

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019 - 2021 DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO.

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

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	DR. VINCENZO PETRONELLA
IL DIRETTORE SANITARIO	DOTT. FABIO PEZZOLI
IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO	DR.SSA DONATELLA VASATURO

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

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

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

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

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. XI/1062 del 17.12.2018 con la quale è stato nominato direttore generale dell'ASST Papa Giovanni XXIII con decorrenza dall'1.1.2019 e fino al 31.12.2023;

Vista la deliberazione n. 1 del 2.1.2019 “Presenza d'atto della deliberazione di Giunta regionale n. XI/1062 del 17.12.2018 di nomina del direttore generale dell'azienda socio - sanitaria territoriale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Relativo insediamento”;

Rilevato che il responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

- il d.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, di attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 sull'“Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” all'art. 10, comma 1, lettera a, prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente un documento programmatico triennale, denominato “Piano della Performance”, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, volto a individuare gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e a definire gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance;
- sono state considerate le Linee guida regionali del 2011, relativamente alla modalità di redazione dei piani, contenute nel documento “Il sistema di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie pubbliche lombarde”;
- sono state altresì considerate le Linee Guida per il Piano della Performance emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica, nel giugno 2017;
- ai sensi dell'art.10 comma 3 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” la programmazione strategica e operativa dell'amministrazione, è definita, in via generale, nel piano programmatico proposto;
- sono state ottemperate le raccomandazioni delle “Linee guida per l'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016” di ANAC, in ordine al coordinamento dei contenuti del PTTC con il presente piano, in una logica di complementarità e funzionalità reciproca;
- il Nucleo di valutazione delle prestazioni, riunitosi in data 22 gennaio 2019, ha espresso parere favorevole sul contenuto del documento (allegato A) approvando il Piano;
- la normativa vigente prevede che il “Piano della Performance triennio 2019 – 2021” debba essere formalmente adottato e pubblicato sul sito istituzionale dell'azienda nella sezione dedicata “Amministrazione trasparente”;

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

DELIBERA

1. di approvare il documento “Piano della Performance triennio 2019 – 2021” dell'ASST Papa Giovanni XXIII, approvato dal Nucleo di valutazione delle prestazioni il 22 gennaio 2019 (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;

5. di convocare gli interlocutori esterni per la presentazione ufficiale del Piano al fine di illustrare l'Albero delle performance, nel rispetto dei principi di veridicità e partecipazione.

IL DIRETTORE GENERALE
dr.ssa Maria Beatrice Stasi

PIANO DELLA PERFORMANCE

TRIENNIO 2019 - 2021



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE PAPA GIOVANNI XXIII

PIAZZA OMS, 1 – 24127 BERGAMO

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

Tale documento individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi da assegnare al personale.

INDICE

1. IDENTITA' AZIENDALE	4
1.1 ASSETTO ORGANIZZATIVO.....	5
2. MISSION E VISION.....	6
3. CONTESTO DI RIFERIMENTO	8
3.1 IL TERRITORIO	10
4. ATTIVITÀ SANITARIA.....	11
4.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO	11
4.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA.....	13
4.3 TRAPIANTI E ALTA SPECIALIZZAZIONE	13
4.4 CURE ONCOLOGICHE	14
4.4 EMERGENZA-URGENZA.....	15
4.5 PERCORSO NASCITA	17
4.6 NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELLA ADOLESCENZA	17
4.7 CURE PALLIATIVE.....	18
4.8 MALATTIE RARE	18
4.9 PRESTAZIONI AMBULATORIALI	19
5. OBIETTIVI STRATEGICI.....	21
5.1 PAZIENTE CRONICO E/O FRAGILE	21
5.2 GOVERNO LISTE ATTESA	22
5.3 RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA	25
6. OBIETTIVI PRIORITARI.....	26
6.1 DRG AD ALTO RISCHIO INAPPROPRIATEZZA.....	26
6.2 IMPEGNO ASSISTENZIALE	26
6.3 PROGETTO DOSSIER AZIENDALE SANITARIO ELETTRONICO (D@SE).....	27
6.4 IL PERCORSO DI ACCOGLIENZA	28
6.5 COMUNICAZIONE E RELAZIONI CON IL PUBBLICO	29
6.6 RISK MANAGEMENT E QUALITÀ.....	30
7. OBIETTIVI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI	31
7.1 RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA.....	31

7.2 FARMACEUTICA.....	31
7.3 CONTROLLO DIREZIONALE	32
7.4 INTERNAL AUDITING.....	32
7.5 GLI INVESTIMENTI E LO SVILUPPO TECNOLOGICO.....	33
8. FORMAZIONE.....	34
9. RICERCA E INNOVAZIONE	36
10.IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	38
10.1. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE NELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII.....	38
10.1.1 IL CONTESTO	38
10.1.2 LA PERFORMANCE E LE SUE DIMENSIONI	39
10.1.3 IL CICLO DELLA PERFORMANCE	39
10.1.4 GLI OBIETTIVI DI INTERESSE REGIONALE.....	41
10.2. OBIETTIVI AZIENDALI E DI STRUTTURA	42
10.2.1 LA CONTRATTAZIONE DI BUDGET	42
10.2.2 IL MONITORAGGIO, LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE	43
10.3. OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	45
10.3.1 LE CARATTERISTICHE.....	45
10.3.2 IL CONSEGUIMENTO DEI RISULTATI.....	46
10.4 LE COMPETENZE E GLI SKILL	47
10.4.1 LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE DEL COMPARTO.....	47
10.4.2 LA VALUTAZIONE E IL POSIZIONAMENTO DEI DIRIGENTI PROFESSIONAL	48
10.4.3 LA VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI GESTIONALI.....	49
10.4.4 LE GARANZIE DI CORRETTEZZA DELLA FUNZIONE.....	51
11.MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: INDICATORI DI RISULTATO	53
12.PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	58

1. IDENTITA' AZIENDALE

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



➤ **Ospedale Papa Giovanni XXIII Bergamo di III livello**, massimo standard di classificazione tra le Aziende Lombarde per la presenza di Strutture di Alta Specialità

- Presidio Matteo Rota 4 corsi universitari e Laboratorio ematologia Paolo Belli
- Hospice – Neuropsichiatria Infantile – Medicina dello Sport - via Borgo Palazzo
- Casa degli Angeli – Struttura Riabilitativa – Mozzo BG
- Farmacia aperta al pubblico – ospedale
- Centro Ipovisione – Azzano San Paolo - BG

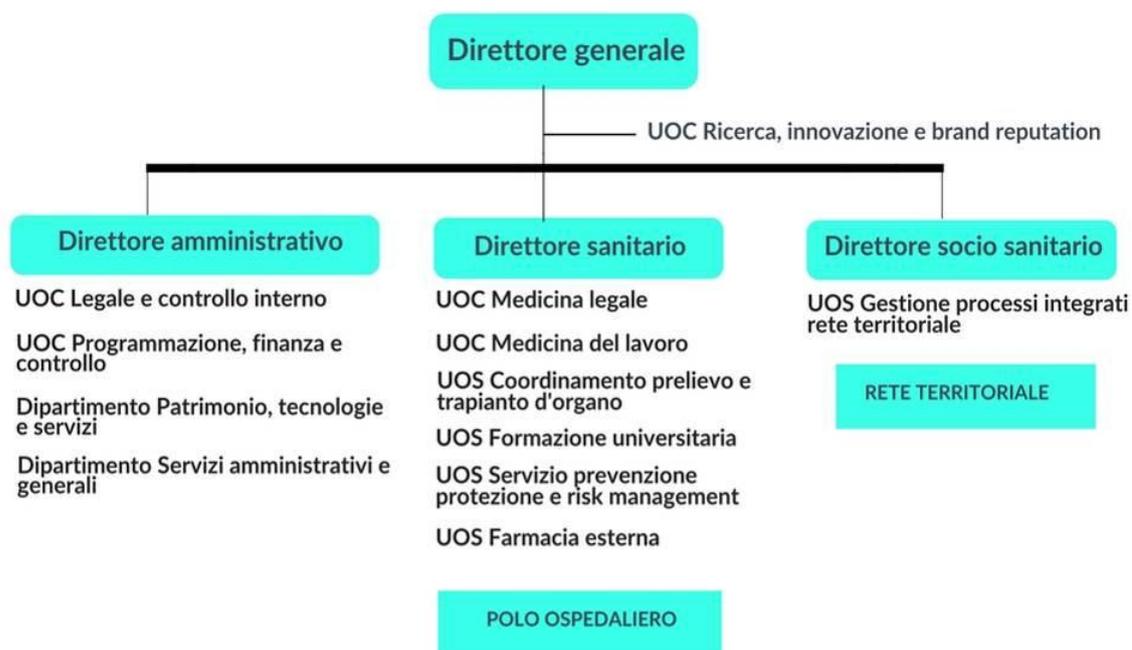
➤ **Ospedale Civile di San Giovanni Bianco - BG**

- CAL Centro Assistenza Limitata

➤ **Presidio Socio Sanitario Territoriale PreSST**

- Poliambulatori di Zogno, Villa d'Almè, S. Omobono - BG
- Centro diurno San Giovanni Bianco
- CRA Comunità Residenziale ad Alta intensità riabilitativa San Giovanni Bianco
- Polo territoriale Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza - Zogno - BG
- Consultori familiari di Bergamo, Villa d'Almè, Sant'Omobono Terme
- Servizio Unificato di assistenza Protesica ed Integrativa - SUPI
- Servizio di assistenza farmaceutica - SAF e vaccini per le tre ASST provinciali
- Servizio delle Dipendenze - Ser.D.
- Centro Assistenza Domiciliare
- Ufficio Relazioni con il Pubblico ospedale
- Centro Bambino e Famiglia – CBF Via S. Martino della Prigrizia - BG
- Servizio di Protezione Giuridica, servizio di II livello
- Nucleo Operativo Disabilità Adulta - NODA
- Servizio di Medicina Legale: I e II Livello - Erogazione diretta
- Sanità penitenziaria

1.1 ASSETTO ORGANIZZATIVO



Strutture	Numero
Dipartimenti sanitari	9
Dipartimento funzionale	1
Dipartimenti amministrativi	2
Dipartimenti interaziendali	3
Unità complesse	72
Unità dipartimentali	17
Unità semplici	79

Risorse Umane	Numero
Medici	719
Dirigenti sanitari	87
Dirigenti tecnici e amministrativi	24
Infermieri	1.983
Tecnici sanitari	272
Tecnici riabilitazione	128
Assistenti sociali e sanitari	33
Operatori socio sanitari	341
Operatori tecnici	328
Amministrativi	448
Contratti atipici	237
Totale complessivo	4.600

2. MISSION E VISION

Il Piano Organizzativo Aziendale Strategico è lo strumento attraverso il quale l'ASST, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale, definisce il proprio assetto e le relative modalità di funzionamento, al fine di realizzare gli obiettivi enunciati da Regione Lombardia. E' attualmente vigente il POAS 2016-2018

Il territorio su cui insiste l'Asst è ampio, densamente popolato e la domanda di salute, sicurezza ambiente di vita e di lavoro ed assistenza è caratterizzata 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.

E' infatti stimata nel corso del 2019, un'assorbimento da parte del paziente cronico di risorse dei LEA in un range ricompreso fra 70-80%.

L'azienda si pone quale obiettivo primario **l'integrazione ospedale - territorio**, implementando un innovativo processo di cambiamento socio-culturale, transitando 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 prenotazione di prestazioni tempo dipendenti e 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, dopo aver promosso la prevenzione e la compliance del paziente.*

A seguito della riduzione dei ricoveri, imposta sin dal 2012 con la c.d. *spending review*, intrapresa a livello aziendale nel corso degli anni, si assiste ad una consolidata riduzione del finanziamento regionale per tale target.

E' all'uopo necessario evolversi, dal punto di vista socio-sanitario, verso offerte sempre caratterizzate dall'alta complessità e al tempo stesso connotate dalla criticità (relativamente ai tempi di attesa delle prestazioni) prevalentemente afferenti l'area territoriale (> anziani, patologie croniche, materno-infantile, neuropsichiatria) valorizzando il ruolo di coordinamento dei clinici verso nuovi approcci ed attivando aree di cura sub acute.

In tale auspicato scenario di politica sanitaria, va incrementato il segmento della prevenzione a detrimento delle patologie acute e dell'urgenza-emergenza che, in prospettiva, secondo la logica descritta, dovrebbero manifestare un trend in diminuzione. Ci si dovrebbe concentrare sulla considerazione globale della persona cosicché, programmando check up, visite di controllo, esami, da inserire nei PAI aventi validità annuale, ciò dovrebbe impattare sulla contrazione degli episodi acuti e degli accessi in PS.

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'innegabile ritorno in termini di innovazione tecnologica e miglioramento del livello di appropriatezza.

Si deve insistere sull'evoluzione del modello organizzativo per Reti di patologia, introdotto sin dal 2006: *Oncologica, Ematologica, Nefrologica, Stroke, Stemi, Trauma, Udito, Epilessia, Epatologica, Terapia del Dolore, Cure Palliative ...*) verso quello delle Reti cliniche assistenziali. Il nuovo approccio è rivolto a spostare ed estendere il *focus* da singoli e specifici episodi di cura, alla presa in carico complessiva della persona, ossia un modello che poggia sul collegamento delle strutture che meglio assolvono alla complessità, che difficilmente possono trovare risposta in un'unica realtà aziendale.

