Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia

Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189

sito internet: www.asst-pavia.it

PIANO DELLE PERFORMANCE (2016-2018)

ASST PAVIA

PIANO DELLE PERFORMANCE

ASST PAVIA

1 INTRODUZIONE 3
1.A. La legge 23/2015 e ss.mm.ii. 3
1.B. Definizione di "Performance" 4
1.C. Il Piano delle Performance e gli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale della ASST Pavia 5
1.D. Il Piano delle Performance e il Pr.I.M.O. 6
1.E. I livelli di intervento e di responsabilità 9
2. L'ASST di PAVIA 10
2.A. La "fotografia" dell'Azienda 10
3 LE STRATEGIE (TRIENNIO 2016-2018) 18
3.A. La strategia dell'ASST di Pavia (2016-2018) 18
3.B. Indicatori di performance strategici 22
4 LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI 24
4.A. Appropriatezza utilizzo Posti Letto di cure sub acute 24
4.B. Progressivo azzeramento dei DH diagnostici e potenziamento delle MAC 25
4.C. Contenimento dei 108 DRG a rischio inappropriatezza e incremento della percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario 26
4.D. Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione di prestazioni di laboratorio 28
4.E. Partecipazione alla riorganizzazione del sistema sangue regionale 29
4.F. Miglioramento della qualità delle prestazioni rese 31
4.G. Implementazione del sito internet aziendale 33
4.H. Adesione al piano attuativo di certificabilita' di bilancio delle aziende sanitarie lombarde (PAC) 34
4.I. Attività di ristrutturazione e di costruzione di nuove strutture sanitarie 35
4.L. Attivazione del RIS-PACS 36
4.M. Focus su iniziative di formazione di particolare rilievo e interesse scientifico 37
4.N. Revisione del processo di valutazione del personale dipendente 38
4.Q. Diffusione del Codice di comportamento aziendale 41
4.R. Applicazione Legge 23/2015 42
5 LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE 43
5.A. Gli obiettivi del periodo di riferimento anno 2016 (in corso di definizione) 43
6 CONCLUSIONI 44

1 INTRODUZIONE

1.A. La legge 23/2015 e ss.mm.ii.

Regione Lombardia, con la legge L.r.23/2015 e ss.mm.ii., ha avviato un profondo processo di cambiamento dell'organizzazione del Servizio Socio Sanitario Lombardo. Con Deliberazione X/4493 del 10 dicembre 2015 Regione Lombardia ha costituito, a partire dal 1° gennaio 2016, l'Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica con sede legale in Pavia, Viale Repubblica n. 34 - 27100 Pavia (PV).
Con il medesimo provvedimento è stato individuato l'assetto dell'**ASST di Pavia che comprende i presidi ospedalieri con i relativi afferimenti, le strutture sanitarie e sociosanitarie così come riportate dall'assetto accreditato dei sistemi ASAN e AFAM e le strutture distrettuali del territorio di competenza così come individuate nell'allegato 1 della l.r. 23/2015.**
L'assetto dell'ASST di Pavia (assetti accreditati nei sistemi ASAN e AFAM) è il seguente:

- Nuovo ospedale di Broni Stradella
- Ospedale Asilo Vittoria - Mortara
- Ospedale Carlo Mira - Casorate Primo
- Ospedale civile di Voghera
- Ospedale civile Vigevano
- Ospedale S. Martino - Mede
- Ospedale SS. Annunziata - Varzi
- Vecchio Ospedale Arnaboldi - Broni
- Poliambulatorio Casteggio
- Poliambulatorio Corteolona
- Poliambulatorio Garlasco
- Poliambulatorio Mortara
- Poliambulatorio Pavia
- Poliambulatorio Presidio Pneumotisiologico di Pavia
- Consultorio familiare pubblico Casteggio
- Consultorio familiare pubblico Cava Manara
- Consultorio familiare pubblico Vidigulfo
- Consultorio familiare pubblico Vigevano
- Consultorio familiare pubblico Voghera
- Consultorio familiare pubblico Mortara
- Consultorio familiare pubblico Corteolona
- Consultorio familiare pubblico Garlasco
- Consultorio familiare pubblico Broni
- Consultorio familiare pubblico Pavia
- Consultorio familiare pubblico Sannazzaro de' Burgondi
- U.O.S Ser.t Pavia

- U.O.S Ser.t Vigevano
- U.O.S Ser.t Voghera

Come disciplinato dalle c.d. Regole di Sistema anno 2016 (DGR 4702/2015), la costituenda ASST di Pavia opera in sostanziale continuità amministrativa ed è costituita mediante fusione per incorporazione dell'intera ex Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia.
Contestualmente alla fusione per incorporazione, l'ASST di Pavia è interessata da ulteriore operazione di riassetto e nello specifico di conferimento derivante da scissione da terzi: l'azienda di fatto incorpora parti che derivano da scissioni parziali di altre aziende; pertanto l'operazione si configura come un conferimento di beni che deriva da terze aziende che a loro volta hanno operato una scissione. Nella fattispecie l'Azienda che conferisce è rappresentata dall'ex ASL di Pavia.

Il quadro è il seguente (pagina 164 della DGR 4702/2015):

1. CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI:

CODICE	NUOVA AZIENDA ATS/ASST	COD. AZIENDA ORIGINE	AZIENDA ORIGINE	continua	cede	incorpora	TIPOLOGIA
704	ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO GAETANO PINI/CTO	971	AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI	si	no	presidi vari	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
706	ASST RHODENSE	974	AZIENDA OSPEDALIERA G. SALVINI	si	no	ASL e Presidi	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
708	ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	975	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE CIRCOLO DI MELEGNANO	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
709	ASST DI LODI	978	AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI LODI	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
710	ASST DEI SETTE LAGHI	951	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE DI CIRCOLO E FONDAZIONE MACCHI	si	no	ASL e Presidi	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
713	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	980	AZIENDA OSPEDALIERA DELLA VALTELLINA E DELLA VALCHIAVENNA	si	no	ASL e da Sant Anna 1 presidio	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
715	ASST DI LECCO	960	AZIENDA OSPEDALIERA PROVINCIALE DI LECCO	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
718	ASST PAPA GIOVANNI XXIII	962	AZIENDA OSPEDALIERA PAPA GIOVANNI XXIII	si	no	ASL e Presidi	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
720	ASST DI BERGAMO EST	964	AZIENDA OSPEDALIERA BOLOGNINI DI SERIATE	si	no	ASL e da Treviglio 1 presidio	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
722	ASST DELLA FRANCIACORTA	955	AZIENDA OSPEDALIERA MELLINO MELLINI	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
723	ASST DEL GARDA	956	AZIENDA OSPEDALIERA DI DESENZANO DEL GARDA	si	no	1 presidio ed ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
724	ASST DI CREMONA	957	AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
725	ASST DI MANTOVA	965	AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI
727	ASST DI PAVIA	979	AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA	si	no	ASL	CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI

1.B. 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"** .

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.C. Il Piano delle Performance e gli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale della ASST Pavia

Il "Piano delle Performance" costituisce uno degli strumenti di pianificazione e programmazione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale 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.D. Il Piano delle Performance e il Pr.I.M.O.

La deliberazione 4702 del 29 dicembre 2015 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2016 sottolinea, come già precisato per l'anno 2015, la necessità che il Piano delle Performance sia integrato con il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione".
In particolare prevede che …"Il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (Pr.I.M.O.) approvato con D.G.R. N. X/3652 del 05.06.2015 con le seguenti finalità:
- migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria;
- promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
- monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori;
Si tratta di una piattaforma integrata all'interno della quale si inseriscono: il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, le verifiche interne e l'audit, **le valutazioni di performance,** il monitoraggio dell'organizzazione attraverso indicatori e indicatori/obiettivi di tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale lombardo attraverso percorsi di sviluppo delle conoscenze del sistema.

