



OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018 - 2020 DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO.

**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 socio-sanitario 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. 27 ottobre 2009 n. 150, di attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 sull' "Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" all'art. 10, comma 1, lettera a), prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente un documento programmatico triennale, denominato "Piano della performance", da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, volto a individuare gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e a definire gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance;
- sono state considerate le Linee Guida regionali del 2011, relativamente alla modalità di redazione dei piani, contenute nel documento "Il sistema di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie pubbliche lombarde";
- ai sensi dell'art.10 comma 3 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" la programmazione strategica e operativa dell'amministrazione, è definita, in via generale, nel Piano della performance proposto;
- sono state ottemperate le raccomandazioni delle "Linee guida per l'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016" di ANAC, in ordine al coordinamento dei contenuti del PTTC con il presente piano, in una logica di complementarità e funzionalità reciproca;
- il Nucleo di valutazione delle prestazioni, riunitosi in data 24 gennaio 2018, ha espresso parere favorevole sul contenuto del documento (allegato A) approvando il Piano e, al fine di non trascurare l'impatto del decreto legislativo 74 del 25/5/2017 volto a modificare sensibilmente il decreto legislativo n. 150/2009 sull' "Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" postula un aggiornamento allo stesso , successivamente allo studio e all'analisi da parte dello Nucleo - la cui seduta è calendarizzata nel mese di marzo 2018 – al fine di ricomprendere i nuovi item eventualmente previsti per le aziende sanitarie;
- la normativa vigente prevede che il "Piano della performance triennio 2018 – 2020" debba essere formalmente adottato e pubblicato sul sito istituzionale dell'azienda nella sezione dedicata "Amministrazione trasparente";

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

DELIBERA

- di approvare il documento "Piano della performance triennio 2018 – 2020" dell'ASST Papa Giovanni XXIII, approvato dal Nucleo di valutazione delle prestazioni (allegato A) il 24.gennaio 2018;
- di procedere alla pubblicazione, in osservanza ai vigenti dispositivi normativi, sul sito istituzionale nella sezione dedicata "Amministrazione trasparente";
- di dare mandato all'UOC Formazione, valutazione e controllo strategico di monitorare il ciclo di gestione della performance secondo la tempistica stabilita dalle linee guida regionali;

- di prevedere, all'esito della riunione del Nucleo, avente ad oggetto l'analisi del decreto legislativo 74/2017 e l'impatto sui contenuti dei piani di programmazione delle aziende sanitarie da parte del Nucleo, il relativo aggiornamento ;
- di trasmettere copia del presente provvedimento ai competenti uffici aziendali per dovuta informazione e seguito.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Carlo Nicora

Il responsabile del procedimento: dr.ssa Giuliana Bertocchi

UOC Formazione, valutazione e controllo strategico/bi

Documento prodotto in originale informatico e firmato digitalmente dal direttore generale ai sensi del "Codice dell'amministrazione digitale" (d.lgs. n. 82/2005 e s.m.i.)

PIANO DELLA PERFORMANCE

TRIENNIO 2018 - 2020



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE PAPA GIOVANNI XXIII
PIAZZA OMS, 1 – 24127 BERGAMO

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

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

INDICE

1. PREMESSA	2
2. GLI OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE PER L'ANNO 2018	2
2.1 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO PER L'ESERCIZIO 2018	2
2.1.1 Nuovo percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSR di cui alla l.r. N. 23/2015	2
2.1.2 Estensione PagoPA alle Aziende Sanitarie per i ticket sanitari.....	3
2.1.3 Implementazione l.r. 23/2015 e percorso di presa in carico.....	4
2.1.4 Prestazioni di screening	6
2.1.5 Le reti socio-sanitarie.....	7
2.1.6 Vaccinazioni	11
2.1.7 Settore degli acquisti	11
2.1.8 Linee di indirizzo risk management	11
3. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA	12
3.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO	12
3.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA	14
3.3 I TRAPIANTI E L'ALTA SPECIALIZZAZIONE	15
3.4 CURE ONCOLOGICHE	15
3.5 EMERGENZA-URGENZA	16
3.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE.....	18
5. IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DI ALCUNI INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)	20
5.1 Mortalità a 30 giorni dopo infarto miocardico acuto (IMA).....	20
5.2 Frattura del collo del femore: intervento chirurgico Entro 48 ore nell'anziano	21
5.3 Colectomia laparoscopica in regime ordinario: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria entro 3 giorni	23
5.4 Proporzione di parti con taglio cesareo primario	24
5.5 Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni.....	25
5.6 Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni.....	27
5.7 ICTUS: mortalità a 30 giorni dal ricovero.....	28
6. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: GLI INDICATORI DI RISULTATO	30
4. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	33
4.1 ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ	33

1. PREMESSA

La programmazione a livello regionale del sistema socio-sanitario definisce le priorità di intervento per l'esercizio 2018 per garantire il rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema, congiuntamente alle aziende sanitarie del comparto pubblico e privato, attraverso percorsi di razionalizzazione ed efficientamento della spesa. Regione Lombardia per l'anno 2018 sarà impegnata a garantire l'attuazione della L.r. 23/2015 relativamente alla presa in carico del paziente cronico e alle progettualità di continuità assistenziale ospedale-territorio, con conseguente maggior impegno in termini di destinazione delle proprie risorse.

Gli enti del servizio sociosanitario lombardo, tra cui la ASST Papa Giovanni XXIII (d'ora in poi ASST PG23) sono chiamati al pieno rispetto degli obiettivi fissati con le Regole di Sistema 2018, nonché a effettuare una programmazione aziendale incentrata sul miglioramento delle performances basate su azioni di razionalizzazione e di efficientamento a garanzia della sostenibilità della spesa.

2. GLI OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE PER L'ANNO 2018

2.1 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2018

Con delibera n. X/7600 del 20/12/2017 la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia ha approvato le Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2018 (cd. Regole 2018). Con tale atto programmatico la DG Welfare ha fornito le indicazioni necessarie alle ASST e ATS per la formulazione delle scelte strategiche aziendali.

A seguire si riportano gli obiettivi contenuti nelle Regole 2018 ritenuti di maggiore interesse per gli stakeholder:

2.1.1 Nuovo percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSR di cui alla l.r. N. 23/2015

Con DGR n. X/7009 del 31 luglio 2017 è stato approvato il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci degli Enti del SSR di cui alla L.R. n. 23/2015. Il nuovo PAC della Regione Lombardia ha confermato la suddivisione in 9 aree e cicli di bilancio, 53 obiettivi e 162 azioni: 7 aree per le Aziende Sanitarie pubbliche (Requisiti Generali, Immobilizzazioni, Rimanenze, Crediti e Ricavi, Disponibilità Liquide, Patrimonio Netto, Debiti e Costi), 1 area per la GSA (Gestione sanitaria accentrata) e 1 area per il Consolidato regionale. Ciascuna area è suddivisa in obiettivi il cui raggiungimento avviene attraverso azioni; per ciascun obiettivo è stato previsto la data di inizio operatività, i tempi

di definizione e implementazione delle procedure e i tempi delle verifiche di corretta esecuzione delle stesse. Per ciascuna area è stata prevista una scadenza valida per tutte le Aziende sanitarie, in modo tale da prevedere un percorso che sia concretamente realizzabile. Per l'applicazione del PAC sono previste le seguenti fasi:

a. avvio del percorso con redazione ed emanazione delle linee guida regionali per ciascuna area del PAC con possibilità di modifiche/integrazioni a seguito dei feed-back pervenuti dalle Aziende sanitarie;

b. fase della predisposizione delle procedure dove per ciascun obiettivo e azione è prevista una scadenza entro la quale le aziende devono predisporre le procedure;

c. fase della implementazione delle procedure dove per ciascun obiettivo e azione è prevista una scadenza entro la quale le aziende devono, in base a degli standard organizzativi, procedurali e contabili, applicare le procedure all'interno dei processi amministrativo-contabili aziendali;

2.1.2 Estensione PagoPA alle Aziende Sanitarie per i ticket sanitari

PagoPA è un sistema che rende disponibile al Cittadino diversi canali di pagamento offerti dagli istituti bancari aderenti a PagoPA ed effettua le operazioni di addebito/accredito e di rendicontazione contabile. Le posizioni debitorie all'interno di PagoPA sono identificate univocamente tramite un Codice di Pagamento. Nel corso dell'esercizio 2018 ASST PG 23 dovrà consentire il pagamento dei ticket sanitari attraverso i servizi forniti dal sistema PagoPA. Il servizio sarà erogato da Lombardia Informatica attraverso la tecnologia MALL-PagoPA, una soluzione tecnologico-organizzativa che consente al Cittadino di pagare i ticket delle prestazioni prenotate presso gli Enti Erogatori attraverso canali di pagamento complementari rispetto agli sportelli di cassa degli Enti Erogatori stessi. Grazie all'integrazione MALL-PagoPA, il Cittadino potrà pagare i ticket in due modalità:

1. dal Fascicolo Sanitario Elettronico
2. da un canale esterno offerto dagli istituti bancari

L'integrazione offerta dal MALL permetterà alle Aziende di evitare l'onere tecnologico ed organizzativo necessario per integrarsi a PagoPA. Le Aziende già integrate al SISS, possono, attraverso l'integrazione al Mall rendere pagabili, su differenti canali di incasso, le proprie posizioni debitorie. I sistemi informativi che dovranno essere coinvolti in questa integrazione sono:

- CUP Aziendali: registrano le prestazioni associate ad un appuntamento su una certa agenda e i corrispondenti importi dei ticket associati alle prescrizioni. Al momento della registrazione di un appuntamento, i CUP generano il codice di pagamento, secondo le regole richieste da PagoPA, e lo riportano nel riscontro di

prenotazione consegnato al Cittadino. I Cup vengono "interrogati" dal Mall per avere l'elenco dei ticket relativi alle prenotazioni;

- MALL: interagisce con i CUP Aziendali per collezionare le "posizioni debitorie" di un cittadino, cioè i ticket da corrispondere alle Aziende e le rende disponibili a PagoPA. Le posizioni debitorie sono associate a un codice di pagamento, univoco nella rete PagoPA, che identifica l'importo del ticket e l'Azienda beneficiaria del pagamento.

