

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020 – 2022  
DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**nella persona della Dr.ssa Maria Beatrice Stasi**

**ASSISTITO DA:**

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO F.F.	DR.SSA MARIAGIULIA VITALINI
IL DIRETTORE SANITARIO	DOTT. FABIO PEZZOLI
IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO	DOTT. FABRIZIO LIMONTA

**Rilevato che:**

- 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, lett.) 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”;
  - le Linee guida n. 1 per il “*Piano della performance*”, emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica, nel giugno 2017;
  - le Linee guida n. 4 sulla “*Valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche*”, emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica, nel novembre 2019;
  - le Linee guida n. 5 per la “*Misurazione e valutazione della performance individuale*”, emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica, nel dicembre 2019;

- la circolare “*Indicatori comuni per le funzioni di supporto delle amministrazioni pubbliche ciclo della performance 2020-2022*” del 30.12.2019;

**Dato atto** che ai sensi dell’art. 10 comma 3 del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” la programmazione strategica e operativa dell’amministrazione, è definita, in via generale, nel piano programmatico proposto;

**Considerato** che 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;

**Constatato che:**

- al fine della promozione efficiente ed efficace della parità e delle pari opportunità nelle pubbliche amministrazioni è opportuna l’attività di pianificazione e programmazione in tale direzione e che all’uopo la direttiva n. 2/2019 “*Misure per promuovere le pari opportunità per rafforzare i ruoli dei Comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche*”, emanata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, al par. 3.2 in ragione del collegamento con il ciclo della performance, prevede che il Piano triennale di azioni positive, debba essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della performance;
- il Nucleo di valutazione delle prestazioni, cui è stato inoltrato il Piano della performance, ha espresso in data 29.1.2020 parere favorevole sul contenuto del documento (all. A) approvandolo;
- la normativa vigente prevede che il “Piano della Performance triennio 2020 – 2022” debba essere formalmente adottato e pubblicato sul sito istituzionale dell’azienda nella sezione dedicata “Amministrazione trasparente”;

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

**DELIBERA**

1. di approvare il documento “Piano della Performance triennio 2020 – 2022” dell’ASST Papa Giovanni XXIII, approvato dal Nucleo di valutazione delle prestazioni con nota del 29.1.2020 (allegato A);
2. di procedere alla pubblicazione, in osservanza alle vigenti disposizioni normative, sul sito istituzionale nella sezione dedicata “Amministrazione trasparente”;
3. di dare mandato all’UOC Formazione, valutazione e controllo strategico di monitorare il Ciclo di gestione della performance, secondo la tempistica prevista dalle linee guida citate;
4. di trasmettere copia del presente provvedimento agli uffici di staff e alle unità organizzative coinvolte nella programmazione e nel costante allineamento delle azioni da intraprendere.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
dr.ssa Maria Beatrice Stasi

Il responsabile del procedimento: dr.ssa Giuliana Bertocchi

UOC Formazione, valutazione e controllo strategico

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.)



Ospedale  
Papa Giovanni XXIII

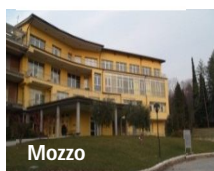
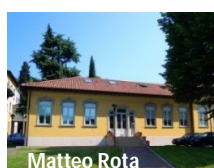
Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

# PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020 - 2022



**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE PAPA GIOVANNI XXIII**

PIAZZA OMS, 1 – 24127 BERGAMO

Il Piano della Performance individua gli indirizzi, gli obiettivi sia operativi che strategici e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance organizzativa e individuale

## INDICE

<b>1. IDENTITÀ AZIENDALE.....</b>	<b>4</b>
1.1 Configurazione.....	4
1.2 Contesto di riferimento.....	5
1.3 Mission.....	7
1.4 Assetto organizzativo.....	8
<b>2. ATTIVITÀ SANITARIA.....</b>	<b>9</b>
2.1 Attività di ricovero.....	9
2.2 Attività chirurgica.....	11
2.3 Trapianti e Alta Specializzazione.....	11
2.4 Cure oncologiche .....	12
2.5 Emergenza-Urgenza .....	13
2.6 Percorso nascita .....	14
2.7 Salute mentale, dipendenze disabilità.....	15
2.8 Neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza .....	15
2.9 Cure palliative .....	16
2.10 Malattie rare .....	16
2.11 Prestazioni ambulatoriali .....	17
<b>3. AMBITO ORGANIZZATIVO.....</b>	<b>18</b>
3.1 Governo liste attesa.....	18
3.2 Complessità assistenziale ed esiti correlati .....	21
3.3 Progetto Dossier Aziendale Sanitario Elettronico (D@SE) .....	21
3.4 Il percorso di accoglienza.....	22
3.5 Comunicazione e relazione con il pubblico .....	22
3.6 Risk management .....	23
3.7 Sistema qualità.....	24
3.8 Farmaceutica.....	25
3.9 Investimenti e lo sviluppo tecnologico .....	26
3.10 Servizi e logistica.....	27
<b>4. AMBITO AMMINISTRATIVO .....</b>	<b>28</b>
4.1 Risorse del personale .....	28
4.2 Controllo Direzionale.....	28
4.2 Internal Auditing .....	28
4.4 Formazione.....	29
4.5 Ricerca e innovazione .....	31
4.6 Prevenzione della corruzione e trasparenza .....	33

4.7 Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro .....	33
<b>5. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....</b>	<b>34</b>
<b>5.1. Il sistema di valutazione nell'ASST Papa Giovanni XXIII .....</b>	<b>34</b>
5.1.1 Il contesto .....	34
5.1.2 La performance e le sue dimensioni .....	35
5.1.3 Il ciclo della performance .....	36
5.1.4 Gli obiettivi di interesse regionale .....	37
<b>5.2. Obiettivi aziendali e di struttura .....</b>	<b>38</b>
5.2.1 La contrattazione di budget .....	38
5.2.2 Il monitoraggio, la misurazione e la valutazione .....	39
<b>5.3. Obiettivi individuali .....</b>	<b>41</b>
5.3.1 Le fasi del processo.....	41
5.3.2 Le caratteristiche degli obiettivi.....	42
5.3.3 Il conseguimento dei risultati .....	43
<b>5.4 Le competenze e gli skill .....</b>	<b>44</b>
5.4.1 La valutazione del personale del comparto.....	44
5.4.2 Le garanzie di correttezza della funzione per il personale del comparto .....	45
5.4.3 La valutazione e il posizionamento dei dirigenti professional .....	45
5.4.4 La Valutazione dei Dirigenti gestionali .....	46
5.4.5 La valutazione dei Direttori di UOC .....	47
5.4.6 La valutazione dei Direttori di Dipartimento .....	48
5.4.7 Le garanzie di correttezza della funzione per il personale dirigente .....	48
<b>5.5 Misurazione delle performance: indicatori di risultato .....</b>	<b>52</b>
<b>6. IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DELL'ASST A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DI ALCUNI INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE) .....</b>	<b>54</b>

## 1. IDENTITA' AZIENDALE

---

### 1.1 CONFIGURAZIONE

---

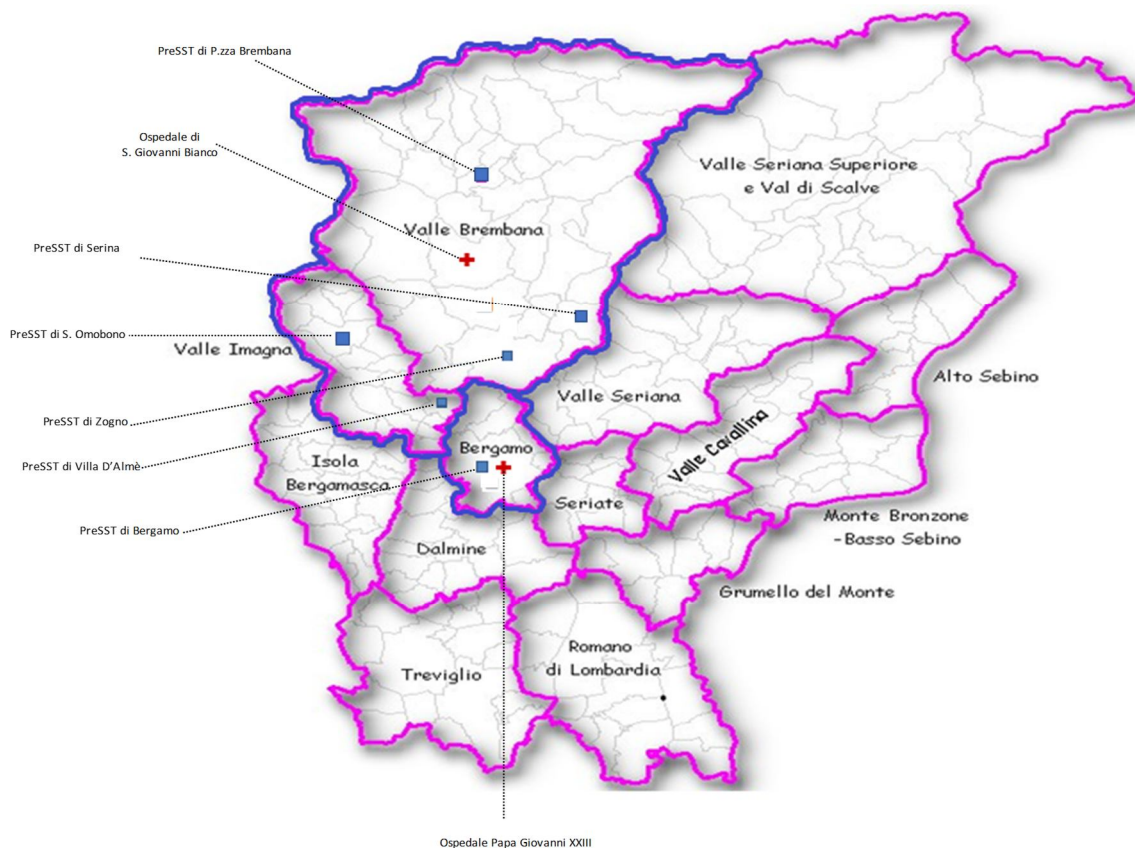
L'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo formalmente istituita con DGR X/4487 10.12.2015 dal 1° gennaio 2016 è così configurata:

Le *strutture aziendali* dove trovano sede le attività del Polo ospedaliero e della Rete territoriale sono le seguenti:

- **Strutture Ospedaliere per acuti:**
  - Ospedale Papa Giovanni XXIII - Bergamo - 24127 - Piazza OMS n. 1
  - Ospedale Civile – San Giovanni Bianco - 24015 (BG) - Via Castelli n. 5
- **Struttura Ospedaliera Riabilitazione specialistica:**
  - Presidio Mozzo - 24030 Mozzo (BG) - via Del Coppo
- **Strutture Ambulatoriali:**
  - Matteo Rota - 24128 Bergamo - Via Garibaldi n. 13/15
  - Borgo Palazzo - 24125 Bergamo - Via Borgo Palazzo n. 130
  - Zogno – 24019 Bergamo – Via P. Polli n. 1 e Viale Martiri della libertà n. 6
  - Villa d'Almè - 24018 Bergamo – Via Roma n. 16
  - Centro Ipovisione – Azzano S. Paolo – 24052 – Via Trento n. 1
- **Centri di Dialisi ed Assistenza Limitata (CAL):**
  - CAL Bergamo - 24125 - Via Borgo Palazzo n.130
  - CAL San Giovanni Bianco (BG) - 24015 - Via Castelli n. 5
- **Strutture PreSST aziendale:**
  - Bergamo - 24125 - Via Borgo Palazzo, 130 (padiglione 6)
  - Piazza Brembana – 24014 Via Montesole n.2
  - Serina – 24017 Via Palma il vecchio n. 20
  - Valle Imagna e Villa d'Alme - 24018 - Villa D'Almè - Via Roma n. 16; con anche Via Fratelli Calvi (consultorio) e S. Omobono Imagna – Bergamo – Via G. Vanoncini n. 20
  - Zogno - 24019 - Zogno - Piazza Bortolo Belotti n. 1/3
- **Centri Psicosociali (CPS) - Centri Diurni e Comunità Protette Media assistenza (CRM):**
  - CPS e CRM Bergamo - 24125 - Via Boccaleone n. 25
  - Day Care Bergamo - 24125 - Via Borgo Palazzo n. 130
  - CPM Bergamo - 24126 - via Montale n. 13
  - CPS e Centro Diurno Bergamo - 24123 - via Tito Livio n. 2
  - CPM Bergamo - 24124 - Via Calzecchi Onesti n. 8
  - CPB Bergamo - 24129 - Via Longuelo n. 83
  - CPM Bergamo - 24128 - Via Nino Bixio n. 2
  - CRA e Centro Diurno San Giovanni Bianco (BG) - 24015 - Via Castelli n. 5
- **Strutture SERD:**
  - SerD Bergamo - 24125 - Via Borgo Palazzo n. 130 pad. 10 B
  - SerD Carcere – 24125 – Via Monte Gleno n. 61

## 1.2 CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il territorio della Provincia di Bergamo si estende su un'area di 2.722,86 km<sup>2</sup>, su cui insistono 243 comuni



La mappa raffigura la Provincia di Bergamo con il territorio delimitato in blu dell'ASST Papa Giovanni XXIII.

La popolazione residente è pari a 1.114.590 abitanti di cui: 552.870 (49,6%) Maschi e 561.720 (50,4%) Femmine così suddivisi:

### Numero di residenti <sup>1</sup>

Ambiti territoriali	Residenti	Percentuale sul totale della provincia
Bergamo	154.641	13,9%
Val Brembana	41.373	3,7%
Valle Imagna Villa d'Almè	52.658	4,7%
<b>ASST Papa Giovanni XXIII</b>	<b>248.672</b>	<b>22,3%</b>
<i>ATS Bergamo</i>	<i>1.114.590</i>	<i>100,0%</i>

<sup>1</sup> Fonte: ISTAT - situazione al 1.1.2019



## Distribuzione della popolazione per classi di età

### Indicatori demografici <sup>1</sup>

Ambiti	Densità abitativa	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice di dipendenza strutturale	Indice di natalità	Indice di mortalità
Bergamo	2.235,7	191,2	24,2	58,4	7,3	10,6
Val Brembana	64,2	218,4	25,7	60,0	5,6	12,9
Valle Imagna Villa d'Almè	453,7	146,7	21,5	55,0	7,3	7,9
<b>ASST Papa Giovanni XXIII</b>	<b>300,0</b>	<b>184,8</b>	<b>23,8</b>	<b>57,9</b>	<b>7,0</b>	<b>10,4</b>
<i>ATS Bergamo</i>	<i>409,3</i>	<i>145,2</i>	<i>21,0</i>	<i>54,9</i>	<i>7,7</i>	<i>9,0</i>

La ASST Papa Giovanni XXIII si caratterizza dal punto di vista demografico come zona eterogenea: i due Ambiti territoriali di Bergamo e Valle Brembana presentano infatti una popolazione prevalentemente costituita da anziani, mentre l'Ambito della Valle Imagna Villa d'Almè presenta una popolazione più giovane. L'ambito di Bergamo è ad alta densità abitativa, anche se l'estensione della Valle Brembana rende l'intero distretto a bassa densità.



### 1.3 MISSION

---

Il territorio su cui insiste l'ASST è ampio, densamente popolato e la domanda di salute, sicurezza negli ambienti di vita e lavoro e la domanda di assistenza sono caratterizzate dalla complessità e multidimensionalità dei bisogni.

Questo scenario tipico della realtà nazionale è inasprito dalla circostanza che trattandosi di un sistema sanitario evoluto, quello lombardo, la domanda crescente di servizi sociosanitari per gli anziani o di quanti affetti da patologie croniche, assorbe in misura sempre crescente il finanziamento dei LEA.

L'azienda nel corso degli anni ha insistito sull'**integrazione ospedale - territorio**, implementando un innovativo processo di cambiamento socio-culturale: dalla logica della *presa in carico del paziente* al *prendersi cura*, intesa come una maggiore sensibilizzazione del singolo soggetto verso la prevenzione ed un sinergico coinvolgimento nel proprio percorso di cura e terapia. Per realizzare ciò necessita di valutare e gestire la multidimensionalità dei bisogni del paziente cronico e fragile complesso, occupandosi della pianificazione delle prestazioni necessarie, dell'erogazione delle prestazioni tempo dipendenti, delle visite mediche specialistiche e dell'accesso a tutti gli altri servizi del sistema sociosanitario.

Tale innovativo obiettivo contempla una serie di azioni volte a *superare la frammentazione degli interventi, promuovere la presa in carico delle persone fragili e vulnerabili, definendo in maniera sinergica e proattiva il contributo di tutti i soggetti coinvolti nell'offrire assistenza sociosanitaria integrata, promuovendo la prevenzione e la compliance del paziente.*

In tale scenario si colloca lo sviluppo della rete territoriale costituita dai PreSST, dai servizi di assistenza domiciliare, dalle degenze di comunità e dai servizi di cure palliative oggetto di recenti provvedimenti di riordino a livello di sistema.

E' strategico il segmento della prevenzione primaria e secondaria intervenendo sui fattori di rischio e sulla diagnosi precoce attraverso gli screening di provata efficacia e, nell'ambito della patologia cronica, concentrarsi sulla valutazione multidimensionale della persona finalizzata alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) avente validità annuale con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza, contenere gli episodi di riacutizzazione, gli accessi in PS e il ricorso improprio al ricovero ospedaliero.

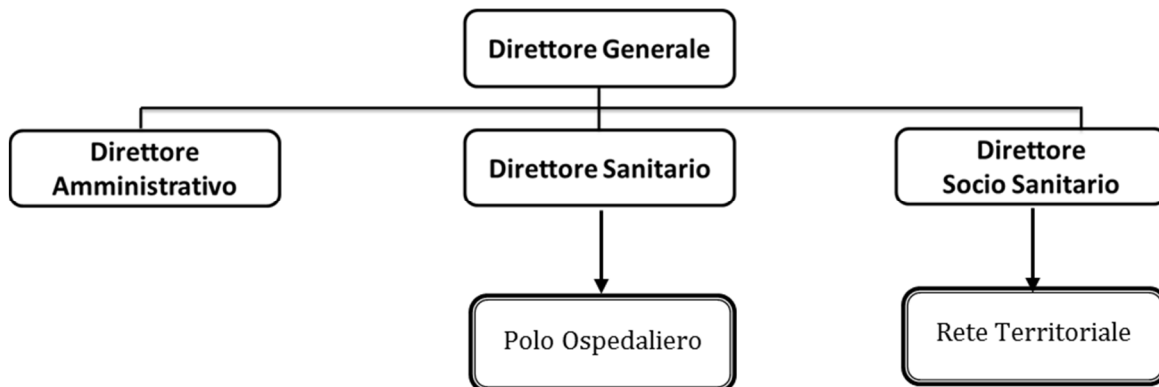
All'uopo gioca un ruolo fondamentale la condivisione delle iniziative da mettere in campo in tale direzione con l'ATS di Bergamo, le altre ASST Ovest ed Est e le strutture private accreditate.

Immanente il ruolo del volontariato sociale, delle organizzazioni di categoria, dei sindacati dei lavoratori per la diffusione di una cultura e un approccio sanitario di tipo olistico.

L'ASST intende potenziare il segmento volto alla promozione e al sostegno della ricerca e circolazione e diffusione del sapere scientifico, in aderenza alle linee guida regionali che pretendono la diffusione di un'immagine e ruolo diversa: **l'ospedale da luogo di diagnosi cura e riabilitazione a leva dinamica di sviluppo che genera innovazione, capitale umano e valore per il proprio territorio.**

La cittadinanza deve prendere consapevolezza, non solo con l'accesso civico, ma, attraverso le istituzioni e le associazioni di categoria per cogestire una risorsa importante e dall'altro affinché l'imprenditoria bergamasca incrementi gli investimenti, le donazioni, la solidarietà, su un terreno oggettivamente proficuo per l'inevitabile ritorno in termini di innovazione tecnologica e miglioramento del livello di appropriatezza.

## 1.4 ASSETTO ORGANIZZATIVO



Strutture	Numero
Dipartimenti sanitari	10
Dipartimenti funzionali	1
Dipartimenti amministrativi	2
Dipartimenti interaziendali	3
Unità complesse	72
Unità dipartimentali	16
Unità semplici	79

Risorse Umane	Numero
Medici	700
Dirigenti sanitari	86
Dirigenti tecnici e amministrativi	23
Infermieri	1984
Tecnici sanitari	274
Tecnici riabilitazione	123
Assistenti sociali e sanitari	34
Operatori socio sanitari	347
Operatori tecnici	324
Amministrativi	446
Liberi professionisti	229
<b>Totale complessivo</b>	<b>4.570</b>

## 2. ATTIVITÀ SANITARIA

### 2.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO

Nel 2019 il numero totale di pazienti dimessi è stato di 43.887 di cui 41.173 dal presidio Papa Giovanni XXIII (HPG23) e 2.714 dimessi dal presidio San Giovanni Bianco (HSGB).

