



SPEDALI CIVILI – BRESCIA  
Azienda Ospedaliera

# PIANO ANNUALE DELLE PERFORMANCE 2015

Brescia, febbraio 2015

Sistema Sanitario  Regione  
Lombardia

25123 Brescia – P.le Spedali Civili n. 1  
Tel. 030/3996852 – Fax 030/3996102  
e-mail: [rossana.gardoni@spedalicivili.brescia.it](mailto:rossana.gardoni@spedalicivili.brescia.it)

 1

## PIANO PERFORMANCE 2015

Il presente Piano Performance, relativo all'anno 2015, tiene conto delle strategie aziendali, di quanto indicato nel Programma Regionale di Sviluppo, nel Piano Socio-sanitario Regionale, delle Regole di Sistema dell'esercizio in corso, degli obiettivi di mandato del Direttore Generale.

In ottemperanza a quanto stabilito dalle Regole Regionali di Sistema, nelle more delle indicazioni che l'O.I.V. Regionale di concerto con la DG Salute vorrà dare in ordine ad un set minimo di indicatori estrapolati dal P.I.M.O., l'A.O. Spedali Civili di Brescia adotta il Piano Performance 2015 che potrà essere soggetto ad integrazioni e modifiche.

Il Piano triennale delle Performance 2014-2016, adottato con deliberazione 599 del 30 luglio 2014 al quale si rimanda, illustra la struttura aziendale e le finalità della stessa, impegnata a garantire la crescita e lo sviluppo delle specialità di eccellenza con riguardo alla qualità e all'appropriatezza delle cure.

L'anno 2015 sarà segnato dal lavoro che la Giunta Regionale sta portando avanti in relazione al riordino del sistema socio sanitario assistenziale.

La riorganizzazione territoriale tesa alla rilettura dei bisogni e ad una evoluzione del sistema potrebbe comportare variazioni dei processi organizzativi aziendali ed influire sugli obiettivi ed i progetti previsti nei vari piani aziendali con una conseguente rimodulazione delle risorse a disposizione e delle responsabilità.

## POA – PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'A.O. sta proponendo adeguamenti ed aggiustamenti in termini organizzativi, secondo quanto indicato da Regione Lombardia rispetto all'attuale POA. Si tratta di una fase di restyling che consiste in revisioni minime, ad eccezione della riorganizzazione del SITRA che prevede la direzione dello stesso quale struttura complessa oltre che la revisione organizzativa gerarchica e gestionale del nuovo Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio, che coinvolge in primo luogo il Laboratorio Analisi chimico-cliniche ed il SIMT Servizio Immunotrasfusionale.

## COLLEGAMENTO TRA IL PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA ED IL PIANO PERFORMANCE

Il collegamento tra il Piano della Performance e le azioni previste in tema di Anticorruzione e Trasparenza vede il rafforzamento dell'inserimento di obiettivi mirati nel sistema di budget.

La formazione specialistica in aree a rischio in tema di anticorruzione, l'attività di controllo sulle certificazioni secondo quanto previsto dalle norme, l'analisi ed il monitoraggio dei processi aziendali costituiscono gli obiettivi sui quali verrà misurata la responsabilità dirigenziale e la capacità di prevenire e contrastare attraverso azioni adeguate eventi corruttivi.

**Il Codice di Comportamento** rappresenta una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione in quanto contenente le aspettative dell'Azienda sui comportamenti dei propri dipendenti, costituendo così elemento essenziale del PTPC.

Esso richiama integralmente i contenuti del *Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici*; del *Codice Etico-Comportamentale* dell'Azienda ed i contenuti della *Carta dei Diritti del Malato*. Il documento è rivolto ad assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni della corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, tenuto conto della vocazione propria dell'Azienda di corrispondere ai bisogni di Salute quale diritto fondamentale dell'individuo ed interesse dell'intera collettività, nel rispetto della dignità della libertà della persona umana. E' essenziale l'integrazione con i principi e le misure preventive del PTPC e del PTTI

poiché occorre promuovere la cultura dell'integrità attraverso la possibilità di confrontarsi su ipotesi reali richiamate da principi di comportamento.

Gli obblighi di condotta previsti dal Codice vengono estesi, per quanto compatibili, a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico ed a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione della Direzione, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda.

La violazione di ciascuna regola del Codice di comportamento aziendale costituisce infrazione rilevante sul piano disciplinare, ai sensi delle disposizioni vigenti e dei Codici disciplinari aziendali in vigore.

I contenuti del Codice di comportamento aziendale costituiscono ulteriori tematiche oggetto degli eventi formativi pianificati dall'Azienda nell'anno 2015.

La formazione è infatti qualificata quale strumento/percorso da perseguire per evitare che la prevenzione della corruzione sia limitata al tecnicismo delle regole.

