RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2020

Asst Pavia, il privilegio di essere utili

INDICE

1. IL PIANO DELLE PERFORMANCE ANNO 2020: 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 ... 9

3. ANALISI DEL CONTESTO ... 10

3.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ... 10

4. STATO DI ATTUAZIONE DELLA STRATEGIA AZIENDALE E DEI RELATIVI PIANI OPERATIVI ... 11

4.1 DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI CONNESSI ALLA STRATEGIA DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ... 11
4.1A Favorire il processo di miglioramento della qualità attraverso il miglioramento degli indicatori correlati al Piano nazionale Esiti (PNE), Network delle Regioni e Outcome ... 11
4.1B Favorire la qualità delle Reti clinico assistenziali attraverso il miglioramento degli indicatori di esito clinico ... 12
4.1C Favorire il processo di miglioramento della qualità attraverso la verifica degli elementi della check list regionale di autovalutazione e di altri indicatori di monitoraggio interni ... 12
4.2 DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI CONNESSI ALLA STRATEGIA DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE 23/2015 E SS.MM.II. ... 13
4.2A Attuazione della Legge 23/2015 e ss.mm.ii.: presa in carico dei pazienti cronici ... 13
4.2B Attuazione della Legge 23/2015 e ss.mm.ii.: continuità Ospedale Territorio ... 14
4.3 DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI CONNESSI ALLA STRATEGIA DI MANTENIMENTO DELL'EFFICIENZA E DELL'EFFICACIA COMPLESSIVA DELL'ATTIVITÀ ISTITUZIONALE ORDINARIA ... 15
4.3A Mantenimento dell'efficienza e dell'efficacia complessiva dell'attività istituzionale ordinaria: pianificazione dei processi aziendali ... 15
4.3B Mantenimento dell'efficienza e dell'efficacia complessiva dell'attività istituzionale ordinaria: il sistema dei controlli interni ... 23
4.4 DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI CONNESSI ALLA STRATEGIA MIGLIORAMENTO DEL CONFORT DELLE STRUTTURE AZIENDALI E INNOVAZIONE TECNOLOGICA ... 28
4.4A Adeguamento/miglioramento delle strutture aziendali ... 28
4.4B Introduzione di innovazioni tecnologiche – PACS e Cartella dialitica ... 31
4.4C Introduzione di innovazioni tecnologiche – SISTEMA GESTIONE DOCUMENTALE ... 31
4.4D Introduzione di innovazioni tecnologiche – DEMATERIALIZZAZIONE ... 31

5. CONCLUSIONI ... 32

1. Il Piano delle Performance anno 2020: 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 strategia della ASST Pavia nel corso del 2020 è stata pesantemente condizionata dalla pandemia da SARS COV-2 e, di conseguenza, anche l'attuazione di quanto previsto dal Piano delle Performance 2020-2022.

1.1 Chi siamo

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 stata 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 indicatori 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 pre-covid:

Degenza Ordinaria:	264
Day Hospital/DS:	10
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 pre-covid:

Degenza Ordinaria:	36
Day Hospital/DS:	1
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 pre-covid:

Degenza Ordinaria:	119
Day Hospital/DS:	5
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 pre-covid:

Degenza Ordinaria:	213
Day Hospital/DS:	11
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 pre-covid:

Degenza Ordinaria:	80
Day Hospital/DS:	1
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 pre-covid:

Degenza Ordinaria:	48
Day Hospital/DS:	2
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 pre-covid:

Degenza Ordinaria:	100
Day Hospital/DS:	2
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.

La ASST gestisce, inoltre, poliambulatori territoriali, attività territoriali riconducibili al Dipartimento di Salute Mentale e le attività sanitarie dei tre Istituti Penitenziari della provincia di Pavia.

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 rilascia mediamente 800 provvedimenti all'anno 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
- nutrizione parenterale totale
- ossigenoterapia domiciliare
- erogazione farmaci Ser.D.
- erogazione prodotti per l'assorbenza
- fornitura prodotti per incontinenza non ad assorbenza, stomia e medicazioni
- erogazione diretta presidi per pazienti diabetici portatori di microinfusore/sensore

- casi sottoposti a valutazione, autorizzazione e successiva dispensazione
- casi mobilità sanitaria per protesica e integrativa

- **l'area protesica maggiore,**

- l'area cure primarie,

- l'attività vaccinale: 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.

- **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.
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.

Nell'anno 2020, il contesto esterno è sicuramente dominato dalla pandemia da SARS COV- 2 che in Regione Lombardia ha interessato sostanzialmente tutte le strutture ospedaliere delle diverse Province, anche se con tempistica e modalità differenti, e che ha prodotto una significativa e profonda trasformazione delle attività di erogazione delle prestazioni sanitarie, sia di ricovero che ambulatoriale.

L'esperienza vissuta durante le fasi acute dell'epidemia ha mostrato l'importanza di dotarsi di un sistema di gestione dei flussi di pazienti, sia in Pronto Soccorso che nelle aree di ricovero, tempestivo e rispondente alle repentine variazioni di carico assistenziale.

Nelle fasi acute dell'epidemia gli ospedali si sono dovuti rapidamente riconvertire in strutture di ricovero per malattie infettive con accorpamenti di reparti e reclutamento di personale sanitario da altre aree che hanno conseguentemente ridotto la disponibilità di ricovero sia in area internistica, che in area chirurgica, per i pazienti non affetti da patologia infettiva da COVID.