Nella tabella sotto si riporta il numero di pazienti dimessi negli anni 2018 e 2019, suddividendo i ricoveri per regime (ordinario e diurno) e per tipologia di DRG (medico o chirurgico)



Regime Ricovero	DRG di tipo	Presidio Papa Giovanni XXIII (HPG23)			Presidio San Giovanni Bianco (HSGB)			ASST Papa Giovanni XXIII (HPG23 + HSGB)		
		anno 2018	anno 2019	Delta	anno 2018	anno 2019	Delta	anno 2018	anno 2019	Delta
Ordinario	chirurgico	14.271	14.043	-1,6%	647	502	-22,4%	14.918	14.545	-2,5%
	medico	19.714	19.496	-1,1%	1.546	1.343	-13,1%	21.260	20.839	-2,0%
<b>Totale dimessi ricovero ordinario</b>		<b>33.985</b>	<b>33.539</b>	<b>-1,3%</b>	<b>2.193</b>	<b>1.845</b>	<b>-15,9%</b>	<b>36.178</b>	<b>35.384</b>	<b>-2,2%</b>
Diurno	chirurgico	4.628	4.687	1,3%	705	830	17,7%	5.333	5.517	3,5%
	medico	2.890	2.947	2,0%	28	39	39,3%	2.918	2.986	2,3%
<b>Totale dimessi ricovero diurni</b>		<b>7.518</b>	<b>7.634</b>	<b>1,5%</b>	<b>733</b>	<b>869</b>	<b>18,6%</b>	<b>8.251</b>	<b>8.503</b>	<b>3,1%</b>
<b>Totale dimessi Ordinari + Diurni</b>		<b>41.503</b>	<b>41.173</b>	<b>-0,8%</b>	<b>2.926</b>	<b>2.714</b>	<b>-7,2%</b>	<b>44.429</b>	<b>43.887</b>	<b>-1,2%</b>

Nel 2019, rispetto al 2018, si evidenzia una diminuzione dei ricoveri ordinari (-2,2 %) e un incremento dei ricoveri diurni (3,1 %), con una riduzione complessiva dei ricoveri del 1,2 %. L'ASST ricopre il ruolo di ospedale Hub di riferimento per la provincia di Bergamo, ricoverando un numero sempre maggiore di soggetti affetti da patologie di alta complessità, talvolta associate a complicanze, spesso fragili e talora gravati da problematiche non solo sanitarie, ma anche sociali, di difficile risoluzione e che pertanto necessitano di ricoveri che coprano un arco temporale più lungo. Importante è il lavoro che viene quotidianamente svolto sull'appropriatezza del ricovero, che ha portato a trasferire al regime ambulatoriale parte della casistica, nel rispetto delle indicazioni, in particolare riferendosi ai 108 DRG cosiddetti ad "alto rischio di inappropriatezza".

Quello della riduzione del numero di ricoveri è un fenomeno che si sta registrando ormai da qualche anno in Regione Lombardia. Secondo quanto riportato dalle Regole di Sistema 2020 (DRG 2672/2019) nel periodo 2012-2018 (periodo di vigenza della Legge n. 135/2012- cd spending review) il numero di ricoveri complessivo in Lombardia si è ridotto del 11% passando da 1.358.014 del 2012 a 1.212.412 del 2018. Presso il presidio Papa Giovanni XXIII, tra il 2014 (non vengono considerati gli anni 2012 e 2013 in quanto è stato effettuato il trasferimento dalla sede del vecchio ospedale all'attuale nuovo ospedale, con cali programmati di attività che

hanno permesso l'effettuazione in sicurezza del trasloco) e il 2019 il numero complessivo di ricoveri (ordinari + DH) si è ridotto del 7,8% passando da 44.665 del 2014 a 41.173 del 2019.

Le tabelle sotto riportano, in ordine di frequenza, le principali cause di ricovero presso l'ASST Papa Giovanni XXIII nel suo complesso e suddivise per presidio ospedaliero. I dati sono stati ricavati dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e le patologie sono state classificate per Categorie Diagnostiche Maggiori (MDC).

### Casistica ricoveri annuo 2019

<b>Principali cause di ricovero ASST (HPG23+HSGB)</b>	<b>% dimessi</b>
Gravidanza, parto e puerperio	12,8%
Neonati normali e con disturbo perinatali	11,7%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	10,3%
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	9,6%
Malattie e disturbi sistema nervoso	6,4%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	6,1%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	5,7%
Altre	37,4%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>

<b>Principali cause di ricovero HPG23</b>	<b>% dimessi</b>
Gravidanza, parto e puerperio	13,5%
Neonati normali e con disturbo perinatali	12,4%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	10,3%
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	8,6%
Malattie e disturbi sistema nervoso	6,1%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	5,8%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	5,6%
Altre	37,8 %
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>

<b>Principali cause di ricovero HSGB</b>	<b>% dimessi</b>
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	27,4%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	15,2%
Malattie e disturbi sistema nervoso	12,4%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	10,5%
Malattie e disturbi apparato digerente	10,1%
Malattie e disturbi fegato, vie biliari e pancreas	5,7%
Malattie infettive e parassitarie	3,7%
Altre	15,0%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>

Le cause più frequenti di ricovero ordinario nel 2019 nell'ASST sono quelle legate al parto, alla gestione dei primi giorni di vita dei neonati e alla cura delle patologie correlate 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 respiratorio.

**L'obiettivo del prossimo triennio è il mantenimento degli eccellenti livelli prestazionali garantiti nel 2019, nel rispetto delle risorse disponibili e delle Regole di Sistema.**

## 2.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA

Il numero di interventi chirurgici totali (Ordinari + Day Surgery + Ambulatoriali) del 2019, è stato di 35.684, in calo (-2,0%) rispetto all'anno precedente. La complessità della casistica trattata presso il presidio Papa Giovanni XXIII è, invece, aumentata con un peso medio per DRG chirurgico di ricovero ordinario rilevato nel 2019 di 1,9892 vs un peso medio di 1,9706 registrato nel 2018. Questi fenomeni (riduzione del numero totale degli interventi chirurgici e aumento della complessità degli stessi) si stanno osservando ormai da alcuni anni e riflettono da un lato la capacità dell'Azienda di attrarre e trattare pazienti con problematiche sempre più complesse, che possono richiedere quindi tempi di ricovero più lunghi, e dall'altro la ricerca costante dell'appropriatezza del regime di erogazione delle prestazioni, che ha determinato un progressivo passaggio, nel tempo, delle prestazioni a più bassa complessità dal regime di ricovero ordinario a quello diurno o a quello ambulatoriale.

Regime	Papa Giovanni XXIII			San Giovanni Bianco			ASST (HPG23+HSGB)		
	n° interventi			n° interventi			n° interventi		
	anno 2018	anno 2019	delta	anno 2018	anno 2019	delta	anno 2018	anno 2019	delta
Ambulatoriale	7.972	7.284	-8,6%	744	728	-2,2%	8.716	8.012	-8,1%
Day Surgery	6.607	6.622	0,2%	723	873	20,7%	7.330	7.495	2,3%
Ordinario	19.696	19.651	-0,2%	684	526	-23,1%	20.380	20.177	-1,0%
<b>TOT</b>	<b>34.275</b>	<b>33.557</b>	<b>-2,1%</b>	<b>2.151</b>	<b>2.127</b>	<b>-1,1%</b>	<b>36.426</b>	<b>35.684</b>	<b>-2,0%</b>

**L'obiettivo del prossimo triennio è il mantenimento degli eccellenti livelli prestazionali garantiti nel 2019, nel rispetto delle risorse disponibili e delle Regole di Sistema (possibili, quindi, ulteriori trasformazioni nei regimi di erogazione delle prestazioni, finalizzate alla miglior appropriatezza).**

## 2.3 TRAPIANTI E ALTA SPECIALIZZAZIONE

La medicina dei trapianti costituisce una pratica terapeutica ampiamente consolidata ed efficace che ha assunto nel tempo dimensioni rilevanti, sia in termini di numero di interventi che di risultati raggiunti in conseguenza del progresso scientifico e del continuo perfezionamento delle tecniche operatorie.

L'ASST Papa Giovanni XXIII è ai primi posti a livello nazionale, relativamente ai trapianti di fegato in soggetti pediatrici ed è il centro pioniere del trapianto di intestino pediatrico in Italia.

Dal 1985 al 2019 sono stati realizzati nel presidio ospedaliero di Bergamo complessivamente n. 8.032 trapianti.

#### Numero complessivo trapianti suddivisi per organo 1985 - 2019

ORGANO	TOTALE TRAPIANTI 1985-2016	2017	2018	2019	TOTALE
Cornee	619	18	18	14	669
Cuore	937	24	18	20	999
Rene	1.014	43	59	39	1.155
Fegato adulto	827	57	58	44	986
Fegato pediatrico	611	28	28	28	695
Midollo osseo	2.891	135	141	127	3.294
Polmone	138	9	8	13	168
Intestino	5				5
Combinato (multiviscerale)	46	5	5	5	61
<b>Totale</b>	<b>7.088</b>	<b>319</b>	<b>335</b>	<b>290</b>	<b>8.032</b>

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.**

#### 2.4 CURE ONCOLOGICHE

Presso l'ASST vengono curati tutti i tipi di tumore solido o ematologico, compresi i tumori rari e quelli emergenti, come il melanoma. 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.

Il settore onco-ematologico ha un'attrattività che va oltre la provincia di Bergamo. Il tasso di attrazione di pazienti con ricovero ordinario nelle unità di oncologia ed ematologia, esterni al bacino di utenza sul quale insiste la popolazione è in incremento.

#### Tasso di attrazione Onco Ematologico anno 2019

- Pazienti fuori provincia, residenti in Lombardia: 146 per 1.000 dimessi.
- Pazienti residenti fuori Regione Lombardia: 46 per 1.000 dimessi.
- Attrattività totale: 192 per 1.000 dimessi (nel 2018 fu di 176 per 1.000 dimessi)

**L'obiettivo per il triennio 2020 - 2022 è il mantenimento dei livelli di attrattività raggiunti.**

## 2.5 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.

Tale risultato è garantito grazie alla stretta sinergia tra le unità organizzative 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 Antiveleni, all'Ortopedia-Traumatologia, alla Chirurgia Pediatrica e Pediatria, alla Radiologia/Neuroradiologia, giusto per citare le discipline più frequentemente coinvolte: specialisti diversi che insieme formano un Trauma Team di grande esperienza, che possono contare su un ambiente dedicato (la Shock Room presente presso il Centro EAS) e su una sala operatoria a disposizione 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno.

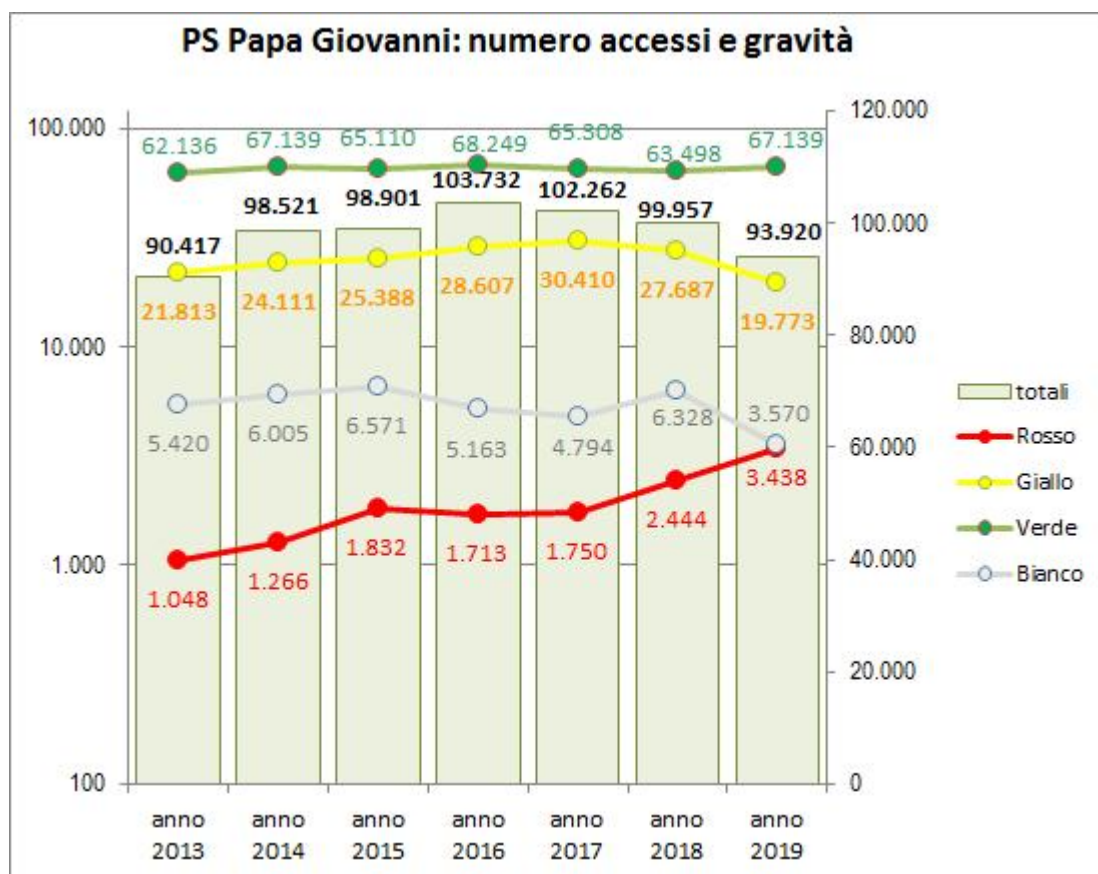
Nondimeno l'ASST è inserita nell'articolazione delle reti tempo dipendenti e di patologia, come per altro richiesto dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2017, n. 70 (DM 70). Nell'ambito dell'emergenza-urgenza vanno citate, oltre alla rete trauma, per importanza e numerosità di casistica trattata la rete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

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

Il grafico sotto riporta il numero di accessi totali in Pronto Soccorso (PS) del presidio HPG23, dal 2013 al 2019, suddivisi per codice triage in uscita.



## Numero di accessi in PS suddiviso codice al triage - anni 2013-2019



Il grafico evidenzia un progressivo incremento del numero di accessi presso il PS con il picco raggiunto nel 2016, anno a cui è seguito un parziale decremento. Da rilevare in particolare l'aumento dei codici rossi (paziente in pericolo di vita da assistere immediatamente) che dal 2013 al 2019 sono più che triplicati.

### 2.6 PERCORSO NASCITA

La ASST garantisce diversi percorsi secondo il livello di intensità di cura necessario per la gestante e il neonato in base alla valutazione del rischio. Viene offerto il percorso fisiologico a basso rischio gestito dall'ostetrica sia per la gravidanza che per il travaglio e il parto, incluso il parto in acqua. In tal caso la puerpera viene trasferita nella degenza del puerperio fisiologico dove vige il modello del rooming-in. Sono garantiti gli standard clinico-assistenziali, organizzativi e tecnologici richiesti supportati da una documentazione caratterizzata da una tassonomia ostetrica che registra la pianificazione e attuazione assistenziale ostetrica nei confronti della persona assistita.

Sono monitorati gli indicatori di esito che rispettano gli standard di buona pratica clinica documentati da AGENAS.

Si favorirà il percorso di continuità con il territorio valorizzando il ruolo dei consultori che promuovono gli interventi di prevenzione, attivano il percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica secondo le recenti indicazioni e linee di indirizzo DDG Welfare – 13039/2019 ed assicurano l'assistenza post-dimissione secondo protocolli condivisi.

Proseguiranno le azioni secondo le indicazioni UNICEF relative alla promozione e sostegno dell'allattamento. Viene garantita la continuità del rapporto mamma e bimbo, in caso di ricovero materno o neonatale successivo alla dimissione per parto.

Le prossime attività riguarderanno l'implementazione dei dispositivi contenuti nelle delibere regionali n. XI/2395 del 11/11/2019 Rete Regionale per l'Assistenza Materno-Neonatale inerenti: requisiti e Strutture sede dei centri di Medicina Materno Fetale ad elevata complessità assistenziale; requisiti e strutture sede dei Centri di Terapia Intensiva Neonatale e n. XI/2396 del 11/11/2019 "Rete Regionale per l'Assistenza materno-Neonatale: determinazioni in merito al Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e al Sistema di Trasporto in Emergenza del Neonato e del Lattante".

## 2.7 SALUTE MENTALE, DIPENDENZE E DISABILITA'

L'ASST intende offrire, sulla base di obiettivi trasversali alle diverse aree, interventi sempre più integrati per pazienti che presentano quadri multiproblematici e volti a garantire la continuità dell'assistenza nel passaggio dall'età adolescenziale a quella adulta.

Sia per l'ambito della salute mentale che per quello delle dipendenze, diagnosi precoci e azioni tempestive migliorano in modo statisticamente significativo il numero delle guarigioni e il decorso delle patologie.

Su questa base e nell'ottica di prevedere modelli di intervento che anticipino il più possibile la diagnosi e la presa in carico da gennaio è stato attivato un ambulatorio che offre una risposta ai casi di intossicazione per alcol e droghe di ragazzi non noti di età inferiore ai 25 anni che si presentano in Pronto Soccorso.

Particolare attenzione verrà rivolta inoltre alle iniziative finalizzate a spostare il baricentro della cura dalla dimensione ospedaliera a quella residenziale extraospedaliera ed a quella territoriale, incentivando gli interventi nei contesti naturali di vita delle persone.

In questo senso sarà posta particolare attenzione allo sviluppo dei percorsi di continuità con i servizi socioassistenziali dei Comuni nelle aree della psichiatria, delle dipendenze e della disabilità in età evolutiva ed in età adulta.

Come per il passato continuerà l'offerta di eventi di informazione/formazione rivolti agli operatori ed alla popolazione negli ambiti della NPIA, della psichiatria, delle dipendenze e della disabilità.

## 2.8 NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELLA ADOLESCENZA

Il trattamento delle persone con disturbo dello *spettro autistico* richiede una presa in carico precoce, multidisciplinare, continuativa e coordinata, che comprenda la diagnosi precoce.

La D.G.R. n. X/3371/2015 "*Indirizzi quadro per la presa in carico integrata dei minori affetti da disturbi dello spettro autistico*" definisce i principali indirizzi relativamente a accessibilità ai servizi; accompagnamento nella rete; continuità; alleggerimento del carico di cura per i familiari.

Con ulteriore provvedimento "*Integrazione tra servizi di NPIA e centri di riabilitazione dell'età evolutiva accreditati*" è stata definita la messa a sistema di un'unica rete di servizi dedicata ai disturbi dello sviluppo neuropsichico dell'età evolutiva, che ricomprende sia i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, che i centri

di riabilitazione dell'età evolutiva accreditati. In tale logica, al fine di meglio affrontare tutte le tematiche connesse alla sfera dei disturbi dello spettro autistico, nel 2019 sono state messi in atto, in collaborazione con le ASST della Provincia, consistenti interventi formativi inerenti: diagnosi precoce, accesso ed emergenze comportamentali al pronto soccorso, transizione verso l'età adulta.

## 2.9 CURE PALLIATIVE

---

L'ASST ha assunto negli anni il ruolo di coordinamento della Rete Cure Palliative, attraverso il Dipartimento Interaziendale di Cure Palliative, con appositi tavoli di lavoro che coinvolgono gli erogatori accreditati a contratto, i medici di medicina generale, i pediatri ed il volontariato.

Il nuovo modello organizzativo a rete è finalizzato a garantire la corretta individuazione del bisogno e l'erogazione delle prestazioni in tutti i setting assistenziali ambulatoriali, domiciliari e residenziali in hospice.

In tal senso si è promosso l'utilizzo dei nuovi strumenti regionali per l'identificazione di pazienti affetti da malattie in fase avanzata, con bisogni di cure palliative e per la valutazione dell'intensità in cure domiciliari.

Importante per il 2020 supportare con adeguata formazione i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta e sviluppare la Rete locale di Terapia del dolore.

## 2.10 MALATTIE RARE

---

In Italia ai pazienti affetti da una delle numerosissime malattie che si possono definire rare sulla base di dati di prevalenza (in Europa 1 su 2000) sono garantite tutele specifiche che sono state stabilite dal DM 279 del 2001. Questo Decreto è stato recepito dalla Regione Lombardia con una delibera nello stesso anno che ha istituito la Rete Regionale per le Malattie Rare. Questa rete nata inizialmente con 13 presidi – cioè centri clinici a cui i pazienti con malattie rare possono fare riferimento – ora ne riconosce 54 distribuiti nelle maggiori aziende ospedaliere e IRCCS. I presidi della rete hanno il compito di fornire servizi di diagnosi e assistenza ai pazienti, e di produrre una certificazione che permetta ai pazienti di essere esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria, nonché di stendere piani di terapia e riabilitazione.



Le malattie rare riconosciute dal DM sono più di 600. Ogni presidio della rete lombarda è riconosciuto centro di riferimento per un numero variabile di queste condizioni. L'ASST Papa Giovanni XXIII fa parte della rete regionale fin dall'inizio della sua costituzione, ed è riconosciuta presidio per circa 100 malattie rare. Ogni anno l'elenco delle malattie rare attribuite all'Azienda viene aggiornato. I professionisti dell'ASST Papa Giovanni XXIII implementano regolarmente il Registro Regionale, lo strumento che la rete delle malattie rare ha adottato per documentare l'attività di ciascun presidio. Al 31/12/2018 sono state segnalate dai medici del Papa Giovanni XXIII circa 1200 casi di malattia rara.

L'Ospedale partecipa con 3 unità operative (Pediatria, Nefrologia, Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale) al European Reference Network (ERN), che raggruppa i centri di riferimento e di eccellenza per la diagnosi e la cura di pazienti con malattie rare.

