

DELIBERAZIONE N. 1086/2015 ADOTTATA IN DATA 02/07/2015

OGGETTO: Relazione sulla performance dell'azienda ospedaliera – Anno 2014.

### IL DIRETTORE GENERALE

Assistito dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo, che svolge le funzioni di verbalizzante;

Premesso che il d.lgs. n. 150 del 27/10/2009 (cd. decreto Brunetta) all'art. 10, comma 1, lettera b), prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente un documento “.. che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato”;

Considerato che, con delibera n. 180 del 30/01/2014 è stato adottato il “Piano della performance triennio 2014 – 2016 dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Bergamo”;

Precisato che, per quanto attiene agli obiettivi strategici contenuti nel Piano della performance, si è fatto riferimento al Piano socio-sanitario regionale 2010-2014 e alla DGR X/1185 del 20/12/2013 avente ad oggetto “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2014”;

Verificato che il Nucleo di valutazione delle prestazioni, nella seduta del 30/06/2015 ha preso visione della “Relazione sulla performance dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Bergamo – Anno 2014” e, dopo averla analizzata, ha approvato il relativo contenuto;

### DELIBERA

1. di approvare il documento allegato alla presente “Relazione sulla performance dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Bergamo – Anno 2014” (allegato A);
2. di pubblicare sul sito aziendale nella sezione “Amministrazione trasparente” la su menzionata relazione;

3. di trasmettere copia del presente provvedimento ai competenti uffici aziendali per dovuta informazione e seguito.

**II DIRETTORE GENERALE**  
dr. Carlo Nicora

**IL DIRETTORE SANITARIO**  
Dr.ssa Laura Chiappa

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
Dr. Peter Assembergs

# RELAZIONE AL PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2014



30 GIUGNO 2015

La «Relazione sulla performance» è il documento che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

## INDICE

<b>1. PREMESSA .....</b>	<b>2</b>
<b>2. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA .....</b>	<b>3</b>
2.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO .....	3
2.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA .....	4
2.3 I TRAPIANTI E L'ALTA SPECIALIZZAZIONE .....	4
2.4 CURE ONCOLOGICHE .....	5
2.5 EMERGENZA-URGENZA .....	6
2.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE.....	7
<b>3. GLI OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE E IL LORO RAGGIUNGIMENTO NELL'ANNO 2014 .....</b>	<b>8</b>
3.1 GOVERNO DELLA PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE .....	8
3.2 GOVERNO DEI DATI, DELLE STRATEGIE E PIANI DEL SISTEMA SANITARIO .....	10
3.3 PROGRAMMAZIONE E GOVERNO DEI SERVIZI SANITARI.....	15
3.4 PERSONALE E MEDICINA CONVENZIONATA.....	19
<b>4. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA.....</b>	<b>26</b>
4.1 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ 2014 - 2016.....	27
4.2 PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	27
<b>5. IL POSIZIONAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA A PARTIRE DALLA VALUTAZIONE DI ALCUNI INDICATORI DEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE).....</b>	<b>34</b>
<b>6. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: GLI INDICATORI DI RISULTATO .....</b>	<b>37</b>
<b>7. IL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE NELL'ANNO 2015.....</b>	<b>53</b>
7.1 TABELLA INDICATORI PIMO .....	55

## 1. PREMESSA

Come noto, il decreto legislativo n. 150 del 2009 prevede che le Aziende Sanitarie adottino un piano programmatico triennale in cui dare evidenza degli obiettivi da perseguire e delle risorse impiegate e, ogni anno successivo, la «Relazione sulla performance» 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 dal bilancio di genere realizzato.

Regione Lombardia, con la delibera di Giunta nr. 2989 del 23 dicembre 2014, avente oggetto “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l’esercizio 2015”, cosiddette “regole di sistema”, nella sezione relativa al programma di miglioramento continuo ha previsto che, nel corso dell’anno 2015, il piano delle performance, di cui al decreto legge n. 150/09, nelle more di quanto previsto dalla legge di conversione 11 agosto 2014, n. 114 all’art. 19 comma 10, recante: «Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari», venga definito, tenuto conto di quanto elaborato in sede di Programma Integrato di Miglioramento dell’Organizzazione (P.I.M.O.). Il monitoraggio delle performance previste nel Piano Performance avverrà, per l’anno 2015, mediante un set minimo di indicatori comuni a tutte le aziende ospedaliere, estrapolati dal P.I.M.O., sulla base di indicazioni operative elaborate dall’OIV della Giunta Regionale, di concerto con la DG Salute.

Pertanto, alla luce di quanto sopra esposto, l’Azienda ritiene opportuno elaborare un documento, relativo all’anno 2015, che si pone in continuità e scorre sul precedente Piano della Performance 2014-2016, in particolar modo per quanto riguarda i principi fondamentali esposti nella parte introduttiva del Piano triennale, cui si rimanda per eventuali approfondimenti, in attesa della stesura del Piano integrato di miglioramento dell’organizzazione, la cui redazione avverrà entro febbraio 2016 e con il quale è prevista la necessaria integrazione. In conformità alle direttive più recenti, la relazione sulle performance e il nuovo Piano viene predisposto come documento programmatico in cui vengono sintetizzati ed integrati in modo coerente, sistematico e trasversale i diversi documenti di pianificazione e programmazione aziendali quali: il Piano del rischio, gli obiettivi di budget, il Piano della Trasparenza e il Piano della Prevenzione della Corruzione.

## 2. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA

### 2.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO

Nel 2014 il numero di pazienti dimessi dopo ricovero ordinario è stato di 35.356, dopo ricovero Day Hospital è stato di 9.308, per un totale complessivo di dimessi di 44.664.

Nel 2014, rispetto al 2013, si è quindi registrata un aumento della numerosità dei ricoveri ordinari (+5,5%) e un più importante aumento dei ricoveri diurni (+11%).

L'aumento della attività è determinato anche dal fatto che nei primi mesi del 2013 l'AO si trovava nella fase di ripresa post-trasferimento avvenuto nel Dicembre 2012.

La tabella 1 riporta le principali cause di ricovero ordinario nel 2013 (il dato è stato ricavato analizzando le schede di dimissione ospedaliera e classificando le patologie per Categorie Diagnostiche Maggiori).

TABELLA 1: le principali cause di ricovero ordinario nel 2014

N° dimessi	Le principali cause di ricovero
4664	Gravidanza, parto e puerperio
4093	Neonati normali e con disturbo perinatali
3679	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio
3537	Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
2213	Malattie e disturbi sistema nervoso
1900	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate
1870	Malattie e disturbi apparato digerente
1842	Malattie e disturbi rene e vie urinarie
1597	Malattie e disturbi apparato respiratorio
1471	Malattie e disturbi fegato, vie biliari e pancreas

Le cause più frequenti di ricovero ordinario nel 2014 sono state il parto e le patologie legate alla nascita, così come è lecito attendersi in un ospedale che è sede della più grande unità di ostetricia-ginecologia della provincia e di un'unità di patologia neonatale di terzo livello. Seguono in ordine decrescente di frequenza le malattie del sistema cardiocircolatorio, dell'apparato locomotore, del sistema nervoso, le malattie mieloproliferative.

## 2.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA

Il numero di interventi chirurgici complessivi del 2014 è stato di 37.378, in aumento del 6,19% rispetto al 2013 (nel quale si sconta la ridotta attività post-trasferimento come già descritto nel paragrafo sopra). In specifico si registra un aumento degli interventi di chirurgia ambulatoriale del 9,13%, degli interventi in Day Surgery del 3,51% e degli interventi in regime di ricovero ordinario del 6,31%.

## 2.3 I TRAPIANTI E L'ALTA SPECIALIZZAZIONE

Le attività di alta specializzazione presenti nell'azienda ospedaliera trovano una delle espressioni più alte nella cura e nell'assistenza dei malati sottoposti a trapianto d'organo, dove maggiore è l'esigenza di un approccio multidisciplinare. L'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII è fra i primi centro nazionale, relativamente ai trapianti di fegato in soggetti pediatrici ed è il centro pioniere del trapianto di intestino pediatrico in Italia.

La tabella 2 riporta il numero complessivo di trapianti effettuati negli anni 2009 - 2014.

TABELLA 2

ORGANO	2009	2010	2011	2012	2013	2014
cornee	42	36	23	15	17	21
cuore	30	27	20	18	14	22
rene	39	25	41	40	41	49
fegato adulto	55	47	59	58	47	63
fegato pediatrico	27	27	22	25	19	26
midollo osseo	159	148	150	156	140	130
polmone	17	13	14	7	11	10
intestino pediatrico	/	1	/	/	/	/
combinato	6	4	4	8	7	/
<b>totale</b>	<b>375</b>	<b>328</b>	<b>333</b>	<b>327</b>	<b>296</b>	<b>321</b>

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

---

## 2.4 CURE ONCOLOGICHE

---

Alla AO Papa Giovanni XXIII si curano tutti i tipi di tumore solido o ematologico, compresi i tumori rari e quelli emergenti, come il melanoma, grazie alla disponibilità di tutte le specialità mediche e delle più innovative possibilità di cura.

Nell'ottica dell'umanizzazione dell'assistenza è stato attivato a ottobre 2011 l'ambulatorio Pronto Intervento Diagnostico Oncologico (PID). Il PID svolge un'attività diagnostica ambulatoriale che accompagna il paziente, dalla tempestiva valutazione diagnostica da parte dello specialista, attraverso la programmazione dell'iter diagnostico, tramite canali di accesso privilegiati (laboratorio analisi, radiologia, neuroradiologia, medicina nucleare, ecc.) fino alla valutazione medica conclusiva.

Dopo un'accurata fase diagnostica, per ogni paziente si sviluppa un percorso di cura personalizzato, ispirato alla multidisciplinarietà, alla continuità terapeutica e all'appropriatezza di ogni intervento. Le cure spaziano dall'intervento chirurgico alla radioterapia, dalle terapie mediche a quelle biologiche, fino alle cure palliative, con l'obiettivo di accompagnare il paziente in ogni fase del percorso di cura e di garantire un'assistenza globale, anche grazie all'importante sostegno offerto dal mondo del volontariato.

Viene garantita anche sorveglianza e cure specifiche in caso di complicanze che possono accompagnare le malattie oncologiche, come la trombosi.

Intenso e di alto livello anche il lavoro che viene svolto sul fronte della ricerca scientifica, tanto che la maggior parte delle pubblicazioni prodotte in azienda interessano il campo oncologico ed ematologico.

Il settore onco-ematologico ha un'attrattività che va oltre la provincia di Bergamo. Vengono sotto riportati i tassi di attrazione del 2014 dei pazienti con ricovero ordinario delle Unità Strutturali di Oncologia ed Ematologia (considerate insieme) sia dei pazienti fuori provincia ma residenti in Regione Lombardia (extra-provincia) che dei pazienti che provengono da altre regioni (extra-regione), che totale (extra-provincia + extra-regione).

TASSO DI ATTRAZIONE DI PAZIENTI FUORI PROVINCIA MA RESIDENTI IN LOMBARDIA (EXTRA-PROVINCIA): 101 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE DI PAZIENTI FUORI REGIONE LOMBARDIA (EXTRA-REGIONE): 52 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE TOTALE (EXTRA-PROVINCIA + EXTRA-REGIONE) DEL SETTORE ONCO-EMATOLOGICO: 152 per 1.000 dimessi

L'obiettivo per il 2014/16 è il mantenimento di una forte attrattività nel settore onco-ematologico.

---

## 2.5 EMERGENZA-URGENZA

---

L'AO Papa Giovanni XXIII è una delle strutture di terzo livello presente in Lombardia per l'assistenza ai pazienti politraumatizzati. Questo significa che viene fornito il massimo livello di idoneità ad accogliere pazienti con lesioni traumatiche gravi all'addome, al torace, agli arti, alle vertebre e alla testa. E' inoltre l'unica struttura di riferimento in Lombardia per il trauma pediatrico grave.

Merito del trattamento ottimale garantito a questi pazienti, frutto della stretta sinergia tra le unità che compongono il Dipartimento di Emergenza-Urgenza (Centrale operativa 118, Chirurgia I, Medicina d'Urgenza, Pronto Soccorso, Centrale Antiveleni, Ortopedia e Traumatologia) e la collaborazione con altre discipline, dalla Chirurgia plastica a quella Maxillofacciale, dalla Neurochirurgia al Dipartimento di Anestesia e Rianimazione. Specialisti diversi che insieme formano un Trauma Team di grande esperienza, che possono contare su un ambiente dedicato (la Shock Room) e su una sala operatoria a disposizione 24 ore su 24.

L'alto numero di pazienti con traumi multipli trattati ogni anno si riflette in un'intensa attività di ricerca, in un'ottica di integrazione continua tra assistenza, clinica, didattica e ricerca. L'obiettivo resta il miglioramento continuo della qualità del servizio coerentemente con le linee guida aziendali: appropriatezza delle prestazioni, umanizzazione e riduzione delle lista d'attesa.

