROLLO	231.933
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI:	
Radiologia	62.383
Neuroradiologia	6.932
Medicina Nucleare	8.390
PRIME VISITE	75.470
DIALISI	60.891
RADIOTERAPIA (escluse visite)	20.432
TOTALE	3.748.949

A proseguimento di quanto iniziato nel 2014 sulla scorta della DGR 2313 del 1^ agosto 2014, anche nel 2015 per le prestazioni di radiologia e neuroradiologia (TC, RM ed ecografie) si è proseguito con l'operazione "Ambulatori Aperti" per l'offerta di prestazioni il sabato mattina e nel tardo pomeriggio degli altri giorni feriali.

3. GLI OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE E IL LORO RAGGIUNGIMENTO NELL'ANNO 2015

I principali obiettivi aziendali di interesse regionale direttamente collegati alla programmazione regionale sono stati stabiliti con la delibera di Giunta Regionale n. X/2989 del 23/12/2014 e poi declinati attraverso le determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015 con la DGR n. X/3226 del 6/03/2015. I suddetti obiettivi aziendali di interesse regionale si sono concretizzati nello sviluppo delle seguenti macro-aree e i relativi indicatori (di seguito sottolineati) correlati dalle attività messe in atto dall'Azienda per raggiungere gli stessi. A seguire si riportano gli indicatori ritenuti di maggiore interesse per gli stakeholder e la relativa rendicontazione:

3.1 GOVERNO DELLA PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE

➤ **Evidenza documentata nel sistema informativo regionale dell'incremento di azioni sviluppate nell'ambito del programma "Aziende che Promuovono Salute - Rete WHP Lombardia**

In data 28.10.2015 è stato confermato l'accreditamento come "Luogo di lavoro che promuove salute (rete WHP)" per l'anno 2015 da parte del servizio promozione salute dell'ASL di Bergamo. Sabato 31 ottobre 2015 è stato consegnato l'accreditamento c/o padiglione Italia-EXPO.

Nello specifico, per il tema della Promozione corretta alimentazione

- A partire dall'Aprile 2015 è stato messo a disposizione corso FAD "Promozione della corretta alimentazione" con la collaborazione di ASL e Dietologia clinica. Il corso è stato inserito negli obiettivi di tutte le Strutture ed è stato effettuato da 3800 dipendenti;
- sono stati predisposti e posizionati presso la Hospital Street e la mensa aziendale cartelloni e altro materiale informativo in merito alla promozione della corretta alimentazione;
- ai fini della campagna informativa del progetto WHP la ditta di ristorazione ha stampato e distribuito tovagliette informative in merito alla sana e corretta

alimentazione nei periodi di Aprile/Maggio ed Ottobre 2015, in concomitanza con apertura e chiusura EXPO Milano 2015;

- a partire da Maggio 2015, presso la mensa aziendale è stato implementato un progetto legato a Codice colore delle pietanze con affissione di cartelli che riportano i consigli relativi alla corretta alimentazione

Contrasto al fumo di tabacco

- Nell'ambito dei controlli predisposti dalla Medicina del lavoro (SSA) per il personale impiegato presso le sale operatorie è previsto un intervento informativo (Minimal Advice - MA) relativo alla tematica del contrasto al fumo di tabacco;
- dall'inizio del progetto effettuati 271 MA su dipendenti fumatori contattati.

➤ **Messa a disposizione dei programmi di screening delle ASL di volumi di prestazioni diagnostiche appropriate per garantire un'adeguata copertura della popolazione**

Gli screening previsti dal contratto con la ASL per l'anno 2015 sono stati lo screening mammografico e quello per la prevenzione del tumore del colon retto.

Con nota protocollata U.0136534 del 26.11.2015, l'ASL di Bergamo ha inviato alla Direzione Generale Salute della Regione Lombardia il report inerente gli screening oncologici per il 2015.

Il tasso di adesione per lo screening del tumore della mammella al 16.11.2015 è pari al 76,06% (l'obiettivo era pari al 65%).

Il tasso di adesione per lo screening del tumore del colon al 16.11.2015 è pari al 53,54% (l'obiettivo era pari al 47%).

Per quanto concerne la nostra Azienda, per lo screening mammografico, il contratto firmato con la ASL prevedeva l'erogazione di 6048 mammografie per il 2015. Al 31 dicembre sono state eseguite tutte le prestazioni richieste dalla ASL, pari a 5347 prestazioni.

Per lo screening del colon retto, il contratto firmato con la ASL prevedeva l'erogazione di 384 prestazioni di II livello per il 2015. Le prestazioni sono richieste dall'ASL sulla base dell'adesione alla campagna di screening e alla positività della ricerca del sangue occulto fecale nella popolazione che ha aderito alla campagna stessa. Al 31 dicembre 2015 sono state eseguite tutte le prestazioni richieste dalla ASL, pari a 330 prestazioni.

- **Entro febbraio 2016 dovrà essere predisposto il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione strutturato con l'evidente integrazione di valutazione delle performance mediante un set minimo di indicatori aziendali e informazioni provenienti dai dati del monitoraggio interno e dall'autovalutazione.**

Il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione è stato elaborato. Le attività propedeutiche alla predisposizione del Piano sono state:

- redazione di tabella sinottica che correla il PIMO agli obiettivi aziendali di interesse regionale e al Piano della performance;
- monitoraggio periodico della tabella con i 43 indicatori PIMO e analisi dei dati raccolti;
- invio di nota in Regione, riferita agli indicatori PIMO, con proposta di miglioramento nella definizione delle formule e degli indicatori;
- partecipazione della Responsabile dell'Ufficio Qualità al network regionale uffici qualità, dedicato agli aggiornamenti sul progetto PIMO;
- autovalutazione regionale periodica 1° semestre 2015: invio in Regione il 24/07/2015 su portale SMAF. Aggiornamento del piano di miglioramento;
- aggiornamento mappatura dei processi aziendali;
- corso di formazione aziendale su "Qualità, sicurezza e gestione del rischio applicata ai processi sanitari";
- partecipazione della Responsabile Ufficio Qualità agli incontri presso la Regione:
 - o 3 dicembre 2015 relativo a "Indicatori di Pronto Soccorso inseriti nel PIMO";
 - o 11 dicembre 2015 relativo a "Gestione delle infezioni correlate all'assistenza - sepsi inseriti nel PIMO";
 - o 15 dicembre 2015 relativo al 4° network Risk management;
 - o 17 dicembre 2015 relativo a "Presentazione della piattaforma PIMO e dei percorsi di Continuità di Cure inseriti nel PIMO".
- Partecipazione della Responsabile Ufficio Qualità il 27 gennaio 2016 per formazione sull'inserimento dei dati sulla nuova piattaforma.

Il 5 febbraio sono stati inviati i dati di autovalutazione su check list e il 3 marzo 2016 si è provveduto all'inserimento dei dati dell'autovalutazione nel portale dei 43 indicatori PIMO.

➤ **Potenziamento della Rete Ematologica Lombarda - REL - Corretta applicazione dei PDTA definiti dalla REL**

I PDTA Linfomi e Mielomi sono stati recepiti nei Protocolli Diagnostico terapeutici dell'Ematologia e sono puntualmente applicati. Gli indicatori ad oggi non sono ancora stati definiti.

A seguito della riunione del Comitato esecutivo REL in Regione Lombardia (29/01/2016) si è deciso, in accordo con i funzionari della Regione presenti, che i PDTA Linfomi e Mielomi verranno attivati nel corso dei prossimi mesi. La identificazione degli indicatori avverrà successivamente e sarà basata su dati che le amministrazioni ospedaliere potranno facilmente estrarre dai normali flussi amministrativi disponibili.