## 2.11 PRESTAZIONI AMBULATORIALI

La numerosità delle prestazioni si mantiene costantemente alta; nel tempo è cresciuta e si è stabilizzata. Nel 2019 sono state complessivamente erogate 4.018.648 prestazioni ambulatoriali (escluse quelle erogate in regime di libera professione e solvenza) che si riportano sinteticamente per luogo/area di erogazione:

	N° prestazioni
Visite, esami strumentali e diagnostici – PO PG23	2.831.923
Prestazioni Pronto Soccorso – PO PG23	597.183
Neuropsichiatria Infantile Bergamo	40.619
Centro Assistenza Limitata – Borgo Palazzo	9.373
Centro pubblico di Medicina dello Sport - Bergamo	6.636
CPS (Tito Livio Bergamo e Bergamo Occidentale) - Ambulatorio Varenna	3.176
Visite, esami strumentali e diagnostici – PO SGB	400.435
Prestazioni Pronto Soccorso – PO SGB	101.902
Neuropsichiatria Infantile - polo territoriale di Zogno	10.247
Poliambulatorio di Zogno	5.796
Poliambulatorio di Villa d'Almè	5.523
Centro Assistenza Limitata - San Giovanni Bianco	5.032
Ambulatorio psichiatrico Zogno	803
<b>Totale complessivo</b>	<b>4.018.648</b>

Nel 2019 le prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione e solvenza sono state pari a 136.000 (61.000 visite, 27.000 prestazioni di diagnostica strumentale e 48.000 prestazioni di laboratorio).

Nel 2019 sono state controllate da ATS Bergamo il 3,5% delle prestazioni ambulatoriali erogate nell'anno precedente: si tratta sia di controlli di appropriatezza sia di controlli di congruenza tra quanto prescritto e quanto erogato. L'esito dei controlli è stato positivo con una decurtazione economica nei controlli mirati pari al 2,9%.

Nel corso dei controlli interni ci si è focalizzati, in particolare, sulla completezza della documentazione sanitaria (consensi informati, prescrizioni di farmaci in file F, ecc.).

Nel 2019 per le prestazioni di radiologia e neuroradiologia (Mammografia, 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.

Nel corso del 2019 sono state appositamente attivate delle agende di prenotazione riservate alle Cooperative dei medici di medicina generale per la realizzazione della progettualità della Presa in Carico (PIC), fortemente voluta da Regione Lombardia.

### 3. AMBITO ORGANIZZATIVO

---

Tra i progetti prioritari per il 2020 riveste rilevanza:

- l'adozione del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico per ridefinire le unità organizzative o l'attivazione di specifiche funzioni;
- l'adozione del *Piano Comunicazione* e lo sviluppo di nuove modalità di formulazione e valutazione della customer satisfaction;
- l'adozione del *Piano Triennale Azioni Positive* con la messa in atto di azioni specifiche sulle pari opportunità e non discriminazione cui il CUG relazionerà entro fine marzo (allegato);
- l'attivazione di tutti i posti letto per subacuti, autorizzati per il Presidio di San Giovanni Bianco;
- la ridefinizione della rete psichiatrica territoriale.

#### 3.1 GOVERNO LISTE ATTESA

---

L'ASST Papa Giovanni XXIII in linea con le più recenti indicazioni regionali in tema di tempi di attesa ha identificato il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa, ha assegnato specifici obiettivi di budget alle Unità Operative: è proseguita l'azione di riorganizzazione delle agende per la prenotazione delle prestazioni richieste con priorità; tutte le UO dell'ASST hanno dovuto indicare un referente per i tempi di attesa che ha il compito sia di aiutare la Direzione Medica e il CUPS nel collocare prestazioni che non trovino posto in una delle Strutture della Provincia, sia di sensibilizzare i colleghi al corretto utilizzo delle priorità. Il CUPS ha, inoltre, attivato una stretta azione di filtro e presa in carico di tutte le prescrizioni prescritte con priorità U e B dai colleghi specialisti e del Pronto Soccorso per trovare la collocazione più adeguata.

Nel mese di luglio il Piano Nazionale di Governo Liste di Attesa è stato recepito da Regione Lombardia con DGR XI 1865 del 09/07/19. Alcune indicazioni saranno completamente recepite dal 2020 (ad esempio tempo obiettivo della priorità P passerà da 180 a 120 giorni), altre trovano, invece, immediata attuazione. In particolare, sono fornite indicazioni in merito al periodo di tolleranza da calcolare nel caso di prestazioni con priorità. Sono illustrati chiaramente i tempi che il paziente ha a disposizione per poter presentare la richiesta e gli atteggiamenti da tenere in caso il cittadino la presentasse oltre i tempi previsti dalla normativa.

Inoltre, nel caso non ci fossero disponibilità entro i termini stabiliti, al fine di rendere in ogni caso efficace e il più possibile tempestivo il servizio, sono stabiliti - in funzione delle rispettive classi di priorità - periodi di tolleranza pari al massimo al 20% oltre i tempi previsti per ciascuna classe di priorità (B o D). Tale periodo di tolleranza è subordinato alla specifica richiesta del cittadino di fruire della prestazione nella struttura da lui richiesta:

- Breve (B): ulteriori 2 gg lavorativi successivi
- Differita (D): ulteriori 6 gg lavorativi successivi per visite specialistiche, ulteriori 12 gg lavorativi per prestazioni diagnostiche strumentali

Questa indicazione ha chiaramente un impatto nel calcolo del raggiungimento dei tempi obiettivo per l'ASST, poiché, a titolo esemplificativo, una classe di priorità B può essere efficacemente prenotata fino a 12 giorni dalla presentazione della richiesta, se sussistono le condizioni sopramenzionate.

Nella tabella successiva sono indicate le % con cui l'ASST rispetta il tempo di attesa per le prestazioni richieste con priorità al 31 dicembre 2019; la tabella mostra l'andamento nell'ultimo triennio.

	Anno 2019	Anno 2018	Anno 2017
<b>U - urgenza differibile entro le 72 ore</b>	92%	91%	79%
<b>B - breve entro 10 giorni</b>	90%	88%	70%
<b>D - differibile entro i 30 giorni se visita, entro i 60 giorni se prestazione strumentale</b>	89%	85%	74%
<b>TOTALE</b>	<b>90%</b>	<b>88%</b>	<b>75%</b>

Si precisa, infine, che nel 2019 l'offerta aziendale di prestazioni con priorità è incrementata del 17% rispetto al 2018 (+10% prestazioni erogate con priorità U; +21% prestazioni erogate con priorità B; +18% prestazioni erogate con priorità D).

Nel 2019 abbiamo partecipato, inoltre, ai tre incontri indetti da ATS nell'ambito del Gruppo di Miglioramento sulle Liste di Tempi di Attesa per condividere possibili azioni di miglioramento da perseguire nel 2020.

Di seguito sono riportate sinteticamente le principali azioni intraprese nel 2019 in linea con le indicazioni normative regionali della DGR 7766 del 17/01/2018.

<b>Razionalizzazione e ottimizzazione dell'offerta</b>		
<b>Area di riferimento</b>	<b>Attività 2019</b>	<b>Vincoli e potenzialità</b>
INTERVENTI IN TEMA DI RISORSE UMANE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Attivazione dell'istituto incentivante dell'Area a Pagamento per il personale dipendente Dipartimento Diagnostica per Immagini: 600.000 euro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>adesione volontaria visto che è oltre l'orario di servizio</li> <li>la legge 30 ottobre 2014 n. 161 ha previsto che ai dirigenti medici siano applicabili, in materia di orario di lavoro, le norme del D.Lgs. 66/2003. Sono, pertanto, posti dei limiti alla durata massima dell'orario di lavoro: le ore prestate per la cosiddetta "area a pagamento" rientrano nel computo del monte ore previsto dalla normativa che regola tale orario, essendo tali prestazioni istituzionali</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione di contratti LP attingendo ai fondi previsti dal Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158 (convertito in Legge 8 novembre 2012, n. 189 – c.d. Decreto Balduzzi): mantenimento dei contratti già attivi e reclutamento di nuovi specialisti per le aree più critiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disponibilità delle figure specialistiche necessarie</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione di ore di specialistica ambulatoriale: 38 ore settimanali per la Cardiologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disponibilità delle figure specialistiche necessarie</li> <li>• vincoli economici</li> </ul>
IDENTIFICAZIONE DI SETTINGS ALTERNATIVI ALL'OSPEDALE PER ACUTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimento e potenziamento del percorso di collaborazione con alcune Strutture Private Accreditate della Provincia di Bergamo per la presa in carico di pazienti a bassa complessità dal punto di vista clinico anche alla luce del potenziamento della presa in carico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disponibilità delle Strutture Accreditate Private ad aderire al progetto</li> <li>• necessità di una regia centrale a cui sia nota nella sua interezza la domanda di salute provinciale e che ottimizzi e incoraggi questi percorsi di collaborazione evitando la creazione di un'offerta in eccesso o in difetto rispetto alla domanda reale.</li> </ul>
EVIDENZA DELL'OFFERTA SUL TERRITORIO - "NUOVO SERVIZIO INFORMATIVO INTEGRATO"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esposizione delle agende di prenotazione al MOSA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disponibilità non sempre evidenti, specialmente sulle prestazioni prioritarie</li> <li>• la necessità di rispettare ciascuno al suo interno il tempo massimo indurrà le aziende ad incrementare un'offerta ad uso personale delle prestazioni prioritarie ingessando un sistema che il Portale aveva il merito di rendere molto più dinamico.</li> </ul>

#### Razionalizzazione e ottimizzazione dell'offerta

Area di riferimento	Attività 2019	Vincoli e potenzialità
Azioni sul drop out	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione di chiamate in outbound e sms per ridurre il drop out</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'utente esente che non disdice non ha nessuna penale. Considerando la prevalenza degli esenti in Regione Lombardia, questa libertà di comportamento ha un impatto significativo.</li> </ul>

#### Governo della domanda

Area di riferimento	Attività in corso - 2019	Vincoli e Potenzialità
Miglioramento dell'appropriatezza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione al Gruppo di</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vanno condivisi specifici quesiti per ciascuna priorità; quesiti diversi non sono ammissibili</li> </ul>



	Miglioramento indetto da ATS sul tema Liste di Attesa	se non con relazione specifica da parte dell'inviante
--	---	---

### 3.2 COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE ED ESITI CORRELATI

È consapevolezza dell'ASST che il mantenimento di adeguati standard di personale assistenziale e di supporto sia determinante per raggiungere risultati di qualità e sicurezza nel percorso di cura delle persone assistite presso ospedali per acuti, come rilevato da studi internazionali nell'ultimo decennio.

La Direzione Professioni Sanitarie e Sociali da tempo si avvale di metodi validati, con un progetto avviato nel 2003 e replicato periodicamente, per la rilevazione della complessità assistenziale dei degenti nelle diverse Unità Assistenziali (trattasi di articolazioni organizzative che aggregano risorse infermieristiche, ostetriche, tecnico-sanitarie, riabilitative e di supporto e rappresentano una modalità flessibile di gestione efficace e funzionale dei servizi a favore dell'assistito).

I professionisti sanitari e sociali assicurano nei diversi contesti di cura, in stretta integrazione con l'attività medica, modalità omogenee ed efficaci di erogazione dell'assistenza infermieristica e ostetrica.

Modelli organizzativi innovativi sono stati avviati e consolidati nel tempo, in particolare:

- il modello modulare assistenziale negli ambiti di degenza, che prevede un infermiere o un'ostetrica referente per ciascun assistito e la flessibilità di allocazione delle risorse professionali per rispondere in modo congruo e sicuro all'impegno assistenziale;
- il case management, che prevede un professionista (infermiere, fisioterapista, ostetrica, assistente sociale) assuma le funzioni di unica interfaccia con la persona assistita nel percorso di cure. Tale modello ha richiesto l'individuazione di ambiti di intervento rivolte a persone con patologie croniche e fragili e la strutturazione di percorsi di integrazione professionale e organizzativa;
- gli ambulatori professionali, istituiti al fine di garantire risposte specializzate da parte di professionisti sanitari, in particolare infermieri ed ostetriche.

La Direzione Professioni Sanitarie e Sociali ha contribuito negli anni al filone di studi internazionali e nazionali relativi agli esiti sensibili dell'assistenza infermieristica (*Nursing Sensitive Outcomes*), facendo proprio un monitoraggio periodico degli stessi, di grande rilevanza assistenziale e gestionale, anche attraverso progetti avanzati di sviluppo della documentazione clinica elettronica.

### 3.3 PROGETTO DOSSIER AZIENDALE SANITARIO ELETTRONICO (D@SE)

Dall'anno 2009 è attivo nel contesto aziendale un percorso di sviluppo della documentazione clinica informatizzata all'interno del progetto di creazione del Dossier Aziendale Sanitario Elettronico (D@se).

Il progetto, che interessa trasversalmente tutti i contesti clinici dell'ASST si propone di integrare il percorso documentale della persona assistita tra le molteplici realtà aziendali, promuovendo la continuità informativa e arricchendo il flusso informativo necessario per una governance efficace dei processi produttivi, ciò impatta direttamente sulla valutazione obiettiva e qualitativa del paziente in termini di efficienza.

A decorrere dall'anno 2013 è stata avviata la diffusione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) nell'Alta Intensità di Cure; nel 2015 ha interessato i contesti della Media Intensità di Cure.

Le tappe evolutive del progetto per i prossimi anni prevedono il completamento della diffusione della cartella clinica elettronica in ulteriori ambiti con particolare riguardo alla continuità assistenziale.

### 3.4 IL PERCORSO DI ACCOGLIENZA

Ogni giorno mediamente presso l'ASST Papa Giovanni XXIII accedono ai servizi di front office:

Servizi	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
Accessi sportelli CUPS	969.112	964.242	975.105	994.779
Contatti telefonici CUPS	103.268	91.269	87.436	84.809
Contatti web per libera professione	4.123	4.825	6.271	7.038
Registrazione ricoveri (presso CUPS e PS)	45.158	45.518	44.509	43.926

Considerando l'evoluzione in corso a livello sociale ed economico, nonché le indicazioni fornite dall'Agenzia per l'Italia Digitale per l'impiego crescente di pagamenti elettronici nella P.A., oltre che per il contenimento di errori ed eventuali furti, l'ASST si è posta l'obiettivo di accettare esclusivamente pagamenti elettronici, residuando il pagamento in contanti pressoché esclusivamente presso riscuotitori automatici. L'ambizioso *progetto Cashless*, intrapreso a fine 2016, con una sperimentazione al Centro Prelievi ove accedono circa 700 utenti/giorno, poi estesa – nell'ottobre 2018 - ai pagamenti presso i centri unici di prenotazioni nelle c.d. torri, ha portato ai seguenti risultati: l'aumento della tracciabilità degli incassi, anche ai fini della normativa anticorruzione; la diminuzione di errori materiali da parte degli operatori; la riduzione del tempo dedicato alla contabilizzazione degli incassi; il mantenimento del tempo di attesa medio attuale per accedere ai servizi amministrativi e alle prestazioni sanitarie direttamente conseguenti. L'ASST intende proseguire anche per il 2020 con l'introduzione capillare a tutti i servizi.

### 3.5 COMUNICAZIONE E RELAZIONI CON IL PUBBLICO

In coerenza con gli obiettivi regionali, l'attività di comunicazione e informazione dovrà aiutare i cittadini a conoscere l'offerta sanitaria e sociosanitaria e i canali per accedervi. L'obiettivo è quello di immedesimarsi nelle diverse fasce di popolazione (mamme e bambini, pazienti cronici, anziani, disabili...) per raggiungere i diversi target attraverso i canali ideali e offrendo le informazioni utili a ciascun segmento, oltre a dedicare particolare attenzione ai temi trasversali (presa in carico, esenzioni, prevenzione, servizi digitali...).

Cruciale per agevolare i cittadini è la diffusione dell'utilizzo dei servizi sanitari digitali: il fascicolo sanitario elettronico per la visione e il ritiro dei referti, la prenotazione on line, le ricette elettroniche e la diffusione dell'App Salutale PS per la scelta consapevole del Pronto Soccorso meno affollato. Si tratta di una facilitazione per gli utenti, che non sono più costretti a recarsi di persona nelle sedi delle ASST, ma anche di una riduzione dei tempi e dei costi per il Sistema Sanitario.

Proseguirà il sostegno alle campagne di comunicazione promosse da Regione Lombardia, attraverso la Direzione Generale Welfare, in un'ottica di sistema.

Canali privilegiati per l'ASST saranno il sito web istituzionale, i canali social (in particolare la pagina Facebook) e le relazioni con i media del territorio. I numeri raggiunti in questi anni dimostrano la buona penetrazione nel pubblico potenziale del Papa Giovanni XXIII (dati 2019):

- sito web: visitatori unici oltre 850 mila; visualizzazioni di pagine 5 milioni;
- followers della pagina Facebook oltre 9.800;
- articoli in cui è citata l'ASST Papa Giovanni XXIII (carta e web) oltre 12 mila.

Per il dettaglio delle azioni annuali di comunicazione sarà possibile fare riferimento al Piano di Comunicazione in vigore.

Accanto alla consueta raccolta ed elaborazione delle segnalazioni dell'utenza e dei questionari di gradimento, l'URP segue anche percorsi formativi sulla medicina narrativa. Questi, coinvolgendo diversi professionisti sanitari, sono in grado di mettere le competenze narrative al servizio della medicina. Favoriscono le abilità narrative e quindi la capacità di ascolto attento per una sempre maggiore umanizzazione delle cure, dove l'empatia diminuisce le distanze tra le persone (professionista e paziente), che possono invece raccontarci, ascoltarsi e riconoscersi nella loro soggettività.

Le **Associazioni di volontariato**: numerosissime associazioni contribuiscono a migliorare la permanenza delle persone ricoverate in ospedale e prestano sostegno relazionale, di ascolto, di intrattenimento e ludico ai degenti, costituendo un valido supporto per i pazienti e i loro familiari anche con assistenza logistica e ausilio materiale.

### 3.6 RISK MANAGEMENT

---

È strategicamente prioritaria per il 2020 l'implementazione di progetti interaziendali - in tema di Risk Management - volti alla riduzione dei rischi connessi con l'erogazione di prestazioni sanitarie.

Si manterranno le attività relative alle indicazioni regionali in merito alle principali tematiche ovvero il monitoraggio e implementazione delle raccomandazioni ministeriali, la gestione del rischio in area travaglio e parto ed in tema di infezioni correlate all'assistenza (particolarmente orientata alla problematica SESPI).

La gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO in collaborazione con Medicina Legale e Affari istituzionali e generali sarà mantenuta ed integrata dove possibile per rispondere alle esigenze aziendali.

Di seguito alcune specifiche riguardanti temi prioritari individuati.

- Sicurezza del paziente in sala operatoria: l'esperienza di applicazione della "Check List Chirurgia Sicura 2.0" che nella nostra azienda ha visto nel 2019 il coinvolgimento di 58 operatori dei blocchi operatori (chirurghi, anestesisti, infermieri, ostetriche) nell'esecuzione di oltre 300 osservazioni i cui esiti, già condivisi con gli operatori coinvolti e con la Direzione, sottolinea la necessità di proseguire l'applicazione di tali strumenti efficaci nel migliorare la qualità e la sicurezza del paziente. L' Azienda dovrà verificare l'utilizzo di check list per migliorare la sicurezza in ambito chirurgico, non solo nel blocco operatorio, ma anche per le procedure svolte negli ambiti di emodinamica ed elettrofisiologia, radiologia interventistica e gastroenterologia.
- Area rischio farmaci: saranno sviluppati con le strutture e funzioni interessate il contrasto all'antimicrobico resistenza e il controllo del consumo di antibiotici e strategie finalizzate ad aumentare la consapevolezza

nei professionisti degli errori prevenibili attraverso iniziative di formazione specificatamente rivolte all'aumento della appropriatezza prescrittiva e delle interazioni nelle politerapie, con particolare attenzione agli over 65.

Particolare attenzione sarà rivolta al monitoraggio dell'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 17: "Riconciliazione della terapia farmacologica", attraverso l'individuazione di indicatori di processo in collaborazione con Farmacovigilanza; l'implementazione della raccomandazione ministeriale n. 18 «prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli» per la quale è stata effettuata mappatura aziendale per cui sono già state definite le modalità di diffusione; l'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 19: «Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide».

Nel corso dell'anno saranno portati all'attenzione altre due tematiche innovative ovvero il rischio clinico nell'Impiego di radiazioni e in ambito di pronto soccorso.

### 3.7 SISTEMA QUALITA'

---

È attivo un sistema per la gestione della qualità aziendale nel rispetto della Norma UNI EN ISO 9001:2015. Attualmente certificate n. 51 unità, con l'obiettivo di progressiva estensione ad ulteriori strutture, servizi, uffici.

Il sistema qualità aziendale contribuisce al mantenimento dei percorsi di eccellenza come ad esempio l'accreditamento ABIO/SIP Ospedale all'altezza del bambino e al mantenimento dell'Accreditamento AIFA per gli studi di fase I.

Si persegue la politica di integrazione delle diverse funzioni e attività in atto, relativamente a qualità e sicurezza delle prestazioni, allo scopo di ottimizzare le risorse disponibili e trarne il massimo beneficio. A tale proposito è stata promossa la collaborazione per l'integrazione dei percorsi di mappatura dei processi, di valutazione dei rischi aziendali ed anche di condivisione ed integrazione dei monitoraggi dei processi in essere attraverso percorsi di audit in accordo ai requisiti ISO 9000.

Regione Lombardia ha adottato un Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione – PrIMO, piattaforma attiva nel Portale di Governo regionale che include specifici percorsi delle conoscenze del sistema nel quale convergono:

- Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione PIMO;
- Verifiche interne e attività di audit;
- Valutazioni di performance;
- Monitoraggio dell'organizzazione attraverso gli indicatori;
- Indicatori e obiettivi per tutte le strutture di ricovero e cura del territorio lombardo.

Al momento non sono disponibili indicazioni regionali sulle modalità di prosecuzione dei monitoraggi previsti nel PIMO.