2.1.3 Implementazione l.r. 23/2015 e percorso di presa in carico

Con la costituzione di nuovi enti sanitari, le ATS e le ASST, nate dall'accorpamento e dalla ridefinizione dei perimetri preesistenti degli Enti, è stato introdotto un profondo ripensamento delle modalità per la gestione della domanda e dell'offerta del Sistema Sanitario Lombardo. Sotto tali presupposti, ed in linea con il Piano Nazionale delle Cronicità, in Regione Lombardia l'evoluzione dell'integrazione della componente ospedaliera con quella territoriale ha proseguito con la DGR n. X/4662 del 23/12/2015 avente ad oggetto "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018". La delibera affronta l'offerta sociosanitaria ribadendo il modello della presa in carico che prevede: la Valutazione multidimensionale (VMD), il Piano individuale (PI), che individua il percorso assistenziale più idoneo al soggetto bisognoso di assistenza, ed il Piano Assistenziale individualizzato (PAI) che concretizza gli interventi del Piano individuale. Vengono successivamente delineati i nuovi modelli di cura per la cronicità, sviluppati e attuati con successive delibere, basati su due elementi fondanti: l'integrazione degli interventi e la sostenibilità. Si tratta delle Cooperative dei Medici di Medicina Generale, dei Presidi Territoriali (POT) e dei Presidi socio-sanitari territoriali (PreSST), i percorsi ospedalieri per i pazienti cronici e la RSA Aperta.

Con la DGR n. X/6164 del 30/01/2017 avente ad oggetto "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili - determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015" è stato concretizzato il framework operativo del processo della presa in carico definendone gli attori, il ruolo ed il funzionamento generale, e regolando, così, la parte della domanda. La delibera stabilisce come le Cooperative di medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta ed i soggetti sanitari e socio sanitari accreditati e/o a contratto, nei termini definiti, hanno provveduto a comunicare la loro candidatura a svolgere l'attività di gestore al fine di svolgere l'attività di presa in carico dei pazienti cronici della Regione sulla base di requisiti e criteri specifici forniti dalla Regione. In particolare, i gestori dovranno garantire di poter offrire al paziente cronico una presa in carico completa, un servizio integrato che gli consenta di effettuare tutte le prestazioni, visite, accertamenti nello stesso luogo. Il Gestore sottoscrive il Patto di cura di un anno con il paziente, con l'impegno a predisporre un PAI e la relativa programmazione per l'erogazione delle prestazioni indicate nel piano. Con la n. DGR X/6551 del 04/05/2017

avente ad oggetto “Riordino della rete di offerta e di modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell’art. 9 della legge regionale 33/2009”, si è data attuazione alla gestione della presa in carico per quanto attiene l’offerta. In particolare, ribaditi ruoli e responsabilità del processo e rimodulate le tariffe di presa in carico, viene individuata la Nuova Piattaforma Regionale di Integrazione (NPRI) quale strumento a supporto degli attori coinvolti nel processo di gestione della presa in carico che consenta l’operatività degli utenti direttamente interessati, sia interni che esterni al sistema di erogazione delle cure. Sono stati predisposti e pubblicati gli elenchi relativi agli idonei al percorso di presa in carico (ruolo di gestore e co-gestore) e quelli relativi agli idonei per il ruolo di erogatore a supporto della presa in carico dei pazienti cronici da parte dei MMG/PLS in forma aggregata.

2.1.3.1 Attività di arruolamento dei soggetti cronici e/o fragili

L’attività di arruolamento dei soggetti cronici e/o fragili, fulcro della nuova modalità di presa in carico, rappresenterà l’attività preponderante nel primo semestre 2018. In quest’ottica il 2018 rappresenta un anno di transizione in quanto prenderà avvio la realizzazione, a livello pratico, della presa in carico dei pazienti cronici secondo il nuovo modello. Sono stati costituiti con decreto del Direttore Generale Welfare n. 12800 del 18 ottobre 2017 un gruppo di lavoro tecnico “organizzativo gestionale”, con la partecipazione della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale e delle ATS, con il compito di verificare le varie fasi di attuazione del modello di presa in carico, al quale partecipano rappresentanze dei MMG, delle Associazioni degli enti erogatori accreditati e delle ASST. Il gruppo é articolato al suo interno in un sottogruppo che si occupa delle connesse tematiche informatiche e con il quale lavora in stretta sinergia. La modalità individuata per raccogliere le adesioni da parte dei cittadini affetti da patologie croniche, all’interno dei gruppi sopra richiamati e della cabina di regia delle ATS, prevede l’invio di lettere informative scaglionate nel primo trimestre 2018.

2.1.3.2 Governo dei tempi di attesa

Tra le azioni strategiche che la Giunta regionale si propone di avviare entro il termine della legislatura vi è l’adozione di un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi di attesa, con particolare attenzione all’ambito delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, riferite ad esempio ad aspetti organizzativi, gestionali, di risorse umane e di rafforzamento/introduzione di misure di appropriatezza prescrittiva. Strettamente connessi al traguardo prioritario del governo dei tempi di attesa, vi sono ulteriori obiettivi specifici cui tendere nel quadro del potenziamento complessivo del sistema sociosanitario, che si possono riassumere nei seguenti:

- rafforzare l’efficienza e l’accessibilità dei servizi e delle prestazioni, rendendo questi ultimi sempre più rispondenti alle reali esigenze delle persone e delle loro famiglie;

- promuovere ulteriormente l'appropriatezza e la qualità, mediante il più efficiente utilizzo delle risorse disponibili;
- favorire la crescita professionale degli operatori della sanità nonché l'occupazione.

Il nuovo modello organizzativo di presa in carico della cronicità e la programmazione delle prestazioni sanitarie all'interno del Piano Assistenziale Individuale (PAI) contribuiranno a ridurre in via tendenziale le liste di attesa.

2.1.3.3 Percorsi di accompagnamento della fragilità

Per rispondere in modo sempre più appropriato ai bisogni delle persone con fragilità, i servizi sociosanitari sono stati interessati negli ultimi anni da una profonda trasformazione. In particolare, i servizi maggiormente interessati nella risposta ai bisogni di queste persone sono principalmente rappresentati da: l'assistenza domiciliare integrata (ADI), i Centri Diurni Integrati (CDI), le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), le Residenze Sanitarie per Disabili (RSD) e le strutture di cure intermedie. Con la finalità di realizzare modelli di integrazione funzionale e informativa tra componente sanitaria territoriale, ospedaliera e sociosanitaria lo sforzo di Regione Lombardia nel percorso di presa in carico della cronicità è stato quello di costituire organizzazioni flessibili ed integrate in grado di generare una propria offerta che, insieme all'ospedale ed alle cure primarie, creino un circuito virtuoso di integrazione. In tal senso la stessa DGR n. X/6551 del 2017 prima, e la DGR n. X/7038 del 2017 poi, contemplano la casistica di utenza particolare che, oltre allo stato di cronicità presenta una condizione di fragilità che richiede la soddisfazione di bisogni non esclusivamente sanitari, ma anche psico-socio-educativi. Infatti, si stima che in Regione Lombardia ci siano circa 600.000 persone in condizione di fragilità, che non sono noti *frequent user* ma che hanno bisogni tali da richiedere una presa in carico integrata sanitaria e sociosanitaria. A partire dal 2018 dovranno essere integrati, nella gamma di servizi per la presa in carico del paziente cronico, anche le tipologie di servizio socio-sanitario, con particolare riferimento alle seguenti fragilità: demenza, disabilità, tossicodipendenza, salute mentale con doppia diagnosi di dipendenza.

2.1.4 Prestazioni di screening

ASST PG23 metterà a disposizione, dei programmi di screening, opportuni volumi di prestazioni per garantire una adeguata copertura della popolazione e collaborerà nella rendicontazione delle stadiazioni dei tumori screen detected, garantirà piena collaborazione dei propri professionisti all'ATS nei percorsi per l'analisi dei casi di tumori di intervallo e dei tumori screen detected avanzati. Nel contratto tra ATS e ASST dovranno essere presenti i seguenti elementi relativi al budget di screening:

- numero di prestazioni di primo livello (mammografie, pap-test e/o HPVdna test, fobt) e secondo livello;

- tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo in numero marginale di casi;
- budget complessivo riservato allo screening.

ASST PG 23 dovrà garantire i seguenti tempi di attesa in caso di positività allo screening:

- screening mammografico: data mammografia di screening - data primo esame di approfondimento ≤ 28 giorni (primo esame tra ecografia, altra mammografia anche con tomosintesi, biopsia o eccezionalmente altro esame);
- screening colonrettale: data dell'analisi in laboratorio del campione di feci risultato positivo per sangue occulto - data prima colonscopia (o eccezionalmente colonscopia virtuale) ≤ 30 giorni.

Gli standard si intendono assolti se $\geq 90\%$ delle positività per ogni linea di screening è gestita entro i tempi definiti.

2.1.5 Le reti socio-sanitarie

In Lombardia sono attive già da diversi anni le reti assistenziali quale modello di integrazione dell'offerta in grado di garantire diffusione sul territorio di Centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato standard, sinergie tra gli operatori e condivisione collegiale dei protocolli di procedura sulla base delle best practice. L'occasione fornita dalla L.R. n. 23/2015 impone un ripensamento radicale del Sistema Sociosanitario Regionale che deve saper agire secondo il paradigma della personalizzazione delle risposte alla specificità dei bisogni con un approccio di intensità di presa in carico differenziato. I modelli di presa in carico devono essere riorganizzati superando la logica "verticale" delle cure, intese come una sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali, in funzione dell'attuazione di un modello a rete integrata che permette razionalizzazione e rigorosa appropriatezza degli interventi in funzione di un'economicità complessiva della filiera erogativa. A fronte del nuovo scenario, la possibilità di continuare a rispondere alla domanda di salute e assistenza in modo adeguato ed efficace, è agire sui modelli organizzativi attraverso cui viene costruita e articolata la rete d'offerta.

2.1.5.1 Le reti clinico-assistenziali

La rete clinico-assistenziale rappresenta "un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei

cittadini”. Nel corso del 2018 verrà definito e stabilizzato il passaggio dal modello delle reti di patologia al modello organizzativo delle reti clinico-assistenziali già attivate in Lombardia e/o previste dal DM 70-2015 (ROL; REL; ReNe; Rete Diabete; Rete Pneumologica; ReteIctus; ReteStroke; Rete Trauma; Rete Udito; Rete Epilessia, Rete epatologica, e altre reti di cui abbiamo trattato nei precedenti piani delle performance). La necessità di un’organizzazione in rete scaturisce dalla crescente complessità dei bisogni sanitari e sociosanitari, che difficilmente possono trovare risposta in un’unica realtà aziendale. Sviluppare la rete clinico-assistenziale, significa evolvere da un modello di erogazione dei servizi basato prevalentemente su regole e contratti e fondato su relazioni gerarchiche tra i vari livelli organizzativi, verso un modello innovativo e dinamico, che promuove fortemente la qualità e l’appropriatezza di cura al servizio del paziente e a vantaggio della sostenibilità del sistema.

