



OGGETTO: RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII - ANNO 2016.

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona del Dott. Carlo Nicora

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

DR. VINCENZO PETRONELLA

IL DIRETTORE SANITARIO

DOTT. FABIO PEZZOLI

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO

DR.SSA DONATELLA VASATURO

Visti il d.lgs. 30.12.1992 n. 502 ed in particolare gli artt. 3 e 3bis e il d.lgs. 19.6.1999 n. 229;

Vista la l. 7.8.1990 n. 241 e s.m.i. “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”;

Vista la l.r. 30.12.2009 n. 33, riguardante il testo unico delle l.r. in materia di sanità, come modificata dalla l.r. 11 agosto 2015 n. 23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al titolo I e II della legge regionale 30.12.2009 n. 33”;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. X/4487 del 10.12.2015, in attuazione della su richiamata l.r. 11.8.2015 n. 23, con la quale è stata costituita a partire dall’1.1.2016 l’azienda socio - sanitaria territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII con sede legale in Piazza OMS 1 – 24127 Bergamo - nel nuovo assetto indicato dall’allegato 1 al medesimo provvedimento;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. X/4644 del 19.12.2015 con la quale è stato nominato direttore generale dell’ASST Papa Giovanni XXIII con decorrenza dall’1.1.2016 e fino al 31.12.2018;

Vista la deliberazione n. 1 del 4.1.2016 “Preso d’atto della deliberazione di Giunta regionale n. X/4644 del 19.12.2015 di nomina del direttore generale dell’azienda socio - sanitaria territoriale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Relativo insediamento”;

Rilevato che il responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

- 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 ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti e il bilancio di genere realizzato."
- la USSD Valutazione risorse umane e obiettivi di mandato, con il supporto di alcune strutture di staff della Direzione, ha provveduto a redigere la relazione come previsto dal suddetto decreto;
- il documento, oltre a tenere in considerazione l'attuazione della l.r. n. 23/2015, è stato redatto garantendo il coordinamento e la coerenza con il piano triennale di prevenzione della corruzione e il programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- il Nucleo di valutazione delle prestazioni, nella seduta del 6 giugno 2017, ha preso visione della "Relazione sulla performance dell'ASST Papa Giovanni XXIII – anno 2016" e, dopo averla analizzata, ha approvato il relativo contenuto (allegato A);

Acquisito il parere del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore sociosanitario.

DELIBERA

1. di approvare il documento allegato alla presente "Relazione sulla performance dell'ASST Papa Giovanni XXIII – anno 2016" (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

RELAZIONE AL PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 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.

Giugno 2017

INDICE

1. PREMESSA	2
1.1 POAS (PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO).....	10
2. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA	16
2.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO	16
2.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA	17
2.3 I TRAPIANTI E L'ALTA SPECIALIZZAZIONE	19
2.4 CURE ONCOLOGICHE	20
2.5 EMERGENZA-URGENZA	21
2.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE.....	22
3. GLI OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE E IL LORO RAGGIUNGIMENTO NELL'ANNO 2016	24
4. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA.....	44
4.1 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ 2014 - 2016.....	45
4.2 PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	46
5. IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DI ALCUNI INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE).....	55
6. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: GLI INDICATORI DI RISULTATO	59
7. IL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE NELL'ANNO 2016.....	66
7.1 TABELLA INDICATORI PIMO	67

1. PREMESSA

L'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, a seguito dell'entrata in vigore della Legge regionale 11 agosto 2015 n.23 "Evoluzione del sistema socio-sanitario regionale (SSR)", è stata trasformata in ASST (Agenzia Socio Sanitaria Territoriale).

Con la costituzione dell'ASST Papa Giovanni XXIII, istituita con DGR n. X/4487 del 10/12/2015, è stato definito l'assetto organizzativo della ASST comprendente:

- Ospedale Papa Giovanni XXIII,
- Ospedale Civile di San Giovanni Bianco,
- Poliambulatorio di Zogno,
- Poliambulatorio di Villa d'Almè,
- Poliambulatorio di S. Omobono
- Centro diurno San Giovanni Bianco
- CRA San Giovanni Bianco
- Polo territoriale UONPIA di Zogno
- Distretti di Bergamo e Val Brembana e Valle Imagna
- Consultorio familiare pubblico di Bergamo,
- Consultorio familiare pubblico di Villa d'Almè,
- Ser.D.

La fase transitoria, che ha visto il riassetto degli ambiti territoriali, delle funzioni, dei presidi ospedalieri e delle strutture territoriali, ha comportato notevole impegno per la gestione degli aspetti attinenti alla quotidianità della vita dell'ASST, quali ad esempio il personale, le attività erogative, le attività di programmazione, la fruizione degli spazi, la titolarità dei contratti, ecc.

A seguire si riporta una sintesi delle Strutture e delle funzioni transitate all'interno della ASST Papa Giovanni XXIII:

1. Servizio Unificato di assistenza Protesica ed Integrativa (SUPI) del paziente domiciliare, esteso a tutta la provincia di Bergamo

Il nuovo servizio unificato si è occupato della presa in carico del servizio di gestione della assistenza protesica ed integrativa, provvedendo a tutta la provincia. A livello operativo il modello garantisce una elevata integrazione delle attività di erogazione dei servizi del SSL

garantendo agli assistiti la continuità della cura e l'accesso alle prestazioni ottimizzando le risorse disponibili, mantenendo gli stessi standard assistenziali per i pazienti delle tre ASST senza alcun cambiamento per i pazienti attualmente assistiti.

2. Servizio di assistenza farmaceutica (SAF)

Nel corso dell'anno 2016 l'ASST Papa Giovanni XXIII, a seguito della cessazione della convenzione con l'ATS di Bergamo, è subentrata in via sperimentale nella gestione unificata del SAF, facendosi carico, in particolare:

- di provvedere all'acquisto centralizzato dei farmaci e del materiale farmaceutico sanitario a gestione diretta per pazienti affetti da gravi malattie croniche per tutte le tre ASST della provincia;
- di approvvigionarsi di farmaci e materiale sanitario tramite i contatti della Centrale Regionale Acquisti (ARCA);
- di gestire il magazzino di primo livello, garantendo la ricezione, lo stoccaggio, la distribuzione diretta ai pazienti e la distribuzione alle strutture delle tre ASST bergamasche, con la relativa registrazione di carico a magazzino e di scarico a specifici centri di costo, dei farmaci e del materiale farmaceutico sanitario erogato;
- di garantire la gestione amministrativa-contabile sia del magazzino sia del ciclo attivo e passivo;
- di predisporre report mensili per il monitoraggio della spesa;
- di trasmettere un unico flusso informativo provinciale verso Regione Lombardia, facendosi carico dell'eventuale correzione degli errori;
- di gestire i vaccini per tutta la provincia inclusi gli Ospedali.

3. Servizio delle Dipendenze (Ser.D.)

Si occupa dei disturbi determinati da uso di sostanze o da comportamenti di addiction (gioco d'azzardo patologico, shopping compulsivo, sexual addiction, internet addiction), patologie sempre più diffuse che coinvolgono il singolo individuo ma che comportano spesso il coinvolgimento della famiglia e della società nel suo complesso.

I Ser.D della ASST PG23 sono dislocati sia presso la struttura di Via Borgo Palazzo sia presso il Carcere di Bergamo; sono servizi pubblici che garantiscono l'accesso diretto, senza necessità di impegnativa, con accesso facilitato a tutti i pazienti e le loro famiglie indipendentemente dalla propria residenza anagrafica.

Oltre ai Ser.D. di Bergamo è attivo, presso il Comune di Zogno, anche un Ambulatorio per le alcool dipendenze e il gioco d'azzardo patologico.

I Ser.D. si occupano anche di interventi di prevenzione delle dipendenze come indicato dal DPR 309/90, in stretta connessione con la ATS di Bergamo e le ASST Bergamo Ovest e ASST Bergamo Est.

4. Ex strutture Distrettuali:

Con l'applicazione della L.R. 23/2015 alla ASST PG23 sono stati trasferiti i due ex Distretti della ASL Bergamo quali, il Distretto di Bergamo e il Distretto della Valle Brembana e Valle Imagna. Esercitano funzioni sanitarie e socioassistenziali d'interesse locale nel territorio di competenza, al fine di garantire una risposta coordinata ed integrata dei bisogni della popolazione di riferimento. Presso entrambe le sedi erogative degli "Ex Distretti", sono erogati i seguenti servizi già di competenza ASL:

- Rilascio programma terapeutico per la fornitura di pannoloni ed ausili ad assorbenza,
- Autorizzazione alla fornitura di presidi ed ausili (ossigenoterapia, aghi, strisce e lancette per diabetici, cateteri, placche e sacche per uro/ileo/colostomizzati, prodotti dietetici per morbo celiaco, nutrizione enterale, maternità a rischio ecc...),
- Ufficio Invalidi Civili (pratiche invalidità civile, cecità e sordomutismo, Legge 104/92, Legge 68/99, richieste contrassegni per parcheggi invalidi, richieste contributi alla spesa per modifica agli strumenti di guida),
- Rilascio rinnovo patenti e porto d'armi,
- Centro Assistenza Domiciliare (CeAD),
- Accettazione dichiarazione donazione organi e tessuti,
- Certificazione di igiene pubblica,
- Scelta e revoca del medico e del pediatra, esenzioni e autorizzazioni e assistenza all'estero,
- Vaccinazioni,
- Ambulatorio socio-psicologico,
- Consultori familiari:
 - Villa D'Almè – Via F.lli Calvi
 - Sant'Omobono Terme – Via G. Vanoncini n° 20
 - Via Borgo Palazzo, 130 – Bergamo – Pad. 18 A

- Visite fiscali e necroscopiche e rimborso dializzati,
- Ufficio Relazioni con il Pubblico.

5. Il Centro Bambino e Famiglia (CBF) - Via San Martino della Pigrizia 52, Bergamo

Il CBF è una struttura pubblica di Bergamo che offre servizi specialistici per il bambino e la famiglia con particolare attenzione alle problematiche riferite alla violenza e agli abusi sui minori, ed è in grado di trattare problematiche di particolare complessità a favore dell'intero territorio provinciale.

Da molti anni (1991), presso il Centro, prestano la loro attività professionale psicologi, psicoterapeuti, mediatori e consulenti, con formazione specifica, in grado di garantire interventi qualificati per le famiglie in crisi e per la gestione delle conflittualità, offrendo:

- Servizi per adulti, genitori e famiglie: colloqui psicologici clinici, psicoterapia individuale, terapia multifamiliare, interventi clinici multifamiliari per coppie conflittuali in separazione, interventi per disturbi post traumatici da stress, mediazione familiare, valutazione e trattamento delle relazioni genitoriali, Family Group Conference, Non Violent Resistance –NVR;
- Servizi per bambini e ragazzi: valutazione psicologica, psicoterapia individuale, gruppi di parola, consulenza psicologica per adolescenti e ragazzi;
- Servizi per operatori sociali, sanitari, educativi e del diritto: servizi di consulenza specialistica, interventi di psicologia giuridica – audizioni protette e incidenti probatori, iniziative di sensibilizzazione e formazione.

La ASST PG23 con la DGR n. 6114/2017 del 16.01.2017, è stata autorizzata a dare continuità nell'anno 2017 ai servizi resi dal CBF.

6. Servizio di Protezione Giuridica

Il Servizio Protezione Giuridica dell'ASST Papa Giovanni XXIII, raccoglie l'eredità dell'Ufficio di Pubblica Tutela (UPG), precedentemente istituito presso l'ex ASL di Bergamo, così come previsto dall'art. 9, comma 6 della l.r. del 12 marzo 2008 n° 3, mantenendo così inalterato il modello unitario che assicura le funzioni su tutta la provincia bergamasca.

L'organizzazione territoriale prevede, grazie alla collaborazione dei Comuni e del privato sociale, un sistema a rete con una fitta diffusione di sportelli territoriali e pertanto si configura come servizio di II° livello, fornendo informazioni sugli istituti giuridici di protezione delle persone "fragili", quali l'interdizione, l'inabilitazione e l'amministrazione di sostegno, che perseguono la comune finalità di porre in tutela persone fragili, siano esse maggiorenni, sia minori emancipati o giovani.

Il Nucleo Operativo Disabilità Adulta (NODA)

Il Nucleo Operativo Disabilità Adulta si occupa dell'utenza disabile e fragile adulta, afferente alla ASST PG23, a seguito del suo trasferimento dall'ATS di Bergamo. Collabora con l'Ambulatorio Disabilità Intellettiva, che assicura consulenze psichiatriche per certificazioni concernenti la psicopatologia e per trattamenti farmacologici. Inoltre, collabora con l'associazionismo familiare dell'area disabilità e con gli operatori dei diversi servizi del territorio che, a vario titolo, si occupano di disabilità e di fragilità.

7. Servizio Disabilità e fragilità: Collegi di accertamento per l'individuazione dell'alunno disabile

In attuazione ai principi della L.R. 23/2015, declinati nella DGR 4702/2015 e nel relativo allegato "Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2016", anche l'area della disabilità ha visto la separazione delle funzioni di programmazione e controllo da quelle di erogazione diretta di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, con l'afferenza delle prime all'ATS e di quelle erogative alle tre ASST orobiche e ai Servizi privati accreditati. Coerentemente al nuovo assetto organizzativo, nel rispetto delle reciproche competenze, sono stati mappati i processi e descritte le specifiche responsabilità e attività di competenza.

Tenuto conto delle decisioni strategiche assunte dal Collegio dei Direttori Generali della ATS Bergamo è stata individuata la ASST PG23 quale idonea articolazione organizzativa atta a conseguire, a livello interaziendale, il coordinamento tecnico-scientifico funzionale del complesso delle attività che regolamentano i Collegi di accertamento per l'individuazione dell'alunno disabile. Il Servizio preposto al coordinamento, Servizio Disabilità e Fragilità dell'ASST PG23 si avvale degli operatori, delle sedi e dei beni afferenti alle tre ASST per l'espletamento delle attività.

8. Servizio di Medicina Legale

Il servizio di Medicina Legale, a seguito dell'entrata in vigore della l.r. 23/2015, è transitato dalla ASL di Bergamo alla ASST PG23 in virtù dell'attribuzione alla rete territoriale delle ASST, del compito di erogare prestazioni medico-legali.

Con decreto del Direttore Generale Welfare n. 11971 del 31 dicembre 2015, ha assegnato all'ASST PG23, su richiesta specifica del Collegio dei Direttori dell'ATS di Bergamo, tutte le risorse dell'USC Medicina Legale e la relativa funzione di capofila per ciò che attiene il coordinamento delle attività correlate, la stesura di linee guida e/o di procedure operative da attuarsi su tutto il territorio provinciale.

ASST PG23 garantisce l'erogazione di prestazioni specialistiche di II livello mentre le attività di I livello vengono erogate tramite il personale delle singole ASST competenti per

territorio, sempre su incarico del Servizio di Medicina Legale dell'ASST PG23 che assicura uniformità erogativa delle prestazioni.

9. Presa in carico degli accertamenti finalizzati alla ricerca di Sostanze d'abuso/psicotrope su matrice urinaria – TIPO A

L'ASST Papa Giovanni XXIII, in qualità di capofila, d'intesa con le ASST Bergamo Est e Bergamo Ovest, si è avvalsa della collaborazione dell'ATS di Bergamo, per l'esecuzione di prestazioni di laboratorio al fine di garantire la continuità del processo di screening riferita al monitoraggio e, in caso di positività, alla determinazione semiquantitativa di sostanze di abuso nelle urine, per l'utenza che afferisce presso i Ser.D. del territorio bergamasco.