## 2.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE

La numerosità delle prestazioni ambulatoriali si mantiene costantemente alta e nel tempo è cresciuta per le ragioni descritte nei paragrafi sopra. Il grafico 1 riporta il numero di prestazioni ambulatoriali effettuate dal 2006 al 2013. Come già ricordato il trasferimento dell'AO dalla vecchia sede alla nuova struttura, avvenuto nel dicembre 2012, e il conseguente calo programmato di attività, al fine di permettere il trasferimento stesso e il successivo riavvio dell'attività ha determinato, per il 2013, una riduzione complessiva del numero delle prestazioni ambulatoriali.

GRAFICO 1: numerosità delle prestazioni ambulatoriali erogate negli anni 2007-2014

La tipologia di prestazioni ambulatoriali erogate nel 2014, classificate per macro-categorie, è riportata nella tabella 3.

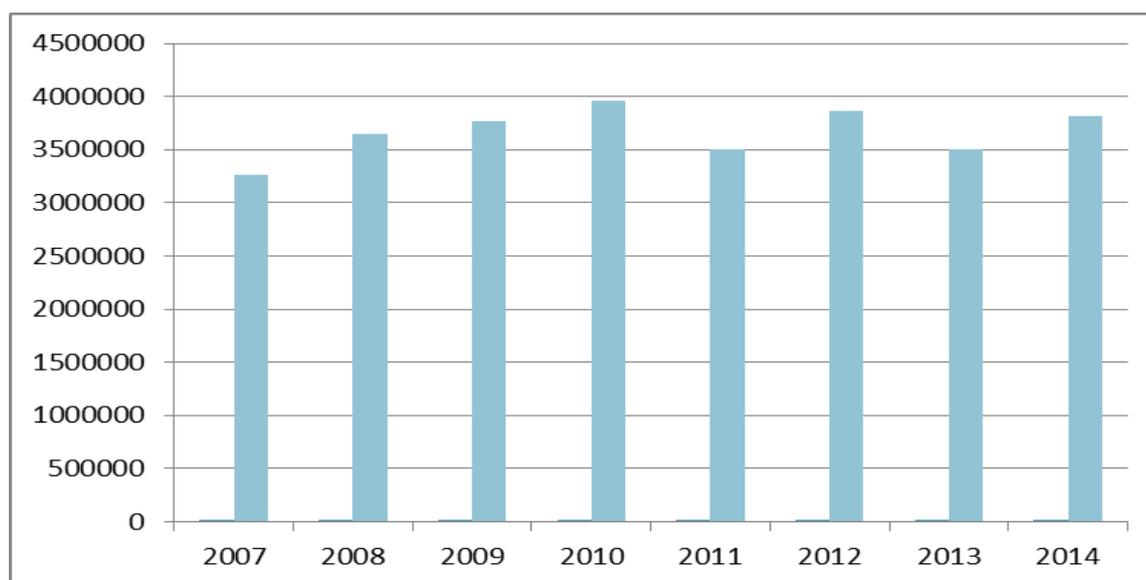


TABELLA 3: tipologia di prestazioni ambulatoriali erogate nel 2014.

prestazioni ambulatoriali	Tot 2014
totale visite di controllo	239.895
totale prime visite	174.394
RADIOTERAPIA	22.761
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	9.611
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	72.148
LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA ETC.	2.676.667
altre prestazioni	622.584
<b>TOTALE</b>	<b>3.818.060</b>

### 3. GLI OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE E IL LORO RAGGIUNGIMENTO NELL'ANNO 2014

I principali obiettivi aziendali di interesse regionale direttamente collegati alla programmazione regionale e declinati attraverso le determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014 con la delibera di Giunta Regionale n. X/1185 del 20712/2013 si sono concretizzati nello sviluppo degli indicatori di seguito descritti dagli obiettivi aziendali di interesse regionale. Di seguito vengono specificate le macro-aree e i relativi indicatori (sottolineati) correlati dalle attività messe in atto dall'Azienda per raggiungere gli stessi.

#### 3.1 GOVERNO DELLA PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE

➤ **Avvio e/o sviluppo del programma Aziende che promuovono salute - Rete WHP Lombardia d'intesa con ASL**

Il 3/12/2014 l'AO Papa Giovanni XXIII ha ottenuto da parte dell'ASL di Bergamo il riconoscimento formale della partecipazione alla rete WHP con la consegna dell'attestato di partecipazione. Per l'anno 2015 sono state definite modalità di intervento nelle seguenti aree:

- Promozione corretta alimentazione con il coinvolgimento della USS Dietologia clinica e il servizio di Mensa aziendale
- Contrasto al fumo di tabacco con il coinvolgimento della "Commissione Lotta al Tabagismo" e della USC Medicina del Lavoro.
- Verrà predisposto corso FAD in merito a WHP con particolare attenzione alla corretta alimentazione da proporre ai dipendenti nel corso dell'anno 2015.

➤ **Risultati di Customer Satisfaction 2014 => 2013**

Analizzando la soddisfazione generale riscontrata nei questionari di gradimento del 2014, si assiste a un miglioramento, sia per l'area di degenza che per quella ambulatoriale. Il dato, misurato in una scala da 1 a 7, risulta infatti pari a 5.88 per l'ambulatorio (vs 5.87 dello scorso anno) e a 6.32 per la degenza (vs 6.23 dello scorso anno). I valori riscontrati nell'anno 2014 non solo si presentano migliori rispetto a quelli raccolti nel 2013, ma decisamente al di sopra della soglia che, calcolata in base ai risultati ottenuti negli ultimi anni, dovrebbe non scendere al di sotto del 4.95 nella degenza e 4.75 nell'ambulatorio.

➤ **Incremento delle prestazioni di 1° e 2° livello necessarie a garantire gli obiettivi di estensione ed adesione degli screening oncologici.**

Gli screening previsti dal contratto con la ASL per l'anno 2014 sono stati lo screening mammografico e quello per la prevenzione del tumore del colon retto.

Per lo screening mammografico, il contratto firmato con la ASL prevedeva l'erogazione di 6192 mammografie per il 2014. Le prestazioni sono richieste dalla ASL, sulla base della adesione alla campagna di screening e comunque in numero maggiore rispetto a quelle stabilite dal contratto. Al 31 dicembre 2014 sono state eseguite tutte le prestazioni richieste dalla ASL, pari a 5525 prestazioni.

E' importante sottolineare che la disponibilità data da AO è stata molto superiore al contratto infatti, nel corso dell'anno, oltre 3000 pazienti prenotate dalla ASL sull'agenda screening per l'esecuzione della prestazione, non si sono presentate all'appuntamento.

Per lo screening del colon retto, il contratto firmato con la ASL prevedeva l'erogazione di 384 prestazioni di II livello per il 2014. Le prestazioni sono richieste dalla ASL, sulla base della adesione alla campagna di screening e alla positività della ricerca del sangue occulto fecale nella popolazione che ha aderito alla campagna stessa. Al 31 dicembre sono state eseguite tutte le prestazioni richieste dalla ASL, pari a 276 prestazioni. Sono, invece 35 i pazienti che, seppur prenotati, non si sono presentati per l'esecuzione della prestazione.

➤ **Segnalazioni alle ASL di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi: ≥ 90%**

Per l'anno 2014 sono stati segnalati alla ASL 329 nuovi casi di patologia infettiva su 340 casi segnalabili, pari al 97% delle segnalazioni.

Rispetto all'anno precedente, grazie alla continua opera di sensibilizzazione sulle strutture aziendali, le segnalazioni di patologia infettiva sono aumentate del 20%

➤ **Migliorare l'attività di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e nelle sorveglianze speciali (Morbillo e Rosolia, Malattie Invasive Batteriche): Perseguimento del raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale**

Si dettaglia di seguito l'andamento delle attività vaccinali con registrazione dei soggetti cui viene somministrata la vaccinazione.

In particolare quelli sottoindicati sono i dati relativi al periodo Gennaio-Dicembre 2014

- a) Vaccino iposensibilizzante iniettivo (per imenotteri) un paziente area pediatrica con somministrazione a cadenza mensile
- b) Vaccini iposensibilizzanti orali a 237 pazienti area pediatrica
- c) Vaccinazioni obbligatorie area pediatrica in sede protetta 2
- d) Somministrati vaccini antiepatite a 87 operatori non protetti sottoposti a sorveglianza sanitaria
- e) Antitetanica: somministrata a tutti gli operatori che ne hanno fatto richiesta (69 dosi)
- f) Antivaricella: vaccinati 24 operatori sottoposti a sorveglianza sanitaria
- g) MPR : vaccinati 22 operatori non protetti sottoposti a sorveglianza sanitaria
- h) MPR: somministrazione di 22 vaccini MPR alle puerpere.
- i) Antinfluenzale 2014/15: somministrate 295 dosi vaccinali

---

### 3.2 GOVERNO DEI DATI, DELLE STRATEGIE E PIANI DEL SISTEMA SANITARIO

---

➤ **Attuazione della DGR 1185/2013 attraverso la predisposizione e attuazione del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO).**

Nell'ambito dell' obiettivo "Predisposizione e attuazione del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione" la Direzione aziendale ha incaricato la Struttura Qualità aziendale che ha provveduto a:

- Collaborare all'interno del gruppo di lavoro regionale: "Miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente", con produzione Linee Guida per la elaborazione e lo sviluppo del piano integrato (Incontri 2014 nelle date 29/01, 4/03 e 17/04).
- Presentare, il 3 giugno 2014, alla Direzione una prima proposta per lo sviluppo dell' obiettivo regionale, a partire dalle Linee Guida regionali stesse.
- Aggiornare la procedura aziendale relativa al Riesame della Direzione.
- Partecipare agli incontri, all'interno del gruppo di lavoro regionale Indicatori, in data 21/05 e 18/06 e 16/07 e 17/09 e 11/11 e 11/12 per individuazione indicatori di processo e aggiornamento su indicazioni regionali PIMO.

- Presentare il progetto PIMO Network aziendale dei Referenti Qualità.
- Sviluppare la procedura generale PG9MQ6 Gestione delle risorse umane, che riguarda il Piano Assunzioni.
- Da luglio a novembre 2014 promuovere incontri di allineamento con i referenti aziendali di: Piano di monitoraggio e aggiornamento del modello organizzativo del Codice Etico Comportamentale e Piano Anticorruzione; Piano di prevenzione e sorveglianza infezioni; Piano delle performance; Piano della sicurezza e della gestione del rischio; Piano della Formazione; Piano delle indagini di Qualità percepita, Piano obiettivi budget sanitari .
- Intestazione all’Azienda Papa Giovanni XXIII delle 43 schede indicatori, tratte dal sito Regione Lombardia.
- Raccolta dati e primo riesame della Direzione il 23/12/2014.
- Predisposizione di pagina intranet per condivisione informatica con tutti i referenti, delle schede indicatori e dei dati raccolti.

➤ **Potenziamento della Rete Ematologica Lombarda – REL - Corretta applicazione dei PDTA definiti dalla REL**

La maggior parte dei pazienti con Mielomi o Linfomi non Hodgkin non viene inizialmente ricoverata, quindi, per monitorare l’indicatore, AO ha deciso di considerare, al posto del primo ricovero, la prima linea di terapia. È stata quindi effettuata l’analisi con la griglia di valutazione del PDTA implementata a tutti i pazienti con nuova diagnosi al 31/12/2014.

L’Ematologia ha un grado di aderenza ai PDTA definiti dalla REL superiore all’80% sia per il Mieloma Multiplo sia per il Linfoma Non Hodgkin. Seguono tabelle di sintesi dei dati.

