



*“Salus publica, suprema lex”
XII Tavole*

PIANO DELLE PERFORMANCE (2015-2017)

AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA



LETTERA APERTA AI CITTADINI

Gentile Cittadino,

ritengo mio dovere farLe sapere che l'Azienda Ospedaliera di Pavia riserva costante attenzione ai bisogni di salute manifestati dalla popolazione e si preoccupa affinché le richieste di interventi sanitari specialistici fatte dalla cittadinanza trovino, quotidianamente, un'adeguata risposta.

La nostra attenzione e la nostra preoccupazione sono espressione dell'interesse che Regione Lombardia dimostra, da tempo, verso il diritto alla salute di cui ogni cittadino è portatore ed al quale è d'obbligo che le pubbliche Istituzioni assicurino la massima tutela.

Tenuto conto di tutto ciò, Regione Lombardia ha chiesto a tutte le Aziende Sanitarie del Sistema Regionale di rendere noti alla popolazione i principali programmi ed obiettivi che ciascuna Azienda si propone di realizzare anno dopo anno.

Ciò affinché il cittadino possa conoscere, in un clima di assoluta trasparenza, i progetti della propria Azienda Sanitaria e le azioni che l'Azienda intende mettere in campo allo scopo di realizzare concretamente i propri progetti.

Per questo motivo, l'Azienda Ospedaliera di Pavia ha costruito il proprio "Piano delle Performance" per il triennio 2015-2017, documento che trova pubblicazione sul sito internet aziendale, affinché Ella ne possa prendere visione e possa, in tal modo, conoscere i principi ispiratori della politica sanitaria di questa Azienda ed i suoi principali programmi ed obiettivi.

La ringrazio per l'attenzione e la pazienza che avrà nel leggere questo documento.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Daniela TROIANO)



PIANO DELLE PERFORMANCE

AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA

LETTERA APERTA AI CITTADINI	2
1 INTRODUZIONE.....	4
1.A. Definizione di "Performance"	4
1.B. Il Piano delle Performance e gli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale della A.O. di Pavia	5
1.C. Il Piano delle Performance e il P.I.M.O.	6
1.D. I livelli di intervento e di responsabilità	9
1.E. "Gli attori" del Piano delle Performance	9
2. L'AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA	10
2.A. La "fotografia" dell'Azienda.....	10
2.B. Vision	13
2.C. Mission.....	13
3 LE STRATEGIE (TRIENNIO 2015-2017).....	15
3.A. La strategia dell'A.O. della Provincia di Pavia (2015-2017)	15
3.B. Indicatori di performance strategici	20
4 LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI	22
4.A. Appropriatazza utilizzo Posti Letto di cure sub acute	22
4.B. Progressivo azzeramento dei DH diagnostici e potenziamento delle MAC	24
4.C. Progressivo contenimento dei 108 DRG a rischio inappropriatezza	27
4.D. Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione di prestazioni di laboratorio	30
4.E. Partecipazione alla riorganizzazione del sistema sangue regionale	33
4.F. Implementazione del sito internet aziendale.....	36
4.G. Attività di ristrutturazione e di costruzione di nuove strutture sanitarie	39
4.H. Focus su iniziative di formazione di particolare rilievo e interesse scientifico	42
4.I. Revisione del processo di valutazione del personale dipendente	44
4.L. Adesione al piano attuativo di certificabilità di bilancio delle aziende sanitarie lombarde (PAC).....	46
4.M. Attuazione del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità	49
4.N. Diffusione e attuazione del piano di prevenzione della corruzione.....	51
4.O. Diffusione del Codice di comportamento aziendale	53
5 LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE.....	55
5.A. Gli obiettivi del periodo di riferimento anno 2015 (in corso di definizione)	55
6 CONCLUSIONI	60



1 INTRODUZIONE

1.A. Definizione di “Performance”

Come noto, elaborare in modo univoco ed inequivocabile una definizione di **“performance”** in ambito sanitario non è un'operazione facile o agevole.

Il concetto di **“performance”** nell'ambito in questione scaturisce dalla necessità di dare una definizione operativa del “prodotto” realizzato da strutture organizzative che erogano un servizio, ovvero da strutture organizzative per le quali non sia possibile identificare con precisione un “lavorato” finale materiale, concreto, dotato di forma e dimensioni.

L'esigenza di identificare “un prodotto” anche nel caso in cui il prodotto sia rappresentato da un servizio è ovviamente connessa alla necessità di valutare, sotto il profilo quali-quantitativo, i risultati conseguiti dai processi posti in essere dall'Azienda attraverso le risorse di cui l'Azienda medesima dispone.

La necessità, emersa in Enti ed Aziende della Pubblica Amministrazione, di dare una definizione anche del prodotto/servizio presso quelle Aziende del Sistema Sanitario Nazionale, trova il proprio fondamento giuridico nel **decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150**, fonte primaria che dedica l'intero Titolo II alla: **“Misurazione, valutazione e trasparenza della performance”**.

Pur se dettagliati ed approfonditi, i dispositivi introdotti dal decreto legislativo n.150/2009 non dettano una precisa definizione di “performance”, ma dispongono in tema di misurazione, valutazione e trasparenza della performance dandone per scontata la definizione.

Definizione che potrebbe identificarsi in: **“insieme di risultati operativi posti in essere dalle risorse, umane e tecnologiche, di un'Azienda impiegate in processi di attuazione di obiettivi pianificati e programmati dal top Management”**.

Compiuto il tentativo di fornire, anche e solo come mera ipotesi, una definizione di “performance di un'Azienda sanitaria pubblica”, nessun dubbio vi è, invece, sul fatto che l'attivazione di un sistema aziendale di identificazione, misurazione, valutazione e trasparenza della performance (attivazione oggi imposta alla P.A. dai cogenti dispositivi dettati dal decreto legislativo n.150/2009), si configura:

- ❖ come uno strumento fondamentale sul quale un'Azienda sanitaria pubblica può fondare la propria strategia di trasformazione;
- ❖ come uno strumento atto a generare un cambiamento di cultura e metodi in un'Azienda sanitaria pubblica;



- ❖ come uno strumento attraverso il quale un'Azienda sanitaria pubblica può definire, in modo sistemico e strutturale, obiettivi di trasformazione interna orientati a perseguire, "in primis", una quantificabile e misurabile "utilità finale" per i fruitori dei servizi erogati;
- ❖ come "un'opportunità" per mettere in atto, in un'Azienda sanitaria pubblica, interventi finalizzati al miglioramento della stessa "performance" (ovvero produzione) aziendale, anche attraverso efficaci meccanismi di controllo interno, che facilitino il controllo previsto ad opera degli esterni (regime della trasparenza a favore di cittadini e stakeholders);
- ❖ come uno strumento attraverso il quale un'Azienda sanitaria pubblica, definendo e ponendo in essere strategie capaci di soddisfare e, addirittura, di anticipare i bisogni del proprio "bacino di utenza", riesce a porsi come un'Azienda che sia "fabbrica di valore e di valori".

1.B. Il Piano delle Performance e gli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale della A.O. di Pavia

Il "Piano delle Performance" costituisce uno degli strumenti di pianificazione e programmazione dell'Azienda Ospedaliera di Pavia e si integra con i restanti strumenti pianificatori e programmatori di questa Azienda.

Il Piano delle Performance si integra, dunque:

- ❖ con le azioni attivate ai fini della piena attuazione degli obiettivi annuali di mandato, in coerenza con le Regole regionali di sistema per l'anno di riferimento;
- ❖ con la trattativa annuale di budget;
- ❖ con i processi di attuazione della legislazione vigente in materia di sicurezza, tutela e protezione dei Lavoratori;
- ❖ con il Codice Etico - Comportamentale;
- ❖ con il Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità e con il Codice di Comportamento;
- ❖ con le procedure aziendali certificate sotto il profilo della qualità.

Dunque, il Piano delle Performance di questa Azienda, oltre ad un contenuto proprio e specifico, comprende, come proprio obiettivo, anche la piena attuazione degli ulteriori strumenti aziendali di pianificazione e programmazione, che con detto Piano costantemente si integrano e si raccordano.



1.C. Il Piano delle Performance e il P.I.M.O.

La deliberazione X\2989 del 23 dicembre 2014 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2015 prevede che..." nel corso del 2015, il piano delle performance, di cui alle legge 150/09, nelle more di quanto previsto dalla legge 144/14 art. 19 comma 10, verrà definito tenuto conto di quanto elaborato in sede di Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O).

La necessaria integrazione tra questi due strumenti non deve duplicare gli sforzi delle amministrazioni nonché i dati e le informazioni già rendicontate al livello regionale; tuttavia si auspica la continua valorizzazione dello specifico organizzativo di ogni Azienda lombarda..."

Inoltre si indica che ..."Il monitoraggio delle performance previste nel Piano Performance avviene, 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 dell'OIV della Giunta Regionale, di concerto con la DG Salute...."

In questa logica, l'AO ritiene, in attesa di indicazioni dell'OIV della Giunta regionale in materia, di adottare il presente Piano, con riserva di adeguamento alle emanande indicazioni operative.

Nelle medesima deliberazione si specifica inoltre che il ..."miglioramento continuo è un processo di innovazione focalizzato, che coinvolge tutta l'azienda e che consiste nell'adozione di miglioramenti piccoli, frequenti, continuativi nel tempo, in modo da ottenere risultati significativi grazie al loro effetto cumulativo; risultano essenziali due elementi:

- presenza e intervento del management nell'indirizzare e nel focalizzare gli sforzi di miglioramento in modo da assicurare la coerenza delle azioni intraprese con le esigenze operative e strategiche dell'impresa;
- contributo diretto degli operatori nel proporre come migliorare i processi loro affidati, nel verificare la bontà delle proposte e nel realizzare i cambiamenti necessari.

La creazione del miglioramento continuo è un obiettivo complesso che richiede uno sforzo da parte dell'intera organizzazione, è un insieme di attività dirette a tenere sotto controllo e a migliorare processi ed esiti mediante un sistema di obiettivi, indicatori, procedure organizzative, linee guida e la verifica della loro applicazione ed efficacia.

Il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione è una piattaforma che prevede all'interno delle quattro aree individuate (valutazioni, performance, monitoraggio e obiettivi), lo sviluppo delle conoscenze e valutazioni del sistema, è importante che le strutture ospedaliere valorizzino il percorso di crescita



dell'organizzazione integrando la logica economico-finanziaria con le attività sanitarie.

Il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione sviluppato in Regione Lombardia è basato su logiche bottom-up per questo occorre gestire con grande attenzione e accortezza il processo di realizzazione, la parola saliente è "responsabilità".

Indicazioni per la realizzazione del P.I.M.O.

La realizzazione del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.) è responsabilità della Direzione Strategica che deve gestire il processo di:

- pianificazione
- programmazione
- monitoraggio

del miglioramento dell'organizzazione tramite il Responsabile per la Qualità aziendale.

Quindi tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche, private accreditate e a contratto con il SSR lombardo si devono dotare di un sistema di monitoraggio interno, al fine di programmare tempestivamente gli interventi migliorativi, che sia compatibile con i dati e le competenze professionali effettivamente disponibili al proprio interno.

Il processo parte dalla check-list di autovalutazione, dalle valutazioni esterne e dal sistema di indicatori relativo agli elementi di ingresso essenziali per portare al riesame della Direzione una visione d'insieme della valutazione delle aree di interesse per l'intera organizzazione aziendale e per evidenziare le priorità e la sostenibilità degli obiettivi di miglioramento..."

