



*“Salus publica, suprema lex”
XII Tavole*

PIANO DELLA PERFORMANCE (2014-2016)

AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA



LETTERA APERTA AI CITTADINI

Gentile Cittadino,

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

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

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

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

Per questo motivo, l'Azienda Ospedaliera di Pavia ha costruito il proprio "Piano della Performance" per il triennio 2014-2016, documento che trova pubblicazione sul sito internet aziendale, affinché Ella ne possa prendere visione e possa, in tal modo, conoscere i principi ispiratori della politica sanitaria di questa Azienda ed i suoi principali programmi ed obiettivi.

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

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Daniela TROIANO)



PIANO DELLA PERFORMANCE

AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA

LETTERA APERTA AI CITTADINI	2
1 INTRODUZIONE.....	4
1.A. Definizione di “Performance”	4
1.B. Il Piano della Performance e gli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale della A.O. di Pavia	5
1.C. I livelli di intervento e di responsabilità	6
1.D. “Gli attori” del Piano della Performance	7
2 L’AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA	8
2.A. La “fotografia” dell’Azienda.....	8
2.B. Vision.....	11
2.C. Mission.....	11
3 LE STRATEGIE (TRIENNIO 2014-2016).....	13
3.A. La strategia dell’A.O. della Provincia di Pavia (2014-2016)	13
3.B. Indicatori di performance strategici	17
4 LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI	19
4.A. Piena operatività Posti Letto di cure sub acute.....	19
4.B. Progressivo azzeramento dei Day Hospital con motivo diagnostico.....	21
4.C. Progressivo contenimento dei 108 DRG a rischio inappropriately	25
4.D. Miglioramento dell’appropriatezza della prescrizione di prestazioni di laboratorio a pazienti ricoverati	28
4.E. Implementazione del sito internet aziendale.....	31
4.F. Attività di ristrutturazione e di costruzione di nuove strutture sanitarie	34
4.G. Focus su iniziative di formazione di particolare rilievo e interesse scientifico	38
4.H. Revisione del processo di valutazione del personale dipendente	40
4.I. Adesione al piano attuativo di certificabilità di bilancio delle aziende sanitarie lombarde (PAC).....	42
4.L. Attuazione del Programma triennale per la Trasparenza e l’Integrità	45
4.M. Diffusione e attuazione del piano di prevenzione della corruzione.....	47
4.N. Diffusione del Codice di comportamento aziendale	49
5 LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE.....	51
5.A. Gli obiettivi del periodo di riferimento anno 2014.....	51
6 CONCLUSIONI	57



1 INTRODUZIONE

1.A. Definizione di “Performance”

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Il Piano della Performance si integra, dunque:

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

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

Occorre precisare che, come indicato nelle Regole di sistema, nell'ambito del Programma di Miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente, Regione



Lombardia nel corso del 2014 renderà disponibile un manuale utile per la realizzazione del Piano Integrato di Miglioramento dell'organizzazione, il cui intento è quello di perseguire un approccio sistemico ed integrato delle azioni di miglioramento delle diverse aree aziendali attraverso il coinvolgimento diretto dei responsabili dei processi chiave.

In questa logica, anche il Piano della Performance troverà una propria collocazione nell'ambito del più ampio programma di miglioramento della qualità.

1.C. I livelli di intervento e di responsabilità

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

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



1.D. “Gli attori” del Piano della Performance

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

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

(Fonti consultate:

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



2. L'AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA

2.A. La "fotografia" dell'Azienda

Ospedale Civile di Voghera



Sede: Via Volturno, 14 – 27058 Voghera

Posti letto:

Degenza Ordinaria:	290
Day Hospital:	15
R.U. 486:	2
Emodialisi:	13
B.O.C.A.:	8
M.A.C.:	12
Culle Nido:	21

Ospedale S.S. Annunziata di Varzi



Sede: Via Repetti, 2 – 27057 Varzi

Posti letto:

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

Ospedale Unificato di Broni-Stradella



Sede: Via Achilli, 1 – 27049 Stradella

Posti letto:

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

Ospedale Arnaboldi di Broni



Sede: Via Emilia, 351 – 27043 Broni

Posti letto:

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



Ospedale Civile di Vigevano



Sede: C.so Milano, 19 – 27029 Vigevano

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

Ospedale Carlo Mira di Casorate P.



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

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

Ospedale San Martino di Mede



Sede: Via dei Mille, 23 – 27025 Mede

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

Ospedale Asilo Vittoria di Mortara



Sede: Strada Pavese, 1125 – 27036 Mortara

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



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

Di seguito si espone un quadro dei dati dell'azienda relativi al biennio 2012 e 2013:

Area	Misure	2012	2013
Ricoveri Regime Degenza Ordinaria	Dimessi	31.956	31.916
	Degenza Media	8,87	8,94
	Peso Medio Drg Medici	0,86	0,84
	Peso Medio Drg Chirurgici	1,36	1,39
Ricoveri Regime Day Hospital	Dimessi	3.539	3.265
	Accessi	4.009	3.679
Ambulatoriale	Quantità Prestazioni erogate	3.733.392	3.714.244
Pronto Soccorso	Numero accessi	108.162	105.176



2.B. Vision

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

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

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

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

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

2.C. Mission

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

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

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

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

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



L'ESSENZA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE:

3. LE STRATEGIE (TRIENNIO 2014-2016)
4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI (TRIENNIO 2014-2016)
5. LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE (ANNO 2014)



3 LE STRATEGIE (TRIENNIO 2014-2016)

3.A. La strategia dell'A.O. della Provincia di Pavia (2014-2016)

Le strategie che ispirano la pianificazione dell'Azienda Ospedaliera di Pavia si conformano alle linee-guida definite dalla pianificazione strategica fatta da Regione Lombardia. Tenuto conto del superiore riferimento regionale e delle specificità aziendali, questa Azienda focalizza la propria pianificazione strategica triennale (2014/2016) sulla progettualità, di seguito, illustrata.

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

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

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

Nel dicembre 2013 l'Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia ha **attivato presso l'Ospedale di Varzi 15 posti letto dedicati alle cure sub acute** (progetto 4.A.) Nel corso del 2014 è prioritario per l'Azienda favorire la piena operatività del reparto nel rispetto delle indicazioni di Regione Lombardia in merito alla appropriata selezione della casistica, alla durata della degenza ed alla elaborazione di un progetto clinico assistenziale post dimissione.

Sempre nell'ambito dell'appropriatezza organizzativa, attraverso l'analisi dei DRG prodotti dalle UU.OO. aziendali nel corso dell'anno 2014, si ritiene di proseguire il processo di trasferimento di prestazioni erogate in regime di ricovero al regime di macroattività ambulatoriale di complessa integrazione professionale, disciplinare, tecnologica e organizzativa (MAC) (progetto 4.B.), sempre nel rispetto della sicurezza del paziente e nell'ottica di **azzeramento DH di tipo diagnostico**.



