RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2019

INDICE

1. IL PIANO DELLE PERFORMANCE ANNO 2019: RELAZIONE SUI RISULTATI ... 3

1.1 CHI SIAMO ... 3
1.2 COSA FACCIAMO ... 3
1.3 COME OPERIAMO ... 4

2. L'IDENTITÀ DELLA ASST DI PAVIA ... 5

2.1 L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE ... 5
2.2 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION ... 11

3. ANALISI DEL CONTESTO ... 12

3.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ... 12

4. STATO DI ATTUAZIONE DELLA STRATEGIA AZIENDALE E DEI RELATIVI PIANI OPERATIVI ... 13

4.1 DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI CONNESSI ALLA STRATEGIA DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ... 13
4.1A Favorire il processo di miglioramento della qualità attraverso il miglioramento degli indicatori correlati al Piano nazionale Esiti (PNE) ... 13
5.1B Favorire il processo di miglioramento della qualità attraverso il miglioramento degli indicatori correlati al Network delle Regioni ... 14
5.1C Favorire la qualità delle Reti clinico assistenziali attraverso il miglioramento degli indicatori di esito clinico ... 14
5.1D Favorire il processo di miglioramento della qualità attraverso il miglioramento degli indicatori di outcome ... 16
5.1E Favorire il processo di miglioramento della qualità attraverso la revisione delle modalità erogative ... 17
5.2 DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI CONNESSI ALLA STRATEGIA DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE 23/2015 E SS.MM.II. ... 18
5.2A Attuazione della Legge 23/2015 e ss.mm.ii.: presa in carico dei pazienti cronici ... 18
5.2B Attuazione della Legge 23/2015 e ss.mm.ii.: continuità Ospedale Territorio ... 20
5.3 DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI CONNESSI ALLA STRATEGIA DI MANTENIMENTO DELL'EFFICIENZA E DELL'EFFICACIA COMPLESSIVA DELL'ATTIVITÀ ISTITUZIONALE ORDINARIA ... 21
5.3A Mantenimento dell'efficienza e dell'efficacia complessiva dell'attività istituzionale ordinaria: pianificazione dei processi aziendali ... 21
5.3B Mantenimento dell'efficienza e dell'efficacia complessiva dell'attività istituzionale ordinaria: il sistema dei controlli interni ... 32
5.4 DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI CONNESSI ALLA STRATEGIA MIGLIORAMENTO DEL CONFORT DELLE STRUTTURE AZIENDALI E INNOVAZIONE TECNOLOGICA ... 37
5.4A Adeguamento/miglioramento delle strutture aziendali ... 37
5.4B Introduzione di innovazioni tecnologiche - PACS ... 41
5.4C Introduzione di innovazioni tecnologiche – SISTEMA GESTIONE DOCUMENTALE ... 42

5. CONCLUSIONI ... 43

1. Il Piano delle Performance anno 2019: relazione sui risultati

Il "Piano delle Performance" costituisce uno degli strumenti di pianificazione e programmazione dell'Azienda e si integra con i restanti strumenti pianificatori e programmatori.
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 Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, che include 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.

La presente relazione ha lo scopo di descrivere lo stato di raggiungimento, per l'anno 2019, degli obiettivi definiti in sede di "Piano delle Performance (2019-2021)" ed è stata validata dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni aziendale.
Così giunge a conclusione il ciclo di gestione annuale della performance orientato alla trasparenza in ottemperanza al dettato normativo previsto dall'art. 10 del decreto legislativo n.150/2009.

1.1 Chi siamo

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).

Denominazione: Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia
Sede Legale: Viale Repubblica n.34 – 27100 Pavia (PV)
Ente: 727 Tel. 0382/530596 Fax 0382/531174
www.asst-pavia.it

Come disciplinato dalle c.d. Regole di Sistema anno 2016 (DGR 4702/2015), la 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.

1.2 Cosa facciamo

La ASST applica la tutela della salute, tramite l'impegno di:

creare o rafforzare una rete di offerta centrata sui bisogni sanitari del Cittadino, senza divisione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, in ossequio all'evolversi del quadro normativo regionale di riferimento, che ha concretamente abolito tale divisione;

definire ed attuare una politica volta a promuovere ogni razionalizzazione possibile a beneficio dell'utenza, intesa come perseguimento dell'equilibrio economico, allo scopo di fornire alla

medesima servizi appropriati e puntuali e a garantire con carattere di effettività la domanda di salute;

sviluppare negli operatori la cultura organizzativa dell'assunzione di responsabilità rispetto all'esecuzione dei propri compiti, onde implementare nell'utenza la percezione di presenza, di governo e di comprensione e presa in carico delle esigenze esplicitate.

1.3 Come operiamo

L'organizzazione per Dipartimenti è l'ordinario modello di gestione che questa ASST, in linea con le disposizioni di settore, ha adottato trattandosi di modello organizzativo che, più e meglio di ogni altro, consente il perseguimento di:

- obiettivi di promozione della qualità di assistenza,
- obiettivi di efficacia ed efficienza nell'utilizzo integrato delle risorse,
- obiettivi di miglioramento dell'efficacia organizzativa,
- obiettivi di integrazione e di diffusione della conoscenza, contrastando la progressiva parcellizzazione e specializzazione delle competenze cliniche.

In questa prospettiva, il Dipartimento coagula un insieme omogeneo di attività, complesse e semplici, che richiedono una programmazione ed un coordinamento unitario, finalizzato a risultati di efficienza ed efficacia, da misurarsi attraverso indicati prestabiliti.
Il modello dipartimentale si fonda su principi di flessibilità nell'utilizzo integrato ed ottimale delle risorse umane e strumentali, sulla valorizzazione della funzione clinica e di quella gestionale-organizzativa, sulla promozione della qualità dell'assistenza infermieristica e sull'obiettivo generale, finalizzato a raggiungere l'ottimale impegno di tutte le professionalità mediante l'attivazione della funzione di "*clinical governance*".

Funzione di "*clinical governance*" intesa come punto d'incontro fra il coordinamento clinico, attuato dal Direttore di Dipartimento, la responsabilità professionale delle singole strutture, complesse e semplici, i compiti di tipo gestionale ed organizzativo delle Direzioni Mediche di Presidio e del DAPSS con orientamento alla "customer satisfaction".

2. L'identità della ASST di Pavia

2.1 L'amministrazione in cifre

ASST opera mediante Ospedali e Poli Territoriali

Gli Ospedali, in base alla complessità dei casi trattati, vengono convenzionalmente all'interno dell'Azienda definiti nel seguente modo:

- Ospedali di Voghera e Vigevano (HUB)
- Ospedali di Varzi, Broni-Stradella, Mortara, Mede, Casorate Primo (SPOKE)

Ospedale Civile di Voghera

Sede: Via Volturno, 14 – 27058 Voghera

Posti letto attivi:

Degenza Ordinaria:	264
Day Hospital/DS:	10
R.U. 486:	2
Emodialisi:	13
B.O.C.A.:	8
M.A.C.:	14
Culle Nido:	21

Ospedale S.S. Annunziata di Varzi (futura sede di POT)

Sede: Via Repetti, 2 – 27057 Varzi

Posti letto attivi:

Degenza Ordinaria:	36
Day Hospital/DS:	1
R.U. 486:	-
CAL:	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 attivi:

Degenza Ordinaria:	119
Day Hospital/DS:	5
R.U. 486:	2
CAL:	10
B.O.C.A.:	5
M.A.C.:	5
Culle Nido:	12

Ospedale Civile di Vigevano

Sede: C.so Milano, 19 – 27029 Vigevano
Posti letto attivi:

Degenza Ordinaria:	213
Day Hospital/DS:	11
R.U. 486:	2
Emodialisi:	16
B.O.C.A:	9
M.A.C.:	4
Culle Nido:	16

Ospedale Carlo Mira di Casorate P. (futura sede di POT)

Sede: Largo Avis, 1 – 27022 Casorate Primo
Posti letto attivi:

Degenza Ordinaria:	80
Day Hospital/DS:	1
R.U. 486:	-
CAL:	9
B.O.C.A.:	0
M.A.C.:	5
Culle Nido:	-

Ospedale San Martino di Mede

Sede: Via dei Mille, 23 – 27025 Mede
Posti letto attivi:

Degenza Ordinaria:	48
Day Hospital/DS:	2
R.U. 486:	-
CAL:	9
B.O.C.A.:	1
M.A.C.:	3
Cure Palliative:	15

Ospedale Asilo Vittoria di Mortara

Sede: Strada Pavese, 1013 – 27036 Mortara
Posti letto attivi:

Degenza Ordinaria:	100
Day Hospital/DS:	2
R.U. 486:	-
Emodialisi:	-
B.O.C.A.:	1
M.A.C.:	10
Culle Nido:	-

Polo territoriale Pavia

Sede: V.le Indipendenza, 3 - 27100 Pavia

Polo territoriale Voghera

Sede: V.le Repubblica, 88 - 27058 Voghera

Polo territoriale Vigevano

Sede: V.le Montegrappa, 5 - 27029 Vigevano

PreSST Broni

Sede: Via Emilia, 351 – 27043 Broni

E' presente un PreSST presso l'ex presidio Ospedaliero Arnaboldi di Broni, riconvertito a seguito del trasferimento dell'Unità Operativa di Riabilitazione presso il presidio Ospedaliero di Stradella. L'acquisizione di ulteriori spazi permetterà di incrementare i servizi ambulatoriali – territoriali ubicati nella struttura integrandoli con la medicina di famiglia, già presente in sede con alcuni ambulatori, e di attivare ulteriori forme di assistenza territoriale per una reale presa in carico del paziente cronico e fragile (CPS, consultorio, sede AVIS, percorso mesotelioma)

Inoltre, fanno parte dell'Azienda:

Poliambulatori territoriali,

le attività territoriali riconducibili al Dipartimento di Salute Mentale:

Lomellina	Pavia	Oltrepò
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
Ser.D Vigevano	Ser.D Pavia	Ser.D Voghera

gli Istituti Penitenziari:

Lomellina	Pavia	Oltrepò
Vigevano	Pavia	Voghera

i Consultori Familiari:

Lomellina	Pavia	Oltrepò
Vigevano	Cava Manara	Casteggio
Mortara	Vidigulfo	Voghera
Garlasco	Corteolona	Broni
Sannazzaro De' Burgondi	Pavia	

Nel corso del 2019, l'attività erogata riconducibile alle aree descritte è stata la seguente:

Misure	2019
N Dimessi in degenza ordinaria	25.802
N Dimessi in DH/DS	3.388
N casi sub acute	151
Numero Accessi in Pronto Soccorso	111.336
N prestazioni ambulatoriali	3.618.000
N utenti Ser.D.	3.415

Inoltre, l'ASST svolge la propria funzione attraverso:

- **la valutazione multidisciplinare, nell'ambito dell'assistenza domiciliare:** si tratta dell'attività di valutazione multidimensionale dei bisogni di assistenza domiciliare dei cittadini residenti o domiciliati nel territorio provinciale; il percorso è gestito da operatori debitamente formati i quali, attraverso specifici strumenti di valutazione del bisogno (scale VAOR, Triage, ecc.), elaborano i piani individuali di assistenza (PAI), affidando l'attività assistenziale, attraverso il voucher sociosanitario, ad enti erogatori esterni accreditati e a contratto con ATS, liberamente scelti dall'utente e monitorando l'efficacia degli interventi.
L'attività si avvale della Centrale Assistenza Domiciliare (CeAD) composta da personale infermieristico e sociale, cui compete l'attività di gestione, analisi ed assegnazione al polo territoriale di competenza delle richieste della provincia.
Alla centrale confluiscono oltre alle richieste di Voucher, anche quelle relative alle altre misure: RSA aperta, Residenzialità Assistita, assistenza a pazienti con Disabilità Grave o Gravissima (misure B1 e B2), misure ex L. 112 "Dopo di noi" e le richieste di prelievi domiciliari.
In ognuna delle 3 aree territoriali (Pavese, Lomellina, Oltrepo) le equipe multi professionali composte da medico, infermiere, fisioterapista e assistente sociale effettuano la valutazione multidimensionale del bisogno al domicilio del paziente.
L'attività delle equipe multidisciplinari e l'utilizzo di strumenti condivisi di valutazione consente 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; viene inoltre ricercata una efficace integrazione e collaborazione con la rete dei servizi sociali dei comuni e con gli uffici dei piani di zona; in funzione delle esigenze del paziente si coinvolgono di volta in volta le strutture ospedaliere pubbliche e private del territorio, le strutture socio sanitarie semiresidenziali (CDD e CD) e residenziali (RSA, IDR) per definire il percorso assistenziale più adeguato.
Ogni anno vengono valutati circa 6000 pazienti.