Nel modello in rete, la condivisione dei casi clinici e soprattutto i processi di consenso su protocolli diagnostico-terapeutici nell’ambito della “comunità professionale”, promuovono una modalità operativa che tende ad allineare i comportamenti individuali a “buone prassi” condivise.

Le reti clinico-assistenziali concretizzano una modalità gestionale integrata, multiprofessionale e multidisciplinare, che realizza percorsi di continuità assistenziale a garanzia dell’appropriatezza degli interventi, dell’omogeneità di trattamento sul territorio e della sostenibilità economica.

2.1.5.2 Finalità

Il modello organizzativo di rete clinico-assistenziale deve prioritariamente:

- garantire equità di accesso alle cure e precoce presa in carico;
- essere basato sul quadro epidemiologico, sull’analisi multifattoriale dei fabbisogni e sui bacini di utenza;
- essere coerente con gli standard quali-quantitativi definiti dalla normativa nazionale vigente, con particolare riferimento al D.M. n.70/2015.

2.1.5.3 Elementi costitutivi

Al fine di garantire il miglior funzionamento delle reti clinico-assistenziali, devono essere definiti:

- i criteri per l’individuazione dei soggetti che partecipano alla rete;
- la governance e le regole di funzionamento;
- i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e il loro aggiornamento in base alle evidenze scientifiche;
- i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura;

- il sistema di monitoraggio;
- i criteri di individuazione degli operatori e della loro qualificazione professionale;
- i percorsi che assicurano ai pazienti l'accesso all'innovazione tecnologica;
- le modalità di coinvolgimento delle persone, delle famiglie e delle associazioni di pazienti;
- i percorsi che assicurano ai pazienti la presa in carico secondo il criterio della prossimità territoriale al loro domicilio.

2.1.5.4 Obiettivi

Gli obiettivi che caratterizzano le reti clinico-assistenziale si sostanziano nei seguenti punti:

- migliorare l'appropriatezza diagnostico-terapeutica, grazie alla condivisione di conoscenze, competenze e informazioni, fornendo contemporaneamente al paziente un'offerta assistenziale di qualità, con riduzione dei tempi di attesa;
- garantire la continuità delle cure tra ospedale e territorio che rappresenta un obiettivo primario;
- valorizzare le eccellenze e le risorse già esistenti sul territorio per meglio integrarle in un network al servizio del paziente.

2.1.5.5 Strumenti

Strumenti per la realizzazione degli obiettivi delle reti clinico-assistenziali sono:

- la condivisione di raccomandazioni/protocolli clinici/PDTA per la diagnosi e la cura delle varie patologie, in senso multidisciplinare e multiprofessionale, attraverso un percorso di consenso nella "comunità dei professionisti" delle Strutture che erogano servizi;
- l'utilizzo di strumenti telematici sviluppati in integrazione con il CRS-SISS (Carta Regionale dei Servizi, Sistema Informativo Socio-Sanitario) per la condivisione dei casi e lo scambio di dati clinici relativi ai pazienti, nel rigoroso rispetto della vigente normativa sulla privacy;
- la promozione della formazione e dell'aggiornamento continuo degli operatori della rete;
- la promozione della ricerca clinico-assistenziale, traslazionale, epidemiologica e valutativa e indipendente, anche al fine di favorire processi di Health Technology Assessment.

2.1.5.6 Indicatori

Uno degli elementi che connotano le reti clinico-assistenziali, che ne caratterizzeranno le attività nell'esercizio 2018 e ne definiscono il valore aggiunto, si sostanzia nell'attivazione di processi di valutazione delle performance della rete in relazione a diversi obiettivi attraverso l'individuazione di specifici indicatori, sia della rete che dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali. Il sistema degli indicatori è via via sviluppato all'interno del portale regionale al quale accedono le Strutture pubbliche e private accreditate. I dati sono restituiti come confronto interno alle aziende e tra Aziende nel tempo e rispetto ad uno standard atteso. Finalisticamente l'impianto degli indicatori è indirizzato a rappresentare la continuità nella presa in carico dei pazienti.

2.1.5.7 Le ricadute positive dell'organizzazione in rete per la presa in carico dei pazienti

Lo sviluppo della rete clinico-assistenziale comporta numerosi benefici:

a) Per il cittadino. L'aumento delle conoscenze specialistiche e la progressiva introduzione di tecnologie sofisticate, rendono sempre più importante la dimensione collaborativa della prestazione sanitaria. La messa in rete delle Strutture e la condivisione di linee-guida garantisce equità di accesso ai cittadini e lo stesso livello qualitativo di cura in tutto il territorio regionale.

b) Per i professionisti. La rete migliora l'efficacia dell'organizzazione ed è strumento per condividere linee-guida diagnostico-terapeutiche per un approccio di cura sempre più appropriato ed efficace. Grazie alla collaborazione inter-istituzionale, che si sostanzia nelle regole di funzionamento del network, la singola prestazione può essere effettuata in un punto o in un altro della rete, a seconda del livello assistenziale richiesto dal caso e del livello assistenziale erogabile. Anche Strutture di piccole dimensioni non collocate nei grandi centri urbani, possono maturare expertise super-specialistiche e/o fruire di risorse ad alta tecnologia. La gestione in rete dei pazienti consente, inoltre, una collaborazione continua con il territorio. Infine, la condivisione delle conoscenze e la collaborazione sull'assistenza contribuiscono a facilitare la collaborazione sulla ricerca clinica di importanza strategica per il settore sanitario.

c) Per gli organismi di governo e di gestione (Regione e ATS). Le informazioni in rete rappresentano strumenti per l'esercizio della funzione di tutela delle ATS attraverso verifiche di efficacia/efficienza basate non solo su indicatori economici, ma anche sull'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Le reti saranno governate da un apposito organismo di livello regionale – Cabina di regia regionale - rappresentativo delle componenti istituzionali e professionali e dei principali stakeholder.

Nel corso del 2018 per ogni rete attiva, verrà individuata la struttura sanitaria che garantirà una funzione di Segreteria Tecnica e di coordinamento operativo della rete stessa.

2.1.6 Vaccinazioni

2.1.6.1 Offerta vaccinale nel percorso di presa in carico del cronico

Regione Lombardia ha individuato l'offerta vaccinale da garantire ai soggetti portatori di patologie/status che espongono a maggior rischio di contrarre alcune patologie prevenibili da vaccino. Nell'ambito del percorso di presa in carico ed in particolare in tutti i PAI dei soggetti cronici arruolati dovrà essere verificata l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni.

2.1.6.2 Screening

In coerenza con quanto previsto dagli obiettivi del programma dedicato all'interno del Piano Regionale di Prevenzione 2014 - 2018, nonché dagli obiettivi LEA l'azione del SSL dovrà essere orientata ad incrementare i livelli di copertura della popolazione target dei programmi di screening, sostenere il processo per l'ampliamento delle classi di età di screening colon retto e mammella (DDG n. 3711 del 04/04/2017), attivare il programma di screening della cervice uterina su tutto il territorio regionale in coerenza con la DGR n. 7013 del 31/07/2017. Al fine di supportare il processo di implementazione degli obiettivi di ampliamento target e screening cervice verrà attivato un tavolo di confronto regionale con i rappresentanti dei Centri Screening delle ATS.

2.1.7 Settore degli acquisti

Viene confermata la struttura degli acquisti esistente con ARCA Spa Centrale d'Acquisto Regionale soggetto aggregatore e CONSIP Spa che procederanno ulteriormente a sviluppare le procedure centralizzate. Verrà dato particolare rilievo alla verifica dell'adesione alle convenzioni che scaturiscono da tali procedure centralizzate. I risparmi conseguiti dalla razionalizzazione degli acquisti saranno in parte reinvestiti nei fattori produttivi innovativi (es. dispositivi medici ad alto costo). Le unioni formali d'acquisto/consorzi procederanno ad effettuare gare consorziate per i fabbisogni non coperti dai soggetti aggregatori. In un'ottica di integrazione del sistema e di una funzione acquisti strutturata a rete verranno potenziate le attività di programmazione degli acquisti, lavorando anche in una più analitica programmazione di introduzione e/o sostituzione delle attrezzature biomedicali.

2.1.8 Linee di indirizzo risk management

La nuova legge n. 24 del 08/03/2017 rilancia la tematica della sicurezza delle cure in un periodo in cui alle strutture è richiesto un crescente livello di sicurezza. L'obiettivo

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

Le aree di approfondimento per la Gestione del rischio nel 2018 sono:

- Area travaglio-parto
- Infezioni ospedaliere e sepsi
- Sicurezza del paziente in sala operatoria
- Rischio nell'utilizzo di farmaci
- La comunicazione medico-paziente, tra operatori sanitari e verso l'esterno in caso di evento avverso

3. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA

3.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO

Nel 2017 il numero totale di pazienti dimessi è stato di 45.524 (42.473 per il presidio Papa Giovanni XXIII (HPG23) e 3.051 per il presidio San Giovanni Bianco (HSGB)), di cui 36.777 dopo ricovero ordinario (34.529 per HPG23 e 2.248 per HSGB) e 8.747 dopo ricovero diurno (7.944 per HPG23 e 803 per HSGB).

La tabella 1 riporta il numero di dimessi negli anni 2016 e 2017, suddividendo i ricoveri in base al regime di ricovero e al tipo di DRG.

TABELLA 1: attività di ricovero (ordinari + diurni) anni 2016-2017

Regime Ricovero	DRG di tipo	Papa Giovanni XXIII			San Giovanni Bianco			ASST (HPG+HSGB)		
		anno 2016	anno 2017	Delta	anno 2016	anno 2017	Delta	anno 2016	anno 2017	Delta
Ordinario	chirurgico	14.345	14.289	-0,4%	606	684	12,9%	14.951	14.973	0,1%
	medico	20.765	20.240	-2,5%	1.758	1.564	-11,0%	22.523	21.804	-3,2%
Totale dimessi ricovero Ordinario		35.110	34.529	-1,7%	2.364	2.248	-4,9%	37.474	36.777	-1,9%
Diurno	chirurgico	4.578	4.866	6,3%	670	767	14,5%	5.248	5.633	7,3%
	medico	3.743	3.078	-17,8%	30	36	20,0%	3.773	3.114	-17,5%
Totale dimessi Diurni		8.321	7.944	-4,5%	700	803	14,7%	9.021	8.747	-3,0%
Totale dimessi (Ordinari+Diurni)		43.431	42.473	-2,2%	3.064	3.051	-0,4%	46.495	45.524	-2,1%

Come risulta dalla tabella nel 2017, rispetto al 2016, è stata registrata una diminuzione dei ricoveri ordinari (-1,9%), una riduzione dei ricoveri diurni medici (Day Hospital-DH -

17,5%) e un incremento dei ricoveri diurni chirurgici (Day Surgery-DS +7,3%), e nel complesso una riduzione dei ricoveri del 2,1%.

