



Ospedale
Papa Giovanni XXIII

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

OGGETTO: RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ASST PAPA GIOVANNI XXIII -
ANNO 2018

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona della Dr.ssa Maria Beatrice Stasi

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

AVV. MONICA ANNA FUMAGALLI

IL DIRETTORE SANITARIO

DOTT. FABIO PEZZOLI

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO

DOTT. FABRIZIO LIMONTA

Richiamato il d.lgs. 27/10/2009 n. 150 il quale all'art. 10, comma 1, lett. b) prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente un documento "... che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti e il bilancio di genere realizzato."

Premesso che:

- l'UOC Formazione, valutazione e controllo strategico, con l'apporto delle strutture in staff alla Direzione, ha provveduto a redigere la Relazione come previsto dal suddetto decreto nel rispetto delle prescrizioni normative, delle linee guida per il piano della performance del 2017, delle linee guida per la relazione annuale sulla performance del 2018 e degli indicatori comuni per le funzioni di supporto nelle amministrazioni pubbliche del 2019, emanate dal Dipartimento della funzione pubblica;
- il documento, oltre a tenere in considerazione l'attuazione della l.r. n. 23/2015, è stato redatto garantendo il coordinamento e la coerenza con il piano triennale di prevenzione della corruzione integrato con il programma triennale per la trasparenza e l'integrità;

Rilevato che il Nucleo di valutazione delle prestazioni ha preso visione della Relazione sulla performance – anno 2018 e dopo averla accuratamente analizzata, ne ha approvato il relativo contenuto con motivato parere in data 25 giugno 2019;

Acquisito il parere del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore sociosanitario.

DELIBERA

1. di approvare il documento allegato alla presente “Relazione sulla performance dell’ASST Papa Giovanni XXIII – anno 2018” (allegato A);
2. di pubblicare sul sito aziendale nella sezione “Amministrazione trasparente” la menzionata relazione, nei termini di legge, entro il 30 giugno 2019;
3. di trasmettere copia del presente provvedimento ai competenti uffici aziendali per opportuna conoscenza.

IL DIRETTORE GENERALE
dr.ssa Maria Beatrice Stasi

RELAZIONE PERFORMANCE

ASST PAPA GIOVANNI XXIII

ANNO 2018



La *Relazione sulla Performance* rileva, annualmente, il conseguimento dei risultati cui sono pervenute dal punto di vista organizzativo e progettuale le strutture aziendali. Evidenzia l'apporto sinergico del personale coinvolto, rispetto alla pianificazione e alle risorse assegnate, descrivendo, al contempo, gli eventuali scostamenti.

INDICE

1. PREMESSA METODOLOGICA.....	3
2. ASST PAPA GIOVANNI XXIII	5
2.1 POAS PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO	7
3. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA	9
3.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO	9
3.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA	11
3.3 TRAPIANTI E L'ALTA SPECIALIZZAZIONE	11
3.4 CURE ONCOLOGICHE	12
3.5 EMERGENZA-URGENZA	13
3.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE.....	14
4. OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE E IL LORO RAGGIUNGIMENTO	19
5. PREVENZIONE CORRUZIONE – TRASPARENZA E INTEGRITA'	33
5.1 IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	33
5.2 LE MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE:.....	34
5.3 SETTORI DA PRESIDARE	38
5.4 MISURE DI CONTRASTO ADOTTATE.....	39
5.5 PROGRAMMA TRIENNALE TRASPARENZA INTEGRITÀ.....	41
5.6 OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	41
6. ATTIVITA' DIDATTICA E SCIENTIFICA	48
6.1 OFFERTA FORMATIVA AL PERSONALE DIPENDENTE	48
6.2 PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2018.....	50
6.3 FORMAZIONE FUORI AZIENDA	52
6.4 CLASSIFICAZIONE OBIETTIVI FORMATIVI ECM.....	52
6.5 ATTIVITA' DIDATTICA E SCIENTIFICA.....	53
6.6 SPERIMENTAZIONI SCIENTIFICHE E SPONSORIZZAZIONI CLINICHE	55
7. URP E CUSTOMER EXPERIENCE	56
8. MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: INDICATORI DI RISULTATO	58

1. PREMESSA METODOLOGICA

Il *Sistema di Misurazione della Performance* nelle aziende sanitarie, secondo il modello lombardo, deve tendere:

- al recepimento della programmazione regionale in materia, che costituisce l'impostazione dalla quale far scaturire scelte, priorità, strategie aziendali;
- all'utilizzo di strumenti e sistemi ordinari – già esistenti, per evitare duplicazioni documentali e procedurali - per rappresentare, formulare, comunicare, gli elementi di novità nella programmazione, per presidiare il percorso e gli step, nonché verificarne le risultanze;
- alla valorizzazione e/o riqualificazione dei sistemi di budgeting per allocare gli obiettivi strategici aziendali a livello di singola unità/struttura/dipartimento/ufficio di staff o line...
- all'utilizzo di metodi, modalità di raccolta e strumenti di rilevazione, omogenei, per consentire confronti tra aziende, così che i parametri e gli indicatori siano univocamente interpretabili;
- alla chiarezza espositiva e trasparenza, per essere compreso dagli stakeholder e dai cittadini, oltre che per ragioni legate alla partecipazione diffusa, favorita dall'accesso civico agli atti della pubblica amministrazione.

All'esito di ciò otterremo:

- **RISULTATI ISTITUZIONALI** significativi con:
 - ✓ TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI da confrontare con realtà simili;
 - ✓ VOLUMI DI ATTIVITÀ da comparare con quelle degli altri anni;

valutabili in termini di:

- **EFFICACIA:** misura la capacità di soddisfare i bisogni di salute della popolazione e indica l'aderenza o il divario, tra la realizzazione degli obiettivi rispetto alla pianificazione.
- **EFFICIENZA:** rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra i fattori produttivi impiegati (ore lavoro, risorse economiche, attori protagonisti e non...) nell'attività considerata e i risultati ottenuti per ciascun traguardo prefigurato;

realizzati da:

- **COMPORAMENTI/ATTEGGIAMENTI** coerenti col sistema delineato da parte dei medici, dei dirigenti, del personale sanitario, amministrativo tecnico e professionale e delle organizzazioni sindacali presenti in azienda.
- **SKILL DEL TOP MANAGEMENT**, degli organismi interni, dei collegi tecnici, dei comitati ... che influenzano il clima aziendale, il benessere organizzativo, la stima delle

istituzioni, il *favor* della cittadinanza, la stampa locale e nazionale... in buona sostanza, la veicolazione di un'immagine rassicurante per l'opinione pubblica.

Nel contempo è stato costruito un *sistema di misurazione della performance*, col supporto del *Nucleo di valutazione delle prestazioni*.

I componenti del NVP costantemente operano per il perfezionamento dello stesso, contemplando *indicatori* che annoverino tutte le dimensioni descritte e quelle che ritengono immanentemente opportune.

E' doveroso descrivere compiutamente il lavoro effettuato in questo anno e procedere alla pubblicazione del documento entro la fine del mese di giugno ciò per soddisfare le esigenze:

- del *Committente*, inteso quale *organo politico*, al fine di rappresentare il rispetto dei principi ispiratori del sistema sociosanitario, nella programmazione e pianificazione dei progetti aziendali e quale *organo amministrativo* che finanzia le funzioni prodotte, per la verifica degli obiettivi raggiunti che non possono essere solo numerici ed economici;
- della *Collettività* che partecipa direttamente e indirettamente al finanziamento del sistema, si avvale di questo servizio pubblico e intende essere sempre più informata e maggiormente coinvolta sul segmento sociosanitario, cui ciascuno interdepende;
- dei *Portatori di interesse delle varie categorie*: il volontariato sociale, le università, le scuole di specialità, i centri di ricerca, le varie associazioni... affinché possano continuare ad alimentare la fiducia riposta in questa struttura pubblica, creando nuove alleanze e partenariati che progressivamente prendono il posto del mecenatismo d'impresa;
- degli stessi *Dipendenti* che hanno contribuito alla realizzazione di tutti i risultati con costante determinazione, impegno e professionalità;
- degli artefici della performance complessiva: il **Direttore Generale** e i **Direttori Amministrativo, Socio-Sanitario e Sanitario** così che possano constatare il proficuo lavoro di squadra, svolto da tutti gli attori citati, i quali incessantemente erogano prestazioni e servizi connaturati alla cura della salute, introducendo continuamente nuove e speciali metodiche, innovativi percorsi e logiche proattive.

Con questa relazione ci si prefigge di fotografare, il *ciclo di gestione della performance** attuato nell'*ASST Papa Giovanni XXIII*, con le molteplici attività e funzioni messe in campo, raggiungendo ottimi traguardi, rispetto alla ideazione ed alla progettazione, consapevoli che solo una visione d'insieme, può far apprezzare le sinergie veicolate e i traguardi raggiunti sotto molteplici aspetti.

Il 2018 è stato un anno di intensa attività sociosanitaria, contraddistinto dal forte sforzo – sia culturale che operativo – proteso verso la massimizzazione dell'integrazione ospedale-territorio.

(*) *Circuito della programmazione integrato dal controllo "continuo"* atto a consentire di volta in volta di conoscere, apprezzare, reimpostare o introdurre correttivi, sulla base dell'assunto che tutto quanto non si misura, non si migliora.

2. ASST PAPA GIOVANNI XXIII

L'Azienda, formalmente istituita con DGR Lombardia X/4487 del 10.12.2015, dal 1° gennaio 2016, ricomprende:

- Ospedale *Papa Giovanni XXIII Bergamo*
 - ✓ Presidio *Matteo Rota* - sede del Corso di Laurea in Infermieristica
 - ✓ Sede didattica via Maglio del Rame per Corsi di laurea in Fisioterapia, Ostetricia e in Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia
 - ✓ Hospice – Neuropsichiatria Infantile – Medicina dello Sport – Borgo Palazzo
 - ✓ *Casa degli Angeli* – Struttura Riabilitativa psicomotoria a Mozzo
 - ✓ Farmacia presso HPG XXIII, aperta al pubblico dalle ore 9:00 alle ore 18:00
- Ospedale Civile di San Giovanni Bianco
- Poliambulatori di Zogno, Villa d'Almè, S. Omobono
- Centro diurno San Giovanni Bianco
- CRA San Giovanni Bianco
- Polo territoriale UONPIA di Zogno
- Distretti di Bergamo, Val Brembana, Valle Imagna
- Consultori familiari di Bergamo, Villa d'Almè, Sant'Omobono Terme
- Ambulatorio Psicosociale e Neuropsichiatria Infantile Zogno

incorpora le strutture le cui funzioni e attività, sono state trasferite dall'ATS:

- *Servizio Unificato di assistenza Protesica ed Integrativa* - SUPI del paziente domiciliare della provincia, fornisce prestazioni e ausili: ossigenoterapia, materiale per diabetici, cateteri, placche e sacche per uro/ileo/colo-stomizzati, prodotti dietetici per morbo celiaco, nutrizione enterale
- *Servizio di assistenza farmaceutica* - SAF e vaccini per le tre ASST provinciali
- *Servizio delle Dipendenze* - Ser.D.
- *Centro Assistenza Domiciliare* - CeAD
- Accettazione dichiarazione donazione organi e tessuti
- Certificazioni di igiene pubblica
- Scelta e revoca medico e pediatra, esenzioni, autorizzazioni e assistenza all'estero
- *Ufficio Relazioni con il Pubblico*
- *Centro Bambino e Famiglia* – CBF offre servizi specialistici riferiti a violenza e abusi, sui minori e donne, servizi per operatori sociali, sanitari, educativi e legali, interventi di psicologia giuridica, audizioni protette e incidenti probatori, iniziative di sensibilizzazione e formazione.

- *Servizio di Protezione Giuridica* sulla falsariga dell'Ufficio di Pubblica Tutela, si configura come servizio di II livello, fornendo supporto legale per l'*interdizione*, l'*inabilitazione* e l'*amministratore di sostegno*.
- Sportelli territoriali che costituiscono il *Nucleo Operativo Disabilità Adulta - NODA* per l'utenza disabile e fragile adulta, collabora con l'*Ambulatorio Disabilità Intellettiva*, il *Servizio Disabilità e fragilità* e i *Collegi di accertamento per l'individuazione dell'alunno disabile*.

- *Servizio di Medicina Legale:*

I Livello Erogazione territoriale - Certificazioni e accertamenti sanitari monocratici:

- idoneità alla guida di autoveicoli e natanti
- idoneità al porto e detenzioni armi
- certificazione medico-legali a richiesta di PP.AA. o di privati
- certificazioni previste nell'ambito della medicina necroscopica
- accertamenti di temporanea inabilità al lavoro (visite fiscali)
- accertamento medico-legale avverso il giudizio espresso dal medico di controllo (temporanea inabilità al lavoro) e coordinamento organizzativo dell'attività dei "medici fiscali";

II livello:

- Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile e dello stato di handicap;
- Inserimento lavorativo dei disabili (L. n. 68/99)

Erogazione diretta:

- Commissioni cecità, e sordomutismo; per l'accertamento dell'idoneità alla guida; per l'accertamento dell'idoneità/inidoneità psico-fisica ai fini del cambio mansione o dispensa dal servizio dei pubblici dipendenti
 - Collegio medico per il ricorso contro il giudizio di inidoneità all'uso delle armi
 - Gestione istruttoria richieste di indennizzo per danni da vaccinazione/trasfusione (L. n. 210/92) rimborsi adattamenti autoveicoli, prestazioni correlate alla TBC, dialisi
 - Partecipazione alla gestione del rischio clinico e al Comitato Valutazione Sinistri
 - Assistenza diretta medico-legale nel contenzioso assicurativo-giudiziario ed extragiudiziario in qualità di Consulente Tecnico di parte aziendale.
- Presa in carico degli accertamenti finalizzati alla ricerca di sostanze d'abuso/psicotrope in collaborazione con ATS: screening riferito al monitoraggio per l'utenza che afferisce ai Ser.D.
 - Servizi di supporto all'attività ospedaliera di base di San Giovanni Bianco:
 - CAL *Centro Assistenza Limitata*
 - *Centro di Riabilitazione Assistenziale per l'area psichiatrica* con 19 posti letto
 - *Intervento H24 della Centrale 118*,
 - 6 posti letto di *Riabilitazione Specialistica*
 - 16 posti letto per subacuti

2.1 POAS PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO

Il *POAS 2016-2018* è lo strumento programmatico attraverso il quale l'azienda, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale, definisce il proprio assetto e le relative modalità di funzionamento, al fine di realizzare gli obiettivi strategici enunciati dalla Regione.

Persegue l'esigenza di integrazione ospedale - territorio, implementando un innovativo processo di cambiamento socio-culturale, transitando dalla logica della *presa in carico del paziente* al *prendersi cura*, intesa come una maggiore sensibilizzazione del singolo soggetto verso la prevenzione ed un sinergico coinvolgimento nel proprio percorso di cura e terapia; di *valutare e gestire la multidimensionalità dei bisogni del paziente cronico e fragile complesso*, occupandosi della prenotazione di esami e visite e dell'accesso a tutti gli altri servizi del sistema sociosanitario.

La configurazione del POAS, funzionale a tali obiettivi, prevede un nuovo modello gestionale che coinvolge la Direzione Strategica, le unità in staff e i Comitati di Dipartimento nella creazione delle *funzioni per processi*, verso una *responsabilità diffusa* e orientata al cittadino che ha sempre più margini di inclusione nella gestione della *res pubblica*.

Nel POAS si individua la **matrice produttiva e gestionale** dei:

- *Processi primari clinico assistenziali e sociosanitari*

e la tecnostruttura per il funzionamento dell'ASST con i:

- *Processi sanitari di supporto*: laboratorio analisi, gestione farmaci, ingegneria clinica, formazione continua, servizio epidemiologico, gestione delle procedure di igiene ospedaliera, prevenzione, protezione e risk management, servizio sanitario aziendale ...
- *Processi amministrativi e tecnici*: reclutamento e valutazione personale, approvvigionamenti, sicurezza e gestione del patrimonio, logistica, servizi informatici e telefonici, governo degli ambienti, ristorazione, ufficio stampa e relazioni con il pubblico...
- Questa mappatura a tappeto di tutti processi consta di strumenti convenzionali per la loro identificazione: il *budget*, il *sistema di contabilità analitica per c.d.c.* ed altri innovativi, quali *il business process reengineering*, *il total quality management* e *l'activity based costing*

I Dipartimenti ospedalieri e le strutture territoriali che si riferiscono al processo produttivo presidiano gli aspetti organizzativi e gestionali del funzionamento delle diverse unità operative ad esse afferenti, mentre l'integrazione si realizza attraverso *le reti cliniche* e attraverso *dipartimenti funzionali interaziendali*.