Il passaggio dalla rete di patologia alla rete clinico assistenziale è connotato gestionalmente dal superamento del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale standard verso il PAI, realizzando una sintesi: tra Linee Guida, PDTA - entrambi fondati sull'evidence base - e conoscenza medica e sanitaria oltre a scelte cliniche attuate per singolo caso o per casi simili già affrontati.

Sviluppare le specifiche reti clinico assistenziali equivale ad evolvere da un modello erogativo di servizi, quale sommatoria orizzontale di singoli atti: diagnostici, terapeutici e assistenziali verso un modello di continuità assistenziale.

Come indicato nelle Linee Guida della DGR XI/913 del 3/12/2018 è individuato quale strumento idoneo al coordinamento delle reti la strutturazione di una Cabina di Regia per singola rete clinico assistenziale volta a raccordare il livello programmatico con quello gestionale.

A livello territoriale si realizzerà un coordinamento, effettuato dal Dipartimento aziendale o interaziendale, tra tutti i soggetti coinvolti nel network della singola rete (ASST, Privato Accreditato, MMG/PLS, Associazioni di Volontariato).

La nostra azienda è stata qualificata *Ente Attuatore* di 3 reti clinico assistenziali:

- 1-Rete Epatologica Lombarda
- 2-Rete Lombarda per l'integrazione e la governance dei PS
- 3-Rete Trauma Lombarda

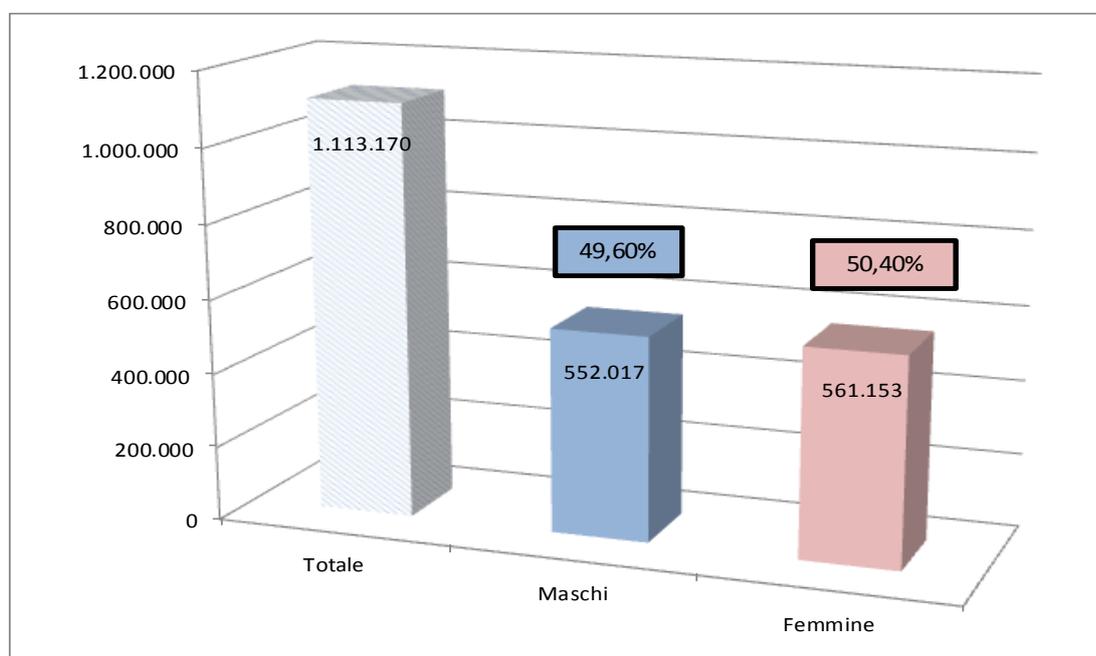
per le quali individuerà obbligatoriamente un team specifico multidisciplinare, per ciascuna delle reti istituite, previa la stesura di un regolamento, oltre a creare Commissioni Tecniche Territoriali per definire modalità operative locali in coerenza con la Cabina di Regia.

Funzionale alla realizzazione della rete è altresì l'individuazione *di figure di coordinamento: case manager, care manager e clinical manager.*

3. CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il territorio della Provincia di Bergamo si estende su un'area di 2.754,90 km², su cui insistono 243 comuni, accoglie 1.113.170 abitanti di cui 120.263 stranieri residenti, pari al 10,8% della popolazione totale. La composizione: 552.017 (49,6%) Maschi e 561.153 (50,4%) femmine.

Distribuzione della popolazione per genere ¹

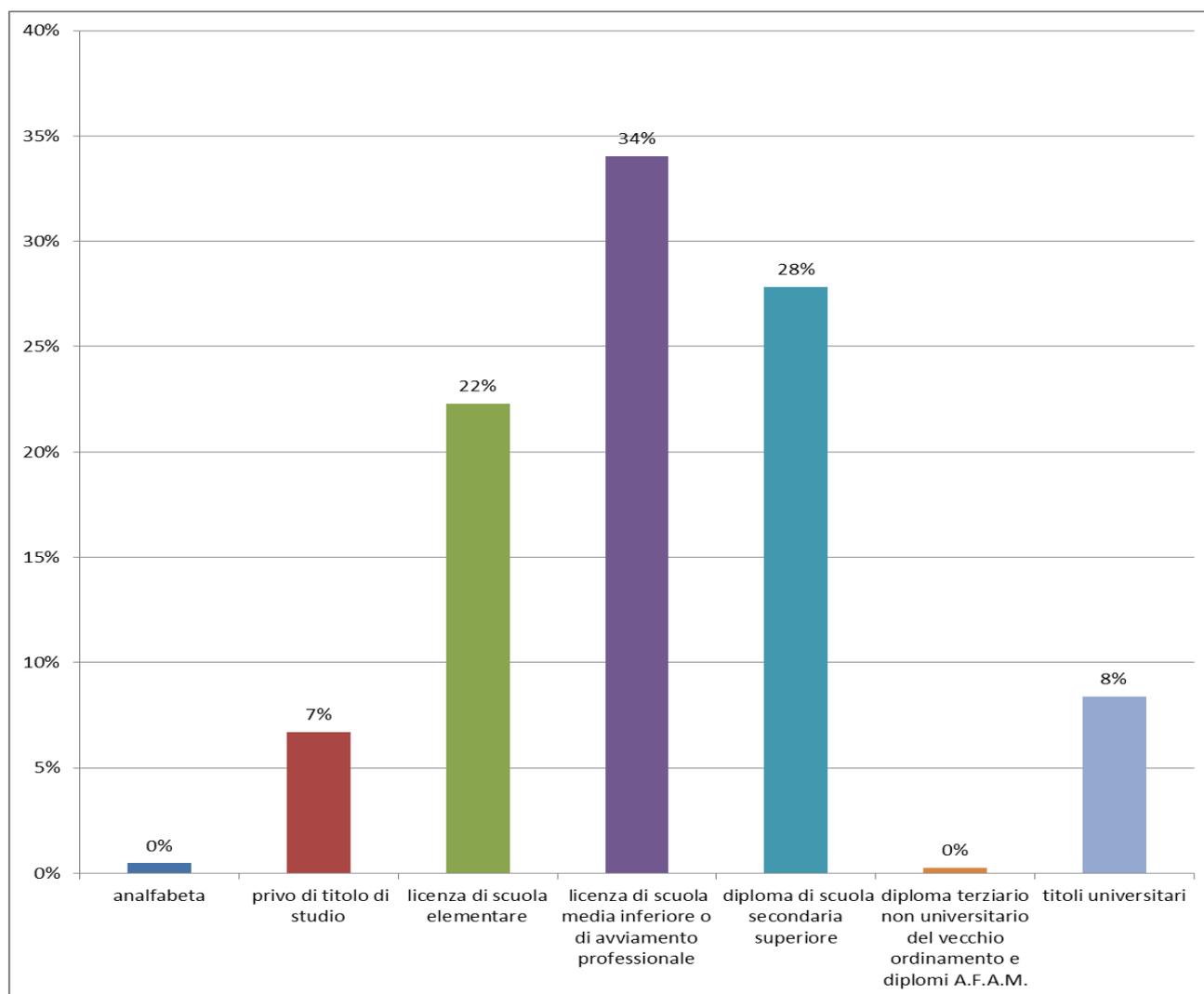


¹ Fonte: ISTAT - situazione al 31.3.2018

Distribuzione della popolazione per classi di età

0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale residenti	Età media
163.830	719.490	229.850	1.113.170	43,4

Livello di scolarizzazione Provincia di Bergamo

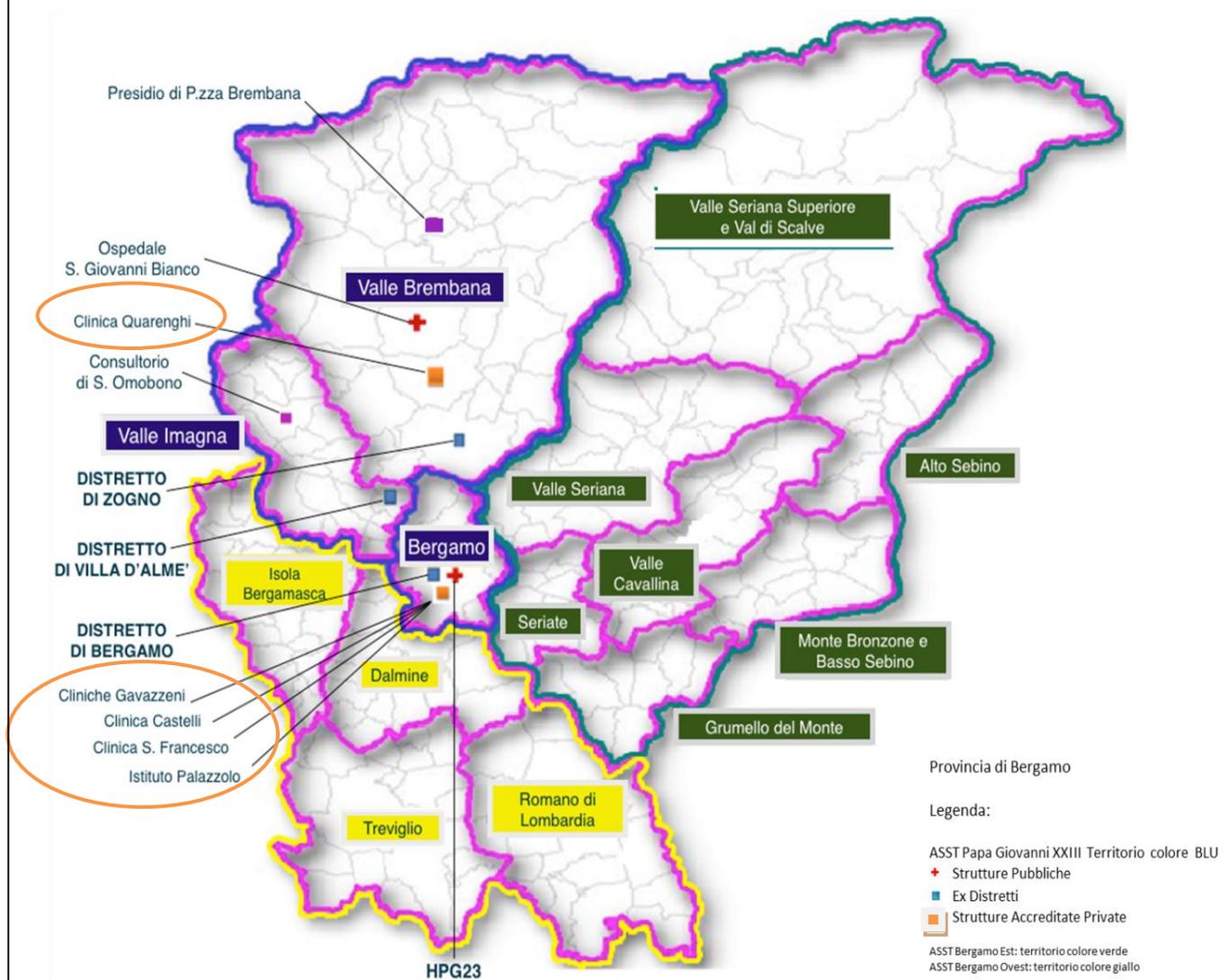


Popolazione di riferimento 1.016.965 ²(escluso range da 0 -6 anni)

² Fonte: ISTAT censimento 2011

3.1 IL TERRITORIO

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



Le strutture dell'ASST Papa Giovanni XXIII sono dislocate nella zona nord-ovest della provincia di Bergamo, dove sono presenti, oltre all'ATS, anche altre due ASST -Bergamo Est e Ovest cinque strutture accreditate private.