### 3.8 FARMACEUTICA

---

Le aree di sviluppo sono le seguenti:

Come previsto dalla DGR XI/1046 del 17/12/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019", in merito al capitolo "Automazione del percorso del farmaco presso le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche del SSR" è stato avviato lo Studio di fattibilità e pilota (in fase di test) di una gestione logistica informatizzata e tecnologicamente innovativa di uno dei magazzini di afferenza alla UOC Farmacia con lo scopo di eliminare le procedure manuali di rendicontazione e di ridurre al minimo le discrepanze.

Ottimizzazione del processo di farmacoprescrizione delle strutture ad oggi attive e da attivare (estensione al presidio di San Giovanni Bianco).

Nell'ottica della gestione del rischio clinico e delle raccomandazioni ministeriali, è in corso di valutazione, in accordo con la Direzione Strategica, l'opportunità di introdurre un sistema robotico per l'allestimento di farmaci chemioterapici.

Ottimizzazione dei processi erogativi del servizio di protesica ed integrativa a livello provinciale con particolare attenzione al monitoraggio della spesa ed una rendicontazione dei costi sostenuti coerente con il budget assegnato.

Dal 1° gennaio 2017, a seguito di convenzione con le ASST Bergamo Ovest e Bergamo Est, l'ASST Papa Giovanni XXIII è stata individuata Capofila del Servizio Unificato di assistenza Protesica e Integrativa (SUPI) e del Servizio Farmaceutica Territoriale (SFT) della provincia di Bergamo.

I settori di competenza comprendono:

#### *Servizio unificato di assistenza protesica e integrativa*

- servizio di assistenza protesica, secondo le disposizioni nazionali e regionali vigenti;
- assistenza integrativa (ausili per incontinenza ad assorbenza e a raccolta, ausili per stomia, microinfusori per insulina e relativo materiale di consumo, microinfusori per talassemici);
- ulteriori settori (prodotti dietetici per soggetti affetti da fibrosi cistica, con doppia intolleranza alle proteine del latte vaccino e della soia, nefropatia, nutrizione enterale domiciliare in RSA/RSD, servizio di ossigenoterapia a lungo termine).

#### *Servizio farmaceutica territoriale*

- gestione, stoccaggio e consegna di farmaci e materiale farmaceutico sanitario a pazienti affetti da gravi malattie croniche (fibrosi cistica, emofilia, talassemia ecc.);
- gestione, stoccaggio e preparazione di farmaci e materiale sanitario alle strutture erogatrici dei poli territoriali delle ASST provinciali;
- gestione, stoccaggio e preparazione/dispensazione dei vaccini secondo quanto previsto dal decreto Direzione generale welfare n. 3682 del 28 aprile 2016 "Organizzazione dell'offerta vaccinale alla luce della l.r. 23/2015" e del decreto n. 14030 del 29 dicembre 2016 "Attivazione dell'offerta in

copagamento in Regione Lombardia per la prevenzione delle malattie invasive batteriche da meningococco”;

- servizio di nutrizione parenterale domiciliare, in RSA e RSD;
- servizio di allestimento preparazioni galeniche magistrali di farmaci orfani.

Il Progetto SUPI coinvolge vari settori nel processo di gestione e il coordinamento di tutte le attività da intraprendere è in capo alla nostra Farmacia ospedaliera. I segmenti coinvolti riguardano la gestione degli acquisti, l'information and communication technology, l'ingegneria clinica, il settore tecnico-patrimoniale e l'ambito della programmazione finanza e controllo.

### 3.9 GLI INVESTIMENTI E LO SVILUPPO TECNOLOGICO

---

Un ospedale eccellente e tecnologicamente avanzato con strutture sanitarie sul territorio implica il mantenimento della completa efficienza funzionale e della sicurezza di impianti, strutture, apparecchiature e attrezzature sanitarie con interventi di manutenzione ordinaria, interventi correttivi e innovativi nonché tramite nuovi progetti e investimenti. Inoltre, è necessaria una gestione razionale del patrimonio dei beni mobili e immobili aziendali.

Tali processi sono espletati nel rispetto delle normative di sicurezza e tramite la metodologia del sistema di qualità UNI EN ISO 9001:2015.

Per monitorare gli impianti, garantendo un intervento immediato, è stata creata la centrale operativa di monitoraggio (COM), che opera h24 e che controlla con software dedicati l'impiantistica del presidio di Bergamo e riceve le chiamate urgenti di intervento.

Tutte le attività manutentive programmate e su chiamata sono gestite tramite un software denominato MAINSIM.

Il volume della attività risulta da alcuni indicatori relativi al 2019 che sono di seguito riepilogati:

Strutture n.	80
SLP mq	285.566
Interventi manutentivi su richiesta n.	14.367
manutenzione programmata/ verifiche periodiche su impianti n.	234.888
Telefonate centrale operativa monitoraggio n.	7216

Di seguito l'estratto del programma triennale dei lavori pubblici 2020 - 2022 adottato con deliberazione n. 2452 del 30-12-2019

Interventi	Importo	2020	2021	2022
PreSST di Bergamo Adeguamento normativo e funzionale e <i>Bonifica amianto</i>	€ 2.400.000,00	x	x	
P.O. San Giovanni Bianco Miglioramento della sicurezza antisismica	€ 2.000.000,00	x	x	x
HPG23 Insonorizzazione CUP	€ 205.000,00	x		
Centro Riabilitazione Mozzo Adeguamento antisismico e funzionale	€ 600.000,00	x		
Scuole Universitarie via Nini da Fano <i>Adeguamento funzionale</i>	€ 6.000.000,00	x	x	
Polo Ricerca e innovazione - realizzazione nuovo edificio	€ 10.000.000,00		x	x

### 3.10 SERVIZI E LOGISTICA

Per quanto riguarda l'area logistica è stato intrapreso nel corso del 2019 un percorso di informatizzazione con la creazione di un sistema di validazione, presso i reparti, della merce che si desidera accettare o rifiutare a seguito dei controlli qualitativi. Per il 2020 è prevista un'implementazione di tale processo.

Relativamente all'area parcheggi è stato adottato un nuovo regolamento per gli accessi.

Area alberghiera, è stata ampiamente recepita dalla nostra Azienda la direttiva europea 2019/904, entrata in vigore il 2 luglio 2019, tesa a ridurre l'incidenza di prodotti di plastica monouso sull'ambiente, nell'acqua e sulla salute umana, nonché promuovere la transizione verso un'economia innovativa. Sono previste misure per conseguire la riduzione del consumo di contenitori per alimenti sia in mensa che nei reparti.

Per quanto riguarda l'area accoglienza e vigilanza relativamente alle procedure di emergenza è in atto la registrazione delle telefonate su allarme (4444-3850) e sulla tracciabilità nell'utilizzo delle radio tetra.

È previsto un supporto alle *Guardie Particolari Giurate* mediante l'attivazione di corsi antincendio ad alto rischio e valutazione di idoneità tecnica a supporto della squadra antincendio aziendale con l'effettuazione di prove periodiche mirate alla verifica e conoscenza pratico/operativa del Piano di evacuazione con simulazioni.

È altresì previsto il trasferimento delle chiamate derivanti dall'emergenza intraospedaliera (7118 per dipendenti, utenti e degenti) al numero dedicato in Centrale Gestione Emergenze. Le *GPG* provvederanno all'acquisizione delle informazioni e alla comunicazione al medico urgentista. Questa progettualità sarà perseguita grazie alla condivisione e al tutoraggio del Servizio di Prevenzione e Protezione e del Dipartimento Emergenza Urgenza.

La *Commissione Lotta al Tabagismo* ha definito nella riunione dell'11 aprile 2019 azioni sostanziali per dare attuazione ai cambiamenti attesi nella promozione alla salute sul luogo di lavoro:

- 1) estensione del divieto di fumo anche per le sigarette elettroniche;
- 2) utilizzo del camice monouso per il personale sanitario fumatore dei reparti materno-pediatrici.

È stato integrato il Regolamento, nel mese di novembre 2019, e nel corso del 2020 verrà modificata la cartellonistica per contemplare il divieto di utilizzo della E-Cig.



## 4. AMBITO AMMINISTRATIVO

---

### 4.1 RISORSE DI PERSONALE

---

In materia di "Organizzazione e personale", le "Regole 2020" eliminano le limitazioni al turn-over del personale, tuttavia impongono il vincolo del budget finanziario assegnato.

Il Piano di gestione delle risorse umane (PGRU), che rappresenta il documento di programmazione delle politiche di reclutamento, dovrà essere coerente col suddetto vincolo.

È confermata, nelle more dell'approvazione del PGRU 2020, l'acquisizione obbligatoria di autorizzazione regionale per:

- la copertura delle strutture complesse;
- l'assunzione a tempo indeterminato di dirigenti dell'area professionale, tecnica e amministrativa;
- il conferimento e il rinnovo di incarichi ex art. 15-septies del d.l.gs. n. 502/1992.

È incentivata l'effettuazione di procedure concorsuali aggregate tra ASST o ASST e ATS, secondo i profili di interesse, per aree territoriali omogenee o a livello regionale.

Nel 2020 è programmato l'espletamento dei concorsi per la copertura di unità complesse, come da cronoprogramma di seguito riportato:

- |                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| • UOC Cardiochirurgia           | espletato a gennaio |
| • UOC Medicina interna 1        | febbraio            |
| • UOC Chirurgia plastica        | aprile              |
| • UOC Ortopedia e traumatologia | maggio              |

Sempre nel corso dell'anno 2020 è, altresì, programmato l'espletamento dei concorsi per la copertura delle UOC Direzione medica e UOC Chirurgia vascolare, oltre che dei concorsi banditi nell'ultimo trimestre del 2019.

In particolare, le procedure avviate interessano l'area della dirigenza sanitaria (n. 17 discipline), l'area delle professioni sanitarie e OSS (n. 4), l'area tecnico/amministrativa del comparto (n. 5).

Nell'ambito della programmazione per la copertura del turn-over, è previsto l'avvio di ulteriori procedure concorsuali (che interesseranno n. 10 discipline mediche).

A seguito delle nuove disposizioni contenute nella legge di bilancio 2020 saranno valutate e considerate le possibili operazioni di "stabilizzazione" del personale precario.

### 4.2 CONTROLLO DIREZIONALE

---

L'implementazione del sistema di controllo direzionale volto a presidiare il divario tra la programmazione e la realizzazione delle attività aziendali, attraverso il sistema di budget, la contabilità analitica e gli indicatori di performance, è fortemente raccomandato.

L'ASST intende sviluppare fasi di presidio-monitoraggio, inerenti: la coerenza tra il quantitativo di acquisto di beni, anche a livello centralizzato e il loro effettivo impiego nell'an e nel quantum; l'imputazione corretta dei

costi, soprattutto per le unità organizzative i cui dispositivi medici ad alto costo e i service (radiologia interventistica, neuroradiologia, emodinamica, cardiologia e cardiocirurgia) incidono pesantemente, al fine di un'allocazione ad hoc per ragioni di trasparenza ed equità nell'assorbimento delle risorse.

Anche per l'esercizio 2020, è richiesto il diretto coinvolgimento del Collegio Sindacale nelle varie fasi che accompagnano il processo di bilancio e di revisione dei processi aziendali per una maggior ottimizzazione delle risorse.

#### 4.3 INTERNAL AUDITING

---

La funzione di *Internal Auditing*, come ben definito negli standard internazionali della professione, è una attività *“indipendente e obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto, in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo, e di governance”.*

In particolare, viene verificata l'efficacia dei sistemi di controllo esistenti, dando priorità alle aree più vulnerabili in termini economici e/o di importanza della funzione espletata.

L'audit interno è una funzione trasversale su tutti i segmenti aziendali ed annualmente è pianificata attraverso un piano annuale dedicato.

Il Piano di Audit annuale, in una logica di *risk based*, ha lo scopo di garantire un'adeguata e progressiva copertura delle procedure aziendali, partendo da quelle il cui valore, tra indici di frequenza e probabilità di impatto, risulti molto alto. In tale logica continuerà il supporto per la mappatura dei rischi aziendali, anche in sinergia con le altre strutture aziendali deputate alla valutazione del rischio per rispettivi ambiti di competenza.

Per il 2020 verrà adottato un piano di audit, in linea con le scadenze regionali, improntato ai principi sopra esposti e che prenderà in considerazione le aree maggiormente sensibili e significative ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali.

#### 4.4 FORMAZIONE

---

L'azienda che ha sempre investito molto nel segmento formazione quale leva strategica per l'evoluzione professionale, intende altresì consolidare il ruolo dell'ospedale quale luogo d'insegnamento, al servizio della collettività.

Istituzionalmente è promotrice e partner di iniziative di addestramento, formazione scientifica e di ricerca.



**Formazione, Valutazione e Controllo Strategico**, funzione trasversale dell'ASST, coinvolge in primis la programmazione formativa sanitaria, il riscontro delle performance individuali di più di 4000 dipendenti, oltre al monitoraggio di tutti gli obiettivi aziendali, di quelli particolarmente sensibili, nonché la valutazione dei risultati e la rendicontazione degli obiettivi regionali.

L'Azienda svolge il ruolo di *Provider* gestendo le relative procedure di accreditamento tramite il Sistema ECM - CPD Regionale. Sviluppa, altresì, forme di collaborazione con soggetti esterni: Aziende pubbliche e private, Ordini professionali, Società Scientifiche, per ogni metodologia didattica e tipologia formativa.

I convegni, le iniziative di addestramento, i corsi di approfondimento nella forma residenziale e a distanza, programmati nel PFA 2019 e realizzati, sono stati complessivamente: 291, di cui 261 accreditati.

Rispetto all'indicazione regionale che pretende il superamento del rapporto tra la programmazione e l'attuazione, non inferiore al 50%, l'azienda si colloca in un range che supera l'85%.

#### Consuntivo Attività svolta in azienda 2019

Eventi	Edizioni Complessive	Stanziamiento
291	671	€ 443.000,00

Le proposte inerenti - il fabbisogno formativo - provenienti dai Direttori, Coordinatori, Referenti scientifici, oggetto di validazione, si assestano su oltre 280 iniziative, per oltre 600 edizioni che troveranno, poi, puntuale previsione e presentazione nel *Piano Formativo 2020* che verrà adottato.

L'ASST è sede dei corsi di **Laurea triennali in Fisioterapia, Infermieristica, Ostetricia e Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia**, attivati in conformità al Protocollo di intesa regionale e alla convenzione con l'Università degli studi di Milano Bicocca.

Il numero iscritti al nuovo anno accademico sono:

- Fisioterapia: 23
- Infermieristica: 101
- Ostetricia: 20
- Tecniche di Radiologia: 8

Complessivamente, considerando i tre anni del percorso universitario, gli studenti nelle 4 discipline sono in totale 425.

Di notevole rilievo la **School of Medicine and Surgery (SMS)**: corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia in **lingua inglese** dell'Università degli Studi di Milano Bicocca con sede all'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, è frutto della sinergia creata con l'Università del Surrey e Università di Bergamo. Il numero iscritti al nuovo anno accademico è pari a 35. Complessivamente sono 3 gli anni di corso attivati per un totale di 95 studenti.

L'ASST è altresì sede del **Corso di formazione triennale in Medicina Generale**, trattasi di formazione obbligatoria specialistica non universitaria per l'esercizio dell'attività di MMG, nell'ambito del S.S.N., organizzato da PoliS – Lombardia. Corso riservato ai laureati in medicina e chirurgia. Il numero iscritti al nuovo anno accademico è pari a 21. Complessivamente sono 3 gli anni di corso attivati per un totale di 48 studenti.

Nell'insieme viene erogata una formazione di livello universitario e di perfezionamento a 568 soggetti a cui si aggiunge la formazione/tirocinio per le specializzazioni nei reparti e unità sanitarie ospedaliere a seguito di convenzionamento con le Università italiane in numerose branche.

La **Scuola in ospedale**: una particolare offerta formativa che contribuisce a tutelare e coniugare due diritti costituzionalmente garantiti: quello alla salute e quello all'istruzione, rivolti a una fascia di alunni con delicate situazioni di salute. Tale intervento educativo si colloca nella cornice più ampia di azioni mirate a prevenire e contrastare la dispersione scolastica, nonché a facilitare il reinserimento nel contesto scolastico tradizionale. Un bando per la formazione di volontari che possono contribuire in tale ambito didattico si è chiuso il 14 gennaio. Seguirà, a carico delle associazioni di volontariato che gravitano in ambito pediatrico, lo specifico addestramento.

#### 4.5 RICERCA E INNOVAZIONE

---

In ambito biomedico "Ricerca e innovazione" costituiscono gli strumenti strategici per perseguire qualità e appropriatezza delle cure e il miglioramento continuo.

La partecipazione attiva alle sperimentazioni consente di:

- garantire ai pazienti nuove opportunità di cura in un contesto strettamente controllato,
- acquisire e diffondere conoscenze in grado di favorire la crescita dei professionisti.

La ricaduta positiva della ricerca biomedica sull'organizzazione della ASST, non si limita all'arricchimento di alcune figure professionali dedicate all'assistenza clinica quali medici e infermieri ma si estende a tutto il sistema ospedale. Non va trascurato, infatti, il ruolo dei laboratori, dei servizi diagnostici e del personale tecnico e amministrativo che ruota intorno alle sperimentazioni. Il processo della sperimentazione, che inizia con l'autorizzazione del protocollo di studio da parte del Comitato etico e termina con la stesura di relazioni conclusive nel rispetto del protocollo e dei contratti e delle convenzioni stipulati con enti pubblici e organismi di ricerca a livello nazionale e europeo o con gli sponsor, comporta un attento coordinamento delle diverse funzioni e componenti della ricerca.

Dal 2016, l'azienda si è dotata, in collaborazione con la Fondazione per la Ricerca Ospedale di Bergamo (FROM), di una struttura (*denominata Clinical Trial Center – CTC*) atta a reperire risorse per la gestione dei progetti e protocolli di ricerca promossi da vari organismi no profit quali, ad esempio il Ministero della salute, la Comunità europea, AIFA e organismi profit quali i diversi *stakeholders* della ricerca biomedica.

Nel primo biennio (2016 - 2017) dall'istituzione del CTC sono stati registrati presso l'ASST circa 700 studi avviati negli anni precedenti ovvero nel biennio di riferimento. Il volume dell'attività di ricerca offre un dimensionamento dell'impegno profuso dall'ASST in programmi di ricerca e innovazione e della rilevanza anche economica di questa attività:

- l'attività di ricerca in termini numerici è pressoché stabile negli anni. Ogni anno vengono attivate circa 150 nuove sperimentazioni cliniche declinate nelle varie UUOO dell'ASST (tabella) per un valore di fatturato/anno di circa 4.000.000 di euro;
- il 50% circa delle sperimentazioni cliniche attive presso l'ASST è no profit, supportata da Enti no profit o da fondi di ricerca generati grazie alle marginalità delle sperimentazioni cliniche profit;

- attualmente sono in corso o in attesa di avvio 23 progetti di ricerca (5 dei quali in qualità di centro coordinatore e 18 come centro partner della ricerca) per un valore complessivo di circa 9.300.000 di euro;
- ogni anno i ricercatori dell'ASST pubblicano circa 400 lavori su riviste mediche nazionali o internazionali;
- una ricerca condotta presso l'ASST (*progetto "Valor"*) ha dimostrato che in media ogni euro investito in ricerca clinica comporta un risparmio di circa 2,9 euro;

Tabella riassuntiva delle sperimentazioni cliniche presso l'ASST Papa Giovanni XXIII:

Unità Organizzative promotrici	2016	2017	2018	2019
Ematologia	26	44	28	27
Oncologia	25	21	45	33
Cardiologia 1 - Scopenso e trapianto	20	16	7	10
Malattie infettive	11	5	10	5
Malattie endocrine – Diabetologia	9	3	4	10
Neurologia	8	3	8	8
Pediatria	7	4	8	8
Gastroenterologia 1 – Epatologia	5	3	3	2
Nefrologia e dialisi	4	4	5	3
Cardiologia 2 - Diagnostica interventistica	6	1	2	1
Reumatologia	4	2	2	3
Anestesia e rianimazione 2	1	4	3	5
Chirurgia generale 1	2	3	1	3
S.I.M.T.	1	4	1	4
ALTRE UOC	28	19	31	43
<b>TOTALE</b>	<b>157</b>	<b>136</b>	<b>158</b>	<b>1</b>

L'azienda per il forte valore attribuito all'attività formativa, di ricerca e di didattica, dispone di una Biblioteca medica che rende fruibile, anche a professionisti esterni e a ricercatori, l'accesso a un patrimonio bibliografico stimato in 6 mila riviste scientifiche consultabili online, del Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo SBBL integrato da abbonamenti a riviste di livello internazionale autonomamente sottoscritti dall'ASST che, al riguardo, investe un considerevole importo.

## 4.6 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

---

L'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) fornisce annualmente indirizzi per la predisposizione da parte delle amministrazioni pubbliche – entro il 31 gennaio - del Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza (PTPCT) quale atto di programmazione contenente gli interventi organizzativi volti a contenere il rischio corruttivo.

Coerentemente con il Piano nazionale anticorruzione (PNA) 2019, in una logica di continuità con le azioni messe in atto nel 2019, l'ASST intende proseguire nel processo di integrazione delle funzioni che costituiscono il sistema dei controlli interni (anticorruzione, qualità aziendale e internal audit, in particolare), attraverso una pianificazione condivisa delle attività e degli audit.

Obiettivo strategico sarà, dunque, l'armonizzazione della mappatura dei processi aziendali finalizzata a una rappresentazione univoca degli stessi, tramite apposito gestionale.