In prima battuta, l'AO è coinvolta nel processo di rilevazione di un set comune di indicatori che vengono di seguito riportati:

Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula
1 ECON-FINANZIARIO	1.1 Situazione economico-finanziaria	1.1.1 Indicatore economico gestionale di bilancio	Costo personale/produzione lorda
			Spesa per beni e servizi/produzione lorda
			Costi: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio
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
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
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
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)



Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula
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
3 TECNOLOGIE	3.2 Farmacovigilanza	3.2.1 Tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa	Num. di segnalazioni di sospetta ADR / Giornate di degenza
3 TECNOLOGIE	3.3 Dispositivo sorveglianza	3.3.1 Gestione recall dispositivi medici	Num. Recall gestiti nei tempi / N° Recall ricevuti
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
3 TECNOLOGIE	3.5 Valutazione ed aggiornamento del prontuario aziendale	3.5.1 Prontuario farmaceutico ospedaliero-aggiornamento	Num. di aggiornamenti/anno
4 SISTEMI INFORMATIVI	4.1 Progetto SISS	4.1.1 Documenti sanitari disponibili online	Num. di referti pubblicati sulla rete SISS/ N. di referti da pubblicare secondo target RL
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.
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);
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
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
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
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
5 RISORSE UMANE	5.5 Analisi dell'attività formativa erogata	5.5.1 Tasso di saturazione e dell'offerta formativa	Num. partecipanti / Num. Posti di formazione previsti
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
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
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
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
6 ORGANIZZAZIONE	6.2 Segnalazioni dei cittadini	6.2.1 Classe prioritaria di segnalazione	Num. segnalazioni per classe prioritaria / Num. segnalazioni complessive
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
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
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
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
6 ORGANIZZAZIONE	6.7 Verbalì 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



1.D. I livelli di intervento e di responsabilità

In tema di “misurazione, valutazione e trasparenza della performance” si riscontrano i seguenti livelli di intervento e correlate responsabilità:

- ❖ livello nazionale: esso è fondato sul decreto legislativo n.150/2009, i cui dispositivi si prefiggono lo scopo di disciplinare, secondo criteri di omogeneità ed uniformità in tutto il territorio nazionale, il ciclo di gestione della performance; la trasparenza e rendicontazione della performance; i soggetti del processo di misurazione e valutazione della performance. L'articolo 13 del decreto legislativo n.150/2009 prevede l'istituzione, nonché i compiti della “Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche”;
- ❖ livello regionale: esso si sostanzia in linee-guida, direttive ed indirizzi che il Governo regionale invia alle Aziende del S.S.R. affinché le medesime, secondo criteri di omogeneità ed uniformità in tutto il territorio regionale, diano attuazione a quanto dovuto in tema di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, garantendo il rispetto delle prestabilite scadenze;
- ❖ livello locale o aziendale: esso è fondato sia sui dispositivi del decreto legislativo n.150/2009, sia sugli indirizzi regionali, sia sulle direttive dell'organo di indirizzo politico di questa Azienda. A questo livello opera il “Nucleo di valutazione delle Prestazioni” (NVP), con il quale si è concertata la stesura definitiva del presente Piano.

1.E. “Gli attori” del Piano delle Performance

La stesura e l'attuazione del Piano delle Performance dell'Azienda Ospedaliera di Pavia vedono impegnati:

- ❖ il Direttore Generale, affiancato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;
- ❖ i Direttori di U.O.C. ed i Direttori Medici di Presidio Ospedaliero;
- ❖ il Servizio di Programmazione e Controllo (Controllo di Gestione);
- ❖ l'Ufficio Segreteria del Vertice strategico aziendale.

(Fonti consultate:

- “Il medico e il management” – Accademia Nazionale di Medicina – 1996;
- “Risorse umane nella Pubblica Amministrazione” – Maggioli Editore – n.6/2011;
- “Risorse umane nella Pubblica Amministrazione” – Maggioli Editore – n.1/2012).



2. L'AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA

2.A. La "fotografia" dell'Azienda

Ospedale Civile di Voghera



Sede: Via Volturno, 14 – 27058 Voghera

Posti letto:	
Degenza Ordinaria:	290
Day Hospital:	13
R.U. 486:	2
Emodialisi:	13
B.O.C.A.:	8
M.A.C.:	13
Culle Nido:	21

Ospedale S.S. Annunziata di Varzi



Sede: Via Repetti, 2 – 27057 Varzi

Posti letto:	
Degenza Ordinaria:	36
Day Hospital:	1
R.U. 486:	-
Emodialisi:	6
B.O.C.A.:	1
M.A.C.:	1
Cure Sub Acute:	15

Ospedale Unificato di Broni-Stradella



Sede: Via Achilli, 1 – 27049 Stradella

Posti letto:	
Degenza Ordinaria:	107
Day Hospital:	5
R.U. 486:	2
Emodialisi:	10
B.O.C.A.:	5
M.A.C.:	2
Culle Nido:	12

Ospedale Arnaboldi di Broni



Sede: Via Emilia, 351 – 27043 Broni

Posti letto:	
Degenza Ordinaria:	20
Day Hospital:	-
R.U. 486:	-
Emodialisi:	-
B.O.C.A.:	-
M.A.C.:	-
Culle Nido:	-



Ospedale Civile di Vigevano



Sede: C.so Milano, 19 – 27029 Vigevano

Posti letto:	
Degenza Ordinaria:	224
Day Hospital:	12
R.U. 486:	2
Emodialisi:	14
B.O.C.A.:	9
M.A.C.:	4
Culle Nido:	16

Ospedale Carlo Mira di Casorate P.



Sede: Via dell'Orto, 99 – 27022 Casorate Primo

Posti letto:	
Degenza Ordinaria:	80
Day Hospital:	1
R.U. 486:	-
Emodialisi:	9
B.O.C.A.:	-
M.A.C.:	5
Culle Nido:	-

Ospedale San Martino di Mede



Sede: Via dei Mille, 23 – 27025 Mede

Posti letto:	
Degenza Ordinaria:	88
Day Hospital:	3
R.U. 486:	-
Emodialisi:	9
B.O.C.A.:	1
M.A.C.:	3
Culle Nido:	-

Ospedale Asilo Vittoria di Mortara



Sede: Strada Pavese, 1125 – 27036 Mortara

Posti letto:	
Degenza Ordinaria:	108
Day Hospital:	3
R.U. 486:	-
Emodialisi:	-
B.O.C.A.:	1
M.A.C.:	7
Culle Nido:	-



Lomellina	Pavia	Oltrepo
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE		
Centro psico-sociale di Vigevano	Centro psico-sociale di Pavia	Centro psico-sociale di Voghera
Centro psico-sociale di Mortara	Comunità riabilitativa di media assistenza di Pavia	Centro psico-sociale di Stradella
Centro psico-sociale di Mede	Comunità Protetta ad alta assistenza di Pavia	Comunità riabilitativa ad alta assistenza di Casteggio
Comunità riabilitativa ad alta assistenza di Vigevano	Centro Diurno di Pavia	Comunità Protetta ad alta assistenza di Voghera
Servizio di Neuro-psichiatria infantile Vigevano	Servizio di Neuro-psichiatria infantile Pavia	Comunità Protetta ad alta assistenza di Mornico Losanna
		Servizio di Neuro-psichiatria infantile di Voghera
		Centro Diurno di Stradella
PRESIDI POLIAMBULATORIALI		
Casorate Primo	Pavia	Varzi
Garlasco	Corteolona	Casteggio
Mede		Broni
Mortara		Voghera
Vigevano		
ISTUTUTI PENITENZIARI		
Vigevano	Pavia	Voghera

Di seguito si espone un quadro dei dati dell'azienda relativi al biennio 2013 e 2014:

Area	Misure	2013	2014
Ricoveri Regime DO	Dimessi	31.942	30.013
	Degenza Media	8,94	9,48
	Peso Medio Drg Medici	0,84	0,85
	Peso Medio Drg Chirurgici	1,39	1,43
Ricoveri Regime DH	Dimessi	3.265	3.765
	Accessi	3.679	4.092
Ambulatoriale	Quantità prestazioni erogate	3.714.244	3.787.379
Pronto Soccorso	Numero Accessi	106.818	106.225



2.B. Vision

L'Azienda Ospedaliera di Pavia è Azienda strumentale del S.S.R..

L'Azienda persegue la finalità istituzionale di dare soddisfazione, anche in via anticipatoria, ai "bisogni di salute" manifestati ed espressi da tutti coloro che ad essa si rivolgono attraverso politiche di indirizzo, programmazione e controllo di attività di "core business", sostenute da innovazioni tecnologiche e da razionali interventi di gestione del personale.

L'Azienda si ispira ai principi costituzionali di trasparenza e buon andamento e, dunque, ispira la propria attività ai criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza, razionalizzazione ed economicità dei processi di gestione delle proprie risorse umane e di impiego delle proprie risorse materiali.

L'Azienda persegue l'obiettivo di creare condizioni interne di buon clima organizzativo e di crescita delle proprie risorse umane in modo tale da favorirne "la qualità tecnico-professionale e la qualità relazionale".

L'azienda persegue l'obiettivo di operare in sinergia con tutti gli altri "attori" del Sistema Sanitario Regionale in cui è inserita e posizionata, e di dare adeguate risposte a cittadini, utenza e stakeholders.

2.C. Mission

"Costituisce funzione essenziale dell'Azienda Ospedaliera il perseguimento delle finalità del Servizio Sanitario Regionale mediante l'evoluta erogazione delle attività di istituto connotate dai caratteri di qualità e di appropriatezza nell'utilizzo efficiente delle risorse assegnate.

I valori ispiratori dell'azione aziendale sono quelli della tutela della salute nell'obiettivo di realizzazione del superiore interesse pubblico coincidente con il soddisfacimento del servizio assistenziale verso il cittadino; il tutto con continuità e con la necessaria integrazione organizzativa e multidisciplinare nell'espletamento della pratica professionale e clinica in ogni fase assistenziale; quest'ultima: non arroccata nell'ambito ospedaliero ma opportunamente raccordata, d'intesa e con il coordinamento dell'A.S.L., con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di libera scelta.

Gli obiettivi aziendali, costituenti la sommatoria degli obiettivi dei Dipartimenti e delle strutture complesse aziendali, si intendono rapportati, nell'arco temporale annuale e/o pluriennale di riferimento, agli obiettivi di sistema regionale ed a quelli di mandato assegnati al Direttore Generale.

Detti obiettivi, vuoi di declinazione annuale vuoi di mandato complessivo, devono essere perseguiti mediante l'esercizio, nell'estensione consentita, dell'autonomia imprenditoriale nell'ambito del piano di riequilibrio periodicamente predeterminato dalla Regione".

(Fonti consultate: Vigente POA Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia)



L'ESSENZA DEL PIANO DELLE PERFORMANCE:

3. LE STRATEGIE (TRIENNIO 2015-2017)
4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI (TRIENNIO 2015-2017)
5. LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE (ANNO 2015)



3 LE STRATEGIE (TRIENNIO 2015-2017)

3.A. La strategia dell'A.O. della Provincia di Pavia (2015-2017)

Le strategie che ispirano la pianificazione dell'Azienda Ospedaliera di Pavia si conformano alle linee-guida definite dalla pianificazione strategica fatta da Regione Lombardia. Tenuto conto del superiore riferimento regionale e delle specificità aziendali, questa Azienda focalizza la propria pianificazione strategica triennale (2015/2017) sulla progettualità, di seguito, illustrata.