### **Sistema dei controlli**

Un'attenzione particolare merita il tema dei controlli intesi nella loro accezione di supporto e completamento delle attività e dei processi. L'analisi del dato, il monitoraggio costante, l'attività di re-performance e di benchmarking consentono di verificare l'efficacia delle attività e di mettere in atto azioni di miglioramento e di revisione dei modelli organizzativi. Nell'esercizio della funzione dirigenziale occorre riservare una quota delle attività all'espletamento delle modalità di controllo ed all'analisi dei rischi, oltre che alla gestione degli esiti che ne derivano. L'A.O. partecipa alla rete regionale degli Internal Auditor che operano secondo procedure e metodologie adottate in maniera coerente e coordinata tra gli enti del sistema regionale. Nell'anno in corso verrà adottato il Manuale di Internal Auditing aziendale.

### **PIANO DI RISK MANAGEMENT**

Il Piano Aziendale Risk Management (PARM) 2015 sarà stilato seguendo le indicazioni delle Linee guida attività di Risk Management che ne definiscono i contenuti generali.

La parte "personalizzata" del PARM, che rispecchia la realtà aziendale, deriverà dall'analisi dei dati contenuti in documenti regionali (Mappatura RCTO, Benchmarking del Sistema Sanitario Regionale, Indicatori Area Risk Management, Portale di Governo, Sistema InfOsp), nel sistema aziendale di Incident Reporting, nei verbali di audit sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), nel Piano Integrato per il Miglioramento Organizzativo (PIMO).

I progetti principali interesseranno l'Area Ostetrico-Ginecologica, le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) con particolare attenzione alla Sepsis, l'area Chirurgica (corretta applicazione delle Checklist di sala operatoria, corretta informazione e consenso informato), la manutenzione delle 17 Raccomandazioni del Ministero della Salute per la sicurezza dei pazienti e degli operatori (particolare attenzione sarà rivolta ai farmaci antineoplastici e alla riconciliazione terapeutica), al controllo e miglioramento della documentazione sanitaria, al perseguimento dei 6 obiettivi internazionali (WHO) per la sicurezza del paziente.

### **EDILIZIA SANITARIA**

Presso il P.O. Spedali Civili di Brescia è in atto un importante intervento di ristrutturazione e riqualificazione attraverso il sistema del Project Finance. I lavori, iniziati nel marzo del 2010, importano una spesa complessiva di 153 milioni di euro. L'attuazione dell'intervento è stata prevista, sin dall'origine, in 3 fasi distinte allo scopo di mantenere inalterati i livelli di assistenza erogati e continuare

a fornire le necessarie risposte ai bisogni di salute della popolazione di riferimento e dell'utenza proveniente anche da altre Regioni.

Allo stato risultano terminati i lavori di costruzione di un nuovo edificio da adibire a cucina e mensa, di costruzione del nuovo Monoblocco D, in cui trovano sede la Centrale di Sterilizzazione, i Servizi di Radiologia e Neuroradiologia, i Laboratori di analisi chimico-cliniche, i blocchi operatori, l'Unità di Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgica, l'area critica di terapia intensiva post operatoria ed i settori di degenza chirurgica per complessivi n. 150 posti letto, ed è stata ristrutturato il corpo centrale del Padiglione "A". Le aree ristrutturate e/o realizzate ex novo sono già in funzione. Il 21/7/2014 sono iniziati i lavori di ristrutturazione del Padiglione "C", che proseguiranno per tutto il 2015 e si concluderanno nel 2016.

Nel 2016 verranno aggiudicati i lavori relativi alla ristrutturazione del Padiglione "B" che verranno avviati a partire dal 2017 e verrà avviata la costruzione di una nuova struttura Poliambulatoriale per una prevista spesa di euro 45 milioni.

L'intervento, di cui alla deliberazione n. 855/2013 della Giunta Regionale della Lombardia, è inserito nel programma di completamento del piano pluriennale degli investimenti in sanità già oggetto del VI atto integrativo all'Accordo di Programma Quadro del 03/03/1999.

Presso il **P.O. di Gardone Val Trompia** proseguono i lavori di riqualificazione del Servizio di Pronto Soccorso. L'intervento, che permetterà una più razionale gestione degli spazi a disposizione e il totale rinnovamento degli impianti elettrici e di condizionamento, prevede una spesa complessiva di 1,5 milioni di euro. L'ultimazione dei lavori è prevista per il 31/03/2015.

Per il **P.O. di Montichiari**, che ha recentemente visto la ristrutturazione di parte del piano 1° e dell'intero piano 3°, è in programma la realizzazione della scala esterna di sicurezza ai fini dell'adeguamento normativo in materia di prevenzione incendi. L'intervento ha un costo pari ad 1 milione di euro ed è prevista la sua realizzazione entro l'estate 2015.