L'ASST, inoltre, darà avvio alle azioni necessarie per l'applicazione della nuova metodologia di gestione del rischio corruttivo, come declinato nell'allegato 1 al PNA 2019.

A tale proposito, in sede di definizione degli obiettivi di budget per l'anno 2020, saranno declinati specifici obiettivi di struttura, che impegneranno dirigenti e responsabili a collaborare – ciascuno per la parte di competenza – con il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza per perseguire il risultato atteso.

Proseguiranno inoltre tutte le attività di monitoraggio delle misure di prevenzione del rischio, come declinate nel PTPCT 2020 – 2021 – 2022.

Dal lato della trasparenza, entro il primo trimestre dell'anno, sarà attivato il nuovo portale dedicato all'"Amministrazione trasparente", che consentirà di gestire il sito in conformità agli obblighi sanciti dal d.lgs. n. 33/2013 e agli standard del Codice dell'amministrazione digitale, agevolando l'attività di pubblicazione di informazioni e dati in piena autonomia da parte degli operatori e con un'interfaccia pulita e ordinata per una migliore leggibilità e usabilità da parte degli utenti.

## 4.7 TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

---

Per quanto inerisce l'ambito aziendale l'ASST in qualità di datore di lavoro è strettamente obbligata a tutelare la salute e la sicurezza dei propri dipendenti e di tutte le persone che, a qualunque titolo, accedono ai nostri ambienti.

Sebbene si tratti di una struttura nuova concepita e realizzata nel rispetto dei massimi standard di sicurezza degli impianti, attrezzature, ausili, metodiche e procedure di controllo qualità l'Azienda è impegnata nell'opera di incremento continuo del livello di sicurezza del lavoro e salubrità degli ambienti, anche delle strutture territoriali, con interventi orientati su diversi fronti:

- progressivo ammodernamento di ambienti e di impianti tecnologici (impianto elettrico, di condizionamento, di distribuzione di gas medicali);
- acquisto di nuove apparecchiature sanitarie che premettono altresì di migliorare la sicurezza dell'operatore in fase di utilizzo;

- stesura e diffusione di linee guida e protocolli per orientare il comportamento del personale sul luogo di lavoro verso adeguati standard di sicurezza;
- formazione ed informazione continua e aggiornata al personale sui rischi professionali e sulle misure di prevenzione e protezione da adottare;
- sorveglianza sanitaria del personale dipendente ed equiparato esposto a rischi professionali.

Nell'ottica di prevenire l'insorgenza e ridurre l'entità del danno derivante da: incidenti, infortuni, malattie professionali oltre che per migliorare il benessere lavorativo e, di conseguenza, il servizio erogato al cittadino, il Servizio Prevenzione e Protezione si occupa di implementare:

- la mappatura e la valutazione dei rischi;
- la ricerca e fornitura di dispositivi di protezione collettiva e individuale;
- l'individuazione delle procedure da applicare per migliorare le condizioni di sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro;
- i piani di emergenza ed evacuazione e le contestuali esercitazioni.

Al fine di tutelare lo stato di salute e la sicurezza dei lavoratori in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, il Responsabile del Servizio Prevenzione Protezione, insieme al Medico Competente, individua i lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria da quest'ultimo effettuata, sulla base di specifici obiettivi:

- Valutare la compatibilità tra condizioni di salute e compiti lavorativi
- Individuare gli stati di ipersuscettibilità individuale ai rischi lavorativi.
- Verificare l'efficacia delle misure di prevenzione dei rischi attuate in azienda.

In questo processo, l'ASST riconosce ai Rappresentanti per la Sicurezza (RLS) un ruolo cardine in quanto «soggetto esponenziale» degli interessi dei lavoratori». In un'ottica partecipativa e con cadenza trimestrale vengono istituiti oltre alla riunione periodica annuale anche dei tavoli tecnici dove si affrontano le tematiche di rilievo.

## 5. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

### **5.1. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE NELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII**

#### **5.1.1 IL CONTESTO**

La definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance, prevista dal D.Lgs. 150 del 27 ottobre 2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", introduce una disciplina organica, per la pubblica amministrazione, relativa all'utilizzo di strumenti di valorizzazione del merito, contrasta la scarsa produttività e l'assenteismo, insiste sulla pubblicizzazione di atti, curriculum, procedure, attestazioni, per una maggiore sinergia e *compliance* dell'attività dei dirigenti, rafforzando il principio di legalità.



L'Azienda utilizza un sistema di programmazione e verifica dei risultati attraverso lo strumento del *budget*, volto ad orientare i comportamenti dei soggetti che compongono le singole unità (strutture, organismi, uffici, collegi) verso logiche multidimensionali e attraverso una modalità di valutazione del personale definito, al fine di determinare annualmente la performance individuale di tutti i dipendenti, che dovrebbe raccordarsi con quella organizzativa aziendale: istituzionale, gestionale, di risultato, strategica, di *customer reputation*...

*Il Sistema di misurazione e valutazione delle performance* definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori coinvolti e gli strumenti per la predisposizione del ciclo della performance.

La formalizzazione dei processi di valutazione, soprattutto quelli che riguardano le risorse umane, risponde all'esigenza di rendere visibile, replicabile e controllabile la procedura, al fine di aumentarne l'efficacia e l'equità. Per un'Azienda orientata all'innovazione e alla gestione della conoscenza nell'erogare prestazioni sanitarie complesse, la valutazione assume un ruolo di apprendimento, condivisione di valori e individuazione e rafforzamento dei comportamenti più coerenti ed efficaci.

La valutazione valorizza il dipendente, in quanto è il presupposto per rendere esplicito e per quantificare la competenza associata alle sue caratteristiche, ai comportamenti, al ruolo o posizione ricoperti, ai risultati ottenuti. Nelle realtà aziendali talvolta la valutazione si traduce in una forma di controllo, verifica e rispondenza dei comportamenti agli standard attesi fissati dall'organizzazione.

L'Obiettivo sfidante per l'Azienda è proprio quello di attribuire al segmento valutazione/formazione un significato diverso: espressione di un processo di condivisione e scambio di informazioni e conoscenze, di verifica dell'ottenimento di taluni risultati, in un'ottica di mutuo sviluppo dell'organizzazione e dell'individuo.

Difficile fare cultura in tale direzione. È questo il delicato e innovativo compito che l'UOC *Formazione, Valutazione e Controllo Strategico (F&VS)* deve perseguire, basandosi sulla consapevolezza che i valori fondanti di un'organizzazione pubblica - strettamente ancorata al territorio e rivolta al settore sociosanitario - poggiano proprio sull'eticità e trasparenza della valutazione dei propri operatori.

### 5.1.2 LA PERFORMANCE E LE SUE DIMENSIONI

---

La *performance* assume il significato di contributo al risultato e alle modalità di raggiungimento dell'esito che un soggetto (organismo o singolo individuo) apporta attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in definitiva, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata creata.

Principali finalità perseguite con la valutazione sono:

- **Organizzativa:** orienta i comportamenti di tutti i soggetti coinvolti nell'azienda verso gli obiettivi complessivi proposti dall'amministrazione.
- **Gestionale:** migliora l'allocazione delle risorse fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e riducendo gli sprechi e le inefficienze a favore dell'utente/cittadino in quanto la sua soddisfazione ed il suo coinvolgimento costituiscono il fulcro dei processi di miglioramento e innovazione.
- **Valorizzazione delle carriere:** ricompensa in modo selettivo, quale leva motivazionale, il personale. Essendo noto che una buona prestazione dipende da due fattori fondamentali: la motivazione e le competenze, è necessario agire sulla formazione professionale volta ad aumentare il livello dei saperi ma

anche sul fattore motivante. Elevate capacità senza un adeguato supporto possono portare a prestazioni inferiori, rispetto alle reali possibilità e la valutazione è volta a riconoscere e a stimare il valore del soggetto nell'organizzazione, stimolando gli individui affinché raggiungano ulteriori traguardi, scoprendo dimensioni alternative e ricercando soluzioni strategiche.

- **Sviluppo e approfondimento:** delle conoscenze, capacità, di professionalità dell'organizzazione. La misurazione del livello spinge ad adoperarsi al fine di ampliare il bacino di competenze, preteso dal mercato in continua mutazione.

### 5.1.3 IL CICLO DELLA PERFORMANCE

*Il Sistema di misurazione e valutazione della performance* è lo strumento operativo che le aziende sanitarie utilizzano per verificare il grado di raggiungimento dei risultati individuali e aziendali.

Il *ciclo della performance* si svolge con riferimento all'anno solare che coincide con l'esercizio contabile e di budget, a partire dall'emanazione delle direttive regionali, che annualmente definiscono le Regole per la gestione del Servizio sociosanitario e le strategie da perseguire.

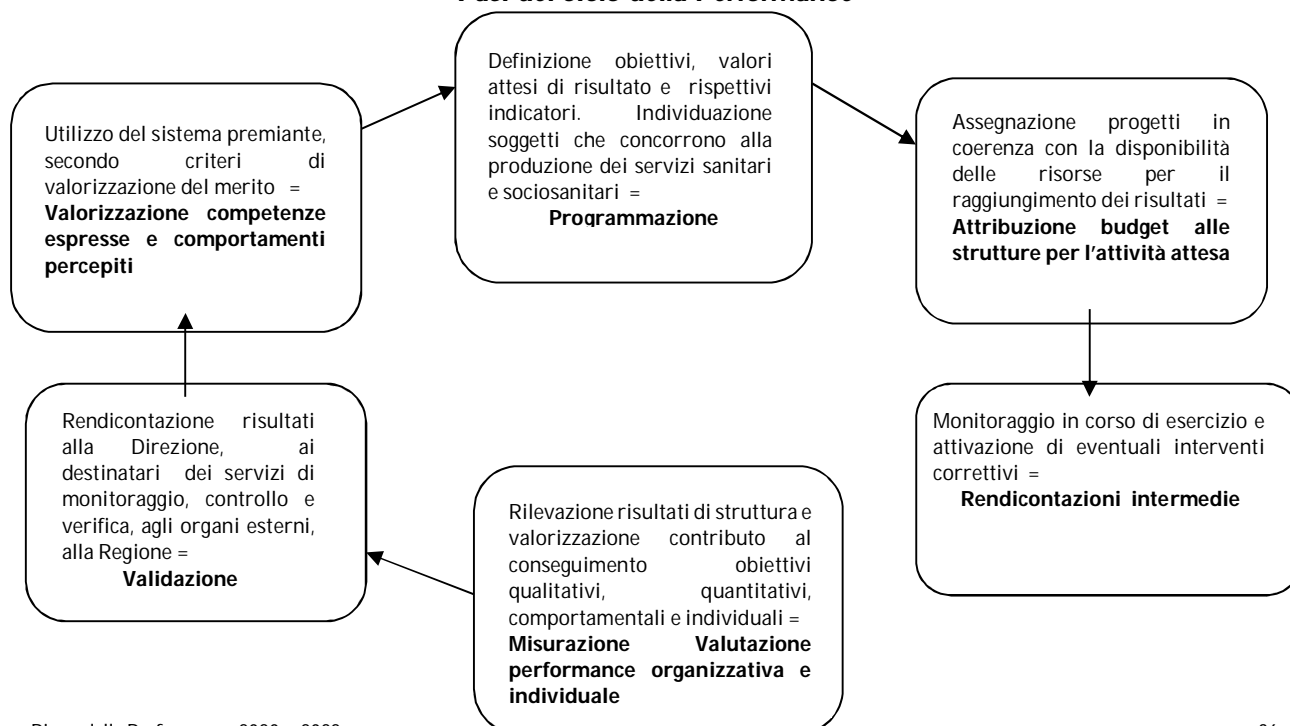
L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali di interesse regionale, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, si sviluppa nella declinazione e assegnazione di una quota budget alle strutture (complesse, semplici e dipartimentali) e al monitoraggio dei risultati, al fine della tempestiva adozione di meccanismi correttivi.

Prosegue, infine, con la declinazione degli obiettivi individuali al personale della dirigenza e del comparto.

Il ciclo si conclude con la valutazione annuale della performance aziendale, effettuata dalla Regione, della performance organizzativa delle strutture organizzative, della performance individuale intesa come apporto del singolo, effettuata dal *Nucleo di valutazione delle prestazioni*.

Il sistema si basa sull'oggettività di verifica e misurazione e attribuzione di valore: dalla individuazione degli indicatori, alla valutazione delle prestazioni e funzioni prodotte, all'analisi degli scostamenti, attraverso un processo di tutta evidenza per i responsabili delle strutture e la collettività.

#### **Fasi del ciclo della Performance**



#### 5.1.4 GLI OBIETTIVI DI INTERESSE REGIONALE

---

Il procedimento di assegnazione e successiva valutazione degli obiettivi conseguiti, attivato da Regione Lombardia, mira a fornire una sintesi dell'andamento della gestione delle aziende, in cui gli orientamenti strategici, di lungo periodo, sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo, al fine di esercitare il governo della spesa che, integrato con le misure di risultato, evidenzia il valore prodotto per il cittadino.

*Gli obiettivi aziendali d'interesse regionale, concorrono alla valutazione del Direttore Generale.*

Sebbene sia importante che le Aziende del sistema sociosanitario riescano a perseguire l'equilibrio economico-finanziario, risulta altresì fondamentale che le risorse della collettività creino "valore" ossia che siano utilizzate con efficienza ed efficacia, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo così l'accesso e l'equità a tutta la popolazione.

In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità ed appropriatezza, di capacità di governo della domanda e di risposta - da parte dell'ASST Papa Giovanni XXIII.

Il ruolo dell'UOC F&VS consta nella:

- *Verifica delle fasi del ciclo*

Accerta il rispetto delle fasi del ciclo gestionale che decorre dal nuovo anno e dalla definizione (durante l'estate) degli item sui quali verrà valutata in maniera specifica l'Azienda e la capacità di conduzione della stessa da parte della Direzione.

- *Assegna obiettivi aziendali di interesse regionale ai Referenti aziendali*

A seguito dell'emanazione della DGR annuale di Regione Lombardia, con la quale vengono definiti gli *obiettivi istituzionali e di sviluppo del sistema* (obiettivi di performance ed esiti, specifici aziendali, di implementazione ed evoluzione del SSR) nonché quelli *strategici* e i relativi indicatori, l'UOC F&VS procede ad una preliminare analisi per distinguere gli obiettivi che Regione Lombardia ripropone, in quanto il raggiungimento degli stessi si sviluppa in un arco temporale su più annualità e gli obiettivi di nuova definizione. Vengono individuati i referenti aziendali per ogni singolo obiettivo, competenti in materia e in accordo con il Direttore Generale, si definiscono le azioni da intraprendere per il raggiungimento di ogni singolo indicatore, condividendo il piano di sviluppo dell'obiettivo.

- *Monitora lo stato di avanzamento*

Controlla periodicamente il perseguimento delle attività - coerenti con gli obiettivi emanati dalla Regione - prevedendo incontri specifici con i Referenti aziendali, fino alla compilazione, nel format regionale, reso disponibile nel mese di aprile dell'anno successivo, della rendicontazione finale.

Descrive le azioni intraprese e concluse allegando report analitici indicando la percentuale di raggiungimento dei risultati attesi.

## 5.2. OBIETTIVI AZIENDALI E DI STRUTTURA

### 5.2.1 LA CONTRATTAZIONE DI BUDGET

---

Gli obiettivi aziendali discendono dalla programmazione sociosanitaria regionale:

- ✓ pluriennale, definita nel PSSR
- ✓ annuale, definita dalle Regole di sistema
- ✓ dal Piano triennale della performance, di cui ciascuna Azienda si dota e dagli obiettivi aziendali di interesse regionale
- ✓ dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il processo di contrattazione di Budget ha lo scopo di elaborare la programmazione annuale dell'attività, determinando obiettivi e risorse in coerenza con:

- normativa nazionale, regionale e linee di indirizzo dei vari organismi lombardi;
- strategia aziendale, all'interno della quale orientare la propria gestione;
- metodologie adottate dall'Azienda per il miglioramento continuo delle prestazioni erogate.

Il processo di assegnazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi aziendali e di struttura ha lo scopo di monitorare l'andamento e il raggiungimento degli obiettivi assegnati attraverso indicatori definiti e coinvolge sia la dirigenza che il comparto.

Il *budgeting* si realizza attraverso la chiara definizione degli obiettivi che devono avere il requisito della *misurabilità*, *congruenza* e *controllabilità*. Il metodo applicato in Azienda deriva dalla combinazione del modello *top down* (orientamento gerarchico) e *bottom-up* (orientamento partecipato) e trasforma il piano strategico aziendale in obiettivi specifici annuali, attraverso la responsabilizzazione degli attori coinvolti. Seguono discussioni orientate alla rimodulazione per es. di alcuni aspetti legati alla contrazione dei consumi di farmaci, verso principi attivi; introduzione di metodiche meno costose; utilizzo di nuovi presidi, definizione di criteri di elezione oggettivi e soggettivi per ricoveri, arruolamenti pazienti nelle ricerche...

Il budget consente di controllare la gestione aziendale; infatti, in presenza di valori economici o volumi inferiori permette di spiegare e giustificare i motivi, individuare il referente per introdurre interventi correttivi. Gli scostamenti possono avere natura quantitativa o qualitativa. Questo sistema coniuga la responsabilità clinica del personale ospedaliero e quella dirigenziale, con quella gestionale: di utilizzo di risorse economico-patrimoniali.

Il processo di negoziazione di budget dovrebbe costituire l'esito dell'intesa raggiunta tra la Direzione Strategica e la compagine direttiva della struttura. Il Direttore/Responsabile e il Coordinatore infermieristico, riesaminata l'organizzazione interna, valutano il raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente e le eventuali criticità, proponendo opportune azioni di miglioramento alla Direzione che, così, definisce nuovi indirizzi o consolida quelli pregressi, per il raggiungimento degli obiettivi annuali con indicatori di risultato, a sua volta graduati per consentire una premialità piena o con decurtazioni, in caso di scostamento, rispetto alla realizzazione attesa.

La Direzione Aziendale, nel rispetto della normativa di riferimento, delle indicazioni ministeriali, regionali e delle convenzioni con l'ATS, nonché in aderenza ai propri indirizzi strategici enunciati nel POAS, convoca i

referenti delle strutture ed effettua separati incontri di negoziazione di budget e talvolta anche per aggregazione dipartimentale.

Al termine degli incontri di contrattazione, per ogni unità vengono redatti un verbale e una scheda che sintetizzano:

- gli obiettivi aziendali di interesse regionale
- gli obiettivi di attività e organizzazione
- gli obiettivi di qualità a monitoraggio interno o esterno
- gli obiettivi economici
- gli obiettivi formativi
- le attività volte a contrastare la corruzione e significare il rispetto del principio di trasparenza
- le azioni positive previste dalla Direttiva PCM 2/2019 Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei comitati unici di garanzia nelle p.a.

Terminati gli incontri di budget, la Direzione incontra i Responsabili degli Uffici di Staff per sintetizzare quanto emerso nel processo di attribuzione e acquisire conferma della compatibilità di quanto assegnato con le indicazioni e le risorse messe a disposizione dalla Regione e dall'ATS.

Con un atto deliberativo si recepiscono tutte le schede di Budget condivise con le strutture e la Direzione, attraverso gli uffici preposti, ne dà comunicazione ai Direttori/Responsabili di Struttura e ai Coordinatori infermieristici, affinché informino le proprie équipes e avviino il processo di attribuzione degli obiettivi individuali al personale della dirigenza e del comparto.

### 5.2.2 IL MONITORAGGIO, LA MISURAZIONE E LA VALUTAZIONE

- Il monitoraggio degli obiettivi aziendali e di struttura viene effettuato da tutte le unità di controllo preposte alla gestione che rilevano la misurazione degli indicatori e i risultati sono disponibili attraverso un sistema di reporting periodico.

La misurazione intermedia (semestrale) del grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali viene formalizzata attraverso uno specifico report destinato alla Direzione strategica e al NVP che, dopo le necessarie verifiche ne valida i risultati. L'UOC F&VS provvede a comunicare i risultati intermedi ai Direttori/Responsabili di struttura e ai Coordinatori infermieristici al fine di garantire le sinergie necessarie all'efficienza ed efficacia organizzativa.

- La verifica delle eventuali divergenze rispetto agli obiettivi attesi, viene effettuata con cadenza mensile per gli obiettivi economici.

Per quanto riguarda gli obiettivi di qualità e attività è prevista una valutazione semestrale, se non programmata una diversa periodicità.

Non appena disponibili i dati di chiusura attività, costo nonché rendicontazione dei progetti di miglioramento, la Direzione Aziendale, coadiuvata dalle strutture organizzative incaricate, predispone la rendicontazione conclusiva di fine anno e in particolare:

- le Strutture incaricate, a completamento del monitoraggio effettuato periodicamente in corso d'anno, attingendo ai molteplici data base aziendali, predispongono la sintesi di chiusura dei dati di produzione e di costo;
- i Direttori/Responsabili di struttura e i Coordinatori infermieristici monitorano in corso d'anno e chiudono al termine la valutazione del raggiungimento degli obiettivi interni di Struttura, nonché degli obiettivi assegnati ai singoli collaboratori;
- le Strutture incaricate dalla Direzione Aziendale predispongono i report di sintesi dei dati relativi agli obiettivi di attività, di qualità e di costo, correlati degli eventuali commenti/considerazioni, li analizzano, congiuntamente ai Direttori Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario, e li trasmettono alla UOS Controllo di gestione che predispone il report di sintesi dei risultati raggiunti da tutte le strutture dell'ASST;
- la valutazione della performance aziendale compete alla Regione;
- la verifica della performance organizzativa compete al *Nucleo di Valutazione* delle prestazioni che esamina i report, valida il raggiungimento degli obiettivi delle singole Strutture e dell'apporto individuale del personale dirigente e del comparto.