4. ATTIVITÀ SANITARIA

4.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO

Nel 2018 il numero totale di pazienti dimessi è stato di 44.430 di cui 41.504 dal presidio Papa Giovanni XXIII - HPG23 e 2.926 dimessi dal presidio San Giovanni Bianco - HSGB:

- 36.178 ricovero ordinario (33.985 per HPG23 e 2.193 per HSGB)
- 8.252 ricovero diurno (7.519 per HPG23 e 733 per HSGB).



In tabella si riportano i dimessi negli anni 2017 e 2018, suddividendo i ricoveri per regime e DRG

Regime Ricovero	DRG di tipo	Presidio Papa Giovanni XXIII HPG23			Presidio San Giovanni B. HSGB			ASST - HPG23+HSGB		
		anno 2017	anno 2018	Delta	anno 2017	anno 2018	Delta	anno 2017	anno 2018	Delta
Ordinario	chirurgico	14.298	14.272	-0,2%	693	647	-6,6%	14.991	14.919	-0,5%
	medico	20.229	19.713	-2,6%	1.555	1.546	-0,6%	21.784	21.259	-2,4%
Totale dimessi ricovero ordinario		34.527	33.985	-1,6%	2.248	2.193	-2,4%	36.775	36.178	-1,6%
Diurno	chirurgico	4.867	4.628	-4,9%	776	711	-8,4%	5.643	5.339	-5,4%
	medico	3.076	2.891	-6,0%	25	22	-12,0%	3.101	2.913	-6,1%
Totale dimessi ricovero diurni		7.943	7.519	-5,3%	801	733	-8,5%	8.744	8.252	-5,6%
Totale dimessi Ordinari + Diurni		42.470	41.504	-2,3%	3.049	2.926	-4,0%	45.519	44.430	-2,4%

Nel 2018, rispetto al 2017, si evidenzia una diminuzione dei ricoveri ordinari -1,6% e una riduzione dei ricoveri diurni -5,6%, arrivando ad una riduzione complessiva dei ricoveri del 2,4%. L'ASST ricopre il ruolo di ospedale Hub di riferimento per la provincia di Bergamo, ricoverando un numero sempre maggiore di soggetti con complicanze, che necessitano di approcci in un arco temporale più lungo. Importante il lavoro sull'appropriatezza del ricovero, che ha portato

a trasferire al regime ambulatoriale parte della casistica, nel rispetto delle indicazioni soprattutto per quei 108 DRG i cui regime di degenza è ritenuto disfunzionale.

Casistica ricoveri anno 2018

Principali cause di ricovero ASST (HPG23+HSGB)	% dimessi
Gravidanza, parto e puerperio	12,9%
Neonati normali e con disturbo perinatali	11,7%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	10,2%
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	9,9%
Malattie e disturbi sistema nervoso	6,4%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	5,7%
Malattie e disturbi apparato digerente	5,5%
Altre	37,7
TOTALE	100%

Principali cause di ricovero HPG23	% dimessi
Gravidanza, parto e puerperio	13,8%
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	8,7%
Malattie e disturbi sistema nervoso	6,0%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	5,8%
Malattie e disturbi apparato digerente	5,1%

Principali cause di ricovero HSGB	% dimessi
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	27,6%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	13,5%
Malattie e disturbi sistema nervoso	12,4%
Malattie e disturbi apparato digerente	12,3%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	9,3%
Malattie e disturbi fegato, vie biliari e pancreas	5,8%
Malattie infettive e parassitarie	3,2%

I dati sono stati ricavati dalle schede di dimissione ospedaliera. Classificazione delle patologie per Categorie Diagnostiche Maggiori - MDC.

Le cause più ricorrenti di ricovero ordinario nel complesso sono legate al parto, alla gestione dei primi giorni di vita dei neonati e alla cura delle patologie legate alla nascita. In azienda si assistono oltre 4.000 parti/anno e l'unità di Patologia Neonatale di II livello, il più alto livello, secondo la classificazione attuale; comprende anche posti letto di Terapia Intensiva Neonatale. Seguono le malattie del sistema cardio-circolatorio, dell'apparato locomotore e del sistema nervoso.

L'obiettivo del prossimo triennio è il mantenimento degli eccellenti livelli prestazionali garantiti nel 2018, nel rispetto delle risorse disponibili e delle Regole di Sistema.

4.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA

Il numero di interventi chirurgici totali - Ordinari + Day Surgery + Ambulatoriali - del 2018, è stato di 36.416, -2,7% rispetto all'anno precedente. La complessità della casistica trattata è aumentata con un peso medio dei DRG chirurgici di 1,9699:

Regime	Papa Giovanni XXIII			San Giovanni Bianco			ASST (HPG+HSGB)		
	n° interventi			n° interventi			n° interventi		
	anno 2017	anno 2018	Delta	anno 2017	anno 2018	delta	anno 2017	anno 2018	delta
Ambulatoriale	8.076	7.970	-1,3%	531	744	40,1%	8.607	8.714	1,2%
Day Surgery	6.852	6.607	-3,6%	800	723	-9,6%	7.652	7.330	-4,2%
Ordinario	19.780	19.688	-0,5%	725	684	-5,7%	20.505	20.372	-0,6%
TOT	34.708	34.265	-1,3%	2.056	2.151	4,6%	37.417	36.416	-2,7%

L'obiettivo del prossimo triennio è il mantenimento degli eccellenti livelli prestazionali garantiti nel 2018, nel rispetto delle risorse disponibili e delle Regole di Sistema (possibili, quindi, ulteriori trasformazioni nei regimi di erogazione delle prestazioni, finalizzate alla miglior appropriatezza).

4.3 TRAPIANTI E ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

L'ASST Papa Giovanni XXIII è ai primi posti al 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 2018 sono stati realizzati nel presidio ospedaliero di Bergamo complessivamente n. 7.744 trapianti.

Numero complessivo trapianti suddivisi per organo 1985 - 2018

ORGANO	2016	2017	2018	TRIENNIO	TOTALE TRAPIANTI 1985-2018
Cornee	18	18	17	53	654
Cuore	14	24	21	59	982
Rene	49	43	59	151	1.116
Fegato adulto	47	57	58	162	942
Fegato pediatrico	29	28	28	85	667
Midollo osseo	143	135	141	419	3.167
Polmone	11	9	8	28	155
Intestino pediatrico	1			1	5
Combinato	1	5	5	11	56
Totale	312	319	337	807	7.744

Il *Programma Nazionale 2018-2020* costituirà la fonte per l'emanazione di provvedimenti regionali volti a presidiare maggiormente le potenziali donazioni da cadavere, al fine di raggiungere l'attività di *procurement* di organi e di tessuti osservati in altre regioni italiane.

Il mantenimento dell'accreditamento – per l'attività trapiantologica - sino a nuovi provvedimenti autorizzativi è comunque subordinato all'assolvimento del debito informativo nei confronti del *Registro Regionale e Nazionale Trapianti* - allineamento dati relativi alle liste di attesa, ai trapianti eseguiti, al follow up post trapianto- e ciò caratterizzerà la nostra attività amministrativa

L'adozione del programma regionale di gestione delle lista di attesa fegato *Liver Transplant Manager – LTM*, prevede il coinvolgimento della nostra Azienda con l'ASST Niguarda, IRCCS Policlinico Milano, Istituto Nazionale Tumori e del Centro Regionale di Riferimento – CRR, finalizzato all'introduzione di modelli gestionali innovativi.

Per il Trapianto cellule staminali – CSE adesione alle proposte di efficientamento di Regione Lombardia sia sul versante dell'arruolamento dei cittadini lombardi che della tipizzazione HLA, con tecnologie innovative altamente processive.

4.4 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. La percentuale di pazienti con ricovero ordinario nelle unità di oncologia ed ematologia, esterni al bacino di utenza sul quale insiste la popolazione e sovrapponibile a quella del 2017.

Tasso di attrazione Onco Ematologico anno 2018

- Pazienti Fuori Provincia, Lombardi: 115 per 1.000 dimessi.
- Pazienti Fuori Regione Lombardia: 61 per 1.000 dimessi.
- Attrattività totale: 176 per 1.000 dimessi.

L'obiettivo per il triennio 2019 - 2021 è il mantenimento di questi livelli.

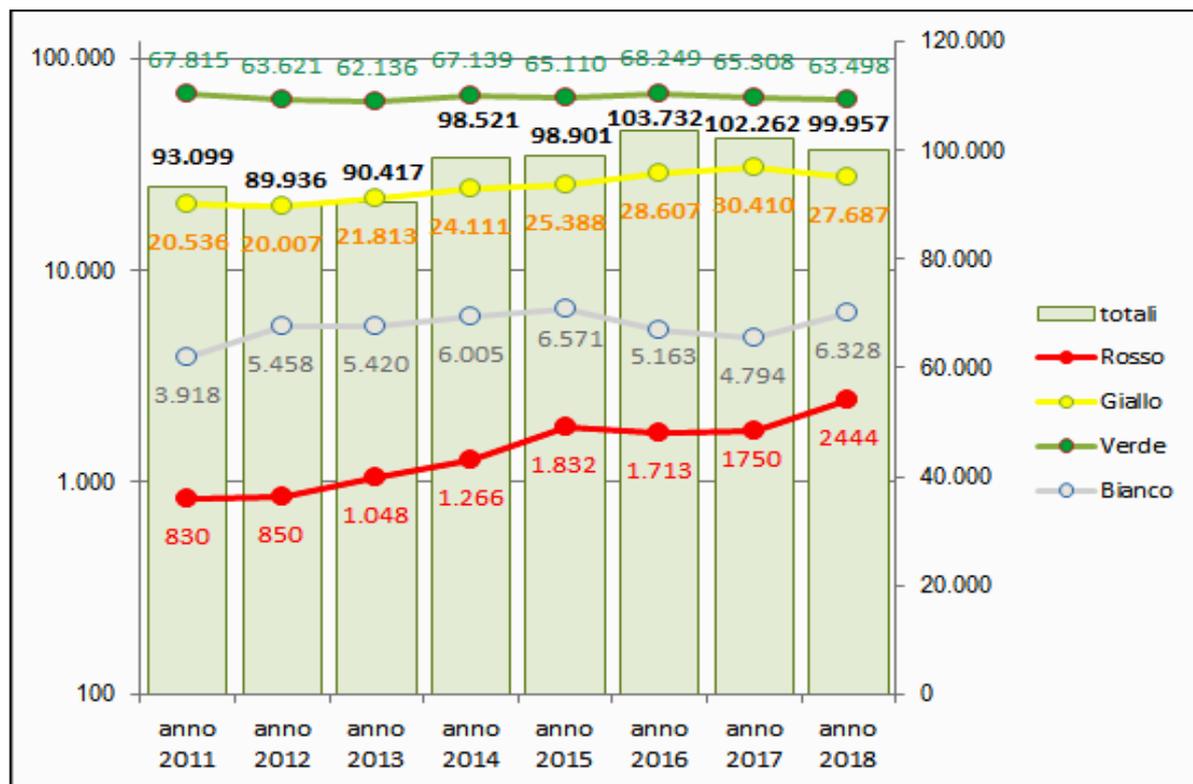
4.4 EMERGENZA-URGENZA

L'ASST *Papa Giovanni XXIII*, struttura ospedaliera qualificata di III livello, massimo standard di classificazione e rientra tra le Aziende più elevate presenti in Lombardia per l'assistenza ai pazienti politraumatizzati; una delle sei eletta a *Centro Trauma di Alta Specializzazione* per quanto concerne il *trauma maggiore* del paziente adulto e quale unica realtà pediatrica.

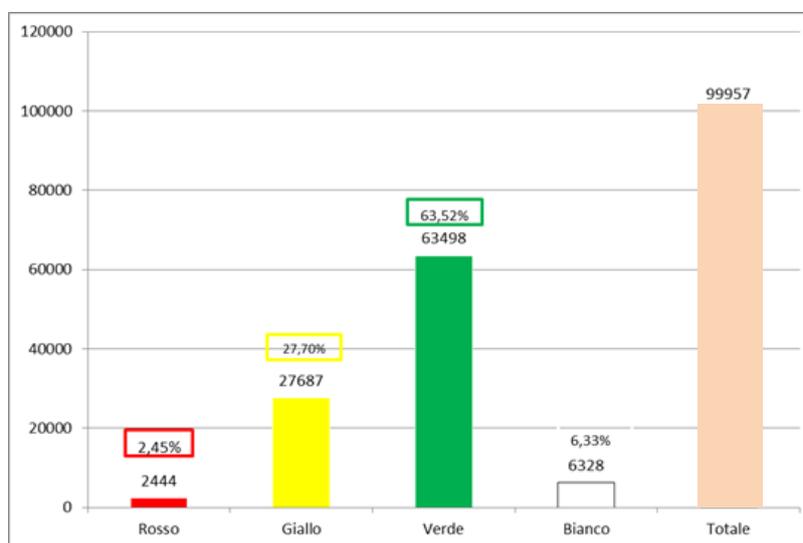
Il fattore di successo dell'ottimo trattamento garantito a questi pazienti è da ricercarsi nella stretta sinergia tra le unità operative che compongono il *Trauma Team* (Centro EAS, Chirurgia generale 1, Anestesia e Rianimazione) e la collaborazione con i medici delle altre discipline che ruotano intorno al paziente traumatizzato, dalla Centrale operativa 118 alla Chirurgia plastica, Maxillofacciale, Neurochirurgia, Centro Antiveneni, Ortopedia-Traumatologia, Chirurgia Pediatrica e Pediatria, Radiologia, Neuroradiologia. Si sottolinea la *Shock Room* presente presso il Centro EAS. Nondimeno, l'ASST è inserita nell'articolazione delle *reti di patologie tempo dipendenti* di collegamento interaziendale, volte ad abbreviare al massimo i tempi tra l'evento acuto e la miglior soluzione terapeutica erogata. Oltre alla rete trauma si citano, per importanza e numerosità di casistica trattata la rete infarto, la rete ictus e la rete neonatologica.