## **PROGETTI AZIENDALI IN AREA SANITARIA**

### **NUOVO BLOCCO OPERATORIO**

La costruzione del Monoblocco D vede la concentrazione ("Centralizzazione") di 17 sale operatorie in uno spazio strutturale e funzionale unico, secondo un nuovo concetto organizzativo che replica esperienze europee ed internazionali. La complessità delle azioni che caratterizzano un blocco operatorio ha infatti posto ovunque all'attenzione di manager e studiosi la questione del governo di un'organizzazione divenuta nel tempo così complessa. Quella delle sale operatorie è di fatto un'attività molto articolata, a carattere multidisciplinare, il cui obiettivo comune (per Azienda ed operatori coinvolti) deve essere l'ottimizzazione del funzionamento in relazione a tutte le risorse disponibili (umane e tecnologiche). Si tratta cioè di massimizzare il numero di interventi garantendo al tempo stesso elevati standard di qualità e appropriatezza sia per il paziente che per gli operatori. E' quindi di peso rilevante che il percorso chirurgico sia valutato come un processo scomponibile in fasi da analizzare e correggere sulla base di alcuni indicatori di performance. Tra quelli validati a livello internazionale saranno inizialmente utilizzati gli indicatori ottenibili dal database informatico in uso all'Azienda per il paziente chirurgico: il tempo di ritardo relativo all'inizio del primo intervento, il tempo di ripristino delle sale tra un intervento e l'altro, l'"over-time" e l'"under-time" ovvero i tempi di sovra/sottoutilizzo delle sale rispetto a quanto pianificato in precedenza. Il progetto che, in ragione della sua complessità deve far capo ad un coordinamento medico-infermieristico unico, risulta pertanto modulabile nel tempo: in base all'esperienza dei professionisti coinvolti, alle evidenze scientifiche ed alle necessità dell'ospedale.

La governance di questa attività non riveste un ruolo ad esclusivo carattere clinico ma necessita anche del supporto di altre aree e funzioni aziendali: impiantistica, tecnologica, informatica, ognuna delle quali a vario titolo chiamata ad operare in totale sinergia con la componente sanitaria. Un cenno merita anche il ruolo che, analogamente a quanto realizzato in altre strutture di confronto, rivestirà l'opera di comunicazione e sensibilizzazione destinata agli operatori coinvolti in questo, che rappresenta un vero percorso di modifica culturale, oltrechè strutturale e funzionale, dell'area chirurgica. A seguito delle azioni di formazione degli operatori coinvolti verrà iniziata a partire dal mese di marzo l'attività di trasferimento delle sale operatorie nel Nuovo Monoblocco dalla attuale sede del Satellite.

## **DOPPIO TRAPIANTO DI RENE**

La scarsità di donatori rappresenta il limite principale dell'attività di trapianto. Ampliare i criteri per la selezione dei donatori è un modo per aumentare la disponibilità di organi. L'A.O. Spedali Civili è impegnata ad incrementare il numero dei pazienti trapiantati ed avvierà nel 2015 il programma del doppio trapianto.

Per risolvere questo problema il Nord Italian Transplant (NITp) ha sviluppato un protocollo che prevede l'esecuzione di una biopsia renale per quantificare uno score di danno istologico. Se lo score è molto buono i due reni sono trapiantati singolarmente in due diverse persone; se è meno buono vengono utilizzati entrambi i reni in un unico paziente (doppio trapianto). L'utilizzo dei donatori richiede un'attenta valutazione della qualità degli organi per evitare di usare reni non idonei pur in presenza di esami di laboratorio "normali".

Ogni anno nell'area bresciana vengono prelevati 10-15 donatori i cui reni sono utilizzati per un doppio trapianto; fino ad oggi questi reni, prelevati dai nostri chirurghi, erano utilizzati da altri centri del NITp che avevano attivato il programma di doppio trapianto. Iniziare il programma di doppio trapianto anche a Brescia permetterà di utilizzare localmente questi reni, aumentando quindi le probabilità di trapianto per i pazienti della nostra lista; è stimabile un aumento annuo di 10-15 trapianti.

Il servizio di Anatomia Patologica ha acquisito da alcuni mesi lo strumento per poter processare il campione biotipico secondo le procedure richieste dal programma doppio trapianto, l'U.O. Nefrologia è in fase avanzata di selezione dei pazienti potenzialmente idonei al programma. La U.O. Chirurgia deve attivare le sale operatorie necessarie all'attività.

## **ACCOGLIENZA PAZIENTI ONCOLOGICI**

L'U.O. Oncologia e la SSVD Breast Unit sono impegnate nella delicata attività di accoglienza ed accompagnamento del paziente oncologico con l'obiettivo di attivare percorsi di umanizzazione passando dalla cura al "prendersi cura".

In particolare la Breast Unit prevede, per le indagini di secondo livello delle donne con diagnosi di patologia mammaria, la presa in carico e l'accompagnamento sia per quanto riguarda l'informazione mirata sul referto positivo da parte del medico che ha effettuato la diagnosi e di quello che si occuperà del trattamento, sia per accompagnare il percorso terapeutico in tutto il periodo necessario e per i controlli successivi, programmandone insieme tutte le tappe. Vengono evitati gli accessi multipli, dannosi sotto il profilo psicologico sia per le prime valutazioni che per i follow-up, dando così la percezione di continuità del percorso e di massima protezione della paziente.

Si sta mettendo a punto il percorso rivolto alle pazienti con rischi di tumore mammario o ovarico eredo-familiare, istituendo ambiti multidisciplinari di specialisti (oncologo, ginecologo, genetista e psicologo) che assistono attraverso un corollario di percorsi predisposti per ulteriori eventuali controlli anche ravvicinati e specifici per questa caratteristica genetica.