Le *reti cliniche* supportano i *dipartimenti* nel definire le *linee di prodotto* attorno a cui sviluppare le *unità* e quindi i *team multidisciplinari*.

Le reti e le linee produttive si articolano quindi in *Unit*, ciascuna delle quali gestisce una o più linee di prodotto che costituiscono la sede in cui, per funzioni omogenee, si definiscono e si attuano i *Percorsi Diagnostico Terapeutico-Assistenziali* PDTA, che rappresentano l'unità elementare delle reti/linee con riguardo a componenti specialistiche ospedaliere e territoriali, in modo da privilegiarne la trasversalità, ridurre la variabilità clinica e potenziare l'integrazione tra ospedale e territorio e il confronto sui percorsi di cura da adottare.

La *Unit* è un *team clinico* che rappresenta il nucleo dell'erogazione di cura su casistiche complesse ove è necessario ricongiungere competenze per armonizzare i risultati che non sarebbero completi. I professionisti che ivi lavorano sono funzionali al sistema di offerta complessivo elevandone lo standard.

Nella *Tecnostruttura gestionale* confluiscono gli uffici di staff sanitari e tecnici, con un'organizzazione innovativa che mantiene il *riporto diretto* alla Direzione Strategica per il raggiungimento di specifici obiettivi i cui risultati:

economici – aventi valenza legale e di controllo amministrativo – di informazione, pubblicazione e trasparenza – di approvvigionamento mirato di farmaci, presidi e ausili – di relazione con le associazioni di volontariato e di categoria, gli enti locali, gli organi di stampa, le parti sindacali, i comitati interni;

in termini di:

convenzionamento con altre strutture sanitarie pubbliche, accreditate, private, università e centri culturali di ricerca – sicurezza informatica, strutturale, infrastrutturale e impiantistica – sviluppo della logistica – prevenzione e gestione del rischio clinico, degli eventi lesivi e avversi...

impattando trasversalmente sul governo dei processi, condizionano fortemente l'esito dei risultati clinico-assistenziali e sociosanitari e pertanto sono da presidiare sinergicamente e proattivamente.

Sulla dimensione verticale, suddivisa per linee di supporto, sono aggregate tre macro-aree:

- Programmazione e governo attività socio-sanitarie;
- Acquisizione beni, risorse umane, tecnologie e servizi, gestione patrimonio;
- Gestione servizi amministrativi e generali;

le cui funzioni ed attività sono complementari e propedeutiche al perseguimento della mission di una struttura che propone il modello del *take care* occupandosi del cittadino in termini di *prevenzione, cura, diagnosi, riabilitazione, consulenza farmacologica, prescrizione specialistica ... e tutta una serie di attività e funzioni aventi valenza socio-sanitaria.*

3. DATI DI ATTIVITÀ SANITARIA

3.1 ATTIVITÀ DI RICOVERO

Nel 2018 il numero totale di pazienti dimessi è stato di 44.429 (41.503 dimessi dal presidio Papa Giovanni XXIII (HPG23) e 2.926 dimessi dal presidio Ospedale Civile di San Giovanni Bianco (HSGB)), di cui 36.178 dopo ricovero ordinario (33.985 per HPG23 e 2.193 per HSGB) e 8.251 dopo ricovero diurno (7.518 per HPG23 e 733 per HSGB).

La tabella 1 riporta il numero di dimessi negli anni 2017 e 2018, suddividendo i ricoveri in base al regime degli stessi e al tipo di DRG.

TABELLA 1: attività di ricovero (ordinari + diurni) anni 2017-2018.

		PG23			SGB			ASST		
Regime Ricovero	Tipo di DRG	anno 2017	anno 2018	Delta	anno 2017	anno 2018	Delta	anno 2017	anno 2018	Delta
Ordinario	chirurgico	14.298	14.271	-0,2%	693	647	-6,6%	14.991	14.918	-0,5%
	medico	20.229	19.714	-2,6%	1.555	1.546	-0,6%	21.784	21.260	-2,4%
Totale dimessi ricovero ordinario		34.527	33.985	-1,6%	2.248	2.193	-2,4%	36.775	36.178	-1,6%
Diurno	chirurgico	4.867	4.628	-4,9%	776	705	-9,1%	5.643	5.333	-5,5%
	medico	3.076	2.890	-6,0%	25	28	-12,0%	3.101	2.918	-5,9%
Totale dimessi ricovero diurno		7.943	7.518	-5,4%	801	733	-8,5%	8.744	8.251	-5,6%
Totale dimessi (Ordinario + Diurno)		42.470	41.503	-2,3%	3.049	2.926	-4,0%	45.519	44.429	-2,4%

Come risulta dalla tabella, nel 2018, rispetto al 2017, è stata registrata una diminuzione dei ricoveri ordinari (-1,6%) e una riduzione dei ricoveri diurni (-5,6%), arrivando ad una riduzione complessiva dei ricoveri del 2,4%. L'ASST sta in questo modo assolvendo il ruolo di ospedale hub, di riferimento per la provincia di Bergamo, ricoverando un numero sempre maggiore di casi complicati, che necessitano di ricovero più lungo. Molto importante è anche il lavoro sull'appropriatezza di ricovero, che ha portato a trasferire ad altro regime (ambulatoriale) parte della casistica, nel rispetto delle Regole di Sistema regionali.

La tabella 2 riporta le principali cause di ricovero ordinario nel 2018 dell'ASST nel suo complesso, la tabella 2a riporta le principali cause di ricovero ordinario nel 2018 per il presidio Papa Giovanni XXIII, la Tabella 2b riporta le principali cause di ricovero ordinario

nel 2018 per il presidio San Giovanni Bianco (il dato è stato ricavato analizzando le schede di dimissione ospedaliera e classificando le patologie per Categorie Diagnostiche Maggiori-MDC).

TABELLA 2: le principali cause di ricovero ordinario nel 2018 – ASST (PG23+SGB)

Le principali cause di ricovero su 100 dimessi	%
Gravidanza, parto e puerperio	13,0%
Neonati normali e con disturbo perinatali	11,7%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	10,3%
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	9,8%
Malattie e disturbi sistema nervoso	6,3%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	5,6%
Malattie e disturbi apparato digerente	5,5%

TABELLA 2a: le principali cause di ricovero ordinario nel 2018 – PG23

Le principali cause di ricovero su 100 dimessi	%
Gravidanza, parto e puerperio	13,8%
Neonati normali e con disturbo perinatali	12,4%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	10,3%
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	8,7%
Malattie e disturbi sistema nervoso	6,0%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	5,8%
Malattie e disturbi apparato digerente	5,1%

TABELLA 2b: le principali cause di ricovero ordinario nel 2018 – SGB

Le principali cause di ricovero su 100 dimessi	%
Malattie e disturbi sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	27,6%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	13,5%
Malattie e disturbi sistema nervoso	12,4%
Malattie e disturbi apparato digerente	12,3%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	9,3%
Malattie e disturbi fegato, vie biliari e pancreas	5,8%
Malattie infettive e parassitarie	3,2%

Le cause più frequenti di ricovero ordinario nel 2018 nell'ASST nel suo complesso sono state legate al parto, alla gestione dei primi giorni di vita dei neonati e alla cura delle patologie legate alla nascita, così come è lecito attendersi in un'Azienda che è sede della più grande unità di Ostetricia-Ginecologia della provincia, che conta circa 4.000 parti/anno, e di un'unità di Patologia Neonatale di secondo livello (è il più alto livello, secondo la classificazione attuale; comprende anche posti letto di Terapia Intensiva Neonatale). Sono

seguite in ordine decrescente di frequenza come causa di ricovero le malattie del sistema cardio-circolatorio, dell'apparato locomotore e del sistema nervoso.

3.2 ATTIVITÀ CHIRURGICA

Il numero di interventi chirurgici totali (Ordinari + Day Surgery + Ambulatoriali) del 2018, è stato di 36.426 (34.275 per HPG23 e 2.151 per HSGB), in calo (-2,6%) rispetto all'anno precedente. La complessità della casistica trattata è aumentata (il peso medio dei DRG chirurgici ordinari nel 2017 è stato di 1,9277 mentre nel 2018 è stato di 1,9388) dato che si correla alla complessità delle procedure eseguite. Ciò ha comportato, mediamente, un maggior tempo di utilizzo della sala operatoria per singolo intervento e questo può giustificare la riduzione del numero complessivo di interventi effettuati.

La tabella 3 riporta il numero complessivo di interventi chirurgici effettuati nei diversi regimi di erogazione delle prestazioni.

TABELLA 3: numero di interventi chirurgici effettuati nel 2017 e nel 2018 nei due presidi dell'ASST Papa Giovanni XXIII

regime	Papa Giovanni XXIII			San Giovanni Bianco			ASST (HPG+HSGB)		
	n° interventi			n° interventi			n° interventi		
	anno 2017	anno 2018	Rapporto	anno 2017	anno 2018	Rapporto	anno 2017	anno 2018	Rapporto
Ambulatoriale	8.076	7.972	-1,3%	531	744	40,1%	8.607	8.716	1,3%
Day Surgery	6.852	6.607	-3,6%	800	723	-9,6%	7.652	7.330	-4,2%
Ordinario	19.780	19.696	-0,4%	725	684	-5,7%	20.505	20.380	-0,6%
TOT	34.708	34.275	-1,3%	2.056	2.151	4,6%	37.417	36.426	-2,6%

3.3 TRAPIANTI E L'ALTA SPECIALIZZAZIONE

Le attività di alta specializzazione presenti nell'ASST trovano una delle espressioni più alte nella cura e nell'assistenza dei malati sottoposti a trapianto d'organo, dove maggiore è l'esigenza di un approccio multidisciplinare.

L'ASST Papa Giovanni XXIII è ai primi posti a livello nazionale, in termini di numerosità, relativamente ai trapianti di fegato in soggetti pediatrici ed è il centro pioniere del trapianto di intestino pediatrico in Italia.

La tabella 4 riporta il numero complessivo di trapianti effettuati ed evidenzia, nel 2018, complessivamente, un incremento di attività rispetto agli anni precedenti.

TABELLA 4: numerosità trapianti, suddivisi per organo, negli anni dal 1985 al 2018

ORGANO	1985-2013	2014	2015	2016	2017	2018	totale
cornee	561	21	19	18	18	18	655
cuore	879	22	22	14	24	18	979
rene	869	49	47	49	43	59	1.116
fegato adulto	653	63	64	47	57	58	942
fegato pediatrico	523	26	33	29	28	28	667
midollo osseo	2.490	130	128	143	135	141	3.167
polmone	105	10	12	11	9	8	155
intestino pediatrico	4			1			5
combinato	43	0	2	1	5	5	56
totale	6.127	321	327	313	319	335	7.742

L'alta specializzazione non si esaurisce tuttavia nelle attività di trapianto. Il valore aggiunto dell'Azienda risiede, infatti, nell'offerta di prestazioni sanitarie per un gran numero di discipline internistiche, chirurgiche e di servizi diagnostico-terapeutici, in grado di far fronte alla cura di uno spettro di patologie che vanno dalle cause più comuni di malattia a diverse patologie rare.

3.4 CURE ONCOLOGICHE

Presso l'ASST Papa Giovanni XXIII vengono curati tutti i tipi di tumore solido o ematologico, compresi i tumori rari e quelli emergenti, come il melanoma, grazie alla disponibilità di tutte le specialità mediche e delle più innovative possibilità di cura. Dopo un'accurata fase diagnostica, per ogni paziente viene sviluppato un percorso di cura personalizzato, ispirato alla multidisciplinarietà, alla continuità terapeutica e all'appropriatezza di ogni intervento. Le cure spaziano dall'intervento chirurgico alla radioterapia, dalle terapie mediche a quelle biologiche, fino alle cure palliative, con l'obiettivo di accompagnare il paziente in ogni fase della malattia e di garantire un'assistenza globale, anche grazie all'importante sostegno offerto dal mondo del volontariato. Intenso e di alto livello è anche il lavoro che viene svolto sul fronte della ricerca scientifica, tanto che la maggior parte delle pubblicazioni prodotte in Azienda interessano il campo oncologico ed ematologico.

Per tutti questi motivi il settore onco-ematologico ha un'attrattività che va oltre la provincia di Bergamo. Vengono sotto riportati i tassi di attrazione del 2018 dei pazienti con ricovero ordinario presso le Unità Operative di Oncologia ed Ematologia (considerate insieme) sia dei pazienti fuori provincia ma residenti in Regione Lombardia (extra-provincia) che dei pazienti che provengono da altre regioni (extra-regione), che totale (extra-provincia + extra-regione). Il tasso di attrazione del 2018 di pazienti con ricovero ordinario nelle Unità di Oncologia ed Ematologia non si discosta molto da quella del 2017.

TASSO DI ATTRAZIONE DI PAZIENTI FUORI PROVINCIA MA RESIDENTI IN LOMBARDIA (EXTRA-PROVINCIA): 115 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE DI PAZIENTI FUORI REGIONE LOMBARDIA (EXTRA-REGIONE): 61 per 1.000 dimessi.

TASSO DI ATTRAZIONE TOTALE (EXTRA-PROVINCIA + EXTRA-REGIONE) DEL SETTORE ONCO-EMATOLOGICO: 176 per 1.000 dimessi

3.5 EMERGENZA-URGENZA

L'ASST Papa Giovanni XXIII è una delle strutture di terzo livello presenti in Lombardia per l'assistenza ai pazienti politraumatizzati. In particolare il Decreto Direzione Generale Sanità n. 8531 dell'1.10.2012 "Determinazioni in merito all'organizzazione di un sistema integrato per l'assistenza al trauma maggiore" individua l'ASST Papa Giovanni XXIII come una tra le sei Aziende sede di "Centro Trauma di Alta Specializzazione" per quanto concerne il trauma maggiore del paziente adulto e come l'unica Azienda regionale sede di "Centro Trauma di Alta Specializzazione per il trauma maggiore in età pediatrica" (prescolare e scolare preadolescenziale 0-12 anni). Di fatto l'ASST Papa Giovanni XXIII è una delle principali strutture presenti in Lombardia per l'assistenza ai pazienti politraumatizzati, il che significa che viene fornito il massimo livello di idoneità ad accogliere pazienti con lesioni traumatiche gravi all'addome, al torace, agli arti, alle vertebre e alla testa, oltre ad essere l'unica struttura di riferimento in regione per il trauma pediatrico grave.