Il numero di accessi in PS presso il presidio cittadino è andato crescendo vertiginosamente. Dall'anno del trasferimento nel nuovo ospedale nel 2013 al 2016 sono stati superati i 100.000 accessi/anno, con un media giornaliera di oltre 270. Tra l'anno 2012, ultimo anno di attività presso il vecchio Ospedali Riuniti di Bergamo e lo scorso 2018 si è registrato un incremento complessivo di accessi PS di 11 punti percentuali, con un numero di codici rossi quasi triplicato.

Numero di accessi in PS suddiviso per area - anni 2011-2018



Numero di accessi in PS anno 2018



Dal 13 novembre 2018 al Pronto soccorso dell'Ospedale di Bergamo, accanto al codice colore, che continuerà per ora ad esistere, verranno assegnati anche dei numeri: il numero 1 accanto al codice rosso (emergenza), per pazienti in pericolo di vita; 2 accanto al giallo (urgenza), quando il paziente ha una funzione vitale compromessa, e se non si interviene rapidamente il quadro è destinato a peggiorare; il verde potrà essere accompagnato dal numero 3 (verde scuro) o dal 4 (verde chiaro). La distinzione si baserà sul tipo di patologia, ma anche sull'età del paziente, sul livello di sofferenza o su particolari condizioni. Infine il 5 accompagnerà il codice bianco,

assegnato a quei pazienti che avrebbero potuto tranquillamente rivolgersi al medico curante o al servizio di continuità assistenziale, perché il loro problema, per quanto doloroso o fastidioso, non è urgente e non richiede un livello di assistenza ospedaliero.

La scala numerica al posto dei colori al triage è una modifica che è già stata introdotta a livello internazionale e la particolarità riguarda il codice verde che si sdoppia in **3** e **4** sono due “verdi” con una diversa urgenza.

L'introduzione dei numeri andrà di pari passo con l'avvio del nuovo software che gestisce i documenti del Pronto soccorso: richiesta esami o consulenze specialistiche, referti, ecc... Il nuovo programma, già introdotto al Pronto soccorso dell'Ospedale di San Giovanni Bianco un anno fa, una volta a pieno regime agevolerà il lavoro degli operatori rendendo digitale tutto il percorso di cura, dalla compilazione dei diari clinici alla programmazione della prescrizione farmacologica, con maggiore rapidità e sicurezza.

4.5 PERCORSO NASCITA



FotoCreativa.tu © Giovanni Terzi

Le azioni previste dalla D.G.R. n. XI/268 del 28/06/2018 e dal decreto Direzione Generale Welfare n. 14243 del 05/10/2018 si completeranno entro i primi sei mesi del 2019. Finalizzato a definire il progetto informatizzato dell'Agenda del Percorso Nascita.

La gestione autonoma da parte delle ostetriche delle gravidanze a basso rischio, all'interno della U.O. di Ostetricia e Ginecologia dovrà essere implementata secondo gli standard clinico-assistenziali,

organizzativi e tecnologici del percorso ospedaliero definiti dallo specifico Tavolo di Lavoro attivato dal *Comitato Percorso Nascita Regionale* – CPNR. Attualmente attivi in azienda *Ambulatori Ostetrici*.

Verranno aggiornate le check list di valutazione dell'appropriatezza dei Consultori che attivano il percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica secondo le indicazioni regionali.

Proseguono in azienda le azioni di sostegno secondo le indicazioni UNICEF alla sensibilizzazione sull'allattamento del neonato. Viene garantita la continuità del rapporto mamma e bimbo, in caso di ricovero materno o neonatale successivo alla dimissione per parto.

4.6 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 verranno messe in atto le azioni atte alla formazione degli operatori, con particolare riguardo alle seguenti tematiche:

- ✓ diagnosi precoce;
- ✓ accesso ed emergenze comportamentali al pronto soccorso;
- ✓ transizione verso l'età adulta.

4.7 CURE PALLIATIVE

L'Asst ha assunto negli anni il ruolo di coordinamento della Rete Cure Palliative, che si evolverà verso il nuovo modello organizzativo delle reti, dirette a livello regionale con l'istituzione di una Cabina di Regia e la necessaria implementazione a livello locale delle figure e dei collegamenti delineati con il network delle varie istituzioni, associazioni e strutture accreditate.

Nel frattempo dovranno essere recepite le indicazioni oggetto di revisione e modifica dello strumento per l'identificazione di pazienti affetti da malattie in fase avanzata, con bisogni di cure palliative e dello strumento per la valutazione dell'intensità in cure domiciliari.

4.8 MALATTIE RARE

Sin dal 2001 è stato individuato il Centro di Ricerche Cliniche e Malattie Rare – Aldo e Cele Dacco – dell'istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri – con sede a Ranica BG quale Centro di Riferimento Interregionale CIR con funzione di coordinamento strutturato tra i presidi della Rete.

Il riferimento normativo attuale è la DGR XI/344 del 16.7.2018 sull'aggiornamento della Rete Regionale delle Malattie Rare. La novità si sostanzia nell'estendere l'inclusione di candidature a nuovo presidio o per nuove patologie (in possesso di documentata esperienza in attività diagnostica o terapeutica specifica per malattie rare; idonea dotazione di strutture e supporti complementari, servizi per emergenza e diagnostica biochimica e geneticomolecolare DM 279/2001) che ordinariamente si chiudevano a dicembre di ogni anno, a fine marzo 2019.



La delibera regionale citata, ha altresì attribuito all’Ospedale Papa Giovanni XXIII la presa in carico delle seguenti Malattie Rare:

- Pubertà Precoce Idiopatica (Ghiandole endocrine)
- Wilson Malattia (Metabolismo)
- Sindrome da Anticorpi antifosfolipidi – forma primitiva (Sistema Immunitario)
- Sindromi Miasteniche congenite disimmuni (Sistema Nervoso Centrale e Periferico)
- Sindromi da Anticorpi Antisintetasi (Sistema Osteomuscolare e Tessuto Connettivo)

4.9 PRESTAZIONI AMBULATORIALI

La numerosità delle prestazioni si mantiene costantemente alta; nel tempo è cresciuta e si è stabilizzata. Il 2018 ha rappresentato il primo anno in cui l’attività erogata a San Giovanni Bianco e nei poliambulatori di Zogno, Villa d’Almè e Sant’Omobono è stata completamente rendicontata e refertata con i medesimi applicativi aziendali. Complessivamente sono state erogate 3.970.191 prestazioni ambulatoriali (escluse quelle erogate in regime di libera professione e solvenza) che si riportano sinteticamente per segmento di erogazione:

	N° prestazioni
Visite, esami strumentali e diagnostici... HPG XXIII	2.812.161
Neuropsichiatria Infantile Bergamo	37.105
Centro Assistenza Limitata - Bergamo	9.468
Centro pubblico di Medicina dello Sport - Bergamo	6.418
Ospedale Papa Giovanni XXIII - Neuropsichiatria Infantile polo Bergamo	1.957
CPS Tito Livio Bergamo	1.636
CPS Bergamo Occidentale	1.089
Ambulatorio IDEA Bergamo	363
Prestazioni Pronto Soccorso HPG XXIII	517.551
Poliambulatorio – H San Giovanni Bianco	398.049
Neuropsichiatria Infantile - polo territoriale di Zogno	7.343
Poliambulatorio di Zogno	7.039
Poliambulatorio di Villa d’Almè	6.369
Centro Assistenza Limitata - San Giovanni Bianco	5.296
Ambulatorio psichiatrico Zogno	1.028
Prestazioni Pronto Soccorso - H San Giovanni Bianco	157.319
Totale complessivo	3.970.191

Iniziata la collaborazione con alcune Strutture Private Accreditate della Provincia di Bergamo per la presa in carico di pazienti cardiologici a bassa complessità dal punto di vista clinico (pazienti cronici con cardiopatia in fase di stabilità o screening cardiologici in prevenzione primaria (ad esempio pazienti ipertesi senza evidenza di danno d’organo), ma che necessitano di attivare un percorso di monitoraggio sul medio - lungo periodo. Questo con l’obiettivo di concretizzare il più possibile lo spirito della Riforma Sociosanitaria lombarda che incoraggia la creazione di reti sul territorio e alla luce delle criticità emerse sul Tavolo ASL dell’anno 2015 sull’appropriatezza delle visite cardiologiche urgenti

differibili o con priorità. Tale percorso potrebbe consentire di dare maggiore spazio a percorsi di accoglienza per pazienti cronici che presentano una riacutizzazione della loro patologia e necessitano di essere visitati rapidamente.

Sono state, quindi, definite apposite Convenzioni con la Casa di Cura San Francesco (provvedimento n. 2056 del 17.11.2017) e la Clinica Castelli (provvedimento n. 2035 del 17.11.2017).

Nel 2019 per le prestazioni di radiologia e neuroradiologia (Mammografia, TC, RM ed ecografie) si proseguirà con l'operazione "Ambulatori Aperti" per l'offerta di prestazioni il sabato mattina e nel tardo pomeriggio degli altri giorni feriali.

5. OBIETTIVI STRATEGICI

La centralità del paziente è il filo conduttore sui cui si sviluppano le azioni indispensabili a perseguire gli obiettivi strategici, tra i quali, assume rilievo l'accessibilità ai servizi da parte di tutti i cittadini, siano essi volti ad ottenere prestazioni per acuti o siano necessitanti di prestazioni costanti volti a contraddistinguere la cronicità.

Si profila di imminente attualità:

- il completamento del nuovo modello di presa in carico dei pazienti cronici;
- Il riordino della rete d'offerta (ospedali, PS, consultori)
- la riduzione dei tempi d'attesa per la fruizione delle prestazioni ambulatoriali (visite, indagini diagnostico-strumentali ...)



5.1 PAZIENTE CRONICO E/O FRAGILE

La nuova modalità di gestione del percorso di presa in carico del pz. cronico/fragile in capo ai MMG/PLS - clinical manager in forma singola - impone la sottoscrizione del **Patto di Cura** da parte del gestore per una ulteriore corresponsabilizzazione (non appena saranno stati rivisti dalla Regione).

Nella redazione del Piano Assistenza Individuale – **PAI** è necessario prevedere la compilazione della sezione relativa agli *stili di vita* e ai *fattori di rischio*, oltre all'attività specialistica ambulatoriale e terapie farmacologiche. Trattasi della naturale evoluzione del concetto di presa in carico e corresponsabilizzazione del paziente, per favorire e consolidare lo sviluppo di aspetti preventivi.

Al riguardo verranno individuati i Referenti per l'analisi dell'effettività del PAI per una collaborazione sinergica con gli altri attori coinvolti e tale scelta discrezionale (sia numerica che tipologica: per funzione, per area di patologia prevalente o per monopatie semplici e pz. complessi) consegnerà all'esito di orientamenti condivisi col Collegio di Direzione. Tale figura volta a garantire ab initio l'attivazione dei necessari processi di contatto con le filiere professionali intra ed extra aziendali, costituirà poi il referente aziendale in occasione dei monitoraggi regionali di controllo e vigilanza sulla stratificazione delle tre caratteristiche di gravità che verrà attuata.

I pazienti vengono così classificati:

- Livello 1 Pazienti: con varie condizioni morbose di complessità, da richiedere ospedalizzazione o residenzialità, lunga riabilitazione e follow – up territoriale se risolta la fase acuta, diversamente cure domiciliari e hospice
- Livello 2 pazienti poli-patologici, con malattie croniche già complicate o con più condizioni morbose concomitanti
- Livello 3 pazienti con mono patologia cronica iniziale che richiede supporto all'auto cura.

L'individuazione delle classi con la stratificazione proposta da Regione Lombardia, impone all'azienda un'attenta 'imputazione' dei PAI cui sarà inevitabilmente collegato in futuro, un coefficiente numerico di rimborso, le cui prestazioni saranno da ricomprendersi nel range ipotizzato. Questa prospettazione poggia su una visione predittiva dell'evoluzione della malattia di quello specifico soggetto e su una programmazione delle rilevazioni della stadiazione (n. esami biochimici/anno e tipologia, numero esami strumentali ... numero visite di controllo non in acuto ...).

Tale iniziale sforzo implementativo dovrebbe portare a risultati in termini di impatti amministrativi, clinici e sanitari volti a ridurre i costi, il numero di accessi garantendo l'appropriata presa in carico del paziente.