➤ **Sviluppo e potenziamento della Rete Nefrologica Lombarda - ReNe**

In merito all'applicazione dei PDTA di riferimento della Rete Nefrologica <http://www.welfare.regione.lombardia.it/shared/ccurl/354/32/Decreto%20approvazione%20documenti%20sottogruppi.PDF>), si precisa che:

1. per quanto riguarda i PDTA relativi alle malattie glomerulari, le indicazioni del GAT sono seguite, pur con variazioni agli schemi terapeutici proposti, in base alle esigenze cliniche;
2. per quanto riguarda il PDTA "Accessi vascolari" per la dialisi è stato costituito da tempo un team per l'accesso vascolare che include oltre ai Nefrologi, il Chirurgo vascolare; è disponibile se necessaria la collaborazione del Radiologo interventista;
3. per quanto riguarda il programma di trasferimento dei pazienti trapiantati dopo congruo periodo dal Centro Trapianti, ai Centri di Nefrologia da cui essi provengono (che non effettuano attività di trapianto), la nostra USC è coinvolta nell'attività di formazione che viene coordinata da un apposito gruppo di studio regionale.

A tutti i pazienti che possiedono i requisiti, è proposto l'inserimento nel programma speciale doppio rene. Attualmente in questo programma sono inseriti 10 pazienti, pari al 10% del totale degli iscritti in lista per trapianto da cadavere. Questa percentuale è stabile rispetto al precedente anno, ma va precisato che il nostro Centro è stato il primo centro a candidare pazienti per il doppio rene e, per anni, il solo in Lombardia. Pertanto siamo già al massimo del numero dei pazienti candidabili per questa procedura. Non sono in corso nel nostro Centro iscrizioni in altri programmi speciali, come il trapianto a cuore fermo.

Per quanto riguarda il trapianto da vivente, nel 2015 sono stati valutati 8 pazienti e altrettanti potenziali donatori. In 4 casi è emersa una inidoneità del donatore. Per 3 pazienti è in corso la valutazione dell'idoneità; 1 paziente è stato sottoposto a trapianto di rene da vivente.

Per quanto riguarda la dialisi peritoneale, sono stati avviati a questo programma 18 pazienti, mentre sono stati avviati alla emodialisi 80 pazienti. Per una serie di ragioni tecniche, dei 18 pazienti inizialmente avviati alla Dialisi Peritoneale (DP), 9 hanno dovuto rinunciare a questa tecnica. In ogni caso la DP viene proposta regolarmente ad ogni paziente che sia giudicato idoneo almeno in teoria.

In totale il numero di pazienti prevalenti in dialisi peritoneale rappresenta circa il 16% dei pazienti uremici in trattamento cronico. Anche questo numero è stabile rispetto all'anno precedente.

➤ **Corretta applicazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) di gestione del paziente affetto da infarto (STEMI)**

E' stato applicato correttamente il PDTA dei pazienti con infarto miocardico acuto.

Nello specifico, come risulta dal portale di Regione Lombardia, al mese di dicembre 2014:

- i pazienti con STEMI trattati con PTCA entro 48 ore sono stati 91 su 174 pari al 77.63%
- il tempo Door to Balloon (DB) entro 90 minuti è stato rispettato per 42 pazienti su 49 pari al 85,71% dei pazienti inseriti nell'Archivio STEMI.
- i soggetti con Infarto Miocardico Acuto in doppia terapia antiaggregante a sei mesi sono 82 su 107 pari al 76,64%.

➤ **Sviluppo e potenziamento della Rete Stroke**

I PDTA di gestione dei pazienti affetti da Stroke sono applicati.

Dai dati del portale di regione Lombardia risulta che, al mese di ottobre 2015:

- 308 casi su 344 casi di ictus (89.53%) sono stati ricoverati nella Stroke Unit (indicatore in linea);
- dal portale regionale, al 30 ottobre 2015, risulta che sono stati registrati nell'archivio regionale Stroke 83 casi su 192 nuovi casi di ictus. Si è provveduto a recuperare le registrazioni arretrate e inserito i dati correnti. Al mese di dicembre

sono stati inseriti tutti i nuovi casi di ictus con una percentuale di registrazione del 100% (indicatore in linea);

- 60 su 306 casi di ictus ischemico (compresi i TIA), pari al 19,6% sono stati trattati con fibrinolisi e.v. (indicatore in linea);
- relativamente ai pazienti con Ictus che effettuano un ricovero in riabilitazione entro 15 giorni dalla data di accettazione si precisa che:
- 145 pazienti su 367, pari al 39,5%, sono stati avviati a fisioterapia di cui 76/367, pari al 21%, entro 15 giorni;
- 222 pazienti su 367 pari al 60% dei pazienti risulta dimesso al domicilio, di questi 182/367, pari al 49.5%, è stato dimesso entro 15 gg.

Da questa valutazione emergono alcune considerazioni :

- 1) l'avvio precoce della FKT in degenza nel post-stroke consente un più rapido recupero motorio dei casi meno gravi tale da consentirne una dimissione al domicilio entro tempi brevi, talora con assistenza fisiatrice al domicilio (questo dato non è monitorato dalla Regione)
- 2) i casi più complicati, 69 pazienti, necessitano di tempi maggiori per il trasferimento in riabilitazione (per eventuale posizionamento PEG o complicanze infettive)
- 3) è necessaria una maggior collaborazione da parte delle strutture di riabilitazione della provincia che tendono ad accogliere in tempi più brevi pazienti meno gravi e provenienti dai presidi ospedalieri a loro afferenti
- 4) alla struttura riabilitativa dell'Azienda sono stati trasferiti 26 su 145 pazienti dimessi in riabilitazione dei quali 18 entro i 15 giorni dal ricovero.

➤ **Sviluppo e potenziamento della Rete Stemi**

Durante l'anno è stata monitorata la corretta applicazione del PDTA dei pazienti con infarto miocardico acuto STEMI.

Sono stati inseriti nel Registro Regionale Archivio IMA STEMI i pazienti dimessi con diagnosi di STEMI (fonte SDO) nei mesi di Gennaio, Febbraio, Maggio, Giugno, Settembre e Ottobre nella misura del 100% dei casi Aziendali. In particolare sono stati inseriti complessivamente 46 pazienti nel Registro.

E' stato inoltre verificato che la proporzione dei pazienti con STEMI trattati con PTCA entro 48 ore durante il 2015 era maggiore del 75% quindi nettamente superiore al 30% dei casi dell'obiettivo (ultimo aggiornamento ufficiale di Regione Lombardia per il nostro Centro a ottobre 2015: 82.5%); inoltre è stato verificato che il tempo Door to Balloon (DB)

risultava inferiore a 90 minuti in più del 90% dei pazienti inseriti nell'Archivio STEMI durante il 2015.

Infine abbiamo valutato che la % di soggetti con Infarto Miocardico Acuto in doppia terapia antiaggregante a sei mesi era > all'80% (ultimo aggiornamento ufficiale di Regione Lombardia per il nostro Centro a giugno 2015: 81.2%).

➤ **Sviluppo e potenziamento del Sistema Donazione -Trapianto**

Donatori multiorgano segnalati N. 38

(+ 8 donatori segnalati rispetto al 2014)

In hospice l'attività di prelievo di cornee ha avuto inizio a decorrere dal 15 agosto 2015.

Totale deceduti (compreso hospice): n. 1004

Totale donatori cornee n. 106 pari al 10,5% dei decessi.

Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2015 sono stati effettuati n. 263 interventi di protesi d'anca in elezione.

Donatori TMS n. 58 (22,%)

(n. 202 non idonei e n. 3 non hanno dato il consenso)

N.B. Dal 2014 la Banca Regionale ha inserito come criterio di non idoneità : "pazienti con età > 80 anni". Nel periodo sopra citato n. 46 pazienti sono stati esclusi dalla donazione in seguito a questo criterio.

3.3 PROGRAMMAZIONE E GOVERNO DEI SERVIZI SANITARI

➤ **Punti Nascita: riduzione del tasso di cesarizzazione**

L'obiettivo era già stato raggiunto nel 2014; inoltre nel 2015 si è osservata una ulteriore riduzione dei Tagli cesarei che sono scesi al 23,5%, (cioè - 2,4% rispetto all'anno precedente).

Si ritiene raggiunto pienamente l'obiettivo considerato che il nostro Dipartimento materno-infantile è centro hub per le patologie materne e fetali per gli ospedali della provincia; inoltre è centro hub per le patologie cardiocirurgiche fetali anche al di fuori della provincia.

➤ **Punti Nascita: attivazione di almeno un Punto Nascita per AO con Parto Analgesia H24**

Da diversi anni la partoanalgesia è organizzata con una guardia dedicata di 24 ore ed ambulatori e colloqui specifici. La percentuale dei parti fatti in partoanalgesia sul numero dei parti totali è del 39%, una delle migliori in ambito nazionale.