Garantire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie ricondotte al livello di assistenza più adeguato:

La prospettiva "dalla cura al prendersi cura" prevista dal PSSR 2010-2015 impone di erogare le prestazioni sanitarie nella modalità più adeguata per i pazienti:

- gli ospedali per acuti dovranno concentrarsi sulla casistica di maggiore complessità clinica e terapeutica;
- i pazienti non dimissibili direttamente dalle UU.OO.CC. Mediche e Chirurgiche affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica verranno presi in carico nel contesto del ricovero protetto delle cure sub acute secondo le indicazioni fornite da Regione Lombardia, anche al fine di programmare idonei percorsi assistenziali successivi alla dimissione.

Nel dicembre 2013 l'Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia ha **attivato presso l'Ospedale di Varzi posti letto dedicati alle cure sub acute** (progetto 4.A.) Nel corso del 2014 è stato prioritario per l'Azienda favorire l'avvio del reparto nel rispetto delle indicazioni di Regione Lombardia in merito alla appropriata selezione della casistica, alla durata della degenza ed alla elaborazione di un progetto clinico assistenziale post dimissione.

Nel corso del 2015 si intende proseguire l'attività intrapresa focalizzando l'attenzione sull'appropriatezza del ricorso alle cure sub acute attraverso l'analisi e la condivisione dei risultati con i clinici di un campione di cartelle cliniche dell'U.O. Sempre nell'ambito dell'appropriatezza organizzativa, attraverso l'analisi dei DRG prodotti dalle UU.OO. aziendali, si ritiene di proseguire il processo di trasferimento di prestazioni erogate in regime di ricovero al regime di macroattività ambulatoriale di complessa integrazione professionale, disciplinare, tecnologica e organizzativa (MAC) (progetto 4.B.), sempre nel rispetto della sicurezza del paziente e nell'ottica sia di **azzeramento DH di tipo diagnostico** sia di potenziamento delle MAC.



Migliorare l'appropriatezza

Regione Lombardia, attraverso le indicazioni contenute nelle Regole 2015, ribadisce l'importanza di **ridurre l'erogazione in DO dei 108 DRG** ad alto rischio di inappropriatezza spostandoli in DH o in regime ambulatoriale.

In particolare l'incidenza dei ricoveri ordinari afferenti a tali DRG sul totale dei restanti DRG deve mantenersi al di sotto del 22% (progetto 4.C.).

L'Azienda, sempre nel rispetto delle Regole 2015, ritiene di analizzare **le prestazioni di laboratorio rese ai pazienti ricoverati e per accessi in PS non seguiti da ricovero** favorendo l'appropriatezza prescrittiva in linea con le indicazioni regionali da Regole 2015 (progetto 4.D.). Inoltre, l'AO partecipa, per la parte di propria competenza, al progetto regionale di riorganizzazione del sistema sangue regionale che prevede la realizzazione di Centri di validazione/lavorazione del sangue e degli emocomponenti (progetto 4.E.).

Potenziamento del sistema di comunicazione aziendale

Questa Azienda attribuisce alla comunicazione ed ai molteplici canali attraverso cui essa si dispiega una grande "valenza strategica".

La Direzione, a seguito dell'analisi del **portale web** in essere fino a fine 2013, ha ritenuto opportuno implementare a partire dal 2014 un restyling grafico e strutturale al portale web aziendale, che, ponendosi come interfaccia tra l'Azienda e i cittadini e tra l'Azienda e i propri dipendenti, rappresenta un'opportunità unica di condivisione delle informazioni (progetto 4.F.).

Tale progetto si affianca agli obblighi di trasparenza imposti dalla CIVIT, con la delibera Nr 50/2012 (Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche).

Sempre nella logica di miglioramento della trasparenza si pone il progetto di Adesione al piano attuativo di certificabilità di bilancio delle aziende sanitarie lombarde (**PAC**) (progetto 4.L.) finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie.



Migliorare il confort delle strutture aziendali

Questa Azienda ha avviato, nei propri Ospedali, **importanti opere edilizie** (progetto 4.G.) quali:

Ospedale Voghera

Regione Lombardia con Decreto 7881 del 27/08/2014 ha approvato il progetto preliminare dell'intervento "**Adeguamento Strutturale ed impiantistico del Presidio Ospedaliero di Voghera Il Lotto**" di cui al VI Accordo di Programma Quadro, progetto ammesso a finanziamento con Decreto Dirigenziale del Ministero della Salute in data 14 settembre 2014.

Il progetto prevede tra l'altro:

- la realizzazione di tunnel di collegamento al piano secondo ed al piano terzo tra la nuova palazzina denominata M1 e l'edificio esistente;
- la ristrutturazione di parte del piano primo per la realizzazione del reparto di emodinamica, annesso all'U.O. di Cardiologia;
- la ristrutturazione di porzione del piano terra per la realizzazione del nuovo CUP.

Con deliberazione n. 81 del 23.2.2015 si è approvato l'avvio delle procedure di gare per l'affidamento dei lavori e l'aggiudicazione è prevista entro giugno 2015.

Regione Lombardia con propria deliberazione n. X/1521 del 20 marzo 2014 ha approvato l'elenco degli interventi ammessi a finanziamento per l'esercizio 2014 tra i quali figura "**completamento del nuovo padiglione dell'Ospedale di Voghera con realizzazione del nuovo Pronto Soccorso sede di DEA**".

Il progetto preliminare, da porre a base di gara, è stato inviato in data 27 gennaio 2015 ai competenti organi regionali per le prescritte approvazioni.

Ospedale di Varzi

La Giunta Regionale con propria deliberazione n. X/2932 del 19 dicembre 2014 ha approvato l'elenco degli ulteriori interventi ammessi a finanziamento, nell'ambito degli investimenti per l'anno 2014, per l'importo complessivo di Euro 1.340.000,00.

Ospedale di Vigevano

Si sono conclusi con il 05/11/2014 **i lavori relativi al 2° lotto** –completamento nuovo padiglione –ambulatori –compartimentazione antincendio –impianto rivelazione incendi –ampliamento degenze e servizi comuni dell'Ospedale di Vigevano.

Si sta ora procedendo alle operazioni di collaudo tecnico amministrativo dell'opera ed all'iter procedurale di accreditamento.



DEA Vigevano

Con decreto n. 4/DGI del 20/01/2015 dell'A.S.L. di Pavia è stata autorizzata la messa in esercizio del nuovo Pronto Soccorso sede di DEA.

E' in fase di ultimazione l'allestimento dei locali con i nuovi arredi/attrezzature e le nuove apparecchiature.

E' prevista l'apertura del nuovo Pronto Soccorso sede di /DEA entro il primo semestre 2015.

Promuovere la crescita della qualità tecnico-professionale dei Lavoratori attraverso mirate azioni di aggiornamento e formazione finalizzate al processo di "miglioramento continuo della qualità dei lavoratori e delle loro prestazioni"

La "formazione continua" dei Lavoratori è basilare pilastro della politica condotta da questa Azienda in tema di gestione (e non di semplice amministrazione) delle risorse umane.

Questa Azienda intende favorire la partecipazione dei Lavoratori ad iniziative di aggiornamento e formazione fuori sede, previa verifica della congruità delle richieste ad opera dei competenti Responsabili.

Questa Azienda redige **Piani di Formazione**, con validità annuale, contenenti iniziative di aggiornamento e formazione, da realizzarsi in sede, finalizzate a garantire il rispetto di: vincoli normativi (aggiornamento in materia di sicurezza); direttive regionali (aggiornamento derivante da "regole di sistema" ed obiettivi di mandato); politiche aziendali ispirate al rinnovamento organizzativo e gestionale; politiche aziendali ispirate alla crescita tecnico-professionale dei Lavoratori (aggiornamento ai fini dell'apprendimento di nuove tecniche e nuove metodiche cliniche ed interventistiche) (progetto 4.H.)

Continuare nell'azione di revisione del sistema aziendale di valutazione della performance individuale, al fine di una sua maggiore aderenza ai principi innovatori introdotti dal decreto legislativo n.150/09 ed allo scopo di trasformare la valutazione individuale in una efficace "leva di gestione" delle risorse umane

Il sistema aziendale di valutazione della performance individuale è fortemente intrecciato con il sistema di definizione, misurazione e valutazione della performance aziendale. La valutazione individuale è processo di grande importanza e di estrema delicatezza. La valutazione individuale è uno strumento che, se correttamente e sapientemente usato, può trasformarsi in una significativa "leva di gestione" delle risorse umane, atta a favorire il processo di miglioramento nell'impiego dei lavoratori e, dunque, atta a favorire il "buon clima organizzativo" (progetto 4.I.).



Dare piena attuazione al Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità, al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti

Nell'ambito delle iniziative volte a dare attuazione alla legge 190/2012 ad oggetto: "Disposizione per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", l'Azienda Ospedaliera ha adottato con deliberazione n. 43 del 29 gennaio 2015, su proposta del Responsabile della prevenzione della Corruzione, il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione, documento programmatico nel quale è definita la strategia di prevenzione della corruzione adottata dall'Azienda Ospedaliera. Tale documento contiene l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione nelle aree maggiormente a rischio ed individua le azioni, le misure e gli interventi che devono essere attuati al fine di ridurre significativamente il rischio di comportamenti corrotti. Si tratta quindi di un programma di attività, da attuare all'interno dell'Azienda, unitamente ad altre misure, individuate dal Legislatore con la predetta legge 190/2012, quali:

- gli adempimenti in materia di Trasparenza, misure declinate nel Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità approvato, insieme al Piano triennale di Prevenzione della Corruzione, con la deliberazione n. 43 del 29 gennaio 2015;
- il Codice di comportamento, adottato dall'Azienda Ospedaliera con deliberazione n. 49 del 30 gennaio 2014.

Le predette misure sono finalizzate, unitamente al Piano triennale sopraccitato, alla prevenzione di illeciti ed al miglioramento della qualità del servizio pubblico offerto al cittadino.

Al fine di dare concreta attuazione alla programmazione contenuta nei documenti sopraccitati, si ritiene necessario prevedere il collegamento con il ciclo della performance, attraverso la declinazione di specifici progetti aziendali, che prevedano obiettivi a carico dei Dirigenti aziendali e del Responsabile della prevenzione della Corruzione (Responsabile anche della Trasparenza), con indicatori di risultato misurabili e con target di risultato che dovranno essere raggiunti nel triennio di riferimento (progetti 4.M. – 4.N. – 4.O.)