Di fatto l'ASST PG23 ha stipulato convenzione con le ASST Bergamo Est e Bergamo Ovest, finalizzata a disciplinare le modalità di esecuzione degli accertamenti inerenti le droghe d'abuso nonché, con la ATS di Bergamo, per l'utilizzo degli spazi e l'impiego del personale del Laboratorio di prevenzione della sede di Borgo Palazzo, per l'esecuzione di accertamenti di I° livello (Tipo A) su urine.

10. OSPEDALE DI SAN GIOVANNI BIANCO

L'Ospedale Civile di San Giovanni Bianco, pur avendo un bacino d'utenza inferiore a quanto previsto dall'articolo 2 del DM 70, può essere classificato come presidio ospedaliero di base in quanto possiede tutti i servizi descritti dallo stesso articolo:

- Medicina Generale
- Chirurgia Generale,
- Ortopedia e Traumatologia,
- Pronto Soccorso h24
- Anestesia e Rianimazione h24

A questi si aggiungono come servizi di supporto all'attività:

- il CAL (Centro Assistenza Limitata),
- un Centro di Riabilitazione Assistenziale per l'area psichiatrica con 19 posti letto,
- un punto di intervento H24 del 118,
- n. 6 posti letto di Riabilitazione Specialistica,

- n. 10 posti letto per subacuti,
- Strutture ambulatoriali poli-specialistiche nei paesi di Piazza Brembana, Zogno, Villa d'Almè, S.Omobono,
- un ambulatorio Psico Sociale e di Neuropsichiatria Infantile a Zogno.

Nell'anno 2016, il primo di gestione del presidio ospedaliero (p.o.) di San Giovanni Bianco da parte della ASST PG23, sono state poste le basi per la messa in sicurezza ed il corretto ruolo dell'ospedale, in base al suo livello di classificazione. Questo è stato possibile attraverso una serie di attività che vanno dalla valutazione dei livelli di attività degli anni precedenti, alla conoscenza della realtà locale e dei professionisti, all'analisi dei bisogni di salute del distretto Val Brembana/Valle Imagna all'interno del quale è inserito il p.o., agli incontri con gli stakeholder.

L'attività di INTEGRAZIONE ha visto:

- lo scambio di professionisti tra i due p.o.,
- la condivisione di protocolli diagnostico-terapeutico-assistenziali,
- in tempi relativamente rapidi un migliore utilizzo delle risorse locali in funzione delle necessità Aziendali.

In questo contesto si è registrata quindi:

- un'ottimizzazione dell'utilizzo dei posti letto ordinari con aumento significativo del tasso di occupazione da 57% (2015) a 77,8% (2016);
- diminuzione dell'intervallo di turn over da 5,2 giorni (2015) a 2,3 giorni (2016);

Prendendo in considerazione le diverse aree ospedaliere si è consolidato il buon utilizzo dei posti letti ordinari:

Area Internistica:

- ✓ Medicina Interna oltre il 90% il tasso di occupazione;
- ✓ Sub-acuti 85% il tasso di occupazione;
- ✓ è aumentata la complessità dei pazienti ricoverati, per gli interscambi con il Pronto Soccorso e la Medicina Interna del HPG 23.

Area chirurgica: grazie agli interventi di integrazione con HPG 23, come la condivisione delle liste d'attesa e l'interscambio dei professionisti, ha migliorato le proprie performances.

- ✓ Chirurgia Generale: il tasso di occupazione dei PL ordinari è passato da 40,3% (2015) al 66,1% (2016), ed il numero di interventi chirurgici effettuati è passato da 505 (2015) a 575 (2016) con un incremento di + 13,9%.
- ✓ Ortopedia: il tasso di occupazione dei PL ordinari è passato da 23,9% (2015) a 47,4% (2016) ed il numero di interventi chirurgici effettuati, è passato da 871 (2015) a 1.008 (2016) con un incremento di + 15,7%.
- ✓ Riabilitazione e Recupero Funzionale: si è modificato il case mix dei pazienti ricoverati privilegiando pazienti fragili e anziani dei reparti di Medicina Interna e Sub-acuti, permettendo una mobilitazione precoce utile al più rapido e più completo parziale recupero funzionale necessario ad un riaffido del paziente alla rete territoriale.
- ✓ Pronto Soccorso (PS) ha visto una riduzione del numero di accessi, che sono passati da 14.978 (2015) a 14.212 (2016) con un decremento di - 5,1%. Questo dato assume un valore positivo in quanto la valutazione della tipologia di codice di triage in uscita ha evidenziato che la riduzione era quasi tutta concentrata sui codici bianchi (- 672 accessi; - 24,2%), mentre i codici gialli risultavano addirittura in aumento (+71 accessi; + 8,8%). Quello registrato in sostanza è un ottimo segnale di buon utilizzo del PS in quanto i codici bianchi, come noto, devono fare riferimento al MAP-PLS.

Attività Ambulatoriale: al fine di andare incontro a parte della domanda ambulatoriale che non trova risposta in Val Brembana sono state riattivate o potenziate (ad isorisorse per ASST) alcune attività specialistiche:

- ✓ Cardiologia: +129% (grazie al nuovo ecografo assegnato all'ospedale),
- ✓ Neurologia: +21% (nonostante la riattivazione sia avvenuta nel mese di settembre),
- ✓ Odontostomatologia: +252% a San Giovanni Bianco, +453% a Villa d'Almè, +16% a Zogno,
- ✓ Oncologia: +83% (attivazione prestazioni di Macroattività Ambulatoriale Complessa - MAC),
- ✓ Riabilitazione: +48% a San Giovanni Bianco, +142% a Villa d'Almè, +29% a Zogno.

Per le specialità di Endocrinologia e Urologia sono state riattivate dal mese di settembre 2016 l'offerta ambulatoriale precedentemente gestita dalla A.O. Treviglio.

1.1 POAS (PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO)

Il POAS è lo strumento programmatico attraverso il quale l'azienda, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispone, definisce 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 ASST PG23, nell'intento di dotarsi di un POAS che sappia coniugare l'esigenza dell'integrazione tra ospedale e territorio, nella logica della presa in carico globale del paziente anche attraverso la gestione per processi, ha redatto un POAS che contiene elementi di originalità tesi all'introduzione e all'implementazione di un innovativo processo di cambiamento organizzativo e culturale.

Il POAS dell'ASST Papa Giovanni XXIII intende rispondere - nel rispetto della piena attuazione delle norme vigenti, con particolare riferimento alla legge di evoluzione del SSL n. 23/2015 - ai mutati scenari, a partire dalla nuova fisionomia aziendale, declinando in particolare i seguenti obiettivi:

- passare dalla cura dell'acuzie al prendersi cura, costruendo azioni e percorsi integrati dalla prevenzione fino alla cronicità, rivolti al malato e alla sua famiglia, ai soggetti fragili e in generale ai soggetti che attraversano particolari fasi della vita (bambini, adulti in età fertile, coppia, famiglie, anziani, ...);
- impiegare le innovazioni tecnologiche nei casi di provata efficacia e garanzia di migliore efficienza e sicurezza;
- garantire l'universalità delle cure e la sostenibilità delle cure e dell'assistenza, anche attraverso forme innovative di fund raising (marketing, libera professione, convenzioni con mutue e assicurazioni, ...);
- sviluppare innovazione clinica e organizzativa attraverso la ricerca, lo sviluppo del capitale umano, adeguatamente e costantemente formato, e l'accreditamento secondo i più autorevoli standard in qualità, anche in collaborazione con enti, istituti e Università nazionali e internazionali;
- mantenere ed accrescere il ruolo di riferimento, assunto negli anni in particolare dall'ospedale Papa Giovanni XXIII, nella clinica, nell'assistenza e nell'organizzazione, a servizio dell'intero SSL, anche attraverso lo sviluppo di attività di promozione e di cooperazione internazionale.

L'organizzazione del POAS è funzionale a tali obiettivi e prevede un nuovo modello gestionale che si articola e si compone come di seguito:

1. La Direzione Strategica

Il governo efficace ed efficiente dell'ASST si persegue attraverso l'azione unitaria della Direzione Strategica, che individua obiettivi e destina al loro raggiungimento le risorse umane, economiche e tecniche necessarie. La Direzione Strategica è costituita oltre che dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Socio Sanitario;

Compito della Direzione Strategica è quello di:

- individuare gli obiettivi e i programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionali;
- organizzare l'azienda, programmare le attività e realizzare la qualità delle prestazioni;
- pianificare le risorse e gli investimenti;
- gestire le relazioni interne ed esterne;
- garantire la sicurezza e la prevenzione.

2. Il Polo ospedaliero

Diretto dal Direttore Sanitario, comprende il presidio di Bergamo (HPG23) e il presidio di San Giovanni Bianco (HSGB).

La diversa storia, collocazione geografica e vocazione offre l'opportunità di sinergie e di completamento della filiera produttiva, fra i due presidi, grazie alla gestione per processi esplicitata di seguito.

3. La Rete Territoriale

Diretta dal Direttore Socio Sanitario, comprende l'insieme dei punti territoriali che:

- erogano prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità e cure intermedie;
- garantiscono le funzioni e le prestazioni medico-legali;

- si fanno carico delle prestazioni distrettuali fornite alle persone, che erano erogate dalla ASL, ad eccezione di quelle ora espressamente attribuite alle ATS;
- erogano le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari, eventualmente delegate dall' ATS o dalle autonomie locali, in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e d'integrazione delle funzioni e delle risorse, attraverso una presa in carico globale e unitaria, in particolare per le persone in condizione di cronicità e di fragilità;
- svolgono le attività di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi ambientali e individuali, svolte con il coordinamento del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, in coerenza con il Piano Regionale Prevenzione che assicura la funzione di governance e l'identificazione dei soggetti erogatori delle prestazioni.

4. L'organizzazione e gestione per processi:

Data la complessità dell'ASST, il POAS, nell'ambito dell'integrazione organizzativa, punta a migliorare il coordinamento tra le varie unità organizzative attraverso un nuovo modello di funzionamento (la tecnostuttura gestionale e la matrice produttiva illustrate di seguito).

Tenuto conto dei seguenti fattori:

- ✓ output richiesti;
- ✓ contesto organizzativo in cui si colloca il processo;
- ✓ i meccanismi di coordinamento adottati dall'Azienda;
- ✓ le risorse disponibili (umane, tecnologiche e informative) presenti all'interno delle varie unità organizzative coinvolte;
- ✓ livello tecnologico e informatico presente (macchine, cultura e disponibilità del personale all'uso delle tecnologie digitali)

il modello organizzativo prescelto pone particolare attenzione alla strutturazione e gestione per processi.

La definizione e formalizzazione dei processi, infatti, garantisce il maggior controllo delle attività, il miglioramento delle prassi, il consolidamento delle modalità operative e della cultura tecnico scientifica e organizzativa che diventa patrimonio dell'organizzazione e infine una maggiore trasparenza verso i cittadini.

Nel POAS si individuano i seguenti processi:

- ✓ Processi primari clinico assistenziali e sociosanitari: insieme delle attività cliniche volte a risolvere uno specifico problema di salute, che hanno come output la risoluzione di tale problema;
- ✓ Processi sanitari di supporto: attività di carattere clinico che non producono un risultato finale in salute, ma sono strettamente funzionali e interconnessi al processo primario clinico assistenziale (es. gestione dei farmaci);
- ✓ Processi amministrativi di supporto: attività amministrative essenziali per il corretto svolgimento dei processi primari, ma che non prevedono il coinvolgimento diretto del paziente (es. approvvigionamenti).

I processi per la produzione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie determinano la matrice produttiva e gestionale.

I processi necessari al mantenimento e al funzionamento della struttura aziendale e/o delle unità organizzative determinano la tecnostruttura gestionale.

Le due matrici, per garantire il funzionamento dell'ASST e l'ottenimento di livelli superiori di efficienza e di efficacia, hanno come punti di contatto i seguenti strumenti:

- consolidati come budget, sistemi di contabilità analitica per centri di costo;
- innovativi come il Total Quality Management, il process reenigineering, l'activity based costing e management, che focalizzano la loro attenzione sul paziente, sui processi e sulle attività svolte dalle Unità operative.

5. La matrice produttiva e gestionale

Stanti le premesse, il modello organizzativo di riferimento è una matrice organizzativa in cui i Dipartimenti ospedalieri e le strutture territoriali rappresentano la componente deputata a presidiare gli aspetti organizzativi e gestionali del funzionamento delle diverse unità operative ad esse afferenti, mentre l'integrazione (in special modo fra ospedale e territorio) si realizza attraverso le reti cliniche e le linee di prodotto strutturate organizzativamente, o attraverso dipartimenti funzionali interaziendali già attivi.

Le reti cliniche sono articolazioni organizzative che a matrice incrociano i dipartimenti, hanno la responsabilità di definire i "prodotti" (le linee di prodotto) attorno a cui sviluppare le Unit e quindi i team multidisciplinari che rappresentano l'ossatura della rete.

Le reti e le linee produttive si articolano quindi in Units (es: Cancer Center - rete aziendale oncologica - articolata nelle Units fegato, breast, prostata ecc., ciascuna delle quali gestisce una o più linee di prodotto), che costituiscono la sede in cui, per funzioni omogenee, si definiscono e si attuano i Percorsi Diagnostico Terapeutico-Assistenziali (PDTA, che rappresentano l'unità elementare delle reti/linee) con riguardo a componenti

specialistiche ospedaliere e territoriali in modo da privilegiarne la trasversalità, ridurre la variabilità clinica e potenziare, laddove ancora necessario, l'integrazione tra ospedale e territorio. Le Unit rappresentano, inoltre, il luogo di principale confronto sui percorsi di cura che dovranno poi essere adottati dai Dipartimenti.

La Unit è un team (clinico) che rappresenta la cellula base dell'erogazione di cura su casistiche complesse, dove è necessario ricongiungere saperi, armonizzarli, e dove stanti gli elevati volumi, o i costi unitari molto alti e l'uso di molte prestazioni singole, è necessario un governo gestionale. L'intera Unit o alcuni dei loro professionisti possono anche essere "nomadi", cioè pendolare tra stabilimenti (per l'attività elettiva programmabile), ad esempio tra l'ospedale Papa Giovanni XXIII e l'ospedale di San Giovanni Bianco.

Le reti cliniche, al pari dei dipartimenti, si possono sviluppare quindi a scavalco tra i presidi ospedalieri, e anche ove necessario od opportuno con il territorio. Le reti consentono ai professionisti di "appartenere" al sistema di offerta complessivo e non solo al presidio o alla unità operativa dove sono inquadrati, di fregiarsi del riconoscimento di specialista dei problemi gestiti dalla rete o specifica Unit di appartenenza, di elevare lo standard professionale (l'appartenenza è di per se un meccanismo interno di accreditamento, e di riconoscimento all'esterno).