➤ **Miglioramento della performance per interventi chirurgici per frattura di femore**

Il rapporto tra il numero dei pazienti ricoverati per frattura di femore e il numero dei pazienti con frattura del femore operati entro 48 ore è 1.20 (pari all' 83,5%).

➤ **Miglioramento della gestione in Pronto soccorso delle violenze di genere**

Il Centro EAS è dotato di una procedura, condivisa con le aree di Pronto Soccorso ginecologico e pediatrico, per la violenza di genere elaborata, in prima stesura, nel 2009 (ultima revisione 04/2013). La sintesi degli interventi previsti è:

- 1) miglioramento del sistema di accoglienza: in ogni turno infermieristico è presente almeno una figura infermieristica con elevato livello formativo sul percorso intraospedaliero e sulla rete di servizi di cui avvalersi per supportare la donna che ha subito violenza.
- 2) è stata adottata una specifica scheda di raccolta dati che aiuta a rendere più sistematica la raccolta di informazioni relative all'evento lesivo, alla descrizione dei danni subiti relativamente agli accertamenti effettuati o pianificati.
- 3) alle donne vittime di maltrattamenti e abusi viene offerto, alla dimissione dal PS, il servizio intraospedaliero di supporto da parte della psicologia clinica e una informativa sui servizi disponibili sul territorio.

Nel 2013 la nostra esperienza, in seno ad un progetto provinciale coordinato dalla ASL, è stata utilizzata per implementare a livello provinciale una procedura finalizzata a uniformare l'assistenza alla vittima anche negli altri PS della provincia.

L'efficacia del PDTA viene monitorata con cadenza semestrale.

➤ **Attuazione della DGR 2933/2014 "Determinazioni in merito al miglioramento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza"**

Il Piano di gestione del sovraffollamento è stato approvato da AREU con protocollo nr. 0006990 del giorno 11/12/2015.

Sintesi interventi operativi realizzati:

- Delibera n. 567 del 2/4/2015 per l'istituzione della figura del bed manager.

- Interventi rafforzamento delle presenze in Pronto Soccorso per la condizione di sovraffollamento.

In caso di superamento di presenze oltre il 91° percentile rispetto allo storico:

- attivazione di una risorsa infermieristica aggiuntiva per un minimo di 6 ore sino ad un massimo di 24 ore,
- eventuale apertura temporanea della sala PEMA F per assorbire i pazienti che necessitano di barelle in aree di Osservazione Temporanea sature.

Sulla base dell'analisi degli indicatori identificati nel piano, è stata avviata la definizione di prassi e procedure che incrementino le dimissioni durante la mattinata nei reparti di area medica.

➤ **Evidenza del rispetto dei protocolli delle reti Trauma, Stroke e STEMI nel rispetto degli indicatori e degli standard definiti a livello regionale**

	2014	2015
Nr trattati politrauma	720	769
Nr trattati rete STEMI	72	75
Nr trattati rete Stroke	82 trattati trombolisi/trombectomie	65 trattati trombolisi/trombectomie

Gli standard per il trattamento del politrauma, STEMI, Stroke sono stati mantenuti per tutta l'annualità 2015.

Pianificata nel terzo trimestre 2015 la revisione del protocollo sul trauma maggiore. Prima riunione del gruppo interdisciplinare il 29 settembre.

Composizione del gruppo:

- Dipartimento di emergenza
- Dipartimento di anestesia e rianimazione
- Dipartimento di radiologia
- Neurochirurgia
- AREU
- Direzione Sanitaria

Al 31/12/2015 il documento di revisione è stato completato.

3.4 AFFARI GENERALI E LEGALI, PERSONALE, INVESTIMENTI

➤ **Il totale complessivo dei contingenti del personale strutturato dell'anno 2015 <= all'anno 2014 e comunque non deve superare il 2014**

Il totale complessivo dei contingenti del personale (F.T.E., supplenti inclusi) alla data del 31 dicembre 2015 ammonta a 3.530 unità. I contingenti sono inferiori alle rilevazioni al 31 dicembre 2014 che ammontavano a 3.531 unità.

➤ **Adesione Convenzioni Centrale Acquisti Regione Lombardia - Consip e utilizzo piattaforma telematica SINTEL nelle procedure d'acquisto.**

N. 19 convenzioni attivate nel 2015 da CONSIP, che riguardano gli Enti del SSR.

L'Azienda ha aderito alle seguenti tre convenzioni:

- Telefonia mobile 6 (delibera n.856/28.05.2015)
- Carburanti rete – Buoni acquisto 6 (delibera n.1868 del 3.12.2015)
- Licenze d'uso IBM Passport 2 (ordine Consip n. 2629645 del 21.12.2015).

Gli altri prodotti oggetto delle restanti convenzioni non avevano le caratteristiche richieste dall'Azienda o non vi era interesse al loro acquisto.

➤ **Adesione Convenzioni ARCA.**

N. 15 convenzioni attivate nel 2015 da ARCA che riguardano gli Enti del SSR:

1. Stent coronarici
2. Stent uretrali
3. Stent vascolari
4. Ecotomografi per ginecologia ed ostetricia
5. Neurostimolatori
6. Antisettici e disinfettanti
7. Sistemi chirurgia ossea elettrici
8. Farmaci Biologici – Filgrastim e Somatropina
9. Farmaci Biologici infliximab

10. Vaccini ed. 8
11. Convenzione per cancelleria tradizionale ed ecologica IV ed.
12. Pompe impiantabili
13. Ausili monouso ad assorbenza per incontinenti
14. Soluzioni infusionali .
15. Carta in risme IV edizione

L'Azienda ha aderito a 6 convenzioni, e altre 9 sono in valutazione:

- Farmaci Biologici – Filgrastim e Somatropina (adesione con delibera 883/28.05.2015)
- Carta in risme IV edizione (adesione con delibera 1107/08.07.2015)
- Convenzione per farmaci biologici – infliximab(adesione con delibera 15442/09.10.2015)
- Ausili monouso ad assorbenza per incontinenti (adesione con delibera n. 1325/27.08.2015)
- Soluzioni infusionali (adesione delibera n.1504/01.10.2015)
- Cancelleria tradizionale ed ecologica (adesione con delibera n. 1716/13.11.15).

In Valutazione:

- Pompe impiantabili
- Stent coronarici
- Stent uretrali
- Stent vascolari
- Ecotomografi per ginecologia ed ostetricia
- Neurostimolatori
- Antisettici e disinfettanti
- Sistemi chirurgia ossea elettrici
- Vaccini ed.8

➤ **Utilizzo della piattaforma telematica SINTEL.**

Si conferma l'utilizzo della piattaforma telematica SINTEL per le procedure d'acquisto di beni e servizi.

In particolare, nel corso dell'anno 2015 sono state lanciate n. 720 procedure, con un importo complessivo aggiudicato pari ad € 12.693.771,93.

3.5 RIORDINO DELLA RETE DI OFFERTA

➤ **Sviluppo e potenziamento del Sistema Trasfusionale**

Al 30/12/2014 è stato completato il programma di riorganizzazione delle attività trasfusionali, con la centralizzazione delle attività di lavorazione e validazione dei SIMT di Seriate e di Treviglio al CLV di Bergamo-HPG23. Da fine dicembre 2014 tutte le unità di sangue intero ed emocomponenti sono inviate al CLV-BG per la lavorazione e l'esecuzione dei test di qualificazione biologica. Il CLV provvede giornalmente all'invio degli emocomponenti richiesti sulla base delle scorte minime di ciascun SIMT. Sono state riviste le procedure del processo produttivo, in base ai nuovi volumi di unità lavorate e alle nuove apparecchiature (separatori cellulari, centrifughe, sistemi di filtrazione in linea).