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 (2020/2022) 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 2020 tenuto conto che la strategia della ASST Pavia nel corso del 2020 è stata pesantemente condizionata dalla pandemia da SARS COV-2 e, di conseguenza, anche l'attuazione di quanto previsto dal Piano delle Performance 2020-2022.

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), Network delle Regioni e Outcome

La valutazione degli indicatori del PNE, del Network delle Regioni e di Outcome è continuata nonostante la pandemia da SARS COV-2.
Si segnala che la rimodulazione dell'offerta sanitaria ha però fortemente condizionato gli esiti.
Il monitoraggio di questi indicatori si esplica attraverso due tipologie di attività:
- la revisione sistematica di tutte le cartelle cliniche afferenti a casi che generano gli indicatori.
  Tale attività, che rientra tra quelle previste dal Piano Annuale dei controlli SDO/Documentazione clinica, ha comportato l'estrazione mensile delle pratiche dal portale di governo regionale. Successivamente tutti i casi sono stati rivisti nell'ottica della congruenza delle SDO in quanto il PNE utilizza proprio le informazioni codificate nelle SDO per il calcolo dei propri indicatori.
  Le cartelle verificate nell'anno sono state complessivamente 307 corrispondenti al 100% di quelle estratte dal portale regionale.
- un'attività di reporting che è proseguita con cadenza trimestrale rispettando le tempistiche dovute alla pubblicazione dei dati sul portale di governo regionale. I dati estratti, opportunamente rielaborati, sono stati inviati ai portatori di interesse interni all'azienda.

Per quanto riguarda gli indicatori PNE e Network Regioni si posizionano in fascia positiva:
-percentuale pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni
-mortalità a 30 giorni dopo scompenso cardiaco
-proporzione di complicanze durante parto e puerperio
-mortalità a 30 giorni dopo ictus ischemico
-tempi di attesa per intervento chirurgico dopo frattura di tibia e perone
-percentuale di parti operativi
-percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche

Si situano invece in fascia intermedia:
-attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella
-attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata
-percentuale di ricoveri medici oltresoglia >65 anni
-mortalità a 30 giorni dopo IMA
-proporzione di parti con taglio cesareo primario
-mortalità a 30 giorni dopo intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco

4.1B 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).

ASST di Pavia ha storicamente sempre partecipato all'inserimento dei dati nelle reti regionali Stroke e Stemi.
Allo stato attuale le due istruzioni operative riguardanti la "Gestione della rete stroke" e la "Gestione della rete stemi" sono in fase di revisione.
L'ufficio Controlli SDO ha comunque sempre continuato l'attività di monitoraggio delle due patologie (Stroke e Stemi) provvedendo all'estrazione mensile dei casi che vengono inviati ai Referenti aziendali per le due reti. E' da segnalare che la partecipazione alle due reti è stata fortemente condizionata dall'emergenza pandemica.

4.1C Favorire il processo di miglioramento della qualità attraverso la verifica degli elementi della check list regionale di autovalutazione e di altri indicatori di monitoraggio interni

La d.g.r. n. XI/2700/2019 prevede, tra le azioni di miglioramento continuo, la verifica degli elementi contenuti nella check list regionale di autovalutazione ed il monitoraggio di altri indicatori pubblicati sul portale di governo regionale.
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) Un set di *indicatori di monitoraggio interno*, calcolati a livello regionale, utilizzati dalla singola azienda a livello locale, per definire le proprie peculiari priorità di miglioramento.

Il 26/08/2020, a mezzo protocollo numero 0056589/20, è pervenuta un lettera riportante le prime indicazioni inerenti le attività "PrIMO". Successivamente, a causa dell'inizio della seconda ondata pandemica, non sono arrivate ulteriori indicazioni pertanto le suddette progettualità sono state considerate temporaneamente sospese.

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

4.2A Attuazione della Legge 23/2015 e ss.mm.ii.: presa in carico dei pazienti cronici

Nel corso del 2019 ASST ha raggiunto gli obiettivi di arruolamento definiti dal livello regionale e ha concordato con la Cooperativa del Medici (CMMC) il volume di prestazioni da dedicare ai pazienti cronici, realizzando delle agende visibili esclusivamente alla CMMC con accesso mediante GP++.
Da gennaio 2020 il Centro Servizi della CMMC prenota in maniera autonoma le prestazioni contenute nei PAI dei pazienti arruolati.
Oltre alla messa a disposizione degli slot, in qualità di erogatore, ci è richiesto di reingegnerizzare le attività ambulatoriali, organizzando ambulatori per l'esecuzione nella medesima giornata di alcune delle prestazioni sanitarie previste nel singolo PAI.
La pandemia da SARS COV-2 ha modificato in modo sostanziale le modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali e ASST, nel corso del 2020, ha ottemperato alle indicazioni regionali in materia.
In ottemperanza alle DGR 3115 del 07/05/2020 e 3264 del 16/06/2020, dovendo assicurare ai pazienti la disponibilità di assistenza sanitaria qualificata facendo ricorso a modalità di erogazione alternative alla presenza in ambulatorio del paziente, l'ASST di Pavia, con deliberazione n. 454 del 3/8/2020 ha approvato il "Programma di attivazione di servizi di telemedicina ASST di Pavia", integrato con DGR 3528/2020.
ASST Pavia ha attivato la sperimentazione della tele-visita indicando agli specialisti di collocare una prestazione tra le visite ambulatoriali, tenendo conto della necessità di dilazionare i tempi delle visite per assicurare il distanziamento sociale, nell'ottica di ottimizzare l'impiego del personale.
Le prestazioni maggiormente erogate sono le visite di controllo nell'ambito della diabetologia, endocrinologia, nutrizione, fisiatria, osteoporosi, riabilitazione cognitiva.
In qualità di Ente Gestore, anche nel 2020, sono stati contattati tutti i pazienti in carico e sono stai rinnovati mediante tele-visita cercando di assicurare tutte le prestazioni contenute nel PAI.
In qualità di erogatore, a seguito dell'emergenza pandemica, sono stati ridotti i posti messi a disposizione della CMMC in attesa di poterli riattivare completamente.