Le reti, così come i dipartimenti funzionali interaziendali, non hanno una "strutturalità" tradizionale come i dipartimenti più orientati alla gestione delle risorse e dei budget complessivi di attività, ma hanno una loro strutturalità, obiettivi di risultato, routine organizzative, ruoli codificati: direttore di rete o dipartimento, team leader di Unit, altre responsabilità intermedie. I professionisti appartenenti ad una Unit di rete hanno una doppia dipendenza: da un lato dalla UO e dipartimento di appartenenza, dall'altro dalla Unit (ed il suo/i team leader) e rete di appartenenza. La prima è prevalentemente gestionale, la seconda è prevalentemente professionale. Le Unit sono quindi team che sviluppano e lavorano con un budget, costruito sui volumi di attività programmabili rapportati ai PDTA (i processi di cura) e che si impegnano a seguire nella pratica professionale.

Esempi di possibili reti strutturate organizzativamente, da cui figliano specifiche Units e linee produttive, e che potranno essere consolidate o sviluppate in futuro sono il Cancer Center - rete aziendale oncologica - materno-infantile, muscolo-scheletrica, diabetologica, dermatologica ecc..

6. La Tecnostruttura gestionale

La Tecnostruttura gestionale si organizza attorno alla matrice determinata dai processi necessari al miglior funzionamento efficiente ed efficace della struttura aziendale e/o delle singole unità organizzative.

Nella Tecnostruttura gestionale confluiscono gli uffici di staff e amministrativi, con un'organizzazione innovativa che mantiene il riporto diretto alla Direzione Strategica e lavora per il raggiungimento degli obiettivi prefissati con responsabilità chiare di risultato, attraverso il governo trasversale dei processi, superando le barriere fra ambito amministrativo, tecnico e sanitario.

L'organizzazione e riconfigurazione della tecnostruttura gestionale si sviluppa quindi attraverso una sua articolazione a matrice, anche attraverso, ove necessario, la ricomposizione e riaggregazione sotto responsabilità unitarie di competenze amministrative e di staff oggi separate per via dei processi progressivi di specializzazione maturati negli anni.

Sulla dimensione verticale, suddivisa per line di supporto, sono aggregate tre macro-aree di risultato:

1. Programmazione e governo attività socio-sanitarie;
2. Gestione e Acquisto patrimonio, tecnologie e servizi;
3. Gestione servizi amministrativi e generali; le funzioni ed attività che contribuiscono a presidiare congiuntamente i risultati attesi in relazione alle importanti sinergie e fabbisogni di collaborazione che sussistono tra esse.

Sulla dimensione trasversale sono invece collocate funzioni ed attività che “servono” sia specifici bisogni gestionali delle tre-macro aree, sia quelli più complessivi di tutta l'ASST Papa Giovanni XXIII. La dimensione orizzontale, trasversale a tutte le aree, è direttamente responsabile di attività specifiche e coordina inoltre funzioni di staff e amministrative che agiscono su uno stesso processo o insieme di processi.

Sia le line di supporto, sia le funzioni e unità trasversali hanno dei riporti specifici nelle singole direzioni aziendali (DG, DS, DA, DSS) che svolgono un ruolo di prima responsabilità e di indirizzo, supervisione e coordinamento rispetto alla definizione di obiettivi e priorità di lavoro di ciascuna struttura.

Nel quadro di questa riorganizzazione emergono anche alcune funzioni di tecnostruttura innovative, quali la “Ricerca, Innovazione e Brand Reputation” e la “Gestione Operativa”, fondamentali per presidiare aspetti prioritari della mission e delle dinamiche di funzionamento attese dalla ASST.

2. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA

2.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO

Presidio Ospedaliero Papa Giovanni XXIII di Bergamo

Nel 2016 il numero di pazienti dimessi è stato complessivamente di 43.430, di cui 35.110 dopo un ricovero ordinario e 8.320 dopo ricovero diurno (4.578 Day Surgery (DS) e 3.742 Day Hospital (DH)). Nel complesso si è registrato un sostanziale mantenimento dell'attività di ricovero rispetto agli anni precedenti.

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

TABELLA 1a: principali cause di ricovero ordinario nel 2016 presso il P.O. Papa Giovanni XXIII

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

Come si può evincere dalla tabella n. 1a, nel 2016 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 le unità di Ostetricia-ginecologia e di Patologia Neonatale di questa ASST sono le più grandi della provincia e l'Azienda 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 cardiocircolatorio, del sistema muscolo-scheletrico, del sistema nervoso e dell'apparato digerente.

Presidio Ospedaliero Ospedale Civile di San Giovanni Bianco

Il 2016 è stato il primo anno di gestione del presidio ospedaliero (p.o.) Ospedale Civile di San Giovanni Bianco da parte dell'ASST Papa Giovanni XXIII, alla quale è confluito in applicazione della Legge 23/2015.

Nel 2016 il numero di pazienti dimessi dal p.o. Ospedale Civile di San Giovanni Bianco è stato complessivamente di 3.064, di cui 2.243 dopo un ricovero ordinario, 700 dopo ricovero diurno (670 Day Surgery-DS e 30 Day Hospital-DH) e 121 dopo ricovero per cure sub-acute.

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

TABELLA 1b: principali cause di ricovero ordinario e cure sub-acute nel 2016 presso il p.o. Ospedale Civile di San Giovanni Bianco

Le principali cause di ricovero	% dimessi
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	21,4%
Malattie e disturbi apparato digerente	14,4%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	14,3%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	12,4%
Malattie e disturbi sistema nervoso	9,8%
Malattie e disturbi fegato, vie biliari e pancreas	6,1%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	3,9%

2.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA

Presidio Ospedaliero Papa Giovanni XXIII di Bergamo

Il numero di interventi chirurgici riconosce delle oscillazioni annuali che complessivamente si mantengono nell'arco di pochi punti percentuali. La variazione principale, in incremento, si è registrata nel 2014, anno successivo a quello del trasferimento dalla vecchia alla nuova sede, avvenuto nel dicembre 2012, a cui è seguita una naturale fase di assestamento. Variazioni più significative si registrano invece nei diversi regimi di possibile erogazione delle prestazioni, dove si osserva un progressivo

incremento del numero di prestazioni in regime ambulatoriale (bassa invasività chirurgica – BIC) e una progressiva riduzione del numero di interventi in regime di day surgery e in regime ordinario. Va anche aggiunto che il peso medio dei DRG chirurgici in regime di ricovero ordinario è in costante incremento, segno di un crescente aumento della complessità delle procedure chirurgiche che vengono eseguite presso l'Azienda: questo comporta un maggior tempo di utilizzo della sala operatoria per singolo intervento e una degenza media più lunga, con occupazione del posto letto per maggior tempo, e giustifica la riduzione del numero complessivo di interventi chirurgici che si è registrata.

La tabella n. 2 riporta la numerosità degli interventi chirurgici, per i diversi regimi di erogazione, che si è registrata dal 2012 al 2016, con l'indicazione delle variazioni percentuali rispetto all'anno precedente.

TABELLA 2: dati di attività chirurgica negli ultimi anni presso il p.o. Papa Giovanni XXIII

regime di erogazione	anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015	anno 2016
AMBULATORIALE	7.252	6.836	7.460	8.174	8.623
DAY SURGERY	8.893	8.459	8.756	7.985	7.014
ORDINARIO	20.086	19.905	21.162	20.852	20.056
AMBULAT. -Variazione rispetto anno precedente		-5,74%	9,13%	9,57%	5,49%
DAY SURG.- Variazione rispetto anno precedente		-4,88%	3,51%	-8,81%	-12,16%
ORDINARIO- Variazione rispetto anno precedente		-0,90%	6,31%	-1,46%	-3,82%
TOTALE	36.231	35.200	37.378	37.011	35.693
TOTALE Variazione rispetto anno precedente		-2,85%	6,19%	-0,98%	-3,56%

Presidio Ospedaliero Ospedale Civile di San Giovanni Bianco

Il numero complessivo di interventi chirurgici effettuati presso il p.o. Ospedale Civile di San Giovanni Bianco nel 2016 è stato di 1.724. Le aree maggiormente interessate sono state l'Ortopedia (1.011 interventi) e la Chirurgia generale (575 interventi).

La tabella n. 2b riporta la numerosità degli interventi chirurgici, suddivisi per i diversi regimi di erogazione, che si è registrata nel 2016 presso il p.o. Ospedale Civile di San Giovanni Bianco (come già detto il primo anno di gestione da parte dell'ASST Papa Giovanni XXIII).

TABELLA 2b: dati di attività chirurgica nel 2016 presso il p.o. Ospedale Civile di San Giovanni Bianco

regime di erogazione	anno 2016
AMBULATORIALE	400
DAY SURGERY	694
ORDINARIO	630
TOTALE	1.724

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'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 dal 1985. Dalla tabella si evince un sostanziale mantenimento dei dati totali di attività trapiantologica negli ultimi anni.

TABELLA 3: numero di trapianti effettuati dal 1985 ad oggi suddiviso per organo/tessuto

ORGANO	1985-2011	2012	2013	2014	2015	2016	totale
cornee	529	15	17	21	19	18	619
cuore	847	18	14	22	22	14	937
rene	788	40	41	49	47	49	1.014
fegato adulto	548	58	47	63	64	47	827
fegato pediatrico	478	26	19	26	33	29	611
midollo osseo	2.194	156	140	130	128	143	2.891
polmone	87	7	11	10	12	11	138
intestino pediatrico	4					1	5
combinato	28	8	7		2	1	46
totale	5.503	328	296	321	327	313	7.108

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 vengono curati tutti i tipi di tumore solido o ematologico, compresi i tumori rari e quelli emergenti, come il melanoma, grazie alla disponibilità di tutte le specialità mediche e delle più innovative possibilità di cura.

Dopo un'accurata fase diagnostica, per ogni paziente viene predisposto 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.

Intenso e di alto livello anche il lavoro che viene svolto sul fronte della ricerca scientifica, tanto che molte 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 2016 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): 115 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE DI PAZIENTI FUORI REGIONE LOMBARDIA (EXTRA-REGIONE): 76 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE TOTALE (EXTRA-PROVINCIA + EXTRA-REGIONE) DEL SETTORE ONCO-EMATOLOGICO: 191 per 1.000 dimessi

Rispetto ai dati 2015 si registra un sostanziale mantenimento del tasso di attrazione di pazienti extra-provincia (+ 4 per 1.000 dimessi) e un incremento del tasso di attrazione dei pazienti extra-regione (+21 per 1.000 dimessi).

2.5 EMERGENZA-URGENZA

L'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo rientra tra le Aziende di alta specializzazione presenti in Regione Lombardia essendo in grado di fornire risposte in termini di diagnosi, cura e assistenza ad un ampio spettro di malattie che vanno dalle più comuni cause di morbosità a diverse malattie rare.

L'attrattività dell'Azienda è cresciuta ulteriormente dopo il trasferimento dalla vecchia alla nuova sede, avvenuto nel dicembre 2012 e questo ha determinato, tra l'altro, un notevole incremento del numero di accessi presso il Pronto Soccorso (PS). Nel 2014, rispetto al 2013, si è registrato un incremento di ben il 9% del numero totale di accessi e nei due anni successivi la crescita è ulteriormente proseguita di oltre il 5%, arrivando così ad avere, nel 2016, oltre 103.000 accessi di PS (con una media di oltre 280 accessi/die).

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

La sottostante tabella 4a riporta il numero di accessi di PS presso il p.o. Papa Giovanni XXIII di Bergamo dal 2012 a 2016 suddiviso per livello di gravità definito dal codice triage (codice bianco- minore gravità, codice rosso- massima gravità).

TABELLA 4a: numero di accessi presso il PS del p.o. Papa Giovanni XXIII di Bergamo negli anni 2012- 2016

Urgenza (triage)	anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015	anno 2016
Bianco	5.458	5.420	6.005	6.571	5.161
Verde	63.621	62.136	67.136	65.110	68.251
Giallo	20.007	21.813	24.111	25.388	28.607
Rosso	850	1.048	1.266	1.832	1.713
Totale accessi	89.936	90.417	98.521	98.901	103.732
Differenza % rispetto all'anno precedente		0,5%	9,0%	0,4%	4,9%

Vengono riportati nella tabella 4b il numero di accessi, suddivisi per livello di gravità, registrati presso il PS del p.o. Ospedale Civile di San Giovanni Bianco nel 2016 (come già detto il primo anno di gestione da parte dell'ASST Papa Giovanni XXIII).

TABELLA 4b: numero di accessi presso il PS del p.o. Ospedale Civile di San Giovanni Bianco

Urgenza (triage)	anno 2016
Bianco	2.109
Verde	11.205
Giallo	879
Rosso	19
Totale accessi	14.212

2.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE

La numerosità delle prestazioni ambulatoriali si mantiene costantemente alta e nel tempo è cresciuta.

Nel 2016, a seguito della Legge di Riforma regionale, è stata acquisita l'attività ambulatoriale erogata presso l'Ospedale Civile di San Giovanni Bianco e i Poliambulatori di Zogno, Villa d'Almè e Sant'Omobono. Nel 2016 sono state rendicontate **4.191.479** prestazioni ambulatoriali. Pertanto, per l'ASST Papa Giovanni XXIII si osserva un incremento di prestazioni ambulatoriali erogate rispetto al 2015 pari al +9%.

Se si considera la sola produzione erogata presso l'Ospedale Papa Giovanni XXIII, i volumi hanno registrato, invece, una flessione in termini di numerosità di prestazioni rispetto al 2015 (-4,8%), riduzione registrata, in particolare, a carico delle prestazioni di Laboratorio, sottoposte nel corso dell'anno ad una restrizione dei criteri prescrittivi (Decreto del Ministero della Salute del 9 dicembre 2015).

<i>PRESTAZIONI AMBULATORIALI - ANNO 2016 (28/San)</i>	<i>NUMERO</i>
PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE PRESSO OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII	
PRESTAZIONI AMBULATORIALI (Visite, Esami Strumentali esclusi gli esami radiologici)	1.105.521
PRESTAZIONI RADIOLOGICHE (Radiologia, Neuroradiologia e Medicina Nucleare)	
PRESTAZIONI DI LABORATORIO	1.889.361
PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO	574.815
DIALISI	68.629
PRESTAZIONI INDIRETTE (erogate in Neuropsichiatria Infantile)	6.976

PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE PRESSO POLIAMBULATORI E OSPEDALE CIVILE DI SAN GIOVANNI BIANCO	
PRESTAZIONI AMBULATORIALI (Visite, Esami Strumentali esclusi gli esami radiologici)	66.971
PRESTAZIONI RADIOLOGICHE (Radiologia)	20.176
PRESTAZIONI DI LABORATORIO	428.538
PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO	30.477
TOTALE	4.191.479

Per quanto concerne i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, la tabella seguente riporta sinteticamente la percentuale di prestazioni richieste in modo "ordinario" e prive di priorità indicate sulla prescrizione (priorità "P", da eseguirsi entro i 180 giorni) che rispettano i tempi di attesa obiettivo previsti dalla normativa. In particolare, sono stati considerati quali tempo obiettivo regionali i 30 giorni per le visite e i 40 giorni per le prestazioni TC, RM ed ecografie. Sono considerate le prestazioni ambulatoriali monitorate mensilmente da Regione Lombardia.