## LABORATORI

Un impatto significativo in termini di organizzazione e di nuova gestione dei processi ha, nel 2015, la nuova organizzazione dei Laboratori. Lo scopo di razionalizzare gli spazi finora dedicati all'attività di laboratorio è volto ad una ottimizzazione del flusso di lavoro in termini di personale, apparecchiature e reagenti puntando verso una diminuzione dei costi per prestazione.

Già a livello di progettazione degli spazi dedicati alle varie attività si è tenuto conto della destinazione d'uso delle varie zone lavorative.

In linea di massima tale distribuzione è stata elaborata finalizzandola al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Accentramento su stazioni analitiche multiparametriche del maggior numero di prestazioni possibile, permettendo quindi una riduzione/ottimizzazione della strumentazione analitica presente in laboratorio
- Riduzione massima del numero delle provette primarie utilizzate con particolare attenzione all'area siero che verrà gestita per quanto possibile con una singola provetta
- Automazione ed armonizzazione di tutti i processi del ciclo produttivo del campione, dalla fase di accettazione alla fase di check-out/archiviazione della provetta, permettendo la standardizzazione dei processi, la riduzione del TAT (Turn Around Time = Tempistica dal check in del campione all'emissione del referto) e la tracciabilità dei campioni
- Gestione del flusso di informazioni relative alle varie operatività da applicare al campione (tipologia utenti, richiedibilità, notizie cliniche, appropriatezza, ecc.)
- Razionalizzazione ed ottimizzazione delle risorse umane con particolare riguardo al rapporto costo/efficacia del personale impiegato nelle varie macroaree e settori

Il Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche si configura, per il tipo di prestazioni, sia di base che specialistiche elencate con sezioni specializzate di Biochimica Clinica e Tossicologia, Ematologia e Emocoagulazione e punto prelievi staccato dall'U.O.

Il Laboratorio Analisi, situato al piano terra del Monoblocco D Scala 14 piano terra, è suddiviso in quattro macroaree operative, nelle quali vengono effettuate prestazioni che sono così individuate:

Macroarea 1. Corelab

Macroarea 2. Proteine Specifiche e Emocoagulazione specialistica

Macroarea 3. Chimica Speciale, Farmacologia ed Immunometria

Macroarea 4 . Biologia Molecolare

L'attività del nuovo Laboratorio prenderà avvio prima dell'estate.

## PROGETTO CRS-SISS

L'anno 2015 vede l'Azienda fortemente impegnata nell'ambito della sperimentazione della Ricetta Elettronica (NRE), progetto che presenta un impatto tecnico e organizzativo molto rilevante.

Nel corso del primo quadrimestre verranno implementate e validate le integrazioni previste dalla Ricetta Elettronica (interne e verso il SISS), per consentire ai vari applicativi coinvolti di adeguarsi agli scenari previsti a livello ministeriale e regionale.

Il passaggio in produzione delle nuove integrazioni e la gestione dei cambiamenti conseguenti verranno effettuati nei mesi successivi.

Contemporaneamente l'Azienda è impegnata nell'attivazione della nuova modalità di codifica e esposizione delle agende al Call Center Regionale (Progetto GP++), garantendo comunque la costante verifica della qualità dei livelli di servizio (SLA) e della corretta gestione delle notifiche.

Gli ambiti principali in cui si concentreranno le attività del Sistema Informativo Aziendale sono:

- L'adeguamento del CUP (inclusa l'accettazione delle prestazioni di Laboratorio Analisi) per la gestione della Ricetta Elettronica
- L'adeguamento degli applicativi di refertazione ambulatoriale, radiologica e di laboratorio analisi agli scenari della Ricetta Elettronica
- L'attivazione della nuova modalità di esposizione delle agende al Call Center Regionale (GP++)

## AREA AMMINISTRATIVA

L'Azienda è impegnata, per quanto riguarda l'area amministrativa, in alcuni progetti di forte impatto sull'organizzazione nel rispetto delle nuove disposizioni legislative, progetti che richiederanno sforzi organizzativi e gestionali principalmente nelle aree del bilancio, dell'information technology e dei contratti. In particolare:

**Fatturazione elettronica** - La Regione Lombardia ha deciso di anticipare, rispetto alla data stabilita per tutte le PA a livello nazionale, l'avvio della Fatturazione Elettronica diretta alle Aziende Sanitarie del Sistema Sanitario Regionale.

Per la nostra Azienda la sperimentazione anticipata è stata avviata a partire da febbraio.

Da tale data pertanto l'Azienda Spedali Civili ha iniziato a recepire le fatture in formato elettronico anche dai fornitori e liberi professionisti su libera adesione degli stessi, e da fine marzo 2015 non potrà più accettare e pagare fatture in formato cartaceo.

La fatturazione elettronica comporta contestualmente la conservazione sostitutiva dei documenti prodotti.

E' stata acquisita una procedura software in grado di elaborare fatture elettroniche attive da inviare alle altre Pubbliche Amministrazioni e la stessa è stata integrata con il sistema esistente per recepire i flussi in entrata e quelli in uscita. Si tratta di una attività complessa, dalle molteplici sfaccettature in termini di analisi, studio, progettazione, intermediazione ed informazione.