4.2B Attuazione della Legge 23/2015 e ss.mm.ii.: continuità Ospedale Territorio

Con la DGR n. XI/2019/2019, Ragione ha fornito le prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei servizi che si collocano tra l'ospedale per acuti ed il domicilio o ambiti di cura ed assistenza quali le RSA e le RSD ovvero le degenze di comunità ed i presidi territoriali quali i PRESST ed i POT.

La programmazione e l'organizzazione di questi servizi deve coniugare la necessità di prevedere un uso più appropriato delle strutture e di fornire sul territorio servizi che garantiscano:
a) semplicità di individuazione del tipo di unità di offerta necessaria da parte dei cittadini;
b) facilità di accesso alle informazioni quali - quantitative relative all'offerta disponibile nel territorio ed ai tempi di attesa necessari per accedere ai servizi;
c) maggiore governo e controllo della rispondenza dei servizi erogati ai bisogni individuati al momento della valutazione multidimensionale che stabilisce la necessità di accedere ai servizi;
d) riclassificazione, secondo la nuova tipologia di offerta della degenza di comunità e dei suoi due livelli di complessità.

Le progettualità sono state riviste nella logica di fornire una pronta risposta alla pandemia da SARS COV-2.
Per far fronte alle esigenze espresse dal territorio di riferimento, a partire dal 22 ottobre 2020 ASST Pavia ha attuato la trasformazione temporanea della Medicina Interna a bassa intensità di cura dell'Ospedale di Casorate Primo in Cure Subacute a favore di pz COVID positivi paucisintomatici.

Inoltre, In ottemperanza alla DGR XI 3876/2020, al fine di perseguire un approccio integrato ospedale-territorio per l'assistenza e la cura del paziente affetto da COVID–19, ASST ha progettato l'istituzione di Centri territoriali COVID per offrire uno strumento al medico di famiglia per l'inquadramento diagnostico, la sorveglianza e la gestione di casi che non richiedano l'ospedalizzazione.
L'obiettivo del progetto è strutturare nel territorio provinciale un servizio ambulatoriale avanzato che garantisca la continuità tra ospedale e territorio, implementando un modello organizzativo per la presa in carico di pazienti COVID i quali, in base alla stratificazione della condizione di rischio secondo i parametri individuati nell'allegato alla citata DGR "Atti di indirizzo per la gestione integrata ospedale-territorio per l'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19 o sospetti", siano arruolabili per il percorso presso il Centro Territoriale COVID.
Nei primi mesi del 2021, si è data concreta attuazione alla progettualità esposta attraverso l'apertura del Centro territoriale Covid a Mede.

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

4.3A 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 del Piano delle Perfomance 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,
- informazione alle OO.SS. rappresentative delle distinte aree contrattuali,
- 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).
Inoltre, è possibile la realizzazione, in corso d'anno, di iniziative formative inizialmente non comprese nel Piano di Formazione secondo il principio di "integrazione al Piano".

Nel corso dell'anno 2020, allo scopo di garantire l'attuazione del Piano pur a fronte delle limitazioni e delle difficoltà generate dalla sopravvenuta emergenza pandemica da SARS COV2, l'Ufficio Formazione si è intensamente adoperato allo scopo di supportare i Responsabili Scientifici nel processo di attuazione del Piano prevalentemente in modalità FAD.
In particolare, risulta essere stata incrementata la somministrazione di formazione in area "sicurezza educazione alla salute".

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 SSR deve predisporre, con cadenza annuale, in conformità e coerenza con specifiche direttive regionali, 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 differenti aree contrattuali. Ciascuna Azienda del SSR 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.

Nell'anno 2020, l'attuazione del PGRU, ovvero la costituzione dei rapporti di dipendenza previsti nel predetto documento programmatorio, è stata pesantemente condizionata dall'intervenuta emergenza pandemica da SARS COV2.

Per contingenti ragioni di emergenza ASST Pavia ha provveduto alla costituzione di rapporti di lavoro, nelle forme consentite, funzionali al contrasto della pandemia.

Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza 2020-2022

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 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.

Il Piano Nazionale Anticorruzione, approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), prevede che le amministrazioni pubbliche, al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione, realizzino forme di consultazione con il coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni portatrici di interessi collettivi in occasione dell'elaborazione/aggiornamento del proprio Piano.