<b>PDTA REL: MIELOMI anno 2014</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>Nuove diagnosi MIELOMI</b>	<b>84</b>	
Deceduti (prima dei tre mesi)	1	
Rifiutato trattamento	1	
Accertamenti effettuati presso altri centri	2	
<b>Pazienti valutabili con MIELOMA</b>	<b>80</b>	
<b>Esami citologici/istologici nei tre mesi precedenti</b>	<b>79</b>	<b>98,7%</b>
<b>Esami strumentali nei tre mesi precedenti</b>	<b>77</b>	<b>96,2%</b>

<b>PDTA REL: LINFOMI NON HODGKIN anno 2014</b> <b>BIOPSIA LINFONODALE</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>Nuove diagnosi Linfomi non hodgkin</b>	<b>202</b>	
No biopsia per mancanza di adenopatia	23	
No biopsia per età	1	
No biopsia per comorbidità e condizioni generali	1	
<b>Pazienti valutabili con LINFOMA NON HODGKIN</b>	<b>177</b>	
<b>Biopsia linfonodale nei tre mesi precedenti</b>	<b>176</b>	<b>99,4%</b>

➤ **Potenziamento della Rete Nefrologica Lombarda - RENE: Corretta applicazione dei PDTA definiti dalla RENE**

La nostra azienda ha applicato correttamente i PDTA definiti dalla RENE, infatti:

a) per quanto attiene la percentuale dei pazienti in dialisi rispetto all'anno precedente si riportano i dati relativi alla popolazione dei pazienti in emodialisi (HD) e dialisi peritoneale (PD) del nostro centro suddivisi per pazienti in carico (prevalenti) e nuovi casi (incidenti):

<b>Anno</b>	<b>Pz Prevalenti</b>	<b>In Emodialisi</b>	<b>In Dialisi peritoneale</b>	<b>%</b>
2012	249	206	43	17,2%
2013	264	216	48	18,0%
2014	255	210	45	17,7%

<b>Anno</b>	<b>Pz incidenti</b>	<b>In Emodialisi</b>	<b>In Dialisi peritoneale</b>	<b>%</b>
2012	38	22	16	42%
2013	67	49	18	26%
2014	85	65	17	20%

Questi dati documentano che la proporzione dei pazienti in dialisi peritoneale rispetto al numero totale dei pazienti in dialisi si attesta tra i pazienti prevalenti sopra il 17% perfettamente in linea con i dati della Lombardia (la media regionale è intorno ai 16-17% dei pazienti in dialisi peritoneale).

Nel 2014 è stata costituita una equipe formata da medici e infermieri per guidare in modo più puntuale il percorso del paziente che si avvia alla terapia sostitutiva. Questa equipe prende in carico il paziente in una fase della malattia renale che è vicina ma non prossima a quella in cui si rende necessaria la dialisi, e ha quindi il tempo di illustrare in modo approfondito le diverse modalità di trattamento. Questo può contribuire a far scegliere la dialisi peritoneale ad un numero maggiore di pazienti.

b) La USC di Nefrologia è stata una delle prime in Lombardia ad adottare sistematicamente i farmaci biosimilari nel trattamento dell'anemia dei pazienti uremici. Attualmente dei pazienti in emodialisi cronica, circa 88% è in trattamento con una eritropoietina biosimilare, mentre il restante 12% impiega darbepoietina (farmaco brand). L'USC di Nefrologia dell'AO Papa Giovanni XXIII ha contribuito alla realizzazione del percorso condiviso con l'ASL per l'impiego dei biosimilari.

c) Per quanto attiene il trapianto di doppio rene, nel periodo 2000-2011 la proporzione di trapianto di 2 reni sul totale dei trapianti è stata:

Media Nazionale	6%
Centro di Bergamo	14%

(dati del Centro Nazionale Trapianti).

In Regione Lombardia 3 centri trapianto su 7 non praticano il trapianto di 2 reni , mentre degli altri che lo praticano, la percentuale di trapianti di due reni sul totale dei trapianti effettuati va dall'1.3 al 5%. Nel 2014 abbiamo effettuato 48 trapianti di rene, di questi 5 sono stati trapianti di doppio rene (10% dei trapianti). In due casi il trapianto di due reni era "preemptive", cioè effettuato prima dell'ingresso in dialisi del ricevente. Anche questo programma è stato lanciato per la prima volta nel NIT dal nostro Centro. Pertanto al 100% i pazienti che hanno i criteri di inclusione nel protocollo del trapianto di due reni viene proposta questa modalità.

d) Nel nostro Centro, nel corso degli anni, sono stati praticati 32 trapianti da vivente, di cui uno nel 2013 e uno nel 2014. Si evidenzia che, qualora si intraveda la possibilità di effettuare un trapianto da vivente, è cura del personale della USC Nefrologia proporre questa strada. Abbiamo per altro programmi di ricerca innovativi per questo tipo di trapianti.

➤ **Corretta applicazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) di gestione del paziente affetto da infarto**

E' stato applicato correttamente il PDTA dei pazienti con infarto miocardico acuto.

Nello specifico, come risulta dal portale di Regione Lombardia, al mese di dicembre 2014:

- i pazienti con STEMI trattati con PTCA entro 48 ore sono stati 91 su 174 pari al 77.63%
- il tempo Door to Balloon (DB) entro 90 minuti è stato rispettato per 42 pazienti su 49 pari al 85,71% dei pazienti inseriti nell'Archivio STEMI.
- i soggetti con Infarto Miocardico Acuto in doppia terapia antiaggregante a sei mesi sono 82 su 107 pari al 76,64%.

➤ **Mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno precedente**

I Donatori segnalati nel 2014 sono stati 30, uno in più rispetto al 2013.

Durante l'anno 2014 un apposito Gruppo di Lavoro Aziendale, composto da medici ed infermieri delle 4 Terapie intensive, coordinato dal responsabile USSD coordinamento prelievo e trapianto d'organi, in 5 incontri ha elaborato, secondo le indicazioni della Letteratura, una nuova Istruzione operativa con i criteri qualità Aziendale ISO per la gestione della comunicazione di morte e intervista di donazione ai familiari del potenziale donatore: tale documento è stato inserito nella procedura aziendale ISO "trattamento del donatore" ed è operativa.

➤ **Pubblicazione su sito web di ciascuna AO di almeno due percorsi specifici nell'area della nefrologia, ematologia e oncologia, condivisi con la ASL**

Pubblicazione in data 19.12.2014 sul sito internet aziendale dei percorsi relativi a farmaci biosimilari, Eritropoietine e Fattori di crescita, in ambito nefrologico e oncologico con collegamento al sito della ASL di Bergamo:

[http://www.hpg23.it/section/1886/Conoscere\\_i\\_farmaci\\_biosimilari](http://www.hpg23.it/section/1886/Conoscere_i_farmaci_biosimilari)

➤ **Partecipazione a tutti gli eventi formativi realizzati dalle ASL e rivolti ai Medici di Medicina Generale e ai prescrittori delle strutture di ricovero e cura accreditate (almeno 60% dei destinatari per ciascun evento)**

E' stato organizzato e realizzato il Corso FAD rivolto ai MAP e medici specialisti con la collaborazione della ASL e le AO della Provincia di BG dal titolo "Farmaci a brevetto scaduto (equivalenti e biosimilari): promozione d'uso tra regole prescrittive e aderenza terapeutica". Il corso è stato accreditato da questa Azienda nell'ambito del sistema regionale ECM-CPD (crediti ECM-CPD pre-assegnati n. 9). Il corso è stato fruibile on line

dall'1 settembre al 31 dicembre 2014. Hanno concluso il corso n. 637 medici abilitati a fruire della formazione FAD (pari al 83%)

- **Entro il 31.12.2014 adozione di un protocollo d'intesa sottoscritto dalla ASL dalle Strutture sanitarie di competenza territoriale e dai suoi Presidi di Rete e che dovrà essere inviato al Centro di Coordinamento della Rete Regionale delle Malattie Rare e alla D.G. Salute per la relativa pubblicazione sul sito regionale**

Il Protocollo d'intesa è stato adottato con Deliberazione ASL n. 1117 del 04.12.2014 e recepito con delibera dell'Azienda ospedaliera n. 2070/2014 del 29/12/2014. Il protocollo è stato pubblicato sul sito del Centro di Coordinamento della Rete Regionale delle Malattie Rare.

---

### 3.3 PROGRAMMAZIONE E GOVERNO DEI SERVIZI SANITARI

---

- **Attività del Dipartimento interaziendale Cure Palliative casistica 2014 > 2013:**

Nel corso del 2014 il Dipartimento Interaziendale per le Cure Palliative:

a) ha sviluppato il supporto alla rete informatizzata di segnalazione dei pazienti tra gli hospice. Per questo obiettivo si sono svolte riunioni specifiche per la definizione degli items (condivisi tra i rappresentanti dei 6 hospice della bergamasca) necessari per la raccolta di tutti i dati anamnestici (sanitari e sociali) e la loro valorizzazione al fine di produrre un indice di priorità di presa in carico per ogni malato. Il completamento della realizzazione informatica permetterà ai 6 hospice di visualizzare la lista di attesa con relative priorità e preferenze delle famiglie. Il sistema è stato completato dalla realizzazione di una scheda di segnalazione e raccolta dati (da compilare da parte del medico curante) che permette una prima valutazione del caso e l'invio al colloquio orientativo necessario per l'inserimento in lista. Il relativo form verrà inviato a tutti i Medici di Assistenza Primaria (MAP) e verrà messo in rete per poter essere scaricabile.

b) ha realizzato un complesso percorso di formazione comprendente 3 differenziati livelli di formazione congiunta tra Associazione Cure Palliative (ACP) e ASL di Bergamo su "Come garantire continuità terapeutica e assistenziale in cure palliative, attraverso percorsi di integrazione professionale e rimodulazione organizzativa" centrata sull'avanzamento dei modelli organizzativi e sulle dinamiche di relazione tra operatori e tra strutture residenziali e territorio, con particolare riferimento allo sviluppo delle Cure Palliative simultanee (CPS). Il percorso ha avuto inizio con il convegno del 6 maggio 2014 promosso

dall'ASL e organizzato dall'ACP di Bergamo, è continuato tra giugno e settembre con 3 edizioni del corso di formazione per operatori delle CP (ognuno di 4 incontri) con piena partecipazione di medici, infermieri, psicologi e si è concluso con il corso universitario tra ottobre e dicembre, dal titolo "Teoria, metodi e strumenti della collaborazione interprofessionale nelle cure palliative". Programmi e resoconti delle tappe formative sono a disposizione.

c) ha predisposto le linee attuative per il modello organizzativo delle CPS mediante un documento per la loro implementazione nelle aziende ospedaliere, nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie della nostra provincia. Tale documento mira a sviluppare in modo omogeneo, condiviso e con efficacia misurabile, il modello proposto ed è stato inviato alle Direzioni Sanitarie corredata da una lettera di accompagnamento.

L'implementazione dei percorsi di presa in carico dei malati in fase avanzata, secondo quanto indicato dalla DGR IX/ 4619/2012, ha mostrato un evidente incremento dei dati del 2014 rispetto al 2013. In particolare (dati al 15 dicembre 2014) si è verificato un aumento del 46% di pazienti presi in carico in STCP (ex ODCP Ospedalizzazione Domiciliare di Cure Palliative), un mantenimento dell'indice di occupazione in hospice e un incremento del 70% delle valutazioni in regime di CPS effettuate in HPG23. In particolare, i dati definitivi dell'attività di CPS rispetto agli ammalati della USC Medicina Generale evidenziano la presa in carico di 360 pazienti. Sono stati perfezionati i percorsi di CPS nei Dipartimenti Onco-ematologico e Medico con apertura a settembre dell'ambulatorio congiunto in oncologia (attivo per 2 giorni alla settimana per complessive 12 ore settimanali con una media di 20 visite). L'ambulatorio è stato recentemente attivato anche in neurochirurgia per i malati neuro-oncologici con 2 ore di ambulatorio congiunto settimanali e finora sono stati presi in carico 48 pazienti.

➤ **Interventi di tutela della salute mentale**

per l'area della Neuropsichiatria infantile di seguito si riportano le principali azioni intraprese.

Condivisione all'interno del gruppo di coordinamento regionale dei responsabili delle Strutture di Neuropsichiatria infantile (NPI) dei criteri di priorità di accesso alle prime visite nei servizi territoriali in NPPIA e adesione alla proposta di sperimentazione dei criteri stessi per l'anno 2015. Prosecuzione attività clinica riferita ai 3 progetti regionali condivisi dalle NPI delle tre A.O. provinciali :

1) Condivisione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) per le paralisi cerebrali infantili, i disturbi specifici del linguaggio e i disturbi dello spettro autistico nelle UONPIA della provincia di Bergamo in età prescolare ( capofila .AO. Papa Giovanni XXIII)

I gruppi di lavoro già costituiti, hanno proseguito gli incontri per la messa a punto del PDTA dell'autismo che è stato ufficialmente approvato dal gruppo interaziendale .

Sono altresì in corso di predisposizione ( bozze avanzate) i PDTA dell'area dei disturbi del linguaggio e quello delle Paralisi cerebrali Infantili. Il gruppo interaziendale sulle Paralisi Cerebrali Infantili ha condiviso metodologie di intervento e definizione diagnostica anche in vista dell'indagine epidemiologica di prevalenza delle PCI nella nostra Provincia in funzione del Registro di malattia.

2) Intervento integrato neuropsichiatrico/psicologico in un'ottica di lavoro di rete per adolescenti (12-18 anni) con disturbi psichiatrici e problematiche sociali complesse (capofila AO Bolognini)

Gli incontri interaziendali hanno consentito la definizione del questionario di soddisfazione rivolto alle famiglie afferenti ai gruppi terapeutici e il protocollo diagnostico-terapeutico per la presa in carico ambulatoriale dell'adolescente con psicopatologia.