Il CLV-BG è stato inoltre individuato da AREU/SRC come centro pilota per la realizzazione del progetto di unificazione informatica intra-CLV. Sono quindi state installate le nuove versioni di Emonet (9.4.007) ed Emomaster (3.00.010), compatibili con la fusione dei database dei tre SIMT di Bergamo, con la finalità di creare un unico database. Tale database comune è stato poi approntato dalla ditta INSIEL ed è stato collocato presso un server a Milano, gestito da Lombardia Informatica. Dopo le prime prove di comunicazione con il nuovo server, i referenti dei tre SIMT, in ottobre, hanno configurato Emonet secondo le specifiche operative nelle rispettive sedi ed hanno uniformato le procedure informatiche, con l'obiettivo di concludere la fusione dei 3 database in novembre. Tuttavia sono intervenuti problemi di connettività sul server di Milano, di competenza di Lombardia Informatica. Sono attualmente in corso le verifiche tecniche necessarie per concludere la fusione dei tre database, prevista per l'inizio del prossimo anno.

➤ **Programmazione territoriale: presentazione di progetti di riordino della rete di offerta su scala aziendale e interaziendale secondo gli obiettivi e i criteri definiti da DG Salute con apposita circolare**

I progetti sono stati presentati a Regione Lombardia con nota prot. n. 13512 del 31/03/2015 come da indicazioni della nota regionale n. 7814 del 11/3/2015.

La DG Salute (ora Welfare) con nota prot. n. 19224 del 26/06/2015 ha approvato i seguenti progetti aziendali:

- Appropriata prescrivibilità nella diagnostica di laboratorio;

- Revisione del piano di risorse mediche per la gestione del sovraffollamento e del consolidato incremento di accessi in PS nel nuovo ospedale;
- Protocollo di gestione del paziente cardiopatico sintomatico condiviso tra cardiologi e MMG;

Ha inoltre approvato i seguenti progetti interaziendali:

- Condivisione del sistema chirurgico robotico “da Vinci Si IS 3000 Intuitive Surgical” (consolidamento e prolungamento progetto 2014);
- Realizzazione del progetto di integrazione del flusso informativo tra sistema gestionale di AREU 118 e del Pronto Soccorso della A.O. Papa Giovanni XXIII BG;
- Attivazione sperimentale di un modello operativo interaziendale per le attività di competenza infettivologica nell’ambito territoriale della provincia di Bergamo, con il coinvolgimento delle tre aziende ospedaliere pubbliche della provincia;
- Esecuzione di esami di Fisiopatologia Digestiva;
- Progetto ICARO per la gestione integrata dell’evento nascita delle Aziende del SSR della provincia di Bergamo;
- Progetto per la gestione associata delle procedure di reclutamento del personale del comparto e utilizzo delle graduatorie delle aziende del SSR della provincia di Bergamo;
- Progetto per sviluppo di collaborazioni interaziendali per la gestione dei sinistri e del rischio clinico;
- Progetti formativi da erogarsi in modalità e-learning: gestione integrata di tematiche di interesse sovraziendale.

I progetti approvati sono stati realizzati.

- **Tempi attesa: misure attuate per il miglioramento dei tempi d’attesa per le prestazioni individuate come critiche**

Rilevazione ex-ante

La Regione Lombardia monitora attraverso una rilevazione mensile *ex-ante* il rispetto dei tempi di attesa per un gruppo di 44 prestazioni ambulatoriali ritenute critiche in quanto soggette ad un’elevata domanda da parte dell’utenza.

La nostra Azienda rispetta direttamente i tempi obiettivo per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e radioterapia oggetto di monitoraggio regionale ed indirettamente (secondo indicazioni ASL) per le seguenti prestazioni di:

- Colonscopia (garantita però sul territorio cittadino come stabilito con delibera n° 47 del 22 gennaio 2015, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Ecocolordoppler TSA e vasi (garantita però sul territorio provinciale come stabilito con delibera n° 47 del 22 gennaio 2015, dalla ASL della Provincia di Bergamo)

- Ecografia Ostetrica (garantita però sul territorio provinciale come stabilito con delibera n° 47 del 22 gennaio 2015, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Elettromiografia (garantita però sul territorio provinciale come stabilito con delibera n° 47 del 22 gennaio 2015, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Holter Dinamico (garantita però sul territorio cittadino come stabilito con delibera n° 47 del 22 gennaio 2015, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Visita Urologica (garantita però sul territorio cittadino come stabilito con delibera n° 47 del 22 gennaio 2015, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- RM colonna (garantita però sul territorio provinciale come stabilito con delibera n° 47 del 22 gennaio 2015, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Visita Fisiatrica (garantita però sul territorio cittadino come stabilito con delibera n° 47 del 22 gennaio 2015, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Visita Chirurgia Vascolare (garantita però sul territorio cittadino come stabilito con delibera n° 47 del 22 gennaio 2015, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Visita Neurologica (garantita però sul territorio provinciale come stabilito con delibera n° 47 del 22 gennaio 2015, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Visita Endocrinologica (garantita però sul territorio provinciale come stabilito con delibera n° 47 del 22 gennaio 2015, dalla ASL della Provincia di Bergamo)

L'ASL ha, infatti, aggiornato con la delibera di cui sopra, il proprio Piano Attuativo prevedendo che l'ambito territoriale in cui deve essere garantito il tempo massimo d'attesa è il territorio e non più il singolo Erogatore. Pertanto, l'ambito territoriale in cui il tempo massimo dovrà essere garantito è identificato nel territorio delle sette Aree sovra distrettuali dell'ASL di Bergamo. Per alcune prestazioni specialistiche distribuite, però, in modo non omogeneo sul territorio provinciale, l'ambito territoriale considerato per la garanzia dei tempi massimi è appunto l'area provinciale. Tale dato è verificabile nel sito dell'ASL <http://www.asl.bergamo.it>, nella sezione prestazioni specialistiche.

Rilevazione ex-post

La tabella sottostante mostra il volume di prestazioni monitorate da Regione Lombardia che rispettano il tempo obiettivo per l'anno 2015. Il dato è in linea con quello del 2014. La valutazione è fatta su tutta la produzione dell'anno ed è una rilevazione di tipo *ex-post*.

PRESTAZIONI CHE RISPETTANO IL TEMPO DI ATTESA OBIETTIVO	50.436
TOTALE DELLE PRESTAZIONI	88.894
% DI PRESTAZIONI CHE RISPETTANO IL TEMPO DI ATTESA OBIETTIVO - PRODUZIONE 2015	57%
VISITE	54%
RM	64%
TC	66%
ECOGRAFIE	59%

Miglioramento dell'appropriatezza e ottimizzazione dell'offerta

Con l'obiettivo di ottimizzare l'offerta presente, nel corso del 2015, alle chiamate in *outbound* offerte dal Call Center Regionale su agende specifiche di prenotazione, abbiamo affiancato sistemi di disdetta vocale e via e-mail aziendali per contenere il più possibile il fenomeno del *no show*, ossia degli utenti che non si presentano e non si sono curati di disdire l'appuntamento. Al momento la nostra percentuale di *no show* per l'anno 2015 si attesta intorno al 7%.

Sempre nell'ottica del miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili, dal mese di luglio 2015 siamo stati coinvolti nel tavolo tecnico dell'ASL di Bergamo per la verifica del corretto utilizzo dell'urgenza differibile. I lavori proseguiranno nel 2016 tenendo conto delle linee di indirizzo previste dalla DGR 2013/2014 (Raccomandazioni per la prescrizione di RM e TC per la diagnostica delle patologie del ginocchio, spalla e rachide), dalla DGR 3993/2015 (Appropriatezza EcoColorDoppler in angiologia) e dalla DGR 4702/2015 (Appropriatezza EGSD e Colonscopia).

Nel mese di settembre 2015 è stato riattivato il progetto di collaborazione con il gruppo di Medici di Assistenza Primaria del Distretto di Bergamo, approvato dalla ASL, per migliorare l'appropriatezza di invio dei pazienti con patologia cardiaca. I contenuti del progetto sono stati giudicati interessanti e importanti da tutti coloro che sono stati via via coinvolti. I Medici del territorio sono stati arruolati nei numeri prefissati (40).

4. 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'ASST ha adottato il Piano triennale di prevenzione della corruzione 2016-2018 e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2016-2018, quale sezione dello stesso Piano.

L'Azienda garantisce in tal modo 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 il coinvolgimento da parte del responsabile della prevenzione della corruzione delle figure dirigenziali aziendali, alle quali sono demandati, in relazione alle strutture da questi dirette, l'applicazione nelle aree di competenza delle misure di prevenzione della corruzione, il monitoraggio dell'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 e il monitoraggio dei dati pubblicati nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente.