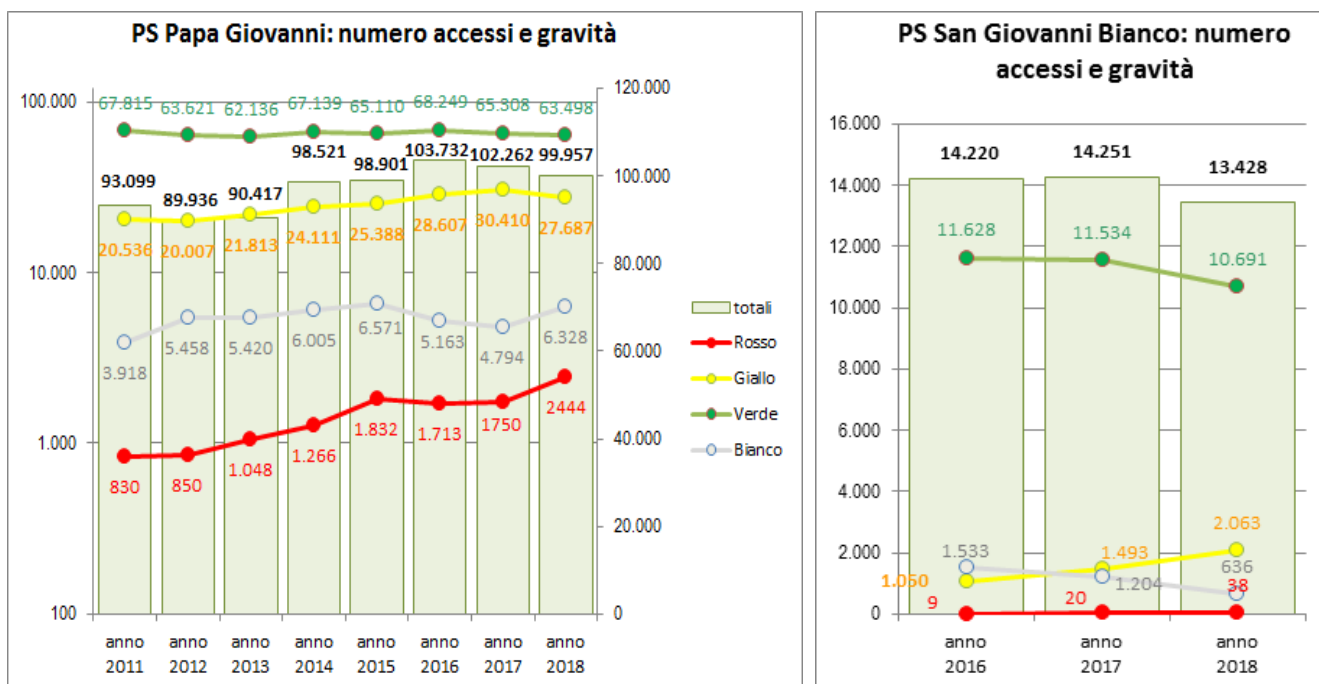
Merito del trattamento ottimale garantito a questi pazienti è la stretta sinergia tra le unità operative che compongono il Trauma Team (Centro EAS, Chirurgia I, Anestesia e Rianimazione) e la collaborazione con tutte le altre discipline che ruotano intorno al paziente traumatizzato, che vanno dalla Centrale operativa 118 alla Chirurgia plastica a quella Maxillofacciale, dalla Neurochirurgia al Centro Antiveleni, all'Ortopedia-Traumatologia, alla Chirurgia Pediatrica e Pediatria, alla Radiologia / Neuroradiologia, giusto per citare le discipline più frequentemente coinvolte: specialisti diversi che insieme formano un Trauma Team di grande esperienza, che possono contare su un ambiente dedicato (la Shock Room presente presso il Centro EAS) e su una sala operatoria a disposizione 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno.

Nondimeno l'ASST è inserita nell'articolazione delle reti tempo dipendenti e di patologia (considerando anche l'evoluzione di queste ultime nelle reti clinico-assistenziali che la Riforma Sanitaria Regionale sta promuovendo).

Nell'ambito dell'emergenza-urgenza vanno citate, oltre alla rete trauma, per importanza e numerosità di casistica trattata la rete infarto, la rete ictus e la rete neonatologica, all'interno delle quali l'ASST riveste un ruolo di primo piano non solo a livello provinciale.

Il grafico 1, sotto, riporta il numero di accessi totali in Pronto Soccorso (PS) del presidio HPG23, dal 2011 al 2018, suddivisi per codice triage in uscita e del presidio HSGB dal 2016 al 2018, sempre suddivisi per codice triage in uscita

Grafico1 – Accessi totali Pronto Soccorso HPG23: 2011 – 2018



Il numero di accessi in PS presso il presidio HPG23 è andato crescendo vertiginosamente dall'anno del trasferimento nel nuovo ospedale (2013) arrivando, negli ultimi anni (dal 2016), a superare (o quasi) i 100.000 accessi/anno, con un media giornaliera di oltre 270 accessi. Tra l'anno 2012, ultimo anno di attività presso il vecchio ospedale (Ospedali Riuniti di Bergamo), e lo scorso anno (2018) si è registrato un incremento complessivo di accessi PS di oltre 11 punti percentuali con un numero di codici rossi quasi triplicato (+ 187,5 %).

3.6 ATTIVITÀ AMBULATORIALE

La numerosità delle prestazioni ambulatoriali si mantiene costantemente alta: nel tempo è cresciuta e si è stabilizzata. Nel 2016 a seguito della Legge di Riforma regionale, è stata acquisita l'attività ambulatoriale erogata presso l'Ospedale Civile di San Giovanni Bianco e i Poliambulatori di Zogno, Villa d'Almè e Sant'Omobono. Nel 2017 è stata estesa al P.O. di San Giovanni Bianco la funzionalità del software di prenotazione e rendicontazione attivo presso il PG23. Anche il Regolamento aziendale per la gestione delle attività effettuate in solvenza e libera professione è stato esteso a tale Presidio.

Il 2018 ha quindi rappresentato il primo anno in cui l'attività ambulatoriale è stata completamente rendicontata e refertata con i medesimi applicativi aziendali permettendo le funzioni di monitoraggio delle prestazioni erogate e dell'andamento dei tempi di attesa.

Sono state erogate 3.970.191 prestazioni ambulatoriali comprensive dei referti di laboratorio (escluse quelle in regime di libera professione e solvenza). L'andamento è sovrapponibile in termini di offerta a quello degli anni precedenti.

	N° prestazioni
Ospedale Papa Giovanni XXIII - Bergamo	2.812.161
Neuropsichiatria Infantile Bergamo	37.105
Centro Assistenza Limitata – Bergamo	9.468
Centro pubblico di Medicina dello Sport - Bergamo	6.418
Neuropsichiatria Infantile polo Bergamo	1.957
CPS Tito Livio Bergamo	1.636
CPS Bergamo Occidentale	1.089
Ambulatorio IDEA Bergamo	363
Pronto Soccorso Ospedale Papa Giovanni XXIII - Bergamo	517.551
Poliambulatorio – Ospedale Civile di San Giovanni Bianco	398.049
Neuropsichiatria Infantile - polo territoriale di Zogno	7.343
Poliambulatorio di Zogno	7.039
Poliambulatorio di Villa d'Almè	6.369
Centro Assistenza Limitata - San Giovanni Bianco	5.296
Ambulatorio psichiatrico Zogno	1.028
Pronto Soccorso - Ospedale Civile di San Giovanni Bianco	157.319
Totale complessivo	3.970.191

Prestazioni Ambulatoriali – Papa Giovanni XXIII (fonte 28/SAN)	
Visite ed esami strumentali	743.488
Prestazioni radiologici, neuroradiologiche e medicina nucleare	71.338
Esami di laboratorio	2.090.061

È stata ristrutturata la modalità di accesso alle prenotazioni intervenendo con l'apertura di specifiche agende suddivise per classi di priorità.

Nel 2018 è stato garantito al 90% delle prestazioni prescritte con priorità "U", l'accesso entro i 3 giorni; al 96% delle prestazioni prescritte con priorità "B", l'accesso entro i 10 giorni; all'85% delle prestazioni prescritte con priorità "D" l'accesso entro i 30 giorni per le visite e 60 per le prestazioni strumentali. Complessivamente l'ASST risponde entro i termini previsti per ciascuna priorità per il 90% degli accessi.

	Anno 2018	Anno 2017
Classi di priorità ASST	% Accessi che rispettano il tempo di attesa obiettivo	% Accessi che rispettano il tempo di attesa obiettivo
Urgenza , differibile entro massimo 72 ore	90%	79%
Breve entro 10 giorni	96%	70%
Differibile entro 30 giorni/visita, “ 60 prestazione strumentale	85%	74%
TOTALE	90%	75%

Dal confronto con l'anno precedente sono stati migliorati i tempi di accesso alle visite e prestazioni sanitarie.

È iniziata la collaborazione con alcune Strutture Private Accreditate della provincia con la presa in carico di pazienti cardiologici a bassa complessità dal punto di vista clinico (pazienti cronici con cardiopatia in fase di stabilità o screening cardiologici in prevenzione primaria (es. ipertesi senza evidenza di danno d'organo), ma che necessitano di attivare un percorso di monitoraggio sul medio - lungo periodo. Ciò con l'obiettivo di aderire alla Riforma Sociosanitaria lombarda che insiste sulla creazione di reti sul territorio, in considerazione delle criticità emerse sull'appropriatezza delle visite cardiologiche. Tale percorso consente di dare maggiore spazio a percorsi di accoglienza per pazienti cronici che presentano una riacutizzazione della loro patologia e necessitano di essere visitati rapidamente. E' un progetto sperimentale, quello intrapreso, che rappresenta un'ottimizzazione dell'offerta. È stata data attuazione alle Convenzioni con la Casa di Cura San Francesco e la Clinica Castelli stipulate a fine 2017.

Si riporta, nel dettaglio, l'elenco delle prestazioni ambulatoriali erogate privatamente dagli specialisti medici dell'azienda negli studi dedicati all'attività intramoenia in regime di:

- *Solvenza*: l'utente non effettua alcuna scelta dello specialista che erogherà la prestazione; ciononostante, confidando su un'équipe di professionisti, al fine di ottenere celermente un parere clinico, una visita medica, un consulto preoperatorio, una diagnosi ... si accolla l'onere della prestazione ad una tariffa stabilita a livello aziendale (superiore al ticket, inferiore - di norma - alla tariffa in LP nella medesima branca)
- *Libera Professione*: attività svolta con tariffe determinate dal professionista scelto.

Flusso 28-SAN anno 2018 - Regime LP e Solvenza		
Struttura	QUANTITA' VISITE	
	Solvenza	Libera Professione
Cardiochirurgia	1	210
Cardiologia 1	296	5.951
Chirurgia generale 1	6	396
Chirurgia maxillo facciale	9	57
Chirurgia pediatrica	13	546
Chirurgia plastica	211	471
Chirurgia vascolare	28	1.299
Dermatologia	197	5.187
Ematologia	825	637
Malattie infettive	28	184
Gastroenterologia 1 - epatologia e trapiantologia	12	686
Nefrologia	70	89
Neurochirurgia	149	2.479
Neurologia	249	2.855
Oculistica	221	3.027
Odontoiatria e stomatologia	562	446
Ortopedia e traumatologia	7.319	4.211
Otorinolaringoiatria	99	1.811
Patologia neonatale	3	103
Pediatria	7	383
Pronto soccorso pediatrico	515	
Pneumologia	43	801
Radioterapia	8	47
Riabilitazione specialistica	267	550
Urologia	27	4.499
Malattie endocrine 1 - diabetologia	570	2.149
Chirurgia generale 3 - trapianti addominali	18	114
Oncologia	13	570
Psichiatria II	1	892
Psichiatria I	1	436
SMeL 3 - anatomia patologica	1.049	74
EAS - Emergenza di Alta Specializzazione	3.952	1
Pronto soccorso traumatologico	134	

Pronto soccorso radiologico	327	
S.I.M.T.	717	
SMEL 2 - analisi chimico-cliniche	38.746	
Medicina del lavoro	4	
SMEL 1 - microbiologia e virologia	2.318	
Radiologia diagnostica per immagini 2 - neuroradiologia	338	712
Radiologia diagnostica per immagini 1 e Radiologia interventistica	2.134	391
Punto prelievi	10.912	
Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	8	425
Elettrofisiologia ed elettrostimolazione cardiaca	27	1
Anestesia e rianimazione 2	863	73
Chirurgia generale 2 – senologica	26	1.221
Ostetricia e ginecologia 1	462	3.874
Centro antiveneni e tossicologia	1	
Medicina nucleare	141	59
Cardiologia 3 - cardiopatie congenite	3	551
Medicina interna 1	1	214
Cure palliative, terapia del dolore e hospice		106
Psicologia		107
SMEL 4 - citogenetica e genetica medica	4	
Malattie endocrine 2 - dietetica, nutrizione clinica e disturbi alimentari		1.001
Reumatologia	189	1.998
Chirurgia generale 5 – toracica		39
Area disabilità e autismo		97
Gastroenterologia 2 - endoscopia digestiva	336	2.280
Ostetricia e ginecologia 2 – PMA	20	11
Chirurgia generale 4 - P.O. San Giovanni Bianco		30
Totale complessivo	74.480	54.351

L'elevato numero di prestazioni rese in regime di solvenza sottolinea da un lato la fiducia espressa dai cittadini per il Papa Giovanni, così come viene definito dalla popolazione, tuttavia ciò evidenzia l'esigenza sentita di ottenere una risposta in tempi celeri. Decisamente più brevi di quelli ottenibili, ad oggi, dal Servizio Sanitario Nazionale presso la nostra ASST.

Va annoverato altresì un ulteriore volume di prestazioni erogate in regime di libera professione, stimate in 8.000 rese sempre nel 2018, dai medesimi professionisti dipendenti dell'ASST, presso lo studio convenzionato.

4. OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE E IL LORO RAGGIUNGIMENTO

I principali obiettivi aziendali di interesse regionale direttamente collegati alla programmazione sanitaria lombarda, sono stati stabiliti con DGR n. X/7600 del 20.12.2017 e declinati attraverso le determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2018 con la deliberazione n. XI/415 del 2.8.2018.

Si distinguono in:

- istituzionali;
- sviluppo del sistema, di performance ed esiti;
- implementazione ed evoluzione del SSR.

I primi contenuti nelle c.d. Regole, gli altri, rappresentano le attività successivamente assegnate dalla DG Welfare, al fine di valutare le performance dell'ASST e poterla comparare con quella raggiunta dalle altre.

CONTROLLO MODALITÀ DI ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2017	Misurazione, valutando il 2018 rispetto al 2017. L'obiettivo risulta raggiunto se l'ente avrà ottenuto comunque il 65% di acquisti centralizzati/agggregati/servizi in concessione.	Al 31.12.2018, la percentuale degli acquisti aggregati, comprensivo degli importi riferibili ai servizi in concessione, rispetto al valore totale acquisti è del 78%.
Adesione alle convenzioni centralizzate ARCA: classi di Dispositivi medici a maggior spesa.	Verificato l'obbligo di adesione alle procedure centralizzate di ARCA attraverso l'analisi puntuale del grado di adesione ad alcune convenzioni attivate dalla Centrale d'Acquisto;	Sono state verificate 3 convenzioni e l'esito è stato positivo per: - protesi vascolari - endoscopia digestiva - dispositivi per apparato urogenitale.
Adesione convenzioni Centrale Acquisti Regione Lombardia - CONSIP e utilizzo piattaforma telematica SINTEL nelle procedure d'acquisto. Classi d'acquisto previste negli adempimenti LEA: energia elettrica; gas; ausili per persone disabili (ausili per la deambulazione); antisettici.	Verifica effettuata sulle classi previste negli adempimenti LEA per quanto riguarda gli acquisti: a) adesione convenzioni CONSIP; b) adesioni convenzioni ARCA; c) utilizzo della piattaforma telematica SINTEL;	Si conferma adesione per: - Energia elettrica: convenzione ARCA - Gas: convenzione CONSIP - Ausili per persone disabili: SINTEL - Ausili per la deambulazione: SINTEL - Antisettici: convenzione ARCA e SINTEL

OSSERVATORIO		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
Ricoveri ospedalieri: 1. Qualità della rilevazione – errori gravi 2. Tempestività della rilevazione	1. Percentuale di record di SDO contenenti errori “gravi” inferiore al 1%; 2. Percentuale in ritardo oltre la scadenza mensile non superiore al 2% (sono esclusi i DH di tipo non chirurgico);	1. La percentuale di errori gravi rilevati da RL è pari allo 0%. 2. La percentuale di SDO inviate oltre la scadenza mensile è pari allo 0,05%.
Certificati di assistenza al parto: 1. Tempestività della rilevazione 2. Completezza nella compilazione di tutti i campi (compresi i campi istituiti da Regione Lombardia nel 2016 e disponibili da portale)	1. Percentuale in ritardo oltre il mese non superiore al 5%; 2. Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;	1. Su 3858 parti raggiunto un livello scostamento di tempestività dello 0,39 % . 2. Scostamento del 2,18% (3957 Cedap compilate di cui 3871 validate) .