In questa logica, ASST ha pubblicato sul sito aziendale un avviso rivolto ai cittadini, a tutte le associazioni o altre forme di organizzazione portatrici di interessi collettivi, alle organizzazioni di categoria, alle organizzazioni sindacali, nonché ai dipendenti operanti nell'ambito dell'ASST di Pavia, al fine di consentire loro di formulare osservazioni finalizzate ad una migliore individuazione delle misure per prevenire la corruzione.

Il Piano di Prevenzione della Corruzione 2020-2022 risulta redatto in continuità con i contenuti dei precedenti Piani e dà particolare rilevanza alle azioni preventive in materia di acquisizione, progressione del personale e gestione dei rapporti di lavoro, affidamento di lavori, servizi e forniture e area gestione del patrimonio.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2020	PERFORMANCE 2020
Numero misure adottate/numero totale misure	100%	100%*
Attuazione piano dei controlli	100%	100%*
Azioni di sensibilizzazione rivolte al Personale	Almeno n.1 iniziativa anche attraverso FAD	100%*

*La pandemia da Covid-19 ha sconvolto l'operatività dell'ASST, sia sul piano dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, che sono state pressoché totalmente concentrate nella gestione dell'emergenza sanitaria, richiedendo uno sforzo costante e straordinario di tutti gli Operatori sanitari, sia anche sul piano amministrativo, con particolare riferimento alla funzioni di approvvigionamento di beni e servizi e risorse umane.
Dette aree di attività sono state concentrate nella gestione dell'emergenza, dovendo provvedere ad acquisti di dispositivi medici e servizi di supporto all'area sanitaria e naturalmente alle assunzioni straordinarie di personale ed ad un turn over di carattere eccezionale. Più in generale, si è assistito ad un rallentamento delle attività progettuali e degli obiettivi assegnati con il Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020-2022. I servizi amministrativi hanno indirizzato principalmente il proprio lavoro, nella gestione dei processi di reclutamento del personale, degli approvvigionamenti, della logistica, degli interventi strutturali, della consulenza legale e assicurativa e nella gestione dei flussi documentali ed informativi da e verso Regione.
L'attività amministrativa è stata di supporto a quella sanitaria e sociosanitaria, la quale, pur non subendo rallentamenti, ha concentrato le proprie forze sulle necessità giuridiche, amministrative collegate alla gestione dell'emergenza pandemica, tralasciando talune attività collegate alle misure individuate nel Piano anticorruzione in quanto considerate non prioritarie in stato di emergenza.
Per quanto sopra, il Responsabile per la prevenzione della corruzione ha ritenuto di sospendere l'applicazione di talune misure, previste nel Piano anticorruzione quali attività da porre in essere nel 2020 e a rinviarle al 2021.

Non vi sono stati invece rallentamenti in merito all'attuazione degli obblighi di trasparenza, le cui scadenze sono state regolarmente rispettate. Dall'analisi dell'NVP è emerso un sostanziale adempimento degli obblighi di trasparenza con talune criticità relative all'utilizzo di formati non sempre "aperti" ed alla mancata effettuazione di una customer sui servizi erogati.

Alla luce di quanto definito nel DFP-0080611-P-30/12/2019 che, al termine di una fase di sperimentazione, ha definito un set di 15 indicatori comuni alle Pubbliche Amministrazioni che dovranno essere oggetto di monitoraggio e potranno rientrare nei Piani della Performance, è stato monitorato il seguente indicatore:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2020	PERFORMANCE 2020
Grado di trasparenza dell'amministrazione L'indicatore si calcola come rapporto tra punteggi associati alle attestazioni rilasciate dall'OIV. Numeratore: si considera la somma dei punteggi assegnati ad ogni singola cella della griglia di rilevazione dall'OIV (di cui alla delibera ANAC n. 141 del 2019). Denominatore: si considera la somma dei punteggi massimi conseguibili per ciascuna cella.	90%	80%

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 2020	PERFORMANCE 2020
Effettuazione delle programmazione per acquisti > 40.000	100%	100%
Aggiornamento programmazione	100%	100%
Pubblicazione programmazione	100%	100%
Utilizzo strumenti messi a disposizione dalla DG Welfare: modulo budget	100%	100%

Il Percorso attuativo della certificabilità (PAC)

DURATA: Triennale

UFFICIO/UOS/UOC DI COMPETENZA: UOC Economico-Finanziaria

Come specificato nelle Regole 2020, nel corso del 2019 si sono sostanzialmente completate le aree mancanti del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci degli Enti del SSR di cui alla L.R. n. 23/2015, per le quali la D.G.R. n. 7009/2017 aveva previsto l'approvazione e la progressiva implementazione delle relative procedure (Area E) Rimanenze, Area F) Crediti e Ricavi, Area G) Disponibilità Liquide e Area I) Debiti e Costi).

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. 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.

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 2020/2022 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.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2020	PERFORMANCE 2020
Rispetto dei piani dei costi	100%	100%
Rispetto dei crono programmi definiti	100%	100%

Il Piano di Governo dei tempi d'attesa

DURATA: Annuale

UFFICIO/UOS/UOC DI COMPETENZA: UOS Specialistica Ambulatoriale

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PIANO: i Piani attuativi di governo (PGTA) monitorano il raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015 e in accordo con le disposizioni contenute nelle Regole di Sistema 2020.