- **l'area della fragilità** che si occupa dell'**accoglienza** al Cittadino, del **sostegno** nell'individuazione delle strategie per il soddisfacimento dei bisogni rilevati, della **fornitura di informazioni** su benefit ed agevolazioni per disabili previsti da Regione Lombardia, dei diritti dei soggetti fragili rispetto al riconoscimento dell'invalidità civile/riconoscimento di gravità dell'handicap/ attestazioni capacità residue per inserimento lavorativo mirato. Detta area tratta, a favore dell'utenza, l'applicazione di disposizioni vigenti in materia di handicap, disabilità e fragilità, nonché in materia di accesso alle diverse strutture diurne e residenziali per disabili ed anziani. Essa **fornisce supporto** diretto al Cittadino fragile e/o alla sua famiglia, per il disbrigo di pratiche amministrative, fornisce, in via generale, supporto informativo anche ai Cittadini, agli operatori di Enti esterni, ai Medici di base, ai Medici di presidi ospedalieri, agli operatori di strutture protette per disabili ed anziani. Ciò ai fini di acquisizione di modulistica, riportata sul sito aziendale o su siti esterni;

- **l'area della Medicina Legale e Invalidità Civile,** l'attività medico legale rientra nelle competenze attribuite per legge all'Azienda a supporto delle esigenze non soltanto della rete territoriale (prestazioni a prevalente natura certificativa ed accertativa), ma anche del polo ospedaliero aziendale.

Gli ambiti di intervento della Medicina Legale si suddividono in certificazioni medico legali, attività di medicina necroscopica e altre prestazioni medico-legali a valenza trasversale.

- **l'area di attività certificativa**, che, nel corso del 2019, ha rilasciato 829 provvedimenti per astensione anticipata dal lavoro per gravidanza;

- **l'area assistenza farmaceutica territoriale** si delinea in tali linee di assistenza:

- erogazione diretta per la dispensazione dei farmaci (113 assistiti)
- nutrizione parenterale totale (40 assistiti)
- ossigenoterapia domiciliare (1.827 assistiti)
- erogazione farmaci Ser.D. (977 assistiti)
- erogazione prodotti per l'assorbenza (11.400 assistiti)
- fornitura prodotti per incontinenza non ad assorbenza, stomia e medicazioni (2.216 assistiti)
- erogazione diretta presidi per pazienti diabetici portatori di microinfusore/sensore (821 assistiti)
- casi sottoposti a valutazione, autorizzazione e successiva dispensazione
- casi mobilità sanitaria per protesica e integrativa

- **l'area protesica maggiore,**

- l'area cure primarie che, sul territorio provinciale, conta la presenza di **14 sportelli** amministrativi;

- l'attività vaccinale: a seguito della riorganizzazione dell'offerta vaccinale alla luce della l.r. 23/2015, dal 1 gennaio 2017 la governance del processo di offerta vaccinale è garantita dalle ATS mentre l'erogazione delle vaccinazioni è in carico alle ASST per quanto riguarda i seguenti aspetti: elaborazione, di concerto con ATS, del Piano di Offerta Vaccinale sulla base delle indicazioni del Piano di Prevenzione Vaccinale Regionale, pianificazione dell'offerta vaccinale universale e delle vaccinazioni per specifiche categorie, programmazione delle agende, spedizioni inviti, definizione degli appuntamenti successivi, recall dei non rispondenti e avvio del percorso di recupero degli inadempienti, registrazione dell'evento vaccinale.
L'ASST di Pavia svolge l 'attività vaccinale presso 9 sedi territoriali, 3 per Polo Territoriale:
PAVESE: Pavia, Vidigulfo; Corteolona e Genzone
LOMELLINA: Vigevano, Garlasco, Mortara
OLTREPO: Voghera, Broni, Varzi

Presso queste sedi vengono effettuate, secondo i diversi calendari definiti per coorte di nascita e/o per situazioni specifiche, le seguenti prestazioni:

- Vaccinazioni obbligatorie e fortemente raccomandate per l'infanzia e l'adolescenza (esavalente; antipneumococcica; antimeningococcica C, B, ACWY; antimorbillo- parotite – rosolia; antivaricella; antipapilloma virus; rotavirus);

- altre vaccinazioni per specifiche categorie (soggetti a rischio; viaggiatori internazionali solo presso la sede di Pavia; popolazione migrante su programmazione specifica con ATS ed i centri di accoglienza; vaccinazione di contatti in raccordo con ATS nell'ambito degli interventi per malattie infettive);

- vaccinazioni in co-pagamento (vaccinazione non previste dai LEA - adulti non a rischio – viaggiatore internazionale).

Inoltre l'attività di ASST prevede anche l'organizzazione, di concerto con ATS, e l'espletamento della campagna vaccinale antinfluenzale.

Nel corso dell'anno 2019 è stata inoltre incrementata l'offerta ai soggetti a rischio ed è stata potenziata l'attività di sensibilizzazione per la vaccinazione anti – morbillo – parotite – rosolia – varicella per gli operatori sanitari che afferiscono ai reparti maggiormente a rischio (PS, ginecologia e ostetricia, rianimazione ecc.), con incremento dell''attività di rilevazione dello stato di immunità.

Dal 1 ottobre 2018, tutti gli ambulatori vaccinali territoriali utilizzano per la programmazione dell''attività e per la registrazione dei dati il programma gestionale regionale SIAVR (Sistema Informativo Anagrafe Vaccinale Regionale), in via di diffusione a tutte le ATS – ASST lombarde.
Nel corso del 2019 sono state effettuate 84.293 vaccinazioni, ad esclusione di quelle effettuate nel corso della campagna antinfluenzale, con un incremento di circa il 3% rispetto all'anno 2018.

- **le sedi consultoriali** presenti su tutto il territorio provinciale che rappresentano il livello organizzativo più avanzato del territorio per la presa in carico delle problematiche inerenti alla famiglia, alla gravidanza consapevole, e agli aspetti preventivi, diagnostici, e curativi della donna in epoca fertile e non.
I Consultori Familiari sono nodi centrali del territorio con funzioni fondamentali nella filiera del processo assistenziale: monitoraggio del bisogno socio sanitario, governo della domanda, erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie ad alta integrazione.
Infatti, sono strutture che rappresentano da sempre una peculiarità territoriale sia come modello di integrazione sanitaria e socio sanitaria che come snodo in rete con gli Enti Istituzionali (Tribunale, Prefettura, Questura, Università, IRCCS Policlinico San Matteo, Istituto Clinico Beato Matteo, Scuole della Rete...) ed Agenzie presenti sul territorio provinciale (ATS, Comuni, Piani di Zona, III Settore, Volontariato ed Associazionismo...) per la promozione della salute, prevenzione di fattori di rischio comportamentale e presa in carico.

2.2 Mandato istituzionale e mission

La "mission" della ASST Pavia si può enunciare come di seguito:

ESSERE PUNTO CENTRALE DI RIFERIMENTO DEI CITTADINI E DELLE FAMIGLIE DELLA PROVINCIA DI PAVIA PER LA RISPOSTA E LA PRESA IN CARICO DELLE LORO NECESSITÀ SANITARIE E SOCIOSANITARIE

E' forte, quindi, la volontà di tutelare la salute della popolazione, concetto inteso - *non più e non solo* - come obbligo discendente da un precetto costituzionale, ma altresì come *impulso etico orientato alla persona*, attraverso un percorso di protezione della salute che accompagni l'individuo in tutte le fasi della sua esistenza, in un'ottica di prevenzione mutuata dal consolidato ed apprezzato principio del c.d. "*take care*".

3. Analisi del contesto

3.1 Analisi del contesto esterno

Il bacino su cui insiste la ASST di Pavia è principalmente rappresentato dall'intero territorio provinciale. La Provincia di Pavia è la terza Provincia lombarda per estensione (2.968 Kmq pari 12,4% del territorio regionale) e per numero di Comuni (186), molti dei quali sono agglomerati urbani di piccole dimensioni, specie nelle zone collinari e montuose. La densità abitativa è pari a 183,86 abitanti/kmq.

La popolazione è costituita prevalentemente da persone fragili, sole ed anziane.
La **popolazione residente** provinciale è costituita da circa 546.000 unità stimate. Trattasi di circa 1/20 della popolazione lombarda, con un'età media tra le più elevate della Regione: i bambini/ragazzi al di sotto dei 15 anni sono numericamente paragonabili alle persone di età superiore a 74 anni e, complessivamente, quasi un Cittadino su quattro della provincia ha più di 65 anni.

La popolazione provinciale è molto anziana. Si registra una forte incidenza di patologie croniche, che interessano più del 30% della popolazione. Molto spesso le affezioni sono concomitanti nello stesso soggetto. Le patologie croniche assorbono più del 70% delle risorse sanitarie complessivamente erogate. Il consumo concomitante di farmaci diversi nei soggetti affetti da comorbilità è rilevante, con conseguente aumentato rischio di effetti collaterali e di interazione tra di loro, che genera altra patologia emergente. La domanda di prestazioni psichiatriche si mantiene elevata.

4. Stato di attuazione della strategia aziendale e dei relativi piani operativi

Le finalità che ispirano la pianificazione dell'Azienda 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 ha focalizzato la propria pianificazione strategica triennale (2019/2021) sulla progettualità di seguito illustrata:

- favorire il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
- attuazione della Legge 23/2015 e ss.mm.ii.
- pianificazione e monitoraggio dei processi aziendali;
- miglioramento del confort delle strutture aziendali e innovazione tecnologica.

Per ciascuna strategia viene di seguito dettagliato quanto effettuato dall'Azienda nel corso dell'anno 2019.

4.1 Declinazione degli obiettivi operativi connessi alla strategia di miglioramento della qualità

4.1A Favorire il processo di miglioramento della qualità attraverso il miglioramento degli indicatori correlati al Piano nazionale Esiti (PNE)

Il Programma Nazionale Esiti sviluppa nel Servizio Sanitario Nazionale la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come: stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari (fonte: PNE). Alcuni degli indicatori del PNE sono stati scelti da Regione Lombardia come indicatori di "performance ed esito".

L'analisi degli indicatori di che trattasi non è immediata e necessita di una capillare attività di approfondimento. Inoltre, la molteciplità dei fattori che impattano su questi indicatori non rende semplice dare evidenza dell'effetto delle azioni attuate dall'Azienda sull'andamento nel tempo dell'indicatore.

Nel corso del 2019, la ASST è stata impegnata in una dettagliata attività di analisi delle cartelle cliniche con particolare attenzione alla corretta codifica della SDO tenuto conto le il PNE utilizza per il calcolo degli indicatori proprio le informazioni codificate nella SDO.

I dati relativi agli indicatori PNE, calcolati da Regione Lombardia, ed il relativo livello di qualità raggiunto, sono stati inviati ai portatori di interesse interni con cadenza mensile.
I gruppi di lavoro hanno verificato la codifica della SDO sul 100% dei casi che hanno generato tutti gli indicatori, apportando eventuali correzioni alle SDO in caso di riscontro di codifica errata.

Nel corso del 2019 sono stati effettuati interventi di formazione e sensibilizzazione degli specialisti e degli operatori sanitari coinvolti nella gestione della documentazione sanitaria relativa ai DRG 14-15 (Cerebrovasculopatia acuta), DRG 127 (Scompenso cardiaco) e Interventi di Colecistectomia Videolaparoscopica (DRG 493-494), con conseguente attivazione di audit interni, i cui risultati sono stati condivisi con ATS di Pavia.

RISULTATI OTTENUTI:

Miglioramento dell'attenzione alla performance clinica.

5.1B Favorire il processo di miglioramento della qualità attraverso il miglioramento degli indicatori correlati al Network delle Regioni

Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali (Network delle Regioni) risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria. Alcuni degli indicatori del Network delle Regioni sono stati scelti da Regione Lombardia come indicatori di "performance ed esito".

I dati relativi agli indicatori Network delle Regioni, calcolati da Regione Lombardia, ed il relativo livello di qualità raggiunto, sono stati inviati ai portatori di interesse interni con cadenza mensile.

I gruppi di lavoro hanno verificato la codifica della SDO sul 100% dei casi che hanno generato alcuni indicatori (specificatamente fratture di femore operate entro 48h e Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche), apportando eventuali correzioni alle SDO in caso di riscontro di codifica errata e discutendo con i referenti di U.O. eventuali casi significativi.