Non va trascurato il ruolo del *Nucleo di valutazione delle prestazioni*, organo collegiale esterno, composto da componenti scelti tra esperti di elevata professionalità ed esperienza maturata nel campo del management e del personale delle amministrazioni pubbliche.

Interagisce, in via ordinaria, per l'acquisizione di tutte le informazioni opportune in ambito di pianificazione e controllo interno, miglioramento continuo della qualità, sviluppo delle risorse umane.

Supporta l'Alta Direzione nella definizione delle linee guida gestionali e nell'esercizio della funzione strategica. Promuove una migliore efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili e svolge un ruolo tecnico-consulenziale nell'ambito dei contenziosi rispetto alle valutazioni sulla performance individuale.

Orienta la gestione delle risorse umane in una logica proattiva.

Contribuisce a perfezionare, in accordo con la Direzione aziendale e d'intesa con gli Uffici di staff competenti in materia di programmazione, gli indicatori.

I livelli di risultato oggetto di attenzione si riferiscono alle seguenti aree:

- Esiti delle attività effettuate;
- Remunerazione economica obiettivi;
- Qualità dei processi e delle prestazioni.

Complessivamente si rende garante della legalità e trasparenza, delle procedure di attribuzione obiettivi, stima dei risultati e valorizzazione delle skill e adempimenti in termini di contrasto alla corruzione

## 5.3. OBIETTIVI INDIVIDUALI

### 5.3.1 LE FASI DEL PROCESSO

---

L'assegnazione degli obiettivi individuali, improntata ai criteri della partecipazione e della trasparenza, avviene attraverso l'utilizzo del software Valpers Dirigenza e Valpers Comparto e si compone delle seguenti fasi:

- assegnazione da parte del Direttore/Responsabile, del Coordinatore infermieristico e del personale titolare di posizione organizzativa, degli obiettivi individuali a tutto il personale della dirigenza e del comparto;
- coinvolgimento sulla relativa importanza, le modalità di perseguimento, le tempistiche con eventuali suggerimenti per la realizzazione;
- accettazione degli stessi e/o riformulazione, condivisione con sottoscrizione;
- comunicazione tempestiva entro 10 giorni dalla mancata apposizione della firma o, comunque, entro i termini della procedura all'UOC F&VS;
- colloquio Intermedio eventuale. Obbligatorio se richiesto da una delle parti.
- incontro precedente la valutazione analitica (numerica o sommativa di valori da attribuire) per analisi documentale di progetti realizzati, reportistica, ricerche effettuate, pubblicazioni, casistica operatoria, prestazioni...
- validazione dei punteggi provvisoriamente attribuiti o di altri, a seguito del confronto e colloquio con motivazione sintetica e indicazioni delle aree di miglioramento.
- commenti del valutato, con eventuali allegati
- sottoscrizione da parte di valutatore e valutato della scheda nominativa.

La fase di assegnazione degli obiettivi ai singoli dipendenti, si fonda sull'analisi delle attività da svolgere in vista del risultato finale. Dopo lo svolgimento delle contrattazioni di budget, definiti gli obiettivi delle singole Strutture, il Direttore/Responsabile della Struttura e il Coordinatore infermieristico e tecnico, convocano il rispettivo personale e assegnano allo stesso gli obiettivi individuali corredati dai corrispondenti indicatori di risultato necessari per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi medesimi. Attribuiscono gli obiettivi in base alle competenze e in rapporto alle risorse disponibili, individuando gli atti e le prestazioni da connotare quali snodi rilevanti, rispetto al risultato finale atteso.

Le modalità di perseguimento dei progetti, programmi, risultati, esiti, insieme ai parametri valutativi sono preventivamente comunicati al dipendente dal valutatore con chiarezza per una fondamentale condivisione del lavoro di squadra nella realtà in cui si lavora.

Dell'obiettivo viene specificato il risultato finale atteso, attraverso il quale si apprezza la performance e le modalità per la misurazione. Nell'assegnazione degli obiettivi il Responsabile dovrà anche tener conto dei compiti già assegnati al soggetto valutato e delle competenze specifiche richieste alla Struttura.

Terminata l'assegnazione degli obiettivi, il valutatore e il valutato appongono la propria firma sulla scheda in modo da certificare la condivisione del progetto comune.

Fondamentale importanza riveste il colloquio intermedio che è suggerito soprattutto quando vi siano elementi o margini di criticità che potrebbero inficiare i risultati attesi e l'iniziativa può essere presa indifferentemente da uno dei due per analizzare soluzioni possibili.

Quello finale è invece obbligatoriamente da prevedere con onere del valutatore per raggiungere un'intesa su tutto quanto afferisca la misurazione e la valorizzazione.

Il sistema di misurazione si realizza con indicatori di risultato numerici oppure on/off.

Ad ogni obiettivo è attribuito un peso che varia a seconda dell'importanza/priorità dello stesso rispetto agli altri. La sommatoria dei pesi attribuiti a ciascun obiettivo è uguale a 100.

### 5.3.2 LE CARATTERISTICHE DEGLI OBIETTIVI

---

Con riferimento ai **risultati**, gli obiettivi rappresentano il contributo richiesto a ciascun dipendente per il raggiungimento di quelli generali attribuiti alla Struttura.

Si ritiene adeguato un obiettivo che soddisfa questi requisiti:

- *Coerente* con le linee programmatiche o strategiche dell'Azienda.
- *Conferente* con le aree di competenza del valutato.
- *Misurabile*: è indispensabile preliminarmente determinare i criteri di valorizzazione degli item o i parametri di calcolo - per ogni indicatore - in quanto l'impegno profuso può rilevare sotto molti aspetti e il risultato può essere apprezzabile da più angolazioni ma muta in funzione dei criteri utilizzati (risorse impiegate, tempistica, validazione esterna conseguita, collaudo ottenuto...)
- *Significativo*: deve riferirsi e discendere, da un'area di risultato importante nell'economia complessiva dell'organizzazione in questione:
  - collocandosi all'interno di aree di rilievo per la funzione ricoperta dal soggetto e per l'Azienda;
  - costituendo il frutto di un processo di definizione di priorità effettuato dal Responsabile con il valutato;
  - è corredato da un peso, che sintetizza quanto il livello di conseguimento di ciascun obiettivo concorrerà alla valutazione globale della performance.
- *Nuovo o innovativo*: dovrebbe differenziarsi dalle attività correnti, oppure le stesse con elementi diversi quali oggetto di considerazione o inerenti a traguardi alternativi (il clima aziendale, il numero dei ricorsi, i tempi di definizione delle trattative sindacali, la percezione dei conflitti d'interesse, la diffusione di una cultura...)
- *Raggiungibile*: al fine di orientare efficacemente l'operato dei collaboratori è opportuno che l'obiettivo sia formulato a seguito di una discussione sufficientemente analitica su cui Responsabile e collaboratore abbiano potuto:
  - confrontarsi sui contenuti
  - valutare modalità operative/attuative/metodologiche



- discutere le condizioni di eventuali criticità per condividere il percorso atto ad arginarle/superarle.

Con riferimento ai comportamenti organizzativi, gli obiettivi assegnati avranno lo scopo di comunicare al valutato le attese dell'Azienda e del valutatore rispetto a specifici comportamenti, ritenuti necessari ai fini dell'efficace presidio delle attività assegnate e dei livelli di prestazioni richieste, promuovendo lo sviluppo delle qualità possedute dal valutato, connesse agli obiettivi considerati.

Per il personale del comparto è prevista, in aggiunta, la compilazione della *Scheda delle Competenze*, differenziata per ciascun profilo professionale.

### 5.3.3 IL CONSEGUIMENTO DEI RISULTATI

---

Il sistema di valutazione prevede idonee garanzie per il soggetto il cui lavoro svolto viene analizzato in termini di: contributo alla realizzazione: dei progetti, dell'incarico specialistico, dell'attività e/o funzione, delle procedure particolari assegnate per la valorizzazione della struttura in cui presta servizio.

- Opportuno un colloquio intermedio tra i soggetti in tempo utile e congruo, per monitorare l'andamento del perseguimento degli obiettivi e consentire margini di adattamento, giustificazione o riallineamento;
- Incontro in cui si ottengono dalle valutate relazioni, report, giustificazioni di scostamento o elementi ulteriori volti a comprovare i risultati comunque perseguiti e raggiunti;
- Attribuzione punteggi fornendo una motivazione, il cui esito va comunicato;
- A seguito del colloquio finale il valutato, qualora non condivida la valutazione ottenuta nella scheda degli obiettivi e/o nella scheda di valutazione delle competenze/comportamenti, può richiedere la *Conciliazione* o la *Revisione* secondo le modalità previste dalle procedure specifiche vigenti in Azienda (PSp01PG9MQ6 per il personale del comparto e PSp06PG9MQ6 per la Dirigenza).

E' previsto, infatti, il ricorso al superiore gerarchico del valutatore, entro termini prestabiliti, al quale verrà richiesto un colloquio. A seguito di ciò, il Soggetto chiamato a dirimere il contenzioso, potrà confermare il giudizio espresso e il range di conseguimento numerico raggiunto o propendere per una revisione della valutazione di alcuni item. Qualora il dipendente non fosse soddisfatto della riformulazione della valutazione, per il personale del comparto, è ammesso il ricorso al *Collegio di Conciliazione*, organo terzo e imparziale composto nel rispetto dei criteri definiti dalla delibera n. 104/2010, ripresi nella deliberazione n. 124/2010 dell'ANAC che verificherà la correttezza della procedura seguita potendo, in caso negativo riformulare un giudizio.

Per il personale della Dirigenza, è previsto il ricorso al superiore gerarchico del valutatore, includendo per le posizioni apicali il Direttore Sanitario, Amministrativo o Sociosanitario, secondo competenza, per una procedura di *Revisione*, da effettuare sempre nei termini regolamentati, legata al rispetto formale della procedura, all'esistenza di contenziosi legali e giudiziari tra i soggetti e/o ad una non neutralità di giudizio o non completa competenza nell' an o nel quantum (arco temporale con successione di superiori gerarchici, variazione di ruolo gestionale/professional...).

Per i casi di non univoca competenza il *Direttore dell'UOC F&VS* si farà coadiuvare dal Nucleo di *Valutazione delle prestazioni* o eventualmente propendere per una valutazione congiunta in seno ad una Commissione composta dal *Direttore Sanitario, Sociosanitario o Amministrativo* pertinente e il *Direttore del Personale*.

Al termine del periodo di riferimento per ogni soggetto valutato, il Responsabile compila la scheda determinando la percentuale di realizzazione di ciascun obiettivo, il software moltiplicherà la percentuale di raggiungimento per il peso assegnato al singolo obiettivo e si otterrà così il risultato finale.

Al raggiungimento degli obiettivi è strettamente collegato il sistema premiante degli incentivi economici legati alla *retribuzione di risultato* per la Dirigenza e la *produttività* per il Comparto; materia che è disciplinata anche nell'ambito della *contrattazione integrativa aziendale* e che ha modalità attuative e di calcolo distinte.

Il *Nucleo di valutazione delle prestazioni*, successivamente alla validazione dell'insieme di regole implementate in quello che viene definito un *Sistema*, oggetto di pubblicazione sul sito, si esprime in ordine all'inerenza e correttezza della procedura eseguita nel corso dell'anno.

Segue la rendicontazione agli Organi di governo regionali, definita di volta in volta.

## **5.4 LE COMPETENZE E GLI SKILL**

### **5.4.1 LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE DEL COMPARTO**

---

La scheda di valutazione della competence, specifica per classe professionale e/o categoria, è costituita da 12 item articolati in due sezioni: una sezione comune a tutte le classi, destinata a valutare competenze di base e competenze trasversali ed una sezione destinata a valutare le competenze specifiche per il profilo di appartenenza. La scala utilizzata per la valutazione delle competenze è una Scala Likert a 5 livelli (Insoddisfacente, parzialmente soddisfacente, soddisfacente/adeguato, buono e ottimo).

Di norma entro il 31 gennaio di ogni anno, il Valutatore, riferendosi all'anno precedente, compila la scheda informatizzata delle competenze, specifica per classe professionale e/o categoria, degli operatori afferenti alla sua Struttura. A seguire, entro il 28 febbraio, il Responsabile gerarchico del Valutatore effettua la valutazione delle competenze di quest'ultimo, con uguale modalità.

Il colloquio che ne scaturisce è il momento formale in cui il Valutatore e il Valutato si confrontano relativamente ai giudizi espressi o valori indicati nella scheda. In questa fase il valutatore compila tutti gli item ed i campi obbligatori della scheda informatizzata. La scheda inoltre prevede che il Valutato possa esprimere i suoi commenti sia nel caso in cui si trovi in accordo con quanto descritto dal responsabile sia nel caso in cui non sia con il giudizio espresso su di sé.

Per il personale del comparto i Referenti per la valutazione di I istanza sono:

- Direttori/Responsabili di struttura e titolari di P.O per il comparto amministrativo e tecnico;
- Direttore della Direzione professioni sanitarie e sociosanitarie per i Responsabili infermieristici di dipartimento;
- Responsabili infermieristici di dipartimento per i Coordinatori infermieristici e tecnici;
- Coordinatori infermieristici e tecnici per il personale del comparto sanitario.

La valutazione di II istanza compete al *Nucleo di valutazione delle prestazioni*.

### **5.4.2 LE GARANZIE DI CORRETTEZZA DELLA FUNZIONE PER IL PERSONALE DEL COMPARTO**

---

Le garanzie sono date da:

- ✓ *Individuazione dei soggetti* competenti ad esprimere il giudizio e l'identificazione delle fattispecie per le quali è necessario pronunciarsi;
- ✓ *Tempistica, partecipata* di anno in anno, da comunicazioni dell'UOC F&VS, *sulle notifiche* relative all'attribuzione / assegnazione / consegna alle strutture della documentazione volta a provare tali adempimenti e definizione giudizi;
- ✓ Rispetto della *procedura amministrativa* descritta, sul percorso da ottemperare, in termini di tempi e modalità, sulle *funzioni perseguite*: valutazione annuale degli obiettivi individuali e delle competenze/comportamenti;
- ✓ Esistenza di due tipologie di valutazione di I e II istanza.

#### 5.4.3 LA VALUTAZIONE E IL POSIZIONAMENTO DEI DIRIGENTI PROFESSIONAL

Nel corso degli anni, le riforme in tema di personale delle Aziende ospedaliere hanno intrapreso la strada della semplificazione, introducendo la graduazione delle funzioni e il sistema degli incarichi.

In Azienda, dal 2011 al 2017, in collaborazione con i Direttori di Struttura, si è lavorato sull'implementazione di un nuovo sistema di valutazione e posizionamento di tutti i dirigenti ad eccezione di quelli cui è assegnata la conduzione di una struttura, per i quali è stato mantenuto in vigore un sistema classico di apprezzamento del ruolo gestionale intrapreso.

Il nuovo sistema consta di:

- Valutazione delle capacità professionali
- Giudizio sullo stile comportamentale
- Calcolo del punteggio complessivo ponderato
- Derivazione del livello di professionalità per attribuzione incarico o conferma di quello in essere.

Il giudizio è preceduto da un colloquio, tra i soggetti, volto ad individuare ambiti che hanno inciso favorevolmente e quelli carenti e illustrare il punteggio conseguibile e l'incarico cui accedere o essere riconfermati.

Si realizza così un processo virtuoso di sviluppo (e non solo di valutazione) della progressione di carriera. Tale analisi del contributo delle conoscenze e delle competenze espresse dovrebbe concorrere alla valutazione delle esigenze formative residuali. È in questa logica che l'attuale POAS ha previsto che le funzioni della formazione e della valutazione, precedentemente sussunte in strutture distinte, siano organizzate nell'ambito di un'unica Unità organizzativa per il processo di interdipendenza che ne dovrebbe scaturire.

La nuova tipologia valutativa coinvolge direttamente i Direttori nella costruzione dello strumento di analisi dei risultati che desiderano ottenere, sulla base delle attività declinate per ciascun livello di competenza cui il singolo Dirigente afferisce.

I Direttori definiscono, per le proprie strutture, la graduazione delle funzioni e le capacità professionali dei dirigenti di primo, secondo, terzo livello e alta specializzazione (declinate in 9 item) e determinano i pesi da

assegnare agli item previsti per lo stile comportamentale (declinato in 10 item trasversali per tutte le strutture dell'Azienda) per ottenere la valutazione congiunta della professionalità espressa dal *Dirigenti Professional*.

L'attuale sistema prevede quindi che il *Dirigente Professional* sia valutato annualmente sul raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati dal Direttore e alla scadenza dell'incarico, sia utilizzata la nuova scheda di valutazione. La stima di quanto apprezzabile, origina un punteggio che identificherà la posizione del Dirigente nella struttura in cui opera. Potrebbe confermare il suo posizionamento nel senso che le attività svolte, il grado di autonomia raggiunto, insieme ad altre peculiarità, configurano una sussunzione di funzioni, proprio nell'ambito dell'incarico attribuito. Diversamente, potrebbero dare evidenza di una graduazione in termini di spessore complessità e casistica di funzioni più elevate, sussumibili in altri incarichi professionali. Il coefficiente numerico derivato, nell'ambito di un range nel quale è ricompreso, indica, da subito, l'afferenza del dirigente, in una specifica tipologia di incarico.

Il *Collegio Tecnico*, per la *valutazione di seconda istanza*, prenderà in esame: il curriculum con particolare riferimento al periodo di svolgimento dell'incarico, la valutazione annuale degli obiettivi assegnati nell'arco del triennio o quinquennio e verificherà il punteggio ottenuto nella scheda di valutazione, le motivazioni sintetiche, il commento del valutato.

Pertanto, le caratteristiche delle attività e delle funzioni svolte con il livello di apprezzamento della competenza espressa, faranno scaturire una graduazione degli incarichi attribuiti/attribuibili per il successivo triennio.

Il nuovo sistema è un potente strumento gestionale per i Direttori che hanno così l'opportunità di chiarire le capacità professionali e comportamentali attesi dai propri Dirigenti. Questi ultimi hanno invece la possibilità di vedere delineato il percorso di carriera, da intraprendere, conoscendo a priori quali siano le attese del Direttore e della Azienda presso cui prestano la propria attività. A livello di sistema regionale, l'applicazione del modello a tutte le ASST consentirebbe, all'interno del sistema sanitario regionale, la *mobilitazione dei dirigenti professional*. Altresì i singoli Dirigenti, conoscendo il proprio livello di competenze professionali e il livello di competenze richiesto presso strutture specialistiche di altre ASST, potrebbero richiedere il trasferimento, presumendo in quale graduazione di incarico andrebbero a posizionarsi (uguale, maggiore o inferiore a quello ricoperto nell'ASST di provenienza a seconda che sia una struttura simile, di minore o maggiore complessità).

#### 5.4.4 LA VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI GESTIONALI

Nell'intento di sviluppare condivisione tra i dipendenti, indipendentemente dal ruolo gerarchico occupato, il sistema di valutazione dei comportamenti dei dirigenti gestionali è strutturato prevedendo l'analisi del proprio skill direzionale e manageriale da effettuarsi prima che il giudizio venga formulato per fornire utili elementi per un confronto, oltre che verificare il percorso nella realizzazione dei progetti e dei risultati del proprio servizio.

Il compito del Superiore è quello di poter apprezzare – senza pregiudizi – quanto descritto dal dirigente preposto ad una unità, struttura, ufficio, funzione, così che, a seconda delle modalità di argomentare (sintetica/analitica, autoreferenziale, puntuale/generalizzata ...) della reportistica prodotta, dell'analisi effettuata con richiami a date, volumi, significatività, possa trarre uno spunto più dettagliato del contributo apportato – talvolta non direttamente identificabile – dando valore o meno a quanto rappresentato nel documento di autovalutazione. Ciò, permette una condivisione piena delle cose che contano nella struttura

lavorativa, del valore che si attribuisce non solo al potenziale di ciascuno di noi ma alla professionalità e background rivelati sul campo e percepiti.

La scheda dei comportamenti è frutto della rielaborazione delle indicazioni fornite dall'art. 32 del CCNL 8.6.2000 della Sanità, area Dirigenza Medica e area Sanitaria Professionale Tecnica e Amministrativa e viene utilizzata alla scadenza dell'incarico.

Comprende per i Responsabili di Struttura Complessa e Semplice cinque macroaree così ripartite:

*Politiche e Strategie.* L'obiettivo dei due item descritti in quest'area è di valutare se il dirigente ha espletato la propria funzione di Responsabile in linea con le linee strategiche e gli obiettivi dell'Azienda e se abbia guidato l'attività della Struttura in modo flessibile, in relazione alle esigenze contingenti del servizio.

*Gestione del Personale.* Vengono valutate le azioni volte alla migliore integrazione del personale della Struttura e alla distribuzione equilibrata dei carichi di lavoro tra tutti i Dirigenti.

*Capacità relazionali.* Viene apprezzata la capacità di comunicazione, ascolto e comprensione verso i collaboratori, gli infermieri, verso l'utenza: pazienti e familiari, oltre che la capacità di favorire il lavoro di équipe.

*Partnership e Risorse.* I due item di questa area si riferiscono alla capacità del Dirigente di creare condizioni favorevoli al miglioramento dei rapporti tra la propria Struttura e le altre componenti organizzative dell'Azienda considerando anche le implicazioni economiche derivanti dai propri comportamenti e da quelli dei propri collaboratori.