L'ASST, analogamente e di concerto con i Piani attuativi delle ATS, presenterà, come consuetudine avvenuta negli anni passati, alle ATS e alla DG Welfare i Piani Aziendali di Governo (PGTAz) secondo le scadenze prefissate dalla normativa.

I PGTA, contenenti i dati e le proiezioni sul semestre successivo, devono chiarire le azioni che si intendono intraprendere, le motivazioni delle scelte effettuate e la sintesi dei contenuti finalizzati al rispetto dei Tempi Obiettivo di cui alla citata normativa di riferimento, dando spazio alle valutazioni relative alle prestazioni ritenute critiche in rapporto agli obiettivi prefissati; dovranno inoltre contenere la descrizione sintetica dell'intera produzione della struttura interessata.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2020	PERFORMANCE 2020
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%	La pandemia ha fortemente condizionato la possibilità di erogazione delle prestazioni ambulatoriali. ASST si è attenuta alla indicazioni nazionali e regionali in materia.

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

Le attività di Risk Management 2020 connesse alla Gestione del Rischio Clinico sono state pianificate e realizzate riferendosi:
- ai risultati dell'analisi di rischiosità aziendale 2019 (si veda report Mappatura Sinistri di Regione Lombardia);
- alle segnalazioni di eventi sentinella o di eventi avversi;
- alle indicazioni fornite dal documento di indirizzo regionale in tema di Risk Management;
- ai report di monitoraggio;
- alle azioni per la prevenzione ed il contenimento dell'infezione da SARS-CoV-2.

Sono stati presi in considerazione, inoltre, i risultati dell'attività di Audit condotta nel 2019:
"Igiene delle Mani – WHO 2010 e Dress Code"
"Documentazione clinica – Antibiotico profilassi preoperatoria"
"Check-list 2.0 e Time Out" in sala operatoria.
Anche nel 2020 si è riproposta la necessità di promuovere progetti legati ad aree trasversali che al contempo rispondessero in modo appropriato alle specifiche esigenze dell'ASST nella sua globalità, integrando quelli, a valenza aziendale, riconducibili al Miglioramento Continuo della Qualità (si vedano standard e indicatori PIMO) e all'attività svolta dal Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO). La pianificazione di tali progetti ha, altresì, preso in considerazione gli Indicatori di benchmarking (area Risk Management) elaborati da Regione Lombardia per il triennio 2017-2019.
Ai fini della programmazione e realizzazione del Piano Annuale di Risk Management 2020 si è tenuto conto anche della casistica di farmaco ed emovigilanza, nonché dell'attività svolta in Co.Ge.Ri. e CVS.
Con riferimento alla pandemia da Covid-19, la UOC Rischio e Qualità, cui afferisce il Risk Manager, ha svolto in questa fase emergenziale un importate ruolo di facilitatore tra le diverse realtà aziendali coordinando e guidando tutto il sistema interno documentale a supporto della ridefinizione organizzativa dettata dalle disposizioni regionali e nazionali.
La UOC Rischio e Qualità ha contribuito alla produzione documentale collaborando alla definizione di percorsi, procedure e istruzioni aziendali che comprendono anche quelle specifiche per la tutela degli operatori e la sicurezza dei pazienti.

Indicatori scelti per la valutazione dell'attuazione del Piano:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2020	PERFORMANCE 2020
Presentazione del piano entro i tempi definiti dalle regole	Rispettate le scadenze	Il PARM 2020 è stato predisposto ed inoltrato in Regione nelle rispetto dei tempi definiti dalle regole di sistema (31/03/2020)
Presentazione della rendicontazione delle attività per l'anno precedente	Rispettate le scadenze	Nel rispetto dei tempi stabiliti nel cronoprogramma, è stata elaborata la relazione conclusiva del PARM 2020 ed è stata inoltrata alla Regione (31/03/2021)
Effettuazione delle attività previste nei progetti specifici	Realizzazione oggettiva dei progetti	I progetti pianificati e descritti nel PARM 2020 sono stati realizzati al 100%

Il Piano Rischio infettivo

DURATA: Il piano è stato redatto nel 2018 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 nella sua globalità (ivi compreso il rischio di infezione da SARS-CoV-2).
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 prefissati sono stati raggiunti grazie anche alla collaborazione di altre strutture (UOC Laboratorio Analisi e UOS Servizio di Prevenzione e Protezione)oltre che delle DMP:

- 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 2020	PERFORMANCE 2020
Alimentare il flusso regionale	Rispettate le scadenze	Scadenze rispettate
Svolgere le attività di sorveglianza	Redazione report	Soso state effettuate le attività di sorveglianza diretta secondo cronoprogramma e sono stati elaboratati i rispettivi report inviati, per quanto di competenza, alle DM, al DAPPS, al Risk Manager, ai Responsabili di UU.OO e ai Coordinatori.
Effettuazione studi di prevalenza	Redazione report	A causa della pandemia Covid-19 gli Studi di prevalenza programmati semestralmente sono stati sospesi e posticipati al 2021
Effettuazione delle attività previste nei progetti specifici	Realizzazione oggettiva dei progetti	I progetti pianificati sono stati realizzati nel rispetto della tempistica e della metodologia

4.3B 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 Perfomance si da evidenza dell'articolazione del sistema dei controlli interni.