Prosecuzione dei gruppi terapeutici già avviati (4) e costituzione di altri due nuovi gruppi di terapia rivolti ad adolescenti.

La nostra USC ha partecipato ai gruppi di lavoro multidisciplinari intraziendali in tema di agitazione psicomotoria e gestione del rischio di suicidio delle persone assistite in ospedale.

Partecipazione incontri con Dipartimento di salute Mentale (DSM) e altre agenzie per la costituzione di un portale internet sul disagio psichico adolescenziale, progetto :“Ankio nel web”.

3) Percorsi diagnostici -terapeutici per l'ADHD” con aggiornamento registro regionale ADHD , capofila AO Spedali Civili Brescia.

Partecipazione al tavolo regionale per l'ADHD e prosecuzione della attività valutativa di pazienti con disturbo dell'attenzione e iperattività .

Attivazione di due nuovi gruppi “child training” ( partecipanti 10 ragazzi) e di due nuovi gruppi di “parent training “per 10 coppie genitori.

Attivazione di due gruppi di teacher training.

➤ **Migliorare l'appropriatezza clinica "gender oriented"**

L'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII:

1. è stata premiata tra le 5 migliori realtà ospedaliere (in Italia) per il progetto che vede azioni innovative nell'accoglienza e gestione delle donne vittime di violenza – concorso best practice "violenza sulla donna"
2. ha aderito alla collaborazione in partnership con l'ASL al Nuovo al progetto pilota sulla formazione degli operatori sanitari sulla violenza di genere per l'adozione del codice rosa in PS da presentare al Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo Malattie (CCM) presso il Ministero della salute.
3. ha aderito alla rete WHP – Aziende che promuovono la salute – durante il IV convegno provinciale WHP l'A.O. è stata premiata come Azienda che ha raggiunto i requisiti per l'accreditamento "Health Promoting Workplace 2014"
4. ha aderito alla settimana mondiale voluta dall'OMS di promozione dell'allattamento al seno
5. ha aderito alla giornata mondiale sulla salute mentale al femminile
6. ha ricevuto la valutazione positiva da parte di UNICEF per il Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Milano Bicocca (sezione AO Papa Giovanni XXIII Bergamo e sezione di Monza Ospedale San Gerardo-Fondazione MBBM) che ha così riconosciuto "CORSO DI LAUREA AMICO DELL'ALLATTAMENTO MATERNO", primo in assoluto Corso in Italia a raggiungerlo. Il raggiungimento dell'accreditamento UNICEF costituisce una garanzia di qualità di questa formazione, riconoscibile dai servizi sanitari, dalle aspiranti studenti Ostetriche e da tutti i portatori d'interesse nell'erogazione di un'assistenza di qualità alle madri e ai loro bambini.

➤ **Riordino e gestione dei punti nascita: Istituzione del Comitato Percorso Nascita locale e definizione della Carta dei Servizi relativa al Punto Nascita**

- 1- In data 27 giugno 2014 con delibera n.1019 è stato nominato il Comitato Percorso Nascita locale HPG23 con funzioni di coordinamento e verifica delle attività connesse alla promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.
- 2- Sono state elaborate le relative Specifiche del Servizio Fornito – Carta dei Servizi relativi al Punto Nascita e al Nido della nostra Azienda

3- In data 12 settembre 2014 è stato istituito il Comitato Percorso Nascita della Provincia di Bergamo con la collaborazione delle Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private Accreditate sede di punto nascita presenti sul territorio Provinciale.

4- Nella prima seduta, in data 22 settembre 2014 presso l'ASL, sono stati presentati i documenti già utilizzati nelle strutture ospedaliere e la proposta delle modalità di lavoro. Sono stati costituiti due tavoli tecnici, di cui uno con funzioni di redigere un protocollo per l'integrazione della continuità assistenziale ospedale e territorio e l'incentivazione dell'allattamento al seno, e l'altro tavolo tecnico con il compito di elaborare la carta dei servizi specifica per il percorso nascita della provincia di Bergamo fruibile sia dagli operatori che dagli utenti;

### 3.4 PERSONALE E MEDICINA CONVENZIONATA

- Attuazione delle regole di sistema anno 2014 DGR X 1185/2013 in particolare in rapporto al rispetto dei contingenti complessivi del personale, rispetto del budget assegnato personale dipendente e convenzionato

Rispetto all'indicatore si propone quale riferimento l'anno 2012 atteso il basso livello di veridicità dei dati riferiti all'anno 2013. Infatti a seguito dello Start Up del nuovo ospedale Papa Giovanni XXIII, la Direzione aziendale per tutto il primo semestre 2013 ha attuato operazioni di contenimento del turn over operando un' importante riduzione del fabbisogno medio di tutto l'anno anche a fronte della minor produzione realizzata nello stesso periodo.

Anno	Fabbisogno di personale (media)
2012	3.534,43
2013	3.501,38
2014	3.533,43

Stante la premessa, il fabbisogno dell'anno 2014 è invece perfettamente in linea con l'anno 2012, con però piena attivazione del nuovo ospedale

ANNO	2013	2014	DIFFERENZA
SUPPLEMENTI	68,27	106,25	37,98
INCARICATI SU POSTO VACANTE	90,37	97,66	7,29
TOTALE	158,64	203,91	45,27

➤ **Costi effettivi competenza 2014/Budget assegnato 2014 <=1**

La verifica dei costi al 31.12.2014 risulta in linea con il budget assegnato. In sede di assestamento il budget è stato rideterminato in € 183.392/000 rispetto a € 182.102/000 del preventivo. L'adeguamento corrisponde al rifinanziamento delle RAR, al finanziamento della Legge Sirchia (come da autorizzazione regionale), al finanziamento dei costi per riconoscimento dell'indennità di mancato preavviso a personale cessato per inabilità assoluta e permanente al lavoro ed agli eredi dei deceduti in costanza di rapporto di lavoro (costo che esula dall'assegnazione in sede di preventivo. Si ribadisce, per le ricadute economiche, tutto quanto già argomentato rispetto agli obiettivi relativi ai contingenti.

Alla data del 31.12.2014 per il personale convenzionato si è rilevata una spesa di circa €2.477/000 (IRAP ESCLUSA), inferiore dunque al budget individuato nel bilancio di previsione.

➤ **Spesa dei contratti di consulenza e atipici 2014 < = al 2013**

La spesa dei contratti di consulenza e atipici è in linea con il budget assegnato (€ 1.758/000) uguale alla spesa consuntivo 2013

Conformemente a quanto stabilito nelle Regole 2014 il ricorso ai contratti di consulenza e atipici si è limitato alle professionalità sanitarie necessarie per garantire la continuità del servizio specie per l'area dell'emergenza-urgenza.

➤ **Razionalizzazione dell'offerta sanitaria mediante il riordino dei Centri Trasfusionali;**

Di seguito si illustrano le attività intraprese per raggiungere questo importante obiettivo:

1. Produzione documentazione per riqualificazione del SIMT:
  - Revisione, aggiornamento e integrazione di tutte le procedure e istruzioni in uso al SIMT

- Adeguamento delle procedure di lavorazione, conservazione e trasporto degli emocomponenti in seguito all'accentramento dell'attività dei tre SIMT (Bergamo, Seriate e Treviglio)
  - Emissione della procedura di irradiazione emocomponenti condivisa con la Fisica Sanitaria
  - Elaborazione dell'istruzione operativa aziendale per la movimentazione di emocomponenti all'interno della A.O. HPG23
  - Revisione globale della procedura aziendale per la gestione della richiesta trasfusionale.
  - Elaborazione della procedura di monitoraggio della contaminazione microbica in collaborazione con la USC Microbiologia e Virologia
2. Produzione documenti unificati dipartimentali, condivisi con i SIMT di Seriate e Treviglio:
- Direttive tecniche per l'attività delle Unità di Raccolta.
  - Direttive tecniche per le caratteristiche di materiali e apparecchiature in uso presso le Unità di Raccolta e i SIMT.
  - Inserimento esiti manuali in Emonet
  - Criteri di selezione del donatore
  - Inserimento segnalazioni reazioni avverse
  - Emovigilanza
  - Stesura delle istruzioni operative (totale 12) per la convalida di tutti i processi, in accordo con requisiti minimi richiesti dal CNS, con i relativi report di risk assessment e convalida.
  - Emissione della procedura generale di convalida (PG01DMTEBG) e delle istruzioni per la convalida dei processi di congelamento (IO05PG01DMYEBG), conservazione (IO03PG01DMTEBG), invio di plasma all'industria (IO12PG01DMTEBG) ed esecuzione dei test di qualificazione biologica (IO08PG01DMTEBG)
  - Allestimento schede di qualificazione per tutte apparecchiature del DMTE BG01
  - Allestimento schede di qualificazione per tutti i materiali del DMTE BG01

- Allestimento schede di qualificazione per tutti i locali del DMTE BG01
- Allestimento schede di qualificazione del personale del DMTE BG01
- 3. Prove di convalida dei processi:
  - Convalida del processo di congelamento del plasma (presso i tre SIMT). Tale processo è stato messo a punto e convalidato entro il 31/7/2014, secondo i criteri stabiliti dalle direttive del DM 29-10-2013. Una autocertificazione firmata dal Direttore del SIMT di BG è stata inviata ad SRC/AREU il 25/7/14.
  - Convalida del processo di conservazione degli emocomponenti presso il SIMT di Bergamo.
  - Convalida del processo di invio di plasma all'industria presso il SIMT di Bergamo.
  - Convalida del processo di esecuzione dei test di qualificazione biologica presso il SIMT di Bergamo.
  - Esecuzione di prove per la convalida del processo di connessione sterile
  - Esecuzione di prove per la convalida del processo di esecuzione dei test immunoematologici
  - Esecuzione di prove per la convalida del processo di produzione di emocomponenti
  - Esecuzione di prove per la convalida del processo di irraggiamento degli emocomponenti
  - Esecuzione di prove per la convalida del processo di confezionamento e trasporto degli emocomponenti
  - Esecuzione di prove per la convalida dei sistemi informativi
  - Monitoraggio della temperatura di trasporto degli emocomponenti
  - Prove preliminari per la convalida del processo di lavaggio degli emocomponenti
  - Qualificazione dei termosaldatori in uso presso le Unità di Raccolta di Bergamo, Brembilla e Valle di Scalve.
- 4. Riunioni per riqualificazione attività SIMT e realizzazione del progetto CLV entro il 31.12.2014:

- Partecipazione di RA informatica al tavolo tecnico sul progetto di ristrutturazione e unificazione del Sistema Informatico regionale per la gestione delle attività trasfusionali
- Partecipazione di RQ alle riunioni con i referenti ASL, organizzate da AREU per chiarimenti e discussione in merito alla documentazione da produrre per le verifiche ispettive
- Il 29 agosto 2014 il DG Carlo Nicora e A. Falanga hanno partecipato alla riunione organizzata da AREU con le Direzioni delle Aziende sede di CLV (accentranti le attività), le Direzioni delle aziende cedenti, i referenti informatici aziendali, i direttori dei SIMT e loro referenti, per informazioni e chiarimenti in merito agli aspetti organizzativi dell'accentramento delle specifiche attività.
- Organizzazione di riunioni interne dei tre SIMT del DMTE per organizzare l'accentramento delle attività di lavorazione e validazione (12 Febbraio, 25 Febbraio, 19 Marzo: Riunioni dei tre SIMT con AVIS per la revisione dei criteri di selezione donatore; 28 Aprile: riunione generale del DMTE; 19 Settembre: Riunione dei tre SIMT per stesura documenti condivisi; 26 Settembre, 1 Dicembre, 3 Dicembre: Riunioni sugli aspetti informatici dell'unificazione delle attività di lavorazione e validazione dei tre SIMT.

Coordinamento del Tavolo tecnico per la produzione della edizione aggiornata della 'Linea Guida al buon uso degli Emocomponenti, Emoderivati e Farmaci Emostatici', :

- Coordinatore: A. Falanga
- Partecipanti: A. Pagani (H. Gallarate), A. Federici (H. Sacco, Milano), A. Lodato (H. Garbagnate)

Il documento finale è stato approvato dalla Conferenza dei DMTE, da SRC e da AREU nella riunione del 25 novembre 2014. Il documento ufficiale è stato inviato a SRC per la pubblicazione on line in dicembre 2014.