TEMPI DI ATTESA PRODUZIONE 2016 - ASST PAPA GIOVANNI XXIII

sono considerate le prestazioni ordinarie e sono escluse le prestazioni urgenti differibili

PRESTAZIONI CHE RISPETTANO IL TEMPO DI ATTESA OBIETTIVO	46.591
TOTALE DELLE PRESTAZIONI	79.942
% DI PRESTAZIONI CHE RISPETTANO IL TEMPO DI ATTESA OBIETTIVO - PRODUZIONE 2016	58%
<i>VISITE</i>	55%
<i>RM</i>	36%
<i>TC</i>	60%
<i>ECOGRAFIE</i>	56%

Si precisa, inoltre, che mentre per le visite è possibile distinguere tra primo accesso e controllo, esistendo una specifica dicitura ed uno specifico codice, così non è per le prestazioni strumentali che spesso sono indicate come ordinarie anche nel caso in cui siano di *follow up*. E' possibile, pertanto, che le percentuali di primi accessi di prestazioni strumentali che rispettano i tempi di attesa obiettivo siano superiori.

Nel mese di giugno 2016 è stato attivato un progetto di collaborazione con alcune Strutture Private Accreditate della Provincia di Bergamo per la presa in carico di pazienti cardiologici a bassa complessità dal punto di vista clinico (pazienti cronici con cardiopatia in fase di stabilità o screening cardiologici in prevenzione primaria (ad esempio pazienti ipertesi senza evidenza di danno d'organo), ma che necessitano di attivare un percorso di monitoraggio sul medio - lungo periodo. Questo con l'obiettivo di concretizzare il più possibile lo spirito della Riforma Sociosanitaria lombarda che incoraggia la creazione di reti sul territorio e alla luce delle criticità emerse sul Tavolo ASL dell'anno 2015 sull'appropriatezza delle visite cardiologiche urgenti differibili o con priorità. Tale percorso potrebbe consentire di dare maggiore spazio a percorsi di accoglienza per pazienti cronici che presentano una riacutizzazione della loro patologia e necessitano di essere visitati rapidamente. E' un progetto sperimentale, ma può rappresentare un utile punto di partenza per metter in comune le risorse sanitarie disponibili in Provincia ottimizzando l'offerta e adeguandola in modo efficace ai bisogni dell'utenza. Sono state, quindi, definite apposite Convenzioni con la Casa di Cura San Francesco (provvedimento n. 2185/15.12.2016) e la Clinica Castelli (provvedimento n. 61 del 21.01.2017).

Infine, anche nel 2016 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 2016

I principali obiettivi aziendali di interesse regionale direttamente collegati alla programmazione regionale sono stati stabiliti con la delibera di Giunta Regionale n. X/4702 del 29/12/2015 e poi declinati attraverso le determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2016 con la deliberazione n. X/5514 e il decreto n. 9607/2016.

Gli obiettivi aziendali di interesse regionale si distinguono in operativi e strategici; i primi rappresentano le attività assegnate dalla DG Welfare da svolgere nel rispetto di quanto definito dalle Regole emanate annualmente dalla stessa, i secondi rappresentano le attività assegnate dalla DG Welfare da svolgere al fine di valutare le performance dell'azienda ospedaliera.

A seguire si riportano gli indicatori ritenuti di maggiore interesse per gli stakeholder e la relativa rendicontazione:

Obiettivo operativo	Indicatore	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2016																																												
<p>Progetto Ambulatori Aperti – Ogni struttura deve garantire una quota di prestazioni erogate in orari serali (17-22) e sabato/domenica, riferite a branche specialistiche. Le prestazioni devono essere rendicontate con il “flag J” che permette di identificarle.</p>	<p>Evidenza dell’attivazione di agende in orari serali (17-22) e sabato/domenica</p>	<p>Sono state attivate attraverso l’istituto incentivante dell’Area a Pagamento agende per la prenotazione di prestazioni di Radiologia e Neuroradiologia.</p> <p>Le attività sono effettuate fino alle ore 18.00 da lunedì a venerdì e il sabato mattina fino alle ore 13.00.</p> <p>Sono state rendicontate per il 2016 un totale di 5286 prestazioni.</p>																																												
<p>Miglioramento della performance per interventi chirurgici per frattura di femore</p>	<p>La percentuale di pazienti con diagnosi di frattura di collo del femore operati entro due giorni in regime ordinario, dovrà essere non inferiore al 60%</p>	<p>fonte: dimessi tracciato anno SDO 2016</p> <table border="1" data-bbox="751 999 1423 1794"> <thead> <tr> <th>Presidio</th> <th>Intervento eseguito</th> <th>inf 65 anni</th> <th>>= 65anni</th> <th>Tutti</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Papa Giovanni</td> <td>entro 2 gg</td> <td>26</td> <td>104</td> <td>130</td> </tr> <tr> <td>oltre 2 gg</td> <td>3</td> <td>9</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione</td> <td></td> <td>92,0%</td> <td>91,5%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">San Giovanni Bianco</td> <td>entro 2 gg</td> <td></td> <td>39</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>oltre 2 gg</td> <td></td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione</td> <td></td> <td>97,5%</td> <td>97,5%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Totale ASST (HPG + SGB)</td> <td>entro 2 gg</td> <td>26</td> <td>143</td> <td>169</td> </tr> <tr> <td>oltre 2 gg</td> <td>3</td> <td>10</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione</td> <td></td> <td>93,5%</td> <td>92,9%</td> </tr> </tbody> </table> <p>fonte: Portale di Governo della Regione Lombardia al 09/01/2017</p>	Presidio	Intervento eseguito	inf 65 anni	>= 65anni	Tutti	Papa Giovanni	entro 2 gg	26	104	130	oltre 2 gg	3	9	12	I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione		92,0%	91,5%	San Giovanni Bianco	entro 2 gg		39	39	oltre 2 gg		1	1	I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione		97,5%	97,5%	Totale ASST (HPG + SGB)	entro 2 gg	26	143	169	oltre 2 gg	3	10	13	I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione		93,5%	92,9%
Presidio	Intervento eseguito	inf 65 anni	>= 65anni	Tutti																																										
Papa Giovanni	entro 2 gg	26	104	130																																										
	oltre 2 gg	3	9	12																																										
	I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione		92,0%	91,5%																																										
San Giovanni Bianco	entro 2 gg		39	39																																										
	oltre 2 gg		1	1																																										
	I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione		97,5%	97,5%																																										
Totale ASST (HPG + SGB)	entro 2 gg	26	143	169																																										
	oltre 2 gg	3	10	13																																										
	I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione		93,5%	92,9%																																										

		% Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione		% Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione (assistiti >= 65 anni)	
		HPG	SGB	HPG	SGB
Periodo	Valore %	Valore%	Valore %	Valore%	Valore%
anno 2013	73,48	65,85	70,80	68,42	
anno 2014	76,64	67,74	74,77	68,97	
anno 2015	88,24	94,74	88,89	94,44	
gen-nov 2016	88,00	90,00	96,80	96,80	

<p>Promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incrementare qualitativamente azioni Programma WHP su corretta alimentazione e prevenzione tabagismo 	<p>Azioni per l'estensione del divieto di fumo alle pertinenze esterne in applicazione al Decreto legislativo 12 gennaio 2016, n. 6 e attività (ivi compresi esiti controlli) intraprese in tutti gli ambienti: report analitico su attività e impatto da inviare a DG Welfare entro 15.02.2017</p>	<p>Il report analitico su attività e impatto riguardo al divieto di fumo è stato inviato con nota prot. n. 7462 del 13 febbraio 2017 alla Struttura Promozione Salute e Screening della DG Welfare.</p> <p>In sintesi si riportano le azioni espletate per l'estensione del divieto di fumo alle pertinenze esterne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fine gennaio: identificazione zone Torre 1, Torre 2 (pertinenze esterne reparti richiamati nel D.lgs n. 6/2016) per divieto assoluto fumo in concerto con DMP e D.S. • Riunione assemblea Commissione Lotta al Tabagismo in data 13.04.16 • Meeting con delegazione Olandese 21.4.16 • Organizzazione della Giornata Mondiale Senza tabacco 31.5.16 • Individuazione zone vietate al fumo e zone "fumatori" • Apposizione cartellonistica con integrazione divieto come da D.Lgs n. 5/2016 (n. 48 nuovi cartelli) • Mappatura presso tutte le sedi di nuova acquisizione (ex legge 23/15) degli incaricati osservanza divieto di fumo (n. 19 addetti) • Sopralluoghi per individuazione Zone Fumatori e Zone ove il fumo è vietato presso Ospedale San Giovanni Bianco e Area Territoriale, acquisiti in base alla riforma sanitaria ex legge 23/15 • Posizionamento n. 2 posaceneri presso San Giovanni Bianco a seguito di individuazione "Zona
--	---	--

		<p>Fumatori”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affissione/integrazione/modifica cartellonistica presso sedi esterne (n. 51 cartelli Ospedale San Giovanni Bianco – Integrazione A.T. con n. 50cartelli) • Incremento giri ispettivi Gpg per osservanza divieto di fumo (dal 10.06.16 al 31.12.16 n. 3.251 giri ispettivi) • Comminazione di n. 1 sanzione amministrativa (4.5.16) • Predisposizione nomina di abilitazione ad effettuare gli accertamenti e le altre attività previste dagli art. 13, 14, 17 della legge 689 del 24.11.1981 in ottemperanza al divieto di fumo nei locali dell’ASST PG23, secondo quanto disposto dalla Legge n. 584/75, dalla Direttiva P.C.M. 14.12.1995, dalla L. n.3/2003 e dal decreto legislativo n. 6 del 12 gennaio 2016 - per i nominativi ad oggi forniti dai responsabili, direttori delle varie sedi esterne (n. 19 addetti sedi esterne e n. 2 guardie giurate che hanno iniziato servizio nel 2016) • Predisposizione e consegna procedura per compilazione verbale accertamento e applicazione sanzione amministrativa per incaricati sedi esterne e procedura per gestione verbali (30.12.16) • Predisposizione nuove planimetrie per integrazione e revisione regolamento in uso sul divieto di fumo (del n. 842 del 21.5.15) • Stesura relazione anno 2016 sulle attività svolte dalla Commissione lotta al Tabagismo per il contrasto al Fumo <p>L’Obiettivo è stato raggiunto con l’attuazione e la realizzazione di tutti i punti sopraelencati in applicazione alla normative vigente sul contrasto al fumo.</p>
<p>Promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentale:</p> <p>- incrementare qualitativamente azioni Programma WHP su corretta alimentazione e prevenzione tabagismo</p>	<p>Azioni per incremento di offerta di consumo di frutta-verdura, pane a basso contenuto sale (Protocollo “Meno sale nel pane”) nelle mense (bar interni, vending, convenzioni, etc.):</p>	<p>Il report analitico su attività e impatto riguardo l’incremento di offerta di consumo di frutta-verdura e pane a basso contenuto sale è stato inviato con nota prot. n. 7462 del 13 febbraio 2017 alla Struttura Promozione Salute e Screening della DG Welfare.</p> <p>Nell’ambito del programma WHP, l’ ASST PG23 ha messo in atto delle iniziative volte al mantenimento di corretti stili di vita come stilati oltre che dall’OMS e dal Ministero della Salute anche dalla Direzione Generale Welfare nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 emesso con DGR n. 3654/2015 programma peraltro già presente nel</p>

	<p>report analitico su attività da inviare a DG Welfare entro 15.02.2017</p>	<p>Piano Regionale della prevenzione 2010-2013.</p> <p>Nell'ambito dell'area tematica "Promozione di una sana alimentazione" in linea con l'iniziativa regionale (2010) dal titolo "Con meno sale nel pane c'è più gusto e ...guadagni in salute", la nostra ASST, nella mensa aziendale distribuisce pane a basso contenuto di sale (=/< 1,7%) per il 20% del totale del pane messo a disposizione. Il restante 80% è costituito, oltre che da pane con impasti classici, anche da pane integrale (20%) e Pane di segale (5%)</p> <p>Sempre presso la mensa aziendale è dispensata frutta e verdura di stagione.</p> <p>Nell'anno 2016 sono stati serviti 294.294 pasti</p> <p>La quantità di frutta fresca di stagione che viene assunta durante il pasto in azienda è pari a 160 Kg/die.</p> <p>Le verdure sono presenti sia crude, sia cotte (è tutta verdura fresca tranne spinaci, fagiolini e piselli che sono esclusivamente surgelate). Queste ultime hanno un consumo giornaliero pari a 120 Kg.</p> <p>La frutta e la verdura vengono servite anche nei bar e ristorante presenti all'interno dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII. La frutta viene servita oltre che a frutto intero, come macedonia, spremute e centrifughe.</p> <p>Per sensibilizzare il personale ad un consumo sempre più alto di frutta e verdura in hospital street e presso la mensa vi è a disposizione materiale informativo nel quale sono contenute le regole dietetiche in conformità con le "Linee Guida dell'INRAN (lavoro effettuato dalla Direzione Medica in collaborazione con l'UO Diabetologia).</p> <p>Presso la mensa tale materiale informativo, talvolta, è sostituito dalla presenza sul vassoio di tovagliette con messaggi promozionali su una corretta alimentazione.</p> <p>L'impegno profuso, nel corso dell'anno 2016, da parte dell'ASST PG23 è valso alla nostra Azienda un premio (targa per Aziende che promuovono salute) consegnatoci dall'ATS provincia in Bergamo in collaborazione con Confindustria Bergamo in una manifestazione pubblica tenutasi in data 13 dicembre 2016</p>
<p>Consolidare pratiche (Punti nascita, Consultori, etc.), per la</p>	<p>Partecipazione ad iniziative regionali</p>	<p>1) Pianificazione di un percorso di formazione sul campo dipartimentale multidisciplinare "L'allattamento al seno : mantenimento degli</p>

<p>promozione allattamento al seno raccomandate da WHO/ UNICEF anche in raccordo con programmi di comunità promossi da ATS</p>	<p>(formazione, gruppi di lavoro, attività di sorveglianza, etc.)</p>	<p>attuali standard” che si pone l’obiettivo di favorire e sostenere l’allattamento al seno nel nostro punto nascita</p> <p>2) Partecipazione alla formazione sul campo organizzata da ATS che ha tra i contenuti la Comunità Amica del bambino e gli standard OMS- Unicef</p> <p>3) Partecipazione alla survey relativa al tasso di allattamento al seno esclusivo, complementare o artificiale alla dimissione per il mese di ottobre 2016 come richiesto</p> <p>4) partecipazione al corso per facilitatori corso 40 ore: "formare i formatori del corso allattamento OMS UNICEF" da parte di 9 operatori della nostra ASST</p>
<p>Screening oncologici: mantenimento/miglioramento delle attività</p>	<p>Messa a disposizione dei programmi di screening delle ATS di volumi di prestazioni diagnostiche appropriate per garantire una adeguata copertura della popolazione</p>	<p>Gli screening previsti dal contratto con la ATS per l’anno 2016 sono lo screening mammografico e quello per la prevenzione del tumore del colon retto. Per quanto concerne la nostra ASST, per lo screening mammografico, il contratto firmato con la ATS prevede l’erogazione di 8400 mammografie per il 2016.</p> <p>Le prestazioni sono richieste dalla ATS, sulla base della adesione alla campagna di screening. Il tasso di adesione corretto è pari al 67.5% su HPG23 e 75.06% su San Giovanni Bianco (dato ATS comunicato in data 2 gennaio 2017 riferito ai dati fino al 30 novembre 2016).</p> <p>Al 31 dicembre 2016 sono state eseguite tutte le prestazioni richieste dalla ATS, pari a 5414 mammografie erogate presso l’Ospedale Papa Giovanni XXIII e 1834 mammografie erogate presso l’Ospedale di San Giovanni Bianco.</p> <p>Per quanto concerne la nostra ASST, per lo screening del colon retto, il contratto firmato con la ATS prevede l’erogazione di 528 colonscopie per il 2016. Il tasso di adesione corretto è pari al 49.33% su HPG23 e 54.17% su San Giovanni Bianco (dato ATS comunicato in data 2 gennaio 2017 riferito ai dati fino al 30 novembre 2016).</p> <p>Le prestazioni sono richieste dalla ATS, sulla base della adesione alla campagna di screening. Al 31 dicembre 2016 sono state eseguite tutte le prestazioni richieste dalla ATS, pari 195 colonscopie erogate presso l’Ospedale Papa Giovanni XXIII e 128 colonscopie erogate presso l’Ospedale di San Giovanni Bianco.</p>
<p>Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività</p>	<p>Tempestività/completeness delle segnalazioni alle</p>	<p>Nel corso del 2016 l’ASST ha inviato all’ATS di Bergamo 864 schede di Segnalazione di Malattia Infettiva (SSMI) relative alla sede di PG23 per tutti i</p>

