



OGGETTO: RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII - ANNO 2017

**IL DIRETTORE GENERALE
nella persona del Dott. Carlo Nicora**

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

DR. VINCENZO PETRONELLA

IL DIRETTORE SANITARIO

DOTT. FABIO PEZZOLI

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO

DR.SSA DONATELLA VASATURO

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

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

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

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

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

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

Rilevato che il responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

- il d.lgs. n.150 del 27.10.2009 (c.d. “decreto Brunetta”) all’art. 10, comma 1, lettera b), prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente un documento “... che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti e il bilancio di genere realizzato”;
- con il supporto di alcune strutture di staff della Direzione, è stata redatta la “Relazione sulla performance dell’ASST Papa Giovanni XXIII – anno 2017”, come previsto dal suddetto decreto;
- il documento, oltre a tenere in considerazione l’attuazione della l.r. n. 23/2015, è stato redatto garantendo il coordinamento e la coerenza con il “Piano triennale di prevenzione della corruzione 2018-2019-2020” integrato con il programma triennale per la trasparenza e l’integrità;
- il Nucleo di valutazione delle prestazioni ha preso visione della Relazione e dopo averla analizzata, ha approvato il relativo contenuto con motivato parere in data 20.06.2018 (allegato A);

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

DELIBERA

1. di approvare il documento “Relazione sulla performance dell’ASST Papa Giovanni XXIII – anno 2017” (allegato A alla presente);
2. di disporre la pubblicazione sul sito aziendale nella sezione “Amministrazione trasparente” della su menzionata Relazione, entro il 30 giugno 2018;
3. di trasmettere copia del presente provvedimento ai competenti uffici aziendali per dovuta informazione e seguito.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Carlo Nicora

Il responsabile del procedimento: dr.ssa Bertocchi Giuliana

UOC Formazione, valutazione e controllo strategico/bi

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

RELAZIONE PERFORMANCE

ASST PAPA GIOVANNI XXIII

ANNO 2017



La *Relazione sulla performance* rileva, annualmente, il conseguimento dei risultati cui sono pervenute le strutture – dal punto di vista organizzativo e progettuale – evidenziando l’apporto sinergico del personale coinvolto, rispetto alla pianificazione e alle risorse assegnate, descrivendo, al contempo, gli eventuali scostamenti.

INDICE

1. PREMESSA METODOLOGICA.....	3
2. ASST PAPA GIOVANNI XXIII	6
2.1 POAS PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO	8
3. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA	11
3.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO	13
3.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA	15
3.3 TRAPIANTI E L'ALTA SPECIALIZZAZIONE	16
3.4 CURE ONCOLOGICHE	16
3.5 EMERGENZA-URGENZA	17
3.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE.....	19
4. OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE E IL LORO RAGGIUNGIMENTO	22
5. PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA	26
5.1 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ	27
5.2 PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	27
6. FORMAZIONE IN OSPEDALE.....	30
6.1 OFFERTA FORMATIVA AL PERSONALE DIPENDENTE	30
6.2 ATTIVITA' DIDATTICA E SCIENTIFICA.....	31
7. POSIZIONAMENTO DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA: INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)	33
8. MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: INDICATORI DI RISULTATO	35
9. PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE.....	41

1. PREMESSA METODOLOGICA

Il *sistema di misurazione della performance* nelle aziende sanitarie, secondo il modello lombardo, deve tendere:

- al recepimento della programmazione regionale in materia, che costituisce l'impostazione dalla quale far scaturire scelte/priorità/strategie aziendali;
- all'utilizzo di strumenti e sistemi ordinari – già esistenti, per evitare duplicazioni documentali e procedurali - per rappresentare, formulare, comunicare, gli elementi di novità nella programmazione, per presidiare il percorso e gli step, nonché verificarne le risultanze;
- alla valorizzazione/riqualificazione dei sistemi di budgeting per allocare gli obiettivi strategici aziendali a livello di singola unità/struttura/dipartimento/ufficio di staff o line...
- alla chiarezza espositiva e trasparenza, per essere compreso dagli stakeholder e dai cittadini, oltre che per ragioni legate alla partecipazione diffusa, favorita dall'accesso civico agli atti della pubblica amministrazione;
- all'utilizzo di metodi, modalità di raccolta e strumenti di rilevazione, omogenei, per consentire confronti tra aziende, così che i parametri e gli indicatori siano univocamente interpretabili.

All'esito di ciò otterremo:

- RISULTATI ISTITUZIONALI più o meno significativi, più o meno degni di plauso
con:
 - ✓ TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI da confrontare con realtà similari;
 - ✓ VOLUMI DI ATTIVITÀ da comparare con quelle degli altri anni;

valutabili in termini di:

- EFFICACIA: misura la capacità di soddisfare i bisogni espressi e latenti della popolazione, precedentemente ben identificati, nel contesto bergamasco di riferimento e indica l'aderenza o il divario, tra la realizzazione dei progetti rispetto alla pianificazione.

Detto valore complessivamente esprime gli esiti organizzativi “*outcome*” dell'appropriatezza delle cure in termini di accessibilità e fruibilità del servizio offerto (... dal consultorio per la gestante... ai tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali, all'approccio inerente le *reti di patologia*, i **piani diagnostico terapeutici assistenziali**, l'eventuale *progetto di assistenza integrato*...) rispetto allo slogan del welfare lombardo: ***Dalla Cura al Prendersi Cura***.

Tale innovativo obiettivo contempla tutta una serie di azioni - la cui regia è demandata alle ASST – volte a *superare la frammentazione degli interventi*,

promuovere la presa in carico delle persone con fragilità, 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;

- EFFICIENZA: rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra i fattori produttivi impiegati (ore lavoro, risorse economiche, attori protagonisti e non...) nell'attività considerata e i risultati ottenuti per ciascun traguardo prefigurato;

realizzati da:

- COMPORTAMENTI/ATTEGGIAMENTI più o meno virtuosi dei medici, dei dirigenti, del personale sanitario, amministrativo tecnico e professionale e delle organizzazioni sindacali presenti in azienda.
- SKILL DEL TOP MANAGEMENT, degli organismi interni, dei collegi tecnici, dei comitati ... che influenza il clima aziendale, il benessere organizzativo, la stima delle istituzioni, il *favor* della cittadinanza, la stampa locale e nazionale... in buona sostanza, la veicolazione di un'immagine rassicurante per l'opinione pubblica.

Nel contempo è stato costruito un *sistema di misurazione della performance*, contraddistinto dalle caratteristiche rilevate, col supporto dei *Nuclei di Valutazione delle Prestazioni*, succedutisi nel corso degli anni che, inizialmente, hanno sensibilizzato la dimensione creativa delle Direzioni Generali, poi hanno collaborato didatticamente e operativamente alla realizzazione del modello.

I componenti del NVP, costantemente operano per il perfezionamento dello stesso, contemplando *indicatori* che annoverino tutte le dimensioni descritte e quelle che ritengono immanentemente opportune.

Successivamente è necessario descrivere compiutamente il lavoro effettuato in ciascun anno e procedere alla pubblicazione del documento entro la fine del mese di giugno.

Ciò per soddisfare le esigenze:

- del *Committente*, inteso quale *organo politico*, al fine di rappresentare il rispetto dei principi ispiratori del sistema sociosanitario, nella programmazione e pianificazione dei progetti aziendali e quale *organo amministrativo* che finanzia le funzioni prodotte, per la verifica degli obiettivi raggiunti che non possono essere solo numerici ed economici;
- della *Collettività* che partecipa direttamente e indirettamente al finanziamento del sistema, si avvale di questo servizio pubblico e intende essere sempre più informata e maggiormente coinvolta su un segmento, quello sociosanitario, cui ciascuno interdipende;
- dei *Portatori di interesse delle varie categorie*: il volontariato sociale, le università, le scuole di specialità, i centri di ricerca, le varie associazioni... affinché possano continuare ad alimentare la fiducia riposta in questa struttura pubblica, creando nuove alleanze e partenariati che progressivamente prendono il posto del mecenatismo d'impresa;

- degli stessi *Dipendenti* che hanno contribuito alla realizzazione di tutti i risultati con costante determinazione, impegno e professionalità;
- del regista, il **Direttore Generale** e degli altri **Direttori: Amministrativo, Socio-Sanitario e Sanitario** così che possano constatare il proficuo lavoro di squadra, svolto da tutti gli attori citati, protagonisti di questo film, i quali incessantemente erogano prestazioni e servizi connaturati alla cura della salute, introducendo continuamente nuovi effetti speciali.

Con questa relazione ci si prefigge di fotografare, con una “panoramica” il *ciclo di gestione della performance** attuato nell’ASST *Papa Giovanni XXIII*, con le molteplici attività e funzioni messe in campo, raggiungendo ottimi traguardi, rispetto alla ideazione ed alla progettazione, consapevoli che: solo una visione d’insieme, l’utilizzo di un apparecchio sofisticato e un’agenzia quale la *Magnum Photos* potrebbe rendere appieno e far apprezzare.

Proviamo, ciononostante, a rappresentare il 2017: un anno di intensa attività sociosanitaria, contraddistinto dal forte sforzo – sia culturale che operativo – proteso verso l’integrazione ospedale-territorio, suggerendo a tutti gli interlocutori e ai lettori sensibili, l’utilizzo di uno strumento di condivisione del documento affinché possano essere richieste e successivamente fornite ulteriori precisazioni tecniche su quello che è stato il *prendersi cura del cittadino*, per una sempre più trasparente valutazione della *performance* individuale e aziendale, nella logica partecipativa auspicata.

INIZIATIVE PER CONDIVIDERE E PERFEZIONARE LA RELAZIONE:

Inoltrare le Richieste al Comitato Unico di Garanzia, al seguente indirizzo: cug@asst-pg23.it, ad oggetto “*Contributo Relazione Performance 2017*”.

Risposte ottenibili entro 15 settembre, 15 dicembre, 15 marzo, 15 giugno, nella sezione Trasparenza.

(*) *Circuito della programmazione integrato dal controllo “continuo”* atto a consentire di volta in volta di apprezzare/reimpostare/introdurre correttivi, sulla base dell’assunto che tutto quanto non si misura, non si migliora.