Migliorare l'appropriatezza

Regione Lombardia, attraverso le indicazioni contenute nelle Regole 2014, ribadisce l'importanza di **ridurre i 108 DRG** ad alto rischio di inappropriata di cui al Patto della Salute 2010-2012. In particolare l'incidenza dei ricoveri ordinari afferenti a tali DRG deve mantenersi al di sotto del 29% (progetto 4.C.).

L'Azienda, sempre nel rispetto delle Regole 2014, ritiene di analizzare **le prestazioni di laboratorio rese ai pazienti ricoverati** favorendo l'appropriatezza prescrittiva attraverso la stesura di protocolli condivisi (progetto 4.D.).

Potenziamento del sistema di comunicazione aziendale

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

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

Tale progetto si affianca agli obblighi di trasparenza imposti dalla delibera ex Civit, oggi A.N.AC, n. 50/2013 (Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche), che nel corso del 2014 e del 2015 avrà piena attuazione.

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

Migliorare il confort delle strutture aziendali

Questa Azienda ha avviato, nei propri Ospedali, **importanti opere edilizie** (progetto 4.F.) quali l'attivazione del nuovo padiglione dell'Ospedale di Voghera nonché l'attivazione del nuovo Pronto Soccorso sede di DEA dell'Ospedale di Vigevano. Saranno ultimati, nel corso dell'anno, i lavori relativi al II lotto dell' Ospedale di Vigevano (completamento nuovo padiglione – ambulatori – compartimentazione antincendio – impianto rivelazione incendi – ampliamento degenze e servizi comuni).



Inoltre, nell'anno in corso, avverrà la messa in funzione del nuovo ingresso dell'Ospedale di Mortara e la conseguente attivazione del nuovo Centro Unico di Prenotazione.

In data 06/11/2013 è stata presentata istanza di finanziamento per interventi relativi al completamento del nuovo padiglione dell'Ospedale di Voghera per la realizzazione di un nuovo Pronto Soccorso e si è in attesa di approvazione da parte dei competenti organi regionali.

Entro il 30/06/2014 verrà trasmesso ai competenti organi regionali, per il relativo iter procedurale di approvazione, il progetto relativo ai lavori di adeguamento strutturale ed impiantistico dell'Ospedale di Voghera Il Lotto.

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

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

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

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

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

Il sistema aziendale di valutazione della performance individuale è fortemente intrecciato con il sistema di definizione, misurazione e valutazione della performance aziendale. La valutazione individuale è processo di grande importanza e di estrema delicatezza. La valutazione individuale è uno strumento che, se correttamente e sapientemente usato, può trasformarsi in una significativa



“leva di gestione” delle risorse umane, atta a favorire il processo di miglioramento nell’impiego dei lavoratori e, dunque, atta a favorire il “buon clima organizzativo”. Nel corso del triennio 2014-2016 si intende continuare il cammino intrapreso (progetto 4.H.).

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

Nell’ambito delle iniziative volte a dare attuazione alla legge 190/2012 ad oggetto: “Disposizione per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, l’Azienda Ospedaliera ha adottato con deliberazione n. 51 del 31 gennaio 2014, su proposta del Responsabile della prevenzione della Corruzione, il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione, documento programmatico nel quale è definita la strategia di prevenzione della corruzione adottata dall’Azienda Ospedaliera. Tale documento contiene l’analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione nelle aree maggiormente a rischio ed individua le azioni, le misure e gli interventi che devono essere attuati al fine di ridurre significativamente il rischio di comportamenti corrotti. Si tratta quindi di un programma di attività, da attuare all’interno dell’Azienda, unitamente ad altre misure, individuate dal Legislatore con la predetta legge 190/2012, quali:

- gli adempimenti in materia di Trasparenza, misure declinate nel Programma triennale per la Trasparenza e l’Integrità approvato con la deliberazione n. 50 del 30 gennaio 2014;
- il Codice di comportamento, adottato dall’Azienda Ospedaliera con deliberazione n 49 del 30 gennaio 2014.

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

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



3.B. Indicatori di performance strategici

Tabella 2 Misurazione Strategie Aziendali

Strategia	Dimensioni di Analisi	Indicatore	Risultato atteso 2014	Risultato atteso 2015	Risultato atteso 2016
Garantire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie ricondotte al livello di assistenza più adeguato	Efficacia esterna	Conformità agli indici di intensità assistenziale regionali per le cure sub acute	Rilevazione degli indicatori su un campione del 4% delle cartelle cliniche e condivisione con il CdR	Da definire alla luce dei risultati 2014	Da definire alla luce dei risultati 2015
	Efficacia interna	Incidenza dei Day Hospital erogabili ambulatorialmente a partire dall'accreditamento dei PL MAC necessari	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 90%	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 95%	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 95%
Migliorare l'appropriatezza	Efficacia esterna	Incidenza dei casi di degenza ordinaria per le procedure chirurgiche di cui al Sub Allegato A delle Regole 2014	Azzeramento ad eccezione dei casi in cui è clinicamente motivato il regime di degenza ordinaria	Azzeramento ad eccezione dei casi in cui è clinicamente motivato il regime di degenza ordinaria	Azzeramento ad eccezione dei casi in cui è clinicamente motivato il regime di degenza ordinaria
	Efficacia esterna	Incidenza dei 108 DRG a rischio di inappropriatazza sul totale dimessi	<29%	<29%	<29%
	Efficacia interna	Definizione, stesura e condivisione dei profili prescrittivi per le prestazioni di laboratorio per interni	Attuazione	Aggiornamento	Aggiornamento
	Efficacia interna	Definizione delle modalità di misurazione del livello di applicazione dei profili prescrittivi per le prestazioni di laboratorio per interni	Attuazione	Misurazione degli indicatori e condivisione con le UU.OO. delle azioni correttive	Da definire alla luce dei risultati 2015
Potenziamento del sistema di comunicazione aziendale	Efficacia esterna	Percentuale di aderenza agli obblighi di trasparenza Delibera ex Civit oggi A.N.AC. n. 50/2013	Adeguamento Delibera 71 ex Civit oggi A.N.AC entro 31 Gennaio 2014	Adeguamento Delibera ex Civit oggi A.N.AC. n 50/2013	Aggiornamento tempestivo degli obblighi Delibera ex Civit oggi A.N.AC. n 50/2013
	Efficacia esterna	Percentuale di adeguamento delle procedure agli standard PAC (Progetto Attuativo di Certificabilità di Bilancio delle aziende sanitarie lombarde)	Rispetto tempi regionali	Rispetto tempi regionali	Rispetto tempi regionali