	<p>ATS di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche, tubercolosi e MTS</p>	<p>regimi di ricovero e ambulatoriali.</p> <p>Nel corso degli anni si è verificato un incremento delle segnalazioni (2015 vs 2014 +25%; 2016 vs 2015 + 6%):</p> <ul style="list-style-type: none"> - segnalazioni 2014: 688 - segnalazioni 2015: 816 - segnalazioni 2016: 864 <p>Delle 864 SSMI, 531 sono state inviate a seguito di Alert pervenuti dal laboratorio di Microbiologia. Dall'analisi delle SDO per il periodo gennaio-novembre 2016 sono stati identificati 328 casi per i quali vi sarebbe stata indicazione alla segnalazione. Nello stesso periodo (gennaio-novembre) il sistema di Alert da parte del Laboratorio di microbiologia ha permesso l'identificazione e segnalazione di 437 casi relativi ad episodi di ricovero. L'approccio basato sugli Alert microbiologici si è pertanto rivelato nel complesso più sensibile (casi identificati: +33%), oltre a consentire di attuare il monitoraggio con tempi più stretti.</p> <p>Riguardo agli indicatori considerati, sono stati segnalati i seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - malattie invasive batteriche: 39 - malattia tubercolare: 103 - MTS: 93 (82 lue, 10 gonorrea, 1 clamidia) - morbillo: 4 - rosolia: 0 <p>(l'assenza di casi di rosolia è stata confermata da una verifica condotta sia sulle SDO che sugli alert del laboratorio di microbiologia).</p> <p><u>Malattia da HIV/AIDS</u> (tutte le segnalazioni sono pervenute dalla UOC Malattie Infettive)</p> <ul style="list-style-type: none"> - primo riscontro di HIV: 127 segnalazioni. - AIDS: 33 segnalazioni. <p>Relativamente alla sede di HSGB sono state inviate n. 29 SSMI tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - malattie invasive batteriche: 2 - malattia tubercolare: 1
Reti di patologia	<p>Rete Stroke</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corretta applicazione dei PDTA di riferimento. 	<p>I PDTA di gestione dei pazienti affetti da Stroke sono applicati.</p> <p>Dai dati del portale di Regione Lombardia risulta che, al mese di ottobre 2016:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Pieno utilizzo dell'archivio regionale Stroke. - Evidenza della gestione di almeno l'80% dei casi acuti di ictus presso la Stroke Unit aziendale o dell'invio dei pazienti ad altra Stroke Unit regionale. 	<ul style="list-style-type: none"> • 301 su 342 casi di ictus (88,01%%) sono stati ricoverati nella Stroke Unit. (indicatore in linea) • dal portale regionale, al 30 ottobre 2016, risulta che sono stati registrati nell'archivio regionale Stroke 152 su 177 nuovi casi di ictus con una percentuale di raggiungimento del 85,88% (indicatore quasi in linea). • 53 su 300 casi di ictus ischemico (compresi i TIA), pari al 17,67% 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 dal portale regionale risulta che 69 su 317 pazienti per una percentuale pari al 21,77% effettuano un ricovero in riabilitazione entro 15 gg dalla data accettazione. <p>Dai dati elaborati presso la nostra ASST risulta che, per l'anno 2016, dei 410 pazienti con ictus, 203 pazienti (pari al 49% dei pazienti trattati) sono stati dimessi al domicilio in quanto l'avvio precoce della fisioterapia 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 fisiatrica al domicilio (questo dato non è monitorato dalla Regione). Dei 203 pazienti dimessi a domicilio, 161 hanno avuto la dimissione entro 15 giorni (pari al 39% dei pazienti stroke).</p>
Reti di patologia	Rete Stemi <ul style="list-style-type: none"> - Corretta applicazione dei PDTA di riferimento. - Evidenza dell'adesione attiva del 100% delle cardiologie e UTIC al Registro Stemi. <p><i>Gli indicatori sono definiti e declinati nel Portale di Governo regionale.</i></p>	<p>Durante l'anno è stata monitorata la corretta applicazione del PDTA dei pazienti con infarto miocardico acuto STEMI.</p> <p>Nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • La proporzione dei pazienti con STEMI trattati con PTCA entro 48 ore è 77,27% quindi nettamente superiore al 30% dei casi previsti dall'indicatore . • Il tempo Door to Balloon (DB) risulta inferiore a

		<p>90 minuti nel 100% dei pazienti inseriti nell'Archivio STEMI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La percentuale di soggetti con Infarto Miocardico Acuto in doppia terapia antiaggregante a sei mesi è dell'82%
Sistema trasfusionale regionale	<p>Consolidamento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano annuale di programmazione e compensazione regionale ed extraregionale delle unità di sangue su indicazione della Struttura Regionale di coordinamento (nota AREU prot. 175 12/01/2016).</p>	<p>Al 31/12/2016 la compensazione Regionale è avvenuta per il 99.9 % (4995 unità su 5.000 indicate nella nota AREU prot. 175 del 12/01/2016). In particolare, sono state inviate 4818 unità al SIMT di Niguarda, 167 unità all'Osp. San Raffaele e 10 unità all'Osp. Sacco, tutte strutture ospedaliere appartenenti al CLV di Niguarda.</p> <p>La compensazione extraregionale è avvenuta per il 92 % (2152 unità su 2340 unità).</p>
Sistema Regionale Trapianti	<p>Promozione attiva della cultura della donazione anche attraverso il mantenimento del numero di donatori segnalati nell'anno precedente.</p>	<p>E' attiva una promozione della cultura della donazione come ogni anno con interventi mirati di formazione degli operatori sanitari e di sensibilizzazione per i cittadini (scuole in particolare). I donatori multiorgano segnalati sono stati 38, numero pari a quello dello scorso anno. Durante l'anno sono stati organizzati 16 incontri in ospedale con gli studenti delle scuole superiori e 7 presso le scuole stesse (gennaio-maggio e ottobre - dicembre 2016). Sabato 28 maggio 2016 è stato organizzato un evento in occasione della giornata nazionale della donazione per i cittadini in Hospital Street insieme alle Associazioni di Volontariato (AIDO, AVIS, ADMO, ecc.) Si sono tenuti corsi di formazione per gli operatori: Corso donazione multitessuto: 12/5/2016 e 20/10/2016 Corso Trattamento del donatore: 14/6/2016 Corso donazione e trapianti per operatori delle sale operatorie: 21/9/2016, 21/10/2016 e 25/11/2016 Corso espianto cornee c/o presidio San Giovanni Bianco: 1/7/2016 e 8/11/2016 4 incontri GDL per Donatore a Cuore fermo: 20/9/2016, 26/10/2016, 23/11/2016 e 6/12/2016. Lezione elettiva Università Bicocca Corso di laurea in Scienze Infermieristiche 1 giornata:8/9/2016 24 incontri con le future madri sulla donazione del</p>

		sangue cordonale (anno 2016) 10 incontri per i pazienti candidati ad artroprotesi per la donazione di osso (anno 2016)
Sistema Regionale Trapianti	Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale.	I degenti deceduti in Azienda nell'anno 2016 sono stati n. 917, i donatori cornee sono stati n. 116, pari al 12,6% dei decessi
Sistema Regionale Trapianti	Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione.	Sono stati effettuati n. 248 interventi di protesi d'anca in elezione. I donatori idonei TMS sono stati n. 48 pari al 19,3% degli interventi in elezione eseguiti. Le opposizioni alla donazione sono state 3. I non idonei per motivi clinici 197
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	<p>Adozione di protocolli sul rischio in sala parto Ogni azienda in cui siano presenti sale parto deve certificare l'operatività dei seguenti protocolli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocollo che definisca le priorità nell'effettuazione del taglio cesareo (applicazione codici colore per il taglio cesareo). - Protocollo organizzativo per attività ambulatoriale del percorso per la gravidanza a basso rischio/fisiolo 	<p>Nella nostra sala parto è a regime dal 2010 la Procedura specifica PSp01PG22MQ7 'Codice rosso in Sala parto' che definisce le priorità nell'effettuazione del taglio cesareo (applicazione codici colore per il taglio cesareo come da LG nazionale n°21,); essa è pubblicata in Intranet nel sito aziendale di Oracolo e nel sito nazionale AGENAS, www.buonepratiche.it già dal 2011. Nel 2016 la Procedura è stata certificata come 'Safe PSP' secondo i criteri di sicurezza del Network europeo Pasq (Patient Safety and Quality of Care).</p> <p>Nel corso del 2016 sono stati eseguiti 990 Tagli cesarei, di cui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 553 Elettivi , • 65 TC elettivi eseguiti in urgenza , • 372 TC urgenti (di cui 31 codici rossi, 190 codici gialli, 151 codici verdi), come rilevato da Software di Sala parto Epi-INFO. <p>L'ambulatorio della Gravidanza fisiologica è attivo presso la Azienda dal 2006 ed ha coinvolto circa 100 pazienti/anno. Il protocollo che ne regolamentava l'attività è stato implementato e revisionato nel 2011, sulla scorta della LG nazionale n° 20 'Gravidanza fisiologica' ed è a pieno regime.</p> <p>Nel 2016 il protocollo è stato integrato nella procedura IO08 PG22MQ7 'Assistenza alla gravidanza fisiologica' (procedura che discende dalla 'Procedura generale 'Percorso nascita' PG22MQ7, già pubblicata nella intranet aziendale): la procedura IO08PG22MQ7 è completa e a regime come procedura interna.</p>

	gica.	
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	<p>Promozione e sostegno allattamento al seno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione a survey regionali dedicate - Presenza di programmi integrati tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale coerenti con gli obiettivi del Comitato Percorso Nascita Locale entro il 31.12.2016 	<p>È attiva la partecipazione a survey provinciale pianificata da ATS Bergamo nel mese di ottobre 2106.</p> <p>1. Con delibera ATS_135_2016 del 25-02-2016 è stato rinnovato dal Direttore Generale di ATS di Bergamo il Percorso Nascita Locale, sulla scorta delle indicazioni fornite da Regione Lombardia nell'ambito del Percorso nascita Regionale. In tale percorso è prevista l'implementazione della 'continuità ospedale territorio' attraverso il 'Protocollo di Integrazione Ospedale -Territorio nella continuità assistenziale della puerpera ed il neonato e nel sostegno all'Allattamento Materno': in particolare nel corso del 2016, il gruppo multidisciplinare ha reso omogeneo al nuovo assetto organizzativo del Sistema Sociosanitario Lombardo, definito dalla Legge 23/2015, il precedente protocollo.</p> <p>2. Il Punto Nascita della ASST-PG23 si è impegnato a promuovere l'allattamento materno mediante l'adozione di pratiche assistenziali, che favoriscono l'avvio ed il mantenimento dell'allattamento al seno e in particolare nelle riunioni del 17-04-2016 e del 06-06-2016 si è previsto di:</p> <p>A) offrire alle gravide e alle loro famiglie, entro la 32^a settimana di gestazione, sia durante l'assistenza in gravidanza che in occasione dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), informazioni riguardanti i benefici dell'allattamento materno per mamma e bambino e gli aspetti che facilitano un buon avvio ed una adeguata prosecuzione nel tempo dell'allattamento, informando anche in merito alle possibili problematiche più frequenti.</p> <p>B) implementare, dopo il parto, le attività assistenziali volte all'avvio dell'allattamento quali il contatto precoce "pelle a pelle", garantendo e sostenendo il rooming-in 24 ore su 24, l'allattamento a richiesta, le poppate frequenti per assicurare una adeguata produzione di latte, una buona posizione ed un buon attacco.</p> <p>C) consegnare alle madri il materiale informativo approvato da UNICEF sull'allattamento, anche nelle versioni multilingua. I due opuscoli "Il latte materno è il più naturale che c'è" e "..se non puoi</p>

		<p>allattarlo al seno" (quest'ultimo da consegnare solo alle madri che non allattano al seno), realizzati dal Ministero della Salute in collaborazione con UNICEF, sono scaricabili dal Portale ATS Bergamo.</p> <p>D) informare tutte le mamme sui servizi territoriali dedicati al sostegno dell'allattamento, distribuendo i pieghevoli degli <i>Spazi Allattamento</i> a libero accesso dei Consultori familiari ASST e del <i>Percorso Nascita</i>, contenente la dislocazione territoriale dei Consultori familiari ASST ed i servizi rivolti al Sostegno della Genitorialità.</p> <p>E) sottolineare l'importanza dell'iscrizione precoce al Pediatra di Famiglia, attraverso la distribuzione alle madri, durante la degenza, di un modulo informativo ATS, in attesa della completa attivazione, da parte di tutti i Comuni del territorio bergamasco, del Progetto ICARO, sistema informatico in grado di gestire tutte le incombenze burocratiche legate all'evento nascita direttamente presso la struttura ospedaliera: dalla registrazione del nato, alla trasmissione degli atti in Comune, all'attribuzione del codice fiscale ed alla scelta del Pediatra di famiglia, rivolto ai residenti nei Comuni della Provincia di Bergamo.</p> <p>F) trasmettere, tramite fax e all'atto della dimissione, la scheda predisposta di invio (o lettera di dimissione se contenente tutte le informazioni richieste dalla scheda predisposta di invio), previo consenso scritto materno al trattamento dei dati personali e sensibili, al Consultorio familiare ASST. Nella scheda l'operatore del Punto Nascita, in casi selezionati, fisserà l'appuntamento, entro 10 giorni dal parto, presso lo Spazio Allattamento scelto dalla madre.</p> <p>3. Partecipazione di 9 operatori della nostra ASST (3 ostetriche ospedaliere, 1 ostetrica territoriale, 1 responsabile dipartimento DPS, 2 neonatologi, 2 infermiere) al corso di 40 ore indetto tra settembre e dicembre 2016 dalla ATS nell'ambito del progetto UNICEF "Insieme per l'Allattamento: Ospedali & Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno", progetto già in fase attuativa nella ATS di Bergamo.</p>
Prevenzione e contrasto alla	Miglioramento della gestione in	Le procedure sono state adeguate già dal 2013 con l'introduzione della Istruzione Operativa interna dal