4.1 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ 2014 - 2016

L'attività dell'ASST in tema di trasparenza cioè di obblighi di pubblicità e di diffusione delle informazioni è a regime secondo gli standard normativi.

Il Ministero della pubblica amministrazione e semplificazione, attraverso il sistema di monitoraggio on line la "Bussola di Magellano" ha confermato di recente la piena compatibilità di quanto pubblicato dall'ASST rispetto al d.lgs. n. 33/2013 (67/67 parametri valutati).

La materia è fluida e dinamica anche a causa del susseguirsi di disposizioni che integrano ed estendono gli obblighi di trasparenza.

Rendere l'ASST trasparente in tema di pubblicazione on line dei dati relativi agli aspetti organizzativi, agli indicatori gestionali e all'utilizzo delle risorse è stata un'operazione importante e non sempre semplice.

L'entrata in vigore della L.R. n. 23/2015 e la recente approvazione del D.lgs. recante disposizioni sulla revisione e la semplificazione della disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza richiederanno un importante lavoro di aggiornamento e ampliamento dei suddetti dati.

Rendere conto di come funziona il Papa Giovanni XXIII, infatti, richiede una forte attività di coordinamento affinché si possa dare una presentazione univoca, chiara e comprensibile a diversi stakeholder.

L'impegno dell'ASST in tale ambito è sintetizzato nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2016 – 2018, pubblicato sul sito aziendale nell'apposita sezione.

Al fine di responsabilizzare tutti gli attori coinvolti nell'adempire in modo puntuale alle prescrizioni di legge dall'anno 2015 è stata inserita nella contrattazione di budget del Dipartimento amministrativo uno specifico obiettivo in tema di trasparenza.

Tale previsione ha contribuito ad un netto miglioramento complessivo dei risultati raggiunti, come certificato anche dal Nucleo di valutazione.

4.2 PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Anche il 2015 è stato interessato da significativi cambiamenti nell'Ordinamento Giuridico, sul tema della prevenzione della corruzione, in particolare l'A.N.A.C. con determinazione 12 del 28 Ottobre 2015 ha approvato l'aggiornamento al Piano nazionale anticorruzione, prevedendo una parte speciale dedicata alla Sanità, individuando aree di rischio specifiche. Il piano evidenzia come la salute sia un bene primario, costituzionalmente protetto e, conseguentemente, come l'area della sanità meriti uno specifico approfondimento anche allo scopo di salvaguardare e proteggere le competenze e le capacità professionali presenti, contrastando i comportamenti corruttivi. Sulla scorta dei suggerimenti e delle indicazioni fornite, la neo costituita ASST Papa Giovanni XXIII ha adottato con delibera n. 140 del 29.1.2016 il Piano triennale di prevenzione della corruzione 2016-2017-2018 e il programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2016-2018. L'aggiornamento per il triennio 2016-2018 del Piano Triennale Prevenzione Corruzione dell'ASST Papa Giovanni XXIII, conferma l'approccio metodologico e la struttura del precedente Piano adottato con Delibera n. 86 del 22.01.2015. La metodologia di analisi applicata ai processi aziendali è quella indicata dall'Allegato 5 del Piano Nazionale Anticorruzione, elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato con delibera CIVIT n. 72 dell'11 settembre 2013. Con l'aggiornamento 2016/2017/2018, il catalogo dei processi aziendali sottoposti ad analisi e ponderazione del rischi è stato rivisto, sentiti i Direttori di struttura/referenti aziendali.

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

Tra l'altro l'Azienda sta implementando il piano attuativo di certificabilità del bilancio, il cui stato di attuazione è stato esplicitato nella delibera n. 1980/2015 del 23/12/2015.

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

Le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) chiarite anche dalla circolare A.N.A.C. del 9 settembre 2014, convergono nel senso anzidetto, imponendo alle Amministrazioni uno sforzo nella direzione dell'effettività della prevenzione, giungendo fino a delineare la possibilità di sanzionare coloro che ne siano privi.

Su indicazione del Responsabile Anticorruzione, l'Azienda nell'anno 2014 ha aderito al tavolo interaziendale per la prevenzione dell'illegalità sorto per iniziativa spontanea dei responsabili anticorruzione degli enti del Servizio Sanitario e finalizzato alla condivisione di esperienze e degli strumenti di prevenzione, alla luce delle peculiarità dell'ambito sanitario.

Il lavoro del Tavolo Interaziendale si è incentrato sulla revisione, semplificazione e integrazione degli strumenti di compliance per gli Enti del SSN e ha continuato la propria attività anche nel corso dell'anno 2015.

Lo spirito del tavolo è quello di un approccio concreto alle problematiche, interpretando secondo la logica della prevenzione dell'illegalità anche gli strumenti giuridici classici del diritto amministrativo (come ad esempio la trasparenza dell'attività amministrativa o il rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi).

Considerando l'importanza di strumenti preventivi effettivamente applicabili e intelligibili nell'ambito del tavolo s'è fatto uno sforzo anche in ordine alla comunicazione della prevenzione, condividendo strumenti formativi e informativi.

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

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

- l' art. 53 c. della L. 165/2001 "Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- le norme contenute nel D.Lgs. 39/2013 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti

privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190";

- l'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001 "Codice di comportamento" come modificato dall'art. 1 comma 44 della L. 190/2012 con il conseguente DPR n. 62/2013 e in particolare gli art. 6 "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse" e 7 "Obbligo di astensione";

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tale corso è stato assegnato come obiettivo di formazione per l'anno 2014 a tutto il personale dell'Azienda. Nel corso del 2015 è stato proposto ai neo assunti. La formazione continuerà anche nel 2016 per i neo assunti e il personale afferito dalla ex Asl di Bergamo e dall'ex Azienda ospedaliera di Treviglio.

Con l'ausilio dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari sarà necessario verificare costantemente l'attuazione del Codice, sotto il profilo del rispetto:

- delle norme, delle prescrizioni, dei precetti, delle raccomandazioni, desumendolo dall'andamento positivo delle relazioni della compagine sociale, dalle relazioni formali degli organismi presenti anche a livello sindacale;

- delle procedure imposte, col coinvolgimento sostanziale di tutti i dirigenti, cui grava l'onere immanente di collaborazione, nel pretendere dai propri collaboratori una condotta irreprensibile, nel segnalare proficuamente le disfunzioni e le anomalie riscontrate, nel contribuire ad accertare inequivocabilmente le condotte riprovevoli.

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

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

Già nel corso degli anni 2014 e 2015 comunque alle strutture sono stati assegnati obiettivi specifici inerenti la prevenzione della corruzione.

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

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

Tale programma investiga differenti dimensioni degli outcome assistenziali. A partire dai risultati del presente Programma si è proceduto ad una selezione di indicatori afferenti a quattro aree (cardiologia, traumatologia, ostetricia e chirurgia digestiva) attraverso i quali fosse possibile visualizzare il posizionamento dell'azienda e l'andamento nel tempo degli indicatori.

La tabella che segue elenca gli indicatori del PNE prescelti e riporta i risultati dell'Azienda riferiti agli anni 2012, 2013 e 2014 (ultimo anno con dati disponibili) e di quest'ultimo anno riporta anche la media nazionale (per avere un termine di confronto) e la

significatività statistica (p value del rischio aggiustato) del confronto tra rischio aziendale e rischio nazionale (il risultato è statisticamente significativo se $p < 0,05$).

La tabella di sintesi sotto riporta gli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE) con i risultati aziendali degli anni 2012-2014.

INDICATORE	DATI AZIENDALI			MEDIA NAZIONALE	P value del RISCHIO AGGIUSTATO - ANNO 2014
	RISCHIO AGGIUSTATO (x 100) AO - anno 2012	RISCHIO AGGIUSTATO (x 100) AO - anno 2013	RISCHIO AGGIUSTATO (x 100) AO - anno 2014	RISCHIO NAZIONALE AGGIUSTATO ANNO 2014	
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero	9,05	10,01	12,37	9,19	0,119
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	63	66,49	68,01	49,94	0
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in regime ordinario con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nell'anziano	77,98	87,12	80,72	66,55	0
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	14,86	13,45	16,91	25,69	0
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore	42,62	33,32	35,03	41,04	0,035
Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	0,96	1,76	2,1	2,31	0,816
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni	9	8,82	11,92	14,79	0,197
Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero	15,36	12,2	8,36	11,25	0,31

6. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: GLI INDICATORI DI RISULTATO

La tabella che segue riassume alcuni indicatori esplicativi di alcune dimensioni di analisi della performance dell'A.O. Papa Giovanni XXIII.