**Split payment** – La scissione dei pagamenti, introdotta dalla recente legislazione, prevede che gli Enti pubblici corrispondano al fornitore il solo corrispettivo dell'operazione fatturata, mentre l'imposta IVA viene versata direttamente all'erario. Tale novità normativa comporta urgenti e complesse variazioni nelle procedure in uso presso l'Azienda, con la necessità di variazioni al software di gestione della contabilità e della liquidazione Iva all'erario, oltre che oneri aggiuntivi in termini di rischi sanzionatori per l'imposta nei confronti della quale l'Azienda agisce come sostituto. L'attività comporta un grande impegno in termini di analisi degli impatti, di formazione degli operatori coinvolti, di informazione ai fornitori e di adeguamento informatico.

Il sistema degli acquisti – area contratti – L'attività di acquisto dell'Azienda si inserisce nell'ambito del sistema degli acquisti del Servizio Sanitario Regionale che vede, come stabilito dalla legge regionale 5/8/2014, ARCA S.p.a. come soggetto regolatore.

In particolare in attesa dell'istituzione del tavolo tecnico degli appalti si procede secondo il seguente ordine: obbligo di verificare la possibilità di adesione a convenzioni stipulate da ARCA S.p.a. o CONSIP; procedere attraverso forme di acquisizione aggregata all'interno dei consorzi di acquisto; solo nell'impossibilità di procedere nelle forme prima descritte attraverso gare autonome. Nel rispetto delle indicazioni regionali si partecipa all'attività di programmazione delle procedure di gara all'interno del consorzio AIPEL.

Il valore degli acquisti di beni e servizi attraverso procedure aggregate si è attestato nel 2014 al 59% che diventa 60% considerando le adesioni a convenzioni ARCA/CONSIP. Della parte restante il 12% fa riferimento a servizi in concessione e il 28% ad acquisti autonomi. Il dato è già in linea con il valore obiettivo del 50% indicato nella DGR X/2989. L'attività del 2015 sarà rivolta ad un mantenimento /miglioramento del valore raggiunto nel 2014 attraverso un consolidamento delle posizioni raggiunte, cercando di migliorare nelle aree in cui l'aggregazione può essere ancora alimentata.

Nel rispetto delle indicazioni pervenute da Regione tutte le procedure di acquisto sono espletate in forma telematica utilizzando la piattaforma SINTEL. Costante è l'impegno nell'alimentazione dei flussi Dispositivi Medici, Contratti e nell'ambito del monitoraggio semestrale dei servizi non sanitari. Vengono sistematicamente utilizzate le informazioni contenute nel datawarehouse regionale, mentre analisi specifiche vengono effettuate nell'ambito delle comunicazioni di verifica analitica di costi di acquisto dei dispositivi medici a maggior impatto economico fornite da regione. In questi casi è possibile fare confronti non solo in ambito lombardo, ma anche a livello nazionale avendo evidenza delle condizioni praticate nelle restanti regioni italiane. Questi strumenti sono utilizzati sia nella fase di preparazione delle procedure d'acquisto che in corso di validità contrattuale per verificare la bontà delle condizioni praticate dai fornitori.

## LE AREE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

In linea con quanto stabilito nel Piano Triennale delle Performance 2014-2016, che prevede la misurazione delle performance su indicatori selezionati e comuni garantendo nel contempo l'autonomia aziendale circa la peculiarità di alcuni indicatori, l'A.O. Spedali Civili di Brescia è impegnata ad applicare la metodologia e gli strumenti indicati nelle Linee Guida per l'elaborazione e lo sviluppo del piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione nelle strutture di ricovero e cura, pubbliche e private accreditate e a contratto con il SSR lombardo.

Il miglioramento è inteso come attività strutturata sviluppata secondo progetti e obiettivi integrati, assegnazione delle risorse, degli indicatori, dei risultati e delle responsabilità agli stessi connesse.

La Direzione Strategica Aziendale attraverso il coinvolgimento sistematico di Direzioni Mediche ed Infermieristiche, Funzioni Aziendali, Dipartimenti Sanitari opera la *raccolta* dei dati (indicatori di struttura, processo ed esito) secondo quanto previsto nel Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO). Tali dati sono integrati con gli indicatori di struttura, processo ed esito contenuti in altri Piani Aziendali (Piano Aziendale Risk Management, Piano delle Performance, ecc.) e nel Portale di Governo.

Gli indicatori scelti devono garantire il monitoraggio dei seguenti criteri di qualità: accessibilità e fruibilità, appropriatezza dei processi assistenziali, appropriatezza professionale e sviluppo delle competenze, esiti, efficienza economica, efficienza organizzativa, umanizzazione, coinvolgimento dei cittadini utenti.