➤ **Concentrazione delle analisi di laboratorio in un unico punto aziendale Laboratori (progetti esecutivi aziendali o interaziendali validati da ASL)**

In accordo con la ASL del territorio non è stato inviato il piano di riordino aziendale, in quanto AO Papa Giovanni XXIII dispone di un unico punto laboratori. Tuttavia, nell'ottica del miglioramento continuo, nonostante negli anni precedenti fossero già state suddivise

tra le diverse USC le capacità analitiche evitando duplicazioni nell'ospedale, sono state implementate ulteriori azioni che riguardano le singole specialità:

1. Si è conclusa la concentrazione presso la USC di Anatomia Patologica dell'attività di processazione e lettura delle biopsie renali sia per attività diagnostica di malattie renali primitive che di monitoraggio dei trapianti renali. In particolare è operativa la procedura condivisa con USC di Nefrologia per la gestione con modalità H24 della valutazione all'idoneità per il trapianto renale di organi provenienti da tutta la Lombardia.
2. Si è conclusa la concentrazione presso USC Microbiologia e Virologia degli esami di emocoltura richiesti durante la notte con il posizionamento di adeguati strumenti per l'incubazione dei prelievi presso il PS e le Unità di Rianimazione superando in questo modo il modello operativo precedentemente nel vecchio ospedale
3. Si è concluso il progetto NGS relativo alla centralizzazione degli esami molecolari con metodica di Next Gene Sequencing presso la USC di Genetica Medica tramite l'acquisizione di un nuovo sequenziatore Illumina che permette di eseguire test anche per strutture come USC di Ematologia e Centro Trasfusionale al di fuori del DML.
4. Si è realizzato presso USC di Anatomia Patologica il completamento del percorso diagnostico per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina introducendo una nuova strumentazione per la determinazione di HPV-DNA test che ha visto concentrare le risorse di USC di Anatomia Patologica e Microbiologia e Virologia in un unico percorso intra-aziendale.
5. E' iniziato il percorso di concentrazione presso la Banca Biologica della crioconservazione dei tessuti ed in generale dei prelievi biologici nell'Azienda con realizzazione in un censimento finale della situazione in essere e trasporto dei prelievi dai reparti clinici alla Banca Biologica.
6. Si è completata presso USC Anatomia Patologica l'implementazione della strumentazione necessaria per coprire le richieste di diagnostica molecolare in ambito oncologico per l'identificazione di pazienti suscettibili di Target Therapy; questo progetto ha permesso di razionalizzare l'attività all'interno del DML concentrando le strumentazioni e le risorse umane permettendo così di sviluppare un progetto di concentrazione dei medesimi test da estendere a tutto l'ambito provinciale.

Le attività di concentrazione in un unico punto aziendale descritte nei paragrafi precedenti si sono sviluppate e concluse nel corso del 2014 ed in particolare i punti 4 e 6 appaiono in linea con le indicazioni contenute nell'allegato B delle regole di sistema 2015 dell'ambito sanitario di Regione Lombardia per quanto riguarda l'Anatomia Patologica e come tali

possono essere condivise con l'ASL di Bergamo al fine di realizzare progetti di collaborazione inter-aziendali con strutture sanitarie pubbliche e private della Provincia di Bergamo.

➤ **Tempi attesa (miglioramento dei tempi d'attesa (misurati ex-post) per le prestazioni individuate come critiche**

L'A.O. rispetta direttamente i tempi obiettivo per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e radioterapia oggetto di monitoraggio regionale ed indirettamente (secondo indicazioni ASL) per le seguenti prestazioni di:

- Colonscopia (garantita però sul territorio cittadino come stabilito con delibera n° 86 del 30 gennaio 2014, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Ecocolorodoppler TSA e vasi (garantita però sul territorio provinciale come stabilito con delibera n° 86 del 30 gennaio 2014, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Ecografia Ostetrica (garantita però sul territorio provinciale come stabilito con delibera n° 86 del 30 gennaio 2014, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Elettromiografia (garantita però sul territorio provinciale come stabilito con delibera n° 86 del 30 gennaio 2014, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Holter Dinamico (garantita però sul territorio cittadino come stabilito con delibera n° 86 del 30 gennaio 2014, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Visita Urologica (garantita però sul territorio cittadino come stabilito con delibera n° 86 del 30 gennaio 2014, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- RM colonna (garantita però sul territorio provinciale come stabilito con delibera n° 86 del 30 gennaio 2014, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Visita Fisiatrice (garantita però sul territorio cittadino come stabilito con delibera n° 86 del 30 gennaio 2014, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Visita Chirurgia Vascolare (garantita però sul territorio cittadino come stabilito con delibera n° 86 del 30 gennaio 2014, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Visita Neurologica (garantita però sul territorio provinciale come stabilito con delibera n° 86 del 30 gennaio 2014, dalla ASL della Provincia di Bergamo)
- Visita Endocrinologica (garantita però sul territorio provinciale come stabilito con delibera n° 86 del 30 gennaio 2014, dalla ASL della Provincia di Bergamo)

La ASL ha, infatti, aggiornato con la delibera di cui sopra, il proprio Piano Attuativo prevedendo che l'ambito territoriale in cui deve essere garantito il tempo massimo d'attesa è il territorio e non più il singolo Erogatore. Pertanto, l'ambito territoriale in cui il tempo massimo dovrà essere garantito è identificato nel territorio delle sette Aree sovra distrettuali dell'ASL di Bergamo. Per alcune prestazioni specialistiche distribuite, però, in modo non omogeneo sul territorio provinciale, l'ambito territoriale considerato per la garanzia dei tempi massimi è appunto l'area provinciale. Tale dato è verificabile nel sito dell'ASL <http://www.asl.bergamo.it> nella sezione prestazioni specialistiche.

Come richiesto dalla DGR 2313 del 1<sup>^</sup> agosto 2014, dal 1<sup>^</sup> settembre 2014 è stata ampliata l'offerta di alcune prestazioni nelle fasce orarie del tardo pomeriggio e nella giornata del sabato. Le prestazioni proposte dalla nostra Azienda sono state le seguenti: visita cardiologica, ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo, visita pneumologica, spirometria, test di provocazione bronchiale, elettromiografia, visita oculistica, visita dermatologica, visita neurologica, visita endocrinologica, prestazioni di radiologia e neuroradiologia (TC, RM ed ecografie).

#### 4. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

---

In attuazione della Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" l' Azienda Ospedaliera ha adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2013-2015 e il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014-2016.

Nonostante gli atti siano distinti, l' Azienda garantisce il coordinamento e la coerenza fra i loro contenuti, nonché l'ulteriore collegamento con il Piano della Performance. La diffusione di una cultura della prevenzione del fenomeno corruttivo richiede che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione coinvolga ulteriori figure dirigenziali aziendali, alle quali sono demandati, in relazione alle strutture affidate alla loro direzione, l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione alle aree di rispettiva competenza, il monitoraggio della attuazione del Piano e la formulazione di proposte di modifica e di introduzione di azioni correttive, da apportare a quest'ultimo. Al responsabile della trasparenza è affidata l'implementazione della sezione "Amministrazione

Trasparente”, presente sul sito istituzionale, ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente.

---

#### 4.1 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L’INTEGRITÀ 2014 - 2016

---

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

Il Ministero della Pubblica amministrazione e semplificazione, attraverso un sistema di monitoraggio on line la "Bussola di Magellano" ha dichiarato la piena compatibilità di quanto pubblicato dall’azienda ospedaliera rispetto al d.lgs. n. 33/2013 (67/67 parametri valutati).

La materia è fluida e dinamica e si sussegue l’emanazione di disposizioni che prevedono sempre nuovi obblighi di trasparenza.

Rendere l’azienda ospedaliera trasparente in tema di pubblicazione on line dei dati relativi agli aspetti organizzativi, agli indicatori gestionali e all’utilizzo delle risorse è stata un’operazione importante e non sempre semplice.

Rendere conto di come funziona il Papa Giovanni XXIII, infatti, richiede una forte attività di coordinamento affinché si possa dare una presentazione univoca, chiara e comprensibile a diversi stakeholder.

L’impegno dell’azienda in tale ambito è sintetizzato nel Piano triennale per la trasparenza e l’integrità 2014 – 2016, pubblicato sul sito aziendale nell’apposita sezione, in corso di applicazione.

Al fine di responsabilizzare tutti gli attori coinvolti nell’adempiere in modo puntuale alle prescrizioni di legge dall’anno 2015 è stata inserita nella contrattazione di budget del Dipartimento amministrativo uno specifico obiettivo in tema di trasparenza.

---

#### 4.2 PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

---

Gli ultimi anni sono stati interessati da significativi cambiamenti nell’Ordinamento Giuridico, sul tema della prevenzione della corruzione, che hanno imposto un esame del nuovo quadro di riferimento, un’attenta valutazione dei profili connessi alla sua

applicazione agli enti del SSN in particolare in Regione Lombardia, ove gli enti si sono già dotati di un modello organizzativo ex D. Lgs 231/01.

In particolare, nella logica dell'effettività, ci si è premurati di adottare:

- il codice etico aziendale giusta delibera n. 930 del 28/06/2007;
- il modello organizzativo aziendale giusta delibera n. 971 del 26/07/2012;
- la nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione giusta delibera n. 438 del 28/3/2013;
- il piano di prevenzione della corruzione e dell'illegalità giusta delibera n. 1223 del 05/09/2013;
- il codice di comportamento aziendale giusta delibera n. 171 del 30/01/2014 e n. 208 del 06/02/2014;

Con l'entrata in vigore della Legge n. 190/2012 e dei connessi Decreti Legislativi in tema di trasparenza (D. Lgs n. 33/2013) e d'incompatibilità (D. Lgs n. 39/2013), s'è resa necessaria una profonda riflessione, con rilevanti risvolti pratici, sul tema della compliance per gli enti del Servizio Sanitario Regionale della Lombardia.

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

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

Su indicazione del Responsabile Anticorruzione, l'Azienda nell'anno 2014 ha aderito al tavolo interaziendale per la prevenzione dell'illegalità sorto per iniziativa spontanea dei responsabili anticorruzione degli enti del Servizio Sanitario e finalizzato alla condivisione di esperienze e degli strumenti di prevenzione, alla luce delle peculiarità dell'ambito sanitario.

Il lavoro del Tavolo Interaziendale si è incentrato sulla revisione, semplificazione e integrazione degli strumenti di compliance per gli enti del SSN.

Il tavolo si è riunito in 8 sedute, formando tavoli ristretti per l'esame di specifiche questioni e in tavoli aperti per la condivisione dei risultati dei lavori dei gruppi ristretti e per definire gli ambiti e i profili da esaminare e approfondire in materia di prevenzione dell'illegalità negli enti del SSN.

Nell'ambito di detto tavolo son stati elaborati documenti e indicazioni che hanno funto da spunto per ciascuna azienda per l'adozione dei relativi strumenti preventivi.

Lo spirito del tavolo è stato quello di un approccio concreto alle problematiche, interpretando secondo la logica della prevenzione dell'illegalità anche gli strumenti giuridici classici del diritto amministrativo (come ad esempio la trasparenza dell'attività amministrativa o il rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi).

Considerando l'importanza di strumenti preventivi effettivamente applicabili e intelligibili nell'ambito del tavolo s'è fatto uno sforzo anche in ordine alla comunicazione della prevenzione, condividendo strumenti formativi e informativi.

Col fine di mappare la realtà aziendale sotto il profilo della prevenzione della corruzione, è stata attivata una ricognizione sui potenziali rischi in Azienda, utilizzando come punto di partenza il modello organizzativo aziendale. In tal senso sono stati approfonditi e censiti tutti i processi in esso contemplati, verificando se vi fossero aree potenzialmente a rischio, anche solo marginalmente, non vagliate nel modello, ma comunque meritevoli di attenzione.

Una volta definite le aree, come previsto dal Piano di prevenzione aziendale, sono stati declinati ed approntati, tenendo a mente il piano nazionale, degli schemi/questionari e tabelle utili per definire il grado di rischio (matrice). All'interno dei suddetti elaborati sono stati ipotizzati una serie di processi con annessi rischi specifici potenziali da eviscerare ed evidenziare. Tutti i dati raccolti, una volta elaborati, sono confluiti nella catalogazione aziendale dei rischi, come risulta dal piano aziendale 2015-2017. Invero, la mappatura del rischio costituisce il presupposto di una valida attività preventiva; la possiamo, per similitudine, immaginare come l'ossatura della prevenzione. Una mappatura frutto di un'operazione meccanicistica o – peggio – meramente documentale, che non abbia stretta attinenza con la realtà dell'ente, è con ogni probabilità non solo inutile, ma anche pericolosa per le successive attività preventive, al pari di uno scheletro magari pesante e ipertrofico, ma incapace di fornire l'idoneo supporto alle dinamiche preventive.

La mappatura del rischio è stata un'operazione piuttosto complessa, finalizzata a tradurre in un indicatore numerico profili diversi, non tutti di rilevazione oggettiva. La mappatura non può inoltre essere un quid stabile, ma – per essere effettiva – necessita di un costante

aggiornamento sulla base delle verifiche svolte e delle criticità che emergono nella vita dell'ente e deve sempre essere tesa all'effettività.

La mappatura è stata fatta in concreto, con un misto di tecnica e intuito, guardando alla storia passata dell'ente, agli eventi sentinella, al clima di lavoro, alla sensibilità della direzione e del personale al tema dell'etica e della prevenzione, al grado d'informazione degli stake-holders e alle esperienze riferite dagli operatori in sede di audizione o durante i sopralluoghi.