In prima battuta, l'Azienda è stata 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)
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 on line	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 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 peroformance 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

Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula
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. requisti 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 Verbali e reports afferenti a Comitati con partecipazione aziendale	6.7.1 Evidenza oggettiva delle riunioni dei comitati aziendali	Num. relazioni annuali dei Comitati/ Num. comitati esistenti
6 ORGANIZZAZIONE	6.8 Indicatori dei processi sanitari ed organizzativi dell'assistenza	6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	Num. PDTA implementati/ Num. di DRG scelti (almeno 1 criterio vedi razionale)
6 ORGANIZZAZIONE	6.9 Qualità della documentazione sanitaria	6.9.1 Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria	Valore delle cartelle non confermate (anche in invarianza DRG) al controllo NOC/ Valore delle cartelle campione controllo NOC
6 ORGANIZZAZIONE	6.10 Qualità dei flussi informativi	6.10.1 Tempestività dei flussi informativi	% spedizioni in ritardo/ Tot spedizioni
6 ORGANIZZAZIONE	6.11 Monitoraggio liste d'attesa	6.11.1 Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate
6 ORGANIZZAZIONE	6.12 Recepimento delle comunicazioni dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.lgs 231/01	6.12.1 Indice di chiusura delle raccomandazioni / prescrizioni emesse dall'ODV con esisto positivo	Num. di raccomandazioni-prescrizioni emesse dall'OdV e chiuse con esito positivo dall'Organizzazione nei tempi stabiliti nel periodo di riferimento/ Totale delle raccomandazioni-prescrizioni emesse nel periodo di riferimento e da chiudere nei tempi stabiliti nel periodo di riferimento considerato.
6 ORGANIZZAZIONE	6.13 Adeguamenti del Codice Etico e del Modello Organizzativo	6.13.1 Aggiornamento del Codice Etico (o Codice Etico Comportamentale)	Il codice etico (o codice etico - comportamentale) è aggiornato rispetto ai reati previsti dal D.Lgs. 231/01 (o Legge 190/2012 e DPR 62/2013) o cambiamenti organizzativi aventi impatto sul codice stesso?
6 ORGANIZZAZIONE	6.14 Prevenzione della corruzione, dell'illegalità e trasparenza	6.14.1 Indice di chiusura delle azioni previste nel PTPC Piano Triennale Prevenzione e Corruzione e PTTI Piano triennale Trasparenza e Integrità.	Num. di azioni riportate nel PTPC e PTTI chiuse nel periodo di riferimento considerato/ Num. totale azioni previste dal PTPC e PTTI nel periodo di riferimento considerato
6 ORGANIZZAZIONE	6.15 Tutela dei dati personali sensibili e genetici	6.15.1 Segnalazioni in merito a mancati adempimenti sulla privacy	Num. segnalazioni ricevute in merito al mancato rispetto del D.lgs. 196/03
6 ORGANIZZAZIONE	6.16 Semplificazione e dematerializzazione	6.16.1 Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste
6 ORGANIZZAZIONE	6.17 Qualità dei fornitori	6.17.1 Indice di corretta evasione dell'ordine-appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Num. delle corrette evasioni di ordini-appalti rispetto a quanto contrattualmente previsto/ Num. totale ordini-appalti evasi
6 ORGANIZZAZIONE	6.18 Qualità dei servizi forniti in outsourcing	6.18.1 Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento/ Num. totale dei questionari compilati
6 ORGANIZZAZIONE	6.19 Esiti degli audit interni e di parte terza	6.19.1 Esiti degli audit interni e di parte terza	Num. audit effettuati/ Num. audit pianificati

1.E. 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 del presente Piano.

2. L'ASST di PAVIA

2.A. La "fotografia" dell'Azienda

L'Azienda opera mediante 8 Stabilimenti Ospedalieri:

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:	106
Day Hospital:	5
R.U. 486:	2
Emodialisi:	10
B.O.C.A.:	5
M.A.C.:	3
Culle Nido:	12

Ospedale Arnaboldi di Broni

Sede: Via Emilia, 351 – 27043 Broni

Posti letto:

Degenza Ordinaria:	17
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:	212
Day Hospital:	11
R.U. 486:	2
Emodialisi:	14
B.O.C.A:	8
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.:	10
Culle Nido:	-

Inoltre, fanno parte dell'Azienda:

Lomellina	Pavia	Oltrepo
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE		
Centro psico-sociale di Vigevano	Centro psico-sociale di Pavia	Centro psico-sociale di Voghera
Ambulatorio psichiatrico di Mortara	Comunità riabilitativa di media assistenza di Pavia	Ambulatorio psichiatrico di Stradella
Ambulatorio psichiatrico 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
SER.T		
Vigevano	Pavia	Voghera
CONSULTORI FAMILIARI		
Vigevano	Cava Manara	Casteggio
Mortara	Vidigulfo	Voghera
Garlasco	Corteolona	Broni
Sannazzaro De' Burgondi	Pavia	

Di seguito si espone un quadro dei dati dell'Azienda:

Area	Misure	2014	2015
Ricoveri Regime DO	**Dimessi**	30.013	29.087
	Degenza Media	9,48	9,69
	Peso Medio Drg Medici	0,85	0,85
	Peso Medio Drg Chirurgici	1,43	1,43
Ricoveri Regime DH	**Dimessi**	3.765	3.272
	Accessi	4.092	3.592
Pronto Soccorso	**Numero Accessi**	106.225	110.925

Le funzioni, oggetto di cessione da parte dell'ex ASL Pavia alla ASST di Pavia, sono riconducibili ai seguenti ambiti di attività:

- **AREA CONSULTORIALE:**

  Attraverso la collaborazione e l'integrazione tra le diverse risorse territoriali disponibili, l'azione dei Consultori Familiari sul territorio persegue con continuità l'obiettivo di promuovere, attraverso le proprie attività ostetrico-ginecologiche e psico-sociali, la tutela non solo della donna e del bambino ma di tutta la famiglia e dei suoi membri fragili, in un'ottica di sostegno, sviluppo e attivazione delle risorse interne disponibili, prevenzione, informazione ed educazione alla salute, consulenza e orientamento relativamente alle difficoltà che la famiglia incontra durante il suo naturale ciclo di vita. L'ASST di Pavia, sul territorio provinciale, conta attualmente la presenza di **11 sedi consultoriali**. Nel corso dell'anno 2015 **n. 31.880 utenti** hanno avuto accesso ai Consultori Familiari, registrando un incremento, rispetto all'anno precedente, pari all'11%. In particolare, l'aumento di accessi ha riguardato le sedi consultoriali di tutti e tre i distretti.
  Nel 2015 sono state erogate **41.798 prestazioni** a livello consultoriale.

- **VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE:**

  Nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare integrata tramite voucher socio-sanitario, nel 2015 è proseguita l'erogazione del servizio mediante l'utilizzo, per la valutazione complessiva del bisogno, dello strumento InterRai Home care (VAOR), consentendo una presa in carico appropriata e centrata sul bisogno, valorizzando il ruolo della famiglia nella gestione della malattia, garantendo altresì principi di omogeneità su tutto il territorio.
  Nel corso del 2015 sono stati assistiti in totale **4.915 pazienti**, di cui 4.713 presi in carico nell'anno (nel 2014 i pazienti assistiti sono stati 4.591, di cui presi in carico nel corso dell'anno 4.399), con un incremento pari al 7%; **i voucher autorizzati sono stati 12.119** (nel 2014: 11.873): la media quindi di voucher per utente, risulta pari a 2,47.
  La popolazione assistita con voucher è stata costituita essenzialmente da persone con età ≥ 65 anni: dei 4.915 assistiti infatti 4.288 sono ultrasessantacinquenni, corrispondenti all' 87,24% del totale assistiti e al 3,35% della popolazione anziana residente. Come è ovvio attendersi, il tasso di assistiti aumenta fortemente al crescere delle classi d'età.