La tabella 2 riporta le principali cause di ricovero ordinario nel 2017 nell'ASST nel suo complesso, la tabella 2a riporta le principali cause di ricovero ordinario nel 2017 per il presidio Papa Giovanni XXIII, la Tabella 2b riporta le principali cause di ricovero ordinario nel 2017 per il presidio San Giovanni Bianco (il dato è stato ricavato analizzando le schede di dimissione ospedaliera e classificando le patologie per Categorie Diagnostiche Maggiori-MDC).

TABELLA 2: le principali cause di ricovero ordinario nel 2017 – ASST (HPG+SGB)

Le principali cause di ricovero	% dimessi
Gravidanza, parto e puerperio	13,2%
Neonati normali e con disturbo perinatali	11,9%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	10,4%
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	10,3%
Malattie e disturbi sistema nervoso	6,4%
Malattie e disturbi apparato digerente	5,9%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	5,3%

TABELLA 2a: le principali cause di ricovero ordinario nel 2017 – presidio ospedaliero Papa Giovanni XXIII

Le principali cause di ricovero	% dimessi
Gravidanza, parto e puerperio	14,1%
Neonati normali e con disturbi perinatali	12,7%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	10,4%
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	9,3%
Malattie e disturbi sistema nervoso	6,2%
Malattie e disturbi apparato digerente	5,5%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	5,2%

TABELLA 2b: le principali cause di ricovero ordinario nel 2017 – presidio ospedaliero San Giovanni Bianco

Le principali cause di ricovero	% dimessi
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	26,9%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	12,5%
Malattie e disturbi apparato digerente	12,1%
Malattie e disturbi sistema nervoso	10,4%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	10,2%
Malattie e disturbi fegato, vie biliari e pancreas	5,8%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	4,0%

Le cause più frequenti di ricovero ordinario nel 2017 nell'ASST nel suo complesso sono legate al parto, alla gestione dei primi giorni di vita dei neonati e alla cura delle patologie legate alla nascita, così come è lecito attendersi in un'Azienda che è sede della più grande unità di ostetricia-ginecologia della provincia e di un'unità di patologia neonatale di secondo livello (è il più alto livello, secondo la classificazione attuale; comprende anche posti letto di Terapia Intensiva Neonatale). Seguono in ordine decrescente di frequenza come causa di ricovero le malattie del sistema cardio-circolatorio, dell'apparato locomotore, del sistema nervoso, le malattie dell'apparato digerente e respiratorio.

L'obiettivo del prossimo triennio è il mantenimento degli eccellenti livelli prestazionali garantiti nel 2017, nel rispetto delle risorse disponibili e delle Regole di Sistema.

3.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA

Il numero di interventi chirurgici totali (ordinari + Day Surgery + BIC) del 2017, è stato di 36.261 (34.237 per HPG23 e 2.024 per HSGB), in calo (-3,1%) rispetto all'anno precedente. La complessità della casistica trattata è aumentata (il peso medio dei DRG chirurgici nel 2016 è stato di 1,6871 mentre nel 2017 è stato di 1,7025).

La tabella 3 riporta il numero complessivo degli interventi effettuati e il peso medio dei dimessi con DRG di tipo chirurgico.

TABELLA 3: numero degli interventi e peso medio dei dimessi con DRG di tipo chirurgico

regime	Papa Giovanni XXIII			San Giovanni Bianco			ASST (HPG+HSGB)					
	n° interventi			n° interventi			n° interventi			peso medio dimessi con DRG chirurgico		
	anno 2016	anno 2017	delta	anno 2016	anno 2017	delta	anno 2016	anno 2017	delta	anno 2016	anno 2017	delta
Ambulatoriale	8.622	8.062	-6,5%	400	530	32,5%	9.022	8.592	-4,8%			
Day Surgery	7.014	6.787	-3,2%	694	777	12,0%	7.708	7.564	-1,9%	1,1048	1,1056	0,1%
Ordinario	20.057	19.388	-3,3%	630	717	13,8%	20.687	20.105	-2,8%	1,8915	1,9270	1,9%
TOT	35.693	34.237	-4,1%	1.724	2.024	17,4%	37.417	36.261	-3,1%	1,6871	1,7025	0,9%

L'obiettivo del prossimo triennio è il mantenimento degli eccellenti livelli prestazionali garantiti nel 2017, nel rispetto delle risorse disponibili e delle Regole di Sistema (possibili quindi ulteriori trasformazioni nei regimi di erogazione delle prestazioni, finalizzate alla miglior appropriatezza).

3.3 I TRAPIANTI E L'ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

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

La tabella 4 riporta il numero complessivo di trapianti effettuati.

TABELLA 4: numerosità trapianti, suddivisi per organo, negli anni dal 1985 al 2017

ORGANO	1985-2012	2013	2014	2015	2016	2017	totale
cornee	544	17	21	19	18	18	637
cuore	865	14	22	22	14	24	961
rene	828	41	49	47	49	42	1.056
fegato adulto	606	47	63	64	47	57	884
fegato pediatrico	504	19	26	33	29	28	639
midollo osseo	2.350	140	130	128	143	135	3.026
polmone	94	11	10	12	11	9	147
intestino pediatrico	4				1		5
combinato	36	7		2	1	5	51
totale	5.831	296	321	327	313	318	7.406

L'alta specializzazione non si esaurisce tuttavia nelle attività di trapianto. Il valore aggiunto sanitario dell'Azienda risiede, infatti, nell'offerta di prestazioni sanitarie per un gran numero di discipline internistiche, chirurgiche e di servizi diagnostico-terapeutici, in grado di far fronte alla cura di uno spettro di patologie che vanno dalle cause più comuni di morbosità a diverse malattie rare.

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

3.4 CURE ONCOLOGICHE

Presso l'ASST Papa Giovanni XXIII vengono curati tutti i tipi di tumore solido o ematologico, compresi i tumori rari e quelli emergenti, come il melanoma, grazie alla disponibilità di tutte le specialità mediche e delle più innovative possibilità di cura. Dopo un'accurata fase diagnostica, per ogni paziente viene sviluppato un percorso di cura personalizzato, ispirato alla multidisciplinarietà, alla continuità terapeutica e all'appropriatezza di ogni intervento.

Le cure spaziano dall'intervento chirurgico alla radioterapia, dalle terapie mediche a quelle biologiche, fino alle cure palliative, con l'obiettivo di accompagnare il paziente in ogni fase della malattia e di garantire un'assistenza globale, anche grazie all'importante sostegno offerto dal mondo del volontariato. Intenso e di alto livello è anche il lavoro che viene svolto sul fronte della ricerca scientifica, tanto che la maggior parte delle pubblicazioni prodotte in azienda interessano il campo oncologico ed ematologico.

Per tutti questi motivi il settore onco-ematologico ha un'attrattività che va oltre la provincia di Bergamo. Vengono sotto riportati i tassi di attrazione del 2017 dei pazienti con ricovero ordinario presso le Unità Operative di Oncologia ed Ematologia (considerate insieme) sia dei pazienti fuori provincia ma residenti in Regione Lombardia (extra-provincia) che dei pazienti che provengono da altre regioni (extra-regione), che totale (extra-provincia + extra-regione).

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

TASSO DI ATTRAZIONE DI PAZIENTI FUORI REGIONE LOMBARDIA (EXTRA-REGIONE): 70 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE TOTALE (EXTRA-PROVINCIA + EXTRA-REGIONE) DEL SETTORE ONCO-EMATOLOGICO: 186 per 1.000 dimessi

L'obiettivo per il 2018/20 è il mantenimento di questi livelli di attrattività nel settore onco-ematologico.

3.5 EMERGENZA-URGENZA

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

Merito del trattamento ottimale garantito a questi pazienti è la stretta sinergia tra le unità operative che compongono il Trauma Team (Centro EAS, Chirurgia I, Anestesia e

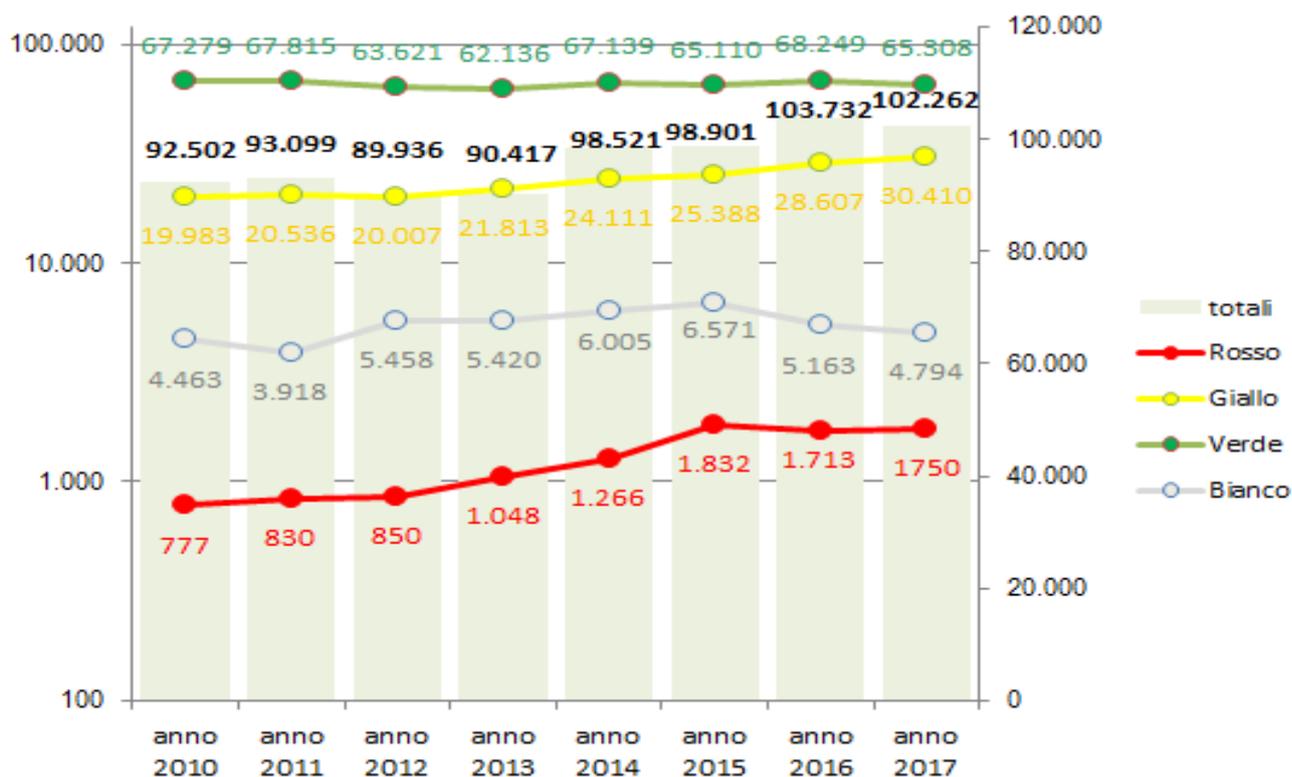
Rianimazione) e la collaborazione con tutte le altre discipline che ruotano intorno al paziente traumatizzato, che vanno dalla Centrale operativa 118 alla Chirurgia plastica a quella Maxillofacciale, dalla Neurochirurgia al Centro Antiveneni, all'Ortopedia-Traumatologia, alla Chirurgia Pediatrica e Pediatria, alla Radiologia / Neuroradiologia, giusto per citare le discipline più frequentemente coinvolte: specialisti diversi che insieme formano un Trauma Team di grande esperienza, che possono contare su un ambiente dedicato (la Shock Room presente presso il Centro EAS) e su una sala operatoria a disposizione 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno.