I dati elaborati consentono una definizione di criticità e punti di forza con successiva analisi di priorità (strumento CAF) degli interventi che vengono esplicitati in un Piano di attività che consiste in:

- l'attivazione di gruppi di progetto competenti dedicati e coordinati con precisa assegnazione di mandati, risorse e tempi di realizzo
- la revisione e/o definizione (ove deficitarie) delle politiche aziendali
- la stesura o la revisione di procedure organizzative e gestionali che sostengano le politiche in modo efficace
- la diffusione delle politiche e procedure attraverso momenti di condivisione, confronto e successivo feed-back
- percorsi formativi per quei processi dove i dati definiscano critici, deficitari, inappropriati o incompleti i contenuti tecnici o organizzativi
- intensificazione per numero e contenuti degli audit interni per la verifica in itinere e finale dei risultati raggiunti
- la condivisione dell'importanza della raccolta e comunicazione dei dati/indicatori per un continuo processo di miglioramento.

Si allega al presente Piano il flusso P.I.M.O. Piano Integrato di Miglioramento Organizzativo dell'Azienda Spedali Civili di Brescia.

Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	FONTE DATI	PERIODO DI RIFERIMENTO		U.M.	VALORE	OBIETTIVO	PRIORITA'	TEMPO (Num. mesi)
1 ECON-FINANZIARIO	1.1 Situazione economico-finanziaria	1.1.1 Indicatore economico gestionale di bilancio	Costo personale/produzione lorda	Economico Finanziaria	2014	2014	Tasso %	60,38%	miglioramento	Alta	12
			Spesa per beni e servizi/produzione lorda	Economico Finanziaria	2014	2014	Tasso %	60,09%			
			Costi: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio	Economico Finanziaria	2014	2014	Tasso %	90,44%			
2 STRUTTURA	2.1 Requisiti di accreditamento	2.1.1 Adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento	Requisiti non ancora raggiunti con incremento >=5% /Requisiti non ancora raggiunti	Accreditamento	2013	2013	Tasso %	4,90% miglioramento		Alta	12
2 STRUTTURA	2.2 Manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori	2.2.1 Manutenzione impianti	Numero verifiche eseguite nei tempi/Numero verifiche pianificate	Servizio tecnico patrimoniale	2014	2014	Tasso %	98,70% conferma		Bassa	12
2 STRUTTURA	2.3 Verifiche impianti	2.3.1 Contaminazione da Legionella delle acque	Numero di campionamenti positivi nei punti di controllo (=> 102 UFC/1) / Numero punti di controllo	Direzioni Mediche	2014	2014	Tasso %	2,60% miglioramento		Alta	12
2 STRUTTURA	2.4 Documento di valutazione dei rischi	2.4.1 Correttivi apportati per problemi ad alto rischio	Numero di correttivi apportati per problemi ad alto rischio/Numero di correttivi pianificati per problemi ad alto rischio (individuiati in riunione periodica)	SPP	2014	2014	Tasso %	100,00% conferma		Alta	36
3 TECNOLOGIE	3.1 Governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)	3.1.1 Efficienza dell'alta tecnologia diagnostica	Num. di ore di fermo macchina TC e RMN nell'anno/ Num. ore di servizio atteso TC e RMN	SIC	2014	2014	Tasso %	1,30% miglioramento		Alta	12
3 TECNOLOGIE	3.2 Farmacovigilanza	3.2.1 Tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa	Num. di segnalazioni di sospetta ADR/ Giornate di degenza	Farmacia	2014	2014	Tasso %	4,00% miglioramento		Alta	12
3 TECNOLOGIE	3.3 Dispositivo sorveglianza	3.3.1 Gestione recall di dispositivi medici	Num. Recall gestiti nei tempi / N° Recall ricevuti	Farmacia	2014	2014	Tasso %	100,00% conferma		Alta	12
3 TECNOLOGIE	3.4 Uso in sicurezza dei farmaci	3.4.1 Stoccaggio elettroliti concentrati	Num. dei punti di detenzione dei farmaci controllati e conformi/ Punti di detenzione dei farmaci controllati e non conformi	Farmacia	2014	2014	Tasso %	87,74% miglioramento		Alta	12
3 TECNOLOGIE	3.5 Validazione ed aggiornamento del prontuario aziendale	3.5.1 Prontuario farmaceutico ospedaliero-aggiornamento	Num. di aggiornamenti/anno	Farmacia	2014	2014	Numero	1 conferma		Alta	12
4 SISTEMI INFORMATIVI	4.1 Progetto SISS	4.1.1 Documenti sanitari disponibili on line	Num. di referti pubblicati sulla rete SISS/ N. di referti da pubblicare secondo target PL	SIA	2014	2014	Tasso %	92,90% conferma		Media	12
4 SISTEMI INFORMATIVI	4.2 Disaster recovery	4.2.1 Disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno SIA	SIA	2014	2014	S/NO	NO	miglioramento	Media	12
4 SISTEMI INFORMATIVI	4.3 Continuità operativa	4.3.1 Continuità operativa informatica	Situazioni in cui un applicativo informatico non è stato accessibile/funzionante per un tempo superiore ad un riferimento deciso dall'ospedale (es. 15 minuti);	SIA	2014	2014	Numero	15 miglioramento		Alta	12