Fasce d'età	Popolazione residente	Paz. presi in carico	Tasso assistiti su 100 residenti di pari età
0-64 anni	421.670	627	0,15
65-74 anni	60.904	724	1,19
75-84 anni	47.542	1.747	3,67
>84 anni	19.386	1.817	9,37

- AREA FRAGILITA':

Lo "**spazio fragilità**" si occupa dell'**accoglienza** al cittadino, del **sostegno** nell'individuazione delle strategie per il soddisfacimento dei bisogni rilevati, di **fornire informazioni** su benefit ed agevolazioni per disabili previsti da Regione Lombardia, sui diritti dei soggetti fragili rispetto al riconoscimento dell'invalidità civile/riconoscimento di gravità dell'handicap/ attestazioni capacità residue per inserimento lavorativo mirato, sulle disposizioni legislative e norme vigenti in materia di handicap, disabilità e fragilità,sulle modalità di accesso alle diverse strutture diurne e residenziali per disabili ed anziani, **di fornire supporto** diretto al cittadino fragile e/o alla sua famiglia, per il disbrigo di pratiche amministrative, ai cittadini, operatori di Enti esterni, medici di base, medici di presidi ospedalieri, operatori di strutture protette per disabili ed anziani, per l'acquisizione della modulistica, riportata sul sito aziendale o su siti esterni. L'Unità operativa organizza e gestisce, in tutti i suoi aspetti, il **Collegio di Accertamento dell'Alunno con handicap** che si occupa dell'accertamento finalizzato all'individuazione dell'alunno con handicap ai fini dell'integrazione scolastica e cura l'applicazione di alcune specifiche **Leggi di Settore**. L'Unità operativa collabora con il **Gruppo di Lavoro Interistituzionale Provinciale per l'Integrazione Scolastica** che si occupa della integrazione scolastica degli alunni disabili e con il Centro di Servizio d'Ateneo dell'Università di Pavia, denominato "**Servizio di Assistenza e Integrazione Studenti Disabili e con DSA**" (SAISD) che si occupa di fornire assistenza agli studenti universitari con disabilità e dislessia

Nell'ambito dell'Unità operativa, **l'Ufficio di Protezione Giuridica** delle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi (U.P.G.) collabora con le diverse strutture del territorio per garantire una corretta informazione alla persona e alla famiglia, promuovendo e favorendo i procedimenti per il riconoscimento degli strumenti di tutela delle persone incapaci e dell'amministrazione di sostegno (AdS).

L'Unità Operativa effettua la valutazione delle domande ai fini dell'erogazione del voucher a favore dei **minori con gravissime disabilità non assistibili al domicilio**, con breve speranza di vita e che necessitano di assistenza continua nella 24 ore (DGR 856/ 2013 - misura 3) e partecipa al **Consiglio Territoriale per l'Immigrazione** che opera, attraverso appositi gruppi di lavoro, su tematiche individuate dal piano di lavoro annuale della Prefettura di Pavia.

- **AREA CONTINUITA' ASSISTENZIALE:**

L'ASST di Pavia, sul territorio provinciale, conta la presenza di **14 postazioni** di Continuità Assistenziale (Guardia Medica). Allo stato attuale la gestione della Centrale di Coordinamento della Continuità assistenziale è in capo alla ATS Pavia.

Le **richieste** gestite nel corso del 2015 sono complessivamente **60.191** così ripartite:
- n. 48.213 richieste gestite dalla Centrale di Coordinamento della Continuità Assistenziale, di cui n. 17.996 interventi domiciliari,
- n. 11.978 visite ambulatoriali.

- **AREA MEDICINA LEGALE E INVALIDITA' CIVILE:**

Nel corso del 2015 sono stare rese:

VISITE MEDICO LEGALI	
n. visite fiscali domiciliari	3.616
n. visite fiscali ambulatoriali	514
n. visite necroscopiche	3.990
INVALIDITA' CIVILE	
n. commissioni per l'accertamento	925
n. pratiche esaminate	28.836
PATENTI	
n. certificazioni medico legali monocratiche	17.040
n commissioni patenti speciali/patologie	312
n. accertamenti	11.800

- **AREA DIPENDENZE:**

I soggetti con problemi di dipendenza o da comportamenti da dipendenza sono generalmente presi in carico dai Servizi per le Tossicodipendenze che li guidano in un percorso di diagnosi e di cura all'interno di una prospettiva integrata costruita a partire da un percorso diagnostico dove la multiassialità della valutazione costituisce la premessa della multidisciplinarità dell'intervento. Per prima cosa si effettua l'osservazione e la diagnosi dei pazienti che si presentano al Servizio attraverso un protocollo di valutazione psicodiagnostica e medico tossicologica, sulla base del quale si indirizza la persona con problemi di dipendenza patologica verso il trattamento più adeguato. L'obiettivo è quello di costruire un'ipotesi diagnostica multiassiale secondo i criteri del DSM IV e dell'ICD-10. La valutazione avviene attraverso la raccolta di un'anamnesi medica, psicologica e sociale accurata, correlata dalla somministrazione di test psicologici e di esami ematochimici e tossicologici urinari. Il Servizio Dipendenze dell'ASST di Pavia si articola in **tre Unita' Operative:** Pavese e Oltrepò (con sedi a Pavia e Voghera), Lomellina (con sede a Vigevano) e Assistenza ai detenuti per patologia da dipendenze, attività svolta dagli operatori SER.D. nelle case circondariali di Pavia, Vigevano e Voghera, e si occupa di persone con problematiche di uso/abuso/dipendenza da oppiacei, cocaina, cannabis, alcool, benzodiazepine e gioco d'azzardo patologico.
Nel dettaglio nel corso dell'anno 2015 si sono rivolti ai servizi territoriali per le dipendenze **n. 3.089** utenti per problematiche legate all'uso di sostanze legali ed illegali e le dipendenze non chimiche. Si è trattato per lo più di maschi (circa l'84% dei pazienti totale), con una età media di 40 anni dato sovrapponibile a quello del sesso femminile, negli ultimi quattro anni.
La fascia di età che maggiormente si è rivolta ai servizi è quella dei giovani adulti (dai 25 ai 44 anni), questa fascia rappresenta circa il 56% degli utenti.

- **AREA ATTIVITA' CERTIFICATIVA:**

  Nel corso del 2015 sono stati rilasciati 1.080 provvedimenti per astensione anticipata dal lavoro per gravidanza.

- **AREA ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE:**

  Nel corso del 2015 gli assistiti sono stati:

▪ assistiti in erogazione diretta per la dispensazione dei farmaci	329
▪ assistiti in Nutrizione Parentale Totale	45
▪ assistiti in Ossigenoterapia Domiciliare	1.254
▪ assistiti con erogazione farmaci Ser.D.	1.388
▪ assistiti con erogazione prodotti per assorbenza	12.637
▪ assistiti con fornitura prodotti per incontinenza	1.431
▪ assistiti con fornitura prodotti per stomia	1.026
▪ assistiti con fornitura medicazioni	548
▪ assistiti con fornitura presidi per diabetici	21.033
▪ casi sottoposti a valutazione, autorizzazione e successiva dispensazione	13
▪ casi mobilità sanitaria per protesica e integrativa	458

- **AREA PROTESICA MAGGIORE**

  Nel corso del 2015 si sono registrati:

  8.639 utenti

  9.599 prescrizioni

- **AREA CURE PRIMARIE**

  L'ASST di Pavia, sul territorio provinciale, conta la presenza di **14 sportelli** amministrativi di Cure Primarie**.**

L'ESSENZA DEL PIANO DELLE PERFORMANCE:

3. LE STRATEGIE (TRIENNIO 2016-2018)
4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI (TRIENNIO 2016-2018)
5. LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE (ANNO 2016)

3 LE STRATEGIE (TRIENNIO 2016-2018)

3.A. La strategia dell'ASST di Pavia (2016-2018)

Le strategie che ispirano la pianificazione dell'ASST 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 (2016/2018) sulla progettualità, di seguito, illustrata.

Favorire il processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate

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.) In una prima fase 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 è posta particolare attenzione all'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'Unità Operativa. Tale attività verrà mantenuta anche per il triennio 2016-2018.

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), nel rispetto della sicurezza del paziente e nell'ottica di **azzeramento DH di tipo diagnostico** (progetto 4.B.).