Nondimeno l'ASST è inserita nell'articolazione delle reti tempo dipendenti e di patologia, come peraltro richiesto dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 (DM 70). Nell'ambito dell'emergenza-urgenza vanno citate, oltre alla rete trauma, per importanza e numerosità di casistica trattata la rete infarto, la rete ictus e la rete neonatologica, all'interno delle quali l'ASST riveste un ruolo di primo piano non solo a livello provinciale.

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

Il grafico sotto riporta il numero di accessi totali in Pronto Soccorso (PS) del presidio HPG23, dal 2010 al 2017, suddivisi per codice triage in uscita (grafico1).

GRAFICO 1: numero di accessi in PS suddiviso per area: anni 2010-2017



Il numero di accessi in PS è andato crescendo vertiginosamente dall'anno del trasferimento nel nuovo ospedale (2013) arrivando, negli ultimi anni (dal 2016), a superare i 100.000 accessi, con un media giornaliera di oltre 280 accessi. Tra l'anno 2012, ultimo anno di attività presso il vecchio ospedale (Ospedali Riuniti di Bergamo), e lo scorso anno (2017) si registra un incremento complessivo di accessi PS del 13,7% (oltre il 17% l'incremento presso il PS Generale) con un numero di codici rossi più che raddoppiati (+ 105,9 %).

3.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE

La numerosità delle prestazioni ambulatoriali si mantiene costantemente alta, nel tempo è cresciuta e si è stabilizzata. 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 2017 le attività di integrazione tra i due Presidi sono proseguite con l'estensione del software di prenotazione e rendicontazione del PG23 al P.O. di San Giovanni Bianco e con la completa attuazione del regolamento aziendale per la gestione delle attività effettuate in solvenza e libera professione anche in tale Presidio.

Nel 2017 sono state rendicontate **4.116.649** prestazioni ambulatoriali. L'andamento dell'attività ambulatoriale sui due Presidi si mantiene in linea con quello del 2016. La tabella sottostante evidenzia sinteticamente la tipologia di attività ambulatoriale svolta presso i due Presidi Ospedalieri.

<i>PRESTAZIONI AMBULATORIALI - ANNO 2017 (28/San)</i>	<i>NUMERO</i>
<i>PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE PRESSO OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII</i>	
PRESTAZIONI AMBULATORIALI (Visite, Esami Strumentali esclusi gli esami radiologici)	626.969
PRESTAZIONI RADIOLOGICHE (Radiologia, Neuroradiologia e Medicina Nucleare)	74.273
PRESTAZIONI DI LABORATORIO	2.329.878
PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO	685.579
DIALISI	57.529
PRESTAZIONI INDIRETTE (erogate in Neuropsichiatria Infantile)	10.723
<i>PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE PRESSO POLIAMBULATORI E OSPEDALE CIVILE DI SAN GIOVANNI BIANCO</i>	
PRESTAZIONI AMBULATORIALI (Visite, Esami Strumentali esclusi gli esami radiologici)	58.561
PRESTAZIONI RADIOLOGICHE (Radiologia)	18.328
PRESTAZIONI DI LABORATORIO	224.345
PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO	30.464
TOTALE	4.116.649

Per quanto concerne i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, i dati mostrano un andamento sovrapponibile a quello del 2016. L'ASST ha deciso di ristrutturare la propria offerta intervenendo sull'appropriatezza generica attraverso l'apertura di specifiche agende di priorità (U – urgente differibile; B – Breve; D – differibile). Questo in linea con le indicazioni regionali e dell'ATS di Bergamo. Tale attività di riorganizzazione consente, infatti, una visibilità dell'offerta per priorità nel Portale Regionale che dovrà essere messo a disposizione del cittadino.

Mensilmente nell'Area Trasparenza sono, inoltre, pubblicati i tempi di attesa prospettici per tutte le prestazioni ambulatoriali offerte dall'Azienda.

Sempre con l'obiettivo di intervenire sui tempi di attesa abbiamo proseguito il lavoro di collaborazione con ATS di Bergamo attraverso la partecipazione al Tavolo interprovinciale sull'appropriatezza delle prestazioni con priorità. Abbiamo, inoltre, iniziato la 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 2017 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.

Il 2018 vedrà, quindi, un mantenimento delle azioni già poste in essere in termini di programmazione delle attività e monitoraggio dei tempi di attesa; chiaramente la sfida per il prossimo futuro è la concreta attuazione del percorso di Presa in Carico che comporterà un'ulteriore riorganizzazione delle attività ambulatoriali offerte dell'ASST a favore dei pazienti cronici secondo quanto previsto dalla DGR n. X/7655 del 28/12/2017.

5. IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DI ALCUNI INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)

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

Tale programma investiga differenti dimensioni degli outcome assistenziali. A partire dai risultati del presente Programma si è proceduto ad una selezione di indicatori afferenti a cinque aree (cardiologia, traumatologia, ostetricia, chirurgia digestiva, neurologia) attraverso i quali fosse possibile visualizzare il posizionamento dell'Azienda nel periodo 2009-2016 (il 2016 è l'ultimo anno fornito da Agenas nel momento in cui viene pubblicato il presente Piano Performance), analisi ex-post per la valutazione degli anni pregressi e l'attribuzione di un obiettivo per gli anni futuri (per maggiori informazioni sulla metodologia relativa al Programma Nazionale Esiti e ai seguenti indicatori consultare il seguente sito internet: <http://pne2017.agenas.it/>).

5.1 MORTALITÀ A 30 GIORNI DOPO INFARTO MIOCARDICO ACUTO (IMA)

RAZIONALE

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

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, nel 2016, risulta 11,2 %, contro un rischio medio nazionale aggiustato di 8,6%. La differenza non risulta statisticamente significativa ($p= 0,197$). L'obiettivo è il miglioramento del livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2009 e il 2016 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

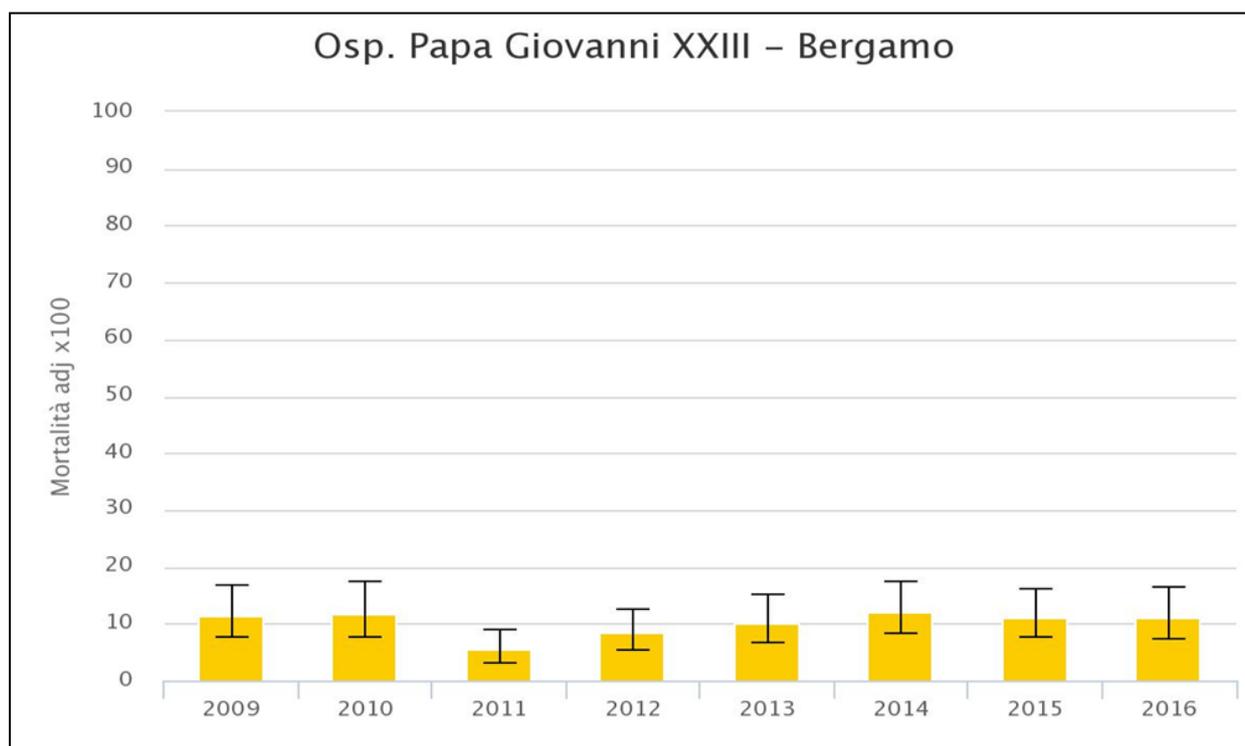


Fig. 1

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

RAZIONALE

Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana; si dividono in mediali o intracapsulari (sottocapitate e mediocervicali con rischio di necrosi asettica della testa) e laterali o extracapsulari (basicervicali, pertrocanteriche e sottotroncanteriche). Nella maggior parte dei casi sono causate da patologie croniche dell'osso (es. osteoporosi senile) e si verificano per traumi a bassa energia (cadute accidentali in ambiente domiciliare), prevalentemente in donne che alla condizione di grave osteoporosi associano molto spesso patologie internistiche e della coordinazione motoria. Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura

e la sostituzione protesica. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale.