Piano Annuale dei controlli SDO/Documentazione clinica anno 2020

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 alle Regole di Sistema anno 2020.
Il Piano Annuale dei controlli SDO/Documentazione clinica 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;

-verificare l'aderenza alle procedure aziendali e alla normativa nazionale e regionale vigente.

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 2020.

Le tipologie di controllo messe in atto sono state:
- AUTOCONTROLLO CONGRUENZA COME DA REGOLE DI SISTEMA 2020 (numerosità campione: 3,5% della produzione dell'anno precedente)
- AUTOCONTROLLO QUALITA'COME DA REGOLE DI SISTEMA 2020 (numerosità campione: 3% della produzione dell'anno precedente)
- VERIFICHE INTEGRATIVE (numerosità campione: 7% della produzione dell'anno precedente)
- CONTROLLI FORMALI e CONTROLLI da dati informatici effettuati mensilmente, prima dell'invio in Regione/ATS.

Nonostante la pandemia SARS COV-2 abbia necessariamente modificato la programmazione di alcune attività e l'organizzazione delle verifiche si è riusciti a soddisfare gli obiettivi posti dal Piano Annuale dei controlli SDO/Documentazione clinica anno 2020. In particolare:

- come da deliberazione XI/2672 del 16.12.2019 (Regole di Sistema 2020) è stato eseguito l'autocontrollo di congruenza ed appropriatezza sulle prestazioni di ricovero tramite campionamento effettuato sulla produzione gennaio-aprile, con una numerosità pari al 3,5% della produzione dell'anno 2019. Il totale delle cartelle verificate è stato pari a 1.036 corrispondenti al 100% di quanto pianificato. Gli esiti sono stati inviati in ATS entro la data stabilita del 30 giugno 2020 a mezzo di protocollo numero 0040972/20 del 25.06.2020.

- L'autocontrollo della qualità della documentazione clinica non è stato eseguito a seguito della sospensione dell'attività di controllo del NOC riguardante l'autocontrollo (nota pervenuta da ATS PAVIA prot. n. 0030577 del 15.06.2020). La successiva nota ATS prot. N.0048469 del 20.09.2020 ha confermato la sospensione completa di tale tipologia di verifica.

- Per quanto concerne l'attività di verifica interna integrativa che, da Piano aziendale, prevedeva il controllo di un numero di pratiche di ricovero pari al 7% della produzione 2019 (pari a 2037 cartelle) è da segnalare che la percentuale di cartelle sottoposte a verifiche integrative sia di congruenza sia di qualità durante l'anno (totale 3377) ha superato nettamente le previsioni attestandosi al 11,6% c.a. della produzione complessiva del 2019.

All'attività ordinaria, legata agli obiettivi posti dal Piano Annuale dei controlli SDO/Documentazione clinica anno 2020, si è aggiunta la codifica/revisione sistematica di tutte le SDO afferenti ai casi e contatti Covid-19 aziendali per un totale di 2368 pratiche verificate sia da remoto sia, ove possibile, in presenza.

Complessivamente, durante l'anno 2020, l'attività di controllo in merito a congruenza ed appropriatezza (comprendente autocontrollo, verifiche integrative, verifiche dei casi e contatti Covid-19 e PNE) ha riguardato 7.088 cartelle pari al 34,9 % dei ricoveri totali dell'anno (20.304).
E' da segnalare un aumento netto delle percentuali di cartelle controllate rispetto al 2019 anno in cui era stato verificato il 19% della produzione complessiva.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2020	PERFORMANCE 2020
n° *cartelle* controllate/ n. cartelle programmate	>90%	Obiettivo raggiunto
n° eventi formativi erogati/ n° eventi programmati	100%	Il corso dal titolo "Focus on DRG-PNE e Qualità documentale" in quanto programmato in modalità interattiva è stato annullato a seguito della emergenza pandemica ed è stato rinviato all'anno 2021 in modalità FAD

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 2020 e i correlati centri di responsabilità.

L'evento pandemico ha condizionato l'attività del gruppo di Internal Auditing che, tuttavia, è proseguita con le limitazioni derivanti dalla situazione contingente e dalla necessaria riduzione di tutte le attività in presenza prevedendo soluzioni alternative a distanza.

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2020	PERFORMANCE 2020
Formalizzazione del Piano di Internal Audit nei tempi previsti da Regione Lombardia	100%	100%
Effettuazione degli audit previsti nel Piano di Internal Audit	100%	100%
Effettuazione dei follow Up previsti nel Piano di Internal Audit	100%	100%

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 2020	PERFORMANCE 2020
N° controlli/anno sulla regolare esecuzione del servizio di pulizia	12 controlli /anno	n. 84 schede di controllo
N° controlli/anno presso i reparti ospedalieri sulla erogazione del servizio di lavanolo	12 controlli/anno	n. 38 schede di controllo
N° controlli/anno sulla qualità del servizio di ristorazione	5 controlli/anno	n. 10 check list di controllo
N° controlli/anno sulla gestione dei magazzini economali	4 controlli/anno	n. 12 verbali di controllo

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.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2020	PERFORMANCE 2020
Rilevazione dei parametri attraverso monitoraggi ambientali e biologici secondo il D. Lgs.81/08 e s.m.i.	100%	100%

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 2018 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.
Nella sottostante tabella sono riportate le UU.OO./Servizi interessati all'indagine per l'anno 2020 che avranno come processo la verifica del rischio legato alla prevenzione incendi, il Regolamento sul fumo nonchè l'area tematica alimentazione.