Tabella 2 Misurazione Strategie Aziendali

Strategia	Dimensioni di Analisi	Indicatore	Risultato atteso 2014	Risultato atteso 2015	Risultato atteso 2016
Migliorare il confort delle strutture aziendali	Efficacia esterna	Percentuale rispetto stato avanzamento lavori	Rispetto tempi	Da definire alla luce dell'erogazione dei finanziamenti regionali	Da definire alla luce dell'erogazione dei finanziamenti regionali
Promuovere la crescita della qualità tecnico-professionale dei Lavoratori attraverso mirate azioni di aggiornamento e formazione finalizzate al processo di "miglioramento continuo della qualità dei lavoratori e delle loro prestazioni"	Efficacia organizzativa	Percentuale Attuazione del Piano di Formazione	Attuazione di almeno il 75% del Piano di Formazione 2014	Attuazione di almeno il 80% del Piano di Formazione 2015	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2016
Continuare nell'azione di revisione del sistema aziendale di valutazione della performance individuale, al fine di una sua maggiore aderenza ai principi innovatori introdotti dal decreto legislativo n.150/09 ed allo scopo di trasformare la valutazione individuale in una efficace "leva di gestione" delle risorse umane	Efficacia organizzativa	Tendenziale aderenza ai principi innovatori del Dlgs 150/09	Tendenziale Aderenza	Tendenziale Aderenza	Tendenziale Aderenza
Dare piena attuazione al Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità, al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e al Codice di Comportamento dei Dipendenti	Efficacia esterna	Trasparenza : Percentuale aderenza checklist relativa alla Trasparenza	Almeno l'80% dei dati inseriti nell'area trasparenza del sito web risultano aggiornati	Almeno l'85% dei dati inseriti nell'area trasparenza del sito web risultano aggiornati	Almeno il 90% dei dati inseriti nell'area trasparenza del sito web risultano aggiornati
	Efficacia organizzativa	Anticorruzione : numero di regolamenti/procedure adottate/numero complessivo di procedure da adottare	60%	80%	100%
	Efficacia organizzativa	Anticorruzione : Numero di operatori formati/numero di operatori che operano nelle aree a rischio	80%	90%	95%
	Efficacia organizzativa	Codice di Comportamento : Numero dipendenti che hanno ricevuto copia (anche dematerializzata) del Codice di comportamento/numero di dipendenti totali	80%	95%	95%
	Efficacia organizzativa	Codice di Comportamento : Numero di contratti/convenzioni/disciplinari aggiornati/numero totale dei nuovi contratti	90%	90%	100%



4 LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.A. Piena operatività Posti Letto di cure sub acute



Premessa

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

La realizzazione di un modulo di attività di cure sub-acute, con 15 posti tecnici presso l'Ospedale di Varzi, si è evidenziata perciò come la migliore soluzione per conciliare anche gli indirizzi del Patto della Salute finalizzati a perseguire ulteriormente l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

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

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

Scheda progetto

4.A. PIENA OPERATIVITA' POSTI LETTO DI CURE SUB ACUTE						
OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
Monitoraggio dell'attività dei 15 letti tecnici per cure sub-acute presso l'ospedale di Varzi	Valutazione casistica trattata	Direzioni Mediche di Presidio, Uff. Accredimento, Responsabile del CdR, Dipartimento Medicina Interna	Conformità agli indici di intensità assistenziale regionali	Rilevazione degli indicatori su un campione del 4% delle cartelle cliniche e condivisione con il CdR	Da definire alla luce dei risultati 2014	Da definire alla luce dei risultati 2015



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.B. Progressivo azzeramento dei Day Hospital con motivo diagnostico



Premessa

In merito ai ricoveri in Day Hospital Medico con motivo diagnostico, l'Azienda prevede un piano di azioni al fine del contenimento degli stessi in recepimento sia delle indicazioni di DGS di Regione Lombardia sia delle previsioni del Patto della Salute Stato - Regioni che inserisce tra i vari indicatori la valutazione di "[...] appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione in regime di Day Hospital misurando la frazione di ricoveri diurni di tipo medico effettuati unicamente per procedere ad accertamenti diagnostici, che possono generalmente essere effettuati ricorrendo alla rete ambulatoriale. Quest'ultima, infatti, rappresenta il setting di erogazione più idoneo ed appropriato, non solo dal punto di vista di un efficiente uso delle risorse disponibili, ma anche nell'ottica di ottimizzare la fruibilità e la qualità del percorso assistenziale, minimizzandone i disagi per il paziente" [cit. Patto della Salute].

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

Le azioni intraprese tendono, quindi, ad allineare i processi aziendali alle già citate indicazioni del Patto della Salute in vigore (2010-2012), il quale all'articolo 6 promuove gli atti volti al passaggio dell'assistenza dal ricovero diurno al regime ambulatoriale: in tale ottica il regime di day hospital continuerà ad essere riservato solo ai casi che richiedono il reale allettamento dei pazienti (in camere con gli stessi requisiti organizzativi previsti per l'attività di degenza ordinaria) e per i quali è prevista un'assistenza prolungata e continuativa di personale medico ed infermieristico.

Nell'ottica del miglioramento dell'appropriatezza delle attività di ricovero (come da indicazioni di c.d. Regole di Sistema anno 2014), l'Azienda ha condotto l'analisi su determinate prestazioni valutando la possibilità di erogazione delle stesse in regime ambulatoriale, stante la valutazione del quadro clinico adeguato per specifico utente.



Le prestazioni nello specifico individuate come erogabili in regime ambulatoriale anziché di ricovero sono le seguenti:

- **Codice 6011-BIOPSIA TRANSPERINEALE**

In merito agli interventi in DH Medici di “6011-BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA; Approccio transperineale o trans rettale” si è riscontrata la possibilità di erogazione della prestazione in regime ambulatoriale MAC 12. Tali prestazioni erogate dall'Urologia hanno un volume storico di circa 388 casi per Urologia di Voghera e 25 casi per Chirurgia Generale di Vigevano. Le attività in merito sono possibili a seguito dell'accreditamento nei 2 reparti in oggetto di un posto letto MAC non essendo possibile erogare tali prestazioni in letti BOCA.

- **Codice 8192-INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO**

In merito agli interventi erogati in regime di Day Hospital per procedure di codice 8192-INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, in termini di volumi storici (2013) il numero di casi trattati in DH Medico era pari a 112 casi per UO Ortopedia di Broni Stradella. Le attività possibili in tale ambito sono riconducibili all'uniformazione della metodologia di rendicontazione di tale attività per tutte le ortopedie aziendali come livello ambulatoriale.

- **Codice 3322-BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE**

In merito agli interventi in DH Medici di “3322-BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE” è stata valutata l'erogazione delle stesse in regime MAC, considerando che l'UO erogante dispone di tale tipologia di posti letto.

- **Codice 9962-ALTRA DEFIBRILLAZIONE DEL CUORE (Cardioversione)**

In merito agli interventi in “9962-ALTRA DEFIBRILLAZIONE DEL CUORE (Cardioversione)” è stata valutata la possibilità di erogare tali prestazioni in regime MAC da parte delle UO di Cardiologia di Voghera e di Vigevano per i casi entrati ed usciti nello stesso giorno. L'analisi è stata condotta in considerazione del fatto che tali prestazioni erano erogate nei periodi precedenti in regime di ricovero ordinario e che tali prestazioni conducono al DRG 139 che rientra tra i casi a rischio inappropriatezza.



Scheda progetto

Si richiede alle UU.OO. coinvolte un progressivo allineamento nell'esecuzione delle procedure suddette ai regimi di erogazione suggeriti, stante le necessarie attività propedeutiche di accreditamento dei posti letto MAC ove necessario.