2. ASST PAPA GIOVANNI XXIII

L'Azienda, formalmente istituita con DGR Lombardia X/4487 del 10.12.2015, dal 1° gennaio 2016, ricomprende:

- Ospedale *Papa Giovanni XXIII Bergamo*
 - ✓ Presidio *Matteo Rota*, sede dei corsi universitari
 - ✓ Hospice – Neuropsichiatria Infantile – Medicina dello Sport – Borgo Palazzo
 - ✓ *Casa degli Angeli* – Struttura Riabilitativa psicomotoria a Mozzo
 - ✓ AVIS quartiere Monterosso
 - ✓ Farmacia presso HPG XXIII, aperta al pubblico fornisce:
Informazioni e consulenze complete, con dati internazionali, per promuovere un uso appropriato dei farmaci, dei dispositivi medici e degli articoli sanitari
Spedizione delle ricette in regime convenzionato SSN e privato
Preparazioni personalizzate non reperibili in commercio (farmaci orfani)
- Ospedale Civile di San Giovanni Bianco
- Poliambulatori di Zogno, Villa d'Almè, S. Omobono
- Centro diurno San Giovanni Bianco
- CRA San Giovanni Bianco
- Polo territoriale UONPIA di Zogno
- Distretti di Bergamo, Val Brembana, Valle Imagna
- Consultori familiari di Bergamo, Villa d'Almè, Sant'Omobono Terme
- Ambulatorio Psicosociale e Neuropsichiatria Infantile Zogno

incorpora le strutture le cui funzioni e attività, sono state trasferite dall'ex ASL di Bergamo, ora ATS:

- *Servizio Unificato di assistenza Protesica ed Integrativa* - SUPI del paziente domiciliare della provincia, fornisce prestazioni e ausili: ossigenoterapia, materiale per diabetici, cateteri, placche e sacche per uro/ileo/colo-stomizzati, prodotti dietetici per morbo celiaco, nutrizione enterale
- *Servizio di assistenza farmaceutica* - SAF e vaccini per le tre ASST provinciali
- *Servizio delle Dipendenze* - Ser.D.
- *Centro Assistenza Domiciliare* - CeAD
- Accettazione dichiarazione donazione organi e tessuti

- Certificazioni di igiene pubblica
- Scelta e revoca medico e pediatra, esenzioni, autorizzazioni e assistenza all'estero
- *Ufficio Relazioni con il Pubblico*
- *Centro Bambino e Famiglia – CBF* offre servizi specialistici riferiti a violenza e abusi, servizi per operatori sociali, sanitari, educativi e legali, interventi di psicologia giuridica, audizioni protette e incidenti probatori, iniziative di sensibilizzazione e formazione.

La DGR n. 6114/2017 del 16.01.2017 autorizza ad avvalersi di questo centro in ambito di tutela minorile, assicurando la presa in carico dei minori e delle famiglie prioritariamente inviati dai consultori pubblici e privati e dall'Autorità Giudiziaria

- *Servizio di Protezione Giuridica* sulla falsariga dell'Ufficio di Pubblica Tutela, si configura come servizio di II livello, fornendo supporto legale sugli istituti giuridici di protezione delle persone "fragili", quali *l'interdizione, l'inabilitazione e l'amministrazione di sostegno*
- L'organizzazione territoriale prevede, in collaborazione coi Comuni e col privato sociale, un sistema a rete con una fitta diffusione di sportelli territoriali che costituiscono il *Nucleo Operativo Disabilità Adulta - NODA* per l'utenza disabile e fragile adulta, il quale collabora con *l'Ambulatorio Disabilità Intellettiva, il Servizio Disabilità e fragilità* e i *Collegi di accertamento per l'individuazione dell'alunno disabile*. Funge da coordinamento tecnico-scientifico-funzionale dei *Collegi*.

- *Servizio di Medicina Legale:*

I Livello Erogazione territoriale - Certificazioni e accertamenti sanitari monocratici:

- idoneità alla guida di autoveicoli e natanti
- idoneità al porto e detenzioni armi
- certificazione medico-legali a richiesta di PP.AA. o di privati
- certificazioni previste nell'ambito della medicina necroscopica
- accertamenti di temporanea inabilità al lavoro (visite fiscali)
- accertamento medico-legale avverso il giudizio espresso dal medico di controllo (temporanea inabilità al lavoro) e coordinamento organizzativo dell'attività dei "medici fiscali";

II livello:

- Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile e dello stato di handicap; Inserimento lavorativo dei disabili (L. n. 68/99)

Erogazione diretta:

- Commissioni cecità, e sordomutismo; per l'accertamento dell'idoneità alla guida; per l'accertamento dell'idoneità/inidoneità psico-fisica ai fini del cambio mansione o dispensa dal servizio dei pubblici dipendenti
- Collegio medico per il ricorso contro il giudizio di inidoneità all'uso delle armi
- Gestione istruttoria richieste di indennizzo per danni da vaccinazione/trasfusione (L. n. 210/92) rimborsi adattamenti autoveicoli, prestazioni correlate alla TBC, dialisi

- Partecipazione alla gestione del rischio clinico e al Comitato Valutazione Sinistri
 - assistenza diretta medico-legale nel contenzioso assicurativo-giudiziario ed extragiudiziario in qualità di Consulente Tecnico di parte aziendale
 - Consulenze medico-legali su richiesta di privati cittadini, di strutture sanitarie e Autorità Giudiziaria.
- Presa in carico degli accertamenti finalizzati alla ricerca di sostanze d'abuso/psicotrope in collaborazione con ATS: screening riferita al monitoraggio per l'utenza che afferisce ai Ser.D.
 - Servizi di supporto all'attività ospedaliera di base di San Giovanni Bianco:
 - CAL Centro Assistenza Limitata
 - Centro di Riabilitazione Assistenziale per l'area psichiatrica con 19 posti letto
 - Intervento H24 della Centrale 118,
 - 6 posti letto di Riabilitazione Specialistica
 - 10 posti letto per subacuti

2.1 POAS PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO

Il POAS 2016-2018 è lo strumento programmatico attraverso il quale l'azienda, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale, definisce il proprio assetto e le relative modalità di funzionamento, al fine di realizzare gli obiettivi strategici enunciati dalla Regione.

Ha l'obiettivo di coniugare l'esigenza di 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; di *valutare e gestire la multidimensionalità dei bisogni del paziente cronico e fragile complesso*, occupandosi della prenotazione di esami e visite e dell'accesso a tutti gli altri servizi del sistema sociosanitario.

La strutturazione del POAS, funzionale a tali obiettivi, prevede un nuovo modello gestionale che coinvolge la Direzione Strategica, le unità in staff e i Comitati di Dipartimento nella creazione delle *funzioni per processi*, verso una *responsabilità diffusa* e orientata al cittadino che ha sempre più margini di inclusione nella gestione della *res pubblica*.

Nel POAS si individua la **matrice produttiva e gestionale** dei:

- *Processi primari clinico assistenziali e sociosanitari*

e la *tecnostuttura* per il funzionamento dell'ASST con i:

- *Processi sanitari di supporto*: laboratorio analisi, gestione farmaci, ingegneria clinica, formazione continua, servizio epidemiologico, gestione delle procedure di igiene ospedaliera, prevenzione, protezione e risk management...

- *Processi amministrativi e tecnici*: reclutamento personale, approvvigionamenti, sicurezza e gestione del patrimonio, logistica, servizi informatici e telefonici, governo degli ambienti, ristorazione, servizio sanitario aziendale, ufficio stampa e relazioni con il pubblico...
- Questa mappatura a tappeto di tutti processi consta di strumenti convenzionali per la loro identificazione: il *budget*, il *sistema di contabilità analitica per c.d.c.* ed altri innovativi, quali il *business process reengineering*, il *total quality management* e l'*activity based costing*

I Dipartimenti ospedalieri e le strutture territoriali che si riferiscono al processo produttivo presidiano gli aspetti organizzativi e gestionali del funzionamento delle diverse unità operative ad esse afferenti, mentre l'integrazione si realizza attraverso *le reti cliniche* e attraverso *dipartimenti funzionali interaziendali*.

Le *reti cliniche* supportano i *dipartimenti* nel definire le *linee di prodotto* attorno a cui sviluppare le *unità* e quindi i *team multidisciplinari*.

Le reti e le linee produttive si articolano quindi in *Unit*, ciascuna delle quali gestisce una o più linee di prodotto che costituiscono la sede in cui, per funzioni omogenee, si definiscono e si attuano i *Percorsi Diagnostici Terapeutico-Assistenziali* PDTA, che rappresentano l'unità elementare delle reti/linee con riguardo a componenti specialistiche ospedaliere e territoriali, in modo da privilegiarne la trasversalità, ridurre la variabilità clinica e potenziare l'integrazione tra ospedale e territorio e il confronto sui percorsi di cura da adottare.

La *Unit* è un *team clinico* che rappresenta il nucleo dell'erogazione di cura su casistiche complesse ove è necessario ricongiungere competenze per armonizzare i risultati che non sarebbero completi. I professionisti che ivi lavorano sono funzionali al sistema di offerta complessivo elevandone lo standard.

Nella *Tecnostruttura gestionale* confluiscono gli uffici di staff sanitari e tecnici, con un'organizzazione innovativa che mantiene il *riporto diretto* alla Direzione Strategica per il raggiungimento di specifici obiettivi i cui risultati:

economici – aventi valenza legale e di controllo amministrativo – di informazione, pubblicazione e trasparenza – di formazione e valutazione – di approvvigionamento mirato di farmaci, presidi e ausili – di relazione con le associazioni di volontariato, di categoria, con gli enti locali, gli organi di stampa, le parti sindacali, i comitati interni;

in termini di:

convenzionamento con altre strutture sanitarie pubbliche, accreditate, private, università e centri culturali di ricerca – sicurezza informatica, strutturale, infrastrutturale e impiantistica – sviluppo della logistica – prevenzione e gestione del rischio clinico, degli eventi lesivi e avversi...

impattando trasversalmente sul governo dei processi, condizionano fortemente l'esito dei risultati clinico-assistenziali e sociosanitari e pertanto sono da presidiare sinergicamente e proattivamente.

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

- Programmazione e governo attività socio-sanitarie;
- Acquisizione beni, risorse umane, tecnologie e servizi, gestione patrimonio;
- Gestione servizi amministrativi e generali;

le cui funzioni ed attività sono complementari e propedeutiche al perseguimento della mission di una struttura che propone il modello del *take care* occupandosi del cittadino in termini di *prevenzione, cura, diagnosi, riabilitazione, consulenza farmacologica, prescrizione specialistica ... e tutta una serie di attività e funzioni aventi valenza socio-sanitaria.*

3. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA

Estratti dalle Relazioni Sanitarie - H Papa Giovanni XXIII

Attività Ordinaria H Papa Giovanni XXIII	2016	2017
N° dimessi totali	35.110	34.527
N° dimessi esclusi i neonati sani	31.368	30.750
N° neonati	3.742	3.777
N° dimessi neonati totali	4.239	4.198
N° posti letto medi escluse le culle	878	876
N° culle	44	44
N° giornate di degenza totali	295.444	297.028
N° giornate di degenza escluse le giornate dei neonati sani	284.939	286.310
N° medio di pazienti dimessi al giorno	96	95
Durata media della degenza (in giorni) di tutti i dimessi	8,38	8,55
Durata media della degenza (in giorni) esclusi i neonati sani	9,05	9,25
N° dimessi con durata di degenza <= 1 giorno	4.012	3.392
Tasso di occupazione dei posti letto (%)	88,26	89,21
Peso medio dei DRG di tutti i dimessi	1,2406	1,2620
Peso medio dei DRG di tutti i dimessi esclusi i neonati sani	1,3695	1,3967
Peso medio dei DRG di dimessi con durata di degenza > 1 giorno	1,2726	1,2984
Peso medio dei DRG di dimessi con durata di degenza > 1 giorno esclusi i neonati sani	1,4236	1,4562

Attività di Day Hospital / Day Surgery H PGXXIII	2016	2017
N° posti letto	69	69
N° dimessi	8.320	7.943
N° accessi	11.923	11.377
Numero medio di accessi	1,43	1,43
Peso medio dei DRG	0,9332	0,9629

Ospedalizzazione domiciliare	2016	2017
N° dimessi	104	81
N° giornate	3.261	2.793
Durata media della degenza	31,36	34,48
Peso medio dei DRG dei dimessi	0,4759	0,4759

Attività Chirurgica	2016	2017
N° di interventi (dati estratti da G.SED 2000)	35.693	34.725