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 da Regione Lombardia “Sistema di valutazione degli Ospedali Lombardi”.

I criteri di esclusione utilizzati sono stati:

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

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

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2015
Attuazione delle strategie	Efficacia interna	Ricoveri ordinari ripetuti (%) = N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto* entro l'anno	Risultato 2013: 10,44%	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 11,83% Nell'anno 2013 l'AO ha completato il trasferimento dalla vecchia alla nuova sede, iniziato nel dicembre 2012. La fase di ripresa post-trasferimento e avvio del	Risultato 2015: 10,6% È stato sostanzialmente mantenuto il risultato dell'anno 2013.

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2015
		(01/01-31/12)/ Tot. Dimissioni			nuovo ospedale ha determinato nel 2013 una riduzione dell'attività di ricovero che è poi tornata ad incrementarsi nel 2014 (come descritto nel capitolo 2), sia per l'aumentata attrattività della struttura ospedaliera che per effetto della centralizzazione dei pazienti critici presso questa struttura di alta specializzazione, determinando quindi un incremento di vari indicatori di attività, compresi i ricoveri ripetuti.	
	Efficacia interna	Dimissioni volontarie (%)= N° dimissioni volontarie/ Totale dimissioni	Risultato 2013: 0,4% Nel 2013 le dimissioni volontarie sono ulteriormente diminuite e quindi è ulteriormente migliorata la performance	Mantenimento risultato 2013	Risultato 2014: 0,35% Dato sostanzialmente stabile tra il 2013 e il 2014	Risultato 2015: 0,25% Si rileva un lieve miglioramento dei risultati, già ottimi, registrati nel 2013 e nel 2014

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2015
	Efficacia interna	Trasferimenti tra strutture (%)= N° trasferiti (secondo codifica SDO)/ Totale dimessi	Risultato 2013: 2,4% Nel 2013 i trasferimenti tra strutture sono diminuiti e quindi è migliorata la performance	Mantenimento risultato 2013	Risultato 2014: 2,59% Dato sostanzialmente stabile tra il 2013 e il 2014	Risultato 2015: 2,83% Dato sostanzialmente stabile negli anni 2013-2015
	Efficacia interna	Ricoveri ordinari ripetuti entro 45 gg (%)= N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto* entro 45 gg./Tot. Dimissioni	Risultato 2013: 5,14% Nel 2013 i ricoveri ripetuti entro 45 giorni sono diminuiti rispetto al 2012	Mantenimento risultato 2013	Risultato 2014: 5,92% Vale tutto quanto già descritto nell'indicatore "ricoveri ordinari ripetuti entro l'anno"	Risultato 2015: 5,34% Dato sostanzialmente stabile negli anni 2013-2015
	Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti in	Risultato 2013: 24 per 1.000 abitanti Il dato si è sostanzialmente mantenuto stabile nel 2013	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 23 per 1.000 abitanti Dato sostanzialmente stabile tra il 2013 e il 2014	Risultato 2015: 23 per 1.000 abitanti Dato stabile tra il 2013 e il 2015

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2015
		provincia/Tot. residenti in provincia	rispetto al 2012			
	Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	Risultato 2013: 7 per 1000 abitanti Il dato si è mantenuto stabile nel 2013 rispetto al 2012	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 7 per 1.000 abitanti Dato stabile tra il 2013 e il 2014	Risultato 2015: 7 per 1.000 abitanti Dato stabile tra il 2013 e il 2015
	Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi totali residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	Risultato 2012: 31 per 1000 abitanti Il dato si è sostanzialmente mantenuto stabile nel 2013 rispetto al 2012	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 30 per 1.000 abitanti Dato sostanzialmente stabile tra il 2013 e il 2014	Risultato 2015: 30 per 1.000 abitanti Dato stabile tra il 2013 e il 2015
	Efficacia	Tasso di attrazione	Risultato 2013: 53 per 1000	Mantenimento / miglioramento	Risultato 2014: 49 per 1.000	Risultato 2015: 52 per 1.000

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2015
	interna	ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	dimessi Il valore è in calo rispetto al 2012 e in linea con il valore registrato nel 2011	risultato 2013	abitanti Il valore è in calo rispetto al 2013 e in linea con il trend nazionale di riduzione dei ricoveri ordinari di pazienti provenienti da altre regioni	abitanti Dato sostanzialmente stabile tra il 2013 e il 2015
	Efficacia interna	Tasso di attrazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	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	Risultato 2014: 43 per 1.000 abitanti	Risultato 2015: 49 per 1.000 abitanti Il valore è in incremento rispetto al 2013 e al 2014.

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2015
	Efficacia interna	Tasso di attrazione ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi totali residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	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	Risultato 2014: 48 per 1.000 abitanti	Risultato 2014: 52 per 1.000 abitanti Il valore è in incremento rispetto al 2013 e al 2014.

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	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2015
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	Adottato nuovo Piano di prevenzione della corruzione 2015 - 2017 (delibera n. 86 del 22/01/2015)	Adottato nuovo Piano di prevenzione della corruzione 2015 - 2017 (delibera n. 140 del 29.1.2016)
	Codice di comportamento		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	Effettuato corso FAD "Codice di comportamento"	Proseguita la formazione FAD "Codice di comportamento" e corso residenziale per operatori del CUP.
			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	Adottato nuovo Piano di prevenzione della corruzione 2015 - 2017 (delibera n. 86 del 22/01/2015)	Adottato nuovo Piano di prevenzione della corruzione 2015 - 2017 (delibera n. 140 del 29.1.2016)

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2015
ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014 - 2016		Monitorare ed aggiornare costantemente i dati pubblicati, 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	<p>La certificazione del Nucleo di Valutazione inerente la pubblicazione dei dati ha evidenziato che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i dati pubblicati riportano tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative per l'89,3% dei dati pubblicati - La pagina web e i documenti pubblicati risultano aggiornati per il 85,11% - Il formato di pubblicazione è aperto o elaborabile per il 51,06% 	<p>La certificazione del Nucleo di Valutazione inerente la pubblicazione dei dati ha evidenziato che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i dati pubblicati riportano tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative per il 100% dei dati pubblicati - La pagina web e i documenti pubblicati risultano aggiornati per il 100% - Il formato di pubblicazione è aperto o elaborabile per il 97,37%

7. IL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE NELL'ANNO 2015

La Regione Lombardia il 05/06/2015, sulla base delle regole di sistema del 2015, ha adottato la delibera X/3562 avente per oggetto DETERMINAZIONI RELATIVE AL “PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE (PIMO)”.

Con tale atto, la Regione Lombardia, in virtù dell'esperienza maturata in questi anni sulla valutazione della qualità delle strutture di ricovero e cura e il confronto con i riferimenti internazionali, ha individuato il metodo di valutazione delle performance delle attività sanitarie delle strutture stesse, per indirizzarle verso il raggiungimento di elevati standard di qualità per la corretta gestione clinico organizzativa dei processi sanitari, anche attraverso la realizzazione di una piattaforma sul portale regionale che preveda, all'interno di quattro aree individuate - valutazioni, performance, monitoraggio e obiettivi -, lo sviluppo delle conoscenze e le valutazioni del sistema mediante le quali le strutture ospedaliere possano valorizzare il percorso di crescita dell'organizzazione, integrando la logica economico-finanziaria con le attività sanitarie.

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

Al fine di dare attuazione a quanto sopra esposto, la Regione Lombardia a febbraio 2014 ha costituito il “Gruppo di Lavoro Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente” - composto dai Responsabili aziendali della Qualità di tutti gli ospedali lombardi - con l'obiettivo di sviluppare il “Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO)”.