4.B. PROGRESSIVO AZZERAMENTO DEI DH CON MOTIVO DIAGNOSTICO

OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
Utilizzo del regime ambulatoriale per l'erogazione di taluni interventi	Analisi DH con motivo diagnostico	Direzioni Mediche Presidio, Responsabili CdR, Ufficio SDO, Uff. Accreditamento	Incidenza Day Hospital con motivo diagnostico	Relazione sulle risultanze dell'analisi	-	-
	Passaggio ove appropriato da regime di Day Hospital a regime ambulatoriale		Incidenza dei Day Hospital erogabili ambulatorialmente a partire dall'accreditamento dei PL MAC necessari	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 90%	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 95%	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 95%



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

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



Premessa

Viste le indicazioni all'art. 6 del vigente "Patto della Salute Stato – Regioni" ed in considerazioni delle c.d. Regole di Sistema per l'anno 2014 di Regione Lombardia, l'Azienda in ragione dell'obiettivo [ricoveri DO per 108 DRG/ ricoveri totali < 29%] ha attivato procedure di analisi e formazione alle UO sanitarie aziendali al fine di mantenere l'indice di appropriatezza entro il range definito dalle regole.

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

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

Le analisi di contesto sulle singole procedure sono eseguite al fine di suggerire alle singole UU.OO. su quale asse muovere le proprie azioni in tale senso, in considerazione del fatto che al superamento di tale valore obiettivo [29%], la DGS di Regione Lombardia applica una regressione tariffaria sul valore dei 108 DRG con l'obiettivo di rientrare nella soglia del 29%. L'applicazione della regressione tariffaria avverrà in modo differenziato tenendo conto della riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati messa in atto dai singoli erogatori.

Al fine di definire le procedure di contenimento della casistica in oggetto, è stata eseguita un'analisi sui volumi storici da cui emerge che l'attuale percentuale di [ricoveri do per 108 DRG/ ricoveri totali] si assesta sul 24%.

Come indicato le azioni si suddividono su due assi principali:

- A) passaggio di procedure da ricovero ordinario a ricovero diurno: in tale ambito le attività svolte da Azienda si sostanziano nell'attuazione della corretta codifica di talune prestazioni (Sub Allegato A della DGR 1185/2013). A partire dalle prestazioni erogate dal 1° gennaio 2014, coerentemente a quanto previsto dal vigente Patto per la Salute 2010 – 2012, tali prestazioni saranno prioritariamente erogate in regime di day surgery anche nel caso in cui esse si riferiscano ad episodi assistenziali con pernottamento di una notte, in quanto la suddetta notte è considerata di semplice osservazione e non di assistenza. Continueranno ad essere considerati e rendicontati come attività di ricovero ordinario solo i casi con almeno due notti di degenza;
- B) passaggio di procedure da ricovero a regime ambulatoriale: in tale ambito le attività svolte da Azienda si sostanziano nell'analisi delle attività erogabili in regime ambulatoriale (MAC inclusa) in accordo con il quadro clinico del paziente.



Scheda progetto

L'obiettivo dell'Azienda è il rispetto del tetto posto dalle Regole di Sistema ovvero dell'obiettivo [ricoveri do per 108 DRG/ ricoveri totali < 29%].

4.C. PROGRESSIVO CONTENIMENTO DEI 108 DRG A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA

OBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
Progressivo contenimento dei 108 DRG a rischio inappropriatezza	Diffusione informativa in merito ai 108 DRG a rischio inappropriatezza	Direzioni Mediche Presidio, Responsabili CdR, Ufficio SDO, Uff. Accreditemento	Nr azioni di formazione/informazione effettuate	Almeno 1 attività di formazione per ogni CdR	-	-
	Analisi casistica aziendale		Incidenza dei 108 DRG sul totale dimessi	<29%	<29%	<29%
			Incidenza dei casi di degenza ordinaria per le procedure chirurgiche di cui al Sub Allegato A delle Regole 2014	Azzeramento ad eccezione dei casi in cui è clinicamente motivato il regime di degenza ordinaria	Azzeramento ad eccezione dei casi in cui è clinicamente motivato il regime di degenza ordinaria	Azzeramento ad eccezione dei casi in cui è clinicamente motivato il regime di degenza ordinaria



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

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



Premessa

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

In tale ottica, per quanto riguarda in particolare le prestazioni di Medicina di laboratorio, si prevede di sviluppare ulteriormente le indicazioni prescrittive da applicarsi per tutte le prescrizioni a carico del Servizio Sanitario al fine di migliorarne l'appropriatezza.

Tale intervento concorrerà all'obiettivo di riduzione della spesa per dispositivi medici (reagenti). In particolare è attesa una riduzione minima dal 5% al 10% del numero di determinazioni per interni e conseguentemente dei costi variabili dell'attività di laboratorio per interni.

In recepimento di specifiche indicazioni di DGS Lombardia potranno essere definiti "privilegi prescrittivi" in modo che talune analisi specialistiche possano essere richieste solo da specialisti che ne abbiano titolo.

Il quadro di riferimento su cui agire in termini di volumi di prestazioni di laboratorio per pazienti ricoverati è il seguente:

Mesi	2013 - Anno 2013	
	QUANTITA	VALORE
01-gen	122.056	€ 660.004,76
02-feb	110.487	€ 602.347,89
03-mar	116.372	€ 612.755,11
04-apr	114.673	€ 599.363,53
05-mag	118.735	€ 618.711,43
06-giu	108.171	€ 570.855,65
07-lug	114.514	€ 629.763,45
08-ago	96.566	€ 515.569,86
09-set	112.020	€ 599.209,24
10-ott	122.328	€ 652.923,16
11-nov	115.819	€ 618.047,36
12-dic	102.579	€ 564.874,97
*TOT - Anno	1.354.320	€ 7.244.426,41

In tale ambito sulla base dell'assorbimento da parte di ciascuna UU.OO. saranno definiti dei profili prescrittivi adeguati e da valutare in conformità al quadro clinico dei pazienti.



Scheda progetto

4.D. MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLA PRESCRIZIONE DI PRESTAZIONI DI LABORATORIO A PAZIENTI RICOVERATI

OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione di prestazioni di laboratorio a pazienti ricoverati	Analisi prestazioni di laboratorio rese ai pazienti ricoverati	Direzioni Mediche Presidio, Responsabili CdR, Dipartimento Patologia Clinica, SIA, Controllo di Gestione	Definizione, stesura e condivisione dei profili prescrittivi	Attuazione	Aggiornamento	Aggiornamento
			Definizione delle modalità di misurazione del livello di applicazione dei profili prescrittivi	Attuazione	Misurazione degli indicatori e condivisione con le UU.OO. delle azioni correttive	Da definire alla luce dei risultati 2015



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.E. Implementazione del sito internet aziendale



Premessa

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

Tale progetto si affianca agli obblighi di trasparenza imposti dalla delibera ex Civit, oggi A.N.AC, n. 50/2013 (Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche), che nel corso del 2014 e del 2015 avrà piena attuazione.