Accessi di Pronto Soccorso	2016	2017
N° di accessi	103.732	102.262

Estratti dalle Relazioni Sanitarie P.O. San Giovanni Bianco

Attività Ordinaria + Cure sub-acute	2016	2017
N° dimessi totali	2.364	2.248
N° posti letto medi attivi	68	66
N° giornate di degenza totali	18.896	19.178
N° medio di pazienti dimessi al giorno	6	6
Durata media della degenza (in giorni) di tutti i dimessi	7,91	8,56
N° dimessi con durata di degenza <= 1 giorno	369	328
Tasso di occupazione dei posti letto (%)	75,96	79,85
Peso medio dei DRG di tutti i dimessi	0,9262	0,9497
Peso medio dei DRG di dimessi con durata di degenza > 1 giorno	0,9403	0,9566

Attività di Day Hospital / Day Surgery	2016	2017
N° posti letto	4	4
N° dimessi	700	803
N° accessi	711	1.006
Numero medio di accessi	1,02	1,25
Peso medio dei DRG	1,0250	0,9933

Attività Chirurgica	2016	2017
N° di interventi (dati estratti dal registro informatizzato)	1.724	2.056

Accessi di Pronto Soccorso	2016	2017
N° di accessi	14.220	14.251

Degenza Ordinaria per UOC- Indici di Attività 2017 P.O. San Giovanni Bianco

CDC	Descrizione	Posti letto medi	Presenza media	Giornate	Pazienti Ricoverati	Durata media degenza	Tasso Occupazione (%)	Turn over	Indice di rotazione	Età media ricoverati	Età media pesata GG
SM1	Chirurgia Generale 4 - P.O. San Giovanni Bianco - Degenza - San Giovanni Bianco	9,7	6,3	2.294	471	4,9	64,8	2,65	48,56	59,7	67,2
S31	Medicina Interna 2 - Degenza - San Giovanni Bianco	30	27,0	9.855	1.030	9,6	90,0	1,06	34,33	77,5	78,5
S41	Ortopedia week surgery - Degenza - San Giovanni Bianco	9,2	4,7	1.712	536	3,2	51,0	3,07	58,26	54,6	63,8
S61	Riabilitazione Specialistica - Degenza - San Giovanni Bianco	6	3,9	1.426	81	17,6	65,1	9,43	13,50	76,3	77,2
S3A	Sub acuti - Degenza - San Giovanni Bianco	10,9	10,7	3.892	144	27,0	97,8	0,60	13,21	76,2	75,3

3.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO

Nel 2017 il numero totale di pazienti dimessi è stato di 45.521, di cui 42.470 per il presidio cittadino e 3.051 per quello di San Giovanni Bianco. 36.775 pazienti hanno avuto un ricovero ordinario, rispettivamente 34.527 e 2.248, e 8.746 solo un ricovero diurno (rispettivamente 7.943 e 803).

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

Tabella 1

		Papa Giovanni XXIII			San Giovanni Bianco			ASST: HPG+SGB		
Regime Ricovero	DRG di tipo	anno 2016	anno 2017	Delta	anno 2016	anno 2017	Delta	anno 2016	anno 2017	Delta
Ordinario	chirurgico	14.345	14.298	-0,3%	606	693	14,4%	14.951	14.991	0,3%
	medico	20.765	20.229	-2,6%	1.758	1.555	-11,5%	22.523	21.784	-3,3%
Totale dimessi Ricoveri Ordinari		35.110	34.527	-1,7%	2.364	2.248	-4,9%	37.474	36.775	-1,9%
Diurno	chirurgico	4.577	4.867	6,3%	670	778	16,1%	5.247	5.645	7,6%
	medico	3.743	3.076	-17,8%	30	25	-16,7%	3.773	3.101	-17,8%
Totale dimessi Ricoveri Diurni		8.320	7.943	-4,5%	700	803	14,7%	9.020	8.746	-3,0%
Totale dimessi (Ordinari + Diurni)		43.430	42.470	-2,2%	3.064	3.051	-0,4%	46.494	45.521	-2,1%

Come risulta dalla tabella 1 nel 2017, rispetto al 2016, è stata registrata una diminuzione dei ricoveri ordinari -1,9%, una riduzione dei ricoveri diurni medici -17,8% e un incremento dei ricoveri diurni chirurgici Day Surgery +7,6% e nel complesso una riduzione dei ricoveri del 2,1%.

Le tre tabelle 2, 2a e 2b, riportano le principali cause di ricovero ordinario; i dati sono derivati dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera SDO e classificando le patologie per Categorie Diagnostiche Maggiori - MDC.

Tabella 2

Le principali cause di ricovero ASST: HPG23+SGB	% dimessi
Gravidanza, parto e puerperio	13,3%
Neonati normali e con disturbo perinatali	11,9%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	10,4%
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	10,3%
Malattie e disturbi sistema nervoso	6,4%
Malattie e disturbi apparato digerente	5,9%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	5,3%
TOTALE	63,5%

Tabella 2a

Le principali cause di ricovero P.O. Papa Giovanni XXIII	% dimessi
Gravidanza, parto e puerperio	14,1%
Neonati normali e con disturbi perinatali	12,7%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	10,4%
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	9,3%
Malattie e disturbi sistema nervoso	6,1%
Malattie e disturbi apparato digerente	5,5%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	5,2%
TOTALE	63,3%

Le cause più frequenti di ricovero ordinario nel 2017 – come negli anni precedenti – sono legate al parto e all’assistenza del neonato sano (media neonati è pari a 11,5 al giorno) e alla cura di patologie legate alla nascita. La ricettività delle unità di ostetricia-ginecologia, di patologia neonatale e di terapia intensiva collocano l’ASST ai primi posti a livello nazionale. Seguono le malattie del sistema cardio-circolatorio, dell’apparato locomotore, del sistema nervoso, dell’apparato digerente e respiratorio.

Tabella 2b

Le principali cause di ricovero P.O. San Giovanni B.co	% dimessi
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	26,9%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	12,8%
Malattie e disturbi apparato digerente	12,1%
Malattie e disturbi sistema nervoso	10,6%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	10,4%
Malattie e disturbi fegato, vie biliari e pancreas	5,8%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	4,0%
TOTALE	82,6%

3.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA

Il numero di interventi chirurgici totali + Day Surgery + Bassa Invasività Chirurgica del 2017 è stato di 36.781 (34.725 per PG23 e 2.056 per SGB) in calo dell'1,7% rispetto all'anno precedente. La complessità della casistica trattata è aumentata (il peso medio totale dei DRG chirurgici nel 2016 è stato di 1,6871 mentre nel 2017 è stato di 1,7027).

Va evidenziato che il peso medio dei DRG chirurgici in regime di ricovero ordinario è in costante incremento negli anni, correlato alla complessità delle procedure eseguite. Ciò comporta, mediamente, un maggior tempo di utilizzo della sala operatoria per singolo intervento e può giustificare la riduzione del numero complessivo di interventi effettuati, oltre alla circostanza che molti interventi chirurgici c.d. minori, sono stati allocati nella struttura periferica di San Giovanni Bianco ove è egualmente garantita l'appropriatezza clinica, chirurgica e organizzativa.

Tabella 3: DRG chirurgici

Volumi/Coefficiente	Papa Giovanni XXIII			San Giovanni Bianco			ASST (HPG+HSGB)					
	n° interventi			n° interventi			n° interventi			peso medio dimessi con DRG chirurgico		
	anno 2016	anno 2017	Delta	anno 2016	anno 2017	delta	anno 2016	anno 2017	delta	anno 2016	anno 2017	delta
Ambulatoriale (BIC)	8.622	8.078	-6,3%	00	531	32,8%	9.022	8.609	-4,6%			
Day Surgery	7.014	6.852	-2,3%	694	800	15,3%	7.708	7.652	-0,7%	1,1048	1,1035	-0,1%
Ordinario	20.057	19.795	-1,3%	630	725	15,1%	20.687	20.520	-0,8%	1,8915	1,9285	2,0%
TOT	35.693	34.725	-2,7%	1.724	2.056	19,3%	37.417	36.781	-1,7%	1,6871	1,7027	0,9%

3.3 TRAPIANTI E L'ALTA SPECIALIZZAZIONE

Tra le attività di alta specializzazione si annovera l'assistenza dei malati sottoposti a trapianto d'organo, ove più intensa è l'esigenza di un approccio multidisciplinare. L'ASST Papa Giovanni XXIII è fra i primi centri a livello nazionale relativamente al numero di trapianti di fegato eseguiti in soggetti pediatrici.

Dal report sottostante si evince un sostanziale mantenimento dell'attività.

Tabella 4 - Attività trapiantologica

TRAPIANTO ORGANO/TESSUTO	1985-2012	2013	2014	2015	2016	2017	totale
Cornee	544	17	21	19	18	18	637
Cuore	865	14	22	22	14	24	961
Rene	828	41	49	47	49	43	1.057
fegato adulto	606	47	63	64	47	57	884
fegato pediatrico	504	19	26	33	29	28	639
midollo osseo	2.350	140	130	128	143	135	3.026
Polmone	94	11	10	12	11	9	147
intestino pediatrico	4				1		5
Combinato	36	7	0	2	1	5	51
Totale	5.831	296	321	327	313	319	7.407

L'alta specializzazione non si esaurisce nelle attività di trapianto, bensì annovera l'offerta di un gran numero di discipline internistiche, chirurgiche e di servizi diagnostico-terapeutici, in grado di supportare la cura di uno spettro di patologie la cui morbilità contempla anche le malattie rare.

3.4 CURE ONCOLOGICHE

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

Dopo un'accurata fase diagnostica, per ogni paziente viene predisposto un percorso personalizzato, ispirato alla *multidisciplinarietà*, alla *continuità terapeutica* e all'*appropriatezza* di ogni intervento. Le cure spaziano dall'intervento chirurgico alla radioterapia, alla termoablazione, contemplan terapie farmacologiche e biologiche, fino alle cure palliative, con l'obiettivo di accompagnare il paziente in ogni fase del percorso di

cura garantendogli un'assistenza globale, giovandosi dell'importante sostegno offerto dal volontariato.

Intensa e di altissimo livello l'attività svolta sul fronte della ricerca scientifica le cui molte pubblicazioni interessano appunto l'ambito oncologico ed ematologico.

Il segmento 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 d'utenza sul quale insiste la popolazione, è sovrapponibile a quella del 2016.

TASSO DI ATTRAZIONE ONCO EMATOLOGICO:

Pazienti Fuori Provincia, Lombardi: 116 per 1.000 dimessi

Pazienti Fuori Regione Lombardia: 70 per 1.000 dimessi

TASSO DI ATTRAZIONE TOTALE EXTRA: PROVINCIA, REGIONE: 186 per 1.000 dimessi

3.5 EMERGENZA-URGENZA

L'ASST *Papa Giovanni XXIII*, è una struttura 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 come 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 e una sala operatoria disponibile H24.

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 grafico 1 riporta il numero di accessi totali in Pronto Soccorso del presidio HPG23 dal 2010 al 2017 e, il grafico 2, del presidio SGB dal 2016 al 2017, suddivisi per codice urgenza al triage.