PROGRAMMI/PROGETTI SALUTE MENTALE E NEUROPSICHIATRIA		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
Salute mentale NPIA	Riduzione delle contenzioni;	Gli episodi di contenzione nel 2018 sono stati 240 il numero è notevolmente in diminuzione rispetto al 2017
Salute mentale NPIA	Definizione indicazioni/ progetti per la promozione della salute fisica del paziente psichiatrico anche in collaborazione con i Servizi per le dipendenze;	Si segnalano le seguenti iniziative: 1) Gruppo ginnastica dolce 2) Shiatsu 3) Feldenkrais 4) Gruppo Benessere 5) Pallavolo. 6) Calcio. 7) Vela. 8) Triathlon. 9) Trekking 10) "Alimentazione-movimento" 11) Materiale informativo sui rischi legati al consumo di alcol in gravidanza
Salute mentale NPIA	Realizzazione eventi formativi multidisciplinari rivolti alle varie professionalità interessate su autismo e disabilità complessa, acuzie psichiatriche dell'adolescenza,	Degni di nota Autismo e disabilità complessa <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione a numerosi incontri regionali ed interaziendali durante l'intero anno • 4 “Audit organizzativo gestione continuità assistenziale pediatrica ad elevata complessità” in condivisione con Direzione Sociosanitaria ed altre UOC • Intensa formazione fuori sede • Stesura procedura quadro “Collegio di accertamento per l'individuazione dell'alunno disabile - certificazione

PROGRAMMI/PROGETTI SALUTE MENTALE E NEUROPSICHIATRIA		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
	doppia diagnosi, transizione all'età adulta;	<p>diagnostica e diagnosi funzionale ed organizzazione evento pubblico e formativo in ATS</p> <p>Acuzie psichiatriche dell'adolescenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incontri con Consultorio, Psicologia. Progetto per la prevenzione secondaria "Promuovere e sostenere i caregiver progetto integrato per le famiglie e la prevenzione del disagio" • "Disturbi del comportamento dirompente in adolescenza: aspetti diagnostici e terapeutici, modalità di presa in carico e lavoro di rete" formazione interaziendale con Uonpia ASST Est ed Ovest <p>Doppia diagnosi Partecipazione come relatori al convegno ADHD "Andamento del follow-up nell'ambito del progetto regionale ADHD"</p> <p>Transizione all'età adulta "Gruppo di miglioramento: "Dalla NPI all'età adulta: quale accompagnamento per la persona con disabilità intellettiva o autismo"</p>

PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
Reti clinico-assistenziali	Evidenza dell'attivazione di audit interni per il monitoraggio dell'effettiva continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali nell'ambito delle reti clinico-assistenziali regionali e delle reti ospedaliere di cui al DM 70/2015;	E' stato redatto programma di audit per 4 reti: 1. Rete ictus 2. Rete neonatologica e punti nascita 3. Rete oncologica 4. Rete ematologica
Sistema Trasfusionale Regionale	Consolidamento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano Annuale di programmazione e compensazione regionale ed extra-regionale delle unità di sangue su indicazione di AREU/Struttura Regionale di Coordinamento;	Inviata all'Ospedale Niguarda 4.227 unità di GRC filtrati prestorage (+227 rispetto a quanto assegnato) e all'Ospedale Brotzu di Cagliari 2519 unità di GRC filtrati prestorage (+19 rispetto a quanto assegnato). Pertanto le cessioni sono state il 105,7% e il 100,7% . Sono state inviate altre 135 unità a Strutture regionali e altre 330 unità a Strutture extraregionali (+465 unità).
Sistema Regionale Trapianti	Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale;	Degenti deceduti N. 995 Donatori cornee n. 113, pari al 11,3%
Sistema Regionale	Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente	Sono stati effettuati n.213 interventi di protesi d'anca in elezione.

PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
Trapianti	superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione;	Donatori idonei di Tessuti Ossei N. 43, pari al 20%. Anche nel 2018 organizzato un incontro mensile di 2 h per info e sensibilizzazione dei pazienti candidati a protesi d'anca (ortopedico, anestesista, coordinatore trapianti e fisioterapista)
Sistema Regionale Trapianti	Numero di prelievi multitessuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2017 e comunque non inferiori a 3;	N. di prelievi multitessuto eseguiti: 4.
Sistema Regionale Trapianti	Incremento rispetto al 2017 del numero di trapianti da vivente (Tx rene);	Riunione svolta con la partecipazione di rappresentanti della Chirurgia e della Nefrologia, successivamente integrata da un incontro tra i due direttori, allo scopo di definire, di comune accordo, una strategia più efficace per implementare il reperimento di potenziali coppie donatore/ricevente. In particolare modo, i nefrologi promuoveranno, in collaborazione con i chirurghi, degli incontri presso i centri dialisi di riferimento, con la popolazione dei pazienti nefropatici e delle rispettive famiglie, allo scopo di sensibilizzarli maggiormente alla opportunità di trapianto da donatore vivente ed ai vantaggi che questa comporta. Verrà inoltre proposto l'accesso al programma nazionale "cross-over" per i pazienti con donatori ABO incompatibili, al fine di aumentarne le possibilità di trapianto
Promozione appropriatezza prescrittiva: attività di formazione ed informazione verso i prescrittori per il corretto utilizzo degli antibiotici (Antibatterici per uso sistemico)	Realizzazione di almeno un evento formativo (eventualmente FAD) rivolto a Medici ospedalieri per il corretto utilizzo degli antibiotici, classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico);	Il Comitato Infezioni è stato ricostituito quale Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza e Uso Appropriato dei Farmaci Antimicrobici . Prevista l'attivazione di uno specifico Gruppo Operativo "Antimicrobial Stewardship" . Documentata una proficua attività formativa con tutti i medici prescrittori e farmacie. Aggiornamento del documento aziendale su dosi / modalità di diluizione / modalità di somministrazione dei farmaci antimicrobici per uso parenterale nell'adulto, aggiornata con l'adeguamento posologico nell'insufficienza renale e in emodialisi / dialisi peritoneale
Reti locali di Cure palliative e relativi Dipartimenti interaziendali in collaborazione	- Evidenza con Atto formale della istituzione della RLCP e/o adesione formale alla stessa;	Istituzione della Rete Locale di Cure Palliative e relativo Dipartimento Interaziendale. Gli operatori di Cure Palliative della ns. azienda sono globalmente 35 i quali hanno frequentato corsi di I e II livello.

PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
con le ATS		
Predisposizione formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz); Monitoraggio e vigilanza sulle liste di attesa	Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015;	L'ASST ha rispettato il tempo di attesa obiettivo per il 90% delle prestazioni di primo accesso <ul style="list-style-type: none"> • attivazione di agende di priorità specifiche per ogni UO • componente attiva nel Tavolo tecnico con ATS relativo alla valutazione dell'appropriatezza delle priorità. • pubblicazione in MOSA di tutte le prestazioni ambulatoriali offerte dall'ASST
Monitoraggio della qualità percepita e implementazione del modello di rilevazione	Rilevazione della qualità percepita e trasmissione dei flussi derivanti mediante il sistema di accoglienza SMAF (Sistema Modulare Acquisizione Flussi. Sistema dedicato alla acquisizione dei debiti informativi ed allo scambio dati tra Regione Lombardia e gli Enti);	I dati relativi alla qualità percepita dai cittadini, secondo quanto previsto dalle Linee guida regionali sul monitoraggio della customer satisfaction, sono stati trasmessi tramite il sistema di accoglienza modulare SMAF secondo le tempistiche previste. Previsto un primo invio della rilevazione attinente al I e II trimestre 2018 da effettuarsi dal 9 al 23 luglio 2018: invio effettuato il 19/7/18 con 2159 questionari. Rilevazione del III trimestre tra il 1 e 15 ottobre 2018: invio effettuato in data 11/10/18 con 364 questionari. Rilevazione IV trimestre tra il 7 e il 21 gennaio 2019; invio effettuato in data 17/01/19 con 2.576 questionari. Inviati nel complesso 5.099 questionari.
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	Progettazione del percorso nascita fisiologico BRO (Basso Rischio Ospedaliero) a gestione autonoma dell'ostetrica;	Attuata Rete per l'assistenza alla madre e al neonato. E' stato consolidato il Protocollo Provinciale coordinato da ATS che ha previsto la partecipazione nelle riunioni di personale sanitario ostetrico del polo ospedaliero e dell'area consultoriale finalizzato alla presa in carico entro le due settimane precedenti il parto. Monitoraggio tassi allattamento 2017 in provincia di Bergamo. Si assiste ad un decremento del tasso di allattamento esclusivo, complessivo alla dimissione dai Punti Nascita: a tal proposito il dipartimento ha pianificato un corso sull'allattamento 20 ore OMS/UNICEF . Progetto RIMI Rete integrata materno-infantile "Protocollo di invio della coppia madre-bambino con difficoltà nell'allattamento o nell'alimentazione del bambino dal Punto Nascita al Consultorio familiare ASST", attivo sul territorio bergamasco dal 1 luglio 2017:

PREVENZIONE		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
PROMOZIONE SALUTE - PREVENZIONE CRONICITÀ IN AZIENDA (fattori di rischio comportamentali): Implementare l'offerta di opportunità per l'adozione di stili di vita favorevoli alla salute nei dipendenti, nei visitatori e nei pazienti/utenti, in sinergia con le ATS	Evidenza documentata nella rendicontazione WHP 2018.	Attuate iniziative che hanno interessato le aree tematiche quali: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promozione di una Sana Alimentazione, ✓ Contrasto al Fumo di Tabacco, ✓ Promozione all' Attività fisica, ✓ Contrasto all'abuso di alcool, ✓ Promozione del Benessere personale
PROMOZIONE SALUTE - PREVENZIONE CRONICITÀ SUL TERRITORIO - Implementare l'offerta di programmi, promossi da Consulitori pubblici e accreditati, di promozione della salute 0-3 anni, in raccordo con percorsi di continuità ospedale territorio (PLS - Punti Nascita) e in sinergia con le ATS - Implementare l'offerta di programmi, promossi da Consulitori pubblici e accreditati, di promozione della salute (life skills e peer education) in età adolescenziale, in sinergia con le ATS	-Evidenza documentata (PROSA e SURVEY Stili di vita), di attività integrate di promozione delle principali "competenze genitoriali" (allattamento al seno, acido folico, astensione alcol e fumo, posizione nel sonno, sicurezza domestica e in viaggio, vaccinazioni, lettura ad alta voce - D.G.R. 5506/2016), con particolare attenzione ai target con fragilità socio-culturali; - Partecipazione ai programmi regionali attivati dalle ATS ed alle attività formative regionali (Piano Formativo SSL 2018, Formazione Life Skills Training e Unplugged);	<u>Il circolo delle Mamme</u> In data 8/8/2018 è stata adottata la delibera 1471 che da avvio al progetto di prevenzione alla salute per la mamma e il bambino "Il circolo delle Mamme" promosso dalla cooperativa Ruah di Bergamo. Il progetto è rivolto a donne straniere gravide e a neo mamme, in particolare alle donne accolte presso il "Condominio solidale mater" in Bergamo, gestito dalla stessa cooperativa Ruah. Il citato progetto prevede il raggiungimento dei seguenti obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> ✓ promuovere l'accesso al consultorio familiare di Bergamo dell'ASST Papa Giovanni XXIII, in particolare per l'utenza straniera ospitata nelle strutture di accoglienza del territorio; ✓ offrire momenti di ascolto e confronto attorno alle tematiche della gravidanza e della cura del neonato; ✓ favorire l'utilizzo della lingua italiana, attraverso un processo di riconoscimento della lingua madre dell'utenza straniera; ✓ facilitare la comprensione linguistica per alcune aree geografiche attraverso la presenza di mediatrici linguistico culturali; ✓ offrire una formazione professionale agli operatori socio sanitari del consultorio familiare che possa favorire l'acquisizione di un atteggiamento interculturali; ✓ offrire occasioni per costruire legami duraturi nel tempo; <u>Incontro informativo per donne straniere</u> Nella prospettiva di promuovere e partecipare ad iniziative rivolte a mamme

PREVENZIONE		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
		<p>straniere è stato fatto un intervento su richiesta della Consulta delle donne del Comune di Bergamo, finalizzato a fornire informazioni utili alle mamme straniere del circuito dell'asilo nido, sul servizio sanitario, come accedere, di cosa si occupa l'ASST , l'ATS, i servizi principali del PreSST</p> <p><u>Progetto sulla lettura "Dire, Fare, Parlare"</u> Consultorio di Bergamo. Target: mamme di bambini 0-1 anni Nei corsi di preparazione al parto è stata garantita la presenza dell'Educatrice per "momento informativo e lettura alle donne in gravidanza" nei giorni 19 gennaio, 22 maggio, 18 giugno, 27 giugno, 8 ottobre, 6 novembre e 21 dicembre. L'iniziativa ha coinvolto circa 50 donne in gravidanza. Sono proseguite anche nel secondo semestre le iniziative di promozione della lettura ai bambini sotto l'anno, svolti in consultorio familiare, a cui hanno partecipato 9 mamme con i loro bambini in data 18/10/2018. Sono proseguiti gli incontri su il gioco e la sicurezza della casa, elementi di primo soccorso e il nuovo calendario vaccinale.</p> <p><u>Incontri in biblioteca Betti Ambiveri</u> Si è costituito un piccolo gruppo di mamme che con i propri bambini (età 0-36 mesi) frequentano lo spazio in biblioteca .</p> <p><u>Life Skill Training</u> E' stato avviato nel mese di luglio del 2018 un progetto obiettivo in sinergia con i programmi già avviati da ATS di Life Skills Training, che include psicologi ed educatori, sull'area dell'educazione sessuale e della procreazione consapevole.</p> <p>Obiettivo intermedio del progetto (novembre 2018 - giugno 2019) Con la metodologia appresa (LifeSkills) e su tematiche inerenti le attività istituzionali del Consultorio (educazione sessuale e all'affettività),</p> <ul style="list-style-type: none"> • elaborare ed applicare un modulo supplementare da proporre in progetti di promozione della salute rivolti a docenti della scuola secondaria di primo e secondo grado già avviati (<u>approccio</u>

PREVENZIONE		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
		<p><u>proattivo</u>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rispondere a richieste già pervenute dalle scuole (esempio: ISIS "Guido Galli" di Bergamo) per interventi sull'educazione sessuale e all'affettività, con la metodologia LifeSkills (<u>approccio reattivo</u>). <p><u>Progetto UNPLUGGED</u> Un corso di formazione per docenti Operatori impiegati SERD: 1 per complessive 166 ore.</p>
<p>Screening oncologici: Garantire le coperture dei programmi di screening oncologici attivati dalle ATS: screening tumore cervice uterina (PAP test come test primario per le donne tra 25-33 anni e HPVdna test come test primario in donne tra 34-64 anni); screening tumore colon retto e mammella (con ampliamento fasce di età)</p>	<p>- 100% delle richieste ATS contrattualizzate; - Invio delle refertazioni di anatomia patologia ai Centri screening ATS (100% delle richieste relative ai tumori alla mammella screen detected incidenti nel 2017)</p>	<p>Gli screening previsti dal contratto con la ATS per l'anno 2018 sono lo screening mammografico e quello per la prevenzione del tumore del colon retto. ATS ha previsto l'erogazione di 10.320 mammografie per il 2018. Al 31 dicembre sono state eseguite tutte le prestazioni richieste dalla ATS, pari a 8.202 mammografie.</p> <p>Per lo screening del colon retto, prevista l'erogazione di 960 colonscopie per il 2018. Al 31 dicembre sono state eseguite tutte le prestazioni richieste dalla ATS, pari 315 colonscopie.</p>
<p>Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività</p>	<p>Segnalazioni tempestive complete alle ATS di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche, tubercolosi e MTS.</p>	<p>Inviare n. 820 Schede di Segnalazione di Malattia Infettiva</p> <p>In particolare sono stati segnalati i casi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 47 malattie invasive batteriche - 83 micobatteriosi tubercolare - 78 mts - 3 morbillo - 0 rosolia - 65 primo riscontro di hiv - 26 aids
<p>Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività</p>	<p>Segnalazioni tempestive alle ATS di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche, tubercolosi e MTS; verranno verificate attraverso l'utilizzo della piattaforma S-Mainf per l'inserimento delle</p>	<p>Inviare ai Laboratori di Riferimento per gli approfondimenti diagnostici previsti i campioni di seguito indicati:</p> <p>A. Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Centro di Referenza Regionale per i Micobatteri → 98 ceppi microbici di M. tuberculosis complex</p> <p>B. Laboratorio Centrale Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia - Fondazione IRCCS Ca' Granda-Ospedale Maggiore Policlinico, Milano - Centro di Referenza Regionale per i microrganismi responsabili di infezione batterica</p>