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

Si intende quindi garantire:

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

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

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



Scheda progetto

4.E. IMPLEMENTAZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE

OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
Implementazione sito internet aziendale	Definizione architettura e prima pubblicazione	SIA	Pubblicazione	Entro Giugno 2014	-	-
	Adeguamento Delibera ex Civit oggi A.N.A.C. n 50/2013		Stesura Protocolli condivisi	Adeguamento Delibera 71 entro 31 Gennaio 2014	Adeguamento Delibera 50	Gestione Manutenzione e Aggiornamento



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

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



Premessa

Questa Azienda ha avviato, nei propri Ospedali, **importanti opere edilizie** quali l'attivazione del nuovo padiglione dell'Ospedale di Voghera nonché l'attivazione del nuovo Pronto Soccorso sede di DEA dell'Ospedale di Vigevano. Saranno ultimati, nel corso dell'anno, i lavori relativi al II lotto dell' Ospedale di Vigevano (completamento nuovo padiglione – ambulatori – compartimentazione antincendio – impianto rivelazione incendi – ampliamento degenze e servizi comuni).

Inoltre, nell'anno in corso, avverrà la messa in funzione del nuovo ingresso dell'Ospedale di Mortara e la conseguente attivazione del nuovo Centro Unico di Prenotazione.

In data 06/11/2013 è stata presentata istanza di finanziamento per interventi relativi al completamento del nuovo padiglione dell'Ospedale di Voghera per la realizzazione di un nuovo Pronto Soccorso e si è in attesa di approvazione da parte dei competenti organi regionali.

Entro il 30/06/2014 verrà trasmesso ai competenti organi regionali, per il relativo iter procedurale di approvazione, il progetto relativo ai lavori di adeguamento strutturale ed impiantistico dell' Ospedale di Voghera II Lotto.

Scheda progetto

4.F. ATTIVITA' DI RISTRUTTURAZIONE E DI COSTRUZIONE DI NUOVE STRUTTURE SANITARIE

OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
Attività di ristrutturazione e di costruzione di nuove strutture sanitarie	Rispetto dei cronoprogrammi	U.O.C. Risorse Strumentali	Raggiungimento Stato Avanzamento Lavori (SAL) previsti	Presidio di Mortara: messa in funzione del nuovo ingresso e attivazione del nuovo Centro Unico di Prenotazione	La programmazione aziendale in materia sarà definita in base all'erogazione dei finanziamenti regionali	La programmazione aziendale in materia sarà definita in base all'erogazione dei finanziamenti regionali
				Presidio di Vigevano: ultimazione II lotto		
				Presidio di Voghera: presentazione in Regione del progetto relativo ai lavori di adeguamento strutturale ed impiantistico II lotto		



LAVORI IN CORSO CUP OSPEDALE MORTARA

CUP Mortara01_1 - Visualizzatore immagini e Fax per Windows



CUP Mortara05_1 - Visualizzatore immagini e Fax per Windows



CUP Mortara10_1 - Visualizzatore immagini e Fax per Windows



CUP Mortara10_1 - Visualizzatore immagini e Fax per Windows



LAVORI IN CORSO NUOVO PADIGLIONE OSPEDALE DI VOGHERA





4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

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



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

AREA TEMATICA	CONTENUTI	CORSI DI PARTICOLARE INTERESSE 2014	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
AREA MANAGERIALE - GESTIONALE E ORGANIZZATIVA Rientrano in questa area le competenze relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione, con soggetti esterni, con i cittadini e con gruppi di lavoro; rientra, inoltre, l'aggiornamento in merito alla normativa in materia sanitaria	Il piano della formazione mira ad uno sviluppo professionale continuo (Continuous Professional Development) finalizzato alla gestione e valorizzazione delle risorse umane ed al miglioramento delle competenze e abilità manageriali, anche alla luce dei dettati normativi	Teoria della gestione del dolore nei reparti ospedalieri: compiti e ruoli	Attuazione di almeno il 75% del Piano di Formazione 2014	Attuazione di almeno il 80% del Piano di Formazione 2015	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2016
		Comunicare in sanità: il marketing istituzionale e la comunicazione esterna anche attraverso il ruolo dell'URP			
		Valorizzazione del servizio prenotazioni e del servizio <u>partineria/centralino</u>			
		Costruire un percorso di aggregazione e senso di appartenenza attraverso la consapevolezza dell'identità comune			
		Analisi delle popolazioni migranti che accedono alla AO di Pavia in relazione al fabbisogno di salute che esprimono			

AREA TEMATICA	CONTENUTI	CORSI DI PARTICOLARE INTERESSE 2014	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
AREA PROFESSIONALE E TECNICO-SPECIALISTICA Rientrano in questa area le attività relative agli specifici ambiti professionali e all'evoluzione tecnologica e scientifica	La stesura del piano della formazione prende l'avvio dalla rilevazione dei bisogni formativi presenti in Azienda. In quest'ottica ogni evento formativo calendarizzato rappresenta, di per sé, un elemento strategico per il miglioramento della performance individuale e quindi della performance aziendale.	Accompagnamento al travaglio fisiologico	Attuazione di almeno il 75% del Piano di Formazione 2014	Attuazione di almeno il 80% del Piano di Formazione 2015	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2016
		La medicina della complessità: l'assistenza al paziente anziano in ambito internistico			
		Metodologie didattiche per l'apprendimento delle abilità gestuali e relazionali dello studente infermiere			
		Obesità il percorso diagnostico terapeutico: trattamento multidisciplinare			
		Il problema della violenza sul minore come costituirsi in rete per difendersi			
		La gestione dei "comportamenti problema" all'interno della realtà penitenziaria: suicidio, gesti autolesivi, sciopero della fame			

AREA TEMATICA	CONTENUTI	CORSI DI PARTICOLARE INTERESSE 2014	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
AREA PREVENZIONE - EDUCAZIONE ALLA SALUTE Rientrano in questa area le attività formative relative alla gestione della sicurezza del paziente e dell'operatore, sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate, all'implementazione dei processi clinico assistenziali/diagnostici/riabilitativi	Il piano della formazione presta particolare attenzione a tutte le novità normative in tema di sicurezza in vista anche dei necessari adeguamenti dei servizi.	Lotta alla SESPI in ospedale	Attuazione di almeno il 75% del Piano di Formazione 2014	Attuazione di almeno il 80% del Piano di Formazione 2015	Attuazione di almeno il 85% del Piano di Formazione 2016
		Farmaco vigilanza e protocollo gestione farmacia AO			
		Prevenzione al fumo			



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.H. Revisione del processo di valutazione del personale dipendente



Premessa

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

Nel corso del triennio 2014-2016 si intende continuare il cammino intrapreso mediante:

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

Scheda progetto

4.H. REVISIONE DEL PROCESSO AZIENDALE DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE

OBBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
Continuità del processo di integrazione ed implementazione degli attuali strumenti di valutazione.	Continuità attività del gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, integrato da Esperto esterno, con compito di ridisegnare gli assetti fondanti propedeutici del nuovo sistema valutativo in termini di professionalità.	Controllo di Gestione	Riunioni Gruppi di lavoro e relativo verbale di incontro con correlata documentazione comprovante "lo stato di avanzamento dei lavori"	Avvio della fase di costruzione, per tutte le discipline, di un nuovo percorso di sviluppo professionale	Conclusione della fase di costruzione, per tutte le discipline, di un nuovo percorso di sviluppo professionale	Estensione della costruzione di un nuovo percorso di sviluppo professionale anche alla Dirigenza Gestionale
		U.O.C. Risorse Umane				
		Servizio Accreditamento e Qualità				
		S.I.A.				
Avvio del procedimento di modifica del contenuto degli strumenti di valutazione (schede) attualmente utilizzati per il personale dirigente.	Avvio di Gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali con compito di rivedere e modificare il contenuto delle schede di valutazione di prestazioni e comportamenti attualmente in uso.	Controllo di Gestione	Riunioni Gruppi di lavoro e relativo verbale di incontro con correlata documentazione comprovante "lo stato di avanzamento dei lavori"	Iniziale revisione della scheda dei professionali con particolare attenzione alle informazioni necessarie per i Collegi Tecnici	Costruzione della scheda di valutazione da integrare alla scheda di BDG	Avvio e consolidamento delle procedure amministrative (sia a livello di UU.OO. sia a livello di Uffici di Staff) per la conduzione del nuovo processo
		U.O.C. Risorse Umane				
		Servizio Accreditamento e Qualità				
		S.I.A.				
		Dipendenti che andranno a comporre i Gruppi di lavoro sub 2)				



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

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



Premessa

In attuazione del “Decreto del Ministero della Salute del 1 marzo 2013”, recante le disposizioni sulla definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC) con cui le Regioni presentano un programma di azione finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del proprio sistema sanitario con DGR 1185/2013, la DGS di Regione Lombardia ha precisato che:

1. il percorso di certificabilità ha un orizzonte temporale di 36 mesi, a decorrere dalla data di approvazione da parte del Tavolo di verifica Adempimenti in occasione delle verifiche periodiche, ed è articolato su circa 53 obiettivi, a loro volta suddivisi in 9 aree tematiche di intervento (Requisiti Generali, GSA, Consolidato Regionale, Immobilizzazioni, Rimanenze, Ricavi e Crediti, Tesoreria, Patrimonio Netto, Debiti e Costi);

2. con Nota regionale prot. n. H1.2013.0017945 del 18/06/2013 è stato individuato il percorso attuativo della certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie lombarde con cui la DGS di Regione Lombardia ha informato l'AO di Pavia circa le modalità e il percorso di definizione del PAC aziendale;

3. con Nota regionale prot. n. H1.2013.0018988 del 26/06/2013 la Regione ha inviato al Ministero dell'Economia e delle Finanze e al Ministero della Salute il piano regionale dei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC regionale) che rappresenta l'insieme di azioni che sono e/o saranno poste in essere da ciascuna azienda del sistema sanitario lombardo per il conseguimento degli obiettivi definiti dal Decreto Ministeriale.

4. con Decreto n. 8587 del 26 Settembre 2013 è stato istituito il Gruppo di Lavoro PAC, che ha definito lo svolgimento di una ricognizione, su ciascuna Azienda Sanitaria lombarda, dello stato di attuazione delle procedure amministrativo-contabili al fine di redigere per ciascuna Azienda uno specifico Piano Attuativo della Certificabilità (PAC aziendali).

In attuazione delle linee guida definite da DG Salute della Regione Lombardia, l'Azienda dovrà attivare un PAC aziendale che si attesta sugli obiettivi e sulle azioni comunicate al Ministero e che verrà declinato in una serie di “sotto azioni” specifiche. Esso rappresenterà pertanto l'impegno che l'AO assumerà con Regione Lombardia per raggiungere la certificabilità del proprio bilancio.

In base ad incontri con Direzione Generale Salute di Regione Lombardia, l'AO predisporrà dei piani di lavoro in cui saranno declinate le sotto azioni che permetteranno il raggiungimento degli obiettivi del PAC regionale.



Tali sotto-azioni terranno conto:

- 1) delle peculiarità operative;
- 2) del livello di definizione delle procedure amministrative, contabili e organizzative.

L'AO indicherà nel proprio Piano di Lavoro la scadenza del raggiungimento dell'obiettivo di ciascuna sotto azione nel rispetto delle tempistiche massime comunicate al Ministero.

Scheda progetto

Partecipazione ad incontri presso DGS di Regione Lombardia ed attuazione delle linee di indirizzo in adesione al PAC di Regione Lombardia.

4.1. ADESIONE AL PIANO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ DI BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE LOMBARDE (PAC)

OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
Adesione al Piano Attuativo di Certificabilità di Bilancio delle Aziende Sanitarie Lombarde (PAC)	Ricognizione dello stato di attuazione delle procedure amministrative contabili	U.O. Economico Finanziaria, UU.OO. di Staff	Analisi dello stato dell'arte delle singole procedure	Redazione di uno specifico documento	-	-
	Stesura Piano di Lavoro in condivisione con la Direzione Generale Salute della Regione Lombardia		Piano di lavoro	Stesura Piano di lavoro con declinazione delle sotto-azioni finalizzate agli obiettivi PAC	-	-
	Rispetto e adeguamento per Area Tematica		Adeguamento procedure agli standard PAC per l'Area Immobilizzazioni	-	Entro 31 Marzo 2015	-
			Adeguamento procedure agli standard PAC per l'Area Rimanenze	-	Entro 30 Giugno 2015	-
			Adeguamento procedure agli standard PAC per l'Area Patrimonio Netto	-	Entro 30 Giugno 2015	-
			Adeguamento procedure agli standard PAC per l'Area Debiti e Costi	-	Entro 30 Settembre 2015	-
			Adeguamento procedure agli standard PAC per l'Area Crediti e Ricavi	-	Entro 30 Settembre 2015	-
			Adeguamento procedure agli standard PAC per l'Area Disponibilità Liquide	-	Entro 30 Settembre 2015	-
			Adeguamento procedure agli standard PAC per l'Area Requisiti Generali	-		Entro 30 Giugno 2016



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

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



Premessa

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

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

Scheda progetto

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

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

OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
Attuazione del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità	Diffusione della normativa in materia e dei successivi aggiornamenti	Responsabile Trasparenza	Numero di comunicazioni e/o di incontri	Almeno 1 incontro o comunicazione	Almeno 1 incontro o comunicazione	Almeno 1 incontro o comunicazione
	Aggiornamento dei dati pubblicati nell'Area "Amministrazione Trasparente"	Dirigenti UU.OO. Personale, Specialistica Ambulatoriale, Gare, Tecnico Patrimoniale, SIA, Economico-Fin, Controllo di Gestione, Affari Generali e Responsabile Trasparenza	Check list del Responsabile della Trasparenza (valutazione da 0 a 3)	Almeno l'80% dei dati inseriti risultano aggiornati (valore attribuito in check list pari a 3)	Almeno l'85% dei dati inseriti risultano aggiornati (valore attribuito in check list pari a 3)	Almeno il 90% dei dati inseriti risultano aggiornati (valore attribuito in check list pari a 3)



