



SPEDALI CIVILI – BRESCIA
Azienda Ospedaliera

ALLEGATO A a DELIBERAZIONE
N. 519 DEL 11/04/2013

RELAZIONE DELLE PERFORMANCE 2012

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

PARTE NON SCRITTA

RELAZIONE DELLE PERFORMANCE 2012

PREMESSA

La presente relazione è redatta a conclusione del ciclo di gestione della performance 2012, ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n.150, che prevede per le amministrazioni l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse assegnate nell'anno di riferimento.

Il documento viene redatto dal Servizio Valutazione e Controlli Interni, con la collaborazione delle Unità operative interessate alla rendicontazione degli obiettivi aziendali.

La relazione descrive i risultati raggiunti nel 2012 riguardo a tre livelli:

- **Performance organizzativa dell'Azienda** rispetto al raggiungimento degli obiettivi definiti con mandato del Direttore Generale e definiti annualmente dalla Regione Lombardia nelle Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale
- **Performance organizzativa delle Unità Operative** in cui è strutturata l'Azienda, rispetto agli obiettivi annuali di budget assegnati a seguito della negoziazione
- **Performance individuale** del personale dipendente dell'Azienda rispetto alla qualità della prestazione, al contributo individuale ed ai comportamenti messi in atto per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, secondo le procedure previste dal sistema di valutazione delle Performance aziendale

L'Azienda Ospedaliera e il contesto di riferimento

Informazioni sull'Azienda

L'Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia, costituita a seguito della d.c.r. 18/11/97 n. VI/742, dispone di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale che persegue i fini istituzionali di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività; la sua organizzazione ed il suo funzionamento sono disciplinati dal Piano di Organizzazione Aziendale nel rispetto dei principi e criteri delle disposizioni nazionali e regionali. Dal 1985 l'Azienda è sede di riferimento delle attività formative per medici, odontoiatri, operatori delle professioni sanitarie dell'Università degli Studi di Brescia che si svolgono nei reparti convenzionati in base alla convenzione in essere tra Regione Lombardia e Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università stessa.

All'Azienda, che ha sede legale in Brescia – Piazzale Spedali Civili n.1 fanno capo le seguenti strutture:

Presidio Ospedaliero Spedali Civili Brescia

Presidio Ospedaliero "Ospedale dei Bambini"- Brescia

Presidio Ospedaliero di Gardone Val Trompia

Presidio Ospedaliero di Montichiari

Poliambulatori territoriali

Dipartimento di Salute Mentale

nonchè le strutture che afferiscono a detti Presidi.

Mission aziendale

L'Azienda Spedali Civili si connota come struttura ad alta specializzazione a livello nazionale, impegnata ad erogare prestazioni sanitarie di base e ad alta complessità, appropriate e di efficacia scientificamente dimostrata attraverso l'integrazione tra attività didattica e di ricerca ponendo attenzione agli aspetti assistenziali e ai bisogni psicologici e sociali delle persone. La Mission Aziendale è costituita dalla vocazione dell'Azienda ad ascoltare e corrispondere ai bisogni di salute delle persone che si rivolgono alle proprie strutture, assicurando assistenza qualificata ad ogni livello di erogazione, valorizzando e ottimizzando le risorse disponibili.

L'Azienda Ospedaliera pone a fondamento del proprio agire i valori di :

Etica ed equità nell'ottica di orientamento al cliente in cui il cittadino rappresenta il punto di riferimento del processo produttivo aziendale

Qualità sia nelle modalità di erogazione delle prestazioni, sia nella valutazione dei risultati attraverso un miglioramento continuo

Trasparenza delle modalità di erogazione delle prestazioni delle concrete possibilità di accesso ai servizi, alla documentazione sanitaria ed amministrativa

Efficacia delle prestazioni, raggiunta attraverso lo sviluppo tecnologico, la ricerca, la formazione permanente degli operatori ed il coordinamento e l'integrazione col mondo della ricerca clinico-sanitaria

Efficienza dell'organizzazione, perseguita attraverso l'attivazione di percorsi e procedure che garantiscano l'uso ottimale delle risorse umane, tecniche ed economico- finanziarie

Continuità delle prestazioni e semplificazione dei percorsi di accesso ai servizi

Appropriatezza delle cure, che siano al tempo stesso pertinenti ed accettabili, rispetto alle persone e alle circostanze e valide dal punto di vista tecnico-scientifico

Partecipazione del cittadino come diritto a far valere le proprie opinioni ed esprimere giudizi sui servizi ricevuti, promuovendo forme di ascolto e monitoraggio della soddisfazione degli utenti e degli operatori.