Regione Lombardia, attraverso le indicazioni contenute nella DGR 4702/2015 ovvero nelle c.d. "Regole 2016", 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, per le attività di ricovero, l'obiettivo è quello di ridurre del 10 % rispetto al 2015 la valorizzazione riferibile ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza % (e comunque tale da portare a una percentuale inferiore del 21% il numero di ricoveri con tali DRG rispetto ai DRG "appropriati") di cui al Patto per la Salute 2010-2012 ed oggetto di verifica per valutare il raggiungimento da parte delle Regioni degli adempimenti LEA.
Inoltre, la percentuale di pazienti con diagnosi di **frattura del collo del femore operati entro 2 giornate** in regime ordinario, oggetto anch'essa di verifica nell'ambito del programma nazionale

esiti (PNE) e per valutare il raggiungimento da parte delle Regioni degli adempimenti LEA, dovrà essere a livello regionale non inferiore al 60% (progetto 4.C.).
L'Azienda, inoltre, come specificato nel Piano delle Performance 2015-2017, persegue l'appropriatezza prescrittiva delle **prestazioni di laboratorio rese ai pazienti ricoverati e per accessi in PS non seguiti da ricovero** (progetto 4.D.) e 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.).
Inoltre, in una logica di miglioramento della qualità delle prestazioni rese, l'Azienda intende **rivedere le modalità di erogazione di talune prestazioni** rivedendo l'organizzazione interna. (progetto 4.F)

Potenziamento del sistema di comunicazione aziendale

Il **portale web** dell'Azienda riveste, anche alla luce della riforma di cui alla legge 23/2015, un ruolo fondamentale e strategico. 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.G.).
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 certificabilita' di bilancio delle aziende sanitarie lombarde **(PAC)** (progetto 4.H.) finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie.

Miglioramento del confort delle strutture aziendali e innovazione tecnologica

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

Presidio Ospedaliero di Voghera:
Adeguamento strutturale ed impiantistico del presidio ospedaliero di Voghera II Lotto.
Entro il primo quadrimestre 2016 è previsto il perfezionamento del contratto relativo all'affidamento della progettazione definitiva, esecutiva ed esecuzione lavori di adeguamento strutturale ed impiantistico nonché l'avvio dei lavori stessi che verranno presumibilmente conclusi nel quarto trimestre dell'anno 2017.

Presidio Ospedaliero di Voghera:
Opere di completamento nuovo padiglione Ospedale di Voghera per realizzazione nuovo Pronto Soccorso sede di DEA
Entro il primo semestre 2016 verranno espletate le procedure di gara, mediante utilizzo del sistema informatico SINTEL, per l'affidamento della progettazione definitiva, esecutiva ed esecuzione dei lavori di realizzazione del nuovo Pronto Soccorso; i lavori saranno avviati presumibilmente nel quarto trimestre 2016 e l'ultimazione degli stessi è prevista per fine 2017.

Presidio Ospedaliero di Varzi:
Completamento opere ed adeguamento centrale di sterilizzazione alle norma di accreditamento Ospedale di Varzi
Il progetto è in attesa di approvazione regionale. Nel corso del 2016 si prevede, dopo l'approvazione da parte di Regione Lombardia, di espletare la gara. I lavori verranno avviati nel 2017 e conclusi nel 2018.

L'Azienda intende, inoltre, favorire il processo di innovazione tecnologia, attraverso l'attivazione del RIS-PACS (progetto 4.L).

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, anche alla luce del nuovo assetto organizzativo a seguito dell'applicazione della Legge 23/2015 e ss.mm.ii..
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.M.)

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.N.).

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'ASST di Pavia ha adottato con deliberazione n. 16 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 dell'Azienda. Detto 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. 16 del 29 gennaio 2016;
- 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.O. – 4.P. – 4.Q.)

Attuazione, per quanto di competenza, della Legge 23/2015 e ss.mm.ii.

La Deliberazione X/4702, "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016", precisa come l'"Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" ha normato i nuovi assetti istituzionali e organizzativi per l'evoluzione del welfare sociosanitario lombardo e presenta alcune novità fondamentali, volte ad adeguare il sistema anche relativamente all'integrazione tra le prestazioni sociosanitarie e sanitarie con quelle sociali di competenza dei comuni." In questa logica, l'obiettivo è tendere a modelli che assicurino alla persona la continuità della cura e di assistenza e l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico attraverso:

- il superamento della frammentarietà dei servizi,
- l'omogeneizzazione dei servizi tra ospedale e territorio ed
- il riassetto delle funzioni orientato a nuove logiche di accompagnamento della persona.

L'Azienda sarà impegnata, quindi, nel corso del triennio 2016/2018, a dare piena attuazione alle Legge 23/2015 e ss.mm.ii. nel rispetto delle indicazioni regionali.
In tale logica, saranno ulteriormente potenziate le azioni prioritarie di intervento fino ad oggi promosse, in particolare lo sviluppo e la promozione dell'integrazione tra sanitario, sociosanitario e sociale e tra i servizi ed il territorio al fine di garantire una risposta globale alla multidimensionalità dei bisogni espressi dalla persona e dalla sua famiglia. Si dovrà, pertanto, prevedere un deciso impulso alla costituzione di un sistema di collaborazione fra i servizi e territorio integrato e coordinato in grado di attivare le diverse componenti presenti secondo linee di intervento condivise, strutturate e orientate all'ottimizzazione delle risorse, nel rispetto della persona e del cittadino, il tutto all'interno di un contesto integrato e di economie di scala, dove i diversi attori, rappresentativi delle varie realtà del territorio possano, collaborando in un sistema razionale, sinergico, complementare e coordinato, condividere gli obiettivi, le strategie e rendere gli interventi efficaci e efficienti (progetto 4.R.).

3.B. Indicatori di performance strategici

Tabella 2 Misurazione Strategie Aziendali					
Strategia	**Dimensioni di Analisi**	**Indicatore**	**Risultato atteso 2016**	**Risultato atteso 2017**	**Risultato atteso 2018**
Favorire il processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate	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	Continuità nell'utilizzo appropriato dei posti letto MAC	Continuità nell'utilizzo appropriato dei posti letto MAC	Continuità nell'utilizzo appropriato dei posti 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%
	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	//
	Efficacia esterna	Incidenza dei casi in DO riconducibili ai 108 DRG a rischio di inappropriatezza sul totale dimessi in DO non riconducibili ai 108 DRG a rischio di inappropriatezza	<21%	Sotto la soglia stabilita da Regione	Sotto la soglia stabilita da Regione
	Efficacia organizzativa	Incremento della percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Miglioramento della performance e tendenziale allineamento al valore obiettivo regionale	Miglioramento della performance e tendenziale allineamento al valore obiettivo regionale	Miglioramento della performance e tendenziale allineamento al valore obiettivo regionale
	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 reginali in materia come da Regole di Sistema 2015	Rispetto indicazioni regionali	Rispetto indicazioni regionali	Rispetto indicazioni regionali
	Efficacia esterna	Partecipazione alla riorganizzazione del Sistema Sangue Regionale, rispetto del cronoprogramma e delle indicazioni regionali in materia	Attuazione	Attuazione	//
	Efficacia organizzativa	Riorganizzazione delle modalità di erogazione di talune prestazioni	Analisi della situazione aziendale e avvio del processo di riorganizzazione	Continuià nell'azione	Conclusione del processo di riorganizzazione