3.B. Indicatori di performance strategici

Tabella 2 Misurazione Strategie Aziendali					
Strategia	Dimensioni di Analisi	Indicatore	Risultato atteso 2015	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017
Garantire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie ricondotte al livello di assistenza più adeguato	Efficacia esterna	Conformità agli indici di intensità assistenziale regionali per le cure sub acute	Continuità nella rilevazione degli indicatori su un campione del 4% delle cartelle cliniche e condivisione con il CdR	Continuità nella rilevazione degli indicatori su un campione del 4% delle cartelle cliniche e condivisione con il CdR	Continuità nella rilevazione degli indicatori su un campione del 4% delle cartelle cliniche e condivisione con il CdR
	Efficacia esterna	Incremento MAC	Potenziamento delle MAC	Continuità nell'utilizzo appropriato dei posti letto MAC	Continuità nell'utilizzo appropriato dei posti letto MAC
	Efficacia interna	Accreditamento e utilizzo appropriato di 1 PL MAC presso U.O. di Chirurgia di Broni Stradella	Erogazione delle prestazioni di posizionamento di Catetere Venoso Centrale come MAC11	Continuità nell'utilizzo appropriato del posto letto MAC	Continuità nell'utilizzo appropriato del posto letto MAC
	Efficacia interna	Incidenza dei Day Hospital erogabili ambulatorialmente a partire dall'accreditamento dei PL MAC necessari	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 95%	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 95%	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 95%
Migliorare l'appropriatezza	Efficacia esterna	Incidenza dei casi di degenza ordinaria per le procedure chirurgiche di cui al Sub Allegato A delle Regole 2014	Azzeramento ad eccezione dei casi in cui è clinicamente motivato il regime di degenza ordinaria	Azzeramento ad eccezione dei casi in cui è clinicamente motivato il regime di degenza ordinaria	Azzeramento ad eccezione dei casi in cui è clinicamente motivato il regime di degenza ordinaria
	Efficacia esterna	Incidenza dei casi in DO riconducibili ai 108 DRG a rischio di inapproprietezza sul totale dimessi in DO non riconducibili ai 108 DRG a rischio di inapproprietezza	<22%	<22%	<22%
	Efficacia interna	Definizione, stesura e condivisione dei profili prescrittivi per le prestazioni di laboratorio per pazienti ricoverati e per accessi in PS non seguiti da ricovero ed in particolare rispetto delle indicazioni regionali in materia come da Regole di Sistema 2015	Rispetto indicazioni regionali	Rispetto indicazioni regionali	Rispetto indicazioni regionali
	Efficacia interna	Definizione delle modalità di misurazione del livello di applicazione dei profili prescrittivi ed, in particolare, utilizzo del software dedicato come da Regole di Sistema 2015	Utilizzo del software dedicato	Da definire alla luce dei risultati 2015	Da definire alla luce dei risultati 2015
	Efficacia esterna	Partecipazione alla riorganizzazione del Sistema Sangue Regionale, rispetto del cronoprogramma e delle indicazioni regionali in materia	Attuazione	Attuazione	Attuazione



Tabella 2 Misurazione Strategie Aziendali

Strategia	Dimensioni di Analisi	Indicatore	Risultato atteso 2015	Risultato atteso 2016	Risultato atteso 2017
Potenziamento del sistema di comunicazione aziendale	Efficacia esterna	Percentuale di aderenza agli obblighi di trasparenza Delibera ex Civit oggi A.N.AC. n. 50/2013 del sito internet aziendale	Adeguamento Delibera ex Civit oggi A.N.AC. n. 50/2013	Aggiornamento tempestivo degli obblighi Delibera ex Civit oggi A.N.AC. n. 50/2013	Aggiornamento tempestivo degli obblighi Delibera ex Civit oggi A.N.AC. n. 50/2013
	Efficacia esterna	Rispetto cronoprogramma definito da Regione Lombardia per l'Adesione al Piano Attuativo di Certificabilità di Bilancio delle Aziende Sanitarie Lombarde (PAC)	Rispetto cronoprogramma 2015	Rispetto cronoprogramma 2016	Rispetto cronoprogramma 2017
Migliorare il confort delle strutture aziendali	Efficacia esterna	Percentuale rispetto stato avanzamento lavori	Rispetto della programmazione anno 2015	Da definire alla luce dell'erogazione dei finanziamenti regionali	Da definire alla luce dell'erogazione dei finanziamenti regionali
Promuovere la crescita della qualità tecnico-professionale dei lavoratori attraverso mirate azioni di aggiornamento e formazione	Efficacia organizzativa	Percentuale Attuazione del Piano di Formazione	Attuazione di almeno il 80% del Piano di Formazione 2015	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2016	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2017
Continuare nell'azione di revisione del sistema aziendale di valutazione della performance individuale	Efficacia organizzativa	Tendenziale aderenza ai principi innovatori del Dlgs 150/09	Tendenziale Aderenza	Tendenziale Aderenza	
Dare piena attuazione al Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità, al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e al Codice di Comportamento dei Dipendenti	Efficacia esterna	Trasparenza : Pecentuale aderenza check list relativa alla Trasparenza	Almeno l'85% dei dati inseriti risultano aggiornati (valore attribuito in check list pari a 3)	Almeno il 90% dei dati inseriti risultano aggiornati (valore attribuito in check list pari a 3)	Almeno il 90% dei dati inseriti risultano aggiornati (valore attribuito in check list pari a 3)
	Efficacia organizzativa	Anticorruzione : numero di regolamenti/procedure adottate/numero complessivo di procedure da adottare	90%	100%	100%
	Efficacia organizzativa	Anticorruzione : Numero di operatori formati/numero di operatori che operano nelle aree a rischio	90%	95%	95%
	Efficacia organizzativa	Anticorruzione : Numero controlli attuati / N controlli previsti	100%	100%	100%
	Efficacia organizzativa	Codice di Comportamento : Numero dipendenti che hanno ricevuto copia (anche dematerializzata) del Codice di comportamento/numero di dipendenti totali	95%	95%	95%
	Efficacia organizzativa	Codice di Comportamento : Numero di contratti/convenzioni/disciplinari aggiornati/numero totale dei nuovi contratti	100%	100%	100%



4 LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.A. Appropriately utilizzo Posti Letto di cure sub acute



Premessa

A seguito dell'analisi dei dati di attività delle UU.OO. di Medicina Generale aziendali, si sono rilevati, tra gli altri, ricoveri, con una durata della degenza significativamente maggiore rispetto alla media, di pazienti prevalentemente anziani, affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso, clinicamente non complesso, di una patologia cronica; si è quindi mostrata la necessità sia di rispondere meglio ai bisogni di cura dei pazienti sia di ridurre i costi ospedalieri, dovuti a ricoveri ripetuti, impropri e prolungati.

La realizzazione di un modulo di attività di cure sub-acute, presso l'Ospedale di Varzi, si è evidenziata perciò come la migliore soluzione per conciliare anche gli indirizzi del Patto della Salute finalizzati a perseguire ulteriormente l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

Lo sviluppo dell'attività tra l'ospedale e il domicilio assolve gli obiettivi di ridurre il carico di pazienti in fase post acuta che restano a lungo negli ospedali in quanto non ancora dimissibili per la necessità di individuare il livello di cure post acute più utile ed appropriato; per queste motivazioni l'accesso avviene sulla base di una valutazione multidimensionale del paziente con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato e soggetto ad obiettivi valutabili nel tempo.

E' importante, tuttavia, che queste attività non vengano confuse con quelle riabilitative di bassa complessità in quanto la loro principale caratteristica è quella di mantenere la stabilizzazione clinica già raggiunta, ma non ancora consolidata, nel ricovero per acuti, con l'orientamento al recupero dell'indipendenza ed al rientro del paziente al proprio domicilio.

Scheda progetto

4.A. APPROPRIATEZZA UTILIZZO POSTI LETTO DI CURE SUB ACUTE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
Monitoraggio dell'attività dei letti tecnici per cure sub-acute presso l'ospedale di Varzi	Valutazione casistica trattata	Direzioni Mediche di Presidio, Uff. Accreditamento, Responsabile del CdR, Dipartimento Medicina Interna	Conformità agli indici di intensità assistenziale regionali	Continuità nella rilevazione degli indicatori su un campione del 4% delle cartelle cliniche e condivisione con il CdR	Continuità nella rilevazione degli indicatori su un campione del 4% delle cartelle cliniche e condivisione con il CdR	Continuità nella rilevazione degli indicatori su un campione del 4% delle cartelle cliniche e condivisione con il CdR



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.B. Progressivo azzeramento dei DH diagnostici e potenziamento delle MAC



Premessa

In merito ai ricoveri in Day Hospital Medico con motivo diagnostico, l'Azienda intende continuare nell'azione di contenimento degli stessi favorendo il ricorso alla rete ambulatoriale come setting di erogazione più idoneo ed appropriato, non solo dal punto di vista di un efficiente uso delle risorse disponibili, ma anche nell'ottica di ottimizzare la fruibilità e la qualità del percorso assistenziale, minimizzandone i disagi per il paziente.

In questa logica, la MAC consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

La MAC pertanto è uno strumento innovativo e flessibile che consente di rispondere a molteplici esigenze del paziente.

In linea con questa logica, e in prosecuzione delle attività avviate negli esercizi precedenti ed in considerazione dell'evoluzione che ha investito le modalità e le regole delle attività di day hospital e di specialistica ambulatoriale (nello specifico con una drastica riduzione delle indicazioni clinicamente appropriate per lo stesso day hospital e al contemporaneo ampliamento delle potenzialità della specialistica ambulatoriale), l'Azienda Ospedaliera intende proseguire nelle azioni di valutazione del quadro di erogazione maggiormente appropriato per talune prestazioni.

L'analisi condotta nel corso del 2014 ha portato all'individuazione delle seguenti prestazioni:

- codice 6011-BIOPSIA TRANSPERINEALE
- codice 8192-INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO
- codice 3322-BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE
- codice 9962-ALTRA DEFIBRILLAZIONE DEL CUORE (Cardioversione)

per le quali si intende proseguire con l'erogazione in regime ambulatoriale anziché di ricovero.

Inoltre, nella logica di implementare le MAC come da Regole 2015, l'AO intende:

- continuare con l'erogazione delle prestazioni individuate nel 2014,
- portare avanti l'istanza di accreditamento per un posto letto tecnico MAC presso la Chirurgia di Broni Stradella, considerato che, come da indicazioni regionali in materia, le prestazioni di posizionamento di Catetere Venoso Centrale devono essere correttamente erogate come MAC11,
- potenziare le prestazioni di MAC.



Scheda progetto

4.B. PROGRESSIVO AZZERAMENTO DEI DH CON MOTIVO DIAGNOSTICO E POTENZIAMENTO DELLE MAC

OBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
Utilizzo del regime ambulatoriale per l'erogazione di taluni interventi	Accreditamento e utilizzo di 1 posto letto MAC presso l'U.O. Chirurgia Broni Stradella	Direzioni Mediche Presidio, Responsabili CdR, Ufficio SDO, Uff. Accreditamento	Accreditamento e utilizzo appropriato	Erogazione delle prestazioni di posizionamento di Catetere Venoso Centrale come MAC11	Continuità nell'utilizzo appropriato del posto letto MAC	Continuità nell'utilizzo appropriato del posto letto MAC
	Potenziamento MAC		Incremento MAC	Potenziamento delle MAC	Continuità nell'utilizzo appropriato dei posti letto MAC	Continuità nell'utilizzo appropriato dei posti letto MAC
	Passaggio ove appropriato da regime di Day Hospital a regime ambulatoriale		Incidenza dei Day Hospital erogabili ambulatorialmente a partire dall'accREDITAMENTO dei PL MAC necessari	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 95%	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 95%	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 95%



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.C. Progressivo contenimento dei 108 DRG a rischio inappropriatezza



Premessa

La deliberazione X\2989 del 23 dicembre 2014 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2015 in merito ai 108 DRG a rischio di inappropriatazza prevede che..." il rapporto dei ricoveri ordinari afferenti a tali DRG rispetto ai ricoveri afferenti ai restanti DRG non può superare su base regionale complessiva il valore del 22% (inclusi i ricoveri per residenti fuori regione).