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

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



Premessa

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

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

Scheda progetto

Diffusione ed attuazione del Piano di Prevenzione della Corruzione

4.M. DIFFUSIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

OBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
Diffusione ed attuazione del Piano di Prevenzione della Corruzione	Informazione agli operatori delle aree a rischio e ai Dirigenti delle UU.OO. Aziendali	Responsabile della prevenzione della Corruzione	Numero di operatori formati/numero di operatori che operano nelle aree a rischio	80%	90%	95%
	Adozione dei regolamenti e delle procedure previste nel Piano di Prevenzione della Corruzione	Dirigenti UU.OO. Personale, Gare, Tecnico Patrimoniale, Farmacia, Alberghiero, Cup e Accettazione, Direzioni Mediche di Presidio	Numero di regolamenti/procedure adottate/numero complessivo di procedure da adottare	60%	80%	100%



4. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI

4.N. Diffusione del Codice di comportamento aziendale



Premessa

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

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

Scheda progetto

-Diffusione del Codice di comportamento aziendale

4.N. DIFFUSIONE DEL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE

OBBIETTIVO - PROGETTO	AZIONI	PERSONALE COINVOLTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI 2014	RISULTATI ATTESI 2015	RISULTATI ATTESI 2016
Diffusione del Codice di comportamento aziendale	Pubblicazione del Codice di comportamento sul sito internet e intranet aziendale	Responsabile della prevenzione della Corruzione	Documento presente sul sito internet e intranet aziendale	Pubblicazione effettuata	Pubblicazione effettuata	Pubblicazione effettuata
	Consegna del Codice ai dipendenti	U.O.C. Personale	Numero dipendenti che hanno ricevuto copia (anche dematerializzata) del Codice di comportamento/numero di dipendenti totali	80%	95%	95%
	Inserimento nei contratti/affidamenti, nei disciplinari e nelle convenzioni di apposita clausola di risoluzione/decadenze in caso di violazione del Codice di Comportamento	UU.OO. Affari Generali, Gare, Risorse Strumentali, Personale	Numero di contratti/convenzioni/disciplinari aggiornati/numero totale dei nuovi contratti	90%	100%	100%



5 LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE

5.A. Gli obiettivi del periodo di riferimento anno 2014

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

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

Sono direttamente coinvolti nel processo di budget:

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

La Direzione Strategica nella fase di progettazione del budget 2014 pone particolare attenzione alla formulazione di indicatori sanitari specifici in grado di leggere l'attività delle Unità Operative e di misurare la loro capacità di soddisfare i bisogni espressi dai cittadini sia in termini di quantità che di qualità.

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

La scheda di budget per le **Unità Operative sanitarie** è composta da quattro aree; di seguito si elencano gli obiettivi considerati strategici nell'ambito della programmazione 2014.

1) ATTIVITA'

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

- ✓ peso medio del DRG, degenza media, casi oltre soglia: per questi indicatori di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili si chiede alle Unità Operative, nel rispetto delle esigenze della propria casistica, di migliorare la performance 2013 tendendo alla media regionale ovvero al valore medio dipartimentale;



- ✓ percentuale DRG Medici dimessi da reparti chirurgici: indicatore di valutazione previsto dal Patto per la Salute 2010-2012 nonché dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni propedeutico per la valutazione dell'appropriatezza del ricovero in quanto i pazienti con DRG medico, non essendo caratterizzati da interventi chirurgici maggiori, sarebbero stati trattati più appropriatamente in discipline non chirurgiche;
- ✓ percentuale parti cesarei sul totale dei parti: nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists ha proposto l'utilizzo di un indicatore specifico che restringe l'analisi a un case-mix costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e feto in posizione di vertice (NTSV), rendendo confrontabili punti nascita con differenti casistiche e comprendendo un'ampia fascia di popolazione ostetrica, quella nella quale il rischio di inappropriatazza del taglio cesareo è maggiore rispetto ad altre categorie. In Italia l'estrazione del case-mix è possibile solo attraverso l'uso dei dati CEDAP. La validità dell'indicatore come strumento di confronto è stata recentemente confermata nella realtà nazionale, in quanto capace di identificare le primipare a basso rischio e perché scarsamente influenzato da fattori di aggiustamento. Obiettivo 2014 è migliorare la performance 2013 tendendo a ridurre la percentuale dei parti cesarei sul totale dei parti;
- ✓ percentuale di fratture di femore operate entro 2 GG dall'ammissione: indicatore di valutazione della qualità clinica delle prestazioni erogate previsto dal Patto per la Salute 2010-2012 e dal Programma Nazionale Valutazione Esiti; è indice del tempestivo intervento con contenimento della degenza pre-operatoria al fine di ridurre il rischio di mortalità e disabilità specie nei soggetti anziani. Obiettivo 2014 è migliorare la performance 2013 incrementando la percentuale di fratture di femore operate entro 2 GG dall'ammissione;
- ✓ appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali: rispetto dei valori assegnati da Regione Lombardia e analisi, attraverso il reporting aziendale, delle motivazioni alla base delle prestazioni prenotate ma non erogate;
- ✓ Macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse: rispetto dei requisiti indicati dalla normativa regionale in sede di controllo a campione dell'appropriatezza e della congruenza tra le prestazioni dei pacchetti erogati e la tipologia di MAC rendicontate;
- ✓ abbattimenti tariffari da autocontrolli ex D.G.R. n.9014/2009 e s.m.i.: miglioramento performance 2013;



- ✓ abbattimenti NOC: miglioramento del dato rispetto al 2013 con particolare attenzione alla D.G.R. n.2057/2011;
- ✓ appropriatezza prescrittiva degli esami di Laboratorio per pazienti ricoverati: rispetto indicazioni Regole 2014;
- ✓ mantenimento dei percorsi veloci (FAST-TRACK) nei Pronto Soccorso di Vigevano, Voghera con riduzione dei tempi di accesso alle prestazioni specialistiche, per i codici di minore gravità (bianchi e verdi), di oculistica, otorino, pediatria, ortopedia e ginecologia anche per Stradella. L'invio della casistica sopra riportata dal pronto soccorso alle unità operative specialistiche consente, attraverso percorsi dedicati, di ridurre la lista d'attesa in PS con maggiore soddisfazione dell'utenza.
Obbiettivo per l'anno 2014: mantenimento dell'organizzazione esistente con revisione annuale dei protocolli in essere;
- ✓ miglioramento appropriatezza area PS: analisi dell'appropriatezza dei ricoveri da PS con codice triage verde;
- ✓ miglioramento del flusso informativo di PS (6 san): analisi dei tempi d'attesa per codice triage, evidenza e correzione delle anomalie;
- ✓ invio telematico dei certificati d'infortunio sul lavoro da parte dei PS: integrazione dei sistemi informativi secondo cronoprogramma definito da Regione Lombardia e rispetto indicazioni Regionali in materia;
- ✓ Invio telematico delle comunicazioni di inizio/fine ricovero e delle certificazione di malattia in sede di dimissione: integrazione dei sistemi informativi secondo cronoprogramma definito da Regione Lombardia e rispetto indicazioni Regionali in materia;
- ✓ miglioramento appropriatezza area Salute Mentale: indicatori contratto ASL/AO e analisi per favorire il passaggio tra i comparti sanitari e socio-assistenziali che si occupano della presa in carico delle persone con patologie psichiatriche, disabilità e patologie psichiatriche residuali. Istituzione di tavoli specifici;
- ✓ per le UU.OO. di Riabilitazione adeguamento alle regole 2014, revisione dell'organizzazione dei ricoveri secondo le indicazioni regionali e compilazione flusso SDOR;
- ✓ adozione nuova lettera di dimissione elettronica: rispetto del cronoprogramma;
- ✓ prescrizione on line della protesica maggiore e dei dispositivi per diabetici attraverso Assistant RL: 100% delle prescrizioni effettuate on line;
- ✓ firma elettronica dei referti ambulatoriali e delle lettere di dimissione: percentuale dei referti e lettere di dimissione firmati digitalmente in linea con l'obbiettivo regionale.