Grafico1 - Accessi totali Pronto Soccorso HPG23: 2010 - 2017

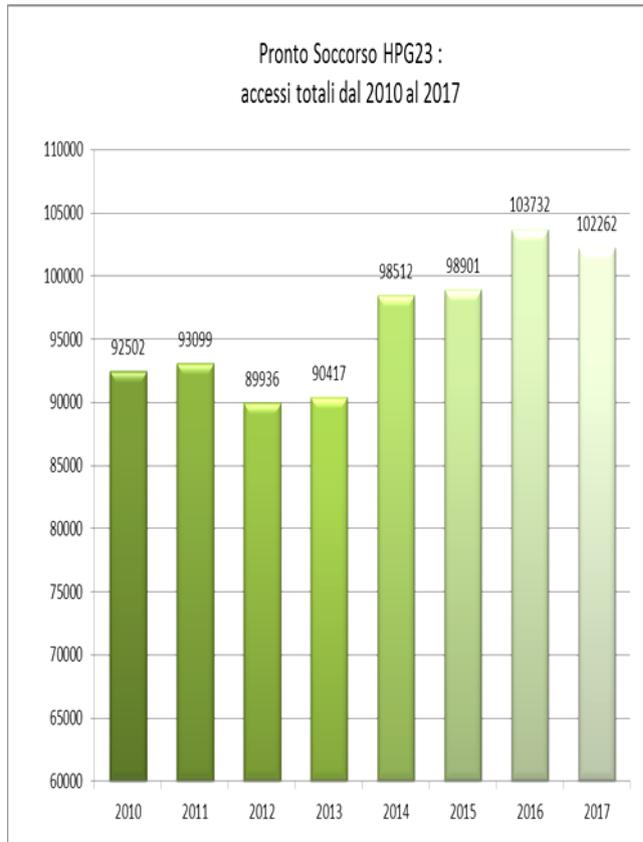
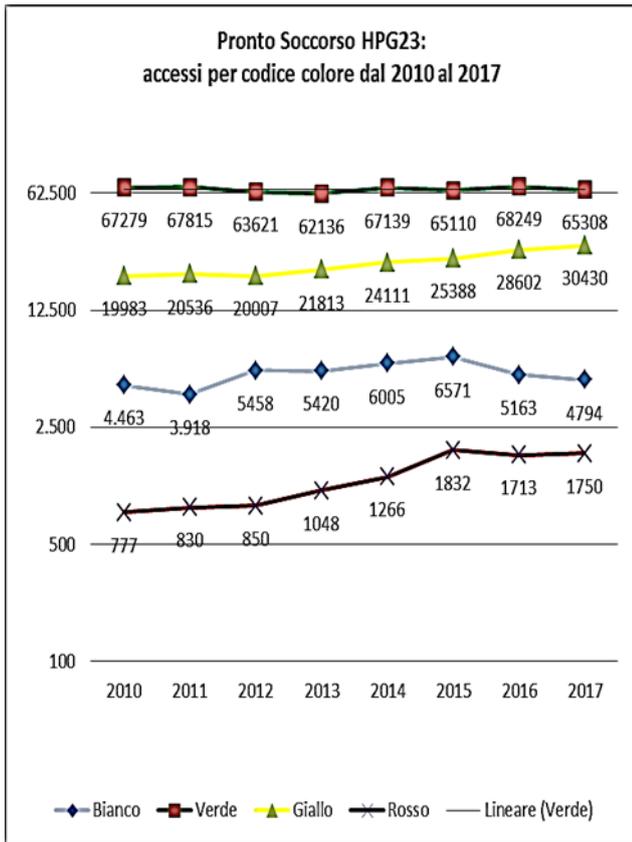
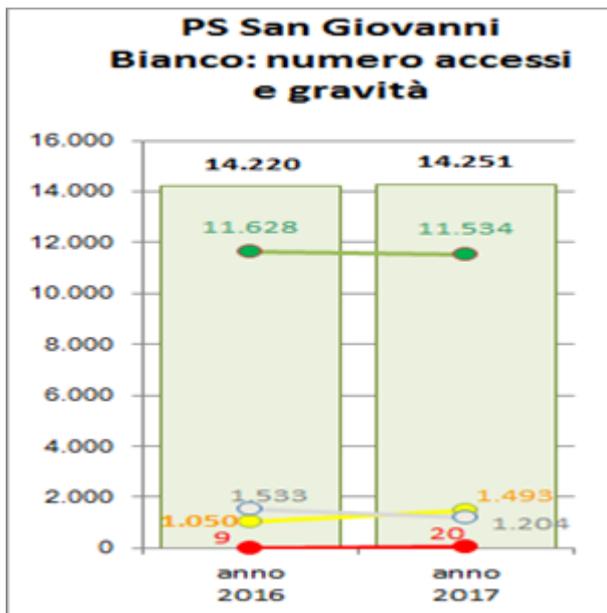


Grafico 2 - Accessi totali Pronto Soccorso San Giovanni Bianco: 2016 - 2017



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 2017 si è registrato un incremento complessivo di accessi PS del 13,7% con un numero di codici rossi più che raddoppiati.

3.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE

La numerosità delle prestazioni ambulatoriali si mantiene costantemente alta nel tempo. Nel 2017 sono state rendicontate 4.116.649 prestazioni ambulatoriali. L'andamento dell'attività sui due presidi si mantiene in linea con quello del 2016.

Se analizziamo le sole prestazioni oggetto di monitoraggio da Regione Lombardia, dal punto di vista tipologico, che costituiscono per la nostra Azienda nel periodo considerato un numero pari a 332.057, emergono 39.550 in LP, con un rapporto "prestazioni in Libera Professione / prestazioni oggetto di campionamento" pari al 12%.

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

Tempi di attesa

Per quanto concerne i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, si riporta la percentuale di prestazioni richieste in modo “ordinario” e prive di priorità da eseguirsi entro i 180 giorni, caratterizzate dalla “P” programmabili. La tabella illustra la percentuale di prestazioni che rispettano i *tempi di attesa obiettivo* di Regione Lombardia: 30 giorni per le visite e 40 giorni per le prestazioni TC, RM ed ecografie.

Si considerano esclusivamente le prestazioni ambulatoriali “monitorate” mensilmente da Regione Lombardia. Sinteticamente, il risultato è riportato di seguito distinto per prestazioni ordinarie e urgenti differibili.

TEMPI DI ATTESA PRODUZIONE 2017 - ASST PAPA GIOVANNI XXIII

PRESTAZIONI CHE RISPETTANO IL TEMPO DI ATTESA OBIETTIVO	75.953
TOTALE DELLE PRESTAZIONI	117.215
% DI PRESTAZIONI CHE RISPETTANO IL TEMPO DI ATTESA OBIETTIVO - PRODUZIONE 2017	65%
VISITE	56%
RM	49%
TC	66%
ECOGRAFIE	70%

TEMPI DI ATTESA PRODUZIONE 2017 - ASST PAPA GIOVANNI XXIII

Prestazioni urgenti, differibili max 72 ore

PRESTAZIONI URGENTI SODDISFATTE O EVENTUALMENTE DIFFERITE, ENTRO 72 H	6.079
TOTALE DELLE PRESTAZIONI URGENTI	7.580
% DI PRESTAZIONI CHE RISPETTANO IL CRITERIO DELL'URGENZA	80%
VISITE	84%
RM	36%
TC	46%
ECOGRAFIE	73%

Mentre per le visite è possibile distinguere tra primo accesso e controllo, ciò non è consentito per le prestazioni strumentali che, vengono indicate come ordinarie anche nel caso in cui si tratti di *follow up*. Pertanto le prestazioni strumentali di primo accesso in linea con i parametri regionali sono superiori al dato fornito.

Le agende sono, di norma, suddivise per criterio di priorità: P “Programmabile”, U “Urgenza” ed eventualmente differibile entro 72 ore, B “Breve” e D “Differibile” e sono distinte tra agende per la prenotazione di Prime Visite e agende per la prenotazione di Visite di Controllo. Sono, inoltre, presenti agende di II livello suddivise per patologia che prevedono la prenotazione da parte degli specialisti per quei pazienti che necessitano di un piano di cura personalizzato in continuità ospedaliera.

I tempi di attesa prospettici per l'ASST sono consultabili sul Portale Regionale all'indirizzo <https://prenotasalute.regione.lombardia.it/sito/>

E' indispensabile definire a livello territoriale un governo “integrato” dei tempi di attesa poiché, spesso gli strumenti attivati per ridurre i tempi di attesa in una singola realtà hanno

una durata limitata nel tempo e, di conseguenza, allo sforzo organizzativo profuso non corrisponde un incremento della qualità percepita dal cittadino. E' auspicabile che la piena attivazione voluta da Regione Lombardia del "Nuovo Servizio Informativo Integrato" possa fornire al cittadino un utile strumento di sintesi e guida rispetto alla non trascurabile offerta di prestazioni presente sul territorio cittadino e provinciale.

Le principali linee d'azione:

- Identificazione di *setting* alternativi all'ospedale per acuti: progetto di collaborazione con alcune Strutture Private Accreditate della Provincia di Bergamo per la presa in carico di pazienti cardiologici a bassa complessità.
- Evidenza dell'offerta sul territorio tramite il Portale Regionale alimentato dal flusso MOSA (Monitoraggio Offerta Sanitaria Ambulatoriale).
- Azione sul *drop out*: con l'obiettivo di ottimizzare l'offerta presente, è proseguita nel corso del 2017, l'attuazione delle chiamate in *outbound* offerte dal Call Center Regionale su agende specifiche di prenotazione. Introduzione di sistemi di disdetta vocale e via e-mail aziendali per contenere il più possibile il fenomeno del *no show*. Gli utenti che non hanno disdetto l'appuntamento si assestano comunque su una percentuale elevata stimata intorno al 7%.
- Miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa con una maggiore offerta di prestazioni il sabato mattina e nel tardo pomeriggio degli altri giorni feriali.

4. OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE E IL LORO RAGGIUNGIMENTO

I principali obiettivi aziendali di interesse regionale direttamente collegati alla programmazione sanitaria lombarda, sono stati stabiliti con DGR n. X/5954 del 5.12.2016 e declinati attraverso le determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2017 con la deliberazione n. X/6963 del 31.7.2017.

Si distinguono in:

- istituzionali;
- sviluppo del sistema, di performance ed esiti;
- implementazione ed evoluzione del SSR.

I primi contenuti nelle c.d. regole, gli altri, rappresentano le attività successivamente assegnate dalla DG Welfare, al fine di valutare le performance dell'azienda ospedaliera e poterla comparare con quella raggiunta dalle altre.

OBIETTIVI ISTITUZIONALI	RISULTATI	INDICATORI
Promozione capillare della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentale	<p>Favorito il consumo di frutta e verdura; disponibilità esclusiva di pane iposodico in Ospedale.</p> <p>Continua la campagna verso l'eliminazione del fumo con azioni studiate ad hoc e incentivi, oltre che sanzioni pecuniarie per coloro che trasgrediscono.</p> <p>Sensibilizzazione sugli effetti dell'alcool su giovani, donne gravide, guidatori...</p>	<p>Constatato dai questionari raccolti e dalla offerta del gestore.</p> <p>Miglioramento Dieta dei Pazienti.</p> <p>- Convegno <i>Too young to drink</i></p> <p>- Promozione azioni mirate</p>
Consolidare pratiche per la promozione allattamento al seno raccomandate da WHO/ UNICEF	Partecipazione ad iniziative regionali di formazione, gruppi di lavoro	Corso residenziale di 20 ore secondo le indicazioni Unicef.