<p>violenza contro le donne e i minori</p>	<p>Pronto soccorso delle violenze di genere Adeguamento delle procedure alle indicazioni del piano quadriennale regionale per quanto riguarda il pronto soccorso (procedura interna, segnalazione e diagnosi ICD9, identificazione di un referente aziendale, come da piano quadriennale)</p> <p>Introduzione della valutazione dei fattori di rischio secondo dangerous assessment mediante scheda informatizzata associata al verbale di PS</p> <p>Incremento delle segnalazioni/ raccolta dati</p> <p>Evidenza di un protocollo aziendale di gestione.</p> <p>Individuazione di un referente aziendale per la</p>	<p>titolo: "Accoglienza e assistenza della donna vittima di violenza". Questa IO è stata recepita con Deliberazione del n° 1444 del 23 dic. 2013 dal Direttore Generale ASL ed estesa agli altri servizi di pronto Soccorso della provincia.</p> <p>E' stato coinvolto anche il Pronto Soccorso di San Giovanni Bianco che aveva adottato una procedura diversa in quanto dipendente dalla AO di Treviglio</p> <p>E' puntualmente indicata la codificazione ICD9 come da richiesta regionale.</p> <p>L'équipe di Pronto Soccorso valuta i fattori di rischio utilizzando la scheda clinica che viene allegata al verbale.</p> <p>I dati sono puntualmente raccolti ed aggiornati con cadenza mensile per i dati relativi alla violenza sessuale e trimestralmente per la violenza di genere. Le segnalazioni, incrementate negli anni precedenti, sono oggi in via di stabilizzazione.</p> <p>Il protocollo aziendale di gestione è presente e disponibile sul sito della ASST. Il protocollo specifico, detto " Catena contro la violenza", individua il percorso con cui le donne vittime di violenza vengono individuate, accolte e ascoltate fin dal loro primo accesso in Pronto soccorso. Il protocollo si basa sul riconoscere i casi di possibile violenza e consente una presa in carico precoce delle vittime, che vengono immediatamente affidate a personale appositamente formato.</p> <p>È indicato, nella persona del Direttore Sanitario, il referente aziendale per la violenza sulle donne. Il team di supporto è composto dai referenti delle Unità</p>
---	--	--

	violenza sulle donne	coinvolte.
Sviluppo della funzione di Internal Audit	<p>Dovrà essere garantita la funzione di I.A. seguendo le indicazioni descritte nella dgr 2989 del 23.12.2014.</p> <p>- Attuazione del Piano di Internal Audit</p> <p>- Aderenza alle raccomandazioni scaturite dal Piano di Internal Audit</p>	<p>Il piano di Internal audit relativo all'anno 2016 è stato approvato con delibera n. 1930 del 10/12/2015 .</p> <p>Il piano prevedeva le seguenti 6 attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestione casse, 2. Incarichi professionali, 3. Gestione beni inventariali, 4. Contratti ricevuti da ex ASL ed ex A.O. Ospedale Treviglio-Caravaggio, 5. Follow up Acquisti in economia, 6. Trasporti con ambulanze. <p>Tutte le aree sono state sottoposte a audit e sono state oggetto di Final report vagliato dalla Direzione strategica.</p> <p>C'è stata piena aderenza tra la programmazione del piano e le aree mappate</p>
<p>Mantenimento/miglioramento della rilevazione di Customer Satisfaction.</p> <p>Miglioramento della qualità percepita rilevata attraverso il flusso di Customer Satisfaction</p> <p>Monitoraggio della qualità percepita nei percorsi di tele sorveglianza sanitaria domiciliare e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative in attuazione dei disposti della DGR X/3993/15 e alla DGR X/4702/15</p>	<p>Numerosità dei questionari raccolti 2016 => 2015</p> <p>Punteggio medio ottenuto nei questionari raccolti nel flusso 2016 => 2015</p> <p>Raccolta dei questionari relativi ai percorsi di tele sorveglianza sanitaria domiciliare e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative</p>	<p>Nel corso del 2016 sono stati raccolti 3507 questionari, contro 3570 nel 2015. La numerosità minima dovuta per la nostra struttura è comunque pari a 2683. La soddisfazione media espressa dai cittadini è stata pari nel 2016 a 6.18 (in una scala da 1 a 7), contro 6.13 nel 2015.</p> <p>In merito all'attività di tele sorveglianza non sono disponibili questionari raccolti, in quanto l'attività non risulta essere stata portata a termine nell'anno 2016.</p> <p>Per quanto riguarda invece l'ospedalizzazione domiciliare per cure palliative sono stati raccolti e analizzati 46 questionari.</p>

Gli obiettivi strategici di sistema rappresentano performance aggiuntive legate agli obiettivi di mandato del Direttore Generale e all'attuazione della legge regionale n. 23/2015 relativa alla riforma socio sanitaria. A seguire si riportano gli obiettivi strategici assegnati dalla Direzione Generale Welfare alla ASST e la relativa rendicontazione:

Indicatore	Rendicontazione al 31 Dicembre 2016
<p>Sottoscrizione della contrattazione integrativa aziendale entro il 31 dicembre 2016;</p>	<p>La preintesa relativa al contratto integrativo aziendale dell'area contrattuale del comparto sanità è stata sottoscritta con le RSU/OO.SS. rappresentative dell'area contrattuale del comparto in data 20 dicembre 2016. Tale preintesa è stata oggetto di discussione negli incontri sindacali del 9.11.2016, 30.11.2016 e 20.12.2016.</p> <p>La preintesa relativa al contratto integrativo aziendale delle aree contrattuali della dirigenza (Medica e SPTA) è stata sottoscritta con le OO.SS. rappresentative delle aree dirigenziali in data 30 dicembre 2016. Tale preintesa è stata oggetto di discussione negli incontri sindacali del 18.11.2016, 14.12.2016, 19.12.2016 e 30.12.2016.</p> <p>Entrambe le preintese sono state trasmesse al collegio sindacale aziendale unitamente alle relazioni illustrative e tecnico-finanziarie per l'acquisizione della prevista certificazione. La certificazione è avvenuta, per entrambe le ipotesi, nella seduta del Collegio sindacale del 17. gennaio u.s.</p> <p>La sottoscrizione definitiva è avvenuta, per entrambi i CC.II.AA., il 23 gennaio u.s.</p>
<p>Predisposizione e avvio dei programmi di sviluppo per l'integrazione dei sistemi informativi aziendali e interaziendali;</p>	<p>Obiettivo in linea con quanto indicato nelle linee guida regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • È stata realizzata la rete dati geografica che connette tutte le nuove sedi aziendali acquisite secondo la L.R. 23/2015. • Sono state già migrate alcune sedi territoriali secondo un calendario impostato per l'avviamento dei software e servizi ICT. • La rete dati locale alle singole sedi è stata aggiornata per uniformarsi alla rete già attiva in ASST-PG23. • Ad oggi sono state concentrate presso ASST-PG23 tutte le applicazioni relative al Settore Medicina Legale, Dipendenze (SERD), Protesica Territoriale (S.U.P.I.) e Farmaceutica Territoriale (S.A.F.) con utilizzo dei servizi a livello provinciale. <p>In corso la migrazione dei rimanenti software ex-ASL procedendo per singolo servizio secondo una programmazione concordata a livello ATS.</p> <p>Presso il Presidio di San Giovanni Bianco la programmazione delle attività procede in accordo con LISPA.</p> <p>Si prevede di sostituire i software della ex-AO di Treviglio, nel corso del 2017, seguendo un calendario di migrazione definito e</p>

	<p>concordato sia a livello ATS che a livello regionale (Lispa).</p>
<p>Formalizzazione e trasmissione a Regione Lombardia dell'accordo in sede di Collegio dei Direttori sull'afferimento del personale dei servizi centrali (seconda fase);</p>	<p>Seconda fase sull'afferimento del personale dei servizi centrali conclusasi regolarmente entro il 31 dicembre 2016.</p> <p>In particolare sono afferiti persone dalle seguenti aziende:</p> <p>ATS Brianza con nota in data 15 dicembre 2016 prot. n. 36352</p> <p>ATS Milano Città metropolitana con nota in data 28 dicembre 2016, prot. n. 0119081</p> <p>Decreto del Direttore generale welfare n. 14066 del 29 dicembre 2016, relativamente agli accordi intervenuti con l'ASST Vimercate</p>
<p>Definizione delle nuove modalità di offerta vaccinale: realizzazione del modello organizzativo ATS/ASST, secondo le specifiche indicazioni regionali (decreto del 24 aprile 2016 n. 3682);</p>	<p>Sin dalla attivazione delle nuove ASST, l'attività vaccinale è stata presa in carico ed effettuata da subito dalla ASST PG23.</p> <p>Si è provveduto inoltre al potenziamento dell'offerta vaccinale per i soggetti a rischio con l'avvio di un ambulatorio dedicato nella sede ospedaliera presso gli ambulatori delle malattie infettive.</p> <p>Dai dati ricevuti dall'ATS, la copertura vaccinale nelle varie classi di età individuate dalla Regione, si è sostanzialmente mantenuta ai livelli del 2015 con un lieve miglioramento.</p> <p>Relativamente alla programmazione dell'offerta per i soggetti che rifiutano le vaccinazioni si è provveduto all'invito dei genitori renitenti a colloquio con il dirigente medico e illustrati puntualmente i benefici per il singolo e la collettività dalla pratica vaccinale. Si è provveduto ad acquisire il dissenso informato dei genitori restando comunque a disposizione per gli eventuali ripensamenti da parte loro.</p> <p>Sono state inviate lettere d'invito a colloquio a coloro i cui genitori avevano a suo tempo rifiutato le vaccinazioni e che divenuti maggiorenni potrebbero liberamente decidere.</p> <p>Si è puntualmente provveduto alla registrazione e conferma delle vaccinazioni effettuate tramite l'operativo regionale GEV.</p>
<p>Integrazione area sanitaria e socio sanitaria in ATS nei programmi di promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentale e nel raccordo ATS/ASST per garantire continuità alle attività nei Consultori e nei percorsi di presa in carico individuale su fattori di</p>	<p>Nel corso dell'anno 2016 si è posta l'attenzione all'individuazione di metodologie e strumenti che permettessero l'implementazione delle funzioni in area sociosanitaria previste dalla Legge di riforma, secondo il principio della separazione tra funzione programmatica (ATS) ed erogativa (ASST) in un'ottica di integrazione e collegialità all'interno della Comunità di prassi delle Direzioni Sociosanitarie bergamasche, individuata quale nuovo modello organizzativo.</p> <p>L'integrazione ed il raccordo dei percorsi di presa in carico è stata processata attraverso:</p> <p>tavoli di lavoro sia strategici che prettamente operativi delle DSS e</p>

<p>rischio MCNT;</p>	<p>delle DSS con le DS delle ATS e delle ASST bergamasche</p> <p>valutazione, verifica, integrazione e adozione di procedure e protocolli provinciali in tema di Consultori Familiari, ADI, 2942, FNA, Attività di prevenzione ecc...</p> <p>revisione del FASAS e della procedura dedicata alle attività del Consultorio Familiare</p> <p>adeguamento e implementazione dei contesti di integrazione e collegialità tra ATS e Servizi erogativi pubblici e privati accreditati nell'area delle Dipendenze, finalizzati al mantenimento delle buone prassi operative nell'area della diagnosi, cura e reinserimento:</p> <p>Condivisione della procedura in ambito provinciale relativa alle attività dei Collegi di Accertamento dell'alunno disabile, ponendo particolare attenzione anche alla certificazione del bisogno di Assistente Educatore (con oneri a carico del Comune di residenza dell'alunno) e che da diritto all'attribuzione dell'Insegnante di Sostegno con oneri a carico dell'Ufficio Scolastico Provinciale:</p> <p>Avvio di Tavolo di miglioramento "Dimissioni Protette" utile alla elaborazione di una Procedura Generale (PG) condivisa tra le Strutture di degenza presenti sul territorio provinciale sia esse pubbliche o private accreditate.</p>
<p>Riordino Rete d'Offerta - Declinazione dell'integrazione tra l'ambito sanitario, sociosanitario e sociale con particolare riferimento a: area delle dimissioni ospedaliere - cure intermedie/sub acute;</p>	<p>La Centrale Dimissioni Protette (CDP) opera con una equipe composta da Infermiere ed Assistenti Sociali che intervengono singolarmente o congiuntamente in base alla tipologia del bisogno della persona: sanitario o sociale.</p> <p>La CDP si attiva per la presa in carico e l'accompagnamento della persona ricoverata quando, oltre alla presenza di bisogni di natura sanitaria e infermieristica, si aggiungono caratteristiche di fragilità sociale: es. nessun parente di riferimento, impossibilità dei parenti all'assistenza, trascuratezza e difficoltà ad esprimere i propri bisogni, ripetuti ricoveri e/o accessi al Pronto Soccorso, segnalazione da parte dei servizi territoriali.</p> <p>L'attivazione della Centrale Dimissioni Protette da parte delle Unità Strutturali viene effettuata dal Personale Sanitario (Personale Medico, Infermieristico, Ostetrico) dell'Unità Strutturale attraverso una richiesta di consulenza con allegata una scheda di determinazione del livello di fragilità. Il personale della CDP effettua dei colloqui con la persona assistita e la famiglia ed in collaborazione con il personale Medico/Infermieristico pianifica la dimissione più adatta per il paziente sia essa al domicilio (tramite attivazione di ADI e richiesta di ausili) sia presso una struttura presente sul territorio (Cure sub-acute, Cure Intermedie, RSA, RSD).</p> <p>Nel corso del 2016 sono stati inseriti in percorsi previsti della CdP i</p>

seguenti pazienti:

ANNO 2016	
Pazienti presi in carico per problematiche assistenziali	838
Pazienti presi in carico per problematiche sociali	626
Attivazione ADI	320
Attivazione di percorsi assistenziali standardizzati	1251
Totale pazienti presi in carico	3035

Si è provveduto ad attivare la dimissione protetta per 108 persone assistite verso strutture di cure intermedie e 160 verso strutture per cure sub-acute.

	Nr dimissioni	Tempi da segnalazione a trasferimento (moda)
Subacuti	165	11
Cure Intermedie (*)	120	7

(*) il trend degli ultimi mesi evidenzia un allungamento dei tempi per l'accesso alle cure intermedie

Riordino Rete d'Offerta - Declinazione dell'integrazione tra l'ambito sanitario, sociosanitario e sociale con particolare riferimento a:

area del sostegno alla domiciliarità (CREG - MMG - ADI);

Proposta di avvio in un processo di programmazione inclusiva territoriale in accordo con ATS e ASST PG23 per la presa in carico della cronicità mediante istituzione di un Tavolo di Sistema per la Salute della Valle Brembana che prevede il coinvolgimento degli stakeholder sanitari, sociosanitari e sociali, attivi nel territorio della Valle Brembana.