Questa soglia è mutuata dall'indicatore sviluppato dal Ministero della Salute che fa coincidere questo valore con la soglia di accettabilità relativamente all'incidenza che questa casistica può avere sulla casistica ritenuta appropriata.

Questo indicatore, infatti, è uno di quelli più importanti ed è utilizzato a livello nazionale per verificare il rispetto da parte delle Regioni degli adempimenti LEA.

Al superamento di tale valore obiettivo sarà applicata una regressione tariffaria complessiva di sistema sul valore dei 108 DRG con l'obiettivo di rientrare nella soglia del 22%..."

L'Azienda in ragione dell'obiettivo [ricoveri DO per 108 DRG/ ricoveri DO NON per 108 DRG < 22%] continua nell'azione di analisi della casistica e di formazione alle UU.OO. sanitarie aziendali al fine di mantenere l'indice di appropriatezza entro il range definito dalle regole.

Le azioni da intraprendere in tale ottica sono state inquadrare su due assi principali:

- A. passaggio di procedure da ricovero ordinario a ricovero diurno,
- B. passaggio di procedure da ricovero a regime ambulatoriale.

Le analisi di contesto sulle singole procedure sono eseguite al fine di suggerire alle singole UU.OO. su quale asse muovere le proprie azioni in tale senso, in considerazione del fatto che al superamento di tale valore obiettivo [22%], la DGS di Regione Lombardia applica una regressione tariffaria sul valore dei 108 DRG con l'obiettivo di rientrare nella soglia del 22%.

Al fine di definire le procedure di contenimento della casistica in oggetto, è stata eseguita un'analisi sui volumi storici da cui emerge che l'attuale percentuale di [ricoveri do per 108 DRG/ ricoveri do non per 108 DRG], includendo anche le UU.OO. di Riabilitazione, si assesta al 28%.

Come indicato le azioni si suddividono su due assi principali:

- A) passaggio di procedure da ricovero ordinario a ricovero diurno: in tale ambito le attività svolte da Azienda si sostanziano nell'attuazione della corretta codifica di talune prestazioni (Sub Allegato A della DGR 1185/2013). A partire dalle prestazioni erogate dal 1° gennaio 2014 tali prestazioni sono prioritariamente erogate in regime di day surgery anche nel caso in cui esse si riferiscano ad episodi assistenziali con pernottamento di una notte, in quanto la suddetta notte è considerata di semplice osservazione e non di



assistenza. Continuano ad essere considerati e rendicontati come attività di ricovero ordinario solo i casi con almeno due notti di degenza;

- B) passaggio di procedure da ricovero a regime ambulatoriale: in tale ambito le attività svolte da Azienda si sostanziano nell'analisi delle attività erogabili in regime ambulatoriale (MAC inclusa) in accordo con il quadro clinico del paziente.

Scheda progetto

L'obiettivo dell'Azienda è il rispetto del tetto posto dalle Regole di Sistema ovvero dell'obiettivo [ricoveri do per 108 DRG/ ricoveri do non per 108 DRG < 22%].

4.C. PROGRESSIVO CONTENIMENTO DEI 108 DRG A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA						
OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
Progressivo contenimento dei 108 DRG a rischio inappropriatezza	Analisi casistica aziendale	Direzioni Mediche e Presidio, Responsabili CdR, Ufficio SDO, Uff. Accreditemento	Incidenza dei 108 DRG in DO sul totale dei dimessi in DO non per 108 DRG	<22%	<22%	<22%
			Incidenza dei casi di degenza ordinaria per le procedure chirurgiche di cui al Sub Allegato A delle Regole 2014	Azzeramento ad eccezione dei casi in cui è clinicamente motivato il regime di degenza ordinaria	Azzeramento ad eccezione dei casi in cui è clinicamente motivato il regime di degenza ordinaria	Azzeramento ad eccezione dei casi in cui è clinicamente motivato il regime di degenza ordinaria



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.D. Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione di prestazioni di laboratorio



Premessa

La deliberazione X\2989 del 23 dicembre 2014 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2015 prevede che sia..." indispensabile garantire il proseguimento degli interventi per migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni in particolare di **laboratorio** in continuità con i contenuti già espressi con la DGR n. X/1185/2013.

Per l'anno 2015 si prevede, che gli Enti di diritto pubblico documentino alla DG Salute le attività svolte in tale ambito. Tale intervento concorrerà all'obiettivo di riduzione della spesa per dispositivi medici (reagenti). In particolare è attesa una riduzione minima dal 5% al 10% del numero di determinazione per interni e per accessi in PS non seguiti da ricovero, e conseguentemente dei costi variabili dell'attività di laboratorio per interni.

Proseguendo sulla linea definita anche dalla DGR n. X/2313/2014, tesa a limitare il più possibile la prescrizione di analisi inutili, si sono individuate le seguenti fattispecie di situazioni da monitorare e che saranno successivamente oggetto di ulteriori provvedimenti regionali:

- Analisi che prevedono un congruo tempo di ripetizione (ad esempio: elettroforesi, colesterolo, marcatori tumorali).
- Analisi che possono essere prescritte solo nel caso in cui risultati precedenti ne indichino la necessità (ad esempio: conferma di analisi screening positive).
- Analisi che possono essere prescritte solo in presenza di determinati quesiti diagnostici o di definite diagnosi (ad esempio: dosaggio CA 15-3 per tumore mammario) o, in altri termini, analisi che non devono essere prescritte per determinate patologie (ad esempio: PSA in paziente di sesso femminile).
- Analisi che non possono essere prescritte contemporaneamente perché forniscono la medesima informazione clinica (ad esempio: VES e Proteina C reattiva).
- Analisi che devono essere prescritte solo in presenza di diagnosi acclarata (ad esempio Marcatori tumorali).

La DG Salute nella definizione continua di casistiche di appropriatezza ritiene utile valutare la possibilità di implementare un sistema informatico esperto, in cui vengano definite dagli esperti regionali regole prescrittive, relative al miglioramento dell'appropriatezza secondo le fattispecie sopra descritte.

Si tratta di un software che dovrebbe essere utilizzato dai prescrittori, sia per utenti ambulatoriali, sia per pazienti ricoverati, in grado di fornire indicazioni in tempo reale, che lasciando in ogni caso la possibilità di deroga al prescrittore a condizione che le deroghe siano giustificate e tracciabili. A tal fine la DG Salute avvierà un progetto sperimentale volto all'integrazione all'interno dei programmi di



prescrizione sia in ambito ospedaliero che territoriale di moduli software che dia applicazione ai criteri di appropriatezza, quali quelli sopra riportati..."

In questa logica, l'Azienda ritiene indispensabile garantire il proseguimento degli interventi per migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni; interventi in grado di prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di prestazioni non necessarie ed a volte dannose.

Scheda progetto

4.D. MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLA PRESCRIZIONE DI PRESTAZIONI DI LABORATORIO A PAZIENTI RICOVERATI E PER ACCESSI IN PS NON SEGUITI DA RICOVERO						
OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione di prestazioni di laboratorio a pazienti ricoverati e per accessi in PS non seguiti da ricovero	Analisi prestazioni di laboratorio rese ai pazienti ricoverati e per accessi in PS non seguiti da ricovero	Direzioni Mediche Presidio, Responsabili CdR, Dipartimento Patologia Clinica, SIA, Controllo di Gestione	Definizione, stesura e condivisione dei profili prescrittivi ed in particolare rispetto delle indicazioni regionali in materia come da Regole di sistema 2015	Rispetto indicazioni regionali	Rispetto indicazioni regionali	Rispetto indicazioni regionali
			Definizione delle modalità di misurazione del livello di applicazione dei profili prescrittivi ed, in particolare, utilizzo del software dedicato come da Regole di sistema 2015	Utilizzo del software dedicato	Da definire alla luce dei risultati 2015	Da definire alla luce dei risultati 2015



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.E. Partecipazione alla riorganizzazione del sistema sangue regionale



Premessa

Regione Lombardia, con la DGR X/1632/2014, ha definito il modello organizzativo del sistema sangue regionale stabilendo la realizzazione di *Centri di validazione/lavorazione*. Il modello di riorganizzazione del sistema sangue regionale è quindi articolato prevedendo da una parte la centralizzazione delle attività di validazione e lavorazione del sangue e dei suoi componenti e dall'altra il mantenimento del decentramento delle attività di raccolta e di medicina trasfusionale.

Le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS pubblici sedi di *Centro di validazione/lavorazione* sono:

- Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo;
- Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia;
- Azienda Ospedaliera Istituti Ospedalieri di Cremona;
- Azienda Ospedaliera "Guido Salvini" di Garbagnate Milanese;
- Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco;
- Azienda Ospedaliera Ca' Granda Niguarda di Milano;
- Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano;
- Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia;
- Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese.

Le attività che sono ritenute "cessanti" per un SIMT che non sia Nuovo Centro di Lavorazione e Validazione dopo la riorganizzazione del Sistema Trasfusionale sono:

- lavorazione: lavorazione sangue intero ed emocomponenti da aferesi e trattamenti;
- lavorazione di 2° livello: assemblaggi (pool), frazionamenti e trattamenti - (es: Pool da BC, Irraggiamento, Lavaggio, Preparazione Emazie Pediatriche, Collirio, Emocomponenti ricostituiti, Gel Piastrinico, Inattivazione virale, Lavorazione/manipolazione cellule staminali periferiche, ecc.);
- NAT unità: esecuzione test NAT per validazione unità (incluso WNV ove realizzato);
- sierologia unità: HBsAg, HCV, HIV, Treponema, HbsAb titolo; b.i. test sierologici di approfondimento: HBV, HCV, HIV, Treponema;
- immunoematologia (ABD unità): controllo di gruppo per validazione unità;
- validazione ed Etichettatura manuale: attività di validazione clinica emocomponenti, etichettatura definitiva e conferma di carico;
- compensazione emocomponenti: conservazione e confezionamento per compensazione verso SIMT e conferimento all'industria di lavorazione;
- esami su prodotto (controllo di qualità): Esami di controllo di qualità su emocomponenti (include controllo sterilità su prodotto).



Rimangono invece in capo ai SIMT che non sono Centri di Lavorazione e Validazione:

- prestazioni al donatore;
- raccolta sangue intero;
- lavorazione di 2° livello periferizzata: attività di secondo livello che restano sul centro afferente
- raccolta Plasmaferesi: raccolta interna, esterna e trasporto;
- raccolta altre Aferesi: (piastrinoaferesi, multicomponent) raccolta interna, esterna e trasporto; staminali periferiche da donatore da Registro o MUD;
- chimica clinica (transaminasi) unità: esecuzione test transaminasi obbligatorio per validazione unità
- emocromo unità: esecuzione test emocromo obbligatorio per validazione unità
- confezionamento e conservazione emocomponenti: confezionamento e conservazione emocomponenti per uso clinico (qui va inserita anche l'attività di gestione e confezionamento SCO per invio alla banca di riferimento);
- prestazioni al paziente: Assegnazione emocomponenti, esami di laboratorio propri per l'utilizzo clinico di emocomponenti, distribuzione unità per trasfusione, compresa l'attività trasfusionale effettuata alle Case di cura Accreditate e Convenzionate ed ad altri Ospedali che non hanno il SIMT, aferesi terapeutiche per pazienti interni ed esterni, ambulatorio e predepositi per pazienti interni ed esterni.

Il Centro di validazione/lavorazione di riferimento per il territorio su cui insiste l'AO è la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia e l'AO sarà impegnata, secondo le direttive regionali, a perseguire le necessarie azioni di integrazione.