OBIETTIVI ISTITUZIONALI	RISULTATI	INDICATORI
Screening oncologici: incremento offerta	Messa a disposizione della cittadinanza di programmi di screening per la prevenzione tumori seno e colon retto, secondo i volumi e le tipologie di prestazioni diagnostiche stimate appropriate da ATS per garantire una adeguata copertura della popolazione	5.920 mammografie erogate al Papa Giovanni XXIII; 2.377 mammografie erogate Ospedale di San Giovanni Bianco. 229 colonscopie erogate presso l'Ospedale Papa Giovanni XXIII; 49 colonscopie erogate presso l'Ospedale di San Giovanni Bianco.
Prevenzione Malattie infettive:	Tempestività/completezza delle segnalazioni in ATS di tutti nuovi casi di patologia infettiva: morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche, tubercolosi e MTS	Riscontro flussi informativi regionali in linea con le raccomandazioni.
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	Corsi Accompagnamento alla Nascita CAN: Riduzione cesarei non necessari Informazioni riguardanti i benefici dell'allattamento materno	- Adozione protocolli per neutralizzare i rischi in sala parto - Elezione per parto cesareo

REGOLE DI GESTIONE SISTEMI INFORMATIVI E FLUSSI	RISULTATI	INDICATORI
Riallineamento dei siti aziendali per accorpamenti di strutture incremento prestazioni precedentemente svolte dall'ASL	Aggiornamento dei contenuti dei Portali dell'offerta dei servizi; armonizzazione del contenuto e della grafica per una maggiore fruibilità delle informazioni al cittadino	Visibile il miglioramento nel portale aziendale.
Progressiva dematerializzazione	Incremento ricette elettroniche sia per prescrizioni specialistiche che farmacologiche, in sostituzione delle rosse, per ottimizzare i processi di reporting prescrittivi	Ricette bianche 257.680 Ricette rosse 39.410

REGOLE DI GESTIONE SISTEMI INFORMATIVI E FLUSSI	RISULTATI	INDICATORI
<p>Appropriatezza prescrittiva Rilevazione pz in trattamento con antireflusso non superiore al 16% della popolazione con più di 18 anni</p> <p>Farmaci per ridurre il colesterolo: statine con brevetto scaduto/brand:</p>	<p>Sinergica attività per ridurre gli inibitori di pompa protonica il cui consumo eccessivo e non giustificato, determina elevatissimi costi, effetti collaterali, rischi da interazione con altri farmaci.</p> <p>91% brevetto scaduto 9% brand</p>	<p>Capillare informativa con MMG/Farmacisti</p> <p>Risparmi di spesa.</p>

IMPLEMENTAZIONE/EVOLUZIONE DEL SSR	RISULTATI	INDICATORI
INTEGRAZIONE TERRITORIO	Misure Innovative in ambito sociosanitario	RSA aperta: Nuovi soggetti 173 RSA Zogno: " 82 RSA Villa d'Almè: " 158 Res. Legg: Interventi 16.368 R.L. Zogno: " 10.126 R.L. Villa d'Almè: " 17.452
<p>Riordino Rete d'Offerta - Declinazione dell'integrazione tra l'ambito sanitario, sociosanitario e sociale con particolare riferimento a: CONSOLIDAMENTO PRESST;</p>	<p>Istituito un unico PRESST per l'ambito territoriale di pertinenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>UOC Prevenzione, Autorizzazioni e Certificazioni:</i> gestisce le attività inerenti la prevenzione, le vaccinazioni, l'accoglienza e front-office per: certificazioni, invalidità civile, autorizzazioni a rimborsi... non correlati con attività sanitarie o di presa in carico del paziente, visite fiscali e necroscopiche. • <i>UOC Servizi Sanitari e di continuità:</i> eroga prestazioni specialistiche, attività connesse alla valutazione multidimensionale, alla presa in carico, protesica e ausili e attività dei consultori familiari. 	

IMPLEMENTAZIONE/EVOLUZIONE DEL SSR	RISULTATI	INDICATORI
<p>Tempi di attesa primo accesso visite/controlli/prestazioni nei tempi obiettivo garantiti X/3993/2015 nel 95%</p> <p>Monitoraggio</p> <p>Miglioramenti</p> <p>Trasparenza</p> <p>Implementazione sistema di rilevazione customer satisfaction. Monitoraggio qualità percepita telesorveglianza Cure Palliative</p>	<p>Monitoraggio con evidenza audit interni per effettiva presa in carico dei pazienti afferenti reti di patologia ospedaliera. Proposte di follow up</p> <p>93%</p> <p>Piani attuativi di Governo dei tempi di attesa. Redatti</p> <p>Approfondimenti Prestazioni con priorità</p> <p>Agende Prioritarie nel Portale MOSA</p> <p>Monitorati 45 ambulatori, 38 reparti di degenza</p> <p>Questionari elaborati : degenti 1982 ambulatoriali 2021</p>	<p>Rete Infarto Rete Ictus Rete Traumatologica Rete neonatologica p. nascita Rete Oncologica Rete Trapiantologica Rete Ematologica</p> <p>ATS identifica l'ambito della prestazione nel territorio, non già nel singolo erogatore: 7 aree sovradistrettuali.</p> <p>Tuttavia, l'attrattività dell'ASST si traduce in una non piena performance con una percentuale al di sotto di due punti; mitigato dalla circostanza che non tutte le prestazioni sono classificate in I accesso e successivo, così il risultato pare meno performante.</p> <p>Analisi specifica tra medici sull'appropriatezza ecografie Follow up presso strutture accreditate per pz. bassa intensità cura</p> <p>Tempi prospettici per le altre prestazioni, in attesa di successiva implementazione per consultazione/prenotazione in tempo reale</p> <p>Indice di performance medio, pari a 6,5 su 7 punti ottima soddisfazione rilevata.</p> <p>Insoddisfazione per i giorni di attesa per l'effettuazione delle visite e per la non puntualità, rispetto orario.</p>

IMPLEMENTAZIONE/EVOLUZIONE DEL SSR	RISULTATI	INDICATORI
Prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne e i minori	Miglioramento accoglienza in PS delle violenze di genere	Vigente "Accoglienza e assistenza della donna vittima di violenza". Codificazione come da richiesta regionale. Persiste il protocollo specifico "Catena contro la violenza", che consente una presa in carico precoce delle vittime, che vengono immediatamente seguite.
Promuovere la donazione organi	Donatori multiorgano 44	Adozione Protocollo donazione multiorgano a cuore fermo Convegno ECM sul tema Tutoraggio Università Bicocca Corso per infermieri area critica Convegno ECM <i>Donazione di tessuto da deceduto a vivente</i>
Donatori Cornee = < 10% decessi Donatori tessuti ossei da vivente = < 10% protesi Prelievi multitessuto non in corso di prelievo multiorgano = < 3 Incremento Trapianti rene	HPG donatori 137= 13,3% San Giovanni 16= 21,9% 39 donatori su 211 protesi d'anca = 18,5% 6 donatori; 3 adatti 9 donatori e 9 riceventi sono stati valutati clinicamente ma rivelatisi inadatti	SDO e flussi informativi.

5. PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA

E' stato adottato il *Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017-2019*.

La diffusione di una cultura della prevenzione del fenomeno corruttivo richiede il coinvolgimento di tutti i dipendenti. L'implementazione e il monitoraggio dei dati pubblicati nella sezione *Amministrazione trasparente* del sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento degli obblighi stabiliti dalla normativa vigente nel partecipare a tutti i cittadini le attività complessivamente svolte dai dirigenti medici, stringe le maglie del controllo verso una maggiore sensibilizzazione in capo agli stessi protagonisti del sistema sanitario.

Tale intento del legislatore è proprio volto a responsabilizzare in primis gli attori sul conflitto di interessi che, qualora percepito dalla collettività mina la credibilità dell'operato del singolo, degli amministratori e dell'intera azienda, al fine di esortarli ad astenersi dal compiere attività e funzioni che possano anche latamente metterli in condizioni di potenziale non neutralità nell'agire e, dall'altro, funge da monito alla dissuasione di eventuali illeciti.

5.1 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

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

Nel corso dell'anno 2017 è proseguita con regolarità l'attività di ricognizione e monitoraggio dei dati pubblicati sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione trasparente" nonché l'aggiornamento degli stessi, ai sensi D.lgs. 25.5.2016, n. 97 e delle indicazioni emanate nel corso dell'anno dall'Autorità nazionale anticorruzione.

Inoltre, tenuto conto dei suggerimenti e delle richieste di chiarimenti, pervenuti da parte di alcuni dipendenti – appartenenti a organizzazioni sindacali – è stata prestata ancor più attenzione agli aspetti collegati alla fruibilità delle informazioni, senza dimenticare il rispetto dell'obbligo normativo in tema di privacy.

E' altresì proseguita l'azione di costante sensibilizzazione dei diversi attori responsabili della pubblicazione dei dati come da tabella allegata al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2017 – 2019, anche attraverso periodici incontri con gli stessi.

Tale azione ha avuto un buon riscontro, come si rileva anche dal sistema di monitoraggio on-line denominato "*Bussola della trasparenza*" messa a disposizione dal Ministero della pubblica amministrazione e semplificazione, a supporto dell'attuazione e della governance della trasparenza dei siti web delle pubbliche amministrazioni.

5.2 PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Con delibera n 167 del 26.1.2017 l'ASST Papa Giovanni XXIII ha adottato il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017-2018-2019.

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

La norma va interpretata con le altre disposizioni (di legge e aziendali) volte a contrastare il fenomeno del conflitto di interessi:

- l'art. 53 della L. 165/2001 "Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi" il D.Lgs. n. 33/2013
- le norme del D.Lgs. 39/2013 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le P.A.
- Il Codice di comportamento

In tale logica, l'Azienda ha disciplinato la procedura di verifica e gestione delle situazioni di conflitto di interesse negli artt. 6 e 7 del *Codice di Comportamento Aziendale* approvato in vigore dal gennaio 2014.

Nondimeno sta continuando la formazione sulle norme comportamentali prevedendo l'obbligo di partecipazione di tutti i neo assunti al corso FAD, proprio sul *Codice*.

Nel corso del 2017 inoltre è stato approvato il nuovo Regolamento di Autorizzazione per gli Incarichi extra istituzionali ex art. 53 D.lgs. 165/2001, a favore dei dipendenti che intendono svolgere consulenze e/o attività per società private o enti pubblici nel rispetto del principio di *esclusività* che permea il rapporto di lavoro pubblico.

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

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

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

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

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

Sono stati assegnati tra gli obiettivi di struttura anche quelli in tema di prevenzione di illeciti. Di seguito si menzionano i più significativi.