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di soggetti correttamente operati entro 48 ore dalla frattura, nel 2016, è risultata dell'87,89%, contro una media nazionale aggiustata del 57,82%, e la differenza, che evidenzia quanto buono sia stato l'approccio aziendale verso questo tema, risulta statisticamente significativa ($p < 0,000$). L'obiettivo è il mantenimento dell'ottimo livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2009 e il 2016 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

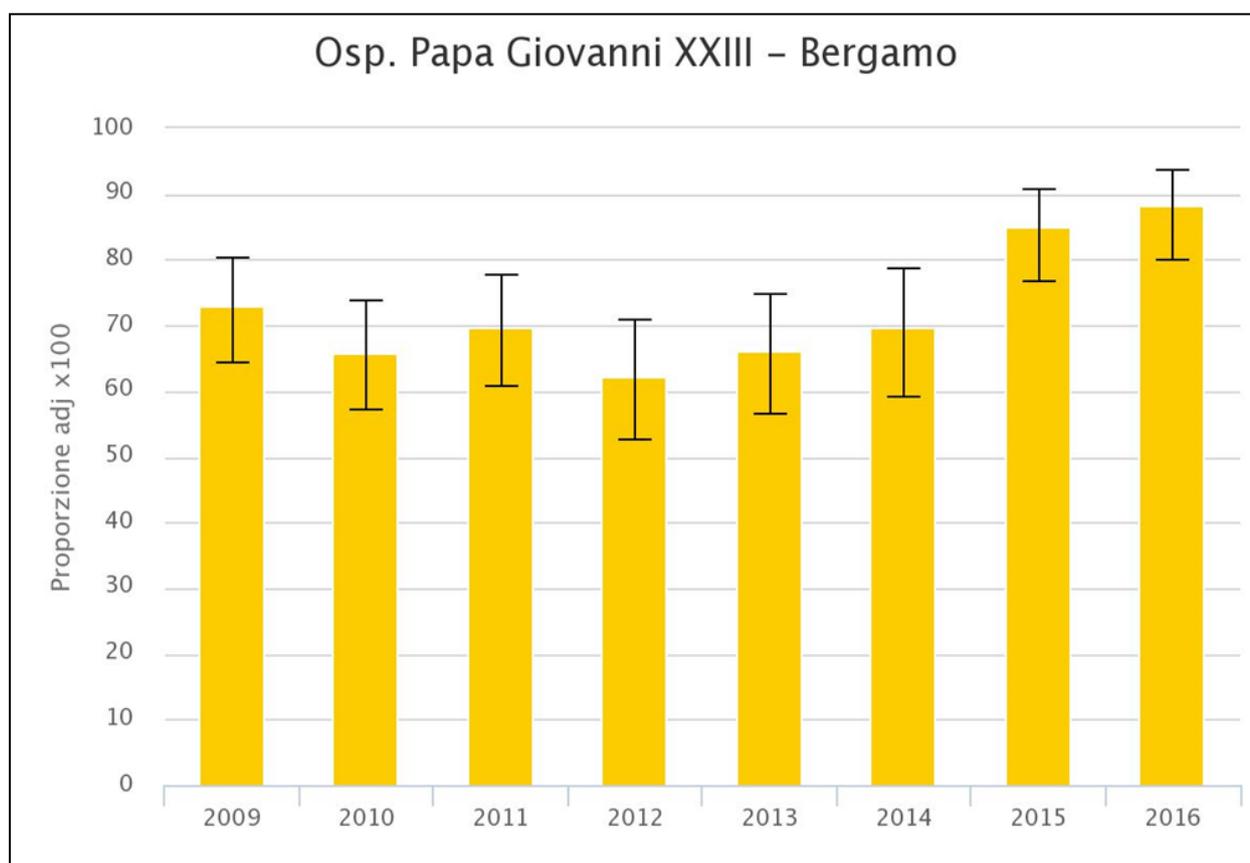


Fig. 2

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

RAZIONALE

La colelitiasi è una condizione diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; interessa maggiormente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1. La colecistite acuta è un'infezione acuta della parete della colecisti, accompagnata da una colelitiasi nel 95% dei casi; la forma cronica è spesso caratterizzata da coliche ricorrenti e da una colecisti contratta, fibrotica, a pareti ispessite. La colelitiasi con o senza colecistite costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto. Una condizione associata ad un più alto rischio di complicanze è la presenza di calcoli nel dotto biliare comune. Una delle complicanze della colecistectomia è costituita dalle lesioni delle vie biliari che, nel caso dell'intervento per via laparoscopica, occorrono nello 0,5-1% dei casi. La conversione dell'intervento con tecnica laparoscopica a tecnica laparotomica tradizionale viene effettuata quando il chirurgo giudichi che la prosecuzione dell'intervento laparoscopico comporta un aumento del rischio di complicanze per il paziente. La percentuale di conversione varia nella letteratura internazionale dallo 0,6 al 13% ed è notevolmente influenzata dall'esperienza del team chirurgico. Un'analisi delle revisioni sistematiche presenti in letteratura ha evidenziato un'associazione tra volume di colecistectomie ed esiti statisticamente significativa, senza tuttavia identificare una soglia di volume. Poiché in letteratura la degenza post-operatoria dopo colecistectomia laparoscopica è in generale compresa tra 2 e 5 giorni, viene definito l'esito "Degenza post-operatoria entro 3 giorni", considerando tale durata indice di una buona performance delle strutture.

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di soggetti che risulta ricoverata per meno di 3 giorni dopo l'intervento chirurgico, nel 2016, è risultato 88,57%, contro una media nazionale aggiustata di 72,6%, e la differenza, che evidenzia quanto buono sia l'approccio aziendale verso questo tema, risulta statisticamente significativa ($p < 0,000$). L'obiettivo è il mantenimento dell'ottimo livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2009 e il 2016 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

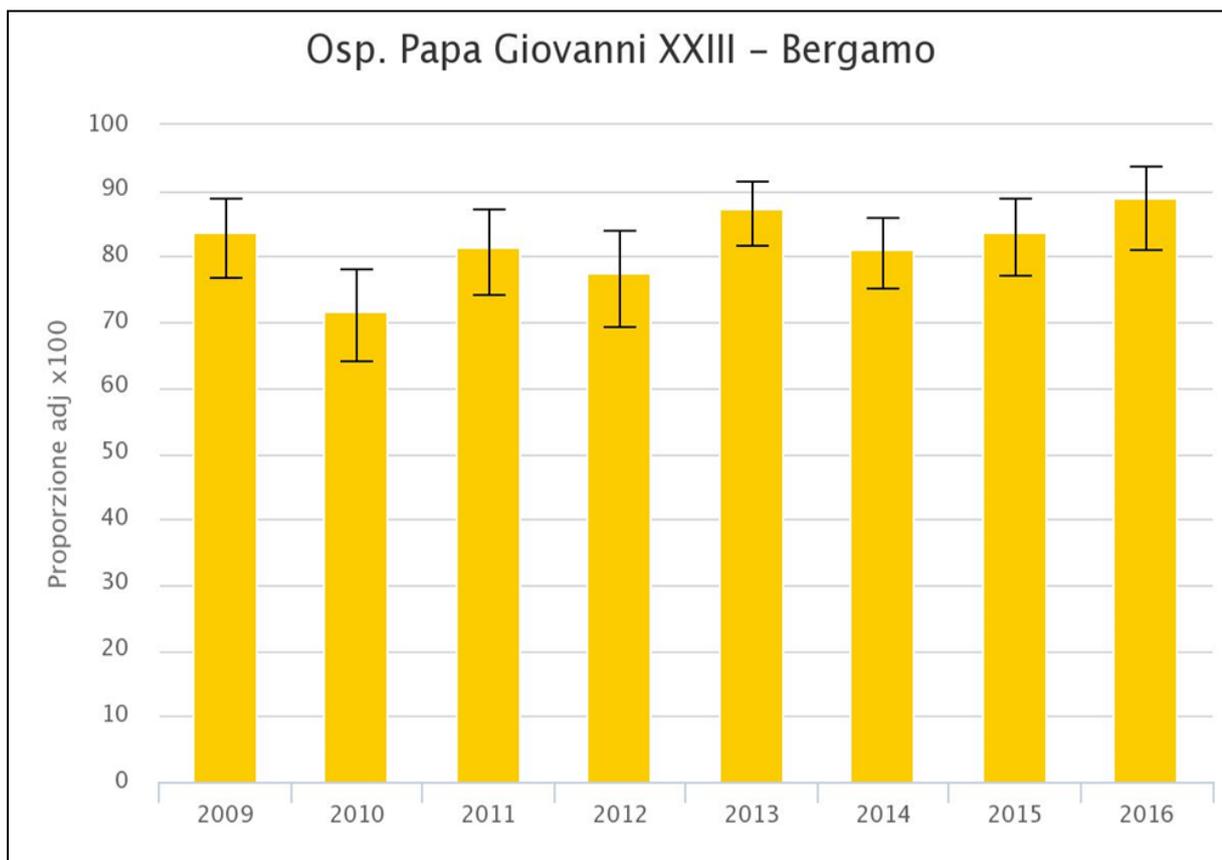


Fig. 3

5.4 PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

RAZIONALE

Il numero dei parti con taglio cesareo in Italia è progressivamente aumentato dall'inizio degli anni ottanta (circa 10% del totale dei parti) fino ad arrivare al 37,5% nel 2004. La riduzione del numero di parti cesarei può essere ottenuta sia riducendo il numero di parti cesarei primari sia promuovendo il ricorso al parto naturale nelle donne con pregresso parto cesareo che non hanno controindicazioni al parto vaginale. La "Proporzione di parti con taglio cesareo primario" è un indicatore che può essere utilizzato per valutare la qualità dell'assistenza fornita alle partorienti. Gli ospedali e i sistemi sanitari sono spesso confrontati sulla base di questo indicatore, dal momento che valori più bassi possono riflettere una pratica clinica più appropriata e che una parte dei tagli cesarei potrebbe essere eseguita per "ragioni non mediche". La "Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo" misura il numero di parti vaginali eseguiti in una struttura ospedaliera nelle donne che hanno partorito in precedenza con un parto cesareo. I dati del Programma Nazionale Esiti mostrano una riduzione della proporzione di parti cesarei primari a partire dal 2008 (29.1%) fino al 2015 (25.1%) e un aumento della proporzione di parti naturali dopo pregresso cesareo a partire dal 2008 (4.9%) fino al 2015 (8.0%). Il confronto tra ospedali potrebbe comunque essere distorto se non si tenesse conto della possibile diversa distribuzione dei fattori di rischio per cesareo delle pazienti tra le diverse

strutture: il taglio cesareo è infatti indicato in molte situazioni cliniche, come, ad esempio, complicanze a carico della placenta o del cordone, distress fetale, infezione da HIV, sproporzione feto-pelvica; inoltre differenze socio-demografiche o nella disponibilità dei servizi per le gravidanze ad alto rischio aumentano la probabilità di un cesareo.