PREVENZIONE		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
	segnalazioni:	<p>profonda → 3 ceppi di Hemophilus influenzae; → 2 ceppi di Neisseria meningitidis; → 32 ceppi di Streptococcus pneumoniae</p> <p>C. UO Virologia Molecolare, UOC Microbiologia e Virologia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Centro di Referenza Regionale per morbillo e rosolia → 18 campioni</p> <p>Si è provveduto, inoltre, all'invio a:</p> <p>A. Ministero della Sanità - Ufficio V - Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale, Roma → 21 strisci positivi per parassita malarico</p> <p>B. Centro per la Ricerca e la Valutazione dei Prodotti Immunobiologici (CRIVIB) - Istituto Superiore di Sanità, Roma → 30 campioni fecali per Rotavirus</p> <p>C. Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare - Laboratorio di riferimento <i>E. coli</i>, Istituto Superiore di Sanità, Roma → 1 campione fecale per VTEC</p> <p>D. Laboratorio Enterobatteri (ex CEPIS) - UOC Microbiologia e Virologia - ASST Santi Paolo e Carlo - Presidio Ospedaliero San Carlo Borromeo, Milano → 1 <i>Salmonella enterica</i> sier. Enteritidis; → 1 <i>Listeria monocytogenes</i></p> <p>Inoltre, l'UOC Microbiologia e Virologia, quale Centro di Referenza a valenza provinciale, ha provveduto alla sierotipizzazione di 208 ceppi di Salmonella enterica provenienti dall'intera provincia.</p>
Aumento della copertura delle vaccinazioni	Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS delle seguenti percentuali di copertura: <ul style="list-style-type: none"> - Coorte nati 2018: <ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus ciclo completo ≥75%; • Meningococco B 1° dose ≥75%; - Coorte nati 2006: <ul style="list-style-type: none"> • HPV 2° dose ≥ 75%; - Coorte nati 2002: <ul style="list-style-type: none"> • antimeningococco ACWY ≥ 75%; • Difterite Tetano 	<p>Percentuali di copertura vaccinale della popolazione del bacino di riferimento aziendale al 31.12.2018 - Fonte: rendicontazione ATS BG</p> <p>85,1%</p> <p>84,8%</p> <p>(F) 74,6% (*)</p> <p>(M) 36,1% (**)</p> <p>5° Polio 32,7% (**)</p> <p>5° Tetano 80,0%</p> <p>5° Difterite 79,7%</p> <p>5° Pertosse 78,3%</p>

PREVENZIONE		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
	<p>Pertosse Polio 5° dose ≥75%:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coorte 1953: <ul style="list-style-type: none"> • Pneumococco offerta; - Herpes zoster offerta; 	<p>Meningo ACWY 77,5%</p> <p>Vaccinazione offerta in concomitanza con la campagna anti-influenzale</p> <p>Vaccinazione offerta su appuntamento in base alla disponibilità del vaccino</p> <p>(*) Obiettivo mancato per frazione di punto percentuale (**) Obiettivo mancato</p>
AUMENTO DELLA COPERTURA DELLE VACCINAZIONI	<p>Raggiungimento delle seguenti percentuali di copertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coorte nati residenti 2016: <ul style="list-style-type: none"> • Esavalente 3° dose ≥95%; • MPR 1° dose ≥95%; • Varicella 1° dose ≥75%; • Pneumococco 3° dose ≥95%; • Meningococco C ≥95%; - Coorte nati 2012: <ul style="list-style-type: none"> • Differite Tetano Pertosse Polio 4° dose ≥95%; • - MPR 2° dose ≥95%; 	<ul style="list-style-type: none"> • Esavalente 3° dose 94,6% (*) • MPR 1° dose 92,8% (**) • Varicella 1° dose 83,8% • Pneumococco 3° dose 92,8% (**) • Meningococco C 91,4% (**) <p>89,0%</p> <p>88,5%</p> <p>(*) Obiettivo mancato per frazione di punto percentuale (**) Obiettivo mancato</p>
Sicurezza cittadino/consumatore/la voratore: mantenimento/miglioramento delle attività	<p>Gestione delle segnalazioni di non conformità ai Regolamenti REACH e CLP: partecipazione al monitoraggio delle segnalazioni di non conformità, contribuendo al perfezionamento degli attuali flussi informativi nell'ambito del tavolo con il MS</p>	<p>Nel 2018 il Centro Antiveneni di Bergamo (CAV BG) ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - partecipato al gruppo regionale di revisione delle linee guida per la vigilanza sulla produzione e commercializzazione dei cosmetici in Lombardia - partecipato al gruppo regionale per valutazione del rischio tossicologico di fertilizzanti derivati da semi di ricino - partecipato alla riunione organizzata dal Ministero della Salute il 10 luglio 2018 - rivisto e completato analisi dati del 2014 del progetto SINSEPI con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS)

PREVENZIONE		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
		- inviato la casistica delle consulenze tossicologiche del CVA BG del 2016 all'ISS con rinnovo della convenzione di collaborazione al progetto SINSEPI; E' continuato il monitoraggio delle eventuali non conformità dei prodotti secondo i regolamenti REACH e CLP, nella fase di commercializzazione e utilizzo.
AMBIENTI DI LAVORO Segnalazione telematica di mesoteliomi, tumori nasosinusal, tumori della vescica e del polmone	Segnalazione di mesoteliomi, tumori naso-sinusal, tumori della vescica e del polmone individuati secondo i criteri descritti all'interno della funzionalità telematica presente in SISS a cura dei reparti competenti;	Risultano 271 malattie professionali inserite (in linea con lo storico) (mesoteliomi, tumori naso-sinusal, tumori della vescica e polmone) Obiettivo specifico 2018 è tuttavia l'utilizzo del Sistema Informativo Regionale (Person@ - Ma.P.I./SMP) da parte degli specialisti ospedalieri per segnalare tumori professionali. Già nel 2017 l'UOC Medicina del Lavoro ha organizzato ed effettuato incontri specifici , anche su indicazione del Direttore Generale e Sanitario, per far utilizzare il programma informatico SMP (segnalazione delle malattie professionali) ai colleghi specialisti dei reparti dell'ospedale che effettuano la diagnosi di tumori professionali (UOC Pneumologia, Oncologia, Chirurgia Toracica, Urologia, Otorinolaringoiatria).
MEDICINA LEGALE Riduzione tempi di attesa accertamenti area invalidità	Tempo medio di attesa tra data acquisizione pratica e prima convocazione a visita, per Commissioni invalidi ≤ 60 gg solari (escluse le procedure d'urgenza) - periodo di riferimento secondo semestre 2018;	a) ASST PG23 46 giorni b) ASST BG EST 28 giorni c) ASST BG OVEST 53 giorni
MEDICINA LEGALE Miglioramento dei percorsi per il cittadino disabile	Riorganizzazione delle commissioni di cui all'art. 4 comma 1 bis della Legge n. 104/1992, finalizzate a consentire percorsi di accertamento distinti e	Coordinamento tra Medicina Legale, ATS, ASST BG EST ed OVEST, Associazione di categoria minori, INPS, Neuropsichiatria, Pediatria

PREVENZIONE		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
	specializzati per persone in età evolutiva, prevedendo la partecipazione delle necessarie figure specialistiche (come pediatri e neuropsichiatri infantili);	

OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
Implementazione raccomandazioni Ministeriali	Dovranno essere implementate a livello aziendale almeno l'80% delle raccomandazioni ministeriali pubblicate dal Ministero della Salute (tra quelle applicabili alla propria realtà). Per le aziende che hanno dichiarato nel 2017 di non aver ancora implementato le raccomandazioni 04, 08, 09, 10 e 14 l'obiettivo si ritiene raggiunto se le raccomandazioni risulteranno implementate;	Per quanto riguarda lo stato di implementazione delle raccomandazioni n. 4, 8, 9, 10 e 14, le raccomandazioni sono state recepite all'interno di procedure a valenza aziendale e sono a regime; per quanto riguarda quella dedicata alla prevenzione del suicidio del paziente in ospedale (Raccomandazione n. 4), in fase di definizione ed implementazione si sono resi necessari ulteriori incontri con gli specialisti coinvolti (Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, Psicologia, Direzione Medica e Direzione Professioni Sanitarie e Sociali). La procedura specifica è ora disponibile nella sua versione finale. E' ragionevole la sua emissione in sistema gestione qualità nel corso del I semestre 2019. Nel corso del 2018, prima della sua emissione in sistema gestione qualità, è stata valutata la sostenibilità dell'applicazione della procedura aziendale "Gestione del sistema di trasporto intraospedaliero ed extra ospedaliero nell'ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo" messa a punto nel 2017 (Rif. Raccomandazione n. 11). Si è provveduto all'aggiornamento delle procedure già in essere sulla corretta attribuzione del codice di triage in Pronto Soccorso (Rif. Raccomandazione n. 15). Il consolidamento della conoscenza e della corretta applicazione delle regole contenute nelle raccomandazioni n. 1, 7, 12, 14 (processo farmacologico) e 13 (prevenzione cadute) è stato oggetto di un corso di formazione a distanza dal titolo "Il rischio clinico e le raccomandazioni ministeriali" destinato a tutti gli Operatori Sanitari ed inserito nell'obiettivo RAR 2018. Hanno concluso il corso 3118 persone.
Implementazione Sistema MOSA	-Pubblicazione quotidiana informazioni intera offerta ambulatoriale; - Invio quotidiano notifiche relative	Dal 21/05/2018 il flusso MOSA viene inviato tutti i giorni automaticamente dal servizio di web service attivato dalla Ditta Oslo.

OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
	a tutti gli appuntamenti registrati;	
Anticipazione di Tesoreria	Rispetto divieto di ricorrere alle anticipazioni di tesoreria;	Il divieto è stato rispettato: nessun ricorso ad anticipazioni di tesoreria.
Tempi di pagamento beni e servizi (ITP);	Rispetto tempi di pagamento;	L'indicatore di tempestività è negativo, in linea con le indicazioni regionali. -I trim. : - 8,27 gg -II trim. : - 10,25gg -III trim: - 15,65 gg -IV trim: - 4,73 gg Indicatore anno 2018= - 10,08
PAC - Percorso attuativo della certificabilità di bilancio	Rispetto tempistica stabilita dalle linee guida regionali;	Aggiornamento delle procedure Area D Immobilizzazioni R e Area H Patrimonio Netto Nei termini e modalità richiesti
Realizzazione di un progetto di adozione e incremento prescrittivo di farmaci biosimilari per i principi attivi etanercept e rituximab	Relazione progetto in cui si evidenzia l'incremento dei pazienti trattati con biosimilari 2018/2017 e risparmio, utilizzando come fonte dati le rendicontazioni file F delle due annualità;	Obiettivo pienamente raggiunto in termini numerici e di risparmio di spesa
AMBIENTI DI LAVORO Promozione del benessere del lavoratore e prevenzione dei fattori di rischio;	Studio contestuale/fattibilità funzionale alla pianificazione degli interventi che integrano la prevenzione dai rischi e pericoli per la salute connessi al lavoro con la promozione del benessere del lavoratore	Il documento "Core protocol per la sorveglianza sanitaria degli addetti in sanità" della Regione Lombardia rappresenta, un primo passo verso la sperimentazione di protocolli in grado di integrare i principi della Total Worker Health, tesi al benessere del lavoratore, per concorrere alla prevenzione di patologie cronico degenerative non trasmissibili. La UOOML di Bergamo da oltre vent'anni svolge direttamente il ruolo di medico competente aziendale per i dipendenti. Vigente dal 2015 un protocollo di sorveglianza sanitaria in cui sono attuati i principi del Core Protocol regionale avendo la UOOML di Bergamo contribuito in qualità di componente del gruppo di lavoro alla redazione del medesimo. - Elaborati i dati relativi alla prevalenza della sindrome metabolica negli operatori sanitari soggetta a sorveglianza sanitaria nel 2017; questi dati contribuiranno nella stesura della relazione finale a documentare lo stato di salute la popolazione lavorativa

OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
		- Emesso il documento condiviso dal gruppo di lavoro "Applicazione del Core Protocol regionale per la sorveglianza sanitaria degli addetti in sanità presso ASST PG 23 di Bergamo e sua integrazione con programmi coerenti con i principi della Total Worker Health: studio di contesto e fattibilità".

OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR		
Obiettivi	Indicatori	Risultati
Presenza in carico del paziente cronico	Sottoscrizione n. dei patti di cura pari all'80% delle manifestazioni di interesse dichiarate nell'anno 2018; Redazione e pubblicazione n. di PAI pari all'80% dei n. di patti di cura sottoscritti nel 2018	<p>Al 31 dicembre 2018 l'azienda ha ricevuto 1420 manifestazioni di interesse.</p> <p>248 utenti non si sono presentati all'appuntamento o non sono stati identificati come cronici dal database regionale.</p> <p>Nella maggior parte dei casi l'utenza esprime la manifestazione d'interesse al fine di poter avere adeguate informazioni e va inoltre segnalato che, di norma, preferiscono non coinvolgere preventivamente il MMG.</p> <p>Dei 1172 utenti con riscontro positivo, 862 dopo il colloquio hanno rifiutato l'arruolamento e hanno deciso di approfondire con il loro MMG*</p> <p>Gli utenti che hanno sottoscritto il PAI sono stati 310: 21,83% calcolato su 1420 - 26,45% se calcolato su 1172.</p> <p>Agli utenti che hanno effettuato la manifestazione di interesse è stato garantito, entro i termini previsti dalla normativa, la valutazione della loro situazione personale con l'équipe del centro servizi, costituita da personale medico, infermieristico e amministrativo.</p> <p>I PAI pubblicati per gli utenti che hanno sottoscritto il patto di cura risultano essere 305/310, pari all'98,38%.</p> <p>Segnaliamo infine che n. 21 pazienti con PAI Pubblicato (6%) hanno comunicato la volontà di disarruolarsi per tornare in carico al loro medico di medicina generale.</p> <p>* Indicatore 1 non in linea con l'obiettivo per motivazioni indipendenti dall'azione proattiva svolta della nostra azienda.</p> <p>Obiettivo incongruo, non coerente con la programmazione.</p> <p>Indicatore 2 rispettato.</p>

5. PREVENZIONE CORRUZIONE – TRASPARENZA E INTEGRITA'

E' stato adottato il *Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC)* integrato con il *Programma per la trasparenza e l'integrità 2018-2020* con deliberazione n. 133 del 25.1.2018 e pubblicato nella sezione *Amministrazione trasparente* del sito aziendale.

La diffusione di una cultura della prevenzione del fenomeno corruttivo richiede il coinvolgimento di tutti i dipendenti. L'implementazione e il monitoraggio dei dati pubblicati, ai fini dell'assolvimento degli obblighi stabiliti dalla normativa vigente nel partecipare a tutti i cittadini le attività complessivamente svolte, stringe le maglie del controllo verso una maggiore sensibilizzazione in capo ai protagonisti del sistema sanitario.

Tale intento del legislatore è proprio volto a responsabilizzare in primis gli attori sul conflitto di interessi che, qualora percepito dalla collettività mina la credibilità dell'operato del singolo, degli amministratori e dell'intera azienda, al fine di esortarli ad astenersi dal compiere attività e funzioni che possano metterli in condizioni di potenziale non neutralità nell'agire e, dall'altro, funge da monito alla dissuasione di eventuali illeciti.

5.1 IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'aggiornamento per il triennio 2018-2020 del *PTPC* conferma l'approccio metodologico e la struttura del precedente, ancorata al piano del Dipartimento della funzione pubblica del settembre 2013 e dei successivi piani nazionali anticorruzione dell'Autorità nazionale anticorruzione.