Tale gruppo di lavoro ha fornito le linee guida affinché la Direzione Generale Salute potesse approvare il documento “Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione”, quale atto fondamentale per indirizzare le attività di valutazione e di miglioramento continuo dell'organizzazione, mediante riesame interno aziendale, check list di autovalutazione e un sistema di indicatori di monitoraggio, aventi l'obiettivo di:

- promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;

- monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente e dell'assistenza sanitaria;
- evidenziare i risultati ottenuti dalla struttura, in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, da raggiungere anche mediante un'appropriata gestione economico-finanziaria.

Di fatto, attraverso il monitoraggio dei 43 indicatori PIMO, la compilazione delle autovalutazioni regionali semestrali sugli standard ex JCI e il Riesame a consuntivo del sistema gestione qualità dell'anno trascorso, l'Azienda mantiene il monitoraggio attivo e continuo del proprio piano di miglioramento e si avvale del consuntivo per rilanciare le azioni di miglioramento per l'anno successivo, alcune delle quali rientrano, per priorità nel piano di budget.

La tabella che segue riassume gli indicatori PIMO individuati dalla Regione Lombardia per l'anno 2015:

7.1 TABELLA INDICATORI PIMO

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	Valore soglia obiettivo	Risultato raggiunto 2014	Obiettivo 2015	Risultato raggiunto 2015
1	10111	1 ECON-FINANZIARIO	1.1 Situazione economico-finanziaria	1.1.1 Indicatore economico gestionale di bilancio	Costo personale/produzione lorda	Mantenimento/miglioramento del rapporto rispetto all'anno precedente	53%	Mantenimento del valore	50%
					Spesa per beni e servizi/produzione lorda	Mantenimento/miglioramento del rapporto rispetto all'anno precedente	63,30%		67%
					Costi: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio	Mantenimento/miglioramento del rapporto rispetto all'anno precedente	99		98%
2	20111	2 STRUTTURA	2.1 Requisiti di accreditamento	2.1.1 Adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento	Requisiti non ancora raggiunti con incremento =>5% /Requisiti non ancora raggiunti	100% di tutti i requisiti	21,10%	33,33%	41,17%
3	20211	2 STRUTTURA	2.2 Manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori	2.2.1 Manutenzione impianti	Numero verifiche eseguite nei tempi/Numero verifiche pianificate	100%	99,99%	Mantenimento del valore	99,87%
4	20311	2 STRUTTURA	2.3 Verifiche impianti	2.3.1 Contaminazione da Legionella delle acque	Numero di campionamenti positivi nei punti di controllo (=> 102 UFC/l)/Numero punti di controllo	0%	0,90%	Mantenimento del valore	0,60%
5	20144	2 STRUTTURA	2.4 Documento di valutazione dei rischi	2.4.1 Correttivi apportati per problemi ad alto rischio	Numero di correttivi apportati per problemi ad alto rischio/Numero di correttivi pianificati per problemi ad alto rischio (individuati in riunione periodica)	100%	0%	Mantenimento del valore	0%
6	30111	3 TECNOLOGIE	3.1 Governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)	3.1.1 Efficienza dell'alta tecnologia diagnostica	Num. di ore di fermo macchina TC e RMN nell'anno/ Num. ore di servizio atteso TC e RMN	Nd	0,94%	Mantenimento del valore	0,47%
7	30211	3 TECNOLOGIE	3.2 Farmacovigilanza	3.2.1 Tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa	Num. di segnalazioni di sospetta ADR/ Giornate di degenza	Incremento del 10% delle segnalazioni rispetto all'anno precedente	0,97612 ‰	Mantenimento del valore	1,8948‰
8	30311	3 TECNOLOGIE	3.3 Dispositivo sorveglianza	3.3.1 Gestione recall dispositivi medici	Num. Recall gestiti nei tempi / N° Recall ricevuti	Intervento nei tempi	98,75%	Mantenimento del valore	100%

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	Valore soglia obiettivo	Risultato raggiunto 2014	Obiettivo 2015	Risultato raggiunto 2015
9	30411	3 TECNOLOGIE	3.4 Uso in sicurezza dei farmaci	3.4.1 Stoccaggio elettroliti concentrati	Num. dei punti di detenzione dei farmaci controllati e conformi/ Punti di detenzione dei farmaci controllati e non conformi	90%	100%	Mantenimento del valore	100%
10	30511	3 TECNOLOGIE	3.5 Valutazione ed aggiornamento del prontuario aziendale	3.5.1 Prontuario farmaceutico ospedaliero-aggiornamento	Num. di aggiornamenti/anno	1	554	Mantenimento del valore	457
11	40111	4 SISTEMI INFORMATIVI	4.1 Progetto SISS	4.1.1 Documenti sanitari disponibili on line	Num. di referti pubblicati sulla rete SISS/ N. di referti da pubblicare secondo target RL	100%	113%	100%	107,52%
12	40211	4 SISTEMI INFORMATIVI	4.2 Disaster recovery	4.2.1 Disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno.	Presenza e test	SI	Mantenimento del valore	SI
13	40311	4 SISTEMI INFORMATIVI	4.3 Continuità operativa	4.3.1 Continuità operativa informatica	Situazioni in cui un applicativo informatico non è stato accessibile/funzionante per un tempo superiore ad un riferimento deciso dall'ospedale (es. 15 minuti);	0 blocchi	8	Mantenimento del valore	3
14	50111	5 RISORSE UMANE	5.1 Requisiti di accreditamento	5.1.1 Adeguamento ai requisiti di accreditamento SSR-personale	Num. requisiti di accreditamento SSR sul personale assolti/ Num. Requisiti di accreditamento SSR sul personale	100%	100%	100%	100%
15	50211	5 RISORSE UMANE	5.2 Analisi del fabbisogno di personale	5.2.1 Copertura fabbisogni del personale	Organico medio FTE (si consiglia di calcolare anche l'organico minimo e massimo nell'anno) Organico FTE da fabbisogno approvato/ Richiesta personale da scheda di budget annuale approvato	100%	95,98%	Mantenimento del valore	95,88%
16	50311	5 RISORSE UMANE	5.3 Governo del clima aziendale - "CUG / Stress lavoro correlato"	5.3.1 Rispondenza indagine stress lavoro correlato (SLC)	Num. Dipendenti che hanno risposto al questionario SLC (eventuali disaggregazioni)/ Num. Totale dipendenti	Da definire sullo storico della struttura sanitaria	16,58%	Miglioramento al 20%	20,37%
17	50411	5 RISORSE UMANE	5.4 Sicurezza del posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria	5.4.1 Frequenza infortuni	Num. infortuni / ore lavorate x 1.000.000	0	0,001860%	Mantenimento del valore	0,001685%
18	50511	5 RISORSE UMANE	5.5 Analisi dell'attività formativa erogata	5.5.1 Tasso di saturazione dell'offerta	Num. partecipanti / Num. Posti di formazione previsti	Da definire sullo storico dell'organizzazione	58%	Miglioramento al 60%	79,20%