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di parti con taglio cesareo primario, nel 2016, è risultato 14,19%, contro una media nazionale aggiustata di 24,47%, e la differenza, che evidenzia quanto buono sia l'approccio aziendale verso questo tema, risulta statisticamente significativa ($p < 0,000$). L'obiettivo è il mantenimento dell'ottimo livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2009 e il 2016 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

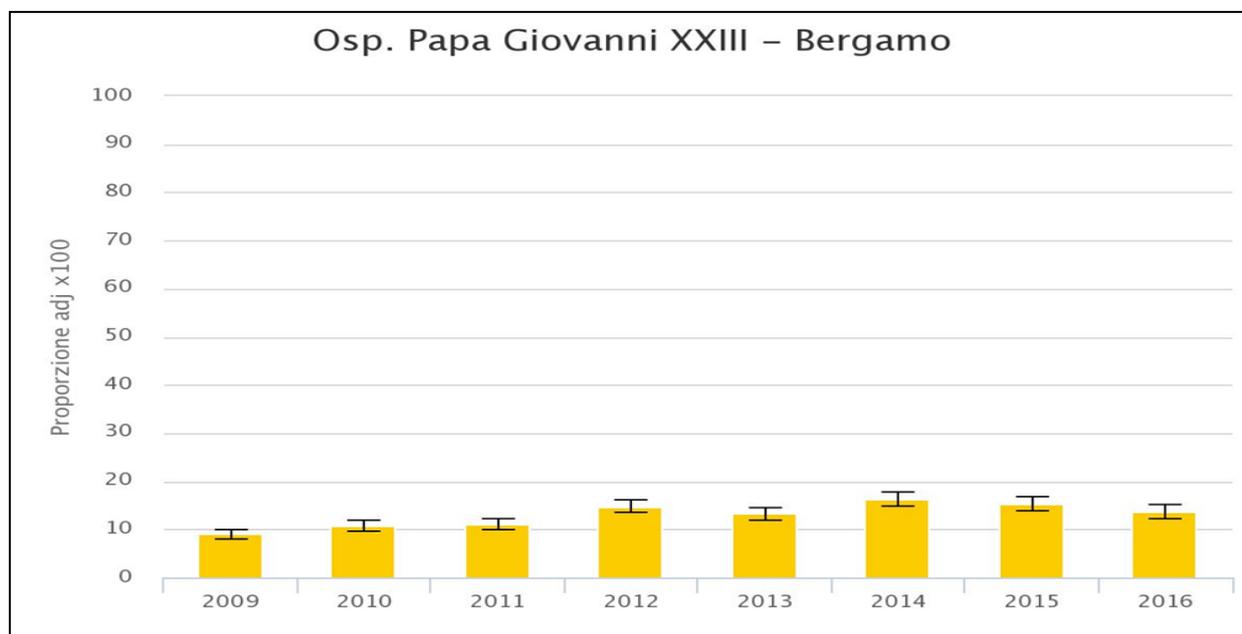


Fig. 4

5.5 BYPASS AORTOCORONARICO: MORTALITÀ A 30 GIORNI

RAZIONALE

Il by-pass aorto-coronarico consiste nella sostituzione del tratto di arteria coronaria compromesso da una lesione aterosclerotica, attraverso l'innesto di un segmento di vaso (vena o arteria) che permette di aggirare l'ostruzione. L'intervento è indicato per alleviare i sintomi anginosi, quando questi resistono alla terapia medica, e dà risultati migliori delle cure mediche nel prolungare la sopravvivenza dei pazienti con malattia coronarica avanzata: pazienti con stenosi significativa della coronaria sinistra subito dopo la sua origine o con stenosi di tre rami coronarici (o due vasi incluso il tratto prossimale della arteria discendente anteriore sinistra) insieme a ridotta funzione del ventricolo sinistro.

Inoltre, l'intervento di BPAC è preferibile alla PTCA nella maggior parte dei pazienti con forme estese di coronaropatia. Il numero di by-pass che si possono effettuare dipende dal numero di coronarie o di rami delle coronarie ostruiti. I rischi potenziali sono essenzialmente condizionati da fattori legati allo stato generale di salute del paziente. Si stima che per un paziente con funzione ventricolare sinistra conservata, in buone condizioni generali e senza gravi malattie, il rischio di decesso è intorno al 2%.

È stato calcolato il seguente indicatore: mortalità a 30 giorni dall'intervento di by-pass aorto-coronarico (BPAC). L'esito a breve termine dell'intervento di BPAC può rappresentare un buon indicatore della qualità dell'attività delle strutture di cardiocirurgia. La valutazione si riferisce all'intero processo assistenziale ospedaliero e post-ospedaliero (a 30 giorni dall'intervento) ed è relativa al BPAC isolato, cioè non associato ad interventi sulle valvole o endoarteriectomia. La scelta di considerare gli interventi isolati è legata al fatto che sia il livello di mortalità sia i fattori di rischio sono diversi nel caso degli interventi associati. Una recente analisi delle revisioni sistematiche presenti in letteratura ha evidenziato un'associazione tra volume ed esiti coerente e statisticamente significativa, senza tuttavia identificare una soglia di volume. Il valore dell'indicatore può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case mix, di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente.

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di pazienti deceduti dopo 30 giorni dall'intervento chirurgico di by-pass aorto-coronarico isolato, nel 2016, è risultato 2%, contro una media nazionale aggiustata di 2,15%, e la differenza non risulta statisticamente significativa ($p=0,873$). L'obiettivo è il mantenimento del buon livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2009 e il 2016 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

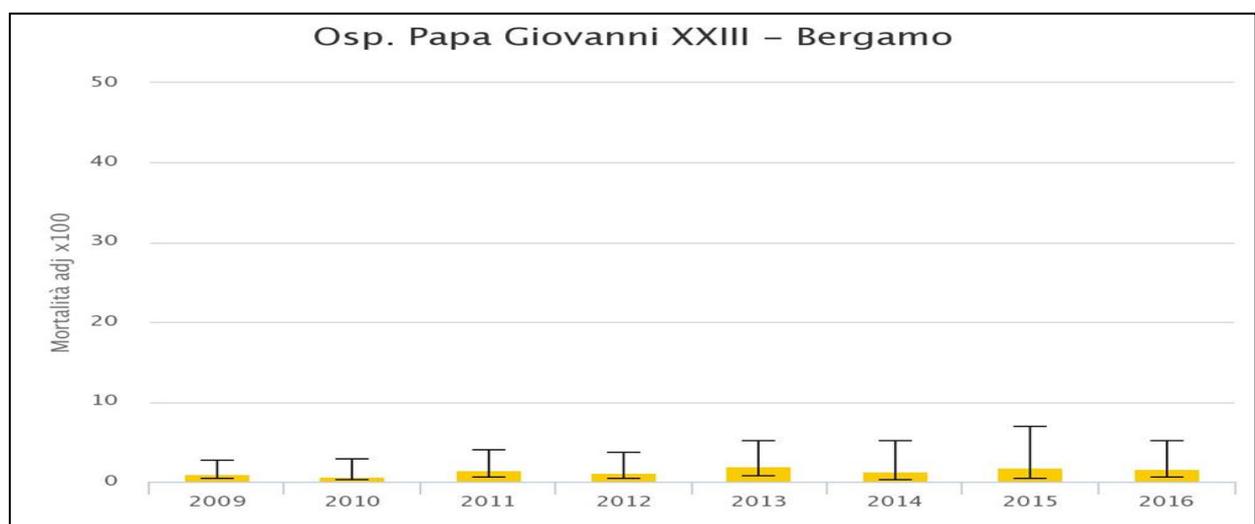


Fig. 5

5.6 SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO: RIAMMISSIONI A 30 GIORNI

RAZIONALE

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

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

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

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di pazienti con scompenso cardiaco congestizio riammessi dopo 30 giorni, nel 2016, è risultato 10,67%, contro una media nazionale aggiustata di 14,82%, e la differenza risulta statisticamente significativa ($p=0,048$). L'obiettivo è il mantenimento dell'ottimo livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2009 e il 2016 (ultimo anno disponibile per l'analisi).

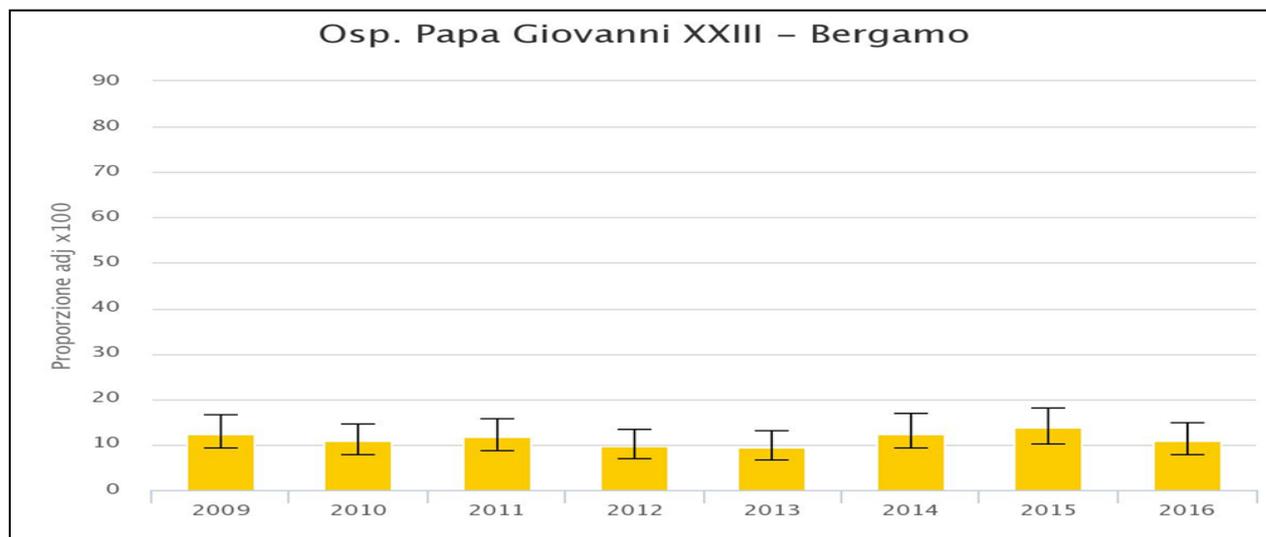


Fig. 6

5.7 ICTUS: MORTALITÀ A 30 GIORNI DAL RICOVERO

RAZIONALE

L'Ictus è una sindrome clinica caratterizzata dal rapido sviluppo di segni focali o generali di disturbo delle funzioni cerebrali che durano più di 24 ore e possono condurre a morte, con origine vascolare. Esistono diversi tipi di ictus cerebrale con diversa patogenesi. Circa l'80-85% degli stroke è di natura ischemica, circa il 15-20% è di origine emorragica (emorragia cerebrale nella maggior parte, meno frequentemente emorragia subaracnoidea). Nel caso dell'ictus ischemico, la più frequente causa è l'occlusione trombotica di un vaso arterioso oppure l'occlusione da parte di un embolo a partenza da altre sede (es: carotide o cuore). Nel caso dell'emorragia cerebrale o ictus emorragico, la patogenesi è riferibile nella maggior parte dei casi alla rottura di un vaso arterioso su base ipertensiva. L'emorragia subaracnoidea, più frequente tra i giovani, è invece dovuta a rottura di un aneurisma vascolare oppure ad una malformazione artero-venosa nello spazio tra la dura madre e la leptomeninge. Le forme ischemiche sono in genere a prognosi migliore rispetto alle forme emorragiche ed hanno una letalità a 30 giorni oscillante nei vari studi tra il 10% e il 15%. In questo contesto nella definizione di ictus sono comprese le forme ischemiche e sono escluse, a causa della prognosi più infausta, le forme emorragiche, l'emorragia subaracnoidea e le altre non specificate emorragie intracraniche.