Scheda progetto

4.E. PARTECIPAZIONE ALLA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANGUE REGIONALE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
Partecipazione alla riorganizzazione del sistema sangue regionale	Rispetto delle indicazioni regionali in materia	Dipartimento Patologia Clinica, Direzioni Mediche di Presidio, Controllo di Gestione, Uff. Accreditemento	Rispetto del cronoprogramma e delle indicazioni regionali in materia	Attuazione	Attuazione	Attuazione



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.F. Implementazione del sito internet aziendale



Premessa

La Direzione, a seguito dell'analisi del portale web in essere fino a fine 2013 ha ritenuto opportuno implementare dal 2014 un restyling grafico e strutturale al portale web aziendale, al fine di migliorare e facilitare la comunicazione verso gli stakeholders.

Tale progetto si affianca agli obblighi di trasparenza imposti dalla CIVIT con la delibera 50/2012 (Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche) che nel corso del 2014 e del 2015 avrà piena attuazione.

Il nuovo portale deve consentire un facile accesso, attraverso il canale Internet, alle informazioni rese disponibili dall'Azienda Ospedaliera.

Si intende quindi garantire:

- la progettazione della grafica e dello sviluppo di tutti i componenti necessari (es: stili, menu, banner), tale da rendere l'impianto grafico fruibile, leggibile e chiaro in tutte le sue aree;
- massima accessibilità e corretta visualizzazione su browser di utilizzo comune (da Internet Explorer 8) e di tipo free (esempio Chrome e Mozilla);
- il motore di ricerca anche sugli allegati PDF.

L'obiettivo è quello di ottenere un sensibile miglioramento in linea con i nuovi parametri di fruizione dei siti di amministrazione pubblica, in particolare:

- la struttura del sito è realizzata con metodo "tableless", secondo i più recenti standard web;
- verrà aggiunta in home page la sezione delle ultime notizie provenienti dal sito AO Pavia, dal Ministero della Salute e dal portale della Regione Lombardia;
- verranno riorganizzati i menu lasciando in primo piano e in home page le voci più importanti e raggruppando gli altri in due grosse categorie: "informazioni ai cittadini" e "informazioni interne azienda" per guidare con maggior precisione l'utente nella navigazione;
- si permetterà l'accesso agevole anche attraverso l'utilizzo di tablet e smartphone;
- verrà migliorato l'accesso alle aree e ai documenti riservati solo agli utenti registrati.



Scheda progetto

4.F. IMPLEMENTAZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
Implementazione sito internet aziendale	Adeguamento Delibera ex Civit oggi A.N.AC. n. 50/2013	SI A - Uffici Staff	Percentuale di aderenza agli obblighi di trasparenza Delibera ex Civit oggi A.N.AC. n. 50/2013	Adeguamento Delibera ex Civit oggi A.N.AC. n. 50/2013	Aggiornamento tempestivo degli obblighi Delibera ex Civit oggi A.N.AC. n. 50/2013	Aggiornamento tempestivo degli obblighi Delibera ex Civit oggi A.N.AC. n. 50/2013



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.G. Attività di ristrutturazione e di costruzione di nuove strutture sanitarie



Premessa

Questa Azienda ha avviato, nei propri Ospedali, **importanti opere edilizie**.

Ospedale Voghera

Regione Lombardia con Decreto 7881 del 27/08/2014 ha approvato il progetto preliminare dell'intervento "**Adeguamento Strutturale ed impiantistico del Presidio Ospedaliero di Voghera Il Lotto**" di cui al VI Accordo di Programma Quadro, progetto ammesso a finanziamento con Decreto Dirigenziale del Ministero della Salute in data 14 settembre 2014.

Il progetto prevede tra l'altro:

- la realizzazione di tunnel di collegamento al piano secondo ed al piano terzo tra la nuova palazzina denominata M1 e l'edificio esistente;
- la ristrutturazione di parte del piano primo per la realizzazione del reparto di emodinamica, annesso all'U.O. di Cardiologia;
- la ristrutturazione di porzione del piano terra per la realizzazione del nuovo CUP.

Con deliberazione n. 81 del 23.2.2015 si è approvato l'avvio delle procedure di gare per l'affidamento dei lavori e l'aggiudicazione è prevista entro giugno 2015.

Regione Lombardia con propria deliberazione n. X/1521 del 20 marzo 2014 ha approvato l'elenco degli interventi ammessi a finanziamento per l'esercizio 2014 tra i quali figura "**completamento del nuovo padiglione dell'Ospedale di Voghera con realizzazione del nuovo Pronto Soccorso sede di DEA**".

Il progetto preliminare, da porre a base di gara, è stato inviato in data 27 gennaio 2015 ai competenti organi regionali per le prescritte approvazioni.

Ospedale di Varzi

La Giunta Regionale con propria deliberazione n. X/2932 del 19 dicembre 2014 ha approvato l'elenco degli ulteriori interventi ammessi a finanziamento, nell'ambito degli investimenti per l'anno 2014, per l'importo complessivo di Euro 1.340.000,00.

Ospedale di Vigevano

Si sono conclusi con il 05/11/2014 **i lavori relativi al 2° lotto** –completamento nuovo padiglione –ambulatori –compartimentazione antincendio –impianto rivelazione incendi –ampliamento degenze e servizi comuni dell'Ospedale di Vigevano.

Si sta ora procedendo alle operazioni di collaudo tecnico amministrativo dell'opera ed all'iter procedurale di accreditamento.

DEA Vigevano

Con decreto n. 4/DGI del 20/01/2015 dell'A.S.L. di Pavia è stata autorizzata la messa in esercizio del nuovo Pronto Soccorso sede di DEA.



E' in fase di ultimazione l'allestimento dei locali con i nuovi arredi/attrezzature e le nuove apparecchiature.

E' prevista l'apertura del nuovo Pronto Soccorso sede di /DEA entro il primo semestre 2015.

Scheda progetto

4.G. ATTIVITA' DI RISTRUTTURAZIONE E DI COSTRUZIONE DI NUOVE STRUTTURE SANITARIE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
Attività di ristrutturazione e di costruzione di nuove strutture sanitarie	Rispetto dei cronoprogrammi	U.O.C. Risorse Strumentali	Raggiungimento Stato Avanzamento Lavori (SAL) previsti	Rispetto della programmazione anno 2015	La programmazione aziendale in materia sarà definita in base all'erogazione dei finanziamenti regionali	La programmazione aziendale in materia sarà definita in base all'erogazione dei finanziamenti regionali



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.H. Focus su iniziative di formazione di particolare rilievo e interesse scientifico



**4.H. FOCUS SU INIZIATIVE DI FORMAZIONE DI PARTICOLARE RILIEVO E INTERESSE SCIENTIFICO
IL PIANO DELLA FORMAZIONE PER IL PERSONALE DIRIGENTE E DEL COMPARTO**

AREA TEMATICA	CONTENUTI	CORSI DI PARTICOLARE INTERESSE 2015	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
AREA MANAGERIALE - GESTIONALE E ORGANIZZATIVA Rientrano in questa area le competenze relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione, con soggetti esterni, con i cittadini e con gruppi di lavoro; rientra, inoltre, l'aggiornamento in merito alla normativa in materia sanitaria	Il piano della formazione mira ad uno sviluppo professionale continuo (Continuous Professional Development) finalizzato alla gestione e valorizzazione delle risorse umane ed al miglioramento delle competenze e abilità manageriali, anche alla luce dei dettami normativi	La comunicazione tra operatori sanitari, pazienti e famigliari: le controversie relazionali dall'osservatorio dell'URP, con l'estensione anche al personale del front office non sanitario	Attuazione di almeno il 80% del Piano di Formazione 2015	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2016	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2017
		Costruire un percorso di aggregazione e senso di appartenenza attraverso la consapevolezza dell'identità comune			
		L'ascolto che garantisce per un diffuso utilizzo del saper ascoltare in assistenza			
		Gli indicatori di monitoraggio: dal piano nazionale esiti alle misurazioni della Regione Lombardia			

AREA TEMATICA	CONTENUTI	CORSI DI PARTICOLARE INTERESSE 2015	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
AREA PROFESSIONALE E TECNICO-SPECIALISTICA Rientrano in questa area le attività relative agli specifici ambiti professionali e all'evoluzione tecnologica e scientifica	La stesura del piano della formazione prende l'avvio dalla rilevazione dei bisogni formativi presenti in Azienda. In quest'ottica ogni evento formativo calendarizzato rappresenta, di per sé, un elemento strategico per il miglioramento della performance individuale e quindi della performance aziendale.	La terapia del dolore: evoluzioni normative e terapeutiche	Attuazione di almeno il 80% del Piano di Formazione 2015	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2016	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2017
		Approfondimenti di patologia e terapia orientata sul genere			
		Basic Life Support			
		La medicina della complessità: aspetti clinici e assistenziali del paziente anziano			
		Emergenze in sala parto. Gravidanza, travaglio e parto a basso e alto rischio: ruoli e competenze delle equipe assistenziali. Allattamento al seno.			
Potenziamento delle abilità di relazione nei rapporti di cura: esperienze a confronto					

AREA TEMATICA	CONTENUTI	CORSI DI PARTICOLARE INTERESSE 2015	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
AREA PREVENZIONE - EDUCAZIONE ALLA SALUTE Rientrano in questa area le attività formative relative alla gestione della sicurezza del paziente e dell'operatore, sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate, all'implementazione dei processi clinico assistenziali/diagnostici/riabilitativi	Il piano della formazione presta particolare attenzione a tutte le novità normative in tema di sicurezza in vista anche dei necessari adeguamenti dei servizi.	Percorso formativo per lavoratori ai sensi dell'art. 37 co. 1.3 del D.Lgs. 81/08 e S.M.I.	Attuazione di almeno il 80% del Piano di Formazione 2015	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2016	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2017
		Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e lotta alla sepsi in ospedale			
		Contrasto al fumo di tabacco			



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.1. Revisione del processo di valutazione del personale dipendente



Premessa

Nel corso del 2013 l'Azienda, attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, ha avviato e concluso il processo di revisione delle schede di valutazione da utilizzare per il personale del comparto.

Nel corso del biennio 2015-2016 si intende continuare il cammino intrapreso mediante:

- l'istituzione di gruppi di lavoro interprofessionali con il mandato di revisione ed implementazione delle attuali schede di valutazione individuale della dirigenza;
- l'attribuzione al gruppo di lavoro multidisciplinare (Uffici in staff alla Direzione - Accreditamento e Controllo di Gestione - U.O.C. Personale, Esperto nelle tematiche della valutazione del personale) del mandato di accogliere gli esiti del lavoro fatto dai gruppi interdisciplinari, accordarsi con Servizio Informatico Aziendale, definire i nuovi strumenti di valutazione individuale anche ai fini di una specifica assegnazione "personalizzata" di obiettivi annuali di budget ad ogni singolo Dirigente;
- il fornire ai Valutatori, attraverso il rinnovato sistema di valutazione individuale, il maggior numero di informazioni possibili sul singolo Valutato in modo tale da facilitarne la valutazione;
- il favorire la partecipazione del Valutato al processo di valutazione attraverso l'avvio di colloqui di valutazione.