L'Azienda è impegnata a garantire la crescita, lo sviluppo delle specialità di eccellenza in funzione delle risorse e dei bisogni della popolazione, con riguardo al criterio di qualità e appropriatezza delle cure, allo sviluppo e alla valorizzazione del patrimonio culturale e professionale del proprio personale, all'innovazione tecnologica e formativa a tutti i livelli, alla sicurezza dell'ambiente di lavoro.

Personale dipendente

Il fabbisogno di personale autorizzato dalla DGS Regione Lombardia ha previsto nel corso dell'ultimo triennio un andamento in crescita del personale dipendente dovuto all'apertura di nuove unità d'offerta, quali ad esempio la 3a Medicina Generale e la recente gestione della Sanità Penitenziaria per far fronte alle esigenze sempre maggiori di prevenzione e assistenza sanitaria ai detenuti. Si cercherà di darne attuazione, nei limiti consentiti dalle disponibilità di bilancio assegnate.

Maggiore attenzione all'impiego delle risorse umane riguarda il personale sanitario del comparto e della Dirigenza per il mantenimento dei LEA e, ai fini economici, dei livelli di produttività attesi, quale rapporto tra le risorse umane impiegate ed i volumi di produzione ottenuti, secondo il principio di contenimento e razionalizzazione dei costi.

L'Azienda ha completato, in applicazione dell'accordo regionale, la stabilizzazione del personale precario in servizio al 31/12/2009. Alla copertura dei posti vacanti mediante stabilizzazione è corrisposta la contestuale risoluzione dei contratti atipici sui medesimi posti.

La situazione del personale alla data del 31/12/2012 risulta la seguente:

	Valori	
RAGGRUPPAMENTI	Conteggio A TESTE	Conteggio A RAPPORTO
DIRIGENZA AMM.VA	16	16
DIRIGENZA MEDICA	898	891
DIRIGENZA PROF.LE	7	7
DIRIGENZA SANITARIA	77	75
DIRIGENZA TECNICA	2	2
ASA/OTA/OSS	1.165	1.069
PERSONALE INFERMIERISTICO	2.439	2.245
PERSONALE RIABILITAZIONE	160	148
PERSONALE TECNICO NON SANITARIO	441	419
PERSONALE TECNICO SANITARIO	456	424
PERSONALE VIGIL E ISPEZIONE	35	32
PERSONALE AMM.VO	437	397
Totale complessivo	6.133	5.723

Sviluppo risorse umane

Nel rispetto delle normative è stata rivolta particolare attenzione ad un governo equilibrato del costo del personale dipendente attraverso l'individuazione di indicatori numerici ed economici, confrontabili con standard regionali.

L'Azienda è impegnata nel completamento del Piano Assunzioni 2012, in particolar modo si è in attesa di disposizioni regionali per il conferimento degli incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa, ai sensi della recente L. 189/2012. Si è provveduto nel corso del 2012 ad alimentare il processo già in atto, di revisione regolamentare delle norme obsolete.

Particolare rilievo in un sistema rivolto allo sviluppo delle risorse umane riveste il sistema di valutazione aziendale che nel 2012 ha visto l'assegnazione degli obiettivi individuali contestualmente alla contrattazione del budget. Nel 2012 il Sistema aziendale è entrato a regime, è stata informatizzata l'area del personale amministrativo e sono state monitorate in corso d'anno le criticità.

Per quanto riguarda le Risorse aggiuntive regionali sono stati assegnati ed avviati i relativi progetti per il biennio 2012/2013 e si proseguirà monitorando le azioni.

Il ciclo di gestione della performance – anno 2012

Nel corso dell'anno 2011, con deliberazione n.316 l'Azienda ha costituito il nuovo Nucleo di Valutazione in ottemperanza del D.Lgs. 150/2009 e nel rispetto delle indicazioni regionali. La struttura Valutazione e Controlli Interni è stata individuata come Struttura tecnica di supporto.