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

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

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di pazienti con ictus deceduti entro 30 giorni dal ricovero, nel 2016, è risultato 9,96%, contro una media nazionale aggiustata di 10,95%, ma la differenza non risulta statisticamente significativa ($p= 0,716$). L’obiettivo è il miglioramento del livello raggiunto.

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l’andamento dell’indicatore in esame nell’ASST tra il 2009 e il 2016 (ultimo anno disponibile per l’analisi).

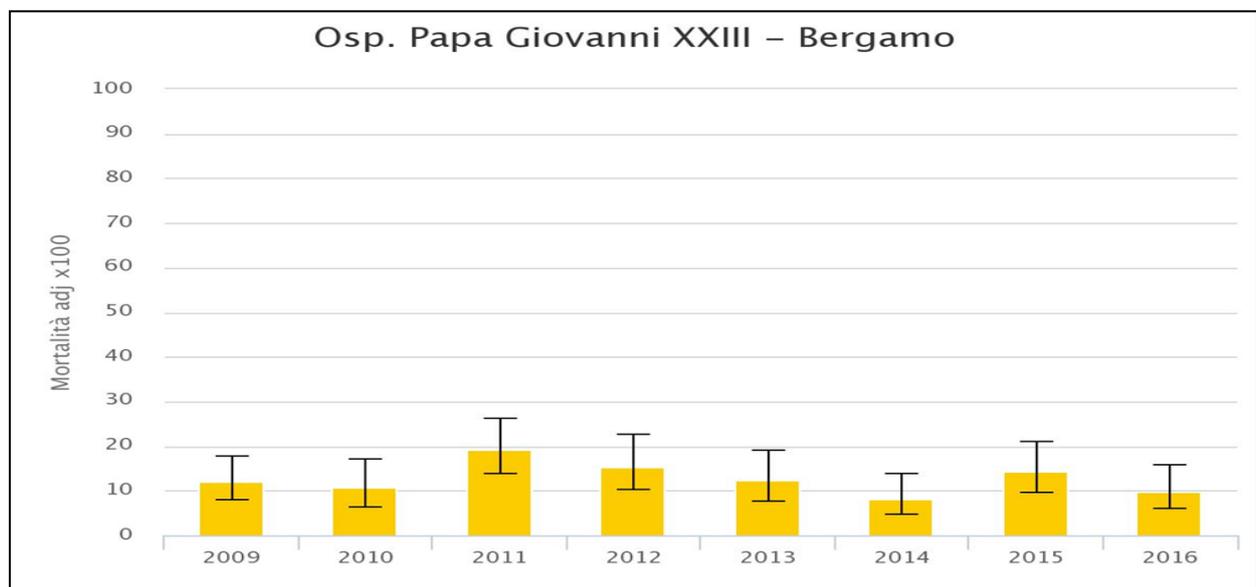


Fig. 7

6. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: GLI INDICATORI DI RISULTATO

La tabella che segue riassume alcuni indicatori esplicativi di diverse dimensioni di analisi della performance dell'ASST Papa Giovanni XXIII.

Gli indicatori relativi a “ricoveri ordinari ripetuti entro l'anno”, “dimissioni volontarie”, “trasferimenti tra strutture”, “ricoveri ordinari ripetuti entro 45 giorni” riportati nella tabella che segue, sono calcolati solo sui ricoveri ordinari e utilizzando i criteri di esclusione sotto elencati, così come indicato nel documento prodotto da Regione Lombardia “Sistema di valutazione degli Ospedali Lombardi”.

I criteri di esclusione utilizzati sono stati:

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

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

PROCE SSI DECISI ONALI	DIMENSI ONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	VALORE ASST DELL'ANNO 2017	VALORE ATTESO ASST NEL TRIENNIO 2018-2020
Attuazione delle strategie	Efficacia interna	Ricoveri ordinari ripetuti entro l'anno solare (%) = N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto entro l'anno (01/01-31/12)/ Tot. Dimissioni	ASST: 2.933/29.384= 9,98%	Inferiore all'11%
	Efficacia interna	Dimissioni volontarie (%)= N° dimissioni volontarie/ Totale dimissioni	ASST: 109/29.384 = 0,37%	Inferiore a 0,5%
	Efficacia interna	Trasferimenti tra strutture (%)= N° trasferiti (secondo codifica SDO)/ Totale dimessi	ASST: 889/29.384 = 3,03%	Inferiore a 3,5%
	Efficacia interna	Ricoveri ordinari ripetuti entro 45 gg (%)= N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto entro 45 gg./Tot. Dimissioni	ASST: 1.278/29.384 = 4,35%	Inferiore a 6%
	Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	ASST: 26.405 /1.090.003= 24‰	Mantenimento valori 2017
	Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri DH (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	ASST: 6.966 /1.090.003= 6‰	Mantenimento valori 2017
	Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri totali (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi totali residenti in provincia/Tot. residenti	ASST: 33.371/1.090.003= 31‰	Mantenimento valori 2017

PROCE SSI DECISI ONALI	DIMENSI ONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	VALORE ASST DELL'ANNO 2017	VALORE ATTESO ASST NEL TRIENNIO 2018-2020
		in provincia		
	Efficacia interna	Tasso di attrazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti fuori regione/ Tot. Dimessi dopo ric. ordinario compresi i pazienti fuori regione	ASST: 1.463/30.850= 47‰	Mantenimento valori 2017
	Efficacia interna	Tasso di attrazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti fuori regione/ Tot. Dimessi dopo ricovero DH compresi i pazienti fuori regione	ASST: 432/8.534= 51‰	Mantenimento valori 2017
	Efficacia interna	Tasso di attrazione ricoveri totali (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi totali residenti fuori regione/ Tot. dimessi (ordinari e DH) compresi i pazienti fuori regione	ASST: 1.895/39.384 = 48‰	Mantenimento valori 2017

4. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

4.1 ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ

Il piano nazionale di prevenzione della corruzione e in particolare la determinazione dell'A.N.A.C. 12 del 28 Ottobre 2015 evidenzia come la salute sia un bene primario, costituzionalmente protetto e, conseguentemente, come l'area della sanità meriti uno specifico approfondimento anche allo scopo di salvaguardare e proteggere le competenze e le capacità professionali presenti, contrastando i comportamenti corruttivi.

Sulla scorta dei suggerimenti e delle indicazioni fornite, l'ASST Papa Giovanni XXIII adotta entro il 31 gennaio di ogni anno il proprio Piano di Prevenzione della corruzione al cui interno una sezione è dedicata alla Trasparenza. La metodologia di analisi che si è scelto di applicare ai processi aziendali, anche per la tenuta del registro dei rischi è quella indicata dall'Allegato 5 del Piano Nazionale Anticorruzione, elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato con delibera CIVIT n. 72 dell'11 settembre 2013. Con l'aggiornamento 2018/2019/2020, il catalogo dei processi aziendali sottoposti ad analisi e ponderazione del rischi è stato rivisto, sentiti i Direttori di struttura/referenti aziendali.

Non solo sono stati rivisti i processi e i rischi ma sono state mappate anche nuove aree.

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

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

Il nuovo Piano di prevenzione per le annualità 2018-2020 proseguirà con la mappatura di altre aree a rischio anche in considerazione dei nuovi processi che sono affluiti all'azienda a seguito della L. R. n. 23/2015 e soprattutto darà risalto alla prevenzione della corruzione intesa come *modus operandi* dell'ASST, insinuandosi nell'organizzazione con misure idonee che riducano il rischio di corruzione. Misure di natura oggettiva e misure soggettive atte a garantire l'imparzialità del funzionario pubblico che partecipa all'adozione di atti di gestione.

Con riguardo a questo secondo aspetto, è bene ricordare, anche nel Piano delle performance di quest'anno, che è necessario creare 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”.

In tale contesto l'ASST con recente delibera ha approvato il nuovo regolamento per il conferimento degli incarichi extraistituzionali ex art. 53 d. lgs 165/2001 e s.m.i.

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

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

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

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

Nel caso in cui il Responsabile decida sull'astensione del dipendente, l'incarico dovrà essere

affidato ad altro dipendente, ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Nel corso del 2014 è stato approvato il codice di comportamento aziendale, sulla scia della recente adozione del DPR n. 62 del 16 aprile 2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del D. Lgs. n. 165/2001 e annualmente viene proposto il corso Fad per i neoassunti predisposto dal responsabile della prevenzione della corruzione.

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

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

Le misure di prevenzione della corruzione definite nel Piano, comprensive di quelle previste nella sezione trasparenza, costituiscono un programma di attività per tutta l'ASST 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.

Tali misure e in particolare quelle ritenute più incisive annualmente sono tradotte in obiettivi aziendali per tutte le strutture e per il personale ad esse afferente.

Dal 1.1.2018 il responsabile della prevenzione della corruzione ha assunto anche l'incarico di Responsabile della trasparenza e conferma che l'ASST continuerà il proprio impegno in tale ambito, cercando non solo di adempiere ad un dovere istituzionale, ma di rendere maggiormente e facilmente fruibili le informazioni e i dati pubblicati riguardanti la propria organizzazione, l'attività e le modalità della loro realizzazione.

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVO-CONTABILE (proposta n. 118/2018)

Oggetto: APPROVAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018 - 2020 DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO.

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, 25/01/2018

Il direttore

Dr. / Dr.ssa Bertocchi Giuliana

PARERE DIRETTORI

all'adozione della proposta di deliberazione N.118/2018

ad oggetto:

APPROVAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2018 - 2020 DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO.

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

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

per 15 giorni