Tabella 2 Misurazione Strategie Aziendali					
Strategia	**Dimensioni di Analisi**	**Indicatore**	**Risultato atteso 2016**	**Risultato atteso 2017**	**Risultato atteso 2018**
Potenziamento del sistema di comunicazione aziendale	Efficacia organizzativa	Adeguamento del sito internet aziendale alla luce del nuovo assetto aziendale	Revisione del sito aziendale alla luce del nuovo assetto aziendale	Continuità nell'attività di aggiornamento	Continuità nell'attività di aggiornamento
	Efficacia esterna	Percentuale di aderenza agli obblighi di trasparenza Delibera ex Civit oggi A.N.AC. nn. 50/2013 e 43/2016	Aggiornamento tempestivo degli obblighi Delibera ex Civit oggi A.N.AC. nn. 50/2013 e 43/2016	Aggiornamento tempestivo degli obblighi Delibera ex Civit oggi A.N.AC. nn. 50/2013 e 43/2016	Aggiornamento tempestivo degli obblighi Delibera ex Civit oggi A.N.AC. nn. 50/2013 e 43/2016
	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 2016	Rispetto cronoprogramma 2017	Da definire alla luce delle indicazioni regionali in materia
Miglioramento del confort delle strutture aziendali e innovazione tecnologica	Efficacia esterna	Percentuale rispetto stato avanzamento lavori	Rispetto della programmazione anno 2016	Da definire alla luce dell'erogazione dei finanziamenti regionali	Da definire alla luce dell'erogazione dei finanziamenti regionali
	Efficacia organizzativa	Stato di avanzamento del progetto di attivazione del RIS-PACS	Attivazione del RIS-PACS	Consolidamento del processo di riorganizzazione	Da valutare alla luce dei risultati conseguiti nel precedente biennio
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 85% del Piano di Formazione 2016	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2017	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2018
	Efficacia organizzativa	Favorire l'utilizzo della modalità FAD	30% del Piano di formazione 2016 attuato in FAD	50% del Piano di formazione 2017 attuato in FAD	50% del Piano di formazione 2018 attuato in FAD
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		
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 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)	Almeno il 100% 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	100%	100%	100%
	Efficacia organizzativa	Anticorruzione : Numero di operatori formati/numero di operatori che operano nelle aree a rischio	95%	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%	100%
	Efficacia organizzativa	Codice di Comportamento : Numero di contratti/convenzioni/disciplinari aggiornati/numero totale dei nuovi contratti	100%	100%	100%
Attuazione, per quanto di competenza, della Legge 23/2015 e ss.mm.ii.	Efficacia organizzativa	Rispetto delle indicazioni regionali	Rispetto delle indicazioni regionali e continuità nell'attivazione di tavoli tecnici dedicati sia per favorire il passaggio di conoscenze in merito alle funzioni cedure dall'ex ASL Pavia alla ASST Pavia in una logica di mantenimento della continuità operativa sia per favorire l'integrazione dei 'servizi intorno alla persona'.	Rispetto delle indicazioni regionali	Rispetto delle indicazioni regionali

4 LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.A. Appropriatezza 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. APPRPRIATEZZA UTILIZZO POSTI LETTO DI CURE SUB ACUTE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	**AZIONI**	**PERSONALE COINVOLTO**	**INDICATORI**	**RISULTATI ATTESI 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
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
I linea con le 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 intende proseguire nelle azioni di valutazione del quadro di erogazione maggiormente appropriato per talune prestazioni.

Scheda progetto

4.B. PROGRESSIVO AZZERAMENTO DEI DH CON MOTIVO DIAGNOSTICO E POTENZIAMENTO DELLE MAC						
OBBIETTIVO - PROGETTO	**AZIONI**	**PERSONALE COINVOLTO**	**INDICATORI**	**RISULTATI ATTESI 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
Utilizzo del regime ambulatoriale per l'erogazione di taluni interventi	Potenziamento MAC	Direzioni Mediche Presidio, Responsabili CdR, Ufficio SDO, Uff. Accreditamento	Incremento MAC	Continuità nell'utilizzo appropriato dei posti letto 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. Contenimento dei 108 DRG a rischio inappropriatezza e incremento della percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario

Premessa

La deliberazione X74702 del 29 dicembre 2015 pone come obiettivo ridurre del 10 % rispetto al 2015 la valorizzazione riferibile ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza % (e comunque tale da portare a una percentuale inferiore del 21% il numero di ricoveri con tali DRG rispetto ai DRG "appropriati") di cui al Patto per la Salute 2010-2012 ed oggetto di verifica per valutare il raggiungimento da parte delle Regioni degli adempimenti LEA. L'Azienda, in ragione dell'obiettivo, 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 inquadrate su due assi principali:

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

Inoltre, la medesima deliberazione, sottolinea che la percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario, oggetto anch'essa di verifica nell'ambito del programma nazionale esiti (PNE) e per valutare il raggiungimento da parte delle Regioni degli adempimenti LEA, dovrà essere a livello regionale non inferiore al 60%.
Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana e tra le donne, in particolare quelle con grave osteoporosi, patologie internistiche e della coordinazione motoria. Le Linee guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore sia l'intervento chirurgico per la riduzione della frattura e la sostituzione protesica, che innalzano le possibilità di ripresa del paziente e di ritorno a funzionamento dell'arto. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde **un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente,** di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore **venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale**. Il processo assistenziale in questo caso è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura, che può determinare la puntualità dell'intervento o ritardi che possono anche variare fortemente. La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura di femore è una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilita e impatto sulla vita sociale. Un indebito allungamento dei tempi di attesa è il primo sintomo, dunque, di qualità insoddisfacente della prestazione. Un importante ruolo è giocato non solo dalle Ortopedie, ma anche dai Pronto Soccorso, che devono essere in grado di inviare precocemente il paziente al reparto.

Scheda progetto

4.C. PROGRESSIVO CONTENIMENTO DEI 108 DRG A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA						
OBBIETTIVO - PROGETTO	**AZIONI**	**PERSONALE COINVOLTO**	**INDICATORI**	**RISULTATI ATTESI 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
Progressivo contenimento dei 108 DRG a rischio inappropriatezza	Analisi casistica aziendale	Direzioni Mediche Presidio, Responsabili CdR, Ufficio SDO, Uff. Accreditamento	Incidenza dei 108 DRG in DO sul totale dei dimessi in DO non per 108 DRG	<21%	Sotto la soglia stabilita da Regione	Sotto la soglia stabilita da Regione
			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	//
Incremento della percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Analisi casistica aziendale	Direzioni Mediche Presidio, Responsabili CdR, Ufficio SDO, Uff. Accreditamento	Percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario sul totale della casistica di riferimento	Miglioramento della performance e tendenziale allineamento al valore obiettivo regionale	Miglioramento della performance e tendenziale allineamento al valore obiettivo regionale	Miglioramento della performance e tendenziale allineamento al valore obiettivo regionale

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 sottolineava l'importanza di 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.
In questa logica si ritiene opportuno proseguire negli 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 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione di prestazioni di laboratorio a pazienti ricoverati e per accessi in PS non seguiti da ricovero	Analisi prestazioni di laborario 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 reginali in materia come da Regole di sistema 2015	Rispetto indicazioni regionali	Rispetto indicazioni regionali	Rispetto indicazioni regionali

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'ASST 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 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
Partecipazione alla riorganizzazione del sistema sangue regionale	Rispetto delle indicazioni regionali in materia	Dipartimento Patologia Clinica, Direzioni Mediche di Presidio, Controllo di Gestione, Uff. Accreditamento	Rispetto del cronoprogramma e delle indicazioni regionali in materia	Attuazione	Attuazione	//

4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.F. Miglioramento della qualità delle prestazioni rese

Premessa

in una logica di miglioramento della qualità delle prestazioni rese, l'Azienda intende avviare un processo di revisione dell'organizzazione interna. Di seguito si precisano alcuni ambiti di interevento:

Attivazione Team diabetologico

Il moderno approccio alla patologia diabetica, caratterizzata sempre più da una multifattorialità, non può prescindere da un approccio globale e multidisciplinare che vede il paziente al centro del percorso di cura che impegna un'equipe integrata di professionisti qualificati. Verrà valutata all'interno del Dipartimento Medico la possibilità di transitare verso un modello multidisciplinare, con creazione di 1 - 2 centri di riferimento aziendali, valorizzando le professionalità presenti, in modo integrato con le professionalità dei poliambulatori, e creando collaborazioni con medico di base. Resta inteso che risulterà necessaria un'integrazione tra ospedale e medici di medicina generale che dovranno farsi carico dei pazienti non complicati lasciando spazi alle strutture ospedaliere per gli interventi di 2° - 3° livello a favore degli utenti complessi.