Nel corso del 2019 sono stati effettuati interventi di formazione e sensibilizzazione degli specialisti e degli operatori sanitari coinvolti nella attività di Pronto soccorso con conseguente attivazione di audit interni, i cui risultati sono stati condivisi con ATS di Pavia.

RISULTATI OTTENUTI:

Miglioramento dell'attenzione alla performance clinica.

5.1C Favorire la qualità delle Reti clinico assistenziali attraverso il miglioramento degli indicatori di esito clinico

Le reti clinico-assistenziali concretizzano "un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini" (AGENAS).
Il Sistema Sociosanitario Lombardo ha costruito nel tempo una rete di offerta articolata e differenziata con capacità di innovazione, di coinvolgimento di risorse pubbliche e private, di ricerca, di partecipazione attiva della popolazione, anche attraverso forme di associazionismo. Tuttavia, a fronte della complessità della domanda di salute di una popolazione con livelli di fragilità e cronicità sempre maggiori, l'attuale sistema necessita di superare la frammentazione dei processi erogativi che ancora persistono.

Le organizzazioni sanitarie sono per eccellenza organizzazioni basate sulle conoscenze: tecniche, scientifiche, clinico-assistenziali, gestionali, individuali e sociali e in quanto tali, sono organizzazioni prevalentemente fondate su attività di comunicazione, connessione e collaborazione, integrazione e sintesi. L'organizzazione in rete per specifiche aree cliniche rappresenta un modello di collaborazione strutturata che consente ai professionisti sinergie e condivisione collegiale dei protocolli di procedura sulla base delle best practice.

Nella rete clinico assistenziale si realizza quindi nei fatti, una sintesi tra le linee guida ed i PDTA e la conoscenza e le scelte cliniche attuate per il singolo caso o per casi ad esso simili e già affrontati nel corso dell'attività professionale.
Il passaggio dalla rete di patologia alla rete clinico assistenziale rappresenta dal punto di vista gestionale, il passaggio dal PDTA standard al PAI (piano di assistenza individuale).

Nel ***corso del 2018 con la DGR 913 del 03-12-2018,*** Regione Lombardia ha definito e stabilizzato il passaggio dal modello delle reti di patologia al modello organizzativo delle reti clinico-assistenziali previste dal DM 70-2015.

Regione Lombardia mette a disposizione delle singole organizzazioni sanitarie molteplici indicatori che misurano i processi e gli esiti correlati all'efficacia delle reti clinico assistenziali.
Gli indicatori sono definiti nell'ambito delle Commissioni Tecniche delle singole reti e considerano esperienze ed indicatori già condivisi nel Nuovo Sistema di Garanzia coordinato dal Ministro della Salute, nel Piano Nazionale Esiti (PNE) coordinato da AGENAS e in progetti attivi tra Regioni, quale il Network delle Regioni coordinato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Al fine di una corretta gestione, le reti utilizzano i dati presenti nel sistema informativo regionale e gli strumenti del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PrIMO).

L'ASST di Pavia monitora i processi delle reti di seguito indicate, in quanto parte attiva delle stesse, tramite l'estrazione dal portale regionale, l'elaborazione e la divulgazione degli indicatori a tutto il personale coinvolto nella presa in carico dei cittadini interessati:

- *Rete Diabetologica*
- *Rete Oncologica*
- *Rete Cardiologica*
- *Rete Stroke*
- *Rete Materno Neonatale e Pediatrico-adolescenziale*
- *Rete Nefrologica*
- *Rete delle Cure Palliative*
- *Rete Trauma*

Nel corso del 2019, a seguito dell'analisi degli indicatori relativi alla rete oncologica, con particolare riferimento agli esiti relativi ai tumori maligni del seno, l'ASST di Pavia ha intrapreso un percorso di miglioramento che ha portato alla costituzione di una Breast Unit interaziendale con il Policlinico San Matteo di Pavia ed alla stesura di un PDTA condiviso, consentendo di gestire tutto il percorso della donna dallo screening al follow up.

Ciò garantirà l'omogeneità di presa in carico e trattamento per tutte le pazienti che afferiranno alle strutture pubbliche della Provincia di Pavia.

RISULTATI OTTENUTI:

Riduzione del rischio clinico per i pazienti

5.1D Favorire il processo di miglioramento della qualità attraverso il miglioramento degli indicatori di outcome

Il Sistema di Valutazione degli Ospedali Lombardi, elaborato da Regione Lombardia in collaborazione con CRISP (Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica utilità), si basa su un principio multidimensionale della valutazione della qualità che deriva dalle diverse esperienze maturate negli ultimi anni in Regione.
Il modello prevede cinque dimensioni della qualità come oggetto della valutazione:

- Efficacia ex post
- Efficienza
- Appropriatezza
- Accessibilità
- Qualità ex ante

Il modello sviluppato da Regione Lombardia mira a valutare un insieme di outcome di contesto considerati "proxy" della qualità. Questi indicatori vengono definiti "proxy" in quanto non indicano l'efficacia "vera" ma danno indicazioni precise su situazioni ad esse strettamente legate. Nel modello lombardo sono stati introdotti alcuni outcome di contesto legati a fattori che presi singolarmente non si possono considerare indicativi di inefficacia ma che, considerati nel loro insieme, permettono di tracciare un quadro affidabile relativo all'efficacia delle strutture ospedaliere.

I dati relativi agli indicatori di Outcome calcolati da Regione Lombardia, ed il relativo livello di qualità raggiunto, sono stati inviati ai portatori di interesse interni con cadenza trimestrale.
I gruppi di lavoro hanno verificato la codifica della SDO su quota parte dei casi che hanno generato gli indicatori (specificatamente dimissioni volontarie, trasferimenti tra strutture, ricoveri ripetuti), apportando eventuali correzioni alle SDO in caso di riscontro di codifica errata e discutendo con i referenti di U.O. eventuali casi significativi.

RISULTATI OTTENUTI:

Miglioramento dell'attenzione alla performance clinica.

5.1E Favorire il processo di miglioramento della qualità attraverso la revisione delle modalità erogative

In una logica di miglioramento della qualità delle prestazioni rese, l'Azienda ha istituito **un Servizio di Endoscopia Digestiva Centralizzata a valenza interventistica dove si è potuto sviluppare** 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) nonché alle terapie specifiche per le malattie infiammatorie croniche.

Inoltre si è consolidato il **progetto di co-branding con IRCCS S.Matteo.**
Nell'anno 2019 è stato esteso il progetto relativo alle specialità di ortopedia.
Il progetto prevede una collaborazione dell'U.O. di Ortopedia e Traumatologia dei presidi di Vigevano e Voghera dell'ASST di Pavia con la clinica Ortopedica della Fondazione S. Matteo IRCCS Policlinico di Pavia per quanto riguarda la diagnosi e la cura delle patologie degenerative della colonna vertebrale e i traumi del bacino e per quanto riguarda l'ortopedia pediatrica.
Il progetto prevede una collaborazione sia ambulatoriale che chirurgica.
L'ambulatorio sul territorio prevede la presenza, a turno, di uno specialista della divisione di Ortopedia dell'IRCCS San Matteo. In particolare in ambulatorio sarà presente un medico specialista e un medico specialista in formazione.
Nell'ambito del co-branding possono essere realizzati ricoveri di pazienti con patologie urgenti presso le ASST e pianificare un trasferimento verso l'IRCCS per trattamento chirurgico.
In orario ambulatoriale possono essere previste consulenze in reparto per le patologie pertinenti alla convenzione.
Il progetto di collaborazione chirurgica prevede la possibilità di interazione fra specialisti della ASST e della Fondazione Policlinico IRCCS San Matteo.
Tale situazione di collaborazione a titolo gratuito e sotto copertura assicurativa si svolge per casi particolari, complessi e per quelle patologie per cui è necessaria esperienza chirurgica superspecialistica:
-patologia degenerativa e traumatica del rachide
-patologia ortopedica pediatrica e traumatologia pediatrica
-patologia grave degenerativa e non articolare
Ampliare il progetto anche all'ambito chirurgico consente di trattare patologie nuove, di formare sul campo specialisti, di ottimizzare le risorse umane presso l'ASST.
Il paziente preso in carico presso gli ambulatori dell'ASST che presenti patologia tale per cui è necessario avvalersi di equipe multidisciplinare, di strumenti peculiari come microscopio, fluorescenza, potenziali evocati intraoperatori (spondilodisciti, localizzazione oncologiche priamitive o secondarie del rachide) o patologie articolari gravi come revisioni di anca e ginocchio complesse viene seguito dallo specialista della ASST nel suo percorso chirurgico all'IRCCS.
Al contrario pazienti con disturbi che possono essere trattati (per mezzi e tecnologie) presso ASST ma per cui è necessario avvalersi dell'esperienza di chirurghi specialisti (chirurghi spinali, ortopedici pediatrici, traumatologi dello sport) vengono operati in ASST in collaborazione con ortopedici della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo.

RISULTATI OTTENUTI:

Ampliamento dell'offerta dal punto di vista quali e quantitativo.

5.2 Declinazione degli obiettivi operativi connessi alla strategia di attuazione della Legge 23/2015 e ss.mm.ii.

5.2A Attuazione della Legge 23/2015 e ss.mm.ii.: presa in carico dei pazienti cronici

L'evoluzione del Sistema Sanitario Lombardo nasce dall'esigenza di sviluppare un modello capace di rispondere pienamente e tempestivamente ai cambiamenti socio-demografici in atto nella società, pur tenendo fermi i principi fondamentali:

- della libertà di scelta del cittadino rispetto all'accesso alle cure;
- della separazione delle funzioni di programmazione e controllo da quelle di erogazione delle prestazioni;
- della parità tra strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate nell'erogazione delle prestazioni in regime di Servizio Sanitario Nazionale.

A causa del miglioramento della qualità della vita e il conseguente innalzamento dell'età media, nei paesi avanzati circa un terzo della popolazione soffre oggi di patologie croniche, la cura delle quali assorbe oltre il 70% delle risorse.
L'evoluzione demografica, sociale ed epidemiologica in atto ha spinto pertanto il Sistema lombardo verso un ripensamento del modello sanitario per renderlo meglio atto:

- alla presa in carico globale e integrata della persona, anche attraverso una valutazione multidimensionale del suo bisogno di cura;
- allo sviluppo di forme di assistenza socio-sanitaria e sociale per l'accompagnamento delle persone nelle fasi di fragilità del ciclo di vita, con particolare riferimento all'età dell'invecchiamento (Fonte: Regione Lombardia).

Considerate le modifiche introdotte da Regione Lombardia con le cd "Regole 2019", si rende necessaria la revisione del modello organizzativo per la presa in carico del paziente cronico/fragile.

Nel 2019 si è provveduto a lavorare su diversi temi:

Creazione di un sistema di monitoraggio dei pazienti cronici: E' stato perfezionato il report prodotto in DSP Monitor ed è stato impostato un data base per la visualizzazione dei dati utilizzando qlikview.

Definizione delle attività dei Case Manager e aggiornamento procedura: E' stata aggiornata e pubblicata la procedura aziendale integrando l'attività del Case Manager, figura sviluppata notevolmente nell'anno 2019.

Creazione di slot riservati ai pazienti cronici per l'erogazione delle prestazioni contenute nei PAI (anche per CMMC): Nel corso dell'anno 2019 sono stati svolti diversi incontri con la Cooperativa CMMC al fine di condividere la modalità di prenotazione e i volumi da riservare. E' stata attivata una modalità di prenotazione provvisoria in modo che il Centro Servizi CMMC potesse inviare al Centro Servizi ASST un file con le prestazioni da prenotare per le quali non era presente disponibilità nella piattaforma GP++. Il lavoro condotto durante l'anno ha portato alla condivisione di un programma di creazione delle agende riservate con accesso esclusivo da parte della CMMC attraverso al piattaforma GP++, con il coinvolgimento dell'ATS di Pavia, attive a partire da gennaio 2020.

Collaborazione con la Cooperativa dei MMG/PLS: Il rapporto di collaborazione non è limitato alla creazione di agende dedicate con volumi concordati ma si è instaurato un legame per la gestione dei singoli casi e per fornire al paziente informazioni corrette e coerenti in ogni punto di accesso

Definizione del processo di presa in carico del paziente cronico in caso di MMG/PLS Clinical Manager e ASST Gestore: Nonostante sia stata prevista la figura del MMG/PLS Clinical Manager non è stata operativa nell'anno 2019, in particolare non è stata utilizzata la piattaforma regionale per la redazione dei PAI. L'ASST di Pavia ha fornito la disponibilità all'ATS di Pavia sia per rendere disponibile la piattaforma aziendale per la presa in carico dei pazienti cronici anche ai MMG/PLS Clinical Manager sia per la collaborazione con gli specialisti al fine di redigere insieme il PAI.