RISCHIO INCENDIO	
Stabilimenti ospedalieri e/o sedi territoriali	**UU.OO./ Servizi oggetto dell'audit nell'anno 2020**
**VOGHERA	Medicina delle Comunità - Vaccinazioni
VOGHERA	Rianimazione
CASTEGGIO	CRA
VIGEVANO	Radiologia
VIGEVANO	Pediatria
MORTARA	Riabilitazione
MEDE	CPS
PAVIA	CPS

** In sostituzione del Nuovo DEA utilizzato per pazienti COVID-19.

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

4.4A Adeguamento/miglioramento delle strutture aziendali

A seguito dell'emergenza pandemica, l'art 2 del DL 34/2020 e le Linee di indirizzo emanate in data 29/5/2020, sulla base della popolazione residente in Regione Lombardia, prevedono di strutturare una dotazione di 1.446 posti letto di Terapia Intensiva e una riqualificazione di ulteriori 704 letti di terapia semi intensiva che devono essere in grado di supportare attività di assistenza ventilatoria in area medica, fruibili anche per attività infettivologica, almeno la metà dei quali (352) in grado di poter essere tempestivamente riconvertiti in letti di Terapia Intensiva, definendo, inoltre, lo stanziamento delle risorse necessarie.

Per la ASST il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera prevede investimenti per effettuare i seguenti interventi:

Moduli di Terapia Intensiva

- Ospedale di Voghera: realizzazione in locali nuovi attualmente allo stato rustico di infrastrutture con l'attuazione di componente impiantistica e acquisizione di componenti tecnologiche (T.I.01) - importo complessivo € 2.926.300,00
- Ospedale di Vigevano: realizzazione di un sopralzo sul PS esistente con l'attuazione di componente impiantistica e acquisizione di componenti tecnologiche (T.I.02) - importo complessivo € 3.268,700,00

Moduli di semi intensiva

- Ospedale di Voghera: Adeguamento impiantistico e tecnologico (Medicina 4°piano - S.I.01) - importo complessivo € 585.600,00
- Ospedale di Voghera: Adeguamento impiantistico strutturale e tecnologico (Cardiologia 1° piano - S.I.02) - importo complessivo € 292.800,00
- Ospedale di Vigevano: Adeguamento impiantistico strutturale e tecnologico (Cardiologia 1° piano - S.I.03) - importo complessivo € 280.600,00
- Ospedale di Stradella: Adeguamento impiantistico strutturale e tecnologico (Medicina 3° piano - S.I. 04) - importo complessivo € 585.600,00

Interventi in Pronto Soccorso

- Ospedale di Vigevano: Realizzazione nuova struttura in area contigua al DEA esistente (P.S.01) - importo complessivo € 400.160,00
- Ospedale di Vigevano: Realizzazione nuova struttura in ampliamento al DEA esistente (P.S.02) - importo complessivo € 164.700,00
- Ospedale di Voghera: Realizzazione nuova struttura in ampliamento al DEA esistente (P.S.04) - importo complessivo € 164.700,00
- Ospedale di Stradella: Ampliamento dell'area isolamento con adeguamento strutturale e tecnologico (P.S.05) - importo complessivo € 217.160,00

Inoltre, con deliberazione di Giunta Regionale n. XI/3479 in data 5 agosto 2020 è stato approvato l'elenco degli interventi di cui alla ricognizione finalizzata alla redazione del **Piano Pluriennale degli investimenti in sanità**, tra i quali figurano:

Ospedale di Vigevano

- Ambito B: Potenziamento impianto aeraulico U.O. Rianimazione, Unità Coronarica e Blocco operatorio per l'importo complessivo di € 1.850.000,00
- Ambito F: Adeguamento alla normativa antincendio percorsi orizzontali, scala servizio scuola infermieri per l'importo complessivo di € 2.500.000,00

Pavia

- Ambito E: Efficientamento energetico e impianto di condizionamento immobile Viale Gorizia Pavia, sede CUP, CPS ed Ambulatori per l'importo complessivo di € 1.500.000,00.

Detti interventi risultano finanziati con decreto della Direzione Generale Welfare n. 10852 del 17 settembre 2020 ed entro 30 mesi dalla data del Decreto dovrà essere trasmesso alla Direzione Generale Welfare idonea comunicazione di avvio dei lavori certificata dal Direttore dei lavori.

Inoltre, ASST è impegnata al **miglioramento del confort delle strutture aziendali** dando attuazione a quanto segue:

Presidio Ospedaliero di Varzi: Adeguamento P.O. di Varzi alle norme di accreditamento area degenza, area ambulatoriale e Pronto Soccorso
Con deliberazione n. 609 del 21 ottobre 2020 sono stati affidati i lavori in argomento, i lavori avranno inizio nel 1 trimestre 2021 con conclusione prevista in giorni 330

Immobile Viale Montegrappa Vigevano: Manutenzione straordinaria
I lavori sono stati aggiudicati con deliberazione n. 513 in data 8 luglio 2019, I lavori avranno inizio nel secondo trimestre 2021 e dovranno essere ultimati entro 287 giorni dalla data del verbale di inizio lavori.

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 in corso e saranno ultimati nel secondo semestre 2021.

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 in corso.