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	OBIETTIVO	DIPARTIMENTO TECNOLOGIE	OBIETTIVO
Accoglienza Front-Office	Accettazione esclusiva di pagamenti elettronici. Possibilità di utilizzo contanti in spazi dedicati e casse automatiche. Ciò aumenta la tracciabilità degli incassi, diminuisce il rischio di errore e riduce il tempo da dedicare ai conteggi.	Ufficio Tecnico	Controllo esecuzione quota lavori che l'appaltatore deve eseguire direttamente che invece scompone ed affida come subappalto, alla stregua di forniture. Controllo sul conflitto d'interesse per stesura capitolato, collegi giudicanti, formazioni commissioni...
Amministrazione, Finanza e Controllo	Integrazione ed aggiornamento del modello di raccordo tra contabilità aziendale e prospetti di bilancio.	STAFF DIREZIONE SANITARIA	OBIETTIVO
		Farmacia	Implementazione di un sistema di verifica della Dichiarazione di <i>bene infungibile</i> . Trasmissione modulo a Agenas.
Affari Generali	Inserimento nelle convenzione del divieto di Pantouflage.	Comitato di Bioetica e Farmacovigilanza	Monitoraggio situazioni di possibile conflitto di interesse: studi no profit che coinvolgono l'utilizzo di medicinali.
Politiche e Gestione del Personale	Modifica Regolamento sul conferimento degli incarichi dirigenziali 30.11.2016. Regolamento per l'utilizzo di graduatorie vigenti c/o altre Aziende.	Direzione Medica Presidio	Confronto dei tempi di attesa tra SSN e LP. Pubblicazione mensile <i>tempi di attesa prospettici</i> per le prestazioni ambulatoriali monitorate a livello regionale e nazionale. Campionamento significativo in corso d'anno.
STAFF DIREZIONE SANITARIA	OBIETTIVO	STAFF DIREZIONE SANITARIA	OBIETTIVO
Marketing e Libera Professione	Mappare il processo relativo alle sperimentazioni.	Ufficio Relazioni con il Pubblico.	Monitoraggio delle segnalazioni sul mancato rispetto liste d'attesa e confronto con la libera professione.
Medicina Legale	Mappare processo del riconoscimento invalidità civile. Controllo sul conflitto d'interesse dei membri della commissione.	Medicina Legale	Convenzioni con ASST per garanzia di terzietà dei giudizi nei collegi medici.

6. FORMAZIONE IN OSPEDALE

6.1 OFFERTA FORMATIVA AL PERSONALE DIPENDENTE

Nella logica dell'ospedale quale fonte di ricerca continua e motore della didattica, le attività formative erogate hanno coinvolto tutte le categorie professionali operanti in ASST, contribuendo allo sviluppo di competenze tecnico specialistiche e favorendo la condivisione, in ambiti pluridisciplinari, di percorsi clinico assistenziali e modalità operative integranti.

Particolare attenzione è stata posta all'organizzazione di eventi formativi finalizzati a dare continuità al percorso di inclusione di pazienti fragili e cronici.

Gli operatori del Presidio Socio Sanitario Territoriale ASST Papa Giovanni XXIII e del Presidio di San Giovanni Bianco sono stati coinvolti in:

- Corsi di formazione residenziale e sul campo, previsti dal Piano Formativo Aziendale 2017, i cui segmenti per ogni evento sono stati definiti dai responsabili scientifici.
- *Legge di riforma sanitaria lombarda n. 23/2015*: per continuità con i percorsi avviati nel 2016, per orientare e favorire il confronto tra operatori e consolidare ulteriori revisioni organizzative.
- *Violenza di genere*: Costruzione di modalità operative condivise per la presa in carico integrata delle vittime. Convegno organizzato con l'Ordine degli Avvocati di Bergamo. Esperienza molto interessante che ha permesso il confronto tra professionisti psicologi, giudici, volontari, assistenti sociali, operatori delle carceri, psichiatri e medici PS...
- *Sistema qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015*: oltre al corso sui contenuti e metodologie della norma è stato organizzato un corso per Auditor interno dei sistemi qualità.
- *Gestione del paziente oncologico*: le iniziative, prevalentemente di FSC, hanno favorito il confronto e la condivisione multidisciplinare tra gli specialisti coinvolti nella presa in carico del paziente.
- *Medicina dei Trapianti*: oltre al confronto e alla formazione relativa agli aspetti clinici e gestionali, è stato affrontato un aspetto emergente, quale la Banca Biologica, deputata alla conservazione e distribuzione dei tessuti a scopo di trapianto.
- *Sicurezza e rischio clinico*: Importanti tematiche relative alla sicurezza negli ambienti di lavoro e/o patologie correlate e alla sicurezza del paziente, riproposte attraverso corsi FAD; per la prevenzione del rischio clinico e la sua gestione, ad esempio in sala parto...
- *Radioprotezione del paziente nell'attività radiodiagnostica complementare*: ha visto il coinvolgimento, in ottemperanza decreto di Regione Lombardia n. 11263/2015, dei professionisti
- *Ruolo e competenze dello sperimentatore principale, formazione e ricerca clinica*: a supporto dei professionisti e delle strutture aziendali coinvolte nei progetti di sperimentazione clinica, sono organizzate iniziative con la collaborazione didattica e formativa della FROM (Fondazione per la Ricerca Ospedale Maggiore di Bergamo).

Tab. 1 Iniziative in azienda PFA 2017

TIPOLOGIA FORMATIVA		CONSUNTIVO	
		EVENTI	EDIZIONI COMPLESSIVE
Formazione Residenziale	ECM	124	183
	No ECM	28	81
Formazione sul Campo	Gruppi di Miglioramento	67	68
	Addestramento	3	110
Formazione a distanza		23	23
TOTALE		245	465

Tab. 2 Fruitori

PARTECIPANTI		DETTAGLIO	TOTALE
			28.358
Aventi diritto all'attestato	Dipendenti	19.856	24.057
	Non dipendenti	4.201	
SATURAZIONE		85%	

I percorsi di formazione organizzati in azienda contemplavano la partecipazione massima di 28.358 discenti; le adesioni complessive pari a 24.057, hanno raggiunto una saturazione dell'offerta pari all'85%.

6.2 ATTIVITA' DIDATTICA E SCIENTIFICA

L'ASST è promotrice e partner di iniziative di addestramento, di formazione scientifica e di ricerca, degne di nota:

- *School of Medicine and Surgery (SMS)*: corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia in lingua inglese dell'Università degli Studi di Milano Bicocca con sede all'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, è frutto della sinergia creata con l'Università di Milano Bicocca, l'Università del Surrey e l'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.
- Cooperazione internazionale e gemellaggio con Saint Joseph Hospital di Gerusalemme.
 - Partner: ASST Papa Giovanni XXIII - Diocesi di Bergamo - Saint Joseph Hospital Palestina.
 - Ambito: Gerusalemme Gaza

- Periodo: 2017 – 2018
- Mission: Cooperazione internazionale strategica per migliorare la salute nel mondo e promuovere e sviluppare la cultura sanitaria nelle realtà disagiate.
- Organizzazione e attuazione: cicli di training 4 settimane, per professionisti dell'Ospedale di Gerusalemme affiancati da nostri dipendenti esperti in qualità di tutor presso la nostra Azienda.

PROFILO	UNITA' OPERATIVA	TUTORAGGIO IN AZIENDA	TUTORAGGIO c/o S: JOSEPH HOSPITAL
Infermiere	Pronto Soccorso	Dal 13 al 29/3/2017	Dal 19 al 29/11/2017
Infermiere	Area Critica	Dal 13 al 29/3/2017	Dal 19 al 29/11/2017
Infermiere	Patologia Neonatale	Dal 13 al 29/3/2017	Dal 19 al 29/11/2017
Ostetrica	Sala Parto	Dal 13 al 29/3/2017	Dal 19 al 29/11/2017

- *Convenzione di consulenza scientifica e didattica internazionale per la realizzazione del Training del personale sanitario che opererà presso l'International Specialized Hospital of Uganda (ISHU) in Kampala.*

Le principali finalità del progetto si possono riassumere in:

- analisi e definizione organizzativa,
 - formazione e training pre-start up personale
 - formazione a 280 operatori sanitari e 50 medici ugandesi
- *Ricerca:* tra gli obiettivi perseguiti dall'azienda rientra la promozione di attività di ricerca, innovazione e formazione in ambito biomedico, quali strumenti strategici per perseguire qualità e appropriatezza delle cure e il miglioramento continuo dell'assistenza offerta ai pazienti. Partecipare attivamente alle sperimentazioni consente di:
 - garantire ai pazienti tutte le nuove opportunità di cura in un contesto strettamente controllato
 - acquisire e diffondere conoscenze in grado di favorire la crescita continua delle competenze dei professionisti.
 - *Scuola in ospedale:* La particolare offerta formativa che si sviluppa attraverso la scuola in ospedale contribuisce a tutelare e coniugare due diritti costituzionalmente garantiti: quello alla salute e quello all'istruzione, rivolti a una fascia di alunni in difficoltà. Tale intervento educativo si colloca nella cornice più ampia di azioni mirate a prevenire e contrastare la dispersione scolastica, nonché a facilitare il reinserimento nel contesto scolastico tradizionale.

Per i bambini e i ragazzi dai 3 ai 18 anni ricoverati è possibile continuare a seguire le lezioni scolastiche anche durante la degenza all'Ospedale Papa Giovanni XXIII. Il servizio per i bambini che frequentano la scuola dell'infanzia e primaria fa capo all'Istituto Comprensivo "I Mille" di Bergamo, mentre per i ragazzi che frequentano la scuola secondaria di 1° e 2° grado il servizio fa capo all'Istituto Secondario "Mariagrazia Mamoli" di Bergamo.

L'attività scolastica ha luogo negli spazi predisposti nei reparti, come l'aula scolastica o l'area ricreativa, ma anche al letto dei degenti, nella loro camera, a seconda delle situazioni e delle diverse necessità dei pazienti.

Questa sinergia tra le istituzioni crea legami fortissimi tra i bimbi ricoverati, i docenti, gli insegnanti e i volontari che con la preziosa attività didattica, si dedicano ai piccoli allievi prendendosi cura della loro continuità scolastica, favorendo il senso di

appartenenza ad una comunità e supportando i bimbi anche dal punto di vista psicologico.

7. POSIZIONAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA: INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)

Il PNE analizza differenti dimensioni degli outcome assistenziali. A partire dai risultati del PNE si è proceduto ad una selezione di indicatori afferenti a cinque aree: cardiologia, traumatologia, ostetricia, chirurgia digestiva, neurologia, attraverso i quali sia possibile visualizzare il posizionamento dell'Azienda negli ultimi quattro anni, monitorando l'andamento degli stessi indicatori, scaricabili dal seguente sito internet di AGENAS - Programma Nazionale Esiti: <http://pne2017.agenas.it>

La tabella che segue elenca gli indicatori del PNE prescelti e riporta i risultati dell'Azienda riferiti agli anni 2014 - 2015 (rischio aggiustato) e 2016 (del 2016, ultimo anno con dati disponibili, viene indicato sia il "rischio grezzo" che quello "aggiustato"). Viene riportata inoltre, al fine di avere un termine di confronto, la media nazionale degli anni 2015 - 2016 e la significatività statistica (p value del rischio aggiustato) del confronto tra rischio aziendale (rischio aziendale aggiustato) e rischio nazionale. Il risultato risulta statisticamente significativo se $p < 0,05$.

Dalla comparazione (riferendosi ai dati del 2016) si evince che per quattro indicatori l'Azienda risulta avere risultati migliori della media nazionale in modo statisticamente significativo:

- a) frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni;
- b) colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in regime ordinario con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nell'anziano;
- c) proporzione di parti con taglio cesareo primario, rispetto al totale parti eutocici (naturale) inferiore alla media;
- d) scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni.