2) PERFORMANCE

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

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

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

Anche per la programmazione 2014 si è tenuto conto degli indicatori utilizzati da Regione Lombardia ovvero:

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

integrandoli con i seguenti indicatori aziendali:

- ✓ ulteriore contenimento dei Day Hospital a contenuto diagnostico;
- ✓ contenimento dei 108 DRG a rischio inappropriatezza;
- ✓ utilizzo del regime ambulatoriale per l'erogazione di taluni interventi quali Codice 6011-BIOPSIA TRANSPERINEALE (al momento in attesa di accreditamento PL MAC), Codice 8192-INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, Codice 3322-BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE e Codice 9962-ALTRA DEFIBRILLAZIONE DEL CUORE (Cardioversione)

più dettagliatamente descritti nella sezione progetti aziendali (4.B – 4.C)



3) COSTO

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

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

4) QUALITA'

- ✓ Partecipazione agli obiettivi aziendali in tema di qualità: JCI, Codice Etico, Risk Management, Tempi attesa ambulatoriali e ricovero, SISS, Reti di patologia. Assolvimento del debito informativo di competenza. Rispetto integrale Regole 2014: Piena partecipazione ai progetti. Valutazione: raggiungimento aziendale decurtato in caso di valutazione negativa espressa dal referente di un progetto.

Le schede di budget delle **Unità Operative in STAFF** alla Direzione Strategica risentono necessariamente delle peculiarità delle diverse Unità Operative. Ciò premesso nel corso del budget 2014 si mette in particolare evidenza:

- ✓ il rispetto integrale delle Regole Regionali di sistema per l'anno 2014 secondo competenza;
- ✓ l'importanza di curare la propria formazione professionale e favorire il processo formativo dei propri collaboratori;
- ✓ la necessità di favorire un buon clima organizzativo all'interno della propria U.O.C. e prevenire i conflitti in ambiente di lavoro;
- ✓ l'importanza di lavorare per individuare soluzioni interne tese a risolvere le problematiche generate da carenza di personale allo scopo di evitare, per quanto possibile, l'attivazione di nuovi rapporti di lavoro.



Macroobiettivi

AREA	Documenti di riferimento	Tipologia obiettivo	Indicatori	Risultati attesi 2014
Programmazione Gestionale	Documento di Budget in corso di formulazione - Regole di Sistema anno 2014 - Manuale CRISP - DGR 9/351 del 28 luglio 2010 'Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura' - Decreto Direzione Generale Sanità n. 349 del 23/01/2012 - Patto per la Salute 2010-2012 - Programma Operativo Appropriatazza del Ministero della Salute-Dipartimento della qualità- febbraio 2011 - Contratto ASL/AO	Attività	Peso medio del DRG, degenza media, casi oltre soglia, %DRG Medici dimessi da reparti chirurgici	Miglioramento della performance 2013 tendendo alla media regionale ovvero al valore medio dipartimentale
			Percentuale parti cesarei sul totale dei parti (NTSV)	Miglioramento della performance 2013
			Percentuale di fratture di femore operate entro 2 GG dall'ammissione	Miglioramento della performance 2013
			Appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali	Rispetto valori assegnati da Regione Lombardia e analisi prestazioni non erogate
			MAC	Erogazione nel rispetto Regole di Sistema
			Abbattimenti tariffari da autocontrolli e NOC	Miglioramento della performance 2013
			Appropriatezza prescrittiva degli esami di laboratorio per pazienti ricoverati	Rispetto indicazioni Regole 2014
			FAST-TRACK	Mantenimento dei percorsi veloci e revisione dei protocolli in essere
			Miglioramento appropriatezza Area Emergenza Urgenza	Analisi dei ricoveri da PS con triage uscita verde e miglioramento del flusso informativo 6/san
			Invio telematico dei certificati d'infortunio sul lavoro da parte dei PS. Invio telematico delle comunicazioni di inizio/fine ricovero e delle certificazioni di malattia in sede di dimissione.	Integrazione dei sistemi informativi secondo cronoprogramma definito da Regione Lombardia e rispetto indicazioni Regionali in materia
		Miglioramento appropriatezza Area Salute Mentale	Rispetto indicatori contratto ASL/AO e analisi per favorire il passaggio tra i comparti sanitari e socio-assistenziali che si occupano della presa in carico delle persone con patologie psichiatriche, disabilità e patologie psichiatriche residuali. Istituzione di tavoli specifici	
		Adeguamento per le UU.OO. di Riabilitazione alle regole 2014	Revisione dell'organizzazione	
		Adozione nuova lettera di dimissione elettronica	Rispetto cronoprogramma	
		Prescrizione on line della protesica maggiore e dei dispositivi per diabetici attraverso Assistant RL	100% delle prescrizioni effettuate on line	
		Firma elettronica dei referti ambulatoriali e delle lettere di dimissione	Percentuale dei referti e lettere di dimissione firmati digitalmente entro 24 ore in linea con l'obiettivo regionale	
		Ritorno in sala operatoria, dimissioni volontarie, ricoveri ripetuti per la stessa MDC entro l'anno, trasferimenti, mortalità totale	Valutazione con criteri Regione Lombardia	
		Ulteriore contenimento dei Day Hospital a contenuto diagnostico	Miglioramento della performance 2013	
		Utilizzo del regime ambulatoriale per l'erogazione di taluni interventi	(Nr casi trattati ambulatorialmente degli interventi individuati / Nr casi interventi individuati) > 90% a partire accreditamento PL MAC	
		Appropriatezza erogazione 108 DRG di cui al Patto della Salute	Ricoveri DO per 108 DRG/ ricoveri totali < 29%	
		Costo	Costo per punto DRG materiale sanitario, prestazioni intermedie di radiologia e laboratorio	Miglioramento della performance 2013 tendendo al valore medio dipartimentale
Qualità	Partecipazione agli obiettivi aziendali in tema di qualità	Rispetto integrale Regole 2014		



6 CONCLUSIONI

In via conclusiva, di seguito si illustra, in sintesi il c.d. “Ciclo della 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 della 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 della Performance e di tutte le altre azioni di pianificazione e programmazione che al medesimo si collegano;

AZIONI DI TRASPARENZA:

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