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	Valore soglia obiettivo	Risultato raggiunto 2014	Obiettivo 2015	Risultato raggiunto 2015
				formativa					
19	50611	5 RISORSE UMANE	5.6 Rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi	5.6.1 Incidenza ore di formazione	Num. Ore di formazione erogate al personale (si suggerisce di disaggregare per interna ed esterna e per tipologia)/Num. ore lavorate	Da definire sullo storico della struttura sanitaria	1,6%	Mantenimento del valore, in corso approfondimento in benchmarking	1,42
20	50711	5 RISORSE UMANE	5.7 Valutazione e sviluppo delle competenze	5.7.1 Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Num. Dipendenti con valutazione annuale delle competenze previste dal profilo e dal ruolo / Totale personale dipendente	100%	100%	Mantenimento del valore	100%
21	50811	5 RISORSE UMANE	5.8 Accredimento provider (ove presente in azienda)	5.8.1 Crediti ECM erogati per profilo	Num. crediti ECM erogati / personale con obbligo ECM	100%	68,18	Diminuzione a 35 perché nel 2014 sono stati svolti corsi FAD non previsti nel 2015	37,15
22	60111	6 ORGANIZZAZIONE	6.1 Obiettivi di mandato	6.1.1 Presa in carico obiettivi di mandato	Presenza report di assegnazione obiettivi entro 30 gg dall'arrivo in Azienda	SI	SI	Mantenimento del valore	SI
23	60211	6 ORGANIZZAZIONE	6.2 Segnalazioni dei cittadini	6.2.1 Classe prioritaria di segnalazione	Num. segnalazioni per classe prioritaria/ Num. segnalazioni complessive		30,10%	Mantenimento del valore	29%
24	60311	6 ORGANIZZAZIONE	6.3 Rilevazione della qualità percepita (customer)	6.3.1 Percentuale dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction	Num. degli item pari a 6 + n° item pari a 7 / Num. totale degli item	100%	80,70%	Mantenimento del valore	77%
25	60411	6 ORGANIZZAZIONE	6.4 Strategie della comunicazione aziendale	6.4.1 Standard di comunicazione esterna	Num. accessi al sito anno corrente/ Num. accessi anno precedente	Sempre >1	1,35	Dato del 2014 influenzato dalla nuova sede, nel 2015 prevista diminuzione a 1,2	1,12%
26	60511	6 ORGANIZZAZIONE	6.5 Gestione del rischio clinico	6.5.1 Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	100%	87%	Aumento al 100%	87%
27	60611	6 ORGANIZZAZIONE	6.6 Gestione del contenzioso	6.6.1 Frequenza normalizzata di richieste di risarcimento su giorni di degenza	Num. RR Area Clinica (Tot reparti, escluso PS)/ GG degenza Tot	< Valore medio regionale	0,024%	Mantenimento del valore	0,019%

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	Valore soglia obiettivo	Risultato raggiunto 2014	Obiettivo 2015	Risultato raggiunto 2015
28	60711	6 ORGANIZZAZIONE	6.7 Verbali e reports afferenti a Comitati con partecipazione aziendale	6.7.1 Evidenza oggettiva delle riunioni dei comitati aziendali	Num. relazioni annuali dei Comitati/ Num. comitati esistenti	100%	100%	Mantenimento del valore	100%
29	60811	6 ORGANIZZAZIONE	6.8 Indicatori dei processi sanitari ed organizzativi dell'assistenza	6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	Num. PDTA implementati/ Num. di DRG scelti (almeno 1 criterio vedi razionale)	100%	100%	100%	100%
30	60911	6 ORGANIZZAZIONE	6.9 Qualità della documentazione sanitaria	6.9.1 Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria	Valore delle cartelle non confermate (anche in invarianza DRG) al controllo NOC/ Valore delle cartelle campione controllo NOC	2% del valorizzato per presidio Indice di tolleranza	1,75%	Mantenimento del valore	1,13%
31	61011	6 ORGANIZZAZIONE	6.10 Qualità dei flussi informativi	6.10.1 Tempestività dei flussi informativi	% spedizioni in ritardo/ Tot spedizioni	Indice di tolleranza regionale per lo specifico flusso	0,148%	Mantenimento del valore	0,72 %
32	61111	6 ORGANIZZAZIONE	6.11 Monitoraggio liste d'attesa	6.11.1 Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	100%	54%	Mantenimento del valore	57%
33	61211	6 ORGANIZZAZIONE	6.12 Recepimento delle comunicazioni dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.lgs 231/01	6.12.1 Indice di chiusura delle raccomandazioni / prescrizioni emesse dall'ODV con esito positivo	Num. di raccomandazioni-prescrizioni emesse dall'OdV e chiuse con esito positivo dall'Organizzazione nei tempi stabiliti nel periodo di riferimento/ Totale delle raccomandazioni-prescrizioni emesse nel periodo di riferimento e da chiudere nei tempi stabiliti nel periodo di riferimento considerato.	100%	100%	Mantenimento del valore	Indicatore segnalato da Struttura legale interno ed audit come sospeso
34	61311	6 ORGANIZZAZIONE	6.13 Adeguamenti del Codice Etico e del Modello Organizzativo	6.13.1 Aggiornamento del Codice Etico (o Codice Etico Comportamentale)	Il codice etico (o codice etico - comportamentale) è aggiornato rispetto ai reati previsti dal D.Lgs. 231/01 (o Legge 190/2012 e DPR 62/2013) o cambiamenti organizzativi aventi impatto sul codice stesso?	SI	SI	Mantenimento del valore	Indicatore segnalato da Struttura legale interno ed audit come sospeso
35	61411	6 ORGANIZZAZIONE	6.14 Prevenzione della corruzione, dell'illegalità e trasparenza	6.14.1 Indice di chiusura delle azioni previste nel PTPC Piano Triennale Prevenzione e Corruzione e	Num. di azioni riportate nel PTPC e PTTI chiuse nel periodo di riferimento considerato/ Num. totale azioni previste dal PTPC e PTTI nel periodo di riferimento considerato	100%	100%	Mantenimento del valore	100%

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	Valore soglia obiettivo	Risultato raggiunto 2014	Obiettivo 2015	Risultato raggiunto 2015
				PTTI Piano triennale Trasparenza e Integrità.					
36	61511	6 ORGANIZZAZIONE	6.15 Tutela dei dati personali sensibili e genetici	6.15.1 Segnalazioni in merito a mancati adempimenti sulla privacy	Num. segnalazioni ricevute in merito al mancato rispetto del D.lgs. 196/03	Tendente a 0, ma da personalizzare per ciascuna struttura	0	Mantenimento del valore	0%
37	61611	6 ORGANIZZAZIONE	6.16 Semplificazione e dematerializzazione	6.16.1 Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste	da personalizzare per ciascuna struttura	94,30%	Mantenimento del valore	100%
38	61711	6 ORGANIZZAZIONE	6.17 Qualità dei fornitori	6.17.1 Indice di corretta evasione dell'ordine-appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Num. delle corrette evasioni di ordini-appalti rispetto a quanto contrattualmente previsto/ Num. totale ordini-appalti evasi	da personalizzare per ciascuna struttura	98%	Mantenimento del valore	98%
39	61811	6 ORGANIZZAZIONE	6.18 Qualità dei servizi forniti in outsourcing	6.18.1 Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento/ Num. totale dei questionari compilati	da personalizzare per ciascuna struttura	73,31%	Mantenimento del valore; da valutare estensione dell'indagine ad altri servizi di outsourcing	69,46
40	61911	6 ORGANIZZAZIONE	6.19 Esiti degli audit interni e di parte terza	6.19.1 Esiti degli audit interni e di parte terza	Num. audit effettuati/ Num. audit pianificati	90%	92,39%	92%	99,34%
41	62011	6 ORGANIZZAZIONE	6.20 Riesame obiettivi medio termine	6.20.1 Riesame obiettivi a medio termine	Num. valutazioni effettuate/ Num. valutazioni pianificate	100%	100%	Mantenimento del valore	100%
42	62111	6 ORGANIZZAZIONE	6.21 Sviluppo di processi secondo il metodo HTA	6.21.1 Età media delle alte tecnologie	Num.anni Alte Tecnologie / num. Alte Tecnologie	≤ 7,5 anni (media regionale da osservatorio NSISS)	4,27	Mantenimento entro il valore soglia: Si prende atto del soprasoglia dell'item n. 5 legato ad aspetti economici	5
	62112				Num.anni TC / num. TC presenti	≤ 7 anni	4		5
	62113				Num.anni RMN / num. RMN presenti	≤ 7 anni (media regionale da osservatorio NSISS)	2		3,5

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	Valore soglia obiettivo	Risultato raggiunto 2014	Obiettivo 2015	Risultato raggiunto 2015
	62114				Num. anni LINAC / num. LINAC	≤ 9 anni (media regionale da osservatorio NSISS)	5,3		6,3
	62115				Num. anni TC/PET / num. TC/PET presenti	≤ 5 anni (media regionale da osservatorio NSISS)	8		9
	62116				Num. anni GCC / num. GCC presenti	≤ 10 anni (media regionale da osservatorio NSISS)	4,3		5,3
	62117				Num. anni GTT presenti / num. GTT presenti	≤ 6 anni (media regionale da osservatorio NSISS)	2		3
43	70111	7 AUTOVALUTAZIONE	7.1 Riesame delle autovalutazioni	7.1.1 Riesame delle autovalutazioni	Num. standard raggiunti per area/Num. standard valutati per area	90%	98,30%	98%	99,15%

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

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

per 15 giorni