Obbligatorietà del campo stili di vita e fattori di rischio: E' stato previsto un duplice controllo sulla compilazione dei campi, sia da parte del Clinical Manager che da parte del Case Manager.

Aggiornamento di tutti i patti di cura e PAI realizzati nel corso del 2018:Sono stati rinnovati i patti di cura e i PAI di tutti i pazienti che hanno manifestato l'interesse a proseguire il percorso di preso in carico. Il Centro Servizi ha contattato tutti i pazienti e ha registrato la volontà del paziente di proseguire oppure no.

Prosecuzione della somministrazione dei questionari di customer satisfaction: In continuità con l'anno 2018 sono stati somministrati i questionari di customer satisfaction alla stessa percentuale di pazienti.

Definizione della modalità di arruolamento proattivo: Sono state sviluppate due modalità di arruolamento proattivo:
1 - segnalazione da reparto. Il Centro Servizi hanno inviato ai reparti i nominativi dei pazienti ricoverati presenti nella stratificazione regionale. I medici di reparto hanno proposto ai pazienti eleggibili il percorso di presa in carico e in caso di adesione il personale amministrativo e medico del Centro Servizi ha fatto sottoscrivere il patto di cura in reparto. Il PAI è stato redatto a seguito di dimissione con il Clinical Manager.
2 - segnalazione da ambulatorio. Il Centro Servizi ha inviato ai medici ambulatoriali i pazienti prenotati presenti nella stratificazione regionale. I medici ambulatoriali hanno proposto ai pazienti eleggibili il percorso di presa in carico e in caso di adesione è stato fissato un appuntamento per la sottoscrizione del patto di cura e la redazione del PAI con il Clinical Manager.
Il percorso di presa in carico è stato promosso anche presso gli sportelli del CUP aziendale mediante brochure informativa e nelle sale d'attesa.

Assegnazione delle responsabilità: E' stata sviluppata una funzionalità dell'applicativo aziendale di presa in carico del paziente cronico per l'auto assegnazione del Clinical Manager se non conosciuto al momento della sottoscrizione del Patto di Cura.

Formazione ai medici specialisti per aggiornamento PAI e elaborazione prescrizioni con numero di protocollo: E' stato ridotto il numero di Clinical Manager pertanto è stato più semplice la diffusione dell'informazione in merito alla corretta elaborazione delle prescrizioni.

Definizione di indicatori sul processo di presa in carico dei pazienti cronici: Gli indicatori sono stati definiti da DGR specifiche.

RISULTATI OTTENUTI:

Consolidamento del processo di presa in carico.

5.2B Attuazione della Legge 23/2015 e ss.mm.ii.: continuità Ospedale Territorio

La provincia di Pavia è caratterizzata da una alta percentuale di anziani (24,5% di > 65 anni), maggiore rispetto alla Regione e al dato nazionale; ciò condiziona la percentuale di pazienti cronici e con pluripatologia. Va comunque rilevato che il rischio sociale e la difficoltà alla dimissione riguardano tutte le fasce di età, soprattutto quelli con difficoltà di natura economica oltre a fragilità biologica.

Negli ultimi anni, in tutti i sistemi sanitari avanzati, il numero di posti letto è diminuito contestualmente ad una progressiva deospedalizzazione, alla riduzione delle giornate di degenza e ad una contrazione della degenza media. Pertanto la dimissione dei pazienti "fragili" acquisisce una valenza decisiva nell'ambito della continuità ospedale - territorio, dovendo, attraverso un'attenta valutazione clinico-assistenziale del paziente, garantire dal punto di vista sia clinico sia gestionale e organizzativo il passaggio dalla fase di ricovero ad un altro setting di presa in carico. Le cosiddette "dimissioni difficili" rappresentano un problema rilevante per i reparti ospedalieri, in particolare per i reparti di area medica. L' invecchiamento della popolazione, il mutare del tessuto sociale con il venir meno del modello di famiglia tradizionale e le mutate condizioni socio-economiche del Paese hanno determinato negli ultimi anni un progressivo incremento delle situazioni di disagio sociale, con conseguenti rilevanti difficoltà da parte dei reparti ospedalieri a dimettere tempestivamente pazienti stabilizzati dal punto di vista clinico ma problematici per aspetti di natura socio ambientale, con conseguente inappropriato utilizzo dei letti di degenza in reparti per acuti ed allungamento della degenza media negli stessi. Inoltre per una corretta gestione del paziente non necessariamente a rischio sociale, in particolare anziano, vanno considerate le cosiddette "dimissioni protette" che consistono in una tempestiva segnalazione delle necessità del paziente una volta rientrato al domicilio, in termini di dispositivi di protesica maggiore o minore, nutrizione artificiale, ossigenoterapia, e di altre forme di supporto domiciliare. La mancata prescrizione diretta di presidi/ausili all'atto della dimissione comporta ulteriori passaggi del paziente, che previa impegnativa del medico curante deve prenotarsi al CUP ed effettuare una visita ambulatoriale; ciò comporta un evidente disagio per il paziente e i suoi familiari e una influenza sui tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali. Il percorso di dimissione protetta è tanto più efficace quanto prima ha inizio, in genere entro la terza giornata di degenza; alcuni casi potrebbero già essere segnalati e inquadrati in Pronto Soccorso, evitando ricoveri inappropriati e dimissioni ritardate. Ruolo dell' assistente sociale, figura al centro dell'intero processo di dimissione protetta, è la definizione, in collaborazione con i sanitari, di un progetto di intervento che definisca la serie di passaggi necessari per raggiungere gli obiettivi di cura e di assistenza del paziente, sia in ospedale sia nelle fasi successive al ricovero.
Il progetto prevede l'assegnazione di una assistente sociale in ciascuno dei due poli Hub, con il compito di facilitare le cosiddette "dimissioni difficili" dalle UUOO di tutti i presidi ospedalieri, in particolare dai reparti di area medica. L'assistente sociale, su tempestiva segnalazione dai reparti, svolge l'indagine sociale, si rapporta con i familiari e svolge funzione di raccordo tra l'ospedale e la realtà socio sanitaria territoriale a gestione diretta aziendale (ADI e valutazione multidisciplinare, ambulatori di protesica, ecc.) ed extra aziendale (MMG, Enti locali, RSA, Piani di zona, ecc.), sia nei casi di dimissioni difficili sia nei casi di dimissioni protette.

In continuità con l'anno 2018 sono stati monitorati gli indicatori del servizio ed è stato svolto un lavoro di analisi di dettaglio per la corretta compilazione di tutti i campi affinché possa essere evidente il beneficio dell'attività in termini di riduzione delle giornate medie di degenza.

RISULTATI OTTENUTI:

Facilitazione del processo di dimissione.

5.3 Declinazione degli obiettivi operativi connessi alla strategia di mantenimento dell'efficienza e dell'efficacia complessiva dell'attività istituzionale ordinaria

5.3A Mantenimento dell'efficienza e dell'efficacia complessiva dell'attività istituzionale ordinaria: pianificazione dei processi aziendali

L'attività di pianificazione rappresenta un momento fondamentale nella logica del mantenimento dell'efficienza e dell'efficacia complessiva dell'attività istituzionale ordinaria.
In questa sezione della Relazione sulle Performance si da evidenza dei piani formulati dai diversi servizi aziendali.

Il Piano di Formazione

DURATA: Annuale, con possibilità di completamento nell'anno successivo a quello di riferimento.

UFFICIO/UOS/UOC DI COMPETENZA: UOC Risorse Umane – Ufficio Formazione - .

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PIANO: Il Piano di Formazione viene predisposto ed approvato, anno per anno, con deliberazione adottata dal Direttore Generale.
A seguito di formale adozione del Piano, il medesimo viene trasmesso ai competenti Uffici di Regione Lombardia secondo tempi e modi stabiliti da Regione medesima.
Trattasi di atto programmatorio che contiene elencazione e descrizione degli eventi formativi, aventi carattere obbligatorio, che l'Azienda si propone di attuare "in house". Dette iniziative formative di carattere obbligatorio sono integrate dalla restante formazione, anch'essa avente carattere obbligatorio, attuata dai dipendenti fuori sede in conformità ai dettati di specifico Regolamento aziendale. Il Piano di Formazione viene costruito, anno per anno, attraverso un "procedimento partecipato", il quale vede:
- formale coinvolgimento di tutti i Responsabili di struttura affinché i medesimi possano formulare proposte di eventi formativi obbligatori, da attuarsi "in house" nell'anno di riferimento, con possibilità di trascinare all'anno successivo iniziative ancora non avviate, o non concluse nell'anno di vigenza del Piano,
- primo esame delle iniziative proposte ad opera dell'Ufficio Formazione e sistemazione delle medesime secondo l'area di afferenza delle proposte medesime: area manageriale, gestionale ed organizzativa, area professionale e tecnico-specialistica, area prevenzione educazione alla salute.
- incontro con il Comitato Tecnico-Scientifico aziendale ai fini della dovuta espressione di parere in ordine alle proposte ricevute,
- incontro con le OO.SS. rappresentative delle tre distinte aree contrattuali ai fini di espressione di dovuto parere essendo la formazione dei dipendenti materia soggetta a contrattazione integrativa,
- predisposizione ed approvazione del Piano attraverso adozione di provvedimento del Direttore Generale,
- invio del Piano in Regione,
- progressiva attuazione del Piano e costante monitoraggio della medesima,
- rendiconto finale, anche sotto il profilo dei costi, i quali non possono superare il limite massimo del finanziamento a disposizione per l'attuazione del Piano, (finanziamento quantificato ed appostato nel relativo conto a bilancio all'atto di adozione del Piano).
E', inoltre, possibile la realizzazione, in corso d'anno, di iniziative formative inizialmente non comprese nel Piano di Formazione secondo il principio di "integrazione al Piano".

Il Piano di Formazione – anno 2019 –, approvato con deliberazione n.155 del 15 marzo 2019, prevedeva la realizzazione di n.132 corsi complessivi per l'anno 2019.
Nel corso dell'anno 2019 sono stati realizzati e conclusi n.100 corsi, con una percentuale di realizzazione pari al 76%.
Inoltre, sempre nel corso dell'anno 2019, sono stati organizzati e conclusi n.14 corsi integrativi, che portano il totale di corsi realizzati nell'anno 2019 a n.114.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2019	PERFORMANCE 2019
N. corsi realizzati/N. corsi complessivi previsti per area di riferimento	> = 50%	Obiettivo raggiunto

Il Piano di Gestione delle Risorse Umane – PGRU -

DURATA: Annuale, con trascinamento nell'anno successivo a quello di riferimento, in conformità e coerenza con direttive regionali.

UFFICIO/UOS/UOC DI COMPETENZA: UOC Risorse Umane – settore gestione trattamento economico -

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PIANO: il Piano di Gestione delle Risorse Umane è il piano che ogni Azienda del SSSR deve predisporre, con cadenza annuale, in conformità e coerenza con specifiche direttive regionali, essenzialmente contenute nelle cd. "regole regionali di sistema", ai fini di programmazione e pianificazione della propria politica di assunzione di lavoratori con rapporto di lavoro dipendente, a tempo indeterminato e/o a tempo determinato.
Detta programmazione e conseguente pianificazione, nel periodo di riferimento, delle assunzioni di che trattasi è disposta nel rispetto di precisi vincoli, sia numerici, in considerazione del fatto che Regione Lombardia stabilisce i "tetti di assunzione", sia economici, in considerazione del fatto che il costo prodotto da dette assunzioni non deve superare i correlati limiti di budget.
Il PGRU viene predisposto articolando le previsioni di assunzione nelle tre differenti aree contrattuali: area dirigenza medica, area dirigenza SPTA, area personale del comparto. Ciascuna Azienda del SSSR è autonoma nello scegliere i profili professionali/posizioni funzionali da assumere nell'ambito del PGRU vigente nel tempo. Fanno eccezione le assunzioni a tempo indeterminato di dirigenti di area PTA, per i quali è richiesta espressa autorizzazione regionale. Analoga autorizzazione è richiesta ai fini del conferimento di qualsivoglia incarico di direzione di struttura complessa.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2019	PERFORMANCE 2019
n. lavoratori effettivamente assunti al 31 dicembre 2019/n. max lavoratori assumibili con rapporto di dipendenza	100%	Le assunzioni di personale dipendente, nell'anno 2019, sono avvenute nel rispetto del Piano di Gestione delle Risorse Umane – anno 2019 – approvato con Decreto DG Welfare n.11787 del 6 agosto 2019. Le assunzioni di personale dipendente, nell'anno 2019, sono avvenute nel rispetto del Piano di Gestione delle Risorse Umane – anno 2019 – approvato con Decreto DG Welfare n.11787 del 6 agosto 2019.
budget utilizzato / budget disponibile	Non superamento del budget assegnato	Il budget utilizzato rispetta l'assegnazione ricevuta con decreto regionale n.18870 del 20 dicembre 2019.

Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza 2019-2021

DURATA:
triennale, a scorrimento

UFFICIO/UOS/UOC DI COMPETENZA: Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PIANO:
Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione è un documento programmatico che definisce la strategia di prevenzione della corruzione adottata dall'Ente.
Per corruzione si intende una "condotta illegittima, poiché lesiva dei principi di legalità, buon andamento, efficienza, efficacia ed economicità che ispirano il buon governo della res publica". Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.p., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo Il concetto di corruzione è comprensivo inoltre delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.
Il Piano individua misure e le azioni, generali e specifiche, aventi lo scopo di prevenire e/o ridurre i rischi di eventi corruttivi nelle aree aziendali individuate, a seguito di apposita analisi, quali maggiormente a rischio di eventi corruttivi. Il Piano risulta strutturato come segue:
-parte I: contesto normativo di riferimento e organizzazione aziendale,
-parte II: analisi, valutazione e trattamento del rischio, ove sono individuate le misure e le azioni preventive, vuoi trasversali all'organizzazione, vuoi specificatamente riferite alle aree maggiormente a rischio, misure ed azioni che l'ASST di Pavia si impegna ad attuare attraverso i propri Dirigenti individuati nel Piano e con il monitoraggio del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, allo scopo di prevenire e comunque ridurre di ridurre il rischio di accadimento di eventi corruttivi; nella parte II è inoltre riportato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI),
-parte III: il piano annuale dei controlli del predetto Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza per i fini in oggetto.

Nel 2019 è continuata l'attività di controllo, con cadenza trimestrale da parte del RPCT dell'osservanza degli obblighi di pubblicazioni ai sensi del D.L.gs n. 33/2013 in capo ai Responsabili individuati da Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Il monitoraggio avviene attraverso l'invio ai dirigenti responsabili della check list di autovalutazione chiedendo di verificare l'adempimento di aggiornamento e pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente e relative sotto-sezioni del sito internet istituzionale aziendale. Questo sistema permette di responsabilizzare i dirigenti all'adempimento di aggiornamento e pubblicazione dei dati.

Per quanto concerne il campo della formazione , in data 28 ottobre 2019 si è tenuto un convegno in materia di disposizione anticipate di trattamento, il quale assumerà anche valore di" Giornata della Trasparenza". Sono stati programmati altresì due eventi formativi , con modalità FAD, uno avente ad oggetto il regolamento europeo sulla protezione del dato, rivolto pressoché a tutti i dipendenti ed uno con ad oggetto l'aggiornamento in materia di gestione documentale mediante strumenti informatici, particolarmente rivolto al personale amministrativo.
Con la deliberazione n. 463 del 26 giugno 2019 è stato adottato il nuovo regolamento di whistleblowing, il quale recepisce le indicazioni di Anac e regionali in materia e permette di effettuare le segnalazioni al RPCT in modo riservato ed eventualmente anche mantenendo l'anonimato tramite il sito internet istituzionale.

Con deliberazione n.974 del 20 dicembre 2019 è stato approvato l'elenco avvocati aziendale per il conferimento di incarichi di rappresentanza e difesa nelle controversie giudiziali e stragiudiziali, esso è

stato pubblicato sul sito internet istituzionale sezione Amministrazione Trasparente, sotto sezione Area Fornitori/Gare e verrà aggiornato semestralmente.

È stata avviata l'attività informativa concernente gli obblighi di pubblicazione ex art 14 del D.lgs n. 33/2013 Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali. Si è provveduto ad avviare l'analisi di sei singoli obblighi di trasparenze e il Sistema Informativo aziendale ha aggiornato il sito internet istituzionale al fine di renderlo idoneo ad accogliere i dati in oggetto.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2019	PERFORMANCE 2019
Numero misure adottate/numero totale misure	100%	90% Dalla rilevazione effettuata risulta che su un totale di 48 azioni, risultano non attuate n.5 misure. L'analisi del mancato raggiungimento del 100% ha rivelato che da un lato le misure non attuate sono state rinviate al 2020 a causa dei carichi di lavori incombenti sulle UU.OO. Viceversa, è stato rilevato che l'inserimento, tra gli obiettivi di budget, delle misure indicate nel Piano risulta è garanzia di attuazione delle misure stesse. Risulta altresì necessario avviare una maggiore coinvolgimento e responsabilizzazione del Dirigente
Somministrazione di FAD in materia di privacy	n. 100 utenti min.	n. 3082 utenti hanno effettuato la FAD
Azioni di sensibilizzazione rivolte al Personale	Almeno n.1 iniziativa anche attraverso FAD	Giornata trasparenza il 28/10/2019

Il Piano di programmazione degli acquisti

DURATA: Annuale

UFFICIO/UOS/UOC DI COMPETENZA: UOC Acquisti e Servizi Informativi

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PIANO: Ai sensi dell'art. 21, comma 6 del d.lgs. 50/2016 le PP.AA. sono tenute a programmare con orizzonte temporale di 24 mesi i propri acquisti e tenere aggiornata tale programmazione.
La programmazione ha come perimetro gli acquisti superiori ad € 40.000. Tale programmazione deve essere pubblicata sul proprio sito istituzionale e, per gli acquisti di beni e servizi di valore superiore ad € 1.000.000, inviata al tavolo dei soggetti aggregatori.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2019	PERFORMANCE 2019
Effettuazione delle programmazione per acquisti > 40.000	100%	Obiettivo raggiunto
Aggiornamento programmazione	100%	Obiettivo raggiunto
Pubblicazione programmazione	100%	Obiettivo raggiunto
Utilizzo strumenti messi a disposizione dalla DG Welfare: modulo budget	100%	Obiettivo raggiunto

Il Percorso attuativo della certificabilità (PAC)

DURATA: Triennale

UFFICIO/UOS/UOC DI COMPETENZA: UOC Economico-Finanziaria
Il nuovo PAC della Regione Lombardia, adottato con DGR n. X/7009 del 31 luglio 2017, conferma la suddivisione in 9 aree e cicli di bilancio, 53 obiettivi e 162 azioni: 7 aree per le Aziende Sanitarie pubbliche (Requisiti Generali, Immobilizzazioni, Rimanenze, Crediti e Ricavi, Disponibilità Liquide, Patrimonio Netto, Debiti e Costi), 1 area per la GSA e 1 area per il Consolidato regionale.
Ciascuna area è suddivisa in obiettivi il cui raggiungimento avviene attraverso azioni; per ciascun obiettivo sono stati previsti la data di inizio operatività, i tempi di definizione e implementazione delle procedure e i tempi delle verifiche di corretta esecuzione delle stesse.
La realizzazione del PAC dovrà avvenire secondo le seguenti fasi:
a. avvio del percorso con redazione ed emanazione della bozza di linee guida regionali per ciascuna area del PAC con possibilità di modifiche/integrazioni a seguito dei feedback pervenuti dalle Aziende sanitarie;
b. fase della predisposizione delle procedure dove per ciascun obiettivo e azione è prevista una scadenza (un arco di tempo massimo) entro il quale le aziende devono predisporre le procedure;
c. fase della implementazione delle procedure dove per ciascun obiettivo e azione è prevista una scadenza (un arco di tempo massimo) entro il quale le aziende devono, in base a degli standard organizzativi, procedurali e contabili, applicare le procedure all'interno dei processi amministrativo-contabili aziendali;
d. per la fase delle Revisioni limitate Regione Lombardia si riserva la possibilità di definire con successivo provvedimento eventuali modalità di effettuazione delle stesse e relative tempistiche, da concordare con le Aziende sanitarie.

ATTIVITA' 2019

PAC - Procedure altre aree
F) Crediti e ricavi, G) Disponibilità liquide, I) Debiti e costi
Queste procedure, come da PAC regionale ed aziendale, sono state completate tutte entro fine 2019.
Il percorso si è svolto, per ciascuna area, con l'emissione regionale delle relative proposte di linee guida, a cui hanno fatto seguito le bozze di procedure, giornate di formazione/confronto e adozione definitiva con delibera.

Regole di Sistema 2019
Nelle Regole di Sistema 2019 (DGR n. XI/1046 del 17 dicembre 2018) era previsto che "con apposito provvedimento della Giunta Regionale verrà ulteriormente dettagliato lo stato di attuazione del PAC, ivi compresa l'eventuale necessità di riorientamento delle scadenze riferite a ciascuna delle 9 aree e cicli di bilancio; nessuna indicazione è pervenuta al riguardo.

Completamento PAC
Con DGR n XI/3014 del 30 marzo 2020, la Giunta ha deliberato di ritenere concluso il Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR, della Gestione Sanitaria Accentrata e del consolidato regionale ai sensi del D; 1/3/13 con riferimento a quanto stabilito con DGR n. 7009/2019. La Giunta ha dato altresì atto che è stata rispettata da tutte le aziende sanitarie pubbliche, la scadenza finale definita dalla DGR n. 7009/19, ovvero il 31 dicembre 2019 per la redazione ed approvazione delle procedure aziendali.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2019	PERFORMANCE 2019
Rispetto del cronoprogramma regionale	100%	Obiettivo raggiunto

Il Piano degli investimenti

DURATA: Triennale

UOC DI COMPETENZA: UOC Tecnico Patrimoniale

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PIANO: Il piano degli investimenti definisce gli interventi da effettuare nel triennio 2019/2021 e le relative modalità di finanziamento ed è costituito da un prospetto, allegato al Bilancio di Previsione che deve essere compilato in ogni sua parte e corredato da una relazione descrittiva sintetica.
Il piano investimenti deve rappresentare la programmazione triennale degli investimenti riferita solo ai finanziamenti non compresi negli accordi di programma quadro.
Il prospetto rappresenta la programmazione triennale degli investimenti in riferimento sia alle quote già sostenute sia alle quote di previsione per il triennio.

Nell'anno 2019 si sono conclusi nel rispetto dei piani dei costi e dei cronoprogrammi i lavori relativi all'*Adeguamento strutturale ed impiantistico del PO di Voghera II Lotto*" (CUP, sopraelevata, Emodinamica) ed i lavori di "*Realizzazione del nuovo Pronto Soccorso sede di DEA dell'Ospedale di Voghera*".
Sono stati aggiudicati, nel rispetto dei termini regionali, i lavori relativi al *PreSST di Broni, al* POT di Casorate Primo ed i lavori relativi agli interventi di adeguamento alle normative antincendio ai fini dell'adeguamento ai requisiti di sicurezza previsti dal D.M. 19 marzo 2015 Ospedali di Casorate Primo, Mede, Mortara e Varzi.
Per quanto riguarda i lavori di manutenzione straordinaria dell'immobile di viale Montegrappa a Vigevano, a seguito della parziale rinnovazione del procedimento di aggiudicazione, si è proceduto nell'anno 219 alla riaggiudicazione dei lavori.
E' stato inoltre affidato l'incarico per la redazione del progetto di fattibilità tecnico economica, del progetto definitivo, esecutivo, del coordinamento alla sicurezza in fase di progettazione ed esecuzione oltre alla direzione lavori per l'intervento di "Adeguamento normativo area materno-infantile del P.O. di Voghera".
Nel dicembre 2019 si è dato avvio alla procedura di gara per l'affidamento dei lavori di "Adeguamento presidio e riorganizzazione servizi territoriali P.O. Mortara" e della Fase 2 POT di Casorate Primo.
Sono in fase di esecuzione i lavori relativi all'adeguamento alla normativa antincendio dell'ospedale di Vigevano, con ultimazione prevista nel secondo semestre 2020

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2019	PERFORMANCE 2019
Rispetto dei piani dei costi	100%	Obiettivo raggiunto
Rispetto dei crono programmi definiti	100%	Obiettivo raggiunto

Il Piano di Governo dei tempi d'attesa

DURATA: Annuale

UFFICIO/UOS/UOC DI COMPETENZA: UOS Specialistica Ambulatoriale

L'UOS Specialistica Ambulatoriale, in linea con le indicazioni nazionali, regionali e territoriali, nel rispetto della scadenze, ha inviato mensilmente i flussi MTA (monitoraggio dei tempi d'attesa) attraverso il portale SMAF, sia per i tempi d'attesa Ambulatoriali sia per quelli dei Ricoveri.