Istituzione di un Servizio di Endoscopia Digestiva Centralizzata a valenza interventistica

L'attività di endoscopia digestiva è attualmente erogata in diversi presidi dell'Azienda con problematiche sotto il profilo logistico, organizzativo e conseguente impiego non ottimale delle risorse umane e materiali. Di contro la domanda aziendale di prestazioni endoscopiche presenta un trend in crescita registrato costantemente negli ultimi 10 anni che ha riguardato prevalentemente le prestazioni che attengono alla endoscopia così detta operativa o interventistica. Risulta quindi necessario riorganizzare l'attività endoscopica a livello aziendale, puntando su un modello di organizzazione e gestione centralizzata del Servizio, dove possa trovare sviluppo un'attività specialistica endoscopica, diagnostica e terapeutica, di primo e secondo livello con particolare enfasi alle tecniche interventistiche (polipectomie, scleroterapia e tecniche emostatiche endoscopiche, dilatazioni esofagee, ERCP colangiopancreatografia, papillosfinterotomia e metodiche collaterali, laparoscopia, ecografia internistica epatica). Il servizio garantirebbe, inoltre, l'attività di prevenzione e diagnosi delle principali patologie infiammatorie e tumorali in ambito gastroenterologico confermando, e se possibile incrementando, la partecipazione aziendale al progetto regionale dello screening del CRC. La professionalità e la competenza degli operatori da un lato, le tecniche avanzate dall'altro, costituiscono per l'Azienda un punto di forza in grado di posizionare il Servizio in modo concorrenziale nel panorama regionale. La realizzazione di un Centro di Endoscopia Digestiva Centralizzato per presidio richiede, oltre all'individuazione di idonei spazi e attrezzature, la costituzione di una specifica équipe medico-infermieristica per ciascun Presidio HUB (Vigevano e Voghera) che si faccia carico, sulla scorta della domanda, di garantire le prestazioni endoscopiche anche nei Presidi SPOKE di riferimento con presenze diversificate nei diversi giorni della settimana. I vantaggi che deriverebbero da tale modello organizzativo possono essere così sintetizzati: riduzione dei tempi di attesa ambulatoriali, riduzione dei tempi di degenza e ricoveri impropri, minore disagio per i pazienti, snellimento delle procedure diagnostico-

strumentali, contenimento dei costi, maggiori garanzie in termini di sicurezza e qualità delle cure, ottimizzazione risorse.

Servizio di Ecografia centralizzato

La costante crescita della domanda di prestazioni ecografiche, logica conseguenza dei continui progressi della diagnostica e degli screening preventivi che oggi permettono la diagnosi di molte malattie quando ancora sono curabili, comporta inevitabilmente un incremento della domanda di prestazioni ecografiche. L'ASST deve essere in grado di fornire risposte appropriate, ed in tempi veloci, perseguendo la massima efficienza e garantendo al paziente cure sicure e di qualità fondate sulle migliori evidenze disponibili. Alla luce di queste considerazioni si ritiene utile proporre un nuovo modello di organizzazione della diagnostica ecografica che consenta di incrementare l'offerta e ottimizzare i costi attraverso un miglior utilizzo delle apparecchiature disponibili, ove sottoutilizzate, una riduzione dei tempi di attesa, un impiego ottimale delle risorse di personale ed, infine, un migliore servizio per l'utente. Il concentramento in un'unica area delle apparecchiature ecografiche (almeno negli ospedali HUB) consentirà una razionalizzazione dell'offerta e dell'utilizzo delle risorse con il superamento delle tradizionali barriere tra divisioni favorendo l'integrazione tra medici operanti in differenti aree diagnostico-terapeutiche. Per la realizzazione del progetto è necessario effettuare una preliminare analisi conoscitiva presso i diversi centri di Responsabilità, già utilizzatori delle strumentazioni ecografiche, e tra quelli interessati all'eventuale utilizzo. Questa analisi dovrà considerare da un lato la presenza di expertise tra il personale medico, le percentuali di utilizzo delle apparecchiature in dotazione, il loro stato di obsolescenza e le esigenze cliniche istituzionali routinarie ed urgenti, nonché la domanda espressa dal territorio. Il progetto potrà essere completato con l'individuazione degli spazi in cui collocare il servizio di ecografia centralizzato, le ulteriori attrezzature necessarie (es. box), le risorse di personale di assistenza e le funzioni collaterali di supporto amministrativo. Attraverso un idoneo programma formativo si potrebbe puntare a creare un pool di medici con competenze allargate in campo ecografico, nei limiti consentiti, ed una interscambiabilità sotto il profilo organizzativo per la gestione ottimale dell'attività ecografica per esterni ed interni.

Scheda progetto

4.F. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI RESE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	**AZIONI**	**PERSONALE COINVOLTO**	**INDICATORI**	**RISULTATI ATTESI 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
Miglioramento della qualità delle prestazioni rese	Revisione dell'organizzazione interna in una logica di miglioramento continuo	Tutto il Personale della ASST	Riorganizzazione delle modalità di erogazione di talune prestazioni	Analisi della situazione aziendale e avvio del processo di riorganizzazione	Continuià nell'azione	Conclusione del processo di riorganizzazione

4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.G. Implementazione del sito internet aziendale

Premessa

Regione Lombardia, con la legge L.r.23/2015 e ss.mm.ii., ha avviato un profondo processo cambiamento dell'organizzazione del Servizio Socio Sanitario Lombardo. Con Deliberazione X/4493 del 10 dicembre 2015 Regione Lombardia ha costituito, a partire dal 1° gennaio 2016, l'Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.
L'Azienda nasce dalla fusione della ex Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia e di un ramo di Azienda oggetto di cessione da parte della ex ASL Pavia.
In questo scenario di profondi cambiamenti, il potenziamento del sistema di comunicazione aziendale riveste un ruolo strategico sia per favorire il senso di appartenenza alla neonata Azienda da parte del personale dipendente sia per permettere al cittadino di orientarsi nell'offerta sanitaria.
In questa logica, l'Azienda intende revisionare/aggiornare i contenuti del sito aziendale ponendo, inoltre, particolare attenzione ad integrare i contenuti propri con i nuovi servizi/attività acquisite nella logica della riforma. Inoltre continuerà l'attenzione agli adempimenti di cui alle Delibere ANAC 50/2013 e 43/2016.

Scheda progetto

4.G. IMPLEMENTAZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	**AZIONI**	**PERSONALE COINVOLTO**	**INDICATORI**	**RISULTATI ATTESI 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
Implementazione sito internet aziendale	Adeguamento del sito internet aziendale alla luce del nuovo assetto aziendale	Ufficio Comunicazione - Uffici Staff	Percentuale di aderenza del sito aziendale al nuovo assetto aziendale	Revisione del sito aziendale alla luce del nuovo assetto aziendale	Continuità nell'attività di aggiornamento	Continuità nell'attività di aggiornamento
	Adeguamento Delibera ex Civit oggi A.N.AC. nn. 50/2013 e 43/2016	Ufficio Comunicazione - Uffici Staff	Percentuale di aderenza agli obblighi di trasparenza Delibera ex Civit oggi A.N.AC. nn. 50/2013 e 43/2016	Aggiornamento tempestivo degli obblighi Delibera ex Civit oggi A.N.AC. nn. 50/2013 e 43/2016	Aggiornamento tempestivo degli obblighi Delibera ex Civit oggi A.N.AC. nn. 50/2013 e 43/2016	Aggiornamento tempestivo degli obblighi Delibera ex Civit oggi A.N.AC. nn. 50/2013 e 43/2016

4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.H. Adesione al piano attuativo di certificabilita' di bilancio delle aziende sanitarie lombarde (PAC)

Premessa

Il "Decreto del Ministero della Salute del 1 marzo 2013", recante le disposizioni sulla definizione del 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 patri-moniale 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.H. ADESIONE AL PIANO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' DI BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE LOMBARDE (PAC)						
OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2016	RISULTATI ATTESI 2017	RISULTATI ATTESI 2018
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 2016	Rispetto cronoprogramma 2017	Da definire alla luce delle indicazioni regionali in materia

4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

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

Premessa

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

Presidio Ospedaliero di Voghera:
Adeguamento strutturale ed impiantistico del presidio ospedaliero di Voghera II Lotto.
Entro il primo quadrimestre 2016 è previsto il perfezionamento del contratto relativo all'affidamento della progettazione definitiva, esecutiva ed esecuzione lavori di adeguamento strutturale ed impiantistico nonché l'avvio dei lavori stessi che verranno presumibilmente conclusi nel quarto trimestre dell'anno 2017.