Scheda progetto

4.1. REVISIONE DEL PROCESSO AZIENDALE DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE

OBBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
Continuità del processo di integrazione ed implementazione degli attuali strumenti di valutazione.	Continuità attività del gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, integrato da Esperto esterno, con compito di ridisegnare gli assetti fondanti propedeutici del nuovo sistema valutativo in termini di professionalità.	Controllo di Gestione	Riunioni Gruppi di lavoro e relativo verbale di incontro con correlata documentazione comprovante "lo stato di avanzamento dei lavori"	Conclusione della fase di costruzione, per le discipline mediche e chirurgiche, di un nuovo percorso di sviluppo professionale	Estensione della costruzione di un nuovo percorso di sviluppo professionale alle restanti discipline sanitarie e alla Dirigenza Gestionale
		U.O.C. Risorse Umane			
		Servizio Accreditamento e Qualità			
		S.I.A.			
		Esperto esterno			
Avvio del procedimento di modifica del contenuto degli strumenti di valutazione (schede) attualmente utilizzati per il personale dirigente.	Avvio di Gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali con compito di rivedere e modificare il contenuto delle schede di valutazione di prestazioni e comportamenti attualmente in uso.	Controllo di Gestione	Riunioni Gruppi di lavoro e relativo verbale di incontro con correlata documentazione comprovante "lo stato di avanzamento dei lavori"	Costruzione della scheda di valutazione da integrare alla scheda di BDG	Avvio e consolidamento delle procedure amministrative (sia a livello di UU.OO. sia a livello di Uffici di Staff) per la conduzione del nuovo processo
		U.O.C. Risorse Umane			
		Servizio Accreditamento e Qualità			
		S.I.A.			
		Dipendenti che andranno a comporre i Gruppi di lavoro sub 2)			



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.L. Adesione al piano attuativo di certificabilità di bilancio delle aziende sanitarie lombarde (PAC)



Premessa

Il “Decreto del Ministero della Salute del 1 marzo 2013”, recante le disposizioni sulla definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC) con cui le Regioni presentano un programma di azione finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del proprio sistema sanitario, rappresenta il completamento di un percorso normativo che ha visto, nell'ordine:

- la Legge 266/2005 e l'articolo 11 del Patto per la Salute 2010-2012, con i quali si introducevano i concetti di certificazione dei bilanci;
- il D.lgs. 118/2011, con il quale viene resa obbligatoria la tenuta della contabilità economico patrimoniale e la redazione del bilancio della Gestione Sanitaria Accentrata e del bilancio consolidato sanitario regionale;
- la “Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili”, con la quale è stato avviato un primo monitoraggio sul sistema di controllo interno delle Aziende Sanitarie Pubbliche;
- il DM 17/9/2012 sulla “certificabilità”, ed in particolare attraverso la casistica applicativa ad esso allegata, con il quale sono state poste le basi per la predisposizione di bilanci di esercizio delle Aziende Sanitarie Pubbliche omogenei a livello nazionale.

Regione Lombardia nel mese di novembre 2014 ha approvato il proprio PAC ed ha emanato il proprio documento ‘Percorso Attuativo della certificabilità dei Bilanci’ decidendo di esplicitare il proprio ruolo attraverso:

1. la definizione di azioni che declinino operativamente gli adempimenti previsti per il raggiungimento degli obiettivi definiti dal DM 1/3/2013;
2. la definizione di priorità d'intervento nel perseguimento della certificabilità delle diverse aree;
3. la definizione di tempistiche massime per il completamento delle azioni previste per ciascun area.

Sulla base delle indicazioni regionali, l'AO ha approvato il proprio PAC con Deliberazione n 662 del 22 dicembre 2014.



Scheda progetto

4.I. ADESIONE AL PIANO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' DI BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE LOMBARDE (PAC)						
OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
Adesione al Piano Attuativo di Certificabilità di Bilancio delle Aziende Sanitarie Lombarde (PAC)	Rispetto e adeguamento per Area Tematica	U.O. Economico Finanziaria, UU.OO. di Staff	Rispetto cronoprogramma definito da Regione Lombardia	Rispetto cronoprogramma 2015	Rispetto cronoprogramma 2016	Rispetto cronoprogramma 2017



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.M. Attuazione del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità



Premessa

L'art. 1 del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 individua gli obblighi di trasparenza a carico dell'Azienda, intesi principalmente quali obblighi di pubblicazione sul sito internet aziendale di dati inerenti le attività e l'organizzazione aziendale.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza costituisce un valido strumento di diffusione e affermazione della cultura delle regole, nonché di prevenzione e di lotta a fenomeni corruttivi. Il Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità dell'Azienda Ospedaliera definisce le misure, i modi e le iniziative necessarie per l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi connessi ai suddetti obblighi. L'attuazione del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità costituisce un obiettivo a carico del Responsabile della Trasparenza e di ciascun Responsabile di unità operativa che detiene dati oggetto di pubblicazione.

Scheda progetto

- Diffusione ed attuazione del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità
- Aggiornamento dei dati pubblicati nell'Area "Amministrazione Trasparente"

4. M. ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
Attuazione del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità	Diffusione della normativa in materia e dei successivi aggiornamenti	Responsabile Trasparenza	Numero di comunicazioni e/o di incontri	Almeno 1 incontro o comunicazione	Almeno 1 incontro o comunicazione	Almeno 1 incontro o comunicazione
	Aggiornamento dei dati pubblicati nell'Area "Amministrazione Trasparente"	Dirigenti UU.OO. Personale, Specialistica Ambulatoriale, Gare, Tecnico Patrimoniale, SIA, Economico-Fin, Controllo di Gestione, Affari Generali e Responsabile Trasparenza	Check list del Responsabile della Trasparenza (valutazione da 0 a 3)	Almeno l'85% dei dati inseriti risultano aggiornati (valore attribuito in check list pari a 3)	Almeno il 90% dei dati inseriti risultano aggiornati (valore attribuito in check list pari a 3)	Almeno il 95% dei dati inseriti risultano aggiornati (valore attribuito in check list pari a 3)



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.N. Diffusione e attuazione del piano di prevenzione della corruzione



Premessa

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (di seguito: Piano) è un documento programmatico che definisce la strategia di prevenzione della corruzione adottata dall'Azienda, prevede l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione individuati e indica gli interventi organizzativi predisposti dall'Azienda per la loro prevenzione e risoluzione.

Al fine di dare attuazione al Piano, si ritiene indispensabile attuare preliminarmente un'attività di informazione e formazione sui contenuti del Piano medesimo ed in particolare sulle misure preventive ivi indicate. Dovranno successivamente essere stabiliti obiettivi specifici, da porre in carico al Responsabile della prevenzione della Corruzione ed ai Dirigenti che operano nelle aree a rischio, al fine di dare completa attuazione a quanto disposto in sede di programmazione.

Scheda progetto

Diffusione ed attuazione del Piano di Prevenzione della Corruzione

4.N. DIFFUSIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
Diffusione ed attuazione del Piano di Prevenzione della Corruzione	Informazione agli operatori delle aree a rischio e ai Dirigenti delle UU.OO. Aziendali	Responsabile della prevenzione della Corruzione	Numero di operatori formati/numero di operatori che operano nelle aree a rischio	90%	95%	95%
	Adozione dei regolamenti e delle procedure previste nel Piano di Prevenzione della Corruzione	Dirigenti UU.OO. Personale, Gare, Tecnico Patrimoniale, Farmacia, Alberghiero, Cup e Accettazione, Direzioni Mediche di Presidio	N azioni adottate / N azioni da adottare	90%	100%	100%
		Responsabile della Prevenzione della Corruzione	N controlli attuati / N totali previsti	100%	100%	100%



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.O. Diffusione del Codice di comportamento aziendale



Premessa

Nell'ambito delle iniziative volte ad assicurare la prevenzione dei fenomeni di corruzione, in coerenza con quanto disposto dalla legge 190/2012 che con l'art. 1, comma 44, ha riformulato l'art. 54 del D.Lgs 165/2001, l'Azienda Ospedaliera ha adottato, con deliberazione n. 49 del 30 gennaio 2014, il Codice di comportamento, nel quale sono definiti i doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che devono essere osservati dai dipendenti. I principi enunciati dal Codice di comportamento costituiscono inoltre principi di comportamento per tutti coloro che collaborano con l'Azienda Ospedaliera.

Si ritiene pertanto indispensabile garantire la diffusione del Codice di comportamento aziendale sia mediante la pubblicazione del suddetto documento sul sito internet, nell'area "Amministrazione Trasparente" e nell'area Intranet, sia mediante la consegna di copia del Codice a ciascun dipendente, sia mediante l'inserimento, all'interno dei contratti e delle convenzioni stipulate dall'Azienda Ospedaliera con soggetti Terzi, di apposite clausole di risoluzione o di decadenza del rapporto in tutte le ipotesi di violazione degli obblighi derivanti dal Codice medesimo.

Scheda progetto

Diffusione del Codice di comportamento aziendale

4.O. DIFFUSIONE DEL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017
Diffusione del Codice di comportamento aziendale	Publicazione del Codice di comportamento sul sito internet e intranet aziendale	Responsabile della prevenzione della Corruzione	Documento presente sul sito internet e intranet aziendale	Pubblicazione effettuata	Pubblicazione effettuata	Pubblicazione effettuata
	Consegna del Codice ai dipendenti	U.O.C. Personale	Numero dipendenti che hanno ricevuto copia (anche dematerializzata) del Codice di comportamento/numero di dipendenti totali	95%	95%	95%
	Inserimento nei contratti/affidamenti, nei disciplinari e nelle convenzioni di apposita clausola di risoluzione/decadenze in caso di violazione del Codice di Comportamento	UU.OO. Affari Generali, Gare, Risorse Strumentali, Personale	Numero di contratti/convenzioni/disciplinari aggiornati/numero totale dei nuovi contratti	100%	100%	100%



5 LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE

5.A. Gli obiettivi del periodo di riferimento anno 2015 (in corso di definizione)

Il budget è lo strumento con il quale nel rispetto di quanto definito dalla programmazione strategica e annuale dell'azienda, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi vincolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative interne.

Gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano il parametro di riferimento per la valutazione sia dei risultati conseguiti annualmente dall'organizzazione nella sua globalità sia dalle singole Unità Operative.

Sono direttamente coinvolti nel processo di budget:

- ✓ la Direzione Strategica,
- ✓ i Direttori Medici di Presidio Ospedaliero,
- ✓ i Direttori di U.O.C.,
- ✓ il Dirigente del SITRA Infermieristico e Ostetrico,
- ✓ il Dirigente del SITRA Tecnico e Riabilitativo,
- ✓ l'U.O. Controllo di Gestione.

La Direzione Strategica nella fase di progettazione del budget, processo in corso di definizione per il 2015, pone particolare attenzione alla formulazione di indicatori sanitari specifici in grado di leggere l'attività delle Unità Operative e di misurare la loro capacità di soddisfare i bisogni espressi dai cittadini sia in termini di quantità che di qualità.

La necessità di integrazione delle diverse professionalità presenti in azienda troverà soddisfazione negli obiettivi specifici relativi al personale del comparto formulati in accordo con i SITRA.

La scheda di budget per le **Unità Operative sanitarie** è composta da quattro aree; di seguito si elencano gli obiettivi di massima considerati strategici nell'ambito della programmazione 2015, suscettibili di modifiche e/o integrazioni.