Necessario consolidamento dei percorsi di Presa in Carico dei soggetti cronici – **PiC** attraverso un'ulteriore implementazione quali-quantitativa dei servizi e responsabilizzazione degli interlocutori per prevenire o ritardare l'insorgenza di complicanze sulle patologie.

5.2 GOVERNO LISTE ATTESA

La Regione Lombardia puntualizza che l'indicazione della classe di priorità sulle ricette è uno strumento per conciliare le esigenze cliniche con quelle organizzative, specificando il necessario impegno sinergico del medico, del cittadino e della struttura erogatrice, nel corretto approccio alla qualificazione, nel rispetto dei tempi (di attesa) clinicamente più adeguati.

E' pretesa un'armonizzazione tra il committente, il prescrittore e l'erogatore, nell'ambito di questo rapporto triangolare per l'ottenimento delle prime visite specialistiche e quelle che ora vengono definite *prestazioni tempo dipendenti*.

Al contempo risulta opportuno adottare azioni atte al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, ponendo in capo ai sistemi informativi l'obbligo di comunicare gli appuntamenti fissati, al fine di disporre del reale dimensionamento delle agende e di evitare il fenomeno della doppia o tripla prenotazione.

Per i pazienti cronici è necessario individuare slot dedicati di prestazioni.

Successivamente alla sperimentazione riferita a 12 prestazioni attività operatore dipendente e visite specialistiche - definite critiche in termini di risposta - messa in atto da Regione Lombardia con il coinvolgimento di 2 ATS, verranno recepite le indicazioni scaturite dal Piano operativo per implementare la progettualità derivata.



Tempi di attesa medi nell'Asst delle 12 prestazioni³

Descrizione	Media giorni
Densitometria ossea	130
Ecocolordoppler tronchi sovraortici	86
Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo	40
Ecografia addome	45/50
Ecografia mammella bilaterale	240
Elettrocardiogramma	Accesso diretto
Mammografia bilaterale	384
Prima visita Dermatologica	62
Prima visita Oculistica	67
Prima visita Otorinolaringoiatria	29
Prima visita Ortopedica	48
Prima visita Cardiologica	49

³ Fonte di rilevazione MOSA settembre 2018

Complessivamente l'azienda rispetta il tempo di attesa obiettivo per il 90% delle prestazioni di primo accesso sia ordinarie che urgenti come prospettato:

Classe di priorità	Rapporto	Rispetto tempo di attesa obiettivo
Programmabile entro 180 gg	87%	95%
Urgenza, eventualmente differibile entro 72 ore	4%	90%
Breve, entro 10gg	4%	96%
Differibile, max 30 gg visite Max 60 gg prestazioni	5%	85%

Per il 2019, quale ulteriore modalità di governo in segno di continuità con il 2018, si prevede:

- attivazione di ulteriori agende di priorità per ogni unità organizzativa,
- presenza attiva nel tavolo tecnico di ATS per la verifica appropriatezza priorità
- pubblicazione in MOSA di tutte le prestazioni ambulatoriali offerte

e quale novità:

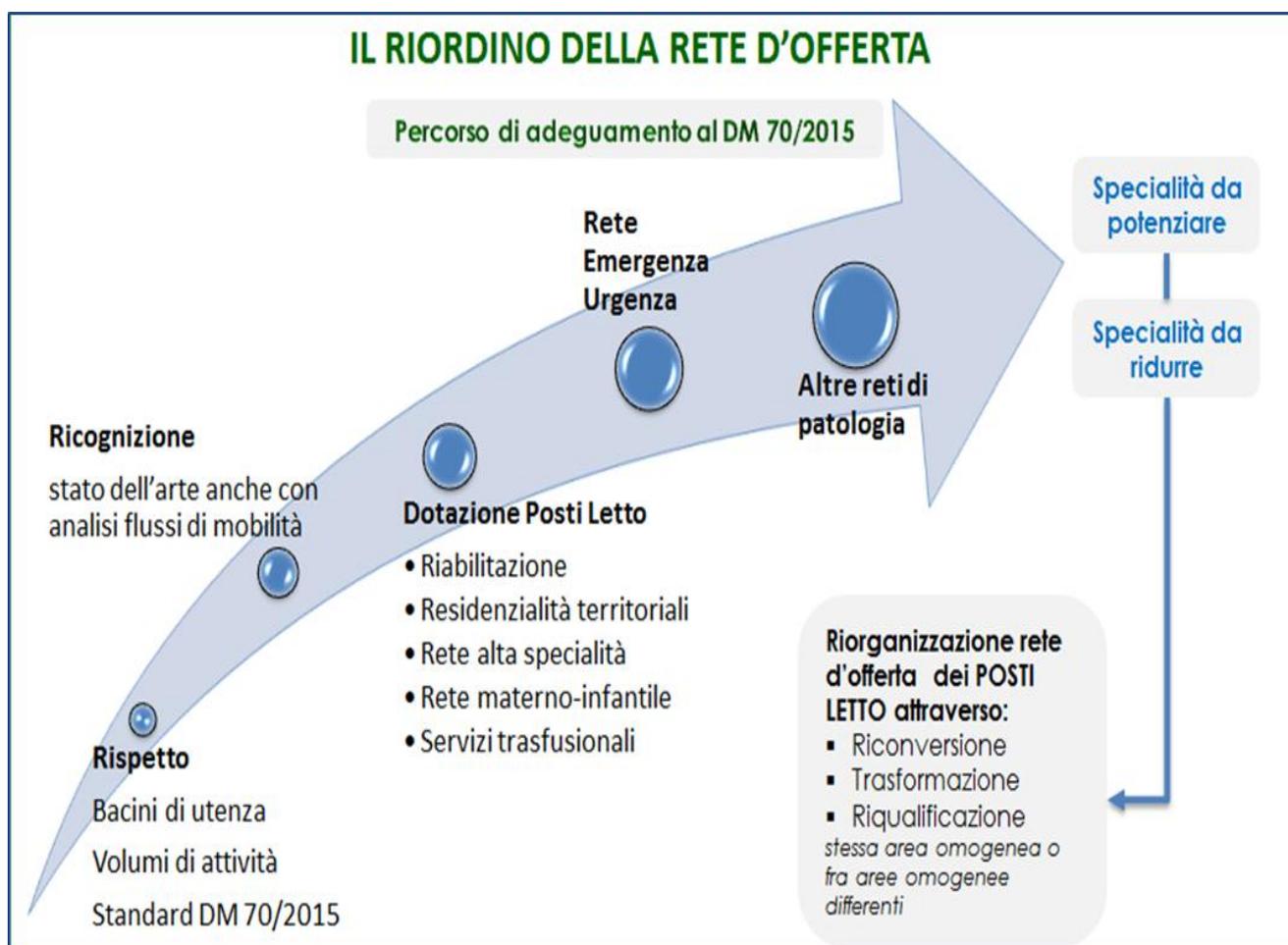
- per le prescrizioni in classe U o B del medico del PS e di tutti gli altri specialisti aziendali l'onere del Professionista di farsi carico di trovare disponibilità prioritariamente in ASST. Ciò impatterà ulteriormente sulla condivisione delle attività e sulla corresponsabilizzazione a livello di sistema azienda.



5.3 RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA

Nel rispetto della dotazione complessiva ex DM 70/2015 pari a 3,7 posti letto su 1.000 abitanti è opportuna una attenta valutazione della possibile riconversione/trasformazione dei posti letto ospedalieri, all'interno di aree omogenee o aree differenti, tra posti letto in eccesso di offerta e discipline con potenziale sviluppo, sulla base di report degli indici di utilizzo-saturazione e tendenze in nuce che emergeranno dall'analisi dei dati 2018.

Per contrastare l'attività di sovraffollamento dei pazienti in PS potrebbe essere considerata l'opportunità per un temporaneo ampliamento dei contingenti di posti letto secondo la modalità organizzativo-gestionale definita con provvedimento n. X/2933 19.12.2014 alla luce di uno specifico finanziamento di cui alla DGR XI/77044 dell'12.11.2018.



6. OBIETTIVI PRIORITARI

6.1 DRG AD ALTO RISCHIO INAPPROPRIATEZZA

Il Patto per la Salute 2010-2012 prevedeva un elenco di DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (n. 108) se erogati in regime di degenza ordinaria, che dovrebbero quindi essere prevalentemente erogati in regime di DH o di day surgery e che, insieme ad altri indicatori, sono utilizzati, con un peso relativo importante, dal Ministero della Salute per misurare il livello quali-quantitativo di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza da parte delle Regioni.

Si assiste ad una continua promozione regionale sull'appropriatezza del setting di erogazione delle prestazioni per i 108 DRG considerati, dopo quasi 10 anni, ad alto rischio di non corretta pertinenza/funzionalizzazione.

E l'azienda si è posta nella logica del miglioramento continuo anche in previsione del rimborso regionale che con decorrenza dall'anno in corso prescinde dal setting operativo erogato, rimborsando per 69 DRG chirurgici individuati, il solo day surgery anche in costanza del pernottamento del paziente in osservazione per una notte.

Certamente le condizioni cliniche del paziente andranno privilegiate e non andranno sottovalutate ma, la tendenza verso un'opzione di non ospedalizzazione. Le discipline maggiormente coinvolte sono Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Oculistica, Ginecologia e Ostetricia, Ortopedia e Otorinolaringoiatria.

6.2 IMPEGNO ASSISTENZIALE

E' 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 si è avvalsa del metodo svizzero della Karnofsky Performance Status Scale KPS, con un progetto avviato nel 2003 e replicato periodicamente, con l'ultima rilevazione nel corso del 2018, per individuare le 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'ammalato ricoverato. Le U.A. assicurano, in stretta integrazione con l'attività medica, modalità omogenee ed efficaci di erogazione dell'assistenza infermieristica, potendo pertanto afferire una o più strutture affini o complementari appartenenti anche a dipartimenti diversi. In tale logica, l'Asst intende stimare la modalità di aggregazione delle risorse, per soddisfare il bisogno di assistenza richiesto dall'unità organizzativa di degenza.

Per *Case Management Society of America*, il case manager è in grado di promuovere un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione e coordinamento delle cure, valutazione e advocacy delle scelte dei servizi che agevolano il paziente

In Asst sin dal 2011 è stata diffusa la figura del case manager, successivamente all'individuazione di ambiti di intervento rivolte a persone con patologie croniche e fragili. In aderenza alle linee guida regionali verranno individuate anche le figure del care manager.

La necessità aziendale di fornire una risposta più rispondente alle esigenze dell'autonomia della persona assistita, attraverso il potenziamento delle capacità di autogestione della patologia cronica, hanno posto le basi per la valutazione della fattibilità dell'introduzione di ambulatori professionali. Sono state all'uopo istituite realità ambulatoriali autonome con gestione di personale non medico: Ambulatorio Infermieristico: per la Prevenzione e il Trattamento delle Lesioni Cutanee, di Stomoterapia; per la Gestione dello Scompenso Cardiaco; Ambulatorio della gravidanza fisiologica e Ambulatorio di riabilitazione del pavimento pelvico per le puerpere con lacerazione di III e IV grado, a gestione ostetrica, con particolare riguardo alle gravidanze a basso rischio, in linea con l'auspicata tendenza regionale.

6.3 PROGETTO DOSSIER AZIENDALE SANITARIO ELETTRONICO (D@SE)

La rilevazione degli esiti sensibili dell'assistenza infermieristica *Nursing Sensitive Outcomes*, la quale genera flussi di dati a scopo clinico e gestionale, rilevabili elettronicamente, è un obiettivo perseguito dalla DPSS dell'Asst che dal 2017 sta analizzando l'implementazione dei sistemi elettronici per la rilevazione di indicatori utili agli stessi pazienti e agli operatori del sistema sanitario.

Il monitoraggio degli NSO è di particolare rilievo nel contesto aziendale ad alta specializzazione e di rilievo nazionale dell'Asst che da tempo persegue progetti avanzati di sviluppo della documentazione clinica elettronica.

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.

6.4 IL PERCORSO DI ACCOGLIENZA

“Accettare” deriva dal latino *accipere*, ricevere. Alcuni vocabolari affermano che abbia sempre un significato positivo. L'accettazione è l'ufficio in cui si ricevono richieste di determinate prestazioni e in particolare si svolgono le pratiche per ammettere i malati in ospedale. Il termine, trasferitosi dal luogo alla funzione, viene ad indicare anche l'insieme delle attività che sono attuate per consentire o regolarizzare l'ammissione del



paziente in ospedale. Il termine “Accettazione” è riservato alle pratiche burocratiche e alla identificazione di specifici Uffici. Più diffuso il termine “accoglienza”. L'*accoglienza* è di per sé cordiale, sopitale, poiché accogliere vuol dire approvare, accettare, dare ospitalità, includere. Il suo contrario è, appunto, allontanare, respingere, rifiutare, escludere.

L'accoglienza è una delle funzioni degli operatori sanitari, un'attività necessaria per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra persona assistita e persona che assiste all'interno di una relazione di aiuto, focalizzata sui bisogni dell'utenza e sulla partecipazione alle decisioni assistenziali che la riguardano. L'accoglienza comporta pertanto una reciprocità stabilendo un rapporto bidirezionale. Si chiedono informazioni e si danno informazioni. E' la porta di accesso per una presa in carico.