In merito alla trasparenza delle liste d'attesa, l'Ufficio flussi della UOS Specialistica Ambulatoriale ha aggiornato mensilmente le tempistiche di erogazione per tutte le prestazioni monitorate, in aderenza del decreto Legislativo n° 33 anno 2013 e implementando il sito dedicato dell'ATS come da accordi; ha Inoltre monitorato e registrato l'attività ALPI e Solvenza, nel rispetto integrale delle regole di sistema.
Il flusso MOSA è stato regolarmente inviato con scadenza quotidiana e il Piano di Governo dei Tempi di Attesa Aziendale (PGTAz) è stato regolarmente inviato nei tempi previsti, con le informazioni richieste da ATS.
Si segnala inoltre che nel corso del 2019 è proseguito lo sviluppo del tavolo atto a riformare e migliorare il processo di consuntivazione.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2019	PERFORMANCE 2019
Stesura ed invio in Regione ed ATS dei due Piani semestrali di Governo dei tempi d'attesa (PGTA) entro le scadenze prefissate dalla normativa.	100%	Obiettivo raggiunto

Il Piano del rischio clinico

DURATA: Il piano è da redigere e presentare annualmente ma i progetti sono pluriennali

UFFICIO/UOS/UOC DI COMPETENZA: Rischio clinico

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PIANO: Il piano è stilato in aderenza alle regole di sistema e nello specifico agli indirizzi regionali o nazionali e declina le azioni in merito alla gestione del rischio clinico, in particolare sono descritti i progetti annuali/pluriennali relativi a macro aree ritenute strategicamente prioritarie da RL per la rilevanza in termini di rischiosità ed economicità. Vengono, inoltre, inseriti i relativi piani di formazione, le attività di gestione dei sinistri svolte in ambito istituzionale, la numerosità delle riunioni del CVS e del Comitato aziendale per la gestione del rischio.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2019	PERFORMANCE 2019
Presentazione del piano entro i tempi definiti dalle regole	Rispettate le scadenze	Obiettivo raggiunto
Presentazione della rendicontazione delle attività per l'anno precedente	Rispettate le scadenze	Obiettivo raggiunto
Effettuazione delle attività previste nei progetti specifici	Realizzazione oggettiva dei progetti	Obiettivo raggiunto

Il Piano Rischio infettivo

DURATA: Il piano e' stato redatto nel 2017 ed i progetti inseriti sono pluriennali

UFFICIO/UOS/UOC DI COMPETENZA: Comitato infezioni ospedaliere/Rischio clinico

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PIANO: Il piano è stato stilato in aderenza alle regole di sistema e nello specifico agli indirizzi regionali o nazionali e declina le azioni in merito alla prevenzione del rischio infettivo.
Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono definite come infezioni contratte da un paziente in ambito ospedaliero, o in altra struttura assistenziale, che non erano presenti o in incubazione al momento dell'ammissione e causano un danno per la salute del paziente, e che, in alcuni casi può esitare in grave malattia o nel decesso del paziente.
Nello specifico, gli obiettivi sono :
✓Proseguire la sorveglianza continua attraverso la rete dei laboratori di microbiologia, rivolto alla identificazione degli eventi epidemici, alla definizione degli agenti patogeni prevalenti ed emergenti, della loro diffusione e dei loro profili di resistenza;
✓ Organizzare ad intervalli regolari indagini di prevalenza delle infezioni, dei microrganismi implicati e dei pazienti in trattamento antibiotico utilizzando protocolli omogenei e validati dall'European Centre for Disease Control (ECDC) che permettano il confronto dei dati nel tempo e verso altre realtà, come previsto dalla normativa europea;
✓ Monitorare e verificare la corretta applicazione delle misure di isolamento adottate nelle UU.OO. nei casi previsti dalla procedura corrente

✓ Campionamento microbiologico sia ambientale che riferito ai pazienti identificati per specifiche aree o problematiche

✓ Individuare strumenti efficaci al fine di ottenere comportamenti aderenti agli standard internazionali e nazionali per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2019	PERFORMANCE 2019
Alimentare il flusso regionale infosp	Rispettate le scadenze	Obiettivo raggiunto
Svolgere le attività di sorveglianza	Redazione report	Obiettivo raggiunto
Effettuazione studi di prevalenza	Redazione report	Obiettivo raggiunto
Effettuazione delle attività previste nei progetti specifici	Realizzazione oggettiva dei progetti	Obiettivo raggiunto

Monitoraggio e miglioramento dei processi di supporto al P.I.M.O.

Il Piano Integrato di miglioramento dell'organizzazione è un atto aziendale che collega le funzioni aziendali e i diversi strumenti di pianificazione e programmazione.

1. Piano Qualità e sicurezza,
2. Piano di Risk Management,
3. Piano della Formazione,
4. Piano della Comunicazione
5. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione PTPC.

Il PIMO è lo strumento di integrazione delle funzioni a livello aziendale che evidenzia le priorità del miglioramento e uniforma la raccolta degli elementi di misura.
Al fine di uniformare le modalità di gestione del miglioramento tra le aziende del Sistema Socio Sanitario Lombardo, Regione Lombardia mette a disposizione nella piattaforma web "PrIMO" gli strumenti per la valutazione ed il monitoraggio:

1) La *Check-list di autovalutazione*;
2) Gli *Audit PNE*;
3) Un set di *indicatori di monitoraggio interno*, calcolati a livello regionale ma utilizzati dalla singola azienda a livello locale, per definire le proprie peculiari priorità di miglioramento

1. ***La Check-list di autovalutazione dei processi sanitari***

L'utilizzo di una check list quale strumento per la periodica autovalutazione è frutto di un progetto pluriennale di Regione Lombardia e permette alle aziende di mantenere un sistema di monitoraggio dei propri processi di gestione della salute, capace di rilevare in modo sensibile le aree su cui realizzare i miglioramenti.

La check-list di autovalutazione, opportunamente modificata nel tempo e attualmente utilizzata, verifica efficacemente i processi aziendali e indica, per ogni item, le modalità di verifica ed i relativi punteggi da assegnare.

Le autovalutazioni periodiche sono attive per tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale.

A seguito dei valori di raggiungimento assegnati ad ogni item, vengono evidenziate le aree che presentano eventuali criticità che rappresentano gli elementi di ingresso dei piani di miglioramento e che vengono condivisi con i gruppi di lavoro e monitorati nel tempo.

AREA
OBI Obiettivi Internazionali Sicurezza
ACA Accessi servizi Cura e Assistenza
PVP Processo Valutazione Paziente
CCC Coordinamento Continuità Cure
IDP Informazione e Diritti del Paziente
PDC Processo Di Cura
SDI Servizi di Diagnostica per Immagini
AAC Assistenza Anestesiologica e Chirurgica
TDP Trasferimento Del Paziente
QDP Qualificazione Del Personale

L'ASST di Pavia effettua un monitoraggio continuo dei processi sanitari attraverso l'analisi della documentazione sanitaria. Lo strumento utilizzato ha indagato ricoveri ordinari, DH/DS e ambulatoriali MAC/BIC, in particolare:
26 elementi da riscontrare sulla cartelle cliniche di ricoveri di ambito medico e di ambito chirurgico
17 elementi da riscontrare sulla cartelle cliniche di ricoveri di ambito riabilitativo;
Gli esiti delle verifiche vengono comunicati ai responsabili medici ed infermieristici delle UU.OO. di ricovero, al fine di concordare percorsi di miglioramento.

2. *Gli Audit PNE*

Per la verifica dei propri esiti e dell'andamento del piano di miglioramento, l'Azienda utilizza gli strumenti di monitoraggio disponibili sul sito web del PNE che fornisce la valutazione finale dei risultati conseguiti.

- Audit qualità dei dati: il PNE, ogni anno, segnala a Regione Lombardia le strutture con valori anomali di alcuni indicatori selezionati: sono segnalate tutte le strutture che hanno valori estremi (troppo alti o bassi) per tutti gli indicatori inclusi nella valutazione sintetica, inoltre, in un'apposita area riservata, il PNE fornisce gli strumenti di supporto alle attività di verifica della qualità dei dati. Di fronte a un risultato critico, il primo step che viene intrapreso è la verifica dei dati utilizzati per l'elaborazione di quel risultato.
L'attività di audit sulla qualità del dato è utile a far emergere errori nella codifica delle informazioni cliniche utilizzate per il calcolo degli indicatori PNE. Tali errori possono comportare l'inclusione nel calcolo dell'indicatore di ricoveri non realmente rappresentativi del fenomeno clinico indagato.

- Audit clinico – organizzativo: Successivamente al precedente processo di audit sulla qualità del dato, nel momento in cui viene confermato l'esito clinico in base alle codifiche dei flussi, l'Azienda esegue audit clinico-organizzativi, sui possibili elementi organizzativi, operativi e strutturali del percorso clinico-assistenziale che possono essere determinanti dell'esito, generando di conseguenza un processo di analisi delle criticità e di miglioramento degli esiti clinici.

Nel 2019 sono stati condotti 3 audit relativi a processi monitorati da indicatori del PNE con valutazione della qualità del dato e successiva revisione clinico-organizzativa della gestione di: Ictus, Scompenso cardiaco e Videolaparocolecistectomie, con individuazione di correttivi specifici.

3. *Il set di indicatori di monitoraggio interno*

Il Programma regionale di miglioramento, prevede che ogni Struttura sanitaria si doti di un sistema di monitoraggio interno, al fine di programmare tempestivamente gli interventi migliorativi compatibilmente con le competenze professionali effettivamente disponibili.
A tale scopo l'Azienda si è dotata di un sistema integrato di indicatori comprendenti la gestione del rischio e la qualità della documentazione sanitaria.
E' stata creata circolarità del sistema attraverso l'utilizzo informativo della check-list di autovalutazione.
L'autovalutazione rende possibile l'identificazione delle aree entro le quali sviluppare progetti di miglioramento che, anche attraverso un sistema di audit interni e di verifica periodica, permettono il raggiungimento degli obiettivi prefissati.
La reportistica relativa agli indicatori viene inviata, con le cadenze previste, in funzione della disponibilità dei dati sui portali nazionali o regionali. In base all'andamento degli indicatori, sono stati implementati progetti di miglioramento sulle seguenti aree:

- Cerebrovascolare
- Cardiologica
- Chirurgia laparoscopica delle vie biliari
- Oncologica (tumore maligno della mammella)
- Materno infantile (percorso nascita)
- Infezioni ospedaliere (prevenzione e gestione Sepsi)

5.3B Mantenimento dell'efficienza e dell'efficacia complessiva dell'attività istituzionale ordinaria: il sistema dei controlli interni

Il sistema dei controlli interni rappresenta il meccanismo consolidato con cui la ASST presidia i diversi ambiti aziendali. In questa sezione del Piano delle Performance si da evidenza dell'articolazione del sistema dei controlli interni.

Il Piano dei controlli delle prestazioni sanitarie anno 2019

DURATA: annuale

UFFICIO/UOS/UOC DI COMPETENZA: UOS Controllo SDO e UOS Accreditamento e Qualità

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PIANO: L'autocontrollo delle prestazioni sanitarie è un'attività strategica che si inserisce tra le priorità di programmazione e pianificazione, in ottemperanza alla DGR XI/1046 del 17.12.2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2019".
Il piano annuale di autocontrollo aziendale rappresenta lo strumento programmatico atto a declinare le attività di verifica che si intendono intraprendere; descrive le modalità e la frequenza di effettuazione dei controlli e ha l'obiettivo di monitorare appropriatezza, congruenza e qualità delle prestazioni erogate, al fine di porre in essere azioni correttive mirate.

Lo scopo del piano è di soddisfare gli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica in tema di autocontrollo al fine di: prevenire o identificare comportamenti di codifica e/o setting assistenziali inappropriati che comportano un mancato riconoscimento economico delle prestazioni e/o provvedimento sanzionatorio; sollecitare le unità operative erogatrici al puntuale rispetto delle regole di codifica e all'appropriatezza del setting assistenziale per una corretta rappresentazione della casistica trattata; migliorare la qualità della documentazione sanitaria e verificare l'aderenza ai protocolli aziendali.

Il piano dei controlli si applica a tutte le prestazioni di ricovero sia in regime ordinario che di Day-Hospital/Day Surgery, alle prestazioni di bassa intensità/complessità chirurgica (BOCA), di macroattività ad alta complessità assistenziale (MAC), erogate presso l'ASST nel corso dell'esercizio 2019.