A seguito di un primo incontro avvenuto il 28 giugno 2016 presso la sede della Comunità Montana della Valle Brembana, la Direzione generale dell'ATS di Bergamo ha inteso istituire il gruppo di lavoro ufficialmente incaricato di individuare azioni prioritarie e corresponsabili nella presa in carico della cronicità da utilizzarsi per una programmazione integrata delle erogazioni prestazionali sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Si sono tenuti 3 incontri:

- 28 giugno 2016: Presentazione progettualità e individuazione

	<p>assetto organizzativo –collaborativo territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 agosto 2016: Presentazione dati epidemiologici e necessità rilevazione priorità • 29 settembre 2016: Presentazione dati relativi all’indagine effettuata presso tutti gli stakeholders della rete territoriale con individuazione delle Azioni da intraprendere: <ul style="list-style-type: none"> ➤ azione 1: potenziamento offerta dei servizi rivolti alla domiciliarità/prossimità, attraverso la delineaazione di un “modello innovativo di presa in carico delle persone in condizioni di cronicità”. ➤ azione 2: delineare un livello di offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali in grado rispondere ai bisogni prioritari della popolazione in condizioni di cronicità attraverso una integrazione di offerta tra servizio pubblico e privato accreditato. • Nei successivi incontri (9 e 23 novembre, 2 e 23 dicembre 2016, coinvolgimento degli stakeholders, MMG della Valle Brembana al fine di individuare: <ul style="list-style-type: none"> - il cluster della popolazione da includere nella partecipazione al progetto, - il PDTA da impiegare - il percorso di presa in carico per i pazienti da arruolare, - le modalità per l’arruolamento e criteri di ingaggio degli specialisti cardiologi, - indicatori a rilevanza sociale
<p>Riordino Rete d’Offerta - Declinazione dell’integrazione tra l’ambito sanitario, sociosanitario e sociale con particolare riferimento a: avvio dei PRESST;</p>	<p>La ASST PG23 con delibera 2186/2016 del 15/12/2016 “prime determinazioni in merito alla costituzione del PreSST” ha istituito l’unico PRESST per l’ambito territoriale di pertinenza dell’ASST, così come previsto dal POAS adottato con delibera 1847/2016 del 28/10/2016, dando mandato al Direttore della USC Direzione Medica Presidio Territoriale e al Responsabile USSD Continuità Ospedale e Territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di presentare entro il 31/12/2016 l’articolazione delle istituende UOC del PreSST “Prevenzione, autorizzazioni e certificazioni” e “Servizi sanitari e di continuità”, unitamente al piano di utilizzo delle risorse umane che afferiranno alle stesse in rapporto ai compiti istituzionali correlati all’applicazione delle funzioni previste nella L.R.; • di coordinare le sperimentazioni dei modelli di presa in carico concordati con l’ATS Bergamo;

	<ul style="list-style-type: none"> • di predisporre, in coerenza con gli obiettivi aziendali e in collaborazione con gli uffici preposti, i piani di formazione per il 2107; • di proporre un piano di obiettivi per il personale delle diverse professionalità, coerente con lo sviluppo di modelli di presa in carico delle cronicità e delle fragilità; <p>La scelta strategica fatta con il POAS 2017-19 è stata quella di far confluire attività, funzioni e strutture afferenti ai due ex distretti della ASL di Bergamo nell'unico PreSST della ASST PG23 che vede il riordino delle attività erogative in due UOC, individuate per assicurare le funzioni precedentemente assegnate alla ASL e quelle nuove della Rete Territoriale previste dalla L.R.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UOC Prevenzione, Autorizzazioni e Certificazioni: che gestirà le attività inerenti la prevenzione, le vaccinazioni, l'accoglienza e front-office di tutte le strutture territoriali per l'accesso a servizi a domanda individuale (certificazioni, invalidità civile, autorizzazioni a rimborsi, etc) non correlati con attività sanitarie o di presa in carico del paziente, l'erogazione relativa alle visite fiscali e necroscopiche e il mantenimento delle sedi della continuità assistenziale • UOC Servizi Sanitari e di continuità: che gestirà l'erogazione di prestazioni specialistiche, tutte le attività connesse alla valutazione multidimensionale e alla presa in carico, protesica e ausili, oltre alle attività dei consultori familiari
<p>Riordino Rete d'Offerta - Applicazione dei requisiti del Decreto 02/04/2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";</p>	<p>Il Polo Ospedaliero della ASST PG23 è composto da due presidi ospedalieri (P.O.) classificati in base al livello di complessità in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • p.o. Papa Giovanni XXIII a Bergamo: presidio ospedaliero di II livello • p.o. Ospedale Civile a San Giovanni Bianco: presidio ospedaliero di base. <p>Entrambi i p.o. sono dotati di tutte le specialità e servizi richiesti dall'articolo 2 del DM 70. Le soglie di volume di attività e gli esiti di percorsi diagnostico-terapeutici, procedure ed attività cliniche identificati all'articolo 4 del DM 70 sono rispettati.</p> <p>L'ASST PG23 soddisfa gli standard indicati nell'articolo 5 del DM 70 (standard generali di qualità), segnatamente gli standard di governo clinico (gestione del rischio clinico, medicina basata sulle evidenze, valutazione delle tecnologie sanitarie, valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche, documentazione sanitaria, comunicazione, informazione, partecipazione del cittadino/paziente, formazione continua del personale).</p> <p>Relativamente agli standard indicati all'articolo 6 del DM 70</p>

(standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali) la situazione è la seguente. Il p.o. Papa Giovanni XXIII, avviato nel 2013, successivamente al trasferimento dalla vecchia sede (ex-Ospedali Riuniti di Bergamo) alla nuova, possiede tutti i requisiti di autorizzazione e accreditamento previsti dalla normativa nazionale (DPR 14.01.1997) e dalle successive disposizioni regionali.

Le strutture acquisite a partire dal 2016 in applicazione della L.R., ovvero il p.o. Ospedale Civile di San Giovanni Bianco e le strutture ubicate sul territorio (ex-distretti ASL), necessitano, invece, di interventi strutturali per ottemperare in maniera completa ai requisiti normativi di sicurezza. Il finanziamento per l'esecuzione di tali interventi è stato richiesto a Regione Lombardia nel mese di gennaio 2017 da parte dell'ASST come da indicazioni della DGR 5805 del 18/11/2016 "Determinazioni in ordine ai criteri e agli ambiti per l'utilizzo dei fondi di investimento per l'esercizio finanziario 2017 e seguenti- indicazioni per la ricognizione delle esigenze del piano straordinario" – Ambito A (livelli di sicurezza).

Gli standard indicati nell'articolo 7 (alta specialità) sono rispettati.

In riferimento alla continuità ospedale-territorio (articolo 10 del DM 70) l'ASST garantisce l'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e quelle ospedaliere, sia attraverso una Centrale Dimissioni Protette che con specifici accordi con strutture territoriali per post-acuzie e riabilitazione, che attraverso l'assistenza domiciliare palliativa specialistica, il tutto finalizzato ad assicurare l'accompagnamento del paziente con fragilità individuale o sociale nella fase del post-ricovero.

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.

Tale affermazione non può essere confermata - come in passato - dal sistema di monitoraggio on-line denominato “Bussola della trasparenza” essendone stata sospesa l’operatività nel corso del secondo semestre dell’anno 2016 da parte del Ministero della pubblica amministrazione e semplificazione al fine di consentire il completamento delle modifiche necessarie per rendere conformi ai nuovi obblighi di pubblicità e trasparenza, introdotti dal d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 i siti aziendali.

Nel corso del secondo semestre 2016, si è, pertanto, proceduto, oltre alla consueta ricognizione e monitoraggio dei dati pubblicati sul sito aziendale alla sezione “Amministrazione trasparente”, all’aggiornamento dei suddetti dati ai sensi della nuova normativa in materia e delle indicazioni emanate nel corso dell’anno dall’Autorità nazionale anticorruzione.

Il responsabile della trasparenza ha, altresì, provveduto a inserire nella sezione “Amministrazione trasparente” le informazioni e i dati relativi alle attività e alle funzioni prese in carico a seguito dell’entrata in vigore della l.r. n. 23/2015 e successivi provvedimenti attuativi (precedentemente in capo all’ASL di Bergamo e all’azienda ospedaliera di Treviglio), al fine di assicurare, la massima trasparenza dell’organizzazione e dell’attività dell’ASST.

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’adempiere in modo puntuale alle prescrizioni di legge anche per l’anno 2016 è stata inserita nella contrattazione di budget del Dipartimento amministrativo uno specifico obiettivo in tema di trasparenza.

Tale previsione ha contribuito alla regolare pubblicazione dei dati e delle informazioni richieste dalla normativa e al loro costante aggiornamento.

4.2 PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Anche il 2016 è stato interessato da significativi cambiamenti nell'Ordinamento Giuridico, sul tema della prevenzione della corruzione, in particolare l'A.N.A.C. con delibera n. 831 del 30 Agosto 2016 "*Determinazione di approvazione definitiva del piano nazionale Anticorruzione 2016*" ha previsto una parte speciale dedicata alla Sanità, individuando aree di rischio specifiche; a completamento della determinazione n. 12 del 28.10.2015.

Sulla scorta dei suggerimenti e delle indicazioni fornite dalla suindicata determina, la neo costituita ASST Papa Giovanni XXIII ha adottato con delibera n 167 del 26.1.2016 il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017-2018-2019.

Anche l'aggiornamento per il triennio 2017-2019 del Piano Triennale Prevenzione Corruzione dell'ASST Papa Giovanni XXIII, conferma l'approccio metodologico e la struttura del precedente Piano: 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.

Il piano adottato ha evidenziato come la prevenzione della corruzione debba diventare un modus operandi dell'azienda, insinuandosi nell'organizzazione con misure idonee che riducano il rischio di corruzione come: i sistemi di controlli interni e l'adozione di nuovi regolamenti aziendali e misure soggettive, atte a garantire l'imparzialità del funzionario pubblico che partecipa all'adozione di atti di gestione. Lo sforzo consiste nell'investire nel Piano di prevenzione della corruzione quale 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.

Già 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.

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 "Incompatibilita', 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.

L'azienda sta continuando nello sforzo di gestire le situazioni di conflitto di interesse con la predisposizione di modulistica ad hoc.

Nondimeno sta continuando la formazione sul codice di comportamento con la partecipazione di tutti i neo assunti al corso Fad. dedicato al codice di comportamento aziendale.

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.

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 2016 sono stati svolti audit di monitoraggio degli adempimenti previsti dal Piano di prevenzione della corruzione con tutte le strutture interessate.

Per quanto riguarda lo specifico collegamento con il Piano delle Performance, si richiama in proposito quanto previsto dalla Regione Lombardia con deliberazione n. x/1185 del 20.12.2013: *"Come previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione della corruzione, approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (A.N.A.C.), con delibera n. 72 dell'11.9.2013, le attività svolte dalle aziende per l'implementazione e l'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione vengono inserite in forma di obiettivi nel piano delle Performance, anche in funzione della performance individuale."*

Si richiama altresì quanto previsto dal PNA 2015, det. ANAC 12 del 28/10/2015, che prevede la traduzione delle misure di prevenzione in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici ed ai loro dirigenti. Conseguentemente nel corso del 2016 sono stati assegnati obiettivi specifici in materia di prevenzione della corruzione ai dirigenti come di

seguito riportati:

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

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

CDR_2016	CDR_CO D	DIP	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUN TI	MODALITA' DI VALUTAZIONE
USC Approvvigionamenti	77	DIPARTIMENTO SERVIZI E TECNOLOGIE	1) Pianificazione e programmazione degli acquisti al fine di prevenire il rischio di mancata concorrenza e trasparenza. 2) Verifica a campione del divieto pantouflage o revolving doors.	1a) Implementare le misure di contrasto e di controllo nel processo affidamenti di forniture e acquisti in economia. 1b) Confronto con le altre Aziende sui beni acquistati in esclusiva, di valore annuo superiore ad euro 40.000 iva esclusa. 2) Verrà definito in accordo alla USS Legale interno e audit.	15	1a) Riduzione del valore, almeno del 5%, degli acquisti in economia rispetto all'anno 2015, oggetto di delibera di ratifica trimestrale. 1b) Valore affidamenti di beni infungibili/esclusivi (di valore annuo superiore ad euro 40.000 iva esclusa) sul totale acquistato (< rispetto al valore del 2015) e Implementazione di una procedura che attesti l'avvenuto confronto con le altre aziende. 2) Verrà definito in accordo alla USS Legale interno e audit.
USC Informatica e Telecomunicazioni	TC	DIPARTIMENTO SERVIZI E TECNOLOGIE	Sicurezza e riservatezza dei dati informatici.	Aumentare gli accessi ai P.C. con carta elettronica personale.	5	Riduzione di n° 100 postazioni di lavoro con accesso 'libero' senza smartcard personale
USC Servizi a gestione diretta	75	DIPARTIMENTO SERVIZI E TECNOLOGIE	Controllo dell'attività in outsourcing del Magazzino esterno	Controllo mensile a campione del contenuto delle navette in partenza dal Magazzino e in arrivo all'Interport	15	Verbale di esito della verifica di corrispondenza fra bolla e contenuto del carrello

<i>CDR_2016</i>	<i>CDR_COD</i>	<i>DIP</i>	<i>RISULTATO ATTESO</i>	<i>INDICATORE</i>	<i>PUNTI</i>	<i>MODALITA' DI VALUTAZIONE</i>
				o e ai reparti PG23		
USC Ufficio Tecnico	81	DIPARTIMENTO SERVIZI E TECNOLOGIE	1) Controllo in relazione all'esecuzione della quota lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta ed affidata attraverso contratti non qualificati come subappalti, ma alla stregua di forniture 2) Verifica a campione del divieto pantouflage o revolving doors	1) Controlli a campione in cantiere 2) Verrà definito in accordo alla USS Legale interno e audit.	10	1) Effettuazione di almeno n. 5 verifiche in cantiere 2) Verrà definito in accordo alla USS Legale interno e audit.

CDR BUDGET 2016	Cod US	DIP	RISULTATO ATTESO	PUNTI DIRIGENZA (SU 100 COMPL)	PUNTI COMPARTO (SU 100 COMPL.)	MODALITA' DI VALUTAZIONE
USC Farmacia	52	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA	Devono essere ottemperate le due seguenti attività: 1) Verifica dell'esclusività per l'acquisto della protesica e dei dispositivi medici. Necessaria la presenza di un verbale di attestazione verifica dell'esclusiva. È richiesta, entro fine anno, l'implementazione di una procedura affinché i prodotti in esclusiva siano accompagnati dall'attestazione di esclusività. 2) Confronto con le altre aziende per i prodotti in esclusiva per il materiale di consumo dei laboratori. È richiesta la presenza di verbali di confronto. È richiesta, entro fine anno, l'implementazione di una procedura che attesti l'avvenuto confronto con le altre aziende.	10	10	Tutte le attività descritte devono essere correttamente effettuate. a) Le procedure sono emesse e diffuse entro la tempistica indicata: obiettivo raggiunto al 100% b) Le procedure sono emesse e diffuse con un ritardo massimo di un mese rispetto alla tempistica indicata: obiettivo raggiunto al 70% c) Le procedure sono emesse e diffuse con un ritardo massimo compreso tra uno e due mesi rispetto alla tempistica indicata: obiettivo raggiunto al 50% d) Le procedure sono emesse e diffuse con un ritardo superiore a due mesi rispetto alla tempistica indicata: obiettivo NON raggiunto

CDR BUDGET 2016	Cod US	DIP	RISULTATO ATTESO	PUNTI DIRIGENZA (SU 100 COMPL)	PUNTI COMPARTO (SU 100 COMPL.)	MODALITA' DI VALUTAZIONE
USC Direzione Medica Presidio Ospedaliero	73	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA	Corretta gestione delle liste d'attesa in Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e libera professione (LP) attraverso il confronto dei tempi di attesa tra SSN e LP. Dovranno essere effettuati controlli a campione, con un minimo due rilevazioni nel corso dell'anno.	10	10	a) Evidenza documentale delle due rilevazioni effettuate: obiettivo raggiunto al 100% b) È presente l'evidenza documentale di una sola rilevazione: obiettivo raggiunto al 50% c) Nessuna rilevazione è stata effettuata: obiettivo NON raggiunto
USC Direzione Professioni Sanitarie	76x	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA	entro il 31 dicembre viene verificata la corretta applicazione della procedura in almeno 10 casi	3	3	a) Entro 31/12 verifica dell'aderenza del personale coinvolto alle indicazioni fornite dalla procedura con nessuna irregolarità rilevata: conseguimento di tutti i punti b) Entro 31/12 verifica dell'aderenza del personale coinvolto alle indicazioni con segnalazione di 1-2 irregolarità: conseguimento del 50%V dei punti c) Entro 31/12 verifica dell'aderenza del

CDR BUDGET 2016	Cod US	DIP	RISULTATO ATTESO	PUNTI DIRIGENZA (SU 100 COMPL)	PUNTI COMPARTO (SU 100 COMPL.)	MODALITA' DI VALUTAZIONE
						personale coinvolto alle indicazioni fornite dalla procedura con segnalazione di più di 2 irregolarità: conseguimento di 0 punti
USC Formazione, Marketing e Libera Professione	FM	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA	Redazione regolamento, policy aziendale, relativo alla gestione del conflitto di interesse nelle attività finanziate da soggetti privati esterni in condivisione con le strutture aziendali interessate in condivisione con la DMP, gli Affari Generali, il Legale Interno e Audit e gli Approvvigionamenti	10	10	Evidenza documentale del regolamento

Tutti gli obiettivi assegnati alle strutture sono stati raggiunti.