Il termini *presa in carico* si chiarisce riflettendo sulla sua etimologia. “*Carico*” viene da carro. La parola è poi passata al significato figurativo di responsabilità, aggravio, onere. L'evoluzione del concetto in ambito sanitario, e, in particolare, ospedaliero, assume sfumature diverse e consiste in una funzione che ha il suo inizio con il processo di accoglienza ma che mette il cittadino (e i familiari) nelle condizioni di individuare non solo un soggetto organizzato (l'équipe, il servizio) ma anche un soggetto relazionale (il medico, l'infermiere) che è garante del percorso e della condivisione delle scelte terapeutiche e assistenziali, quindi sul piano non solo gestionale ma anche umano.

Una specifica Unità organizzativa Gestione Amministrativa dei Presidi coordina le attività di accesso al Punto Prelievi i cui volumi si assestano su 200.000 contatti annui, e le connesse attività amministrative del CUP centrale, dei 7 CUP di Torre e di altri Front Office per oltre 950.000 prestazioni l'anno.

Considerando l'evoluzione in corso a livello sociale ed economico, nonché le indicazioni fornite dall'Agazia 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. Auspicabile l’introduzione capillare nel 2019 a tutti i servizi.

6.5 COMUNICAZIONE E RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Si potenzierà il segmento *empowerment dell’utenza* per la piena e corretta conoscenza dei servizi sanitari e sociosanitari di cui potranno disporre i cittadini del comprensorio bergamasco. In una logica di sistema, saranno comunque condivise, con la Regione le modalità comunicative per diffondere e valorizzare notizie particolari di fatti degni di nota sul versante clinico, epidemiologico o, viceversa, per evitare la diffusione di notizie operate dai media o percepite - da un segmento della popolazione - e non verificate, per un univoco ed efficace chiarimento informativo all’utenza.

Nel medesimo segmento si pone anche la sensibilizzazione del cittadino sugli impatti di una pluri-prenotazione e il potenziamento di figure Referenti dei tempi di attesa.



⁴ Fonte: Riunione Plenaria – Direzione Strategica 21-1-2019

6.6 RISK MANAGEMENT E QUALITÀ

E' strategicamente prioritaria per il 2019 l'implementazione di **progetti interaziendali** - in tema di Risk Management - volti alla riduzione dei rischi connessi con l'erogazione di prestazioni sanitarie.

Check-List 2.0: nuovo strumento di risk assessment che integra, senza sostituirla, la Check-list Ministeriale, in particolare per:

- profilassi antibiotica in chirurgia
- dress code ed igiene delle mani

Opportuno incrementare l'attenzione e gli interventi attuativi su ulteriori *Raccomandazioni Ministeriali*:

- N. 18 Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli
- N. 17 *Riconciliazione terapeutica* ed integrazione con Farmacovigilanza
- N. 8 *Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori* sanitari integrazione con Servizio di Prevenzione e Protezione

E' attivo il *Sistema 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.

E' perseguita la politica di integrazione delle diverse funzioni e attività in atto, relativamente a qualità e sicurezza delle prestazioni, allo scopo di ottimizzare le risorse dedicate e trarne il massimo beneficio. A tal proposito 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

7. OBIETTIVI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

7.1 RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA

Regione Lombardia coordina per l'anno 2019 l'organizzazione del sistema degli acquisti sanitari, già descritto nella DGR n. X/7600 del 20/12/2017 con la normativa nazionale. Intende perseguire i seguenti risultati:

- ✓ La non attivazione di procedure di acquisto relative a beni e/o servizi già oggetto di Contratti/Convenzioni stipulati da ARCA o oggetto di convenzione CONSIP;
- ✓ Non attivazione procedure di acquisto autonome relative ad iniziative per approvvigionamenti già oggetto di programmazione sanitaria e attribuite ad ARCA;
- ✓ Attivazione eccezionale di procedure autonome per una durata e quantità limitate, fino alla data di attivazione delle convenzioni programmate a livello aggregato.
- ✓ Rispetto di ambiti di aggregazione derivanti dal DPCM 11 luglio 2018 tra cui: farmaci, vaccini, stent, ausili per incontinenti (ospedalieri e territoriali), protesi d'anca, medicazioni generali, defibrillatori, pace maker, aghi e siringhe, guanti (chirurgici e non), suture, ossigenoterapia e diabetologia territoriale.
- ✓ Acquisiti in autonomia previa autorizzazione espressa di ARCA.
- ✓ Adozione procedura negoziata per beni in esclusiva o infungibili nel rispetto delle regole.
- ✓ Riduzione media budget acquisti pari a - 0.9%.

Obiettivi specifici:

- ✓ incremento di procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2018, in particolare per quanto riguarda la categoria dei dispositivi medici/servizi non sanitari, migliorando l'adesione alle convenzioni ARCA.
- ✓ monitoraggio di beni e servizi garantito da una **scrupolosa adesione** alla normativa sui Flussi Consumi Dispositivi Medici.
- ✓ Sistema di qualificazione delle Stazioni Appaltanti
- ✓ Iscrizione di esperti all'Albo ANAC obbligatorio dei commissari di gara.

7.2 FARMACEUTICA

L'Asst è stata individuata a seguito di convenzione con le Asst Bergamo Ovest e Bergamo Est dal 1° gennaio 2017 Capofila del Servizio Unificato di Assistenza Farmaceutica - SAF della provincia di Bergamo.

I settori di competenza del SUPI ineriscono l'assistenza integrativa, l'assistenza protesica, la gestione degli ausili per incontinenti, la protesica maggiore per l'acquisto e il noleggio di apparecchiature e l'assistenza farmaceutica.

Interessante il Progetto SUPI, il quale pur in assenza di un ufficio centrale 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.

7.3 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, contabilità analitica e 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 di risorse

7.4 INTERNAL AUDITING

La funzione di Internal Auditing è quella di presidiare e di mitigare i rischi insiti nei processi delle funzioni e delle attività poste in essere dalla struttura sanitaria, verificando al contempo l'efficacia dei sistemi di controllo esistenti, dando priorità alle aree più vulnerabili in termini economici e/o di importanza della funzione espletata. E' una funzione trasversale su tutti i segmenti aziendali e opera in sinergia col settore dell'anticorruzione, area legale, controllo di gestione, area qualità, Risk Management e Data protection officer.

Il Piano di Audit annuale in una logica di *risk based* ha lo scopo di garantire un'adeguata e progressiva copertura delle procedure aziendali così caratterizzate, partendo da quelle il cui valore, tra indici di frequenza e probabilità di impatto, risulti molto alto. In tale logica continuerà la mappatura dei rischi aziendali.

Molto rilevante la funzione di supporto aziendale nel percorso inerente la Certificabilità del bilancio e altresì quella di fornire contributi al settore che si occupa di *risk assessment*.

Sono stati individuati per il 2019 i seguenti target di intervento:

- Manutenzione della strumentazione ospedaliera la cui esecuzione è demandata ad un gestore
- Acquisti di "lavori" in economia
- Cessione del credito
- Inventario dei beni confluiti ex l.r. 23/2015
- Servizio protesica e SUPI

7.5 GLI INVESTIMENTI E LO SVILUPPO TECNOLOGICO

Le apparecchiature in dotazione sono circa 9.500, per un totale di oltre 13.000 dispositivi.

Nell'ambito del piano investimenti aziendale, nell'ultimo triennio sono state finanziate le seguenti grandi attrezzature il cui valore di acquisto è > 400.000€:



Anno_atto regionale	INVESTIMENTO	Totale
2016	TC per PS (64 strati come l'attuale) per radiodiagnostica	500.00
2017	IOR intraoperatoria - ambito D	400.00
	CT/PET - ambito D (*)	2.000.000
	Gamma camera - ambito D (*)	550.000
2018	Acceleratore lineare (*)	3.000.000
	N. 3 portatili per radioscopia	455.000
Totale complessivo		6.905.000

(*) Trattasi di apparecchiature la cui installazione in ambito aziendale è prevista per i primi mesi del 2019.

Per il prossimo triennio opportuno investire nelle seguenti grandi attrezzature (> 400.000€):

INVESTIMENTO	Totale
Linac	7.200.000
Tomografo computerizzato 128 strati	1.200.000
Totale complessivo	8.400.000

Si segnala inoltre che risulta attivo un tavolo regionale per la valutazione connessa all'acquisizione di un sistema di chirurgia robotica videoassistita da destinare all'Azienda.

Estratto Programma Triennale Lavori Pubblici 2019/2021 Deliberazione 1945 del 30-10-2018

Interventi	2019	2020	2021
PreSST - Bonifica amianto		x	x
PreSST - Adeguamento normativo e funzionale	X	x	x
P.O. San Giovanni Bianco - Adeguamento normativo, tecnologico, antisismico e messa in sicurezza	X	x	x
HPG23 - Estensione impianto di posta pneumatica	X	x	
HPG23 - Insonorizzazione CUP		x	x
Centro Riabilitazione Mozzo – adeguamento antisismico e funzionale	X		
Scuole Universitarie via Nini da Fano - Adeguamento funzionale	X	x	
Polo Ricerca e innovazione - realizzazione nuovo edificio			x
Area ex cantiere Nuovo Ospedale – completamento lavori di bonifica		x	x

8. FORMAZIONE

L'azienda che ha sempre considerato la formazione continua una leva strategica per l'evoluzione professionale, intende consolidare la *mission* dell'ospedale quale fonte di ricerca e motore della didattica.

L'ASST 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 e Collegi professionali, Società Scientifiche – per ogni metodologia didattica e tipologia formativa.

I convegni, le iniziative di addestramento, i corsi di approfondimento... nella forma residenziale che a distanza, programmati nel PFA 2018 e realizzati, sono stati complessivamente: 265, di cui 243 accreditati, articolati in 599 edizioni.

Rispetto all'indicazione regionale che pretende il superamento del rapporto tra la programmazione e l'esecuzione, almeno non inferiore al 50%, l'azienda si colloca con due indicatori specifici in un range che supera 80%.

Piano Formativo Aziendale 2018 – Consuntivo Attività

Eventi	Edizioni Complessive	ORE Dipendenti	Presenze Dipendenti	Presenze complessive	Stanziamiento €
265	599	104.874	27.633	30.128	513.000,00

Dal Report si evince una formazione erogata, pro-capite superiore a 26 ore/anno e una partecipazione pro-capite ad oltre 6 iniziative formative/anno.

I costi attualmente stimati sulla previsione di spesa per la didattica, offrono un dato da sommare ad altri elementi di dettaglio sui altri costi diretti e indiretti.

I percorsi formativi sono stati classificati secondo gli indirizzi della *Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni*, così stratificati:

- sviluppo di obiettivi tecnico professionali pari a n. 124 eventi, 306 edizioni,
- sviluppo di obiettivi di sistema pari a n. 92 eventi, 174 edizioni
- sviluppo di obiettivi di processo pari a n. 49 eventi, 119 edizioni⁵



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

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 Università di Milano Bicocca, Università del Surrey e Università di Bergamo.

Corso di formazione triennale in Medicina Generale: ASST è sede di riferimento provinciale del corso, 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.

⁵ Fonte: Piano Formativo ASST Papa Giovanni XXIII anno 2018

9. 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.

Anche per il 2019, Regione Lombardia continuerà a sostenere il finanziamento di progetti di ricerca. L'Azienda, negli anni si è dotata di una struttura atta a reperire risorse per la gestione dei progetti di ricerca promossi da vari organismi quali, Ministero della Salute, Comunità Europea, AIFA e Fondazioni.

Nel biennio 2016 -2017 l'ASST sono proseguiti circa 700 studi già avviati negli anni precedenti e i cui volumi complessivi in termini numerici, economici e d'impegno offrono il dimensionamento del segmento delle sperimentazioni cliniche e farmacologiche in atto all'Ospedale Papa Giovanni XXIII.

Nel triennio 2016 -2018 sono iniziate ulteriori 451 nuove ricerche.

Nel 2018 dei 158 studi, 61 sono profit supportati da sponsor commerciali e 97 no profit.

Di questi ultimi, 23 sperimentazioni sono state promosse direttamente dai clinici dell'Azienda e 3 da FROM.

Contrariamente a quanto si evince dal 17° Rapporto Nazionale AIFA 2018, in ordine ad una diminuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali in Italia, le sperimentazioni gestite dal Coordinamento Trial Clinici dell'ospedale non risente della contrazione.