Le tipologie di riferimento sono:
- AUTOCONTROLLO CONGRUENZA (numerosità campione: 3,5% della produzione anno 2018)
- AUTOCONTROLLO QUALITA' (numerosità campione: 3% della produzione anno 2018)
- VERIFICHE INTEGRATIVE (numerosità campione: 7% circa della produzione anno 2018)
- CONTROLLI FORMALI e CONTROLLI da dati informatici effettuati mensilmente, prima dell'invio in Regione/ATS.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2019	PERFORMANCE 2019
n° cartelle controllate/ n. cartelle programmate	>90%	Obiettivo raggiunto
n° eventi formativi erogati/ n° eventi programmati	n° eventi formativi erogati/ n° eventi programmati	Obiettivo raggiunto

Gli obiettivi relativi al piano dei controlli della documentazione sanitaria sono stati pienamente raggiunti
In relazione all'indicatore n° 2, I corsi programmati ed effettuati sono riportati di seguito:

1. FORMAZIONE A DISTANZA La corretta codifica della SDO e la qualità della cartella clinica
2. FORMAZIONE SUL CAMPO: Autocontrollo sulla corretta codifica della SDO e sulla qualità della documentazione della cartella clinica
3. FORMAZIONE A DISTANZA: La corretta gestione della documentazione MAC –BIC
4. La cartella clinica nella MAC: ruolo del team, legislatura ed aspetti medico legali

Il Piano Internal Auditing

DURATA: annuale

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PIANO: Il tema dei "controlli interni" è divenuto, negli ultimi anni, di stringente attualità, con la accresciuta consapevolezza che la migliore azione amministrativa, per essere tale, deve essere sempre verificabile e valutabile, nella sua legittimità ed efficacia.
Così, accanto ad un primo e più tradizionale livello di controllo interno – quello affidato a ciascun Responsabile di un dato processo aziendale, volto a valutare che le fasi operative si svolgano, all'interno di quello stesso processo, conformemente alle disposizioni di riferimento – si è avvertita la necessità di prevedere anche una specifica ed autonoma funzione, cosiddetta di *internal audit,* preposta a valutare che quel primo livello di controlli sia efficace ed adeguatamente condotto.
Si è voluto, in questo modo, delineare un diverso livello di verifiche, caratterizzato da idonee garanzie di indipendenza ed autonomia rispetto ai singoli processi aziendali, con lo specifico compito di valutare l'adeguatezza dei controlli interni predisposti da ciascun Ente.
Il piano annuale di internal audit definisce le azioni e le procedure che saranno verificate nel corso dell'anno 2019 e i correlati centri di responsabilità.

Il piano annuale di internal audit è stato formalizzato con delibera n° 121 del 28 febbraio 2019 prevedendo n° 2 audit e n° 4 follow up. Sono stati effettuati gli audit previsti sui processi di seguito riportati

I Semestre 19: Gestione ed utilizzo delle camere mortuarie presso PO Oltrepò - Ospedale Civile di Voghera
II Semestre 19 : Attività del responsabile esecuzione del contratto di appalto relativo al Servizio di pulizia e disinfestazione

Sono stati effettuati tutti i follow up previsti, relativi ad audit condotti nei precedenti anni.
Tutte le attività di audit e follow up, sono state rendicontate a Regione Lombardia con l'invio delle relazioni SIREG alla mail audit@regione.lombardia.it.

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2019	PERFORMANCE 2019
Formalizzazione del Piano di Internal Audit nei tempi previsti da Regione Lombardia	100%	Obiettivo raggiunto
Effettuazione dei 4 audit previsti nel Piano di Internal Audit	100%	Obiettivo raggiunto
Effettuazione dei 3 follow Up previsti nel Piano di Internal Audit	100%	Obiettivo raggiunto

Il Piano dei controlli interni degli appalti di servizi

DURATA: Annuale

UFFICIO/UOS/UOC DI COMPETENZA: U.O.C. SERVIZI ALBERGHIERI E RISORSE LOGISTICHE

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PIANO: il Piano riassume le principali procedure di esecuzione dei controlli interni sulla regolare esecuzione dei principali contratti di servizio e sulla gestione dei magazzini economali aziendali.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2019	PERFORMANCE 2019
N° controlli/anno sulla regolare esecuzione del servizio di pulizia	20 controlli /anno	Controlli effettuati n. 40. Tutte le criticità evidenziate sono state oggetto di azioni di correzione da parte dell'Impresa di Pulizia per il ripristino delle condizioni igieniche. Nel dicembre del 2019 sono state definite ed attivate, secondo il vigente contratto le modalità di controllo congiunto.
N° controlli/anno presso i reparti ospedalieri sulla erogazione del servizio di lavanolo	12 controlli/anno	Controlli effettuati 38. Fino al mese di settembre 2019 il Servizio di Lavanolo era erogato con il precedente contratto (modalità: a consumo), dal mese di ottobre 2019 è attivo il nuovo contratto secondo gara regionale (modalità: numero giornate di degenza). Durante il 2019 le piccole criticità evidenziate sono state oggetto di azioni di correzione da parte della Società appaltatrice.
N° controlli/anno sulla qualità del servizio di ristorazione	3 controlli/anno	Controlli effettuati 23. I controlli sono effettuati attraverso l'utilizzo della check list prevista dalla procedura sulla ristorazione e vengono svolti sempre in contraddittorio con la ditta appaltatrice del Servizio di Ristorazione.
N° controlli/anno sulla gestione/rendicontazione ticket restaurant per i dipendenti	2 controlli/anno	Non vengono più eseguiti controlli in quanto la U.O.C. agisce secondo CCNL, secondo Accordi integrativi, secondo elenchi trasmessi dall'U.O.C. Risorse Umane/Rilevazione P/A.
N° controlli/anno sulla gestione dei magazzini economali	4 controlli/anno	Controlli effettuati 16.

Il Piano dei monitoraggi ambientali e biologici

DURATA: Annuale

UFFICIO/UOS/UOC DI COMPETENZA: SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PIANO: Il Piano prevede l'effettuazione di monitoraggi ambientali e biologici presso le sale operatorie aziendali e presso alcune UU.OO.

Nel corso dell'anno 2019 è stato eseguita l'indagine sul rischio biologico attraverso i monitoraggi presso le aree lavorative aziendali ove potenzialmente vi erano situazioni di pericolo per la salute dei lavoratori.
Principalmente il piano di monitoraggi era rivolto ai controlli dell'inquinamento ambientale da gas anestetici all'interno dei gruppi operatori: controlli mirati sia sulla matrice aria che alla matrice biologica, attraverso il comtrollo delle urine degli operatori esposti. Contestualmente il piano di monitoraggio interessava anche la verifica dei parametri fisici quali microclima, ricambi aria, sovrapressioni.
Sono stati inoltre eseguiti i campionamenti su matrice aria e superfici per la determinazione della contaminazione microbiologica sia nelle aree di terapia intensiva (gruppi operatori, rianimazione, dialisi, UTIC, etc.) sia in altre aree ove esercitata attività sanitaria generica (es. ambulatori, centri trasfusionali, etc..). Verifiche sull'esposizione a sostanze chimiche pericolose, soprattutto sulla formalina impiegata presso le Anatomie Patologiche e sui farmaci antiblastici. Verifiche inoltre sulle caratteristiche biologiche e chimiche delle acque potabile erogata nelle diverse strutture ospedaliere.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2019	PERFORMANCE 2019
Rilevazione dei parametri attraverso monitoraggi ambientali e biologici secondo il D. Lgs.81/08 e s.m.i.	100%	Obiettivo raggiunto

Il Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro

In linea con la politica aziendale relativa alla prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro, iniziata nell'anno 2010 con la delibera n° 272 in cui l'AO della Provincia di Pavia ha ritenuto di doversi dotare di un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSSL) attuato secondo criteri oggettivi ed inoppugnabili quali le British Standard OHSAS 18001 : 2007, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Pavia, nell'anno 2019 ha continuato la politica adottata di verifica sull'applicazione e conoscenza della legislazione in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.
Il proseguimento degli intenti della ASST è stato ulteriormente rafforzato dalla deliberazione n. 302 del 25.05.2016 che ribadiva la volontà di implementare il Sistema di Gestione della Sicurezza e Salute sul Lavoro, rivedendo la costituzione del gruppo di lavoro aziendale dedicato a questo scopo.
Ad oggi, relativamente alla materia di SSL, si affianca alla norma sopra citata OHSAS 18001, lo standard ISO 45001:2018, una norma applicabile alla stregua della OHSAS 18001 ma di più ampio riconoscimento internazionale (ISO) e riferibile e raccordabile in termini di impostazione documentale e strutturazione organizzativa ad altri standard già implementati in varie strutture della ASST di Pavia quale la ISO 9001 relativamente al Sistema di gestione per la qualità dei Laboratori di Analisi e Ufficio Formazione e U.O.C. Acquisti e Servizi Informativi e U.O.C. Tecnico Patrimoniale.
Il sistema di gestione si sviluppa parallelamente al percorso impiegato per l'analisi della valutazione dei rischi e questa sinergia contribuisce a migliorare, in termini di efficienza e di efficacia dei provvedimenti adottati, le condizioni di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, e quindi consente il raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

Le indicazioni della policy del sistema, definite a partire da 2014 e a tutt'oggi riconfermate, permettono al gruppo di lavoro di mirare gli interventi risolutori sulla prevenzione dei rischi prevalenti emersi dall'analisi del fenomeno infortunistico e incidentale, dalle consultazioni, dalle cooperazioni con i soggetti operanti in azienda e dagli audit. L'analisi dell'applicazione del sistema di gestione e il processo di valutazione dei rischi, pur seguendo due percorsi in apparenza distinti, implicitamente svolgono la funzione di controllo e verifica reciproca.

L'attività di audit interno per l'anno 2019 si è potuta realizzare seguendo il piano di audit concordato con la Direzione aziendale e indicato al presente Piano delle performance (vedasi tabella).
Tutte le sessioni di audit, con relativi incontri preparatori, sono stati realizzati alla presenza degli auditors (il cui numero era in funzione di una programmazione operativa tra auditors che teneva conto anche della pertinenza professionale e territoriale) e dei due referenti gestionali delle attività delle UU.OO. interessate ovvero il Dirigente ed il Coordinatore.
Ad ogni incontro sono stati realizzati tre diversi audit che si differenziavano per le tre tematiche che sono state l'obiettivo per l'anno 2019: prevenzione incendi, promozione della salute nei luoghi di lavoro -alimentazione- e applicazione del regolamento del divieto di fumo.
L'analisi delle eventuali "non conformità" parziali o totali, è stata oggetto di immediata trattazione tra il Lead Auditor ed i Referenti dell'U.O. interessata affinché fossero messi in atto gli opportuni interventi correttivi: di tali rilievi ne viene data traccia nel verbale dell'Audit.
Gli esiti complessivi delle sedute di audit sono oggetto di valutazione dal parte dell'alta Direzione e dalle medesime risultanze viene redatto il verbale del riesame, verbale che risulta il documento cardine, congiuntamente alla policy, del controllo periodico del Sistema di Gestione della Sicurezza sui luoghi di Lavoro in ottemperanza ai criteri della ex BS OHSAS 18001:2007 ora in migrazione verso la ISO 45001:2018

RISCHIO INCENDIO	
Stabilimenti ospedalieri e/o sedi territoriali	**UU.OO./ Servizi oggetto dell'audit nell'anno 2019**
VOGHERA	**Chirurgia**
STRADELLA	**Radiologia**
VIGEVANO	**Dialisi**
MORTARA	**Laboratorio Analisi**
MEDE	**Medicina**
VOGHERA	**SerD**
PAVIA	**SerD**
VIGEVANO – V.le Monte Grappa	**SerD**

5.4 Declinazione degli obiettivi operativi connessi alla strategia miglioramento del confort delle strutture aziendali e innovazione tecnologica

5.4A Adeguamento/miglioramento delle strutture aziendali

La ASST è stata impegnata ad adeguare le proprie strutture e l'infrastruttura informatica per dare piena attuazione alla Legge 23/2015.
Inoltre, questa Azienda ha avviato, nei propri Ospedali, **importanti opere edilizie**.