*Processi.* In quest'ultima area il dirigente viene valutato su tre item relativi alla funzione di guida della propria Struttura inerente all'efficacia delle attività assistenziali e l'appropriatezza clinica e organizzativa, ponendo attenzione alla qualità percepita e alla promozione dell'innovazione tecnologica e sanitaria.

*Leadership.* In questa area vengono valutate le azioni di motivazione, sostegno e guida nei confronti dei Dirigenti e dei propri collaboratori e le azioni volte al miglioramento continuo della qualità professionale, organizzativa e relazionale messe in atto nella struttura di appartenenza.

“Il grado di raggiungimento” viene espresso con un “valore nominale” e non numerico in quanto l'attenzione è focalizzata sul confronto tra Valutato e Valutatore. Inoltre, è prevista la possibilità di non valutare il Dirigente su alcuni item (insieme di elementi e/o punti considerati in modo unitario) qualora oggettivamente non afferisca allo stile comportamentale o alla funzione delineata nel contesto organizzativo specifico del valutato. Le ragioni devono però essere esplicitate. Qualora siano ipotizzabili altri ambiti è opportuno indicare la necessaria sostituzione rispetto all'item configurato genericamente. È *onere di entrambi* gli interlocutori prevederlo per evitare contenziosi sulla non pertinenza e/o riferibilità alla posizione ricoperta in quel contesto.

#### 5.4.5 LA VALUTAZIONE DEI DIRETTORI DI UOC

---

La valutazione dei Direttori di struttura complessa si svolge ogni anno, di norma nel mese di gennaio ed è effettuata dal Direttore del Dipartimento di afferenza o dal Direttore Sanitario o Sociosanitario o Amministrativo per le strutture in staff.

La scheda dei comportamenti è frutto della rielaborazione delle indicazioni fornite dall'art. 32 del CCNL 8.6.2000 della Sanità, area Dirigenza Medica e area Sanitaria Professionale Tecnica e Amministrativa e prevede

le sei macroaree descritte nel paragrafo precedente. Analogamente a quanto descritto per i dirigenti gestionali, si attua il processo valutativo.

#### 5.4.6 LA VALUTAZIONE DEI DIRETTORI DI DIPARTIMENTO

---

La valutazione dei Direttori di Dipartimento si svolge ogni anno, di norma nel mese di gennaio ed è effettuata dal *Direttore Generale* con il supporto dei *Direttori Sanitario, Amministrativo e Sociosanitario*, secondo competenza.

Al Direttore di Dipartimento viene richiesta una relazione sui propri comportamenti manageriali, *le start up* e le evoluzioni dei progetti intrapresi, il coinvolgimento nella ricerca nazionale e internazionale, l'attività di cooperazione sanitaria, i motivi di successo e insuccesso e le soluzioni adottate per migliorare le proprie funzioni peculiari per il governo di realtà che afferiscono dal punto di vista funzionale, gestionale o trasversale.

Oggetto di analisi la:

- coerenza tra il ruolo assunto dal Dipartimento e le linee strategiche aziendali per l'azione specifica impresa;
- capacità di contribuire alla costruzione di un'immagine positiva dell'Azienda e del Servizio Socio-Sanitario Regionale;
- propensione a creare un clima collaborativo e sinergico all'interno del Dipartimento volto al raggiungimento di una forte coesione tra unità organizzative, sviluppo di iniziative innovative o a consolidare fortemente i risultati, frutto della condivisione di una pluralità di obiettivi comuni.

#### 5.4.7 LE GARANZIE DI CORRETTEZZA DELLA FUNZIONE PER IL PERSONALE DIRIGENTE

---

Le garanzie sono date da:

- ✓ *Individuazione dei soggetti competenti* ad esprimere il giudizio e l'identificazione delle fattispecie per le quali è necessario pronunciarsi;
- ✓ *Tempistica, partecipata* di anno in anno, da comunicazioni dell'UOC F&VS, *sulle notifiche* relative all'attribuzione / assegnazione / consegna alle strutture della documentazione volta a provare tali adempimenti e definizione giudizi;
- ✓ Rispetto della *procedura amministrativa* descritta, sul percorso da ottemperare, in termini di tempi e modalità, *sulle funzioni perseguite*: *Conferma Incarico alla scadenza* o *Assegnazione di altro sempre alla scadenza* il cui diverso peso è correlato ad importi economici più elevati, su base annua; attribuzione *indennità di esclusività* ed *equiparazione*, al conseguimento di requisiti temporali di insediamento aziendale, in costanza di una buona valutazione.
- ✓ Esistenza di due tipologie di valutazioni: di I e II livello.
- La valutazione di prima istanza per il personale della dirigenza compete:
  - al Direttore Generale coadiuvato dal Direttore Sanitario, Amministrativo e Sociosanitario per:

- i dirigenti apicali (Direttori di Dipartimento) annualmente;
  - i dirigenti delle strutture in staff al Direttore Generale annualmente;
  - i dirigenti incaricati, per quella parte di attività a supporto della Direzione strategica o per specifici progetti loro delegati.
- al Direttore di Dipartimento per i Direttori di Unità organizzativa complessa, annualmente;
  - al Direttore di Dipartimento per i Responsabili di Unità organizzative semplici dipartimentali, a termine incarico;
  - ai Direttori di Unità organizzativa complessa per i dirigenti “professional” e per i Responsabili di strutture semplici, a termine incarico.

Il Direttore di Unità organizzativa (analogamente ai vari responsabili del comparto) che a vario titolo lascia l’Azienda, deve definire in anticipo (rispetto all’incarico in scadenza dei dirigenti) il giudizio sul personale che afferisce gerarchicamente a lui, quale estrinsecazione del principio di trasparenza ed equità del sistema di valutazione, a garanzia del valutato.

Al fine di imprimere valenza e quindi formalizzare la validità dei giudizi espressi in I istanza, l’UOC F&VS verifica l’esistenza di eventuali anomalie, disparità di interpretazione ed esecuzione, l’insorgenza di incompatibilità ambientali o rivendicazioni sindacali in atto, per contemperare gli interessi aziendali e validare i risultati della funzione.

Esulano da ciò, eventuali fatti e/o inadempienze, negligenze gravi attribuibili ad un dirigente, che il Superiore gerarchico è tenuto a comunicare formalmente alla Direzione dell’UOC F&VS e contestualmente al Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore Sociosanitario - secondo l’afferenza - qualora rinvenisse una condotta passibile di richiamo, sotto il profilo dirigenziale e/o disciplinare.

In quest’ultimo caso, va segnalato l’illecito amministrativo all’Ufficio Procedimenti Disciplinari entro 20 giorni.

- La valutazione di seconda istanza è effettuata dal *Collegio Tecnico* all’uopo convocato. La composizione si struttura, di volta in volta, secondo scelta effettuata dalla F&VS condivisa dal Direttore Sanitario, Sociosanitario o Amministrativo tra i direttori dell’azienda. La designazione a Presidente è un ruolo preferibilmente ricoperto dal direttore del dipartimento cui afferiscono i dirigenti da valutare in quella specifica seduta e da due componenti che ricoprono il ruolo di Direttore di struttura complessa della “disciplina” equipollente o affine a quella di appartenenza del valutato.
- Tuttavia, in considerazione della molteplicità dei soggetti da valutare e della eterogeneità delle funzioni dei valutatori, si può prescindere dalla equipollenza o affinità di specializzazione e disciplina, soprattutto in aziende complesse come la nostra ove la specificità delle attività di oltre 700 dirigenti non consente l’espressione di giudizi perfettamente appropriati se non si lavora negli stessi ambiti: Preferibile, quindi, scegliere valutatori le cui strutture si interfacciano o abbiano attività interdipendenti o connesse per poter apprezzare i colleghi che ivi lavorano.

- In ogni caso va verificato in primis il rispetto dei requisiti pretesi dal contratto per effettuare le valutazioni, la correttezza della procedura, la coerenza tra motivazione sintetica e quelle analitiche e la documentazione prodotta

La funzione del *Collegio Tecnico*, deve necessariamente basarsi sulla stima espressa e valorizzazione compiuta, in prima istanza, dal superiore gerarchico. In quest'ottica, il ruolo dell'organismo valutatore di seconda istanza assume la funzione di garanzia dell'appropriatezza del meccanismo di valutazione posto in essere dal soggetto a cui il sottoposto risponde e si configura precipuamente nella verifica della correttezza del procedimento di valutazione di prima istanza, con particolare riguardo *all'osservanza dei principi di trasparenza dei criteri impiegati, dell'oggettività delle metodologie, della motivazione della valutazione e soprattutto della adeguata informazione e partecipazione del valutato.*

La casistica, normata contrattualmente, si riferisce a:

- ✓ tutti i dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;
- ✓ tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito, in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;
- ✓ i dirigenti medici, biologi, fisici, chimici, psicologi e farmacisti con esperienza lavorativa ultraquinquennale, in relazione all'indennità di esclusività;

La casistica, normata a livello regolamentare aziendale e la procedura, contemplano:

- ✓ situazioni eccezionali - oggettivamente evincibili - volte a giustificare un'attribuzione di incarico, prima della naturale scadenza della funzione attribuita e rivestita dal Dirigente.

Il giudizio c.d. formale sui dirigenti – siano essi dell'area tecnica, amministrativa, professionale, medica o sanitaria (ma il principio vale anche per il personale del comparto) non può pertanto intervenire in un ambito temporale scelto dal Superiore gerarchico bensì, a garanzia diretta del valutato, può essere espresso esclusivamente alla scadenza naturale dell'incarico ricoperto. Da regolamentazione aziendale, interviene nel range temporale ricompreso tra i due mesi precedenti e i tre successivi. Per i direttori di struttura complessa nei sei precedenti

Eccezionalmente, per evidenti ed acclamate situazioni:

- l'esistenza di un bando per il conferimento di una struttura organizzativa cui un professionista intenda partecipare, qualora dalla precedente valutazione sia trascorso un anno (per periodi inferiori si ritiene fungibile la valutazione pregressa già espressa, a meno che sia il candidato a richiederla espressamente al suo Superiore gerarchico);
- una carenza di organico e/o ufficio; l'assegnazione formale di attività svolte dal collega assente (per maternità, aspettativa per motivi umanitari, malattia ...);
- un riconoscimento esterno quale un encomio formale per un elevato contributo didattico-scientifico, una performance accademica, una pubblicazione/ricerca di notevole impatto sull'organizzazione ospedaliera, ambulatoriale o del territorio;
- un percorso di approfondimento (estero o in strutture nazionali eccellenti) di elevata complessità che impatta direttamente sulle metodiche, protocolli, tecniche...procedure aziendali.



sia oggettive che soggettive le quali impattano direttamente sull'organizzazione ed ineriscono ad una particolare competenza già espressa e apprezzata del dirigente, costituiscono il presupposto per l'espressione di un giudizio prodromico per il riconoscimento della graduazione di un incarico superiore a quello rivestito o una funzione alternativa o aggiuntiva (o semplicemente per consentire di partecipare a selezioni ove è pretesa una valutazione pregressa favorevole).

Esclusivamente in tali particolari casi, riconducibili alle tipizzazioni considerate può essere effettuata una valutazione della *competence* con cui è stato espletato l'incarico assegnato, prima della scadenza.

Segue, anche in questi casi, la valutazione di II istanza che considera specificamente anche l'occasione per l'espressione del giudizio, al fine di garantire la congruità e coerenza di una valutazione anticipata, rispetto ai tempi normati contrattualmente, nel rispetto della regolamentazione aziendale.

Ciò, a garanzia indiretta altresì, dei principi di legalità e trasparenza nei confronti di un sistema che coinvolge i professionisti e deve essere rispettoso della progressione in carriera di tutti i soggetti che ivi afferiscono. Valutazioni temporali anticipate per taluni professionisti e/o funzioni, potrebbero impedire l'avanzamento di altri, essendo già state attribuiti i residui incarichi gestionali o professionali specifici.

Con la finalità di promuovere il coinvolgimento e la partecipazione nelle varie fasi del ciclo di gestione della performance, di tutto il personale dipendente, sono pubblicate, sul sito intranet aziendale, le procedure specifiche di riferimento.

*La trasparenza che si attua con la diffusione della regolamentazione e la pubblicizzazione, sono garanti della legalità e rafforzano il ruolo del Sistema di valutazione della performance.*

## 5.5 MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: INDICATORI DI RISULTATO

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

Gli indicatori relativi a "ricoveri ripetuti entro l'anno", "dimissioni volontarie", "trasferimenti tra strutture", riportati nella tabella che segue, sono calcolati solo sui ricoveri ordinari e utilizzando i criteri di esclusione sottoelencati, 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.

DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI	VALORE ASST ANNO 2019	VALORE ATTESO ASST TRIENNIO 2020-2022
<b>Efficacia</b>	<b>Ricoveri ordinari ripetuti</b> entro l'anno solare (%) = N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto entro l'anno / Tot. Dimissioni	$2.779/28.393 = 9,79\%$	Inferiore all'11%
<b>Efficacia</b>	<b>Dimissioni volontarie</b> (%) = N° dimissioni volontarie / Totale dimissioni	$89/28.393 = 0,31\%$	Inferiore a 0,5%
<b>Efficacia</b>	<b>Trasferimenti tra strutture</b> considerando solo quelli avvenuti tra Istituti per acuti (codice SDO n.3) (%) = N. Trasferiti (secondo codifica SDO-codice 3)/ Totale dimessi	$158/28.393 = 0,56\%$	Inferiore a 0,7%
<b>Efficacia</b>	<b>Ricoveri ordinari ripetuti entro 45 gg</b> (%) = N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto / Tot. Dimissioni	$1.176/28.393 = 4,14\%$	Inferiore a 6%
<b>Efficacia</b>	<b>Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari</b> (n. pazienti per 1.000 per anno) = N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti in provincia / Tot. residenti in provincia	$25.530 / 1.094.691 = 23\%$	Mantenimento valori
<b>Efficacia</b>	<b>Tasso di ospedalizzazione ricoveri DH</b> (n. pazienti per 1.000 per anno) = N. dimessi dopo ricovero DH residenti in provincia / Tot. residenti in provincia	$6.637 / 1.094.691 = 6\%$	Mantenimento valori

<b>DIMENSIONI DI ANALISI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>VALORE ASST ANNO 2019</b>	<b>VALORE ATTESO ASST TRIENNIO 2020-2022</b>
<b>Efficacia</b>	<b>Tasso di ospedalizzazione ricoveri totali</b> (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi totali residenti in provincia/ Tot. residenti in provincia	32.167/1.094.691= <b>29%<sub>o</sub></b>	Mantenimento valori
<b>Efficacia</b>	<b>Tasso di attrazione ricoveri ordinari</b> (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti fuori regione/ Tot. Dimessi dopo ric. ordinario compresi i pazienti fuori regione	1.354/29.751= <b>46%<sub>o</sub></b>	Mantenimento valori
<b>Efficacia</b>	<b>Tasso di attrazione ricoveri DH</b> (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti fuori regione/ Tot. Dimessi dopo ricovero DH compresi i pazienti fuori regione	440/8.266= <b>53%<sub>o</sub></b>	Mantenimento valori
<b>Efficacia</b>	<b>Tasso di attrazione ricoveri totali</b> (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi totali residenti fuori regione/ Tot. dimessi (ordinari e DH) compresi i pazienti fuori regione	1.794/38.017 = <b>47%<sub>o</sub></b>	Mantenimento valori
<b>Efficacia</b>	Diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei giovani con consumi di alcol e sostanze (N° giovani non noti presi in carico c/o apposito ambulatorio / n. giovani non noti giunti in P.S.)	Ambulatorio attivato a gennaio 2020	Incremento dei valori nel corso del triennio
<b>Efficacia</b>	Presa in carico proattiva cronici: incremento del numero di pazienti in carico (n. pazienti presi in carico durante l'anno/ N° pazienti in carico nell'anno precedente)	Pazienti in carico nel 2019 = 350	Incremento dei valori nel corso del triennio
<b>Efficacia</b>	Presa in carico in Cure Palliative: incremento del numero di pazienti non oncologici (n. di pazienti non oncologici in carico in UCPDOM nell'anno/n. di pazienti non oncologici in carico in UCPDOM nell'anno precedente)	Pazienti non oncologici in carico in UCPDOM nel 2019 = 30	Incremento dei valori nel corso del triennio

## 6. IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DELL'ASST A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DI ALCUNI INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)

---

Il PNE mosse i primi passi nel 2003 nell'ambito del "Progetto Mattoni del SSN" e divenne, nel 2012, per mandato legislativo, attività istituzionale del Ministero della Salute, affidato ad AGENAS che, in qualità di soggetto terzo, di cooperazione tra i due livelli istituzionali, regionale e centrale, nonché luogo di competenze ed elaborazioni tecnico-scientifiche, risultò il centro naturale di sviluppo di questo strumento di analisi della qualità delle cure.

Il PNE ha sempre più rivestito un ruolo importante divenendo strumento decisionale nell'individuazione delle Aziende da sottoporre a Piano di Efficientamento e qualificazione; i suoi indicatori concorrono alla programmazione sanitaria, alle valutazioni costo-efficacia degli interventi delle strutture erogatrici e dell'operato dei Direttori Generali. In questo contesto normativo, a garanzia della terzietà, centralità e obiettività di questo strumento, il PNE è stato trasposto ad una dimensione nazionale, rivestendone la struttura organizzativa con il coinvolgimento di tutti gli attori istituzionali del SSN, dalle regioni al MIUR, all'Istituto Superiore di Sanità, all'AIFA, passando per Cittadinanza Attiva e prevedendo un potenziamento della partecipazione del Ministero della Salute.

Il PNE è gestito da AGENAS per conto del Ministero della Salute ed è uno strumento di valutazione della qualità ed efficacia delle cure messo a disposizione delle Regioni, delle Aziende e dei singoli professionisti per il miglioramento continuo del nostro SSN. Gli indicatori utilizzati per analizzare gli esiti delle cure sono validati scientificamente a livello internazionale e i risultati ottenuti hanno come obiettivo:

- la valutazione degli esiti delle cure dei singoli ospedali per il miglioramento della performance attraverso il confronto e la condivisione di buone pratiche
- il miglioramento dell'equità nell'accesso alle cure favorendo l'analisi comparativa dell'offerta delle singole Regioni/ASL (ATS in Lombardia)
- la trasparenza tramite la diffusione di informazioni chiare al cittadino.

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSN e non servono per produrre graduatorie o classifiche.

A partire dai risultati del PNE si è proceduto ad una selezione di indicatori afferenti a cinque aree (cardiologica, traumatologica, ostetrica, chirurgica, neurologica) attraverso le quali fosse possibile visualizzare il posizionamento dell'Azienda nel periodo 2010-2017 (il 2017 è l'ultimo anno messo a disposizione da Agenas, tramite il PNE 2018, 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 agli indicatori analizzati è possibile consultare il seguente sito internet: <https://pne.agenas.it/>).

Gli indicatori selezionati sono i seguenti:

AREA	INDICATORE
CARDIOLOGICA	Mortalità a 30 giorni dopo infarto miocardico acuto (IMA)
TRAUMATOLOGICA	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore nell'anziano
OSTETRICA	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
CHIRURGICA	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria entro 3 giorni
NEUROLOGICA	Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero

### 6.1 Mortalità a 30 giorni dopo infarto miocardico acuto (IMA)

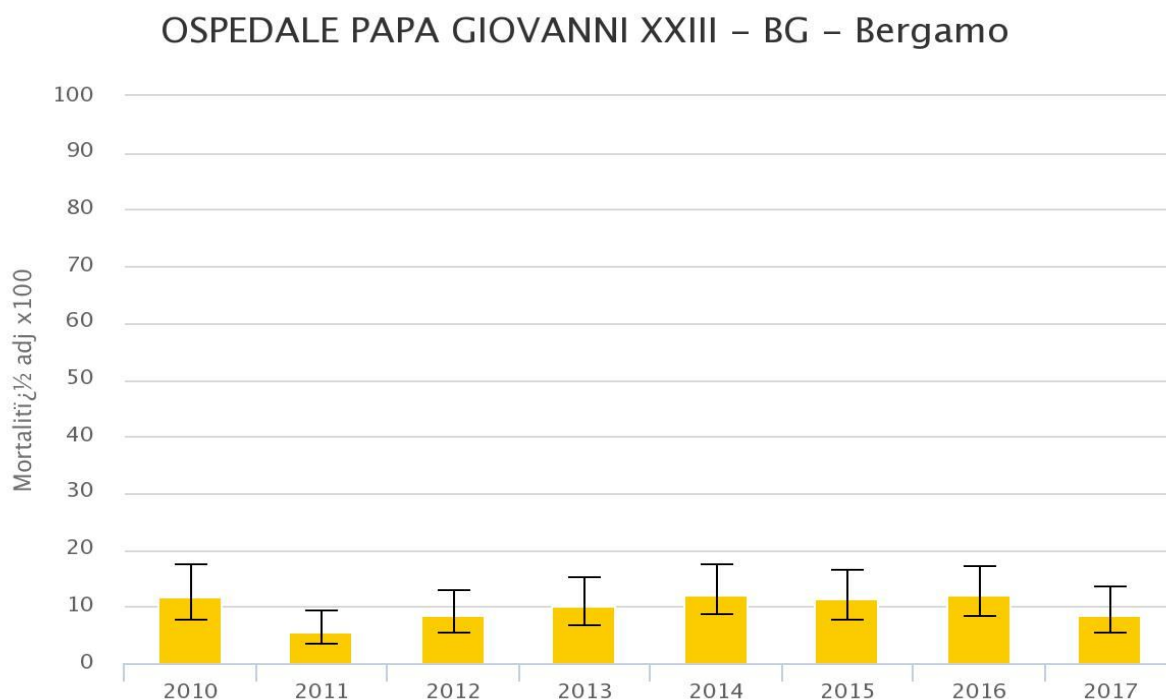
#### RAZIONALE

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 2017 (ultimo anno disponibile-PNE 2018), risulta 8,63 %, contro un rischio medio nazionale di 8,3%. La differenza non risulta statisticamente significativa ( $p= 0,866$ ).