Individua i seguenti ambiti d'azione prioritari:

- *creare un contesto sfavorevole alla corruzione*
- *ridurre le "opportunità" corruttive*
- *aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione.*

Utilizza quali principali strumenti di prevenzione della corruzione:

- *applicazione codice di comportamento aziendale;*
- *applicazione di criteri per la rotazione dei dipendenti operanti nelle aree a rischio;*
- *obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse con grave pregiudizio in caso di mancata ottemperanza al divieto;*
- *applicazione disciplina specifica in materia di incarichi d'ufficio, dirigenziali ed extraistituzionali;*
- *applicazione disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività successivamente alla cessazione dei rapporti di lavoro dei dipendenti (pantouflage –revolving doors);*
- *attuazione tutela specifica del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);*
- *introduzione di una formazione specifica sull'etica e il conflitto di interesse.*

Identifica i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione:

- *la direzione strategica che individua il responsabile della prevenzione della corruzione e la trasparenza (RPC) e adotta il PTPC nonché tutti gli atti generali finalizzati alla prevenzione;*
- *il RPC;*
- *i referenti per la prevenzione;*
- *tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza;*
- *il Nucleo di valutazione delle performance (nelle funzioni di Organismo interno di vigilanza);*
- *tutti i dipendenti dell'amministrazione;*
- *i collaboratori dell'azienda ivi operanti a qualsiasi titolo.*

Valorizza le misure oggettive che attraverso l'organizzazione sono atte a ridurre gli spazi per gli interessi particolari rientranti nel cd sistema dei controlli interni attuato da:

- *controllo di gestione*
- *qualità aziendale*
- *risk management*
- *internal auditing.*

Sono da ritenersi misure aggiuntive le regole contenute nel:

- *Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti*
- *Regolamento per la gestione delle attività sanitarie integrative (ASI) erogabili in libera - professione intramuraria e solvenza aziendale – rev. 3.0/2017*
- *Linee guida per la gestione di accordi e contratti di sponsorizzazione collegati a strumenti di comunicazione aziendale*
- *Regolamento per il conferimento di borse di studio e ricerca*
- *Regolamento per l'acquisizione di servizi e forniture e l'affidamento di lavori di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria*
- *Regolamento per la tenuta dell'inventario beni*
- *Regolamento sull'uso e gestione dei veicoli aziendali*

Altresì, l'obbligo di astensione in caso di *conflitto di Interessi* e il *percorso inerente la certificabilità di bilancio*.

Per svolgere al meglio la propria attività il RPC è coadiuvato da tutto il personale aziendale e, in particolare, dai referenti per la prevenzione.

A questi sono affidati poteri di controllo e monitoraggio sulle attività connesse alla fattiva applicazione del piano nel settore di rispettiva competenza. Sono parte attiva nel proporre miglioramenti e modifiche del piano. Evidenziano i processi a maggior rischio, vigilano sui comportamenti dei propri collaboratori, attivano misure disciplinari nei confronti dei propri collaboratori che violino norme del codice di comportamento.

5.2 LE MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) di un *soggetto* interferisce con il dovere od obbligo contrattuale di agire in conformità con un interesse primario tutelato dall'ordinamento.

Con deliberazione n. 1671 del 29.9.2016 l'azienda ha approvato i moduli predisposti da AGENAS *Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti* individuando i professionisti ai quali far compilare il modulo con l'intento di rendere concreta l'azione di prevenzione.

Nel 2018 è proseguito l'aggiornamento semestrale dell'elenco dei professionisti tenuti alla compilazione della modulistica.

Tutela del dipendente che segnala illeciti

L'Azienda ha previsto specificamente, nel proprio Codice di comportamento, al paragrafo "Prevenzione della corruzione", la tutela dell'anonimato e il divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower.

L'identità del denunciante può essere resa nota solo ove ciò sia indispensabile per la difesa dell'incolpato.

La tutela dell'anonimato si attua innanzitutto con la sottrazione della denuncia al diritto di accesso, fatta esclusione delle ipotesi eccezionali descritte nell'art. 54 bis, comma 2, del d.lgs. n. 165/2001, in caso di necessità di rivelare l'identità del denunciante e nelle ipotesi in cui l'anonimato non sia opponibile per legge (es. indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni di organi di controllo).

La diffusione di buone pratiche e valori e l'ottemperanza al Codice di comportamento

Per rafforzare le conoscenze e la consapevolezza in tutti i dipendenti e collaboratori dell'azienda è stato implementato un corso FAD riguardante il codice di comportamento aziendale, nella convinzione che il rafforzamento dell'etica costituisca il fondamento della prevenzione della corruzione.

Tutti i neoassunti hanno ricevuto, a cura della UOC Politiche e gestione delle risorse umane, su indicazione del RPC, l'invito a effettuare il corso FAD.

Incarichi d'ufficio e autorizzazione per attività extra istituzionale

Ai fini del rilascio di autorizzazioni all'esercizio di incarichi ai dipendenti seguendo il disposto dell'art. 53, comma 7, del d.lgs n. 165/2001, l'azienda valuta l'assenza di conflitto.

Inoltre secondo il disposto dell'art. 53, comma 12, del succitato decreto il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'azienda anche l'attribuzione di incarichi gratuiti.

La suddetta delibera nonché l'invito agli stakeholder interni ed esterni a segnalare eventuali integrazioni è pubblicata sul sito aziendale nella sezione amministrazione trasparente.

L'adozione di specifico regolamento e la pubblicazione dell'elenco dei soggetti destinatari di incarichi in azienda e dei dipendenti che sono stati autorizzati ad assumere consulenze esterne con l'individuazione del compenso percepito, rafforza il controllo sul rischio di coesistenza, in capo ai soggetti destinatari di incarichi, di posizioni non neutrali.

Attività di controllo successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage-revolving doors) per evitare assunzioni vietate con ex dipendenti volti ad assumere funzioni dispositive e negoziali.

Al fine di evitare il rischio individuato dalla normativa che il dipendente si sia precostituito durante l'attività lavorativa situazioni vantaggiose così da sfruttare a proprio vantaggio la sua posizione all'interno dell'amministrazione per ottenere in un momento successivo alla cessazione del rapporto di impiego un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui è entrato in contatto, sono state implementate in azienda apposite misure.

La prima, messa in atto dall'UOC Politiche e gestione delle risorse umane, consiste nel fornire apposita comunicazione a tutti i cessati.

La seconda prevede l'inserimento della previsione dei bandi di gara e nelle convenzione/accordi da stipularsi con soggetti privati di un esplicito divieto da parte di questi di avvalersi di soggetti che abbiamo avuto nel triennio precedente un rapporto di lavoro con l'azienda stessa.

Selezione e rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione

La misura di prevenzione consiste nella rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

Tale misura presenta non indifferenti profili di difficoltà: la rotazione si pone in contrasto con il principio della continuità dell'azione amministrativa che necessariamente comporta la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti.

Informazione, comunicazione, partecipazione e coordinamento con il piano di comunicazione aziendale

L'azienda rende consapevoli gli stakeholder della strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi mediante la pubblicazione del PTPC sul sito aziendale amministrazione trasparente. Pubblica altresì sullo stesso sito un modello per eventuali suggerimenti di modifica del piano, da inviare all'ufficio protocollo aziendale o direttamente al RPC.

Monitoraggio dei tempi procedurali

I dirigenti provvedono al monitoraggio del rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi di competenza della propria struttura.

Nel caso di mancato rispetto dei termini il dirigente deve indicare al RPC le motivazioni che giustificano il ritardo e le misure adottate o programmate per eliminare il vizio. Ciò, in quanto, termini eccessivamente lunghi o viceversa troppo brevi rispetto agli standard stimati, sono sintomatici, in genere, di anomalia nelle procedure.

Collegamento con il Piano delle performance

In conformità al d.lgs. n. 150/2009, l'azienda attua il ciclo di gestione delle performance e i relativi strumenti di programmazione, monitoraggio e controllo sotto l'aspetto organizzativo e individuale del rendimento dei dipendenti. Ciò consente di ricondurre l'intero sistema programmatico e la gestione aziendale nella direzione del

soddisfacimento dei bisogni pubblici, in un quadro di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa.

Il coordinamento e l'integrazione fra gli ambiti relativi alla performance, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità, all'anticorruzione, sono stati indicati dalla CIVIT come priorità alle amministrazioni (delibera n. 6/2013).

Anche nell'anno 2018 sono stati all'uopo previsti ulteriori obiettivi in materia di prevenzione della corruzione attribuiti ai dirigenti nelle schede di budget.

5.3 SETTORI DA PRESIDARE

Sono considerati settori da presidiare gli ambiti classici inerenti le aree indicate dalla l. n. 190/2012 e sono, altresì, potenzialmente esposte a rischi corruttivi:

- *attività libero professionale e liste d'attesa*
- *rapporti contrattuali con privati accreditati*
- *farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni*
- *attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliero.*

Si sintetizzano le aree oggetto di mappatura, a seguito dei rischi rilevati in azienda, contenute nell'allegato al PTPCT, che individua le misure di contrasto adottate e vigenti:

- *Beni e servizi*
- *Servizi e logistica*
- *Lavori e patrimonio*
- *Rifiuti generici, sanitari e radioattivi*
- *Concessioni*
- *Settore Economico finanziario*
- *Apparecchiature*
- *Informatica e telecomunicazioni*
- *Risorse umane*
- *CUP e front office*
- *Affari generali*
- *Formazione*
- *Sperimentazioni*
- *Sponsorizzazioni*
- *Prestazioni ambulatoriali*
- *Prestazioni di ricovero*
- *Medicina legale*
- *Farmaceutica ed esercizio commerciale*
- *Attività libero professionale intramoenia-extramoenia*
- *URP*
- *Professioni sanitarie*
- *Dipendenze (alcol, gioco, droga ...)*
- *Rete socio sanitaria territoriale.*

5.4 MISURE DI CONTRASTO ADOTTATE

Strumenti	Adempimenti	Soggetti	Termini
Rafforzamento trasparenza	Adempimenti previsti dal PTTI	Individuati i PTTI	Considerati i PTTI
Gestione conflitto di interessi	Analisi sussistenza o inesistenza conflitto d'interesse nelle dichiarazioni sottoscritte dai dirigenti Verifica astensioni	Responsabili di struttura Responsabile prevenzione corruzione (RPC) RPC	All'assegnazione del personale
Tutela whistleblowing	Gestione segnalazioni in applicazione al regolamento Relazioni semestrali	RPC RPC	A ogni segnalazione Scadenze regionali
Diffusione codice comportamento	Diffusione codice ai neoassunti mediante corso FAD	Direttore UOC Politiche e gestione delle risorse umane	All'atto dell'assunzione
Autorizzazione Incarichi extraistituzionali	Regolamento approvato e aggiornamenti con indicazioni ARAC Rilascio autorizzazione previa verifica situazioni di conflitto d'interessi	Gruppo di lavoro già costituito Direttori/Responsabili	Già in corso di approvazione Alla presentazione della richiesta
Divieto pantouflage - Revolving door	Previsione clausola nelle gare Comunicazione ai cessati	UOC Politiche e gestione degli acquisti UOC Politiche e gestione degli acquisti	All'attivazione della gara All'atto della cessazione
Rotazione	Rotazione responsabile procedimento non coincidente con dirigente responsabile	Dirigenti aree a rischio	
Verifica precedenti penali	Raccolta delle autocertificazioni (concorsi, gare, bilancio) Verifica a campione	Direttori UUOC: Politiche e gestione delle risorse umane, Politiche e gestione degli acquisti, tecnico e patrimoniale, Gestione amministrativa dei presidi, Programmazione finanza e controllo	Alla costituzione della commissione
Attuazione patti di integrità	Inserimento richiamo nel documento	Direttori UOC: Politiche e gestione degli	Alla stipula dell'atto

		acquisti, Tecnico e patrimoniale	
Formazione	Previsione di eventi di diffusione etica di prevenzione corruzione nell'area di appartenenza	Direttori di tutte le UOC RPC	Scadenza per la presentazione del piano formazione aziendale 2018
Monitoraggio tempi procedurali	Valutazione della tempistica dei procedimenti di competenza e trasmissione al RPC di giustificazione motivata in caso di mancato rispetto dei termini e misure adottate per eliminare l'anomalia	Direttori di tutte le UOC	Al verificarsi dell'evento
Analisi del rischio	Vigilanza sull'attuazione delle misure di controllo individuate per contenere il rischio	Direttori di tutte le UOC e referenti	Come previsto nel PTPC
Analisi flussi informativi	Relazione al RPC con gli aggiornamenti sullo stato di attuazione/adequazione del piano e sulle attività di monitoraggio svolte	Responsabili/ Referenti	Periodicamente come individuati nel PTPC
Monitoraggio applicazione misure di contrasto previste nel PTPC	Invio ai responsabili delle aree di competenza: <ul style="list-style-type: none"> ♦ nota promemoria delle misure di prevenzione generali e specifiche ♦ programma attività audit con check list degli adempimenti previsti Svolgimento audit	RPC	Marzo 2018 Agosto 2018 Ottobre/ novembre 2018
Individuazione attività e funzioni di contrasto	Aggiornamento, nel corso dell'anno, del registro dei rischi relativo alle procedure mappate e delle misure di contrasto	Direttori UOC Politiche e gestione delle risorse umane, Tecnico e patrimoniale, PreSST	31 ottobre 2018

5.5 PROGRAMMA TRIENNALE TRASPARENZA INTEGRITÀ

Il Piano triennale della trasparenza (PTT) approvato con atto formale unitamente al PTPC - quale sezione di questo - è stato pubblicato a gennaio 2018 nell'apposita sezione amministrazione trasparente, accessibile dalla home page del portale aziendale.

Coerentemente con il nuovo modello gestionale previsto dal POAS e in linea con il Piano delle performance e il Piano della comunicazione, il PTT vuole contribuire a rendere palesi le risorse impiegate per la definizione, la formalizzazione e l'ottimizzazione dei processi primari clinico-assistenziali e dei processi sanitari e amministrativi di supporto rispetto ai risultati conseguiti in termini di output di processo e di outcome di salute, consentendo così ai cittadini di esercitare un controllo diffuso sull'operato dell'azienda.

L'azienda intende curare con particolare attenzione l'aggiornamento e l'inserimento delle informazioni e dei dati relativi all'organizzazione, alle attività, alle funzioni e alle responsabilità nella sezione amministrazione trasparente.

Il conseguimento di tale risultato può essere assicurato assegnando alle diverse strutture aziendali - in sede di contrattazione di budget - obiettivi coerenti con i principi sopra enunciati e con l'obiettivo di integrazione organizzativa che sta alla base della gestione per processi sancita dal POAS.