Presidio Ospedaliero di Varzi: Adeguamento P.O. di Varzi alle norme di accreditamento area degenza, area ambulatoriale e Pronto Soccorso
Con nota prot. 28440 in data 01/06/2018 si è formulata istanza a R.L. per la rimodulazione del progetto "Completamento opere ed adeguamento centrale di sterilizzazione alle norme di accreditamento P.O. Varzi" in "Adeguamento alle norme di accreditamento Area degenza subacuti, Area ambulatoriale e Pronto Soccorso P.O. Varzi" che prevede anziché l'adeguamento della centrale di sterilizzazione, l'attivazione di n. 10 Posti Letto di degenza H24 (che deriveranno dalla conversione di n. 10 posti letto accreditati del Presidio Ospedaliero di Voghera) finalizzati ad assistere prevalentemente persone sub-acute con patologie cronico degenerative, dal quadro clinico già noto, nei locali del monoblocco, posti al piano rialzato e precedentemente occupati dall'U.O. Ortopedia, attualmente disattivata.
L'istanza ha avuto esito positivo e con D.G.R. n. XI/264 del 28 giugno 2018 l'intervento è stato rimodulato in "Adeguamento P.O. di Varzi alle norme di accreditamento area degenza, area ambulatoriale e Pronto Soccorso".
Il progetto è stato trasmesso a Regione Lombardia per le approvazioni di rito con nota prot 67739 in data 19 dicembre 2019.

Presidio Ospedaliero di Vigevano: *Adeguamento alla normativa antincendio*
Il progetto relativo all'adeguamento alla normativa antincendio del P.O. di Vigevano (D.M. 19 marzo 2015) è stato approvato con Decreto della Direzione Generale Welfare in data 20/11/2017.
L'intervento è stato ammesso a finanziamento dal Ministero della Salute con decreto in data 15 gennaio 2018.
Con deliberazione n. 595 in data 9 ottobre 2018, sono stati aggiudicati i lavori in argomento che hanno avuto inizio in data 20 marzo 2019 e l'ultimazione è prevista nel secondo semestre 2020.

Immobile Viale Montegrappa Vigevano: Manutenzione straordinaria
È stata espletata la gara per l'affidamento dei lavori di manutenzione straordinaria dell'immobile sito in Vigevano Viale Montegrappa 5.
I lavori sono stati riaggiudicati con deliberazione n. 513 in data 8 luglio 2019, il contratto è in fase formalizzazione. I lavori avranno inizio nel primo trimestre 2020 e dovranno essere ultimati entro 287 giorni dalla data del verbale di inizio lavori.

Presidio Ospedaliero di Voghera: *Opere di completamento nuovo padiglione Ospedale di Voghera per realizzazione nuovo Pronto Soccorso sede di DEA*

Il nuovo pronto Soccorso sede di DEA è localizzato al piano terra del nuovo edificio recentemente completato. Il progetto ha previsto una distribuzione conforme alle superfici disponibili nella porzione già realizzata di circa 1100 mq per renderle coerenti con le necessità assistenziali nonché con i requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie, oltre ad opere per rendere pienamente funzionali gli ambienti operativi e di front office con l'utenza; il completamento degli accessi esterni pedonali e carrabili, con relativa camera calda e percorso ambulanze; la realizzazione di percorso pedonale esterno semi protetto di connessione tra gli ambienti DEA ed il resto dei reparti.
I lavori sono stati ultimati nel novembre 2019 e sono in corso le operazione per il collaudo tecnico amministrativo e funzionale dell'opera, a cui seguirà l'iter per l'accreditamento

Box Visita 1 Shock Room

Corridoio di accesso ai box

Osservazione breve

Presidio Ospedaliero di Voghera: ***Adeguamento strutturale ed impiantistico del presidio ospedaliero di Voghera II Lotto***.

Le opere in particolare hanno riguardato:
- la ristrutturazione di una porzione del piano terra dell'edificio storico (vecchio ex Pronto Soccorso) e la demolizione della camera calda in disuso ad esso annessa, per la realizzazione del nuovo CUP (Centro Unico Prenotazioni entrato in funzione nel mese di ottobre 2018)
- la ristrutturazione di parte del primo piano annesso al reparto di Cardiologia, finalizzata all'insediamento di un'attività di emodinamica;
- la sopraelevazione ai piani secondo e terzo, del percorso di collegamento già esistente ai piani terra e primo, tra il vecchio ed il nuovo padiglione.

I Lavori sono iniziati, nel maggio 2017 e sono stati ultimati nel mese di aprile 2019.
I lavori sono stati collaudati ed è in fase di predisposizione la documentazione necessaria all'accreditamento dell'emodinamica

Nuovo CUP Voghera:

Nuova Emodinamica Voghera:

Presst presso l'ex ospedale Arnaboldi di Broni: progetto strategico innovativo di razionalizzazione in attuazione del percorso di continuità delle cure relativo alla L.r. 23/2015

Il progetto esecutivo è stato trasmesso a Regione Lombardia per le approvazioni di rito con nota prot. 30901 del 14 giugno 2018 e approvato con Decreto 15848 in data 05/11/2018 della Direzione Generale Welfare, importo complessivo finanziamento € 700.000,00, assegnato con D.G.R. n. 5828/2017.

Sinteticamente l'intervento prevede un sistema di opere per rendere pienamente funzionati gli ambienti operativi, lavorativi e di front office con l'utenza.
La descrizione del progetto si concretizza attraverso la riorganizzazione logistica degli spazi che verranno organizzati per la tipologia di servizio e fruibilità da parte dell'utente.
I lavori sono stati aggiudicati con deliberazione n. 595 del 29 luglio 2019 .
L'inizio lavori è previsto con il primo trimestre 2020 e saranno ultimati nel quarto trimestre 2020

Pot presso l'ospedale "C. Mira" di Casorate Primo: progetto strategico innovativo di razionalizzazione in attuazione del percorso di continuità delle cure relativo alla L.r. 23/2015
Il progetto esecutivo è stato trasmesso a Regione Lombardia per le approvazioni di rito con nota prot. 64534 del 19 dicembre 2018 e ad approvato con decreto 3736 del 20 marzo 2019
Sinteticamente il programma di intervento prevede la riorganizzazione del reparto di degenza dei subacuti, e della zona ambulatoriale TAO e MAC

I lavori sono stati aggiudicati con deliberazione n. 899 in data 11 dicembre 2019 . Il contratto è in fase di formalizzazione ed i lavori avranno inizio con il primo trimestre 2020 e dovranno essere conclusi entro 448 giorni dalla data di inizio lavori

Fase 2 - Progetto strategico innovativo di razionalizzazione in attuazione del percorso di continuità delle cure: presidio ospedaliero territoriale (POT) presso l'ospedale "C. Mira" di Casorate Primo
Con decreto della Direzione Generale Welfare n. 1085 del 30 gennaio 2018 è stato tra l'altro impegnato l'importo complessivo di € 1.000.000,00 per l'intervento di "Fase 2: progetto strategico innovativo di razionalizzazione in attuazione del percorso di continuità delle cure: Presidio Ospedaliero Territoriale (POT) presso l'Ospedale C. Mira di Casorate Primo".

Con decreto n. 9029 del 21 giugno 2019 della Direzione Generale Welfare è stato approvato il progetto da porre a base di gara. I lavori dovranno essere aggiudicati entro marzo 2020.
Il progetto prevede la realizzazione di un nuovo CUP, la riorganizzazione e ristrutturazione degli spazi per le attività ambulatoriali, realizzazione di un nuovo punto prelievi.

Con deliberazione n. 971 del 20 dicembre 2019 è stato disposto di dare avvio alla procedura di gara per l'affidamento dei lavori.

Ospedali di Casorate Primo, Mede, Mortara e Varzi: interventi di adeguamento alle normative antincendio ai fini dell'adeguamento ai requisiti di sicurezza previsti dal D.m. 19 marzo 2015
Il progetto esecutivo è stato trasmesso a Regione Lombardia per le approvazioni di rito con nota prot. 64545 del 19 dicembre 2018 ed è stato approvato con decreto 1450 del 6 febbraio 2019.
I lavori sono stati aggiudicati con deliberazione n. 812 in data 5 novembre 2019.
Il contratto è in fase di formalizzazione; i lavori avranno inizio con il primo trimestre 2020 e dovranno essere ultimati entro 395 giorni dalla data del verbale di inizio lavori

Presidio ospedaliero di Mortara: adeguamento presidio e riorganizzazione servizi territoriali
Il progetto, trasmesso a Regione Lombardia per le approvazioni di rito con nota prot. 28046 del 14 maggio 2019, è stato approvato con decreto n.11794 in data 6 agosto 2019
L'ipotesi progettuale è riferita ad una riorganizzazione dei servizi territoriali al fine di eliminare le disfunzioni dovute all'attuale dispersione dei luoghi, parcellizzati tra diverse strutture.
Gli interventi previsti sono finalizzati a migliorare la qualità ed ottimizzare le risorse per elevare gli standard dei servizi erogati

Nel dicembre 2019 si è dato avvio alla procedura di gara per l'affidamento dei lavori (entro maggio 2020)

Adeguamento normativo area materno-infantile del P.O. di Voghera
Con D.G.R. n. XI/770 del 12 novembre 2018 recante "*Programma regionale straordinario investimenti in sanità - determinazioni conseguenti alla deliberazione di giunta regionale n. XI/24/2018 e stanziamento contributi*" è stato approvato, tra l'altro, l'elenco degli interventi c.d. finalizzati, (All. 2 alla citata D.G.R.) tra cui figura l'"Adeguamento normativo area materno-infantile del P.O. di Voghera".

E' stato affidato l'incarico per la redazione del progetto, il coordinamento alla sicurezza in fase di progettazione ed esecuzione lavori oltre alla D.L.
Il progetto dovrà essere trasmesso in Regione Lombardia entro maggio 2020.

5.4B Introduzione di innovazioni tecnologiche - PACS

Nel 2019 è stato consolidato l'utilizzo del sistema PACS.

Inoltre, è proseguita l'attività di rinnovamento delle tecnologie sanitarie in dotazione all'ASST, sia nell'ambito della diagnostica per immagini radiologica che in quella endoscopica.

Sono stati infatti acquistati ed installati, presso le Radiologie di Voghera e di Vigevano, due nuovi mammografi digitali in grado di effettuare tramite la funzione di tomosintesi, esami tridimensionali, con un'accuratezza diagnostica superiore ed una minor dose di radiazioni alla paziente. Al mammografo di Vigevano è stato inoltre affiancato un sistema digitale per l'esecuzione di biopsie radioguidate, grazie al quale è possibile effettuare prelievi di tessuto con la massima precisione.

Presso il Poliambulatori di Viale Gorizia a Pavia è stato acquistato un densitometro digitale a raggi X (DEXA-MOC), identico ai sistemi già operanti a Vigevano e Voghera, per offrire alle pazienti un percorso diagnostico completo nell'ambito della medicina di genere.

Nell'ambito del progetto di potenziamento dell'attività di chirurgia oftalmica, è entrato in funzione, presso il blocco operatorio di Voghera, un nuovo microscopio operatorio ad alta definizione di ultimissima generazione, che supporta l'oculista nelle fasi più delicate di microchirurgia del segmento anteriore e posteriore dell'occhio.

RISULTATI OTTENUTI:

Miglioramento del parco tecnologico aziendale

5.4C Introduzione di innovazioni tecnologiche – SISTEMA GESTIONE DOCUMENTALE

Nell'ultimo trimestre del 2018 è stato attivato il nuovo sistema per la gestione del protocollo informatico. Tale attività ha rappresentato il primo step per la gestione informatizzata dei documenti aziendali. Il sistema di protocollo infatti rappresenta un modulo della piattaforma di gestione interamente focalizzata sulla gestione dei documenti. La gestione informatizzata dei documenti porterebbe a numerosi vantaggi diretti e indiretti, tra i quali:

- Rintracciabilità in tempo reale di tutti i documenti archiviati;
- Riduzione di costi e tempi di ricerca;
- Possibilità di relazione fra i documenti di tutte le aree aziendali;
- Maggior efficacia nella gestione delle informazioni;
- Flessibilità di gestione dei documenti, essendo essi digitali;
- Trasmissione telematica dei documenti (mediante condivisione);
- Aumento dell'efficienza.

Inoltre il sistema di gestione documentale offre anche la possibilità di creare flussi documentali (work flow) informatizzati, portando a notevole risparmio in termini di efficienza del processo stesso oltre ad un maggiore controllo delle varie fasi del processo.

Durante il triennio 2019 – 2021 verrà consolidato l'utilizzo del nuovo sistema di protocollo informatico introducendo anche la gestione dei fascicoli, verranno inoltre attivati i processi di creazione dei provvedimenti amministrativi di delibere e determine.

RISULTATI OTTENUTI:

Miglioramento del processo di gestione documentale

5. 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:

pubblicazione sul sito aziendale di un report conclusivo atto ad illustrare ai cittadini l'attuazione del Piano.