Presidio Ospedaliero di Voghera:
Opere di completamento nuovo padiglione Ospedale di Voghera per realizzazione nuovo Pronto Soccorso sede di DEA
Entro il primo semestre 2016 verranno espletate le procedure di gara, mediante utilizzo del sistema informatico SINTEL, per l'affidamento della progettazione definitiva, esecutiva ed esecuzione dei lavori di realizzazione del nuovo Pronto Soccorso; i lavori saranno avviati presumibilmente nel quarto trimestre 2016 e l'ultimazione degli stessi è prevista per fine 2017.

Presidio Ospedaliero di Varzi:
Completamento opere ed adeguamento centrale di sterilizzazione alle norma di accreditamento Ospedale di Varzi
Il progetto è in attesa di approvazione regionale. Nel corso del 2016 si prevede, dopo l'approvazione da parte di Regione Lombardia, di espletare la gara. I lavori verranno avviati nel 2017 e conclusi nel 2018.

Scheda progetto

4.I. ATTIVITA' DI RISTRUTTURAZIONE E DI COSTRUZIONE DI NUOVE STRUTTURE SANITARIE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	**AZIONI**	**PERSONALE COINVOLTO**	**INDICATORI**	**RISULTATI ATTESI 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
Attività di ristrutturazione e di costruzione di nuove strutture sanitarie	Rispetto dei cronoprogrammi	U.O.C. Tecnico Patrimoniale	Raggiungimento Stato Avanzamento Lavori (SAL) previsti	Rispetto della prgrammazione anno 2016	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.L. Attivazione del RIS-PACS

Premessa

La progettazione, l'implementazione e l'attivazione di un impianto RIS-PACS (sistema informativo di Radiologia) operante al supporto delle radiologie aziendali, ed integrato con i sistemi clinici aziendali, determinerebbe la possibilità sia per i medici radiologi sia per i clinici che operano nei diversi setting assistenziali (reparto/ambulatorio/ps) di accedere in autonomia al dossier radiologico di un paziente in trattamento intra ed inter presidio. Oltre al vantaggio clinico sopra evidenziato il sistema Ris Pacs consentirebbe l'azzeramento dei costi sostenuti dall'Azienda per l'acquisto delle pellicole radiografiche e per la conseguente onerosa fase di logistica e stoccaggio, un incremento della produttività dei radiologi, che dispongono di un avanzato strumento di refertazione "tecnoassistito", la definizione precisa dei vari timing del processo (richiesta, presa in carico da parte del tecnico, refertazione, firma digitale, ecc.), l'attivazione, in orario notturno, del servizio di telerefertazione dal proprio domicilio per alcune tipologie di studi, in regime di pronta disponibilità ovvero, in sub-ordine, l'attivazione della guardia h 24 in un'unica sede aziendale con l'attivazione di pronte disponibilità accessorie ove necessario nonchè la piena e totale integrazione con i sistemi SISS sia aziendali che regionali e l'avvio della componente imaging a conservazione digitale.

Scheda

4.L. Attivazione del RIS-PACS						
OBBIETTIVO - PROGETTO	**AZIONI**	**PERSONALE COINVOLTO**	**INDICATORI**	**RISULTATI ATTESI 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
Attivazione del RIS-PACS	Acquisire la tecnologia necessaria, integrarla con sistemi clinici aziendali, riorganizzare l'attività, attivare il RIS-PACS	Tutto il Personale della ASST	Stato di avanzamento del progetto	Attivazione del RIS-PACS	Consolidamento del processo di riorganizzazione	Da valutare alla luce dei risultati conseguiti nel precedente biennio

4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

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

Premessa

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, anche alla luce del nuovo assetto organizzativo a seguito dell'applicazione della Legge 23/2015 e ss.mm.ii..
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).
Inoltre, attraverso l'utilizzo di piattaforme tecnologiche per l'apprendimento a distanza, è possibile formare i dipendenti sfruttando le potenzialità della rete aziendale, limitando o annullando gli spostamenti del discente e favorendo il contenimento dei costi dei corsi proposti. In questa logica, l'Azienda intende potenziare l'utilizzo della FAD anche in abbinamento ad altri sistemi formativi.

Scheda progetto

4.M. ATTUAZIONE PIANO FORMAZIONE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	**AZIONI**	**PERSONALE COINVOLTO**	**INDICATORI**	**RISULTATI ATTESI 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
Piena attuazione del Piano della Formazione	Favorire la piena attuzione del Piano della Formazione	Ufficio Formazione - Tutto il Personale ASST	Percentuale attuazione	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2016	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2017	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2018
	Favorire l'utilizzo della modalità FAD	Ufficio Formazione - Tutto il Personale ASST	Percentuale del Piano di Formazione attuata in FAD	30% del Piano di formazione 2016 attuato in FAD	50% del Piano di formazione 2017 attuato in FAD	50% del Piano di formazione 2018 attuato in FAD

4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.N. 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 scheda 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

<table>
<tr><th colspan="5">4.N. REVISIONE DEL PROCESSO AZIENDALE DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE</th></tr>
<tr><th>OBBIETTIVO</th><th>AZIONI</th><th>PERSONALE COINVOLTO</th><th>INDICATORI</th><th>RISULTATI ATTESI 2016</th></tr>
<tr><td rowspan="5">Continuità del processo di integrazione ed implementazione degli attuali strumenti di valutazione.</td><td rowspan="5">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.</td><td>Controllo di Gestione</td><td rowspan="5">Riunioni Gruppi di lavoro e relativo verbale di incontro con correlata documentazione comprovante "lo stato di avanzamento dei lavori"</td><td rowspan="5">Estensione della costruzione di un nuovo percorso di sviluppo professionale alle restanti discipline sanitarie e alla Dirigenza Gestionale</td></tr>
<tr><td>U.O.C. Risorse Umane</td></tr>
<tr><td>Servizio Accreditamento e Qualità</td></tr>
<tr><td>S.I.A.</td></tr>
<tr><td>Esperto esterno</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Avvio del procedimento di modifica del contenuto degli strumenti di valutazione (schede) attualmente utilizzati per il personale dirigente.</td><td rowspan="5">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.</td><td>Controllo di Gestione</td><td rowspan="5">Riunioni Gruppi di lavoro e relativo verbale di incontro con correlata documentazione comprovante "lo stato di avanzamento dei lavori"</td><td rowspan="5">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</td></tr>
<tr><td>U.O.C. Risorse Umane</td></tr>
<tr><td>Servizio Accreditamento e Qualità</td></tr>
<tr><td>S.I.A.</td></tr>
<tr><td>Dipendenti che andranno a comporre i Gruppi di lavoro sub 2)</td></tr>
</table>

4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.O. 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

4.O. ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ						
OBBIETTIVO - PROGETTO	**AZIONI**	**PERSONALE COINVOLTO**	**INDICATORI**	**RISULTATI ATTESI 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
Attuazione del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità	Diffusione della normativa in materia e dei successivi aggiornamenti; monitoraggio aggiornamento dell'Area	Responsabile Trasparenza	Numero di comunicazioni e/o di incontri	Invio di check list trimestrale	Invio di check list trimestrale	Invio di check list trimestrale
	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 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)	Il 100% dei dati inseriti risultano aggiornati (valore attribuito in check list pari a 3)

4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.P. 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