10

Ambito	Report titolo	Indicatori	Formula	Fonte dati	PERIODO DI RIFERIMENTO	U.M.	VALORE	OGGETTIVO	PRIORITA'	TEMPO (Num. mesi)
5 RISORSE UMANE	5.1 Requisiti di accreditamento personale	5.1.1 Adeguatezza ai requisiti di accreditamento SSR personale	Num. requisiti di accreditamento SSR sul personale assoli/ Num. Requisiti di accreditamento SSR sul personale	Accreditamento	2014	Tasso %	100,00%	conferma	Alta	12
5 RISORSE UMANE	5.2 Analisi del fabbisogno di personale	5.2.1 Copertura fabbisogni del personale	Organico medio FTE (si consiglia di calcolare anche l'organico minimo e massimo nell'anno) Organico FTE da fabbisogno approvato/ Richiesta personale da scheda di budget annuale approvato	Risorse umane	2014	Numero	95,96	miglioramento	Media	24
5 RISORSE UMANE	5.3 Governo del clima aziendale - CUG / Stress lavoro correlato	5.3.1 Rispondenza indagine stress lavoro correlato (SLC)	Num. Dipendenti che hanno risposto al questionario SLC (eventuali disaggregazioni) Num. Totale dipendenti	SPP	2014	Tasso %	61,26%	miglioramento	Alta	36
5 RISORSE UMANE	5.4 Sicurezza del posto di lavoro - infortuni e sorveglianza sanitaria	5.4.1 Frequenza infortuni	Num. infortuni / ore lavorate x 1.000.000	SPP	2014	Tasso %	31,32%	miglioramento	Alta	12
5 RISORSE UMANE	5.5 Analisi dell'attività formativa erogata	5.5.1 Tasso di saturazione dell'offerta formativa	Num. partecipanti / Num. Posti di formazione previsti	Formazione	2014	Tasso %	86,70%	miglioramento	Alta	12
5 RISORSE UMANE	5.6 Rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi	5.6.1 Incidenza ore di formazione	Num. Ore di formazione erogate al personale (si suggerisce di disaggregare per interna ed esterna e per tipologia)/Num. ore lavorate	Formazione	2014	Tasso %	2,33%	miglioramento	Media	12
5 RISORSE UMANE	5.7 Valutazione e sviluppo delle competenze	5.7.1 Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Num. Dipendenti con valutazione annuale delle competenze previste dal profilo e dal ruolo / Totale personale dipendente	UO Valutazione	2014	Tasso %	100,00%	conferma	Alta	12
5 RISORSE UMANE	5.8 Accreditamento provider (ove presente in aziende)	5.8.1 Crediti ECM erogati per profilo	Num. crediti ECM erogati / personale con obbligo ECM	Formazione	2014	Numero	15,54	conferma	Media	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.1 Obiettivi di mandato	6.1.1 Presa in carico obiettivi di mandato	Presenza report di assegnazione obiettivi entro 30 gg dall'arrivo in Azienda	Affari Istituzionali	2014	S/NO	SI	conferma	Alta	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.2 Segnalazioni dei cittadini	6.2.1 Classe prioritaria di segnalazione	Num. segnalazioni per classe prioritaria/ Num. segnalazioni complessive	Affari Istituzionali	2014	Tasso %	14,50%	miglioramento	Media	36
6 ORGANIZZAZIONE	6.3 Rilevazione della qualità percepita (customer)	6.3.1 Percentuale dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction	Num. degli item pari a 6 + n° item pari a 7 / Num. totale degli item	Affari Istituzionali	2014	Tasso %	85,60%	miglioramento	Media	36
6 ORGANIZZAZIONE	6.4 Strategie della comunicazione aziendale	6.4.1 Standard di comunicazione esterna	Num. accessi al sito anno corrente/ Num. accessi anno precedente	Affari Istituzionali	2014	Tasso %	23,50%	conferma	Media	24
6 ORGANIZZAZIONE	6.5 Gestione del rischio clinico	6.5.1 Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	Gestione del rischio	2014	Tasso %	89,02%	miglioramento	Alta	24
6 ORGANIZZAZIONE	6.6 Gestione del contenzioso	6.6.1 Frequenza normalizzata di richieste di risarcimento su giorni di degenza	Num. RR Area Clinica (Tot riparati, escluso PS) GG degenza Tot	Affari Legali	2014	Tasso %	1,36%	conferma	Media	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.7 Verbali e reports afferenti a Comitati con partecipazione aziendale	6.7.1 Evidenza oggettiva delle riunioni dei comitati aziendali	Num. relazioni annuali dei Comitati/ Num. comitati esistenti	Affari Istituzionali	2014	Tasso %	100,00%	conferma	Media	24

Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	Sorgente DATI	PERIODO DI RIFERIMENTO	U.M.	VALORE	OBIETTIVO	PRIORITA'	TEMPO (Num. mesi)
6 ORGANIZZAZIONE	6.8 Indicatori dei processi sanitari ed organizzativi dell'assistenza	6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	Num. PDTA implementati/ Num. di DRG scelti (almeno 1 criterio vedi razionale)	UO Qualità Aziendale	2014	Tasso %	100,00% conferma		Alta	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.9 Qualità della documentazione sanitaria	6.9.1 Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria	Valore delle cartelle non confermate (anche in invarianza DRG) al controllo NOC/ Valore delle cartelle campione controllo NOC	Accreditamento	2014	Tasso %	-3,59% miglioramento		Media	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.10 Qualità dei flussi informativi	6.10.1 Tempestività dei flussi informativi	% spedizioni in ritardo/ Tot spedizioni	Accreditamento	2014	Tasso %	100,00% conferma		Media	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.11 Monitoraggio liste d'attesa	6.11.1 Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	Direzione Sanitaria Aziendale/Referente liste d'attesa	2014	Tasso %	83,65% miglioramento		Alta	24
6 ORGANIZZAZIONE	6.12 Recupero delle comunicazioni dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.lgs 231/01	6.12.1 Indice di chiusura delle raccomandazioni / prescrizioni emesse dall'ODV con esito positivo	Num. di raccomandazioni-prescrizioni emesse dall'ODV e chiuse con esito positivo dall'Organizzazione nel tempo stabilito nel periodo di riferimento/ Totale delle raccomandazioni-prescrizioni emesse nel periodo di riferimento e da chiudere nei tempi stabiliti	Affari Legali	2014	Tasso %	100,00% conferma		Media	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.13 Adeguamenti del Codice Etico e del Modello Organizzativo	6.13.1 Aggiornamento del Codice Etico (o Codice Etico Comportamentale)	Il codice etico (o codice etico - comportamentale) è aggiornato rispetto ai reali previsti dal D.lgs. 231/01 (o Legge 190/2012 e DPR 62/2013) o cambiamenti organizzativi avvertiti impatto sul codice stesso?	Affari Legali	2014	S/NO	NO	miglioramento	Media	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.14 Prevenzione della corruzione e dell'illegalità e trasparenza	6.14.1 Indice di chiusura delle azioni previste nel PTPC Piano Triennale Prevenzione e Corruzione e PTTI Piano Triennale Trasparenza e Integrità	Num. di azioni riportate nel PTPC e PTTI chiuse nel periodo di riferimento considerato/ Num. totale azioni previste dal PTPC e PTTI nel periodo di riferimento considerato	Anticorruzione	2014	Tasso %	91,60% miglioramento		Alta	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.15 Tutela dei dati personali sensibili e genetici	6.15.1 Segnalazioni in merito a mancati adempimenti sulla privacy	Num. segnalazioni ricevute in merito al mancato rispetto del D.lgs 196/03	affari legali	2014	Numero	7 miglioramento		Media	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.16 Semplificazione e dematerializzazione	6.16.1 Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste	Affari Istituzionali	2014	Tasso %	100,00% conferma		Media	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.17 Qualità dei fornitori	6.17.1 Indice di corretta evasione dell'ordine-appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Num. delle corrette evasioni di ordini-appalti rispetto a quanto contrattualmente previsto/ Num. totale ordini-appalti evasi	Uo Approvvigionamento	2014	Tasso %	99,90% conferma		Media	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.18 Qualità dei servizi forniti in outsourcing	6.18.1 Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento/ Num. totale dei questionari compilati	Direzioni Mediche	2014	Tasso %	52,92% miglioramento		Alta	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.19 Esiti degli audit interni e di parte terza	6.19.1 Esiti degli audit interni e di parte terza	Num. audit effettuati/ Num. audit pianificati	UO Qualità Aziendale	2014	Tasso %	100,00% conferma		Media	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.20 Riesame obiettivi medio termine	6.20.1 Riesame obiettivi a medio termine	Num. valutazioni effettuate/ Num. valutazioni pianificate	Affari Istituzionali	2014	Tasso %	100,00% conferma		Media	12
6 ORGANIZZAZIONE	6.21 Sviluppo di processi secondo il metodo HTA	6.21.1 Età media delle alte tecnologie	Num anni Alte Tecnologie / num. Alte Tecnologie	S/C	2014	Tasso %	6,50% miglioramento		Media	36
			Num anni TC / num. TC presenti	S/C	2014	Tasso %	6,00%			

AP

Ambito	Report atteso	Indicatori	Formula	SIC	PERIODO DI RIFERIMENTO	U.M.	VALORE	OBBIETTIVO	PRIORITA'	TEMPO (Num. mesi)
			Num. anni RMN / num. RMN presenti	SIC	2014	Tasso %	8,00%			
			Num. anni LINAC / num. LINAC	SIC	2014	Tasso %	0,00%			
			Num. anni TC/PET / num. TC/PET presenti	SIC	2014	Tasso %	12,00%			
			Num. anni GCC / num. GCC presenti	SIC	2014	Tasso %	16,00%			
			Num. anni GTT presenti / num. GTT presenti	SIC	2014	Tasso %	7,00%			
7 AUTOVALUTAZIONE	7.1 Riesame delle autovalutazioni	7.1.1 Riesame delle autovalutazioni	Num. standard raggiunti per area/Num. standard valutati per area	UO Qualità Aziendale	2014	Tasso %	71,70% Miglioramento		Alta	12

*R*