In tale ottica, si sono tenuti con le strutture aziendali interessate dalla mappatura, dei briefing illustrativi nei quali sono stati delineati gli obiettivi del censimento e le modalità operative. Sono stati costituiti dei gruppi di lavoro che, sulla base delle indicazioni fornite dal RP e dal Piano nazionale anticorruzione, hanno codificato in numeri i rischi specifici insiti nei processi, fissando i rischi in tre categorie: rischio accettabile, critico e rilevante.

Si ritiene che la mappatura che ne è scaturita sia da testare nel corso del 2015. Costituisce una base dalla quale partire per la prevenzione ma non è ancora esaustiva. Necessita di una maggiore sensibilizzazione e attenzione ai temi della prevenzione. Del resto il piano è in continuo divenire.

Nel 2014 quindi parecchie strutture dell'azienda sono state coinvolte nella mappatura dei processi e dei rischi, dal 2015 il RP implementerà un sistema dei controlli e di verifica.

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

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

- l' art. 53 c. della L. 165/2001 "Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi" e ss.mm.ii.;

Pertanto nel corso del 2014 si è costituito un gruppo di lavoro con l'intento di scrivere un regolamento aziendale in tema di autorizzazione all'esercizio di attività extra istituzionale. Il documento è già stato presentato alle OO.SS sindacali aziendali e a breve sarà adottato.

- il D. Lgs n. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” ;
- le norme contenute nel D. Lgs. 39/2013 “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- l'art. 54 del D. Lgs. n. 165/2001 “Codice di comportamento” come modificato dall'art. 1 comma 44 della L. 190/2012 con il conseguente DPR n. 62/2013 e in particolare gli art. 6 “Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse” e 7 “Obbligo di astensione”;

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

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

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

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

Nel caso in cui il Responsabile decida sull'astensione del dipendente, l'incarico dovrà essere affidato ad altro dipendente, ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Nel corso del 2014 è stato approvato il codice di comportamento aziendale, sulla scia della recente adozione del DPR n. 62 del 16 aprile 2013 “Regolamento recante CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI PUBBLICI”, a norma dell'articolo 54 del D. Lgs. n. 165/2001.

I delicati aspetti deontologici ed etici, connessi con l'attività istituzionale dell'Azienda Ospedaliera, impongono al personale sanitario, l'adozione di ogni possibile iniziativa volta a migliorare la qualità delle prestazioni, dei servizi offerti al pubblico. Ci si è interrogati sull'impostazione da seguire nella redazione del codice, ossia, sull'utilità di una massiccia elencazione di quanto è riprovevole, procedendo a dettagliare ogni possibile comportamento non consentito, piuttosto che richiamare i principi specifici cui attenersi, per enucleare gli atteggiamenti e i comportamenti da adottare.

Nella stesura del nuovo codice, nel rispetto di quanti hanno sempre ben impostato la propria attività lavorativa e professionale, è stata seguita quest'ultima soluzione, confidando proprio su una accresciuta e maggiore consapevolezza di tutti ma, al tempo stesso, ottemperando a quanto previsto dal Legislatore, è stata specificata meglio quella che può definirsi l'aspettativa nutrita dalla collettività, sul modus operandi del personale sanitario tecnico e amministrativo di un'azienda che ha quale core business la cura del proprio cliente.

Per quanto concerne l'aspetto redazionale, gli articoli non ripetono il contenuto delle corrispondenti norme del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, approvato con DPR. 16/4/2013 n.62, ma integrano e specificano le previsioni normative ivi riportate. In tal modo non si appesantisce il testo del regolamento aziendale, evitando di riprodurre in più fonti, norme comunque cogenti.

Pertanto, una volta perfezionato il Codice dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, sotto l'aspetto dell'integrazione codicistica, il compendio degli istituti provenienti delle due fonti è assicurato mediante la contemplazione di entrambe in un unico documento, ma in ambiti separati: a sinistra le disposizioni del Codice approvato con DPR n. 62 del 16 aprile 2013 e a destra quelle del Codice Aziendale.

Altresì 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.

Per rafforzare le conoscenze e la consapevolezza in tutti i dipendenti e collaboratori dell'Azienda il RP ha preparato un corso Fad riguardante il codice di comportamento aziendale, nella convinzione che il rafforzamento dell'etica e conseguentemente del comportamento costituisca il fondamento della prevenzione della corruzione.

Tale corso è stato assegnato come obiettivo di formazione per l'anno 2014 a tutto il personale dell'Azienda.

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

- delle norme, delle prescrizioni, dei precetti, delle raccomandazioni, desumendolo dall'andamento positivo delle relazioni della compagine sociale, dalle relazioni formali degli organismi presenti anche a livello sindacale;
- delle procedure imposte, col coinvolgimento sostanziale di tutti i dirigenti, cui grava l'onere immanente di collaborazione, nel pretendere dai propri collaboratori una condotta irreprensibile, nel segnalare proficuamente le disfunzioni e le anomalie riscontrate, nel contribuire ad accertare inequivocabilmente le condotte riprovevoli;
- del precetto che impone che gli elementi relativi alle violazioni del codice di comportamento accertate e sanzionate, al pari di altri illeciti disciplinari, siano debitamente considerati ai fini della misurazione e valutazione della performance del dipendente, correlate alla determinazione ed erogazione della retribuzione di risultato.

Inoltre il RP, assumendo il ruolo di responsabile scientifico, ha organizzato due corsi residenziali destinati per il 2014 ai dipendenti del Dipartimento del Servizio Tecnico e tecnologie aventi i seguenti titoli:

- prevenzione dell'illegalità nell'esercizio delle proprie funzioni: l'etica aziendale;
- prevenzione dell'illegalità negli enti del SSN. Aggiornamento delle conoscenze e delle competenze normative-specialistiche in materia di prevenzione della corruzione per dirigenti e funzionari del Dipartimento Servizi & Tecnologie.

In materia di incompatibilità e inconferibilità, nel corso del 2014 è stato predisposto un nuovo modello di dichiarazione e sono state raccolte a cura del RP le dichiarazioni annuali dei dipendenti e lo stesso Responsabile ha provveduto alla relativa pubblicazione.

In particolare la modulistica predisposta, al fine di favorire una maggiore verifica delle attività che presentano le caratteristiche dell'inconferibilità e dell'incompatibilità, è stata studiata con la formulazione di due modelli:

- Modello A, consistente nell'autocertificazione del dipendente di non trovarsi in situazioni di inconferibilità e incompatibilità, pubblicato poi sul sito aziendale dell'Amministrazione Trasparente ;

- Modello B, inteso come specificazione dettagliata di quanto dichiarato nel modello A comprensivo dei periodi in cui si sono eventualmente svolte le attività de quo. La dichiarazione contiene l'elencazione degli incarichi e delle cariche rivestite dall'interessato e non solo la mera dichiarazione di insussistenza per consentire al R.P sulla base di dati obiettivi la effettiva sussistenza o meno delle cause di incompatibilità e inconferibilità (così come previsto dalla bozza di delibera dell'ANAC, non ancora adottata ma in fase di consultazione).

In materia di pantouflage o revolving doors, l'USC Politiche e gestione del personale comunica e ricorda con lettera all'atto della cessazione il divieto sancito dalla norma, corrispondentemente è richiesto alle ditte che hanno rapporti con l'Azienda di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'A.O. nei loro confronti.

In materia di formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per i delitti contro la pubblica amministrazione è stata predisposta dall'USC Politiche e gestione del personale apposita modulistica di autocertificazione per tutti i componenti delle commissioni di concorso. Analoga dichiarazione è stata predisposta per i componenti delle commissioni tecniche di gara.

In relazione alla segnalazione di illecito da parte del whistleblower, si evidenzia che tutta la fattispecie è stata ben declinata nel codice di comportamento e che sul sito aziendale amministrazione trasparente è stata pubblicata la modulistica da compilare per la segnalazione da inviare al Responsabile della Prevenzione della corruzione.

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

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

Tale programma investiga differenti dimensioni degli outcome assistenziali. A partire dai risultati del presente Programma si è proceduto ad una selezione di indicatori afferenti a

---

quattro aree (cardiologia, traumatologia, ostetricia e chirurgia digestiva) attraverso i quali fosse possibile visualizzare il posizionamento dell'azienda e l'andamento nel tempo degli indicatori.

La tabella che segue elenca gli indicatori del PNE prescelti e riporta i risultati dell'AO del 2012 e del 2013 (ultimo anno con dati disponibili) e di quest'ultimo anno riporta anche la media nazionale (per avere un termine di confronto) e la significatività statistica (p value del rischio aggiustato) del confronto tra rischio aziendale rispetto a quello nazionale (il risultato è statisticamente significativo se  $p < 0,05$ ).

INDICATORE	RISCHIO AGGIUSTATO (x 100) AO - anno 2012	RISCHIO AGGIUSTATO (x 100) AO - anno 2013	RISCHIO NAZIONALE AGGIUSTATO ANNO 2013	P value del RISCHIO AGGIUSTATO - ANNO2013
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero	9,05	10,01	9,27	0,733
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	63,0	66,49	45,54	0,00
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in regime ordinario con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nell'anziano	77,98	87,12	63,13	0,00
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	14,86	13,45	25,87	0,00
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore	42,62	33,32	39,67	0,043
Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	0,96	1,76	2,41	0,449
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni	9,00	8,82	14,95	0,008
Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero	15,36	12,2	11,62	0,626

## 6. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: GLI INDICATORI DI RISULTATO

La tabella che segue riassume alcuni indicatori esplicativi di alcune dimensioni di analisi della performance dell'A.O. Papa Giovanni XXIII. La stessa riporta i processi decisionali, le dimensioni di analisi, gli indicatori e l'esplicitazione della modalità di calcolo per misurarne il raggiungimento. L'ultima colonna riporta il valore raggiunto nell'anno 2014

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
ATTUAZIONI DELLE STRATEGIE	<b>Economicità</b>          <b>Efficacia esterna</b>	Valore della produzione / Costo totale aziendale	405.050€/416.932 €= 0,97	Valore della produzione/costo totale aziendale: valore atteso pari =1	Si riportano gli indicatori suggeriti da Regione Lombardia:  <b>Costo personale/produzione lorda (Ranking + confronto con 2013)</b>  Indicatore anno 2013 è pari a 0,56  Indicatore anno 2014 è pari a 0,54.  L'indicatore 2014 è in riduzione del 3,43% rispetto all'anno precedente  <b>Spesa per beni e servizi/produzione lorda (Ranking + confronto con 2013)</b>  Indicatore anno 2013 è pari a 0,633.

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
	Efficacia interna				<p>Indicatore anno 2014 è pari a 0,648.</p> <p>L'indicatore 2014 è in incremento dell'1,9% rispetto all'anno precedente.</p> <p><b>Costi: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio (Ranking + confronto con 2013)</b></p> <p>Indicatore anno 2013 è pari a 0,977.</p> <p>Indicatore anno 2014 è pari a 0,987.</p> <p>L'indicatore 2014 è in incremento dell'1% rispetto all'anno precedente.</p>
				<p>L'obiettivo per l'esercizio 2014 è di incrementare di un ulteriore 10% la spesa effettiva attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2013. L'obiettivo si intende in ogni caso conseguito se l'ente avrà raggiunto un valore di acquisti centralizzati/aggregate pari ad</p>	<p>Il valore degli acquisti aggregati relativo all'anno 2013 è stato pari al 41% rispetto al totale acquisti; l'obiettivo da raggiungere al 31.12.2014 è pertanto pari al 45%.</p> <p>Al 31.12.2014 la percentuale degli acquisti aggregati rispetto al valore totale acquisti riferito all'intero 2014 - come risultante dal valore pre chiusura IV CET 2014 e decurtato degli importi</p>

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
	<b>Efficacia organizzativa</b>			almeno il 50%.	riferibili ai servizi in concessione (gara di costruzione e gestione espletata da LISPA, per la durata di 21 anni) – è del 47%, come da Relazione acquisti inviata in R.L. in data 15.01.2015.
		Adesione gare CRA (Centrale Regionale Acquisti): numero adesioni dell'anno su totale convenzioni di interesse per le A.O. attivate nel corso dello stesso anno	Adesione a tutte le convenzioni attivate dall'Agenzia Regionale Centrale Acquisti (già Centrale Regionale Acquisti), che riguardano gli Enti del SSR.	Adesione a tutte le convenzioni attivate dall'Agenzia Regionale Centrale Acquisti (già Centrale Regionale Acquisti), che riguardano gli Enti del SSR.	Rispetto alle n.4 convenzioni attivate nel 2014 da ARCA, - che riguardano gli Enti del SSR - AO Bergamo ha aderito ed utilizza n.3 convenzioni (75%).  L'AO non ha invece attivato un contratto, in quanto i prodotti in convenzione non rispondevano alle nostre esigenze.
		Investimenti in formazione	780.450 Euro	Budget assegnato 1.000.000 di euro.	876.758 Euro