4.P. DIFFUSIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	**AZIONI**	**PERSONALE COINVOLTO**	**INDICATORI**	**RISULTATI ATTESI 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
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	95%	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	100%	100%	100%
		Responsabile della Prevenzione della Corruzione	N controlli attuati / N totali previsti	100%	100%	100%

4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.Q. 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 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

4.Q. DIFFUSIONE DEL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	**AZIONI**	**PERSONALE COINVOLTO**	**INDICATORI**	**RISULTATI ATTESI 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
Diffusione del Codice di comportamento aziendale	Pubblicazione 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%	100%
	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%

4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.R. Applicazione Legge 23/2015

Premessa

La Deliberazione X/4702, "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016", precisa come l'"Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" ha normato i nuovi assetti istituzionali e organizzativi per l'evoluzione del welfare sociosanitario lombardo e presenta alcune novità fondamentali, volte ad adeguare il sistema anche relativamente all'integrazione tra le prestazioni sociosanitarie e sanitarie con quelle sociali di competenza dei comuni." In questa logica, l'obiettivo è tendere a modelli che assicurino alla persona la continuità della cura e di assistenza e l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico attraverso:

- il superamento della frammentarietà dei servizi,
- l'omogeneizzazione dei servizi tra ospedale e territorio ed
- il riassetto delle funzioni orientato a nuove logiche di accompagnamento della persona.

L'Azienda sarà impegnata, quindi, nel corso del triennio 2016/2018, a dare piena attuazione alle Legge 23/2015 e ss.mm.ii. nel rispetto delle indicazioni regionali.
In questa logica saranno potenziate le azioni prioritarie di intervento con particolare riguardo allo sviluppo e alla promozione dell'integrazione tra sanitario, sociosanitario e sociale al fine di garantire una risposta globale alla multidimensionalità dei bisogni espressi dalla persona e dalla sua famiglia, in modo congiunto con i MMG/PDL 'care manager'.

Scheda

4.R. APPLICAZIONE LEGGE 23/2015						
OBBIETTIVO - PROGETTO	**AZIONI**	**PERSONALE COINVOLTO**	**INDICATORI**	**RISULTATI ATTESI 2016**	**RISULTATI ATTESI 2017**	**RISULTATI ATTESI 2018**
Applicazione legge 23/2015	Rispetto delle indicazioni regionali	Tutto il Personale della ASST	Aderenza alle indicazioni regionali	Rispetto delle indicazioni regionali e continuità nell'attivazione di tavoli tecnici dedicati sia per favorire il passaggio di conoscenze in merito alle funzioni cedure dall'ex ASL Pavia alla ASST Pavia in una logica di mantenimento della continuità operativa sia per favorire l'integrazione dei 'servizi intorno alla persona'.	Rispetto delle indicazioni regionali	Rispetto delle indicazioni regionali

5 LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE

5.A. Gli obiettivi del periodo di riferimento anno 2016 (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 Distretto,
- ✓ i Direttori di Dipartimento,
- ✓ i Direttori di U.O.C.,
- ✓ il Dirigente del SITRA Infermieristico e Ostetrico,
- ✓ il Dirigente del SITRA Tecnico e Riabilitativo,
- ✓ l'U.O. S. Controllo di Gestione.

La Direzione Strategica nella fase di progettazione del budget, processo in corso di definizione per il 2016, 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.
Inoltre, per dare piena attuazione alla Legge 23/2015, saranno potenziate le azioni prioritarie di intervento con particolare riguardo allo sviluppo e alla promozione dell'integrazione tra sanitario, sociosanitario e sociale al fine di garantire una risposta globale alla multidimensionalità dei bisogni espressi dalla persona e dalla sua famiglia.

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:

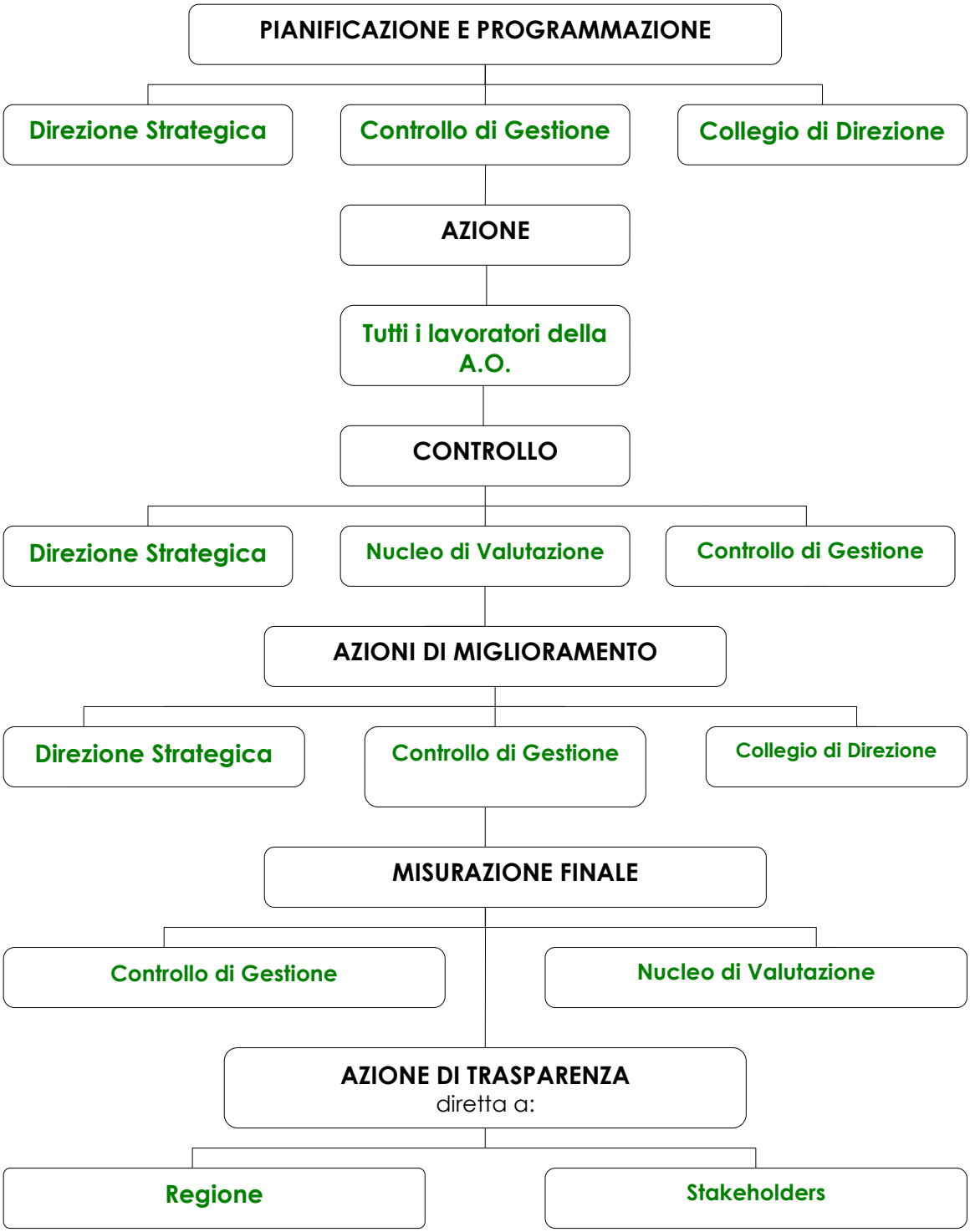
introduzione di correttivi atti a modificare (allorquando e se necessario) e a migliorare l’intero ciclo delle performance aziendali;

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.


PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE
Direzione Strategica
Controllo di Gestione
Collegio di Direzione
AZIONE
Tutti i lavoratori della A.O.
CONTROLLO
Direzione Strategica
Nucleo di Valutazione
Controllo di Gestione
AZIONI DI MIGLIORAMENTO
Direzione Strategica
Controllo di Gestione
Collegio di Direzione
MISURAZIONE FINALE
Controllo di Gestione
Nucleo di Valutazione
AZIONE DI TRASPARENZA
diretta a:
Regione
Stakeholders