Il ciclo della performance si è sviluppato attraverso i tre livelli secondo le seguenti fasi:

- Definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale su cui viene misurata la performance aziendale con atto n. 212 del 14/3/2012 "Individuazione degli obiettivi aziendali da perseguire nell'anno 2012 da parte dell'alta Direzione Strategica"
- Negoziazione degli obiettivi di budget durante gli incontri avvenuti dal 23/4/2013 al 5/6/2013 e assegnazione formale ai responsabili di strutture complesse ed SSVD
- Assegnazione formale degli obiettivi individuali alla dirigenza medica, sanitaria ed amministrativa attraverso il sistema operativo Report-Med, previo invio della metodologia relativa all'anno di riferimento



- Assegnazione degli obiettivi individuali a tutto il personale del comparto nel rispetto della metodologia inviata e diffusa attraverso la rete aziendale nel rispetto di quanto previsto dal sistema aziendale attraverso un colloquio formale tra valutatore e valutato
- Verifica intermedia per il monitoraggio della performance per area dirigenza e comparto effettuata entro il 30 settembre 2012
- Compilazione delle schede di valutazione finale delle performance individuali per personale di comparto e dirigenza effettuata nel corso del colloquio finale tra valutatore e valutato

Validazione delle risultanze da parte del Nucleo di Valutazione aziendale nella seduta del 6 maggio 2013.

Controllo di Gestione

Nella prima parte dell'anno contemporaneamente alle negoziazioni di budget sono stati attivati dei sistemi di monitoraggio e controllo della spesa sempre più puntuali. Attraverso il gestionale amministrativo ogni centro di responsabilità è stato messo nella possibilità di controllare quotidianamente il livello di spesa raggiunto confrontandolo con il budget assegnato.

La necessità di perseguire obiettivi di contenimento dei costi di produzione, garantendo da una parte l'equilibrio economico come obiettivo prioritario di sistema e dall'altra un mantenimento / miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, è stato ulteriormente accentuato dalla necessaria applicazione nel secondo semestre dell'anno delle disposizioni di legge in materia di spending review.

Il risultato a fine anno 2012 ha segnato rispetto al 2011 una riduzione nei costi di produzione relativi all'acquisto di beni di circa 5 mln di euro (da 170 mln a 165 mln di euro). Per una corretta lettura del dato bisogna considerare una diminuzione di 1,5 mln nell'acquisto di beni non sanitari (prodotti alimentari determinati da una differente modalità organizzativa) e un aumento di circa 3,9 mln di euro di farmaci erogati a pazienti non ricoverati, comunque riassorbiti nella spesa complessiva per le specialità medicinali.

Seguono dati di attività relativi all'anno 2011-2012 complessivi e disaggregati per Dipartimento:

TIPOLOGIA ATTIVITA'	INDICATORI	Anno produzione	
		2011	2012
Ricoveri in regime di degenza ordinaria	Numero dimessi	65.183	62.974
	Degenza media	7,44	7,51
	Peso medio	1,17	1,18
	Giornate degenza	485.189	472.916
	Valorizzazione con protesi	241.222.709	237.264.250
Day Hospital	Numero dimessi	18.475	9.962
	Accessi medi	2,74	1,47
	Peso medio	0,91	0,87
	N° accessi	50.679	14.673
	Valorizzazione con protesi	22.038.138	12.442.096
Pronto Soccorso	Accessi	155.588	145.572
	Ricoveri da PS	36.500	35.724
Prestazioni Ambulatoriali	Prestazioni Esterne	5.142.010	4.980.020
	Prestazioni Interne	5.315.388	5.188.221