Unità Organizzative promotrici	Totale	2016	2017	2018
Ematologia	98	26	44	28
Oncologia	91	25	21	45
Cardiologia 1 - Scopenso e Trapianto	43	20	16	7
Malattie Infettive	26	11	5	10
Malattie Endocrine – Diabetologia	16	9	3	4
Neurologia	19	8	3	8
Pediatria	19	7	4	8
Gastroenterologia 1 – Epatologia	11	5	3	3
Nefrologia e Dialisi	13	4	4	5
Cardiologia 2 - Diagnostica interventistica	9	6	1	2
Reumatologia	8	4	2	2
Anestesia e Rianimazione 2	8	1	4	3
Chirurgia Generale 1	6	2	3	1
S.I.M.T.	56	1	4	1
ALTRE UOC	78	28	19	31
TOTALE	451	157	136	158

Non va trascurato il ruolo dei laboratori, dei servizi diagnostici, di tutte le unità organizzative e del personale tecnico, infermieristico medico, clinico e amministrativo che ruota intorno alle sperimentazioni, transitando dall'autorizzazione da parte del Comitato Etico, all'arruolamento del paziente, sino alla stesura di relazioni conclusive nel rispetto del Protocollo e dei contratti con gli sponsor e delle convenzioni con enti pubblici ed organismi di ricerca a livello nazionale od europeo, qualora siano stati co-finanziati.

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 ad 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 una considerevole importo.

10. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

10.1. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE NELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII

10.1.1 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 già da tempo 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 come la nostra, 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 e alle attese fissate dall'organizzazione. Nell'ASST, nel corso degli anni, ha invece assunto un significato diverso: è 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. E' questo il delicato e innovativo compito *dell'UOC Formazione, Valutazione e Controllo Strategico (F&VS)* che 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.

10.1.2 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'allocatione 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.

10.1.3 IL CICLO DELLA PERFORMANCE

L'analisi del funzionamento dell'Azienda sociosanitaria, con il presidio ospedaliero e gli ambiti territoriali, realizza il *ciclo gestionale*: dall'acquisto di materie prime, di beni e servizi, alla produzione documentale (referto diagnostico, terapeutico) connessa alla prestazione di servizi (intermedi e finali). Il riferimento esemplificativo è al prelievo, all'indagine strumentale, alla visita ambulatoriale... al ricovero.

Vengono poi presidiati *l'ambito amministrativo-contabile*, sotto il profilo *formale e legale* dai collegi tecnici.

L'*Auditing interno*, il *Sistema qualità* e le varie Commissioni sul rischio clinico, la sicurezza ambientale, le infezioni ospedaliere assicurano il *rispetto di procedure e protocolli*.

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.

Vengono stimati: il *volume di determinate prestazioni* (per la contrazione o l'innalzamento), il *benessere organizzativo*, *l'innovazione*, il *livello di ricerca*, i *tempi d'attesa/soddisfazione del*

cittadino/ricorso alla libera professione; il raccordo col territorio, le modalità con le quali si effettua prevenzione: contro le violenze su donne e minori, il fumo, l'alcool, le droghe e le dipendenze; le coorti di vaccinazioni, il ruolo del volontariato sociale, la comunicazione efficace...

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 socio sanitario e le strategie da perseguire.

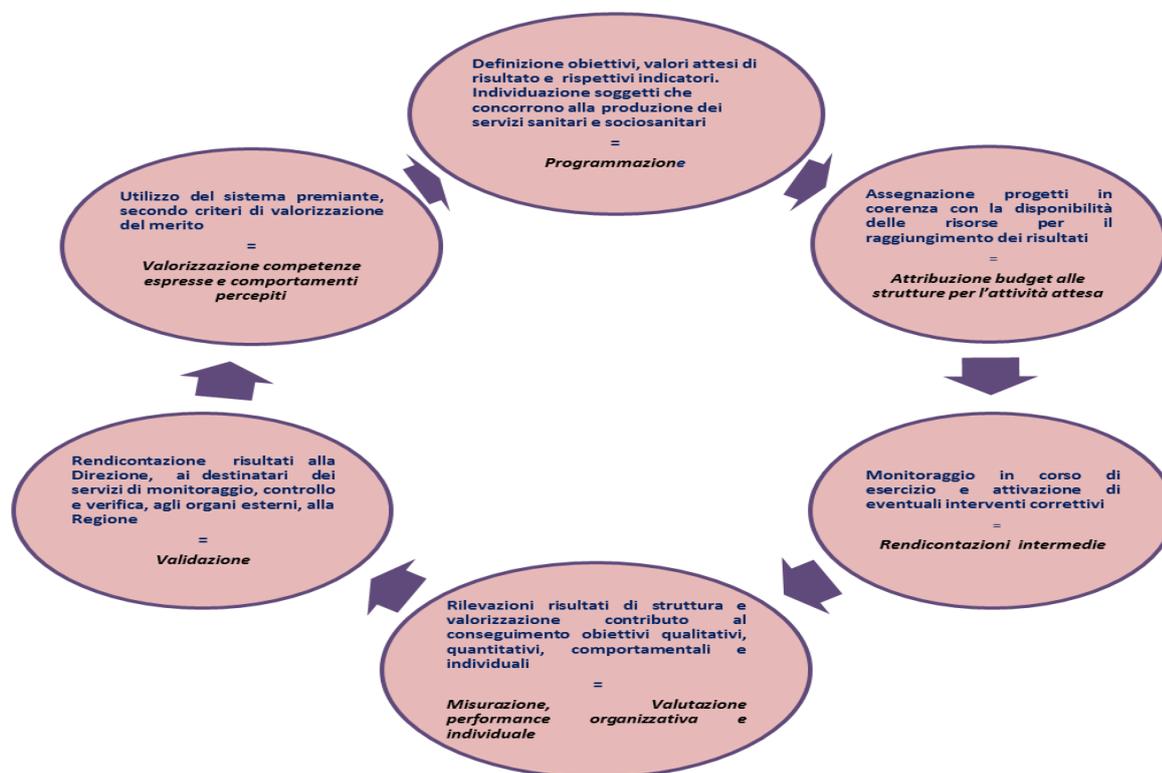
L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali di interesse regionale, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, si sviluppa nella declinazione e assegnazione di una quota budget alle strutture (complesse, semplici e dipartimentali) e al monitoraggio dei risultati, al fine della tempestiva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



10.1.4 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, patrimoniale e monetario, 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 - sia per le classiche attività di diagnosi, cura e presa in carico del paziente, che di prevenzione con campagne e screening per target e segmenti di popolazione, sempre più orientate alla responsabilizzazione del cittadino che deve prendersi cura di sé, in una logica di soddisfazione sinergica e collaborazione profusa con i servizi offerti sul territorio.

Sono oggetto di valutazione, inoltre, indicatori relativi ai contenziosi sindacali, legali, giudiziari, i reclami e le modalità di risoluzione.

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.

- *Assegnazione 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.

- *Monitoraggio dello 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.

10.2. OBIETTIVI AZIENDALI E DI STRUTTURA

10.2.1 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.

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. Segue una discussione orientata 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 permette 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 permette di coniugare 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 compagine direttiva della struttura e la Direzione strategica. 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 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 nel rispetto dei propri indirizzi strategici

enunciati nel POAS, convoca ed effettua gli incontri di negoziazione di budget nel rispetto, di norma, dell'aggregazione dipartimentale delle Strutture.

Al termine degli incontri di contrattazione, per ogni struttura 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

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.

10.2.2 IL MONITORAGGIO, LA MISURAZIONE E 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 dell'anno precedente, la Direzione Aziendale, coadiuvata dalle strutture organizzative incaricate, predisponde 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 dell'anno 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 nel processo di controllo. Contribuisce a perfezionare, in accordo con la Direzione aziendale e d'intesa con gli Uffici di staff competenti in materia di programmazione audit, gli indicatori. Orienta la gestione delle risorse umane in una logica proattiva.

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

- Esiti dell'attività effettuata;
- 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 degli skill e adempimenti in termini di contrasto alla corruzione

10.3. OBIETTIVI INDIVIDUALI

10.3.1 LE CARATTERISTICHE

Con riferimento ai **risultati**, gli obiettivi rappresentano il contributo richiesto a ciascun dipendente per il raggiungimento degli obiettivi generali della Struttura.

Si ritiene che un obiettivo sia adeguato quando 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 oggetto di considerazione, oppure prevede 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 occorre 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.

10.3.2 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.

- Necessario un colloquio precedente la valutazione finale tra i soggetti in tempo utile e congruo per monitorare l'andamento del perseguimento degli obiettivi e consentire margini di adattamento, giustificazione o riallineamento;
- Successivo colloquio in cui si ottengono dal valutato relazioni, report, giustificazioni di scostamento o elementi ulteriori volti a comprovare i risultati comunque perseguiti e raggiunti, cui segue contestualmente un breve giudizio;
- Compilazione della scheda obiettivi in un software attribuendo i punteggi e fornendo eventualmente una motivazione, il cui esito verrà poi notificato al valutato.
- A seguito del colloquio finale di valutazione, 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 (ex CIVIT) 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/professionale).

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.

La modalità con la quale si misura e apprezza la performance organizzativa e individuale è analizzato e contenuto nel documento di sintesi *Relazione sul funzionamento del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni*.

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.

10.4 LE COMPETENZE E GLI SKILL

10.4.1 LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE DEL COMPARTO

La scheda di valutazione delle competenze, 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 lo 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*.

10.4.2 LA VALUTAZIONE E IL POSIZIONAMENTO DEI DIRIGENTI PROFESSIONAL

Nel corso degli anni, le riforme in tema di personale delle Aziende ospedaliere e della sua valutazione, 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 dei dirigenti che sono privi di una struttura da gestire.

Il nuovo sistema consta di:

- Valutazione delle capacità professionali
- Giudizio dello 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 a individuare le aree di forza e debolezza del professionista e illustrare il punteggio ottenuto. Per le criticità è altresì necessario definire metodi di intervento alternativi.

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. E' 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 le capacità comportamentali

(declinate in 10 item trasversali per tutte le strutture dell'Azienda) per ottenere la valutazione congiunta della professionalità espressa dal *Dirigenti Professional*.

Il nuovo 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 dell'incarico e verificherà il punteggio ottenuto nella scheda di valutazione.

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).

10.4.3 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 stato implementato prevedendo l'analisi del proprio skill - da parte del Dirigente - 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 collaboratore 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 valutata 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 equipe.

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 l'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 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 l'item non afferisca allo stile comportamentale o alla funzione delineata nel contesto organizzativo specifico del valutato. Le ragioni devono però essere esplicitate. Qualora siano ipotizzati altri item, è opportuno indicare la necessaria sostituzione rispetto all'item configurato genericamente. E' onere di entrambi gli interlocutori prevederlo per evitare contenziosi sulla non pertinenza e/o riferibilità alla posizione ricoperta in quel contesto.

10.4.4 LE GARANZIE DI CORRETTEZZA DELLA FUNZIONE

- Le garanzie, per tutto il personale, 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;
 - ✓ *Verifica l'inesistenza 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 da parte dell'UOC F&VS;
 - ✓ *Definizione anticipata* (rispetto all'incarico in scadenza del personale) da parte dei Direttori e vari responsabili del comparto, che a vario titolo lasciano o sospendono la collaborazione con l'Azienda del giudizio sul personale che afferisce loro gerarchicamente, quale estrinsecazione del principio di trasparenza ed equità del sistema di valutazione, a garanzia del valutato.

per i Dirigenti le garanzie contemplano anche la:

- ✓ *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, con o senza continuità, in costanza di un buona valutazione.
- ✓ Esistenza di *due tipologie di valutazioni*: di I e II livello.
- La valutazione di seconda istanza è effettuata dal *Collegio Tecnico* che è composto dal Presidente, preferibilmente il Direttore del Dipartimento a cui appartiene il valutato e da due componenti che ricoprono il ruolo di Direttore di struttura complessa della "disciplina" equipollente o affine a quella di appartenenza del valutato.

Il lavoro 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 si riferisce a:

- ✓ 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.

Eccezionalmente, per evidenti ed acclamate situazioni:

- l'esistenza di un bando per il conferimento di una struttura organizzativa cui un professionista intende 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 ...
- un percorso di approfondimento (estero o in strutture nazionali eccellenti) di elevata complessità ...

che impattano direttamente sul Dirigente ed ineriscono ad una particolare competenza già espressa e apprezzata e costituiscono il presupposto del riconoscimento della graduazione di un incarico superiore a quello rivestito o una funzione alternativa o aggiuntiva, può essere effettuata una valutazione, la cui motivazione sia riconducibile a cause sussumibili nella regolamentazione.

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 attribuite le posizioni vacanti.

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 state 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.

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

I criteri di esclusione utilizzati sono inerenti i ricoveri di pazienti extra-regione, di età inferiore ai 2 anni e afferenti le classi di finanziamento riabilitative, delle cure palliative o delle lungodegenze.

DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI	VALORE ASST ANNO 2018	VALORE ATTESO ASST TRIENNIO 2019-2021
Efficacia	Ricoveri ordinari ripetuti entro l'anno solare (%) = N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto entro l'anno / Tot. Dimissioni	2.890/28.977 = 9,97%	Inferiore all'11%
Efficacia	Dimissioni volontarie (%) = N° dimissioni volontarie / Totale dimissioni	100/28.977 = 0,35%	Inferiore a 0,5%
Efficacia	Trasferimenti tra strutture considerando solo quelli avvenuti tra Istituti per acuti (codice SDO n.3) (%)= N. Trasferiti (secondo codifica SDO-codice 3)/ Totale dimessi	148/28977 = 0,51%	Inferiore a 0,7%
Efficacia	Ricoveri ordinari ripetuti entro 45 gg (%) = N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto / Tot. Dimissioni	1.268/28.977 = 4,38%	Inferiore a 6%
Efficacia	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti in provincia / Tot. residenti in provincia	25.966 /1.091.075= 24%^o	Mantenimento valori
Efficacia	Tasso di ospedalizzazione ricoveri DH (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	6.469 /1.091.075= 6%^o	Mantenimento valori
Efficacia	Tasso di ospedalizzazione ricoveri totali (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi totali residenti in provincia/ Tot. residenti in provincia	32.435/1.091.075= 30%^o	Mantenimento valori

DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI	VALORE ASST ANNO 2018	VALORE ATTESO ASST TRIENNIO 2019-2021
Efficacia	Tasso di attrazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti fuori regione/ Tot. Dimessi dopo ric. ordinario compresi i pazienti fuori regione	$1.448/30.425 = 48\%$	Mantenimento valori
Efficacia	Tasso di attrazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti fuori regione/ Tot. Dimessi dopo ricovero DH compresi i pazienti fuori regione	$457/8.027 = 57\%$	Mantenimento valori
Efficacia	Tasso di attrazione ricoveri totali (n. pazienti per 1.000 per anno)= N. dimessi totali residenti fuori regione/ Tot. dimessi (ordinari e DH) compresi i pazienti fuori regione	$1.905/38.452 = 50\%$	Mantenimento valori

Indicatori Pimo

Ambito		Report	Indicatore	Dimensione qualità misurata	Processo	Tipo calcolo	Indicatore	Valore anno 2017	Valore obiettivo
1	Economico-Finanziario	Situazione economico-finanziaria	economico gestionale di bilancio	Efficienza	Area amministrativa	Rapporto Percentuale	Costo personale / produzione lorda * 100	64%	Miglioramento
1	Economico-Finanziario	Situazione economico-finanziaria	economico gestionale di bilancio	Efficienza	Area amministrativa	Rapporto Percentuale	Spesa per beni e servizi / produzione lorda * 100	64,60%	Miglioramento
1	Economico-Finanziario	Situazione economico-finanziaria	economico gestionale di bilancio	Efficienza	Area amministrativa	Rapporto Percentuale	Costi: Personale, beni e servizi ... costi / Valore della Produzione da Bilancio * 100	96,80%	Miglioramento
2	Struttura	Manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza	Verifiche manutenzione impianti	Efficacia, Efficienza, Sicurezza	Area tecnica	Rapporto Percentuale	Numero verifiche eseguite nei tempi / Numero verifiche pianificate * 100	99,92%	100%
2	Struttura	Verifica impianti	Contaminazione da Legionella delle acque	Sicurezza	Area clinica	Rapporto Percentuale	Numero di campionamenti positivi nei punti di controllo controllati (= > 100 UFC/l) / Numero punti di controllo verificati nel periodo * 100	3%	0%
2	Struttura	Documento di valutazione dei rischi - DVR	Correttivi apportati	Appropriatezza, Sicurezza	Sistema Prevenzione e Protezione	Rapporto Percentuale	Numero di correttivi apportati per problemi ad alto rischio / Numero di correttivi pianificati per problemi ad alto rischio * 100	0,00%	100%
3	Tecnologie	Governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)	Efficienza dell'alta tecnologia diagnostica	Efficienza, Continuità	Area clinica	Rapporto Percentuale	ore di fermo macchina per guasto TC e RMN nell'anno/ ore di servizio atteso TC e RMN * 100	0,42%	Riduzione
3	Tecnologie	Farmacovigilanza	Tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa (ADR)	Sicurezza	Area clinica	Numero Intero	segnalazioni di sospetta ADR	354 pari a 9,46%	Incremento del 10% delle segnalazioni rispetto all'anno precedente (valore soglia regionale)
3	Tecnologie	Dispositivo sorveglianza	Gestione recall dispositivi medici	Efficacia, Efficienza, Sicurezza, Tempestività	Area clinica	Rapporto Percentuale	Recall gestiti nei tempi/ Recall ricevuti * 100	100%	100%
3	Tecnologie	Uso in sicurezza dei farmaci	Stoccaggio elettroliti concentrati	Sicurezza	Area clinica	Rapporto Percentuale	punti di detenzione dei farmaci controllati / punti di detenzione dei farmaci * 100	25,80%	in attesa di definizione valore soglia regionale
3	Tecnologie	Uso in sicurezza dei farmaci	Stoccaggio elettroliti concentrati	Sicurezza	Area clinica	Rapporto Percentuale	punti di detenzione dei farmaci conformi / punti di detenzione dei farmaci controllati * 100	100%	100%
4	Sistemi Informativi	Progetto SISS	Documenti sanitari disponibili on line	Accessibilità	Area Sanitaria	Numero Intero	referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia AMB	94,90%	in attesa di definizione valore soglia regionale
4	Sistemi Informativi	Progetto SISS	Documenti sanitari disponibili on line	Accessibilità	Area Sanitaria	Numero Intero	referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia LIS	93,60%	in attesa di definizione valore soglia regionale
4	Sistemi Informativi	Progetto SISS	Documenti sanitari disponibili on line	Accessibilità	Area Sanitaria	Numero Intero	referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia RIS	97,90%	in attesa di definizione valore soglia regionale
4	Sistemi Informativi	Progetto SISS	Documenti sanitari disponibili on line	Accessibilità	Area Sanitaria	Numero Intero	referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia PS	97,60%	in attesa di definizione valore soglia regionale
4	Sistemi Informativi	Progetto SISS	Documenti sanitari disponibili on line	Accessibilità	Area Sanitaria	Numero Intero	referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia LDIM	85,60%	in attesa di definizione valore soglia regionale

Ambito		Report	Indicatore	Dimensione qualità misurata	Processo	Tipo calcolo	Indicatore	Valore anno 2017	Valore obiettivo
4	Sistemi Informativi	Progetto SISS	Documenti sanitari disponibili on line	Accessibilità	Area Sanitaria	Numero Intero	referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia ALTRO	NA	in attesa di definizione valore soglia regionale
4	Sistemi Informativi	Disaster recovery	Disaster plan informatico	Continuità	Tutte le aree	Evento (Si/No)	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno.	NON presente	Evento verificato
4	Sistemi Informativi	Continuità operativa	Continuità operativa informatica	Affidabilità	Area Clinica e Amministrativa	Rapporto (due dec nel risultato)	Somma eventi in cui gli applicativi informatici clinici non sono stati accessibili, funzionanti per un tempo superiore a 30 minuti /365		Nuovo indicatore: n. ore disservizio su numero ore di servizio attivo (uptime)
5	Risorse Umane	Sicurezza del posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria	Frequenza infortuni	Sicurezza	Area manageriale	Rapporto * 1000000	infortuni / ore lavorate * 1.000.000	0,00%	0
5	Risorse Umane	Analisi dell'attività formativa erogata	Tasso di efficacia dell'offerta formativa	Competenza	Area amministrativa	Rapporto Percentuale	corsi erogati / corsi programmati * 100	83,50%	50% (Livello regionale) Valore aziendale: miglioramento
5	Risorse Umane	Rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi	Incidenza ore di formazione	Competenza	Area amministrativa	Rapporto Percentuale	Ore formazione dipendenti / N.ORE lavorate * 100	1,17%	in attesa di definizione valore soglia regionale
5	Risorse Umane	Valutazione e sviluppo delle competenze	Dipendenti con valutazione individuale annuale	Competenza	Area amministrativa	Rapporto Percentuale	Dipendenti con valutazione individuale annuale / Totale personale dipendente * 100	Oltre 4000 dipendenti :100%	100%
6	Organizzazione	Reclami dei cittadini	Indice di reclamo	Soddisfazione cliente	Segnalazioni Cittadini	Rapporto * 10000	RECLAMI / tot. Ricoveri * 10000	118,62	In attesa di definizione livello regionale. Valore aziendale: miglioramento
6	Organizzazione	Reclami dei cittadini	Indice di reclamo	Soddisfazione cliente	Segnalazioni Cittadini	Rapporto per *100000	RECLAMI / tot. PRESTAZ. AMB * 100000	63,81	In attesa di definizione livello regionale. Valore aziendale: miglioramento
6	Organizzazione	Rilevazione della qualità percepita	Percentuale dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction	Soddisfazione cliente	Customer Care	Rapporto Percentuale	risposte pari a 6 e 7 per la domanda relativa alla SODDISFAZIONE COMPLESSIVA / totale risposte * 100	83,07%	In attesa di definizione livello regionale. Valore aziendale: miglioramento
6	Organizzazione	Gestione del contenzioso	RR aperte nell'anno	Sicurezza	Gestione del contenzioso	Rapporto Percentuale	RR pervenute nell'anno / Giornate di degenza dell'anno * 1000	0,02%	In attesa di definizione livello regionale. Valore aziendale: miglioramento
6	Organizzazione	Qualità documentazione sanitaria	Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria	Appropriatezza	Qualità della documentazione sanitaria	Rapporto Percentuale	cartelle con esito diverso da 1 al controllo di qualità documentale / cartelle verificate * 100	7,91%	In attesa di definizione livello regionale. Valore aziendale: miglioramento

12. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Il Piano Nazionale di Prevenzione della Corruzione (PNA) e in particolare la determinazione dell'ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 evidenzia come la salute sia un bene primario, costituzionalmente protetto e, conseguentemente, come l'area della sanità meriti uno specifico approfondimento anche allo scopo di salvaguardare e proteggere le competenze e le capacità professionali presenti, contrastando i comportamenti corruttivi.

Sulla scorta dei suggerimenti e delle indicazioni fornite, l'ASST adotta entro il 31 gennaio di ogni anno il proprio Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT). La metodologia di analisi che si è scelta di applicare ai processi aziendali, anche per la tenuta del registro dei rischi è quella indicata dall'allegato 5 del PNA, elaborato dal Dipartimento della funzione pubblica e approvato con delibera CIVIT n. 72 dell'11 settembre 2013.

Con l'aggiornamento 2019 -2020 - 2021, il catalogo dei processi aziendali sottoposti ad analisi e ponderazione dei rischi è stato rivisto, all'esito dell'attività di audit condotta presso le singole strutture.

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

Le indicazioni del PNA chiarite anche dalla circolare ANAC del 9 settembre 2014, convergono imponendo uno sforzo nella direzione dell'effettività della prevenzione, ipotizzando dichiarazioni di riprovazione, per le aziende che non si siano mosse in tal senso.

Il nuovo PTPCT 2019-2021 intende affinare la mappatura dei processi già censiti - considerando i suggerimenti di ANAC, all'esito dell'analisi della struttura e impianto dei vari piani predisposti sul territorio nazionale, effettuata in collaborazione con l'Università di Tor Vergata - dando risalto alla diffusione della cultura improntata alla cura e tutela del patrimonio pubblico.

Altresì introducendo misure di natura oggettiva e soggettiva atte a garantire l'imparzialità del funzionario pubblico che partecipa all'adozione di atti di gestione.

Continua lo sforzo dell'Asst nell'individuare gli strumenti idonei a garantire in ogni ambito, area e settore il maggior livello possibile di prevenzione, rispetto a condotte non conformi ai principi etici, che potrebbero essere sintomatiche di illeciti.

A maggior ragione è necessario creare consapevolezza sull'eliminazione di situazioni di conflittualità interna.

L'art. 1, comma 41, della L. 6 novembre 2012, n. 190 ha introdotto, con l'art. 6 bis della l. 241/1990, l'obbligo di astensione, in caso di conflitto di interessi, del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, imponendo a tali soggetti l'obbligo di segnalare ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

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

Fermi restando gli obblighi di legge previsti per i casi specifici, l'ASST ha da tempo disciplinato la procedura di verifica e gestione delle situazioni di conflitto di interesse negli artt. 6 e 7 del Codice di comportamento aziendale approvato con deliberazioni n. 171 del 30 gennaio 2014 e n. 208 del 6 febbraio 2014.

Riguardo al codice, la cui diffusione viene assicurata proponendo di neo assunti apposito corso FAD, è impegno dell'ASST ricordare il contenuto dello stesso a tutti i dipendenti e collaboratori attraverso una campagna periodica, con modalità che sono allo stato attuale in fase di studio. L'aggiornamento del corso FAD garantirà una più efficace l'assimilazione.

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

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

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

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

Seguendo il suggerimento di ANAC, il responsabile della prevenzione della corruzione ha assunto anche l'incarico di responsabile della trasparenza e ciò consentirà all'ASST un coordinamento più agevole delle iniziative.

Un ringraziamento a quanti hanno contribuito con relazioni e suggerimenti e a coloro che hanno collaborato alla stesura del documento, per un proficuo lavoro di squadra.

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVO-CONTABILE (proposta n. 185/2019)

Oggetto: APPROVAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019 - 2021 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, 28/01/2019

Il Direttore

Dr. / Dr.ssa Bertocchi Giuliana

PARERE DIRETTORI

all'adozione della proposta di deliberazione N.185/2019

ad oggetto:

APPROVAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2019 - 2021 DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO.

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

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

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

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

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

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

per 15 giorni