5.6 OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sottosezione 1 livello	Denominazione sottosezione 2 livello	Contenuti (riferimento al d.lgs. 33/2013)	Struttura competente alla produzione e pubblicazione su web	Soggetti responsabili	Modalità di pubblicazione	Tempistica adozione / pubblicazione / aggiornamento
Disposizioni generali	Piano triennale di prevenzione e della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a)	RPCT (Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza)	dr.ssa Rasoli	pubblicazione previa adozione del documento da parte del Direttore generale con specifica deliberazione	31-gen
	Atti generali	Art. 12, c. 1 e 2	UOC Affari istituzionali e generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
		Art. 12, c. 1 Art. 55, c. 2 d.lgs n. 165/2001	UOC Legale e controllo interno UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Rasoli dr.ssa Colicchio	pubblicazione previa adozione del documento da parte del Direttore generale con specifica deliberazione	a ogni variazione/aggiornamento

	Scadenza obblighi amministrativi	Art. 12, c. 1-bis Art. 29, c. 3 d.l. n. 69/2013 convertito con l. n. 98/2013	UOC Legale e controllo interno	dr.ssa Rasoli	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
Organizzazione	Organi di indirizzo politico-amministrativo	Art. 13, c. 1, lett. a)	UOC Affari istituzionali e generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione previa adozione del documento da parte della Direzione strategica/pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47	RPCT (<i>Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza</i>)	dr.ssa Rasoli	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), c)	UOC Politiche e gestione delle risorse umane UOC Affari istituzionali e generali	dr.ssa Colicchio dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta e mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d)	UOC Affari istituzionali e generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta nella sezione trasparenza / pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
Consulenti e collaboratori		Art. 15, c. 1, 2 Art. 53, c. 14 d.lgs. n. 165/2001	UOC Politiche e gestione delle risorse umane UOC Affari istituzionali e generali UOC Legale e controllo interno	dr.ssa Colicchio dr.ssa Vitalini dr.ssa Rasoli	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
Personale	Incarichi amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1	UOC Affari istituzionali e generali UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Vitalini dr.ssa Colicchio	pubblicazione diretta	ad ogni variazione/aggiornamento
		Art. 41, c. 2, 3	UOC Affari istituzionali e generali UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Vitalini dr.ssa Colicchio	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento

	Dirigenti	Art. 14, c. 1	UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Colicchio	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
		Art. 41, c. 2, 3	UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Colicchio	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies	UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Colicchio	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Dotazione organica e costo del personale	Art. 16, c. 1, 2	UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Colicchio	pubblicazione diretta	annuale
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, 2	UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Colicchio	pubblicazione mediante tabella	annuale
		Art. 17, c. 2	UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Colicchio dr.ssa	pubblicazione mediante tabella	trimestrale
Bandi di concorso	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3	UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Colicchio	pubblicazione mediante tabella	trimestrale
	Incarichi conferiti e autorizzati ai	Art. 18, c. 1 Art. 53, c. 14 d.lgs. n. 165/2001	UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Colicchio	pubblicazione mediante tabella	mensile
	Contrattazioni collettive	Art. 21, c. 1	UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Colicchio	link	a ogni variazione/aggiornamento
	Contrattazioni integrativa	Art. 21, c. 2	UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Colicchio	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c) Par. 14.2 delibera CIVIT n. 12/2013	UOC Formazione, valutazione e controllo strategico	dr.ssa Bertocchi	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
		Art. 19	UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Colicchio	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento

Performance	Sistema di misurazione e valutazione della performance	Par. 1 delibera CiVIT n. 104/2010	UOC Formazione, valutazione e controllo strategico	dr.ssa Bertocchi	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Piano della performance	Art. 10, c. 8, lett. b)	UOC Formazione, valutazione e controllo strategico	dr.ssa Bertocchi	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Relazione sulla performance	Art. 10, c. 8, lett. b)	UOC Formazione, valutazione e controllo strategico	dr.ssa Bertocchi	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1	UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Colicchio	pubblicazione mediante tabella	tempestivo
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2	UOC Politiche e gestione delle risorse umane	dr.ssa Colicchio	pubblicazione mediante tabella	tempestivo
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, 2	Tutti gli uffici per il tramite dell'UOC Affari istituzionali e generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3	Tutti gli uffici per il tramite dell'UOC Affari istituzionali e generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 1, c. 32 l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) Art. 4 delibera ANAC n. 39/2016	UOC Politiche e gestione degli acquisti UOC Tecnico e patrimoniale	dr. Gamba ing. Casati	pubblicazione mediante tabella	tempestivo
		Art. 1, c. 32 l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) Art. 4 delibera ANAC n. 39/2016	UOC Politiche e gestione degli acquisti	dr. Gamba	pubblicazione mediante tabella (indicato nella delibera ANAC n. 39/2016)	annuale

	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) Art. 21, c. 7, e art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016 Atti relative alla programmazione di lavori, oneri, servizi e	UOC Politiche e gestione degli acquisti UOC Tecnico e patrimoniale	dr. Gamba ing. Casati	pubblicazione diretta	tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016	UOC Politiche e gestione degli acquisti UOC Tecnico e patrimoniale	dr. Gamba ing. Casati	pubblicazione diretta	tempestivo
		Art. 1, c. 505 l. n. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 d.lgs. n. 50/2016 (contratti)	UOC Politiche e gestione degli acquisti	dr. Gamba	pubblicazione diretta	tempestivo
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1	UOC Affari istituzionali e generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2	UOC Affari istituzionali e generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
		Art. 27, c. 1	UOC Affari istituzionali e generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
		Art. 27, c. 2	UOC Affari istituzionali e generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione mediante tabella	annuale
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1 e 1-bis Art. 5, c. 1 DPCM 26.4.2011 DPCM 29.4.2016	UOC Programmazione, finanza e controllo	dr.ssa Coccoli	pubblicazione diretta	nei termini legislativi
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimoni o immobiliari	Art. 30	UOC Tecnico e patrimoniale	ing. Casati	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30	UOC Tecnico e patrimoniale	ing. Casati	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento

Controlli e rilievi sull'amministrazione	Nuclei di valutazione,	Art. 31 Art.14, c. 4, lett. a) e lett. c) d.lgs. n. 150/2009	UOC Formazione, valutazione e controllo strategico	dr.ssa Bertocchi	pubblicazione diretta	nei termini
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31	UOC Affari istituzionali e generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	nei termini
	Corte dei conti	Art. 31	UOC Affari istituzionali e generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	nei termini
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1	UOS URP e customer experience	dr.ssa Iamele	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Class action	Art. 1, c. 2 Art. 4, c. 2 e c. 6 d.lgs. n. 198/2009	UOC Legale e controllo interno	dr.ssa Rasoli	pubblicazione diretta	tempestivo
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a)	UOS Controllo di gestione	dr.ssa Goglio	pubblicazione mediante tabella	annuale
		Art. 10, c. 5	UOS Controllo di gestione	dr.ssa Goglio	pubblicazione mediante tabella	annuale
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6	UOC Direzione medica	dott.ssa Cacciabue	pubblicazione mediante tabella	mensile
Servizi in rete	Art. 7, c. 3 d.lgs n. 82/2005	UOS Comunicazione e relazioni esterne	dr.ssa Toninelli	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento	
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis	UOC Programmazione, finanza e controllo	dr.ssa Coccoli	pubblicazione mediante tabella	trimestrale
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33	UOC Programmazione, finanza e controllo	dr.ssa Coccoli	pubblicazione mediante tabella	trimestrale
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36	UOC Programmazione, finanza e controllo	dr.ssa Coccoli	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
Opere pubbliche		Art. 38	UOC Tecnico e patrimoniale	ing. Casati	pubblicazione mediante tabella	annuale

Altri contenuti	Prevenzione della corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a)	RPCT (Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza)	dr.ssa Rasoli	pubblicazione diretta	annuale
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012 Art. 43, c. 1	RPCT	dr.ssa Rasoli	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
		Art. 1, c. 14 l. n. 190/2012	RPCT	dr.ssa Rasoli	pubblicazione diretta	annuale
	Accesso civico	Art. 5, c. 1 e 2 Art. 2, c. 9 – bis l. n. 241/1990	RPCT	dr.ssa Rasoli	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
		Linee guida ANAC FOIA (del. 1309/2016)	RPCT	dr.ssa Rasoli	pubblicazione diretta	semestrale

6. ATTIVITA' DIDATTICA E SCIENTIFICA

6.1 OFFERTA FORMATIVA AL PERSONALE DIPENDENTE

Nella logica dell'ospedale quale fonte di ricerca continua e motore della didattica, le attività formative erogate hanno coinvolto tutte le categorie professionali operanti in azienda, contribuendo allo sviluppo di competenze tecnico-specialistiche e favorendo la condivisione, in ambiti pluridisciplinari, di percorsi clinico-assistenziali e modalità operative integranti.

Particolare attenzione è stata posta all'organizzazione di eventi formativi finalizzati a dare continuità al percorso di inclusione di pazienti fragili e cronici.

In qualità di Provider è richiesto all'azienda:

- il rispetto della normativa che regola il sistema di accreditamento ECM-CPD e del nuovo manuale regionale;
- il rispetto dei vincoli scaturiti dall'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017;
- l'inserimento dei piani formativi sul portale regionale;
- la realizzazione delle iniziative di ciascun piano, superiore al 50%;
- la regolare trasmissione dei crediti formativi relativi alla partecipazione dei professionisti sanitari e sociosanitari agli eventi accreditati, per il tramite di Regione Lombardia;
- di non superare il limite del 50% per programmare eventi formativi extra piano.

L'impegno della formazione è stato quello di porsi a sostegno delle attività promosse dalla Direzione aziendale e dai settori che hanno lavorato per i processi di sviluppo e di crescita professionale, supportando l'organizzazione di eventi residenziali (RES) di formazione sul campo (FSC) - gruppi di miglioramento, addestramento e di formazione a distanza (FAD) e-learning asincrona, su tematiche tecnico-professionali proprie delle diverse discipline specialistiche e su numerose tematiche trasversali, tra le quali:

- *Violenza sugli operatori sanitari*: il convegno con l'ordine degli avvocati ha permesso il confronto tra discipline che trattano lo stesso problema da angolazioni diverse e con obiettivi diffusi.
- *Attività di formazione sul campo - Percorso di orientamento e addestramento del personale neo-inserito*: l'attenzione al personale neo-inserito da parte della direzione delle professioni socio sanitarie è continuata e il numero delle edizioni accreditate è risultato superiore a 100.
- *Sistema qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015*: corsi: su contenuti e metodologie; per auditor interno dei sistemi qualità, finalizzati a rafforzare sia le competenze dei referenti che ad introdurre coloro che saranno coinvolti nel promovimento di tale approccio nelle loro strutture.
- *Informatica*: applicativi utilizzati in azienda, per migliorare l'utilizzo e raccordare le esigenze cliniche alle esigenze gestionali.
- *Gestione del paziente oncologico*: le iniziative, prevalentemente di FSC, hanno favorito il confronto e la condivisione multidisciplinare tra specialisti coinvolti nella presa in carico del paziente.

- *Medicina dei trapianti*: oltre agli aspetti clinici e gestionali, è stato affrontato un aspetto emergente, quale la Banca biologica, coinvolta nella conservazione e distribuzione dei tessuti a scopo di trapianto.
- *Sicurezza e rischio clinico*: Le importanti tematiche relative alla sicurezza nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate alla sicurezza del paziente sono state riproposte attraverso corsi FAD. Affrontato anche il rischio clinico in sala parto.
- *La formazione addetti antincendio coinvolti in attività a rischio alto* è rivolta agli operatori in servizio nelle strutture dislocate sul territorio.
- Particolare attenzione alle 18 *raccomandazioni ministeriali*.
- *Radioprotezione del paziente nell'attività radiodiagnostica complementare*: ha visto il coinvolgimento, in ottemperanza decreto di Regione Lombardia n. 11263 del 14.12.2015, dei professionisti che nella pratica professionale utilizzano fonti radiogene.
- *Ruolo e competenze dello sperimentatore principale, formazione e ricerca clinica*: a supporto dei professionisti e delle strutture aziendali coinvolte nei progetti di sperimentazione clinica, sono organizzati con la collaborazione didattica e formativa della FROM (Fondazione per la Ricerca Ospedale Maggiore di Bergamo).
- *Addestramento del personale, secondo linee-guida internazionali*: per garantire risposte assistenziali adeguate in condizioni di emergenza urgenza in continuità con:
 - ✓ rianimazione cardiopolmonare d'urgenza di base - BLS basic life support and defibrillation, PBLSD esecutore: pediatric basic life support and defibrillation,
 - ✓ A.T.L.S. – Advanced Trauma Life Support – provider e refresh – per la gestione del trauma severo nel Centro Emergenza ad Alta Specializzazione dell'azienda;
 - ✓ Gestione di maxiemergenze da esposizione ad agenti chimici, Corso teorico pratico AHLS Provider – the Advanced Hazmat Life Support.

La rilevazione della qualità percepita dai questionari di customer satisfaction somministrati ai partecipanti degli eventi residenziali ha evidenziato una valutazione complessiva ottima.

6.2 PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2018

PARTECIPANTI		ANNO 2017		ANNO 2018	
		DETTAGLIO	TOTALE	DETTAGLIO	TOTALE
Destinatari			28.358		27.493
Aventi diritto all'attestato	Dipendenti	19.856	24.057	22.983	24.807
	Non dipendenti	4.201		1.724	
SATURAZIONE		85%		90%	

I percorsi di formazione organizzati in azienda contemplavano la partecipazione massima di 27.493 discenti; le adesioni complessive pari a 24.807, raggiungendo una saturazione dell'offerta pari all'90%.

TIPOLOGIA FORMATIVA		CONSUNTIVO 2017		CONSUNTIVO 2018	
		EVENTI	EDIZIONI COMPLESSIVE	EVENTI	EDIZIONI COMPLESSIVE
Formazione residenziale (RES)	ECM	124	183	123	187
	NO ECM	28	81	31	86
Formazione sul campo (FSC)	Gruppo di Miglioramento	67	68	54	70
	Addestramento	3	110	9	141
Formazione a distanza (FAD)		23	23	15	15
TOTALE		245	465	232	499

Edizioni annullate 2017	5

Accreditamento Ordine assistenti sociali	23
Edizioni annullate 2018	20*

*di cui 6 FAD

L'indicatore PIMO (Piano Integrato del Miglioramento dell'Organizzazione - Regione Lombardia) per la funzione formazione per l'anno 2018 rileva la percentuale di realizzazione/completamento delle edizioni complessive previste nel piano di formazione aziendale.

INDICE di REALIZZAZIONE PIANO FORMATIVO AZIENDALE
 Eventi erogati **232**/ Eventi programmati **265** x 100 = 87,54%.

IMPEGNO ORARIO COMPLESSIVO		2017	2018
IN AZIENDA	RESIDENZIALE (RES)	32.705	31.526
	FORMAZIONE SUL CAMPO (FSC)	7.825	8.939
FUORI AZIENDA	AGG. OBBLIGATORIO	4.343	4.911
	AGG. FACOLTATIVO	25.011	25.157
Totale		69.884	72.551

RIEPILOGO ECONOMICO	PFA 2017		PFA 2018	
	Budget assegnato	Consuntivo costi sostenuti	Budget assegnato	Consuntivo costi sostenuti
Attività Formazione SEDE	€ 491.000,00	€ 286.860,43	€ 443.000,00	€ 290.242,00

Formazione FUORI SEDE	€ 280.000,00	€ 203.000,00	€ 270.000,00	€ 199.582,02
Totale	€ 771.000,00	€ 489.860,43	€ 713.000,00	€ 489.824,02

6.3 FORMAZIONE FUORI AZIENDA

Il Piano formativo 2018 prevedeva uno specifico budget anche a sostegno della formazione fuori azienda, finalizzata a mantenere e sviluppare le competenze specialistiche dei professionisti, in particolare, in ambiti ove, al fine di garantire l'eccellenza e la qualità delle performance aziendali, era richiesta la fruizione di percorsi formativi per un selezionato ristretto target di utenti. La partecipazione di personale dipendente ad attività di formazione all'esterno dell'azienda è subordinata alla rilevanza scientifica accertata dai responsabili gestionali, che ne verificano la qualità, la strategicità e/o la novità rispetto al ruolo aziendale del professionista coinvolto.

Attività formazione fuori sede	2017	2018
Attività autorizzate	2.962	2.868
Operatori coinvolti in una o più attività	1.105	1.034
Giornate di formazione autorizzate	5.738	5403
Teste equivalenti (h/1440 ore lavoro) Operatori assenti: media annuale	24	22

6.4 CLASSIFICAZIONE OBIETTIVI FORMATIVI ECM

Gli obiettivi formativi ECM di interesse nazionale stabiliti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome del 5.11.2009, e successive modifiche e integrazioni, sono suddivisi in tre tipologie:

- Obiettivi tecnico professionali**, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali del settore specifico di attività.
- Obiettivi formativi di processo**, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Si rivolgono a professionisti ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione.
- Obiettivi formativi di sistema** finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione dei sistemi sanitari. Si rivolgono a tutti i professionisti, avendo caratteristiche interprofessionali.

Obiettivi	ANNO 2017		ANNO 2018	
	Eventi	%	Eventi	%
Processo	54	24,88%	49	18,49%
Sistema	82	37,79%	92	34,72%
Tecnico - professionali	81	37,33%	124	46,79%
Totale complessivo	217		265	

6.5 ATTIVITA' DIDATTICA - SCIENTIFICA E PARTNERSHIP

L'ASST è promotrice e partner di iniziative di addestramento, di formazione scientifica e di ricerca, degne di nota:

- *School of Medicine and Surgery (SMS)*: corso di laurea magistrale 1° e 2° anno in Medicina e chirurgia in lingua inglese dell'Università degli studi di Milano Bicocca con sede all'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, è frutto della sinergia creata con l'Università di Milano Bicocca, l'Università del Surrey e l'Università di Bergamo.
- *Corso di formazione triennale in medicina generale*: ASST è sede di riferimento provinciale del corso, trattasi di formazione obbligatoria specialistica non universitaria per l'esercizio dell'attività di MMG, nell'ambito del SSN, organizzato da PoliS - Lombardia. Corso riservato ai laureati in medicina e chirurgia.
- Cooperazione internazionale e gemellaggio con Saint Joseph Hospital di Gerusalemme.
 - Partner: ASST Papa Giovanni XXIII - Diocesi di Bergamo - Saint Joseph Hospital Palestina.
 - Ambito: Gerusalemme Gaza
 - Periodo: 2017 - 2019
 - Mission: Cooperazione internazionale strategica per migliorare la salute nel mondo e promuovere e sviluppare la cultura sanitaria nelle realtà disagiate.
 - Organizzazione e attuazione: cicli di training 4 settimane, per professionisti dell'Ospedale di Gerusalemme affiancati da nostri dipendenti esperti in qualità di tutor presso l'azienda.