L'indicatore "Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore" risulta con una percentuale ("rischio aggiustato") inferiore rispetto alla media nazionale (36,18 vs 44,80) in modo statisticamente significativo, ma il "rischio grezzo" (o "non aggiustato"), pari al 46,42%, che rappresenta la numerosità reale di PTCA effettuate entro 48 ore, è comunque superiore alla media nazionale.

Gli altri indicatori hanno risultati che non divergono dalla media nazionale, e comunque gli scostamenti non risultano statisticamente significativi.

INDICATORE	DATI AZIENDALI				MEDIA NAZIONALE			
	RISCHIO AGGIUSTATO (x 100) Azienda - anno 2014	RISCHIO AGGIUSTATO (x 100) Azienda - anno 2015	RISCHIO GREZZO (X 100)- Azienda - anno 2016	RISCHIO AGGIUSTATO (x 100) Azienda - anno 2016	RISCHIO NAZIONALE ANNO - anno 2015	P value del RISCHIO AGGIUSTATO - anno 2015	RISCHIO NAZIONALE ANNO - anno 2016	P value del RISCHIO AGGIUSTATO - anno 2016
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero	12,37	10,74	7,16	11,2	9,03	0,402	8,60	0,197
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	68,01	83,75	87,91	87,89	54,74	0	57,80	0
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in regime ordinario con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	80,72	84,19	86,08	88,57	69,01	0	72,71	0
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	16,91	15,76	16,18	14,19	25,02	0	24,52	0
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore	35,03	39,51	46,42	36,18	43,42	0,228	44,80	0,006
Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	2,1	1,74	3,31	2,00	2,35	0,555	2,15	0,873
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni	11,92	13,43	11,86	10,67	14,76	0,561	14,72	0,048
Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero	12,2	14,92	6,23	9,96	12,03	0,302	10,90	0,716

8. MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: INDICATORI DI RISULTATO

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

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 indicati nel documento prodotto da Regione Lombardia “Sistema di valutazione degli Ospedali Lombardi” – anno 2009, ossia i ricoveri di pazienti extra-regione; i ricoveri di pazienti di età inferiore ai 2 anni alla data di ricovero; - i ricoveri appartenenti alle classi di finanziamento riabilitative, delle cure palliative o delle lungodegenze.



PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2013	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014 ANNO 2015	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2017
Attuazione delle strategie	Efficacia interna	Ricoveri ordinari ripetuti entro l'anno (%) = Rientri con stessa MDC (Categoria diagnostica principale) nello stesso reparto entro l'anno / Tot. Dimissioni	10,44%	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 11,31% Risultato 2015: 10,6%	HPG23: 10,14% SGB: 6,87% Tot ASST: 9,90% Nel triennio 2014-16 si sono avute fisiologiche variazioni percentuali e nel complesso è stata ottenuta la performance che era stata prefissata	ASST: 2.927/29.384 = 9,96% Sostanzialmente mantenuta la performance raggiunta nel 2016
	Efficacia interna	Dimissioni volontarie (%)= Dimissioni volontarie/ Totale dimissioni	0,4%	Mantenimento risultato 2013	Risultato 2014: 0,35% Risultato 2015: 0,25%	HPG23: 0,26% SGB: 1,56% Tot ASST: 0,33% Nel triennio 2014-16 è stato migliorato il dato del 2013	ASST: 109/29.384 = 0,37% Sostanzialmente mantenuta la performance raggiunta nel 2016
	Efficacia interna	Trasferimenti tra strutture considerando solo quelli avvenuti tra Istituti per acuti (codice SDO n.3) (%)= Trasferiti (secondo codifica SDO-codice 3)/ Totale dimessi	0,25%	Mantenimento risultato 2013	2014: 0,22% 2015: 0,25%	HPG23: 0,22% SGB: 3,67% Tot ASST: 0,51% Il dato relativo ad HPG si è mantenuto sostanzialmente stabile nel tempo.	ASST: 155/29.384 = 0,53 % HPG23: 74/27.164 =0,27% SGB: 81/2.217 = 3,65% Sostanzialmente mantenuta la performance raggiunta nel 2016.

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2013	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO RAGGIUNTO
					ANNO 2014 ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
	Efficacia interna	Ricoveri ordinari ripetuti entro 45 gg (%)= Rientri con stessa MDC nello stesso reparto entro 45 gg/Tot. Dimissioni	4,23%	Mantenimento risultato 2013	2014: 4,76% 2015: 4,51%	HPG23: 4,44% SGB: 3,99% Tot ASST: 4,41% Dato sostanzialmente stabile nel tempo	ASST: 1.273/29.384 = 4,33% Sostanzialmente mantenuta la performance raggiunta nel 2016
	Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)= Dimessi dopo ricovero ordinario residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	24 per 1.000 abitanti	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	2014: 23 per 1.000 abitanti 2015: 23 per 1.000 abitanti	HPG23: 23 ‰ SGB: 2 ‰ Tot ASST: 25 ‰ Dato sostanzialmente stabile nel tempo	ASST: 26.406 /1.090.003= 24‰ Dato sostanzialmente stabile nel tempo
	Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)= Dimessi dopo ricovero DH residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	7 per 1000 abitanti	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	2014: 7 per 1.000 abitanti 2015: 7 per 1.000 abitanti	HPG23: 6 ‰ SGB: 1 ‰ Tot ASST: 7 ‰ Dato stabile nel tempo	ASST: 6.965 /1.090.003= 6‰ Dato sostanzialmente stabile nel tempo

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2013	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO RAGGIUNTO
					ANNO 2014 ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
	Efficacia interna	Tasso di ospedalizzazione ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)= Dimessi totali residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	31 per 1000 abitanti	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	2014: 30 per 1.000 abitanti 2015: 30 per 1.000 abitanti	HPG23: 29 ‰ SGB: 3 ‰ Tot ASST: 31‰ Dato sostanzialmente stabile nel tempo	ASST: 33.371/1.090.003= 31‰ Sostanzialmente stabile nel tempo
	Efficacia interna	Tasso di attrazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)= Dimessi dopo ricovero ordinario residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	53 per 1000 dimessi	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	R2014: 49 per 1.000 abitanti 2015: 52 per 1.000 abitanti	2016: HPG23: 52 ‰ SGB: 18 ‰ Tot ASST: 49 ‰ Dato sostanzialmente stabile nel tempo	ASST: 1.461/30.848= 47‰ HPG23: 1.431/28.600= 50 ‰ SGB: 30/2.248 = 13 ‰ Tasso in leggera riduzione
	Efficacia interna	Tasso di attrazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)= Dimessi dopo ricovero DH residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	40 per 1000 abitanti	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	2014: 43 per 1.000 abitanti 2015: 49 per 1.000 abitanti	HPG23: 47 ‰ SGB: 10 ‰ Tot ASST: 44 ‰ Tasso in incremento nell'ultimo triennio	ASST: 432/8.533 = 51‰ HPG23: 418/7.731= 54 ‰ SGB: 14/802 = 17 ‰ Tasso in incremento nel 2017 rispetto al 2016

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2013	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014 ANNO 2015	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2017
	Efficacia interna	Tasso di attrazione ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)= Dimessi totali residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	50 per 1000 abitanti	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	2014: 48 per 1.000 abitanti 2015: 52 per 1.000 abitanti	HPG23: 51 ‰ SGB: 16 ‰ Tot ASST: 48 ‰ Dato sostanzialmente stabile nel tempo	ASST: 1.893/39.381 = 48 ‰ HPG23: 1.849/36.331= 51 ‰ SGB: 44/3.050 = 14 ‰ Dato sostanzialmente stabile nel tempo

OBIETTIVI INERENTI LE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2017

PROCESSI DECISIONALI ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE	DOCUMENTI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTI ANNO 2014	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2015	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2017
Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione		Rispetto della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza	Mappatura delle aree soggette a rischio di corruzione	Produzione di documento di sintesi relativo alle aree a rischio	Adozione Piano di prevenzione della corruzione 2015 - 2017 (delibera n. 86 del 22/01/2015)	Integrazione Piano 2015 - 2017 (delibera n. 140 del 29.1.2016)	Adozione Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza delibera n. 167 del 26.01.2017	Adottato nuovo piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza delibera n. 133 del 25.1.2018
Codice di comportamento			Formazione di tutto il personale tematica anticorruzione	Partecipazione effettiva con superamento test finale da parte di tutto il personale della AO	Effettuato corso FAD Codice comportamento	Proseguita la formazione FAD Cod. Comportamento Corso residenziale per operatori CUP.	Proseguita la formazione FAD "Cod. Comportamento" Corso residenziale per operatori CUP e USC Politiche e gestione del personale.	Proseguita la formazione FAD "Cod. Comportamento" Corso ai dirigenti sui controlli, con esperti di Internal auditing.
			Mappare nuove ed eventuali aree a rischio conformemente e in parallelo con l'applicazione a regime del P.O.A di cui alla delibera n. 501 del 11.4.2013.	Produzione di documento di sintesi relativo alle eventuali aree a rischio	Adozione nuovo Piano di prevenzione corruzione 2015 - 2017 (delibera 86 del 22/01/2015)	Adozione nuovo Piano di prevenzione corruzione 2015 - 2017 (delibera 140 del 29.1.2016)	Adozione nuovo Piano di prevenzione corruzione 2017 - 2019 (delibera 167 del 26.01.2017)	Adottato nuovo Piano di prevenzione corruzione 2018 - 2020 (delibera 133 del 25.1.2018)

9. PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

E' proseguita 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.

E' stato mantenuto attivo il *Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione* (PrIMO), attraverso:

- il monitoraggio dei 19 indicatori PIMO,
- la compilazione delle autovalutazioni regionali semestrali su 361 item,
- il riesame a consuntivo del sistema gestione qualità dell'anno trascorso,
- lo svolgimento di audit sulle sette *reti di patologia*, al fine di valutare la conformità dei percorsi diagnostico, terapeutici, assistenziali ai requisiti di qualità e sicurezza;
- l'attuazione di audit sugli indicatori del Piano Nazionale Esiti.

L'Azienda ha, inoltre, sostenuto audit al sistema di *Gestione Qualità Aziendale*, cui sono seguiti azioni di miglioramento, da parte di:

- Regione Lombardia, con risultato positivo sia per il Presidio Papa Giovanni XXIII sia per il Presidio San Giovanni Bianco.
- Ente di Certificazione UNI EN ISO 9001:2008 con conferma della certificazione di qualità per le 48 Unità già certificate.
- Ente di Certificazione di *Ospedale all'altezza dei Bambini e degli Adolescenti*, con esito positivo per tutte le Unità del Dipartimento pediatrico e per Cardiologia, Cardiochirurgia pediatriche.

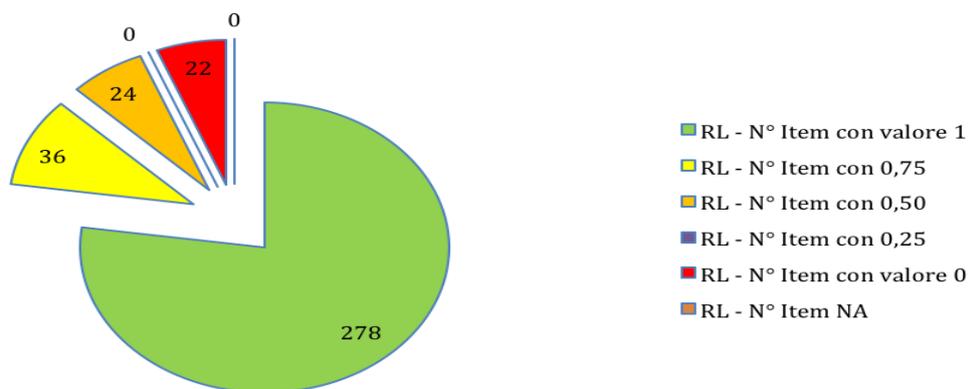
Istituzione *Tavolo di Miglioramento* "Documentazione di sistema delle Direzioni Sociosanitarie".