Anche per l'anno 2017 sono stati assegnati alle varie strutture obiettivi specifici in tema di prevenzione della corruzione.

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

Il PNE investiga differenti dimensioni degli outcome assistenziali. A partire dai risultati del PNE si è proceduto ad una selezione di indicatori afferenti a cinque aree (cardiologia, traumatologia, ostetricia, chirurgia digestiva, neurologia) attraverso i quali fosse possibile visualizzare il posizionamento dell'azienda negli ultimi tre anni disponibili monitorando l'andamento nel tempo degli stessi indicatori. Tutti gli indicatori sono scaricabili dal

seguito sito internet di AGENAS - Programma Nazionale Esiti:
http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/index.php?lang=IT.

La tabella che segue elenca gli indicatori del PNE prescelti e riporta i risultati dell'Azienda riferiti agli anni 2013, 2014 e 2015 (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 (rischio aziendale aggiustato) e rischio nazionale (rischio nazionale aggiustato). Il risultato risulta statisticamente significativo se $p < 0,05$.

INDICATORE	DATI AZIENDALI			MEDIA NAZIONALE	P value del RISCHIO AGGIUSTATO - anno 2015
	RISCHIO AGGIUSTATO (x 100) Azienda - anno 2013	RISCHIO AGGIUSTATO (x 100) Azienda - anno 2014	RISCHIO AGGIUSTATO (x 100) Azienda - anno 2015	RISCHIO NAZIONALE AGGIUSTATO ANNO - anno 2015	
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero	10,01	12,37	10,74	9,03	0,402
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	66,49	68,01	83,75	54,74	0
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in regime ordinario con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nell'anziano	87,12	80,72	84,19	69,01	0
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	13,45	16,91	15,76	25,02	0
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore	33,32	35,03	39,51	43,42	0,228
Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	1,76	2,1	1,74	2,35	0,555
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni	8,82	11,92	13,43	14,76	0,561
Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero	15,36	12,2	14,92	12,03	0,302

Dalla tabella si evince che per i seguenti tre indicatori l'Azienda risulta avere risultati migliori della media nazionale in modo statisticamente significativo:

- a) frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni;
- b) colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in regime ordinario con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nell'anziano;
- c) proporzione di parti con taglio cesareo primario.

Gli altri indicatori, invece, hanno risultati che non si discostano molto dalla media nazionale, e comunque gli scostamenti che ci sono non risultano statisticamente significativi.

6. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: GLI INDICATORI DI RISULTATO

La tabella che segue riassume alcuni indicatori esplicativi di diverse dimensioni di analisi della performance dell'ASST Papa Giovanni XXIII. I risultati dell'anno 2016 sono suddivisi in risultati del presidio ospedaliero Papa Giovanni XXIII (HPG), risultati del presidio ospedaliero Ospedale Civile di San Giovanni Bianco (SGB) e risultato totale dell'ASST.

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 utilizzano 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	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2013	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014 ANNO 2015	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016
Attuazione delle strategie	Efficacia interna	Ricoveri ordinari ripetuti entro l'anno (%) = N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto entro l'anno (01/01 -31/12)/ Tot. Dimissioni	Risultato 2013: 10,44%	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 11,31% Risultato 2015: 10,6%	Risultati 2016: HPG: 10,14% SGB: 6,87% Tot ASST: 9,90% Nel triennio 2014-16 si sono avute fisiologiche variazioni percentuali e nel complesso è stata ottenuta la performance che era stata prefissata
	Efficacia interna	Dimissioni volontarie (%)= N° dimissioni volontarie/ Totale dimissioni	Risultato 2013: 0,4%	Mantenimento risultato 2013	Risultato 2014: 0,35% Risultato 2015: 0,25%	Risultati 2016 : HPG: 0,26% SGB: 1,56% Tot ASST: 0,33% Nel triennio 2014-16 è stato migliorato il dato del 2013
	Efficacia interna	Trasferimenti tra strutture considerando solo quelli avvenuti tra Istituti per acuti (codice SDO n.3)	Risultato 2013: 0,25%	Mantenimento risultato 2013	Risultato 2014: 0,22% Risultato 2015: 0,25%	Risultati 2016: HPG: 0,22% SGB: 3,67% Tot ASST: 0,51%

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2013	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014 ANNO 2015	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016
		(%)= N° trasferiti (secondo codifica SDO-codice 3)/ Totale dimessi				Il dato relativo ad HPG si è mantenuto sostanzialmente stabile nel tempo.
	Efficacia interna	Ricoveri ordinari ripetuti entro 45 gg (%)= N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto entro 45 gg/Tot. Dimissioni	Risultato 2013: 4,23%	Mantenimento risultato 2013	Risultato 2014: 4,76% Risultato 2015: 4,51%	Risultati 2016: HPG: 4,44% SGB: 3,99% Tot ASST: 4,41% Dato sostanzialmente stabile nel tempo
	Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	Risultato 2013: 24 per 1.000 abitanti	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 23 per 1.000 abitanti Risultato 2015: 23 per 1.000 abitanti	Risultati 2016: HPG: 23 ‰ SGB: 2 ‰ Tot ASST: 25 ‰ Dato sostanzialmente stabile nel tempo
	Efficacia	Tasso di ospedalizzazione	Risultato 2013: 7 per	Mantenimento /	Risultato 2014: 7 per	Risultati 2016: HPG: 6 ‰

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2013	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014 ANNO 2015	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016
	interna	ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	1000 abitanti	miglioramento risultato 2013	1.000 abitanti Risultato 2015: 7 per 1.000 abitanti	SGB: 1 ‰ Tot ASST: 7 ‰ Dato stabile nel tempo
	Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi totali residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	Risultato 2013: 31 per 1000 abitanti	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 30 per 1.000 abitanti Risultato 2015: 30 per 1.000 abitanti	Risultati 2016: HPG: 29 ‰ SGB: 3 ‰ Tot ASST: 31‰ Dato sostanzialmente stabile nel tempo
	Efficacia interna	Tasso di attrazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	Risultato 2013: 53 per 1000 dimessi	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 49 per 1.000-abitanti Risultato 2015: 52 per 1.000 abitanti	Risultati 2016: HPG: 52 ‰ SGB: 18 ‰ Tot ASST: 49 ‰ Dato sostanzialmente stabile nel tempo

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2013	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014 ANNO 2015	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016
	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	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 43 per 1.000 abitanti Risultato 2015: 49 per 1.000 abitanti	Risultati 2016: HPG: 47 ‰ SGB: 10 ‰ Tot ASST: 44 ‰ Tasso in incremento nell'ultimo triennio
	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	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 48 per 1.000 abitanti Risultato 2015: 52 per 1.000 abitanti	Risultati 2016: HPG: 51 ‰ SGB: 16 ‰ Tot ASST: 48 ‰ Dato sostanzialmente stabile nel tempo

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	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016
ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	Rispetto della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza	Mappatura delle aree soggette a rischio di corruzione	Produzione di documento di sintesi relativo alle aree a rischio	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)	Adottato nuovo piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza delibera n. 167 del 26.01.2017
	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.	Proseguita la formazione FAD "Codice di comportamento" e corso residenziale per operatori del CUP e Usc Politiche e gestione del personale.
			Mappare nuove ed eventuali aree a rischio conformemente e in parallelo con	Produzione di documento di sintesi relativo alle eventuali aree a rischio	Adottato nuovo Piano di prevenzione della corruzione 2015 -	Adottato nuovo Piano di prevenzione della corruzione 2015 -	Adottato nuovo Piano di prevenzione della corruzione 2015 -

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	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016
			l'applicazione a regime del P.O.A di cui alla delibera n. 501 del 11.4.2013.		2017 (delibera n. 86 del 22/01/2015)	2017 (delibera n. 140 del 29.1.2016)	2017 - 2019 (delibera n. 167 del 26.01.2017)

7. IL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE NELL'ANNO 2016

Nel corso del 2016 l'Azienda ha sviluppato il programma integrato di miglioramento dell'Organizzazione, attraverso:

- il monitoraggio dei 43 indicatori PIMO,
- la compilazione delle autovalutazioni regionali semestrali sugli standard ex JCI
- il Riesame a consuntivo del sistema gestione qualità dell'anno trascorso,

Nell'anno 2016 si è esteso il sistema di monitoraggio alle strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di Bergamo e Valle Brembana/Valle Imagna.

La tabella che segue riassume gli indicatori PIMO individuati dalla Regione Lombardia per l'anno 2016 e il consuntivo dei dati annuali:

7.1 TABELLA INDICATORI PIMO

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	Valore soglia obiettivo	Risultato raggiunto 2015	Obiettivo 2016	Risultato raggiunto 2016
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	50%	Mantenimento del valore	67%
	Spesa per beni e servizi/produzione lorda				Mantenimento/miglioramento del rapporto rispetto all'anno precedente	67%	67%		
	Costi: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio				Mantenimento/miglioramento del rapporto rispetto all'anno precedente	98%	101,1%		
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	41,17%	Mantenimento del valore	50%
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%	99,87%	Mantenimento del valore	99,81%
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%	0,60%	Mantenimento del valore	2,6%
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	0,47%	Mantenimento del valore	0,85%
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	1,8948‰	Mantenimento del valore	1,37‰

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	Valore soglia obiettivo	Risultato raggiunto 2015	Obiettivo 2016	Risultato raggiunto 2016
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	100%	Mantenimento del valore	100%
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	457	Mantenimento del valore	650
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%	107,52%	100%	193,6%
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	3	Mantenimento del valore	1
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%	Mantenimento del valore	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%	95,88%	Mantenimento del valore	96,59%
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	20,37%	Miglioramento al 25%	30,44%
17	50411	5 RISORSE UMANE	5.4 Sicurezza del posto di lavoro, infortuni e sorveglianza	5.4.1 Frequenza infortuni	Num. infortuni / ore lavorate x 1.000.000	0	0,001685%	Mantenimento del valore	0,0017%

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	Valore soglia obiettivo	Risultato raggiunto 2015	Obiettivo 2016	Risultato raggiunto 2016
			sanitaria						
18	50511	5 RISORSE UMANE	5.5 Analisi dell'attività formativa erogata	5.5.1 Tasso di saturazione dell'offerta formativa	Num. partecipanti / Num. Posti di formazione previsti	Da definire sullo storico dell'organizzazione	79,20%	Mantenimento del valore	81%
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	1,42%	Miglioramento al 1,6%	1,218%
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%	37,15	Mantenimento del valore	45
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		29%	Mantenimento del valore	34%
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%	77%	Mantenimento del valore	79%
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	1,12%	Miglioramento al 1,2%	1,2%
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%

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	Valore soglia obiettivo	Risultato raggiunto 2015	Obiettivo 2016	Risultato raggiunto 2016
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	0,019%	Mantenimento del valore	0,020%
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	73,9%
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	1,13%	Mantenimento del valore	0,96%
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	0,72 %	Mantenimento del valore	0,39%
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%	57%	Mantenimento del valore	58%
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%	Indicatore segnalato da Struttura legale interno ed audit come sospeso	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	Indicatore segnalato da Struttura legale interno ed audit come sospeso	Mantenimento del valore	Indicatore segnalato da Struttura legale interno ed audit come sospeso

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	Valore soglia obiettivo	Risultato raggiunto 2015	Obiettivo 2016	Risultato raggiunto 2016
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 PTTI Piano triennale Trasparenza e Integrità.	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	95%
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	6
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	100%	Mantenimento del valore	/
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	69,46%	Miglioramento al 75%	- Dato aggregato 69,86% - Dato in media percentuale 78,23% Ristoro: - dato aggregato 64,5% - media % pari a 68,63% Biancheria: - dato aggregato 80,16%

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	Valore soglia obiettivo	Risultato raggiunto 2015	Obiettivo 2016	Risultato raggiunto 2016
									- dato media % pari a 87,82%
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%	99,34%	92%	100%
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)	5	Mantenimento entro il valore soglia: Si prende atto del soprasoglia dell'item n. 5 legato ad aspetti economici	6
	62112				Num.anni TC / num. TC presenti	≤ 7 anni	5	7	6
	62113				Num.anni RMN / num. RMN presenti	≤ 7 anni (media regionale da osservatorio NSISS)	3,5	7	3,3
	62114				Num. anni LINAC / num. LINAC	≤ 9 anni (media regionale da osservatorio NSISS)	6,3	9	7
	62115				Num. anni TC/PET / num. TC/PET presenti	≤ 5 anni (media regionale da osservatorio NSISS)	9	10	10
	62116				Num. anni GCC / num. GCC presenti	≤ 10 anni (media regionale da osservatorio NSISS)	5,3	10	6,3
	62117				Num. anni GTT presenti / num. GTT presenti	≤ 6 anni (media regionale da osservatorio NSISS)	3	6	4
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%	99,15%	98%	Dato aggregato 86,29% Bergamo 99,15% San Giovanni Bianco 74,24%

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVO-CONTABILE (proposta n. 355/2017)

Oggetto: RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII - ANNO 2016.

UOC PROPONENTE

Si attesta la regolarità tecnica del provvedimento, essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Si precisa, altresì, che:

A. il provvedimento:

- prevede
- non prevede

COSTI diretti a carico dell'ASST

B. il provvedimento:

- prevede
- non prevede

RICAVI da parte dell'ASST.

Bergamo, 16/06/2017

Il direttore
Dr. / Dr.ssa Trapletti Roberta

PARERE DIRETTORI

all'adozione della proposta di deliberazione N.355/2017

ad oggetto:

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII - ANNO 2016.

Ciascuno per gli aspetti di propria competenza, vista anche l'attestazione di regolarità amministrativo-contabile.

DIRETTORE AMMINISTRATIVO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Petronella Vincenzo
Note:	

DIRETTORE SANITARIO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Pezzoli Fabio
Note:	

DIRETTORE SOCIOSANITARIO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Vasaturo Donatella
Note:	

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

**Publicata all'Albo Pretorio on-line
dell'Azienda socio sanitaria territoriale
"Papa Giovanni XXIII" Bergamo**

per 15 giorni