PROFILO	UNITA' OPERATIVA	TUTORAGGIO IN AZIENDA
Infermiere	Pronto Soccorso	Dal 10/04/18 al 05/05/18
Infermiere	Area Critica	Dal 10/04/18 al 05/05/18
Infermiere	Patologia Neonatale	Dal 10/04/18 al 05/05/18
Infermiere	Chirurgia	Dal 10/04/18 al 05/05/18
Ostetrica	Sala Parto	Dal 10/04/18 al 05/05/18

- *Ricerca*: tra gli obiettivi perseguiti dall'azienda rientra la promozione di attività di ricerca, innovazione e formazione in ambito biomedico, quali strumenti strategici per perseguire qualità e appropriatezza delle cure e il miglioramento continuo dell'assistenza offerta ai pazienti. Partecipare attivamente alle sperimentazioni consente di:
 - garantire ai pazienti tutte le nuove opportunità di cura in un contesto strettamente controllato
 - acquisire e diffondere conoscenze in grado di favorire la crescita continua delle competenze dei professionisti.

- *Scuola in ospedale*: La particolare offerta formativa che si sviluppa attraverso la scuola in ospedale contribuisce a tutelare e coniugare due diritti costituzionalmente garantiti: quello alla salute e quello all'istruzione, rivolti a una fascia di alunni in difficoltà. Tale intervento educativo si colloca nella cornice più ampia di azioni mirate a prevenire e contrastare la dispersione scolastica, nonché a facilitare il reinserimento nel contesto scolastico tradizionale.

Per i bambini e i ragazzi dai 3 ai 18 anni ricoverati è possibile continuare a seguire le lezioni scolastiche anche durante la degenza all'Ospedale Papa Giovanni XXIII. Il servizio per i bambini che frequentano la scuola dell'infanzia e primaria fa capo all'Istituto comprensivo "I Mille" di Bergamo, mentre per i ragazzi che frequentano la scuola secondaria di 1° e 2° grado il servizio fa capo all'Istituto secondario "Mariagrazia Mamoli" di Bergamo.

L'attività didattica ha luogo negli spazi predisposti nei reparti, come l'aula scolastica o l'area ricreativa, ma anche al letto dei degenti, nella loro camera, secondo le situazioni e le diverse necessità dei pazienti.

Questa sinergia tra le istituzioni crea legami fortissimi tra i bimbi ricoverati, i docenti, gli insegnanti e i volontari che con la preziosa attività didattica, si dedicano ai piccoli allievi prendendosi *cura* della loro continuità scolastica, favorendo il senso di appartenenza ad una comunità e supportando i bimbi anche dal punto di vista psicologico.

6.6 SPERIMENTAZIONI SCIENTIFICHE E SPONSORIZZAZIONI CLINICHE

In ambito biomedico *Ricerca e Innovazione* costituiscono gli strumenti strategici per perseguire qualità e appropriatezza delle cure e il miglioramento continuo.

La partecipazione attiva alle sperimentazioni consente di:

- garantire ai pazienti nuove opportunità di cura in un contesto strettamente controllato
- acquisire e diffondere conoscenze in grado di favorire la crescita dei professionisti.

Nel triennio 2016 -2018 sono iniziate ulteriori 451 nuove ricerche che si aggiungono alle centinaia di ricerche avviate in precedenza.

Nel 2018 dei 158 studi, 61 sono profit supportati da sponsor commerciali e 97 no profit. Di questi ultimi, 23 sperimentazioni sono state promosse direttamente dai clinici dell'Azienda e 3 da FROM.

Diversamente da quanto si evince dal 17° Rapporto nazionale AIFA 2018, in ordine a una diminuzione delle sperimentazioni cliniche sui medicinali in Italia, le sperimentazioni gestite dal Coordinamento Trial Clinici dell'azienda non risente della contrazione.

Si riporta una tabella dalla quale si evince la struttura coinvolta in primis, a seguito della sottoscrizione di convenzioni, contratti, polizze assicurative con le aziende esterne con le quali è stata deliberata la sperimentazione. Anche il Dipartimento di medicina di laboratorio e il Dipartimento per immagini e tante altre strutture concorrono con i loro professionisti alle attività inerenti le varie fasi dei protocolli oggetto di studio.

Unità Organizzative promotrici	Totale	2016	2017	2018
Ematologia	98	26	44	28
Oncologia	91	25	21	45
Cardiologia 1	43	20	16	7
Malattie infettive	26	11	5	10
Malattie endocrine - Diabetologia	16	9	3	4
Neurologia	19	8	3	8
Pediatria	19	7	4	8
Gastroenterologia 1 - Epatologia	11	5	3	3
Nefrologia e dialisi	13	4	4	5
Cardiologia 2 - Diagnostica interventistica	9	6	1	2
Reumatologia	8	4	2	2
Anestesia e rianimazione 2	8	1	4	3
Chirurgia generale 1	6	2	3	1
SIMT	56	1	4	1
Altre unità organizzative	78	28	19	31
TOTALE	501	157	136	158

7. URP E CUSTOMER EXPERIENCE

Un fattore che ha contribuito negli ultimi due anni a un aumento degli accessi all'URP è da ricondurre all'utilizzo dello stesso da parte dei settori di front office per aiutare le persone per le quali non era possibile fornire una prestazione ambulatoriale entro i tempi richiesti con impegnativa, né nella struttura né in altri enti del territorio. In questi casi, gli utenti sono stati indirizzati all'URP per trovare una possibile soluzione al problema.

Nel 2018 sono state infatti 484 le segnalazioni gestite in tal senso e nell'anno precedente più di 500. Il numero è tuttavia in diminuzione, grazie anche all'apertura di agende di garanzia messe a disposizione al CUP da parte delle unità più critiche.

Richieste informazioni	1804
Reclami (scritti e verbali)	3692 (di cui 347 scritti)
Encomi (scritti e verbali)	117 (di cui 99 scritti)
Questionari gradimento	6.742

Dei 6.742 questionari raccolti dall'URP, emerge un'elevata soddisfazione dei cittadini verso i servizi ricevuti, sia per l'area ambulatoriale che per quella di degenza assestandosi su un punteggio che raggiunge una media di 6,38 punti su massimo 7 punti, in termini di soddisfazione, raccomandabilità e riutilizzo della struttura erogativa delle prestazioni.

I dati raccolti confermano quanto già evidenziato negli scorsi anni, ossia un'elevata soddisfazione e una fidelizzazione da parte degli utenti verso i servizi offerti sia a Bergamo che nella realtà di San Giovanni Bianco e degli ambulatori territoriali. A San Giovanni Bianco il gradimento è anche superiore 6,51 su 7, indice di una elevata affezione alla piccola struttura ospedaliera.

I fattori che riscuotono in genere maggiore soddisfazione sono quelli legati alla relazione con il personale e al rispetto per la riservatezza.

Più critici sono invece i cittadini sui tempi d'attesa, sia per la realtà ambulatoriale che per quella di degenza, o sulla ristorazione per il presidio di SGB.

AREA	SEGNALAZIONI
PRESTAZIONI (44,58%)	Tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali e interventi chirurgici Code agli sportelli CUP Qualità tecnico professionale percepita
ACCESSO (18,43%)	Difficoltà nella prenotazione telefonica (CUP)
DOCUMENTAZIONE (9,58%)	Ritardi consegna copia cartella clinica Difficoltà ottenimento referti online

Si segnala un incremento dei reclami pari a 3.692 rispetto ai 3.258 dell'anno precedente. Tale valore non deve allarmare; può essere infatti legato alla maggior tendenza delle persone a condividere liberamente le proprie impressioni su un servizio, grazie anche alla

disponibilità di mezzi di comunicazione sempre più semplici e veloci (email da pc o da smartphone...).

Molte segnalazioni sono rivolte al Pronto Soccorso (163) per le lunghe attese prima di accedere alla visita, per contestazioni sulla qualità della visita stessa e sulle decisioni assunte, nonché alla fine su problematiche relazionali che possono insorgere in un contesto particolarmente delicato.

La valutazione dell'area territoriale (Servizi del PreSST) porta a evidenziare una concentrazione delle lamentele dei cittadini sulla difficoltà di accesso (soprattutto telefonico) ai servizi: orari troppo ristretti per l'apertura al pubblico.

Le numerose segnalazioni del 2018 sul CUP (767) sollevano il problema del disagio provato da molti utenti per le lunghe attese agli sportelli e per la difficoltà (a volte anche impossibilità) a contattare telefonicamente il servizio. In merito a quest'ultimo aspetto, molto critica è la condizione delle prenotazioni per l'attività in regime libero professionale, dove il contatto con l'operatore risulta difficoltoso.

In particolare, per alcune unità le segnalazioni degli utenti sulle liste d'attesa sono più consistenti.

UNITA'	N°
Pneumologia	114
Cardiologia	109
Urologia	101
Oculistica	95
Radiologia	90
Ortopedia	86
Dermatologia	71
Ostetricia	63
Neurologia	50
Chirurgia plastica	49
Gastroenterologia 2	43
Neurochirurgia	37

Nell'ambiente sanitario possono talvolta sorgere conflitti tra gli utenti e i loro familiari da un lato e gli operatori dall'altro. All'origine di questi conflitti vi sono spesso aspettative deluse e una sensazione di mancato riconoscimento, che vanno ben al di là della percezione negativa verso una prestazione ricevuta.

Queste situazioni portano con sé un contenzioso psicologico che sconcerta l'utente, ma anche l'operatore coinvolto.

Il percorso di mediazione si affianca all'analisi delle situazioni offrendo alle persone coinvolte un momento per esprimere i propri vissuti e creare una comunicazione efficace.

Al fine di favorire tra i professionisti l'attenzione all'umanizzazione delle cure e l'ascolto, si sottolinea che si stanno all'uopo implementando percorsi formativi che utilizzino la narrazione in medicina, attivi nel Dipartimento materno infantile da alcuni anni e in fase di diffusione in altre realtà dell'azienda.

8. MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE: INDICATORI DI RISULTATO

La tabella che segue riassume alcuni indicatori esplicativi di diverse dimensioni di analisi della performance dell'ASST Papa Giovanni XXIII.

Gli indicatori relativi a “ricoveri ordinari ripetuti entro l'anno”, “dimissioni volontarie”, “trasferimenti tra strutture”, “ricoveri ordinari ripetuti entro 45 giorni” riportati nella tabella che segue, sono calcolati solo sui ricoveri ordinari e utilizzando i criteri di esclusione sotto elencati, così come indicato nel documento prodotto da Regione Lombardia “Sistema di valutazione degli ospedali lombardi” – anno 2009.

I criteri di esclusione utilizzati sono stati:

- i ricoveri di pazienti extra-regione
- i ricoveri di pazienti di età inferiore ai 2 anni (alla data di ricovero)
- i ricoveri appartenenti alle classi di finanziamento riabilitative, delle cure palliative o delle lungodegenze.

Gli stessi criteri sono stati utilizzati per calcolare i tassi riportati sempre nella tabella sotto.



PROCESSI DECISIONALI	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI e modalità di calcolo del raggiungimento	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2017	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2018
Attuazione delle strategie	Efficacia interna	Ricoveri ordinari ripetuti entro l'anno (%) = N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto entro l'anno (01.01 -31.12)/ Tot. Dimissioni	ASST: 2.927/29.384= 9,96%	ASST: 2.893/28.978= 9,98%*
		Dimissioni volontarie (%)= N° dimissioni volontarie/ Totale dimissioni	ASST: 109/29.384 = 0,37%	ASST: 100/28.978 = 0,35%*
		Trasferimenti tra strutture considerando solo quelli avvenuti tra Istituti per acuti (codice SDO n.3) (%)= N° trasferiti (secondo codifica SDO-codice 3)/ Totale dimessi	Tot ASST: 155/29.384 = 0,53 % PG23: 74/27.164 =0,27% SGB: 81/2.217 = 3,65%	Tot ASST: 148/28.978 = 0,51 %* PG23: 83/26.817 =0,24%* SGB: 83/2.161 = 3,84%*
		Ricoveri ordinari ripetuti entro 45 gg (%)= N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto entro 45 gg/Tot. Dimissioni	ASST: 1.273/29.384 = 4,33%	ASST: 1.265/28.978 = 4,37%*
		Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	ASST: 26.406 /1.090.003= 24‰	ASST: 25.967 /1.091.075= 24‰**
		Tasso di ospedalizzazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	ASST: 6.965 /1.090.003= 6‰	ASST: 6.469 /1.091.075= 6‰**
		Tasso di ospedalizzazione ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi totali residenti in provincia/Tot. residenti in provincia	ASST: 33.371/1.090.003= 31‰	ASST: 32.436/1.091.075= 30‰**
		Tasso di attrazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	ASST: 1.461/30.848= 47‰ PG23: 1.431/28.600= 50 ‰ SGB: 30/2.248 = 13 ‰	ASST: 1.447/30.425= 48‰** PG23: 1.415/28.232= 50 ‰** SGB: 32/2.193 = 15 ‰**
		Tasso di attrazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi dopo ricovero DH residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	ASST: 432/8.533 = 51‰ PG23: 418/7.731= 54 ‰ SGB: 14/802 = 17 ‰	ASST: 456/8.026 = 57‰*** PG23: 447/7.293= 61 ‰*** SGB: 9/733 = 12 ‰***
		Tasso di attrazione ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)= N. dimessi totali residenti fuori regione/ Tot. Dimessi	ASST: 1.893/39.381 = 48 ‰ PG23: 1.849/36.331= 51 ‰ SGB: 44/3.050 = 14 ‰	ASST: 1.903/38.451 = 49 ‰** PG23: 1.862/35.525= 52 ‰** SGB: 41/2.926 = 14 ‰**

* Nel 2018 è stata sostanzialmente mantenuta la performance raggiunta nel 2017

** Dato sostanzialmente stabile nel tempo

*** Tasso in incremento nel 2018 rispetto al 2017

Un particolare ringraziamento a tutti coloro che hanno collaborato e contribuito alla stesura del documento con i loro preziosi suggerimenti e il proficuo lavoro di squadra.



“Ogni persona che incontriamo sta combattendo una battaglia di cui non sappiamo niente.
Siamo gentili. Sempre!”

Giugno 2019

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVO-CONTABILE (proposta n. 1283/2019)

Oggetto: RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ASST PAPA GIOVANNI XXIII - ANNO 2018

UOC PROPONENTE

Si attesta la regolarità tecnica del provvedimento, essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Si precisa, altresì, che:

A. il provvedimento:

- prevede
- non prevede

COSTI diretti a carico dell'ASST

B. il provvedimento:

- prevede
- non prevede

RICAVI da parte dell'ASST.

Bergamo, 25/06/2019

Il Direttore
Dr. / Dr.ssa Bertocchi Giuliana

PARERE DIRETTORI

all'adozione della proposta di deliberazione N.1283/2019

ad oggetto:

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ASST PAPA GIOVANNI XXIII - ANNO 2018

Ciascuno per gli aspetti di propria competenza, vista anche l'attestazione di regolarità amministrativo-contabile.

DIRETTORE AMMINISTRATIVO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Fumagalli Monica Anna
Note:	
DIRETTORE SANITARIO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Pezzoli Fabio
Note:	
DIRETTORE SOCIOSANITARIO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Limonta Fabrizio
Note:	

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

**Publicata all'Albo Pretorio on-line
dell'Azienda socio sanitaria territoriale
"Papa Giovanni XXIII" Bergamo**

per 15 giorni