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", intervento approvato con decreto n. 9029 del 21 giugno 2019.
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. I lavori sono in corso.

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 in corso, l'ultimazione è prevista nel secondo semestre 2021.

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

I lavori sono stati aggiudicati con deliberazione n. 309 del 23 giugno 2020 ed avuto inizio in data 03/11/2020 con ultimazione prevista nel mese di novembre 2021.

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".
Gli interventi previsti sono finalizzati a migliorare la qualità ed ottimizzare le risorse per elevare gli standard dei servizi erogati. E' in fase di espletamento la procedura di gara per l'affidamento dei lavori (entro maggio 2021)

Incremento livelli di sicurezza antincendio del padiglione "H" del P.O. di Voghera: adeguamento impianti gas medicinali, elettrici, antincendio ed Evac";
Con decreto della Direzione Generale Welfare n. 16756 del 21 novembre 2019 viene assegnata a questa ASST la somma di € 2.900.000,00 per l'intervento "*Incremento livelli di sicurezza antincendio del padiglione H del P.O. di Voghera: adeguamento impianti gas medicinali, elettrici, antincendio ed EVAC*";
Entro 30 mesi dalla data del Decreto dovrà essere trasmesso alla Direzione Generale Welfare idonea comunicazione di avvio dei lavori certificata dal Direttore dei lavori.
E' in fase di espletamento la procedura di gara per l'affidamento dell'incarico per la progettazione, Direzione Lavori, Coordinamento alla sicurezza in fase di progettazione ed esecuzione lavori.

4.4B Introduzione di innovazioni tecnologiche – PACS e Cartella dialitica

La progettazione, l'implementazione e l'attivazione di un impianto PACS (sistema informativo di Radiologia) operante al supporto delle radiologie aziendali, ed integrato con i sistemi clinici aziendali, sta determinando la possibilità sia per i medici radiologi sia per i clinici che operano nei diversi setting assistenziali (reparto/ambulatorio/ps) di accedere in autonomia al dossier radiologico di un paziente in trattamento intra ed inter presidio.
Nel corso del 2018 è stata aggiudicata la gara e si è dato avvio al contratto di gestione; a partire dal mese di settembre 2018 è stato attivato il nuovo sistema di gestione della radiologia (RIS) presso tutte le sedi aziendali integrato con il sistema CUP, il sistema di reparto e di PS. Nei mesi di ottobre e novembre sono stati attivati i sistemi PACS presso tutte le radiologie aziendali. Tali sistemi comunicano con il sistema centrale ridondato e integrato con il sistema di conservazione digitale delle immagini PACS e dei referti di radiologia.

La modalità di consegna delle immagini PACS su supporto CD è stata implementata nel corso del 2019 su tutti i presidi ed è stata consolidata nel 2020.

4.4C Introduzione di innovazioni tecnologiche – SISTEMA GESTIONE DOCUMENTALE

A partire dalla fine del 2018 è stato progressivamente attuato un progetto di digitalizzazione dei sistemi di gestione documentale, in possesso dei requisiti stabiliti dal D.Lgs. n.82/2005 e s.m.i. (Codice dell'Amministrazione Digitale) e dai successivi decreti attuativi (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 dicembre 2013 "Regole tecniche sul protocollo informatico", Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 novembre 2014 "Regole tecniche in materia di documenti informatici"), che ha stabilito tre ambiti di azione: la prima, di tipo informatico, consistente nell'introduzione di un complesso applicativo informatico, la seconda, di tipo organizzativo, consistita nella ricognizione e revisione dell'organizzazione del lavoro all'interno delle unità operative maggiormente impattate dal nuovo sistema; la terza, inerente la formazione degli Operatori coinvolti.
In applicazione della predetta progettualità, risulta operativo il sistema di protocollo informatico relativo ai documenti amministrativi, in entrata ed in uscita, integrato con la PEC istituzionale e potenzialmente integrabile con le altre PEC. È inoltre avviato il "libro firma" informatico, per la firma digitale, protocollazione ed invio dei documenti all'esterno. Il sistema di gestione documentale offre anche la possibilità di creare flussi documentali (workflow) informatizzati, portando a notevole risparmio in termini di efficienza del processo stesso oltre ad un maggiore controllo delle varie fasi del processo.
Nel corso dei primi mesi del 2020, è stato implementato il work flow di creazione di creazione degli atti dirigenziali (determine), che risulta pienamente operante.

4.4D Introduzione di innovazioni tecnologiche – DEMATERIALIZZAZIONE

Alla luce di quanto definito nel DFP-0080611-P-30/12/2019 che, al termine di una fase di sperimentazione, ha definito un set di 15 indicatori comuni alle Pubbliche Amministrazioni che dovranno essere oggetto di monitoraggio e potranno rientrare nei Piani della Performance, è stato inserito il seguente indicatore:

INDICATORE	VALORE OBIETTIVO AL 31 DICEMBRE 2020	PERFORMANCE 2020
Dematerializzazione procedure Procedura di gestione presenze-assenze, ferie-permessi, missioni e protocollo integralmente ed esclusivamente dematerializzata [full digital). Tale indicatore assume valore "si" se almeno tre processi su quattro sono digitali, altrimenti assume valore "no".	SI	SI Tutti i processi oggetto dell'indicatore sono dematerializzati (gestionale Gpi e gestionale Siav)

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.