1) ATTIVITA'

Raggruppa i principali indicatori di efficienza, efficacia e qualità dell'attività sanitaria:

- ✓ peso medio del DRG, degenza media, casi oltre soglia: per questi indicatori di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili si è intente chiedere alle Unità Operative, nel rispetto delle esigenze della propria casistica, di migliorare la performance 2014 tendendo alla media regionale ovvero al valore medio dipartimentale;



- ✓ percentuale DRG Medici dimessi da reparti chirurgici: indicatore propedeutico per la valutazione dell'appropriatezza del ricovero in quanto i pazienti con DRG medico, non essendo caratterizzati da interventi chirurgici maggiori, sarebbero stati trattati più appropriatamente in discipline non chirurgiche;
- ✓ percentuale parti cesarei sul totale dei parti: nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists ha proposto l'utilizzo di un indicatore specifico che restringe l'analisi a un case-mix costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e feto in posizione di vertice (NTSV), rendendo confrontabili punti nascita con differenti casistiche e comprendendo un'ampia fascia di popolazione ostetrica, quella nella quale il rischio di inappropriatazza del taglio cesareo è maggiore rispetto ad altre categorie. In Italia l'estrazione del case-mix è possibile solo attraverso l'uso dei dati CEDAP. La validità dell'indicatore come strumento di confronto è stata recentemente confermata nella realtà nazionale, in quanto capace di identificare le primipare a basso rischio e perché scarsamente influenzato da fattori di aggiustamento. Obiettivo 2015 è migliorare la performance 2014 tendendo a ridurre la percentuale dei parti cesarei sul totale dei parti;
- ✓ percentuale di fratture di femore operate entro 2 GG dall'ammissione: indicatore di valutazione della qualità clinica delle prestazioni erogate previsto dal Programma Nazionale Valutazione Esiti; è indice del tempestivo intervento con contenimento della degenza pre-operatoria al fine di ridurre il rischio di mortalità e disabilità specie nei soggetti anziani. Obiettivo 2015 è migliorare la performance 2014 incrementando la percentuale di fratture di femore operate entro 2 GG dall'ammissione;
- ✓ appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali: rispetto dei valori assegnati da Regione Lombardia e analisi, attraverso il reporting aziendale, delle motivazioni alla base delle prestazioni prenotate ma non erogate;
- ✓ Macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse: rispetto dei requisiti indicati dalla normativa regionale in sede di controllo a campione dell'appropriatezza e della congruenza tra le prestazioni dei pacchetti erogati e la tipologia di MAC rendicontate;
- ✓ abbattimenti tariffari da autocontrolli ex D.G.R. n.9014/2009 e s.m.i.: miglioramento performance 2014;
- ✓ abbattimenti NOC: miglioramento del dato rispetto al 2014 con particolare attenzione alla D.G.R. n. 2057/2011;



- ✓ appropriatezza prescrittiva degli esami di Laboratorio per pazienti ricoverati e per gli accessi in PS non seguiti da ricovero: rispetto indicazioni Regole 2015;
- ✓ mantenimento dei percorsi veloci (FAST-TRACK) nei Pronto Soccorso di Vigevano, Voghera con riduzione dei tempi di accesso alle prestazioni specialistiche, per i codici di minore gravità (bianchi e verdi), di oculistica, otorino, pediatria, ortopedia e ginecologia anche per Stradella. L'invio della casistica sopra riportata dal pronto soccorso alle unità operative specialistiche consente, attraverso percorsi dedicati, di ridurre la lista d'attesa in PS con maggiore soddisfazione dell'utenza.
Obiettivo per l'anno 2015 mantenimento dell'organizzazione esistente con revisione annuale dei protocolli in essere ovvero revisione dei protocolli di inclusione presenti per valutarne la possibilità di estensione;
- ✓ miglioramento appropriatezza area PS: analisi dell'appropriatezza dei ricoveri da PS con codice triage verde;
- ✓ miglioramento del flusso informativo di PS (6 san): analisi dei tempi d'attesa per codice triage, evidenza e correzione delle anomalie;
- ✓ miglioramento appropriatezza area Salute Mentale: indicatori contratto ASL/AO e analisi per favorire il passaggio tra i comparti sanitari e socio-assistenziali che si occupano della presa in carico delle persone con patologie psichiatriche, disabilità e patologie psichiatriche residuali. Istituzione di tavoli specifici;
- ✓ firma elettronica dei referti ambulatoriali e delle lettere di dimissione: percentuale dei referti e lettere di dimissione firmati digitalmente in linea con l'obiettivo regionale.

2) PERFORMANCE

In ottemperanza alla D.G.R. n.9/351 del 28 luglio 2010 'Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura', Regione Lombardia ha elaborato, in collaborazione con il Centro di Ricerca Universitario per i Servizi di Pubblica Utilità (CRISP), il modello di valutazione degli ospedali lombardi attraverso cinque dimensioni:

- ✓ efficacia ex post,
- ✓ efficienza,
- ✓ appropriatezza,
- ✓ accessibilità,
- ✓ qualità ex ante.



Con decreto Direzione Generale Sanità n. 349 del 23/01/2012, Regione Lombardia ha approvato il metodo per l'individuazione dell'indice sintetico di performance per le strutture di ricovero sulla base degli indicatori di efficacia ex-post che sono stati conseguentemente riportati nelle schede di Budget a partire dal 2012.

Anche per la programmazione 2015 si intende tenere conto degli indicatori utilizzati da Regione Lombardia ovvero:

- ✓ ritorno in sala operatoria
- ✓ dimissioni volontarie
- ✓ ricoveri ripetuti per la stessa MDC entro l'anno
- ✓ trasferimenti
- ✓ mortalità totale

integrandoli con i seguenti indicatori aziendali:

- ✓ ulteriore contenimento dei Day Hospital a contenuto diagnostico;
- ✓ contenimento dei 108 DRG a rischio inappropriatezza;
- ✓ indicatori di performance più propriamente clinici.

3) COSTO

In un contesto di corretto utilizzo delle risorse risulta fondamentale, in una logica di equilibrio di sistema, legare le risorse utilizzate all'attività svolta; per questo motivo l'azienda correla i costi sostenuti per i diversi fattori produttivi alla casistica pesata trattata dall'Unità Operativa.

- ✓ Costo per punto DRG materiale sanitario, prestazioni intermedie di radiologia e laboratorio: per questi indicatori di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili si è chiesto alle Unità Operative, nel rispetto delle esigenze della propria casistica, di tendere al valore medio dipartimentale.

4) QUALITA'

- ✓ Partecipazione agli obiettivi aziendali in tema di qualità: JCI, Codice Etico, Risk Management, Tempi attesa ambulatoriali e ricovero, SISS, Reti di patologia. Assolvimento del debito informativo di competenza. Rispetto integrale Regole 2015: Piena partecipazione ai progetti. Valutazione: raggiungimento aziendale decurtato in caso di valutazione negativa espressa dal referente di un progetto.

Le schede di budget delle **Unità Operative in STAFF** alla Direzione Strategica risentiranno necessariamente delle peculiarità delle diverse Unità Operative.



AREA	Documenti di riferimento	Tipologia obiettivo	Indicatori	Risultati attesi 2015
Programmazione Gestionale	Documento di Budget in corso di formulazione - Regole di Sistema anno 2015 - Manuale CRISP - DGR 9/351 del 28 luglio 2010 'Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura' - Decreto Direzione Generale Sanità n. 349 del 23/01/2012 - Patto per la Salute - Programma Operativo Appropriatazza del Ministero della Salute- Dipartimento della qualità- febbraio 2011	Attività	Peso medio del DRG, degenza media, casi oltre soglia, %DRG Medici dimessi da reparti chirurgici	Miglioramento della performance 2014 tendendo alla media regionale ovvero al valore medio dipartimentale
			Percentuale parti cesarei sul totale dei parti (NTSV)	Miglioramento della performance 2014
			Percentuale di fratture di femore operate entro 2 GG dall'ammissione	Miglioramento della performance 2014
			Appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali	Rispetto valori assegnati da Regione Lombardia e analisi prestazioni non erogate
			MAC	Erogazione nel rispetto Regole di Sistema
			Abbattimenti tariffari da autocontrolli e NOC	Miglioramento della performance 2014
			Appropriatezza prescrittiva degli esami di laboratorio per pazienti ricoverati e per accessi in PS non seguiti da ricovero	Rispetto indicazioni Regole 2015
			FAST-TRACK	Mantenimento dei percorsi veloci e revisione dei protocolli in essere per valutare la possibilità di espansione dei criteri di inclusione
			Miglioramento appropriatezza Area Emergenza Urgenza	Analisi dei ricoveri da PS con triage uscita verde e miglioramento del flusso informativo 6/san
			Miglioramento appropriatezza Area Salute Mentale	Rispetto indicatori contratto ASL/AO e analisi per favorire il passaggio tra i comparti sanitari e socio-assistenziali che si occupano della presa in carico delle persone con patologie psichiatriche, disabilità e patologie psichiatriche residuali. Istituzione di tavoli specifici
		Firma elettronica dei referti ambulatoriali e delle lettere di dimissione	Percentuale dei referti e lettere di dimissione firmati digitalmente entro 24 ore in linea con l'obiettivo regionale	
		Performance	Ritorno in sala operatoria, dimissioni volontarie, ricoveri ripetuti per la stessa MDC entro l'anno, trasferimenti, mortalità totale	Valutazione con criteri Regione Lombardia
			Ulteriore contenimento dei Day Hospital a contenuto diagnostico	Miglioramento della performance 2014
			Utilizzo del regime ambulatoriale per l'erogazione di taluni interventi	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 95%
		Costo	Appropriatezza erogazione 108 DRG di cui al Patto della Salute	Ricoveri DO per 108 DRG/ restanti ricoveri in DO < 22%
			Costo per punto DRG materiale sanitario, prestazioni intermedie di radiologia e laboratorio	Miglioramento della performance 2014 tendendo al valore medio dipartimentale nel rispetto degli obiettivi di contenimento di Regole 2015
Qualità	Partecipazione agli obiettivi aziendali in tema di qualità	Rispetto integrale Regole 2015		



6 CONCLUSIONI

In via conclusiva, di seguito si illustra, in sintesi il c.d. “Ciclo delle Performance” la cui attivazione sarà obbligatoria per questa azienda allo scopo di definire i contenuti del Piano, attuare il Piano medesimo ed intervenire con azioni correttive allo scopo di “raddrizzarne” eventuali difformità dal modello approvato.

PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE:

“messa a punto” delle azioni di pianificazione e programmazione aziendale rappresentate da: processo interno di assegnazione degli obiettivi dettati dalle regole regionali di sistema e dagli obiettivi di mandato per l'anno di riferimento; trattativa annuale di budget; contenuto specifico del Piano delle Performance;

AZIONE:

attuazione degli obiettivi pianificati e programmati in ambito aziendale;

CONTROLLO:

monitoraggio e controllo periodico dello “stato dell'arte” in ordine al raggiungimento degli obiettivi assegnati ai diversi “attori”;

AZIONI DI MIGLIORAMENTO:

introduzione di correttivi atti a modificare (allorquando e se necessario) e a migliorare l'intero ciclo delle performance aziendali;

MISURAZIONE FINALE:

verifica finale dell'attuazione del Piano delle performance e di tutte le altre azioni di pianificazione e programmazione che al medesimo si collegano;

AZIONI DI TRASPARENZA:

invio in Regione della rendicontazione finale in ordine all'attuazione del Piano delle Performance e pubblicazione sul sito aziendale di un report conclusivo atto ad illustrare ai cittadini l'attuazione del Piano.