**L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento del livello raggiunto.**

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2010 e il 2017.



## 6.2 Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore nell'anziano

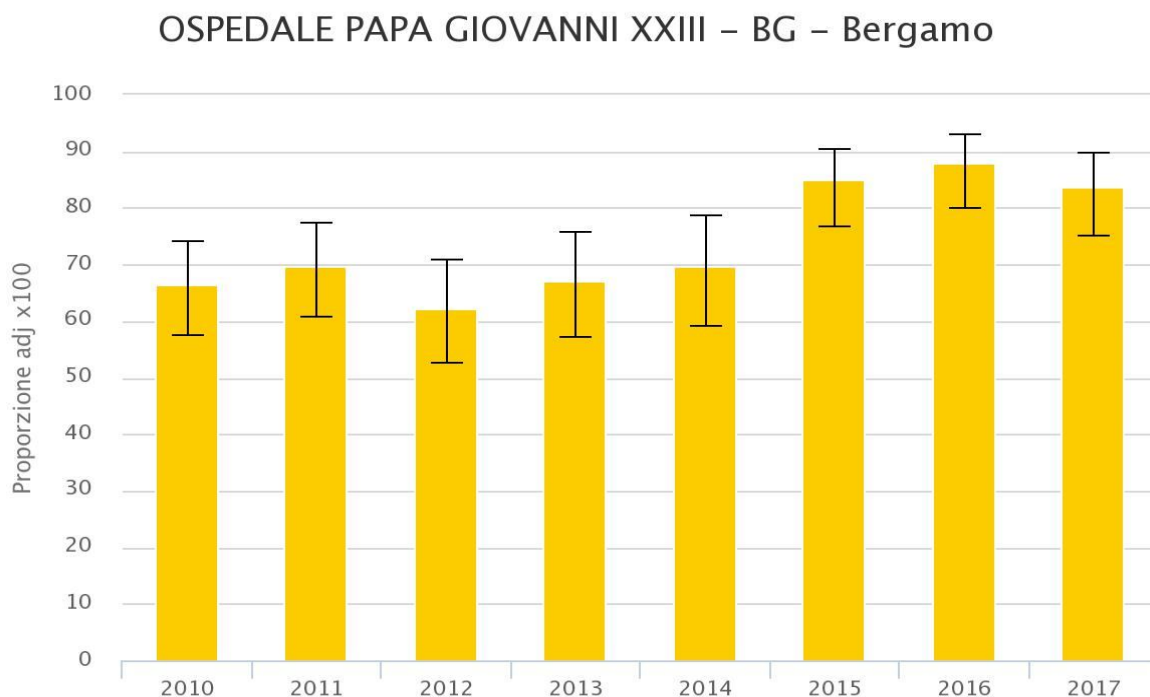
### RAZIONALE

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

Il rischio aggiustato per i fattori confondenti, ovvero la percentuale di soggetti correttamente operati entro 48 ore dalla frattura, nel 2017(ultimo anno disponibile-PNE 2018) è risultata 83,29%, contro una media nazionale di 64,57%, e la differenza risulta statisticamente significativa ( $p < 0,000$ ) il che significa che la performance conseguita non è dovuta al caso ma alla bontà dell'approccio aziendale verso questa tematica.

**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 2010 e il 2017 (ultimo anno disponibile per l'analisi).



### 6.3 Proporzione di parti con taglio cesareo primario

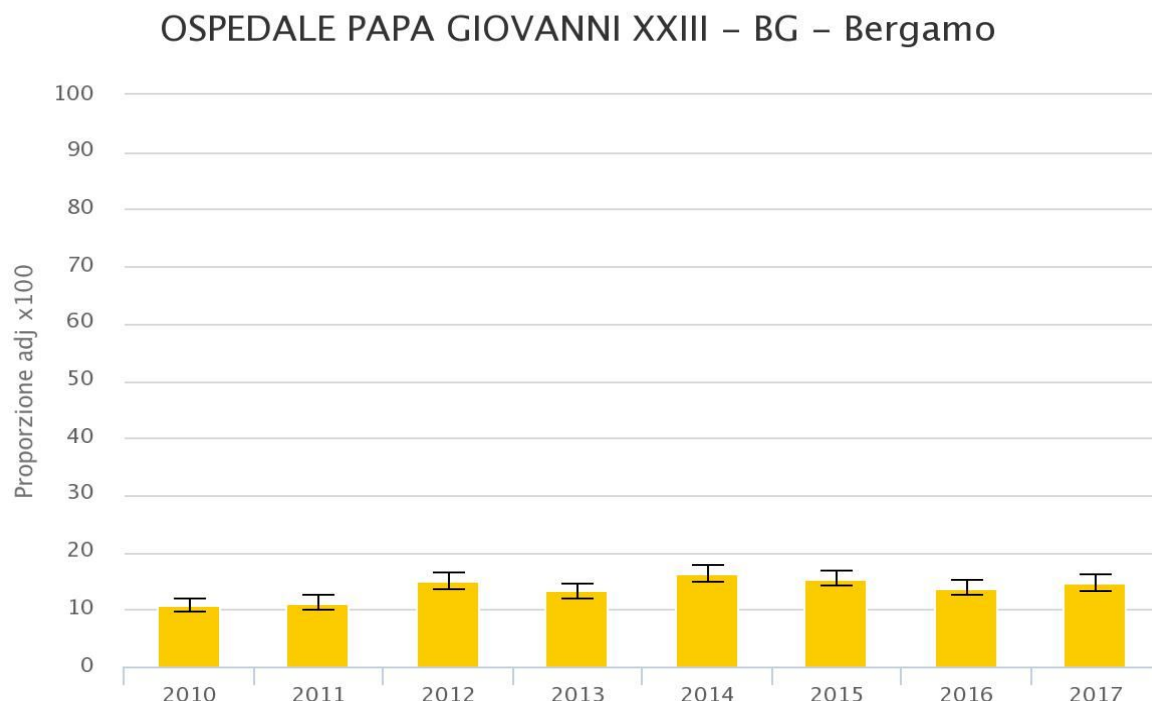
#### RAZIONALE

Il numero dei parti con taglio cesareo in Italia è progressivamente aumentato dall'inizio degli anni '80 (circa 10% del totale dei parti) 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 2017(ultimo anno disponibile-PNE 2018), è risultato 15,18%, contro una media nazionale aggiustata di

23,35%, 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 2010 e il 2017.



#### 6.4 Colectistomia laparoscopica in regime ordinario: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria entro 3 giorni

##### RAZIONALE

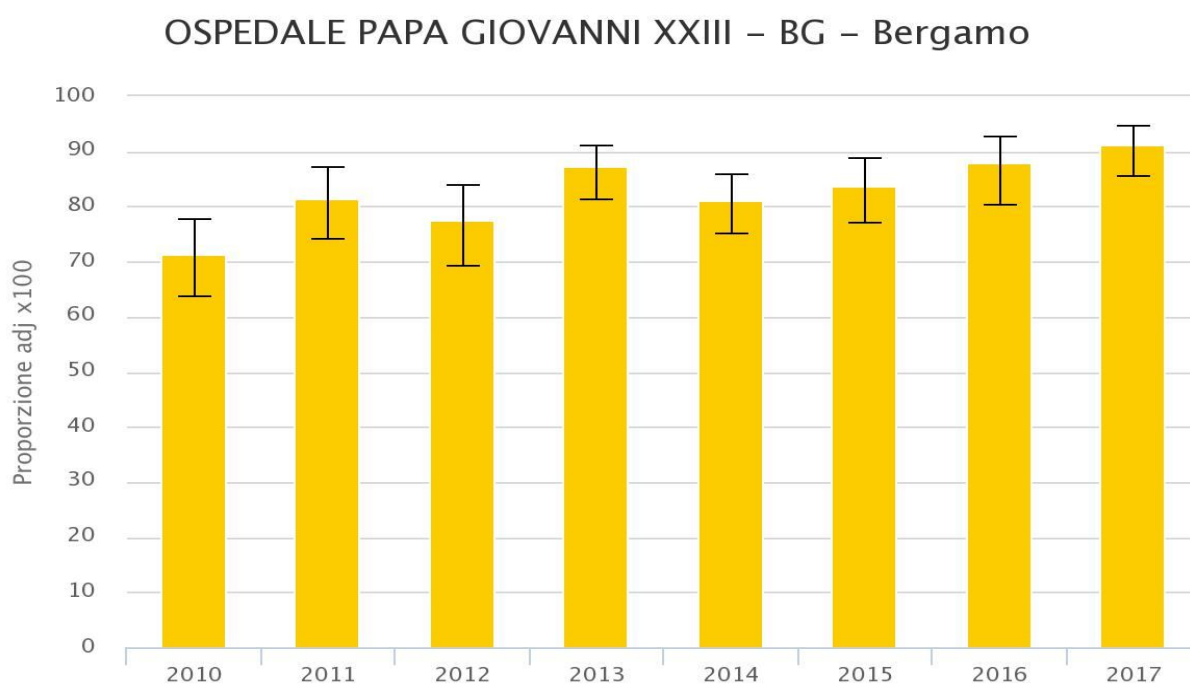
La colelitiasi è una condizione diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; interessa maggiormente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1. La colecistite acuta è un'infezione acuta della parete della colecisti, accompagnata da una colelitiasi nel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



La percentuale di conversione varia nella letteratura internazionale dal 0,6 al 13% ed è notevolmente influenzata dall'esperienza del team chirurgico. 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 è 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 2017(ultimo anno disponibile-PNE 2018), è risultato 90,56%, contro una media nazionale di 75,47%, 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 del buon livello raggiunto.**

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2010 e il 2017.



### 12.5 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 sedi (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

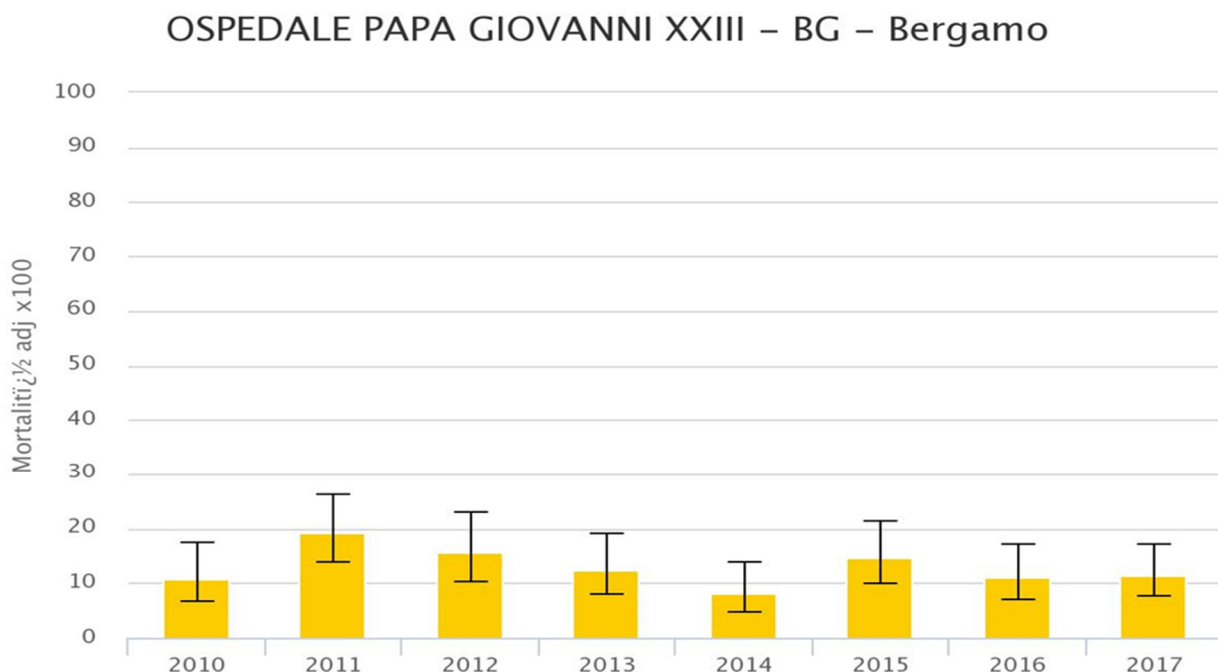
dovuta a rottura di un aneurisma vascolare oppure ad una malformazione artero-venosa nello spazio tra la dura madre e la leptomeninge. Le forme ischemiche sono in genere a prognosi migliore rispetto alle forme emorragiche ed hanno una letalità a 30 giorni oscillante nei vari studi tra il 10% e il 15%. 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 2017(ultimo anno disponibile-PNE 2018), è risultata 11,49%, contro una media nazionale di 11,38%, e la differenza non risulta statisticamente significativa ( $p= 0,949$ ). **L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento del livello raggiunto.**

Nella Figura successiva, tratta dal portale del PNE, si evidenzia l'andamento dell'indicatore in esame nell'ASST tra il 2010 e il 2017.



## **Piano delle azioni positive ASST Papa Giovanni XXIII Triennio 2020-2022**

### **Premesse**

Il presente “Piano di azioni positive” si inserisce nell’ambito delle iniziative promosse dall’ASST Papa Giovanni XXIII (ASST), che hanno il fine di diffondere la cultura del benessere organizzativo, la conciliazione dei tempi di vita incluso lavoro agile. Il piano è volto a favorire l’uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, nonché a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo. Inoltre, il piano dà attuazione a quanto previsto nella seguente normativa:

- d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”, che tra l’altro detta importanti principi in tema di pari opportunità tra uomini e donne per l’accesso e il trattamento sul lavoro e stabilisce l’obbligatorietà della predisposizione di piani di azioni positive per le pubbliche amministrazioni;
- d.lgs. 11 aprile 2006 n. 198 recante “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell’art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246”, che stabilisce che le amministrazioni dello Stato, anche a ordinamento autonomo, le Province, i Comuni e gli altri enti pubblici non economici progettino e attuino i piani di azioni positive.
- l. 7 agosto 2015, n. 124 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”, coll’art. 14 – Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche, stabilisce che le aziende/enti della P.A. devono offrire ad “almeno il dieci per cento dei dipendenti” di avvalersi di modalità spazio-temporali alternative di svolgimento della prestazione lavorativa, tra cui il telelavoro (art. 4 l. 191/1998) e il lavoro agile (artt. 18 e seguenti l. 81/2017).
- l. 22 maggio 2017, n. 81 “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato” art. 18 – che statuisce che il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato per obiettivo, senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, svolta in parte all’interno di locali aziendali e in parte all’esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

L’ASST con deliberazione n 1194. del 13 luglio 2017, modificata con deliberazione n. 1361 del 25 luglio 2019, ha istituito “il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)”.

La direttiva del 4 marzo 2011 della Presidenza del Consiglio dei Ministri recante “Linee guida sulle modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi

lavora e contro le discriminazioni (CUG)”, esplicita, al punto 3.2, che il CUG esercita compiti propositivi anche sulla predisposizione dei piani di azioni positive per favorire l’uguaglianza sostanziale sul lavoro fra uomini e donne e, più in generale, condizioni di benessere lavorativo. Il raggiungimento delle finalità del CUG si traduce quindi nel contribuire a ottimizzare la produttività del lavoro e quindi l’efficienza e l’efficacia dell’ASST, rispondendo ai principi di razionalizzazione, trasparenza e di benessere organizzativo.

La strategia delle azioni positive si occupa di rimuovere gli ostacoli che le persone incontrano, in ragione delle proprie caratteristiche familiari, etniche, linguistiche, di genere, età, ideologiche, culturali, fisiche, psichiche e sociali, rispetto ai diritti universali di cittadinanza.

Il codice delle pari opportunità tra uomo e donna (d.lgs. n. 198/2006) definisce le azioni positive come “misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità dirette a favorire l’occupazione femminile e realizzare l’uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro”.

Per individuare gli obiettivi delle azioni positive per il triennio 2020-2022, ci si avvale:

1. dell’elaborazione della recente indagine di clima organizzativo (indagine MES S. Anna del 2018)
2. delle relazioni annuali del CUG

In funzione dei punti sopra trattati sono individuate le azioni di miglioramento prioritarie per il triennio 2020-2022 nelle aree tematiche di seguito descritte, tra quelle proposte dal CUG.

### ***Area I Promozione del benessere organizzativo***

#### **Obiettivi**

- 1) Promuovere strategie innovative di benessere nei processi di cambiamento di adattamento, nell’area della comunicazione, motivazione e ascolto nelle relazioni personali e di gruppo
- 2) Promuovere la formazione/aggiornamento specifico dei/delle componenti del CUG al fine di garantire adeguata competenza, rendendo il Comitato nel suo insieme, un organismo rispondente alle effettive esigenze di rappresentatività oltreché di innovazione istituzionale
- 3) Favorire iniziative di formazione/informazione/aggiornamento e orientamento rivolte ai dipendenti sui temi delle pari opportunità e del benessere organizzativo all’interno dell’azienda
- 4) Supportare la prevenzione dello stress lavoro correlato.

<b>Azioni</b>	<b>Indicatori</b>
Promuovere iniziative di connessione, integrazione del tessuto sociale aziendale a favore dei dipendenti	Realizzazione eventi annuali
Agevolare la partecipazione a iniziative di formazione per i componenti del CUG sul rafforzamento della competenza/valorizzazione del ruolo e nell’ambito dell’innovazione istituzionale	Evidenza di almeno un evento nel corso del triennio
Programmare corsi/convegni sull’organizzazione, ottimizzazione, razionalizzazione del lavoro e facilitazione dell’inserimento, nonché incremento del benessere dei lavoratori attraverso l’eliminazione di forme	Evidenza di almeno un evento nel corso del triennio

di discriminazione dirette e indirette, sulla prevenzione delle molestie sessuali e sulla rimozione di fenomeni di <i>mobbing</i> .	
---	--

### **Area II Promozione di stili di vita sani**

#### **Obiettivi**

- 1) Sostenere la diffusione di stili di vita sani come indicato dal Ministero della salute – CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) e Regione Lombardia.
- 2) Promuovere la cultura e il rafforzamento di azioni volte al benessere lavorativo e al perseguimento di uno stile di vita sano nell'interesse individuale e della collettività, anche insistendo su comportamenti corretti in termini di alimentazione e sport.

<b>Azioni</b>	<b>Indicatori</b>
Collaborare con i soggetti/organismi che sostengono le diverse iniziative del programma <i>Workplace Health Promotion</i> (WHP) già in atto all'interno dell'azienda	Realizzazione di almeno una iniziativa congiunta  Relazione annuale al CUG da parte del referente WHP aziendale

### **Area III Promozione strategie migliorative di conciliazione di vita –lavoro**

#### **Obiettivi**

- 1) Promuovere l'introduzione di percorsi di *smart working*, anche in via sperimentale, considerando anche l'evoluzione dell'*Information and Communication Technologies*.
- 2) Promuovere la predisposizione di un regolamento per l'accesso e gestione delle attività di *smart working*

<b>Azioni</b>	<b>Indicatori</b>
Organizzare un incontro informativo sulla tematica del lavoro agile ( <i>smart working</i> ), per gli aspetti legali, contrattuali e organizzativi.	Relazione di esperti sul tema
Studio di un regolamento per l'accesso e gestione delle attività di lavoro agile	Presenza documento di studio

### **Area III Promozione della cultura antiviolenza**

#### **Obiettivi**

- 1) Promuovere una cultura dell'antiviolenza (come richiamato dalla l.r. 3 luglio 2012 n. 11 "Interventi di prevenzione, contrasto e sostegno a favore di donne vittime di violenza" e dalla DGR n. XI/1986 del 23 luglio 2019).
- 2) Sensibilizzare sulla prevenzione degli atti di violenza verso gli operatori aziendali (*incident reporting*).
- 3) Promuovere la cultura di parità.

Azioni	Indicatori
Promuovere iniziative in tema di prevenzione degli atti di violenza	Attuazione almeno un'iniziativa (mostre, film, documentari, ecc...) all'anno
Favorire la collaborazione tra il gruppo aziendale che coordina e presidia l'intero percorso di prevenzione e valutazione degli atti di violenza come previsto dalla DGR n. XI/1986 del 23/07/2019 "Sub-Allegato C: "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio – Guida operativa" e il CUG	Partecipazione del presidente del CUG al gruppo aziendale
Collaborare alla promozione del "Posto occupato #" Ministero Pari Opportunità	Realizzazione di almeno un'iniziativa nel corso del triennio con riferimento al ricordo delle vittime della violenza
Promuovere eventi per la diffusione della cultura in tema di etica e legalità	Promozione di almeno un percorso sul tema

**ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVO-CONTABILE** (proposta n. 208/2020)

Oggetto: APPROVAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020 - 2022 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, 29/01/2020

Il Direttore  
Dr. / Dr.ssa Bertocchi Giuliana

## PARERE DIRETTORI

all'adozione della proposta di deliberazione N.208/2020

ad oggetto:

APPROVAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2020 - 2022 DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO.

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

<b>DIRETTORE AMMINISTRATIVO Facente funzione:</b> Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Vitalini Mariagiulia
Note:	

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

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



**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

---

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

**per 15 giorni**

---