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
		, inteso come budget assegnato			
		Tasso di obsolescenza tecnologie (valore beni-f.do amm.to / valore iniziale )	Mantenimento del risultato raggiunto nel 2012  Tasso obsolescenza tecnologie: dall'elaborazione provvisoria dei cespiti, al mese di gennaio, risulta un tasso di obsolescenza complessivo delle tecnologie pari a 0,30; in particolare per le attrezzature sanitarie è pari allo 0,27, per gli impianti 0,42 e per altre attrezzature informatiche e tecniche 0,32	Mantenimento del risultato raggiunto nel 2013	Con DGR 1521/2014 e con DGR 2324/2014 La Regione Lombardia ha attribuito all'AO Papa Giovanni XXIII di Bergamo specifici finanziamenti per interventi mirati alla messa a norma e sicurezza di impianti e tecnologie. In particolare, per quanto riguarda le attrezzature, è stato possibile sostituire alcune apparecchiature obsolete e sostituire quelle rese irrimediabili nell'arco dell'anno. Pur non trattandosi di tecnologie complesse e ad altro impatto impiantistico, si tratta di strumenti che garantiscono un livello ottimale di assistenza al paziente, caratteristica imprescindibile per un'azienda ospedaliera quale è l'HPG23: nell'area della degenza si è migliorato il monitoraggio automatico dei parametri vitali, negli ambulatori si sono ripristinati apparecchi guasti, nei laboratori sono stati sostituiti gli apparecchi per la conservazione dei campioni.  Tasso obsolescenza attrezzature sanitarie =

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
					17359885,08/80949578,42 = 0,21 Tasso obsolescenza attrezzature informatiche = 2041987,85/8307802,46 = 0,25
		Costo medio farmaci per punto drg  (costo dei farmaci al netto File-f/ peso dei DRG ordinari)	€ 265,00	anno 2014: 264€ anno 2015: 263€ anno 2016: 262€	OBIETTIVO ANNO 2014: INDICATORE anno 2014: € 264,00 Farmaci consumati nell'anno 2014 70.288.261 di cui rendicontati in file-f 57.936.364 Farmaci al netto file-f anno 2014 12.351.897 PUNTI DRG TOTALI 41.344 Costo dei Farmaci per punto DRG 298,76 € 13%
		Joint Commission	Effettuate nel 2013 n°2 autovalutazioni		1) Effettuate le due <b>autovalutazioni semestrali</b> secondo check list regionale con

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
		<p>n</p> <p>Implementazione standard di qualità</p> <p>Numero di autovalutazioni eseguite/Numero di autovalutazioni richieste su check-list regionale= 100%</p> <p>Numero di Strutture che confermano la certificazione</p>	<p>semestrali su check list regionale aggiornata nell'ambito del gruppo di lavoro regionale, Miglioramento della Qualità e sicurezza del paziente, di cui fa parte anche l'USS Qualità dell'Azienda.</p> <p>Pianificate, per mandato regionale, due autovalutazioni semestrali (30 giugno e 31 dicembre 2014)</p> <p>L'obiettivo è il mantenimento dei risultati raggiunti nel 2013:</p>		<p>mantenimento degli standard raggiunti (98%).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- USS Qualità è Componente del gruppo di lavoro regionale: "miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente", e ha collaborato alla produzione delle Linee Guida per la elaborazione e lo sviluppo del <b>Piano integrato per il miglioramento continuo dell'Organizzazione</b> (incontri in Regione 2014 nelle date 29/01, 4/03 e 17/04. • Incontri del gruppo di lavoro regionale in data 21/05 e 18/06 e 16/07 e 17/09 e 11/11 e 11/12 per individuazione indicatori di processo).</li> <li>- Sviluppo del progetto regionale PIMO con costituzione di gruppo di lavoro aziendale, coordinato dalla Direzione Generale dell'Azienda e produzione del PIMO aziendale con i dati di monitoraggio dei 43 indicatori previsti.</li> </ul> <p>2) <b>Mantenuta la certificazione di qualità per 41 Strutture già certificate</b> mediante: tenuta sotto controllo dei documenti e redazione nuovi</p>

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
		ne UNI EN ISO 9001:2008 / Numero Strutture certificate =99%	<p>Pianificato per il 2014 il mantenimento della certificazione di qualità UNI EN ISO 9001:2008, per le Strutture sanitarie, amministrative e di staff alla Direzione, attualmente certificate (41).</p> <p>Pianificato lo sviluppo del sistema gestione qualità secondo la norma di certificazione, in 4 ulteriori strutture.</p> <p>Pianificato il mantenimento della certificazione di "Ospedale all'altezza dei bambini" per i processi pediatrici.</p>		<p>(emesse 46 procedure), attività di riesame della Direzione, attività di formazione frontale (1824 crediti su 110 partecipanti); redazione nuove procedure/PDTA, autovalutazioni interne (37/41), audit interni (37/41 di Struttura e 19/23 aziendali), monitoraggio degli indicatori, audit esterno ad aprile 2014.</p> <p>3) Struttura <b>Riabilitazione Specialistica</b>: predisposta tutta la documentazione per la richiesta di certificazione all'ente esterno (regole di Unità, carta dei servizi, 3 percorsi paziente). Effettuato audit interno.</p> <p>Avviato il percorso di certificazione di <b>Malattie Infettive, Medicina Interna, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza</b>, con: mappatura e descrizione dei processi di competenza; audit interno.</p> <p>Formazione sul campo ECM (496 crediti/50 partecipanti);</p> <p>Avviato e in corso di sviluppo Progetto regionale <b>Piani attuativi della certificabilità del bilancio</b></p>

PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
					<p>con costituzione di Gruppo di lavoro aziendale, coordinato dalla Direzione Amministrativa. Autovalutazione su check list, mappatura della documentazione in uso, aggiornamento e pubblicazione in cartella condivisa aziendale, monitoraggio dei processi.</p> <p><b>4) Progetto Ospedale all'altezza dei Bambini</b></p> <p>Implementato il percorso in ulteriori 3 Strutture pediatriche: Chirurgia pediatrica; Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Cardiologia e Cardiochirurgia. Effettuata attività di formazione sul campo ECM (86 crediti); redatte procedure specifiche con indicatori, analizzati dati di customer satisfaction, effettuato audit di processo.</p>
		Customer satisfaction	Valore atteso: 6.02	Valore atteso: 6	Il risultato ottenuto per l'anno 2014 sulla customer satisfaction è stato 6.16

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

I criteri di esclusione utilizzati sono stati:

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

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

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
			Ricoveri ordinari ripetuti (%) =  N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto* entro l'anno (01/01-31/12)/	Risultato 2013: 10,44%	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 11,83% Nell'anno 2013 l'AO ha completato il trasferimento dalla vecchia alla nuova sede, iniziato nel dicembre 2012. La fase di ripresa post-trasferimento e avvio del nuovo ospedale ha determinato nel 2013 una riduzione dell'attività di ricovero che è poi tornata ad incrementarsi nel 2014 (come descritto nel capitolo 2), sia per l'aumentata attrattività della struttura ospedaliera che per effetto della centralizzazione dei pazienti critici presso questa struttura di alta specializzazione, determinando quindi un incremento di vari indicatori di

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
			Tot. Dimissioni			attività, compresi i ricoveri ripetuti.
			Dimissioni volontarie (%)= N° dimissioni volontarie/ Totale dimissioni	Risultato 2013: 0,4%  Nel 2013 le dimissioni volontarie sono ulteriormente diminuite e quindi è ulteriormente migliorata la performance	Mantenimento risultato 2013	Risultato 2014: 0,35%  Dato sostanzialmente stabile tra il 2013 e il 2014
			Trasferimenti tra strutture (%)= N° trasferiti (secondo codifica SDO)/ Totale dimessi	Risultato 2013: 2,4%  Nel 2013 i trasferimenti tra strutture sono diminuiti e quindi è migliorata la performance	Mantenimento risultato 2013	Risultato 2014: 2,59%  Dato sostanzialmente stabile tra il 2013 e il 2014

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
			Ricoveri ordinari ripetuti entro 45 gg (%)=  N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto* entro 45 gg./Tot. Dimissioni	Risultato 2013: 5,14%  Nel 2013 i ricoveri ripetuti entro 45 giorni sono diminuiti rispetto al 2012	Mantenimento risultato 2013	Risultato 2014: 5,92%  Vale tutto quanto già descritto nell'indicatore "ricoveri ordinari ripetuti entro l'anno"
			Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)=  N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	Risultato 2013: 24 per 1.000 abitanti  Il dato si è sostanzialmente mantenuto stabile nel 2013 rispetto al 2012	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 23 per 1.000 abitanti  Dato sostanzialmente stabile tra il 2013 e il 2014
			Tasso di ospedalizzazione ricoveri DH (n.	Risultato 2013: 7 per 1000	Mantenimento / miglioramento	Risultato 2014: 7 per 1.000 abitanti

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
			pazienti per 1000 per anno)=  N. dimessi dopo ricovero DH residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	abitanti  Il dato si è mantenuto stabile nel 2013 rispetto al 2012	risultato 2013	Dato stabile tra il 2013 e il 2014
			Tasso di ospedalizzazione ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)=  N. dimessi totali residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	Risultato 2012: 31 per 1000 abitanti  Il dato si è sostanzialmente mantenuto stabile nel 2013 rispetto al 2012	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 30 per 1.000 abitanti  Dato sostanzialmente stabile tra il 2013 e il 2014
			Tasso di attrazione ricoveri ordinari (n. pazienti per	Risultato 2013: 53 per 1000 dimessi	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 49 per 1.000 abitanti  Il valore è in calo rispetto al 2013 e in linea con il trend

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
			1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	Il valore è in calo rispetto al 2012 e in linea con il valore registrato nel 2011		nazionale di riduzione dei ricoveri ordinari di pazienti provenienti da altre regioni
			Tasso di attrazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	Risultato 2013: 40 per 1000 abitanti  Il valore è in calo rispetto al 2012 e in linea con il valore registrato nel 2011	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 43 per 1.000 abitanti

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	OBIETTIVO ANNO 2013 E RISULTATO RAGGIUNTO	RISULTATO ATTESO TRIENNIO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
			Tasso di attrazione ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)=  N. dimessi totali residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	Risultato 2013 50: per 1000 abitanti  Il valore è in calo rispetto al 2012 e più alto del valore registrato nel 2011	Mantenimento / miglioramento risultato 2013	Risultato 2014: 48 per 1.000 abitanti

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

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE	<b>Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</b>	<b>Rispetto della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza</b>	Mappatura delle aree soggette a rischio di corruzione	Produzione di documento di sintesi relativo alle aree a rischio	Adottato nuovo Piano di prevenzione della corruzione 2015 – 2017 (delibera n. 86 del 22/01/2015)
	<b>Codice di comportamento</b>		Formazione di tutto il personale dell'AO in tema di anticorruzione	Certificato di partecipazione alla formazione e superamento di test finale da parte di tutto il personale della AO	Effettuato corso FAD “Codice di comportamento”
			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	Adottato nuovo Piano di prevenzione della corruzione 2015 – 2017 (delibera n. 86 del 22/01/2015)

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO ATTESO ANNO 2014-2016	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014
ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014 - 2016		Monitorare ed aggiornare costantemente i dati pubblicati, pubblicare, oltre a quelli obbligatori, ulteriori dati, coerentemente con il Piano triennale di prevenzione della corruzione 2013 - 2015 e con il Piano triennale delle performance nonché con quanto emergerà dal feed-back degli stakeholder.	Aggiornamento e pubblicazione costante sul sito aziendale dei dati come previsto dal d.lgs. n. 33 del 14 marzo 2013	<p>La certificazione del Nucleo di Valutazione inerente la pubblicazione dei dati ha evidenziato che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i dati pubblicati riportano tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative per l'89,3% dei dati pubblicati</li> <li>- La pagina web e i documenti pubblicati risultano aggiornati per il'85,11%</li> <li>- Il formato di pubblicazione è aperto o elaborabile per il 51,06%</li> </ul>

## 7. IL PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE NELL'ANNO 2015

La Regione Lombardia il 05/06/2015, sulla base delle regole di sistema del 2015, ha adottato la delibera X/3562 avente per oggetto DETERMINAZIONI RELATIVE AL "PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE (PIMO)".