Consistente l'attività formativa svolta alle Unità e a tutti i Dipartimenti, sul significato e i contenuti del *Programma integrato di miglioramento*, cui si sono aggiunti i corsi dedicati alla *norma di certificazione*, nella nuova edizione; i corsi per *auditor* e il corso "Dalle Linee Guida ai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali", svolto dall'Istituto Superiore di Sanità.

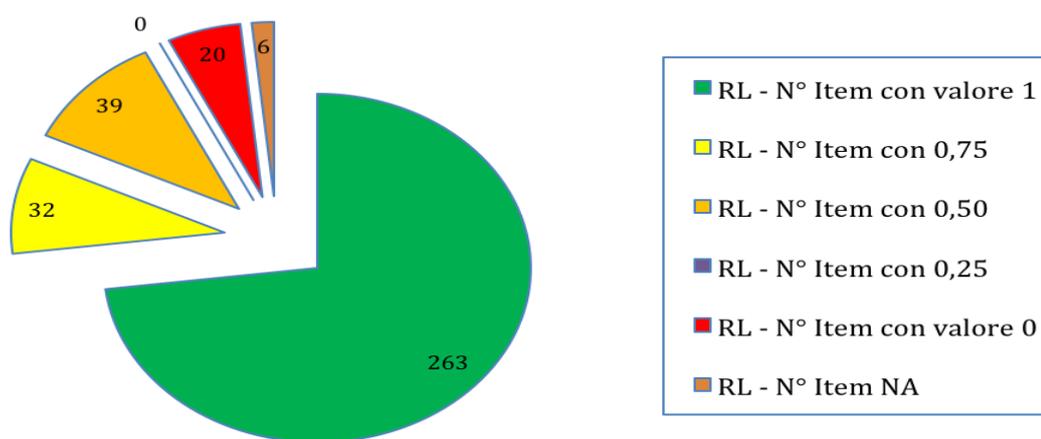
Ciascuno degli audit, sostenuti dall'Azienda, ha dato luogo a un piano di azioni di miglioramento, in corso di monitoraggio.

Nei grafici di seguito si riportano i risultati delle verifiche svolte dalla Regione Lombardia (RL) riguardo agli standard di autovalutazione relativamente ai 361 item.

**Presidio Ospedaliero Papa Giovanni XXIII -
Punteggio verifica esterna RL**



**Presidio Ospedale Civile San Giovanni Bianco –
Punteggio verifica esterna RL anno 2017**



La tabella, che segue, riassume gli indicatori PIMO individuati dalla Regione Lombardia per l'anno 2017 e quelli aziendali.

Tabella Indicatori Pimo

ambito		report	indicatore	dimensione qualità misurata	processo	tipo calcolo	formula	valore soglia obiettivo da scheda regionale	valore anno 2016	valore 1° sem. 2017; valore 2° sem. 2017; e/o valore anno 2017;
1	Economico-Finanziario	Situazione economico-finanziaria	Indicatore economico gestionale di bilancio	Efficienza	Area amministrativa	Rapporto Percentuale	Costo personale / produzione lorda * 100	Mantenimento/miglioramento del rapporto rispetto all'anno precedente	67%	64%
1	Economico-Finanziario	Situazione economico-finanziaria	Indicatore economico gestionale di bilancio	Efficienza	Area amministrativa	Rapporto Percentuale	Spesa per beni e servizi / produzione lorda * 100	Mantenimento/miglioramento del rapporto rispetto all'anno precedente	67%	64,6%
1	Economico-Finanziario	Situazione economico-finanziaria	Indicatore economico gestionale di bilancio	Efficienza	Area amministrativa	Rapporto Percentuale	Costi: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio * 100	Mantenimento/miglioramento del rapporto rispetto all'anno precedente	97,7%	96,8%
2	Struttura	Manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori	Verifiche manutenzione impianti	Efficacia, Efficienza, Sicurezza	Area tecnica	Rapporto Percentuale	Numero verifiche eseguite nei tempi / Numero verifiche pianificate* 100	100%	99,81%	1° Sem. 2017 99,81% 2° Sem. 2017 110,4% 2017 99,92%
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	0%	2,60%	1° Sem. 2017 4,2% 2° Sem. 2017 2,2% 2017 3%
2	Struttura	Documento di valutazione dei rischi	Correttivi apportati al DVR	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	100%	0,00%	0,00%
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	in attesa di definizione	0,85%	1° Sem. 2017 0,51% 2° Sem. 2017 0,33% 2017

ambito	report	indicatore	dimensione qualità misurata	processo	tipo calcolo	formula	valore soglia obiettivo da scheda regionale	valore anno 2016	valore 1° sem. 2017; valore 2° sem. 2017; e/o valore anno 2017;	
									0,42%	
3	Tecnologie	Farmacovigilanza	Tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa (ADR)	Sicurezza	Area clinica	Numero Intero	segnalazioni di sospetta ADR	Incremento del 10% delle segnalazioni rispetto all'anno precedente	391	354 pari a - 9,46%
3	Tecnologie	Dispositivo sorveglianza	Gestione recall dispositivi medici	Efficacia, Efficienza, Sicurezza, Tempestività	Area clinica	Rapporto Percentuale	Recall gestiti nei tempi / Recall ricevuti * 100	100%	100,00%	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	in attesa di definizione	/	1° Sem. 2017 14,1% 2° Sem. 2017 6,5% 2017 25,8%
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%	/	1° Sem. 2017 100% 2° Sem. 2017 100% 2017 100%
4	Sistemi Informativi	Progetto SISS	Documenti sanitari disponibili on line	Accessibilità	Area Sanitaria	Numero Intero	referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia AMB	150000	290336	94,9%
4	Sistemi Informativi	Progetto SISS	Documenti sanitari disponibili on line	Accessibilità	Area Sanitaria	Numero Intero	referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia LIS	250000	270517	93,6%
4	Sistemi Informativi	Progetto SISS	Documenti sanitari disponibili on line	Accessibilità	Area Sanitaria	Numero Intero	referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia RIS	57000	56703	97,9%
4	Sistemi Informativi	Progetto SISS	Documenti sanitari disponibili on line	Accessibilità	Area Sanitaria	Numero Intero	referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia PS	66000	84992	97,6%

ambito	report	indicatore	dimensione qualità misurata	processo	tipo calcolo	formula	valore soglia obiettivo da scheda regionale	valore anno 2016	valore 1° sem. 2017; valore 2° sem. 2017; e/o valore anno 2017;	
4	Sistemi Informativi	Progetto SISS	Documenti sanitari disponibili on line	Accessibilità	Area Sanitaria	Numero Intero	referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia LDIM	40000	34260	85,6%
4	Sistemi Informativi	Progetto SISS	Documenti sanitari disponibili on line	Accessibilità	Area Sanitaria	Numero Intero	referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia ALTRO	NA	/	non presenti negli obiettivi documenti SISS di tipologia altro
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.	Evento verificato	SI, in attesa di precisazione del dato comunicato	NON presente
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 (cce, cup, ps, lis, ris, adt...) non sono stati accessibili, funzionanti per un tempo superiore a 30 minuti /365	in attesa di definizione	1, in attesa di precisazione del dato comunicato	Il dato non viene fornito in quanto la formula indicata non rispecchia il valore di continuità operativa. Si chiede di rimodulare la formula con l'uptime. Uptime = numero delle ore di disservizio/numero totale delle ore del servizio attivo
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	17,006 ppm = 0,001700%	23,73ppm=0,002373%
5	Risorse Umane	Analisi dell'attività formativa erogata	Tasso di efficacia dell'offerta formativa	Competenza	Area amministrativa	Rapporto Percentuale	corsi erogati / corsi programmati * 100	50%	85,0%	83,5%
5	Risorse Umane	Rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi	Incidenza ore di formazione	Competenza	Area amministrativa	Rapporto Percentuale	ORE FORMAZIONE EFFETTUATE DAL PERSONALE / N.ORE LAVORATE * 100	in attesa di definizione	Totale 1,218% Aggiornamento obbligatorio in sede 0,6692% Aggiornamento obbligatorio fuori sede 0,05717% Facoltativo (fuori sede) 0,4915%	Totale 1,17% obbligatorio in sede 0,6731% obbligatorio fuori sede 0,07214% Facoltativo (fuori sede) 0,42473%
5	Risorse Umane	Valutazione e sviluppo delle competenze	Dipendenti con valutazione individuale	Competenza	Area amministrativa	Rapporto Percentuale	Dipendenti con valutazione individuale annuale / Totale personale	100%	100%	100%

ambito	report	indicatore	dimensione qualità misurata	processo	tipo calcolo	formula	valore soglia obiettivo da scheda regionale	valore anno 2016	valore 1° sem. 2017; valore 2° sem. 2017; e/o valore anno 2017;	
		annuale				dipendente * 100				
6	Organizzazione	Reclami dei cittadini	Indice di reclamo	Soddisfazione e cliente	Segnalazioni Cittadini	Rapporto * 10000	RECLAMI / tot. Ricoveri * 10000	in attesa di definizione	/	118,62
6	Organizzazione	Reclami dei cittadini	Indice di reclamo	Soddisfazione e cliente	Segnalazioni Cittadini	Rapporto per * 100000	RECLAMI / tot. PRESTAZ. AMB * 100000	in attesa di definizione	/	63,81
6	Organizzazione	Rilevazione della qualità percepita	Percentuale dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction	Soddisfazione e cliente	Customer Care	Rapporto Percentuale	risposte pari a 6 e 7 per la domanda relativa alla <i>SODDISFAZIONE COMPLESSIVA</i> / totale risposte * 100	in attesa di definizione	79%	1° Sem. 2017 83% 2° Sem. 2017 83,1% Anno 2017 83,07%
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	in attesa di definizione	0,02%	0,02%
6	Organizzazione	Qualità della documentazione sanitaria	Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria	Appropriatezza	Qualità della documentazione e sanitaria	Rapporto Percentuale	cartelle con esito diverso da 1 al controllo di qualità documentale / cartelle verificate * 100	in attesa di definizione	4,7%	7,91%

Un particolare ringraziamento a tutti coloro che hanno collaborato e contribuito alla stesura del documento con i loro preziosi suggerimenti e il proficuo lavoro di squadra.

Eventuali integrazioni per un miglioramento continuo possono essere inoltrate via email al Comitato Unico di Garanzia.



“Ogni persona che incontriamo sta combattendo una battaglia di cui non sappiamo niente.
Siamo gentili. Sempre!”

Giugno 2018

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVO-CONTABILE (proposta n. 1134/2018)

Oggetto: RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII - ANNO 2017

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, 14/06/2018

Il direttore
Dr. / Dr.ssa Bertocchi Giuliana

PARERE DIRETTORI

all'adozione della proposta di deliberazione N.1134/2018

ad oggetto:

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII - ANNO 2017

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