Con tale atto, la Regione Lombardia, in virtù dell'esperienza maturata in questi anni sulla valutazione della qualità delle strutture di ricovero e cura ed il confronto con i riferimenti internazionali, ha individuato il metodo di valutazione delle performance delle attività sanitarie delle strutture stesse, per indirizzarle verso il raggiungimento di elevati standard di qualità per la corretta gestione clinico organizzativa dei processi sanitari, anche attraverso la realizzazione di una piattaforma su portale regionale che preveda, all'interno di quattro aree individuate - valutazioni, performance, monitoraggio e obiettivi-, lo sviluppo delle conoscenze e le valutazioni del sistema mediante le quali le strutture ospedaliere possano valorizzare il percorso di crescita dell'organizzazione, integrando la logica economico-finanziaria con le attività sanitarie.

La attuazione del PIMO trova spunto nel programma pluriennale della UE in materia di salute, per il periodo 2014-2020 e nell'Atto di Indirizzo per il 2015 del Ministero della Salute che, per la parte relativa alla "Promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria", stabilisce che l'azione dell'amministrazione dovrà incentrarsi sulla definizione di strumenti che favoriscano efficienza, appropriatezza e qualità degli interventi sanitari, garantendone l'appropriata valutazione anche tramite la messa in atto di un Programma nazionale per la promozione della qualità e della sicurezza delle cure.

Al fine di dare attuazione a quanto sopra esposto, la Regione Lombardia a febbraio 2014 ha costituito il "Gruppo di Lavoro Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente" - composto dai Responsabili aziendali della Qualità di tutti gli ospedali lombardi - con l'obiettivo di sviluppare il "Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO)".

Tale gruppo di lavoro ha fornito le linee guida affinché la Direzione Generale Salute potesse approvare il documento "Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione", quale atto fondamentale per indirizzare le attività di valutazione e di miglioramento continuo dell'organizzazione, mediante riesame interno aziendale, check list di autovalutazione e un sistema di indicatori di monitoraggio, aventi l'obiettivo di:

- promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
- monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente e dell'assistenza sanitaria;

- 
- evidenziare i risultati ottenuti dalla struttura, in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, da raggiungere anche mediante un'appropriata gestione economico-finanziaria.

La tabella che segue riassume gli indicatori PIMO individuati dalla Regione Lombardia per l'anno 2015:

## 7.1 TABELLA INDICATORI PIMO

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula
1	10111	1 ECON-FINANZIARIO	1.1 Situazione economico-finanziaria	1.1.1 Indicatore economico gestionale di bilancio	Costo personale/produzione lorda
	10112				Spesa per beni e servizi/produzione lorda
	10113				Costi: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio
2	20111	2 STRUTTURA	2.1 Requisiti di accreditamento	2.1.1 Adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento	Requisiti non ancora raggiunti con incremento =>5% /Requisiti non ancora raggiunti
3	20211	2 STRUTTURA	2.2 Manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori	2.2.1 Manutenzione impianti	Numero verifiche eseguite nei tempi/Numero verifiche pianificate
4	20311	2 STRUTTURA	2.3 Verifiche impianti	2.3.1 Contaminazione da Legionella delle acque	Numero di campionamenti positivi nei punti di controllo (=> 102 UFC/l)/Numero punti di controllo
5	20144	2 STRUTTURA	2.4 Documento di valutazione dei rischi	2.4.1 Correttivi apportati per problemi ad alto rischio	Numero di correttivi apportati per problemi ad alto rischio/Numero di correttivi pianificati per problemi ad alto rischio (individuati in riunione periodica)
6	30111	3 TECNOLOGIE	3.1 Governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)	3.1.1 Efficienza dell'alta tecnologia diagnostica	Num. di ore di fermo macchina TC e RMN nell'anno/ Num. ore di servizio atteso TC e RMN
7	30211	3 TECNOLOGIE	3.2 Farmacovigilanza	3.2.1 Tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa	Num. di segnalazioni di sospetta ADR/ Giornate di degenza
8	30311	3 TECNOLOGIE	3.3 Dispositivo sorveglianza	3.3.1 Gestione recall dispositivi medici	Num. Recall gestiti nei tempi / N° Recall ricevuti
9	30411	3 TECNOLOGIE	3.4 Uso in sicurezza dei farmaci	3.4.1 Stoccaggio elettroliti concentrati	Num. dei punti di detenzione dei farmaci controllati e conformi/ Punti di detenzione dei farmaci controllati e non conformi
10	30511	3 TECNOLOGIE	3.5 Valutazione ed aggiornamento del prontuario aziendale	3.5.1 Prontuario farmaceutico ospedaliero-aggiornamento	Num. di aggiornamenti/anno

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula
11	40111	4 SISTEMI INFORMATIVI	4.1 Progetto SISS	4.1.1 Documenti sanitari disponibili on line	Num. di referti pubblicati sulla rete SISS/ N. di referti da pubblicare secondo target RL
12	40211	4 SISTEMI INFORMATIVI	4.2 Disaster recovery	4.2.1 Disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno.
13	40311	4 SISTEMI INFORMATIVI	4.3 Continuità operativa	4.3.1 Continuità operativa informatica	Situazioni in cui un applicativo informatico non è stato accessibile/funzionante per un tempo superiore ad un riferimento deciso dall'ospedale (es. 15 minuti);
14	50111	5 RISORSE UMANE	5.1 Requisiti di accreditamento	5.1.1 Adeguamento ai requisiti di accreditamento SSR-personale	Num. requisiti di accreditamento SSR sul personale assolti/ Num. Requisiti di accreditamento SSR sul personale
15	50211	5 RISORSE UMANE	5.2 Analisi del fabbisogno di personale	5.2.1 Copertura fabbisogni del personale	Organico medio FTE (si consiglia di calcolare anche l'organico minimo e massimo nell'anno) Organico FTE da fabbisogno approvato/ Richiesta personale da scheda di budget annuale approvato
16	50311	5 RISORSE UMANE	5.3 Governo del clima aziendale -"CUG / Stress lavoro correlato"	5.3.1 Rispondenza indagine stress lavoro correlato (SLC)	Num. Dipendenti che hanno risposto al questionario SLC (eventuali disaggregazioni)/ Num. Totale dipendenti
17	50411	5 RISORSE UMANE	5.4 Sicurezza del posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria	5.4.1 Frequenza infortuni	Num. infortuni / ore lavorate x 1.000.000
18	50511	5 RISORSE UMANE	5.5 Analisi dell'attività formativa erogata	5.5.1 Tasso di saturazione dell'offerta formativa	Num. partecipanti / Num. Posti di formazione previsti
19	50611	5 RISORSE UMANE	5.6 Rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi	5.6.1 Incidenza ore di formazione	Num. Ore di formazione erogate al personale (si suggerisce di disaggregare per interna ed esterna e per tipologia)/Num. ore lavorate
20	50711	5 RISORSE UMANE	5.7 Valutazione e sviluppo delle competenze	5.7.1 Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Num. Dipendenti con valutazione annuale delle competenze previste dal profilo e dal ruolo / Totale personale dipendente
21	50811	5 RISORSE UMANE	5.8 Accreditamento provider (ove presente in azienda)	5.8.1 Crediti ECM erogati per profilo	Num. crediti ECM erogati / personale con obbligo ECM
22	60111	6 ORGANIZZAZIONE	6.1 Obiettivi di mandato	6.1.1 Presa in carico obiettivi di mandato	Presenza report di assegnazione obiettivi entro 30 gg dall'arrivo in Azienda

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula
23	60211	6 ORGANIZZAZIONE	6.2 Segnalazioni dei cittadini	6.2.1 Classe prioritaria di segnalazione	Num. segnalazioni per classe prioritaria/ Num. segnalazioni complessive
24	60311	6 ORGANIZZAZIONE	6.3 Rilevazione della qualità percepita (customer)	6.3.1 Percentuale dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction	Num. degli item pari a 6 + n° item pari a 7 / Num. totale degli item
25	60411	6 ORGANIZZAZIONE	6.4 Strategie della comunicazione aziendale	6.4.1 Standard di comunicazione esterna	Num. accessi al sito anno corrente/ Num. accessi anno precedente
26	60511	6 ORGANIZZAZIONE	6.5 Gestione del rischio clinico	6.5.1 Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili
27	60611	6 ORGANIZZAZIONE	6.6 Gestione del contenzioso	6.6.1 Frequenza normalizzata di richieste di risarcimento su giorni di degenza	Num. RR Area Clinica (Tot reparti, escluso PS)/ GG degenza Tot
28	60711	6 ORGANIZZAZIONE	6.7 Verbali e reports afferenti a Comitati con partecipazione aziendale	6.7.1 Evidenza oggettiva delle riunioni dei comitati aziendali	Num. relazioni annuali dei Comitati/ Num. comitati esistenti
29	60811	6 ORGANIZZAZIONE	6.8 Indicatori dei processi sanitari ed organizzativi dell'assistenza	6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	Num. PDTA implementati/ Num. di DRG scelti (almeno 1 criterio vedi razionale)
30	60911	6 ORGANIZZAZIONE	6.9 Qualità della documentazione sanitaria	6.9.1 Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria	Valore delle cartelle non confermate (anche in invarianza DRG) al controllo NOC/ Valore delle cartelle campione controllo NOC
31	61011	6 ORGANIZZAZIONE	6.10 Qualità dei flussi informativi	6.10.1 Tempestività dei flussi informativi	% spedizioni in ritardo/ Tot spedizioni
32	61111	6 ORGANIZZAZIONE	6.11 Monitoraggio liste d'attesa	6.11.1 Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate
33	61211	6 ORGANIZZAZIONE	6.12 Recepimento delle comunicazioni dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.lgs 231/01	6.12.1 Indice di chiusura delle raccomandazioni / prescrizioni emesse dall'ODV con esito positivo	Num. di raccomandazioni-prescrizioni emesse dall'OdV e chiuse con esito positivo dall'Organizzazione nei tempi stabiliti nel periodo di riferimento/ Totale delle raccomandazioni-prescrizioni emesse nel periodo di riferimento e da chiudere nei tempi stabiliti nel periodo di riferimento considerato.
34	61311	6 ORGANIZZAZIONE	6.13 Adeguamenti del Codice Etico e del Modello Organizzativo	6.13.1 Aggiornamento del Codice Etico (o Codice Etico Comportamentale)	Il codice etico (o codice etico - comportamentale) è aggiornato rispetto ai reati previsti dal D.Lgs. 231/01 (o Legge 190/2012 e DPR 62/2013) o cambiamenti organizzativi aventi impatto sul codice stesso?

N°	ID	Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula
35	61411	6 ORGANIZZAZIONE	6.14 Prevenzione della corruzione, dell'illegalità e trasparenza	6.14.1 Indice di chiusura delle azioni previste nel PTPC Piano Triennale Prevenzione e Corruzione e PTTI Piano triennale Trasparenza e Integrità.	Num. di azioni riportate nel PTPC e PTTI chiuse nel periodo di riferimento considerato/ Num. totale azioni previste dal PTPC e PTTI nel periodo di riferimento considerato
36	61511	6 ORGANIZZAZIONE	6.15 Tutela dei dati personali sensibili e genetici	6.15.1 Segnalazioni in merito a mancati adempimenti sulla privacy	Num. segnalazioni ricevute in merito al mancato rispetto del D.lgs. 196/03
37	61611	6 ORGANIZZAZIONE	6.16 Semplificazione e dematerializzazione	6.16.1 Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste
38	61711	6 ORGANIZZAZIONE	6.17 Qualità dei fornitori	6.17.1 Indice di corretta evasione dell'ordine-appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Num. delle corrette evasioni di ordini-appalti rispetto a quanto contrattualmente previsto/ Num. totale ordini-appalti evasi
39	61811	6 ORGANIZZAZIONE	6.18 Qualità dei servizi forniti in outsourcing	6.18.1 Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento/ Num. totale dei questionari compilati
40	61911	6 ORGANIZZAZIONE	6.19 Esiti degli audit interni e di parte terza	6.19.1 Esiti degli audit interni e di parte terza	Num. audit effettuati/ Num. audit pianificati
41	62011	6 ORGANIZZAZIONE	6.20 Riesame obiettivi medio termine	6.20.1 Riesame obiettivi a medio termine	Num. valutazioni effettuate/ Num. valutazioni pianificate
42	62111	6 ORGANIZZAZIONE	6.21 Sviluppo di processi secondo il metodo HTA	6.21.1 Età media delle alte tecnologie	Num.anni Alte Tecnologie / num. Alte Tecnologie
	62112				Num.anni TC / num. TC presenti
	62113				Num.anni RMN / num. RMN presenti
	62114				Num. anni LINAC / num. LINAC
	62115				Num. anni TC/PET / num. TC/PET presenti
	62116				Num. anni GCC / num. GCC presenti
	62117				Num. anni GTT presenti / num. GTT presenti
43	70111	7 AUTOVALUTAZIONE	7.1 Riesame delle autovalutazioni	7.1.1 Riesame delle autovalutazioni	Num. standard raggiunti per area/Num. standard valutati per area

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

---

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

**per 15 giorni**

---