Dipartimento/CdR	Prestazioni Ambulatoriali				Ricovero e Cura			
	Nr Prestazioni		Valore Prestazioni		Nr Dimessi		Valore Prestazioni	
	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2011	Anno 2012
Presidio Ospedaliero di Montichiari								
R_507-CdR -CENTRO FECONDAZIONE ASSISTITA P.O. MONTICHIARI	3.967	4.070	149.081	133.881	615	606	1.292.977	1.317.758
R_508-CdR -CHIRURGIA GENERALE (MONTICHIARI)	9.028	8.039	482.959	492.895	1.677	1.495	3.429.066	3.020.652
R_509-CdR -MEDICINA GENERALE (MONTICHIARI)	3.308	3.951	79.436	128.917	1.809	1.604	4.603.427	4.245.553
R_510-CdR -NEFROLOGIA (MONTICHIARI)	36.695	37.859	2.552.208	2.711.423	536	457	1.531.573	1.336.994
R_511-CdR -ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (MONTICHIARI)	14.568	13.604	857.174	900.866	681	691	2.106.839	2.020.116
R_512-CdR -OSTETRICIA E GINECOLOGIA (MONTICHIARI)	755	861	17.025	17.779				
R_516-CdR -PRONTO SOCCORSO (MONTICHIARI)	63.429	64.842	1.087.657	1.064.386				
R_520-CdR -CARDIOLOGIA:CENTRO DOLORE TORACICO ED ECOGRAFIA AVANZATA (MONTICHIARI)	6.391	6.864	248.263	252.575				
R_527-CdR -NEUROLOGIA (MONTICHIARI) E CENTRO RIFERIMENTO REGIONALE PER LA SCLEROSI MULTIPLA	6.580	7.310	113.715	366.165	396	2	272.836	3.938
R_501-CdR -DIREZIONE SANITARIA (MONTICHIARI)	34.925	34.268	688.078	688.027				
R_526-CdR -DAY HOSPITAL ONCOLOGICO	2.085	3.024	27.233	282.221	118	3	289.063	684
Presidio Ospedaliero di Montichiari	181.731	184.692	6.302.830	7.039.135	5.832	4.858	13.525.781	11.945.695
D_17-Dipartimento pediatrico								
R_204-CdR -CHIRURGIA PEDIATRICA	7.241	7.338	171.862	206.113	1.993	1.913	3.292.337	3.310.998
R_205-CdR -NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA (UONPIA)	68.228	63.385	1.295.469	2.421.153	846	472	1.822.205	1.522.053
R_206-CdR -ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	35.335	34.201	679.795	688.167	1.280	1.092	2.044.385	1.917.003
R_207-CdR -OTORINOLARINGOIATRIA PEDIATRICA	9.621	9.096	217.523	206.385	805	840	1.287.201	1.204.890
R_208-CdR -PEDIATRIA	24.881	27.752	384.275	567.388	1.761	999	2.300.742	2.083.005
R_209-CdR -ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA	78	69	2.194	1.941	43	43	420.295	799.863
R_210-CdR -PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	55.548	52.337	1.231.757	1.174.598				
R_213-CdR -AUDIOLOGIA E FONIATRIA PEDIATRICA	26.150	26.646	293.233	304.504				
R_214-CdR -CARDIOLOGIA PEDIATRICA E DELLE CARDIOPATIE CONGENITE	8.635	10.067	298.957	339.030				
R_215-CdR -ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA E TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO PEDIATRICO	14.944	10.424	159.876	261.812	712	456	4.304.895	3.547.520
R_217-CdR -NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (UMBERTO I)	5.264	3.522	129.099	90.702	4.457	3.884	9.361.472	8.049.220
R_219-CdR -CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE PEDIATRICA	3.431	3.487	88.452	87.733	781	721	861.922	948.634
D_17-Dipartimento pediatrico Totale	259.356	248.324	4.952.491	6.349.526	12.678	10.420	25.695.454	23.383.186
D_05-Dipartimento di chirurgia								
R_107-CdR -CHIRURGIA GENERALE 1	975	1.181	19.898	25.258	1.741	1.567	4.567.136	4.272.111
R_108-CdR -CHIRURGIA GENERALE 2	3.250	3.439	188.841	222.788	3.200	3.159	8.946.177	8.800.591
R_109-CdR -CHIRURGIA GENERALE 3	5.487	5.990	257.998	263.177	2.508	2.410	9.824.500	10.207.108
R_149-CdR -CHIRURGIA ENDOSCOPICA DIGESTIVA	4.671	5.156	458.141	519.993	397	315	620.603	509.340
D_05-Dipartimento di chirurgia Totale	14.383	15.766	924.878	1.031.215	7.846	7.451	23.958.416	23.789.150
D_13-Dipartimento di nefrologia e urologia								
R_133-CdR -UROLOGIA	14.446	14.521	477.994	499.627	4.735	4.614	8.070.008	7.673.498
R_134-CdR -NEFROLOGIA (SPEDALI CIVILI)	147.509	157.608	11.680.781	12.080.261	1.431	1.155	5.432.973	5.209.356
D_13-Dipartimento di nefrologia e urologia Totale	161.955	172.129	12.158.774	12.579.887	6.166	5.769	13.502.981	12.882.854
D_16-Dipartimento ostetrico - ginecologico								
R_169-CdR -CENTRO DI DIAGNOSI PRENATALE	13.769	12.744	888.691	820.654				
R_180-CdR -OSTETRICIA E GINECOLOGIA	46.963	48.287	1.640.105	1.961.515	8.845	8.171	16.550.077	15.943.924

(SPEDALI CIVILI) 01/01/2008								
D_16-Dipartimento ostetrico - ginecologico Totale	60.732	61.031	2.528.796	2.782.168	8.845	8.171	16.550.077	15.943.924
D_11-Dipartimento di oncologia medica								
R_113-CdR -EMATOLOGIA	13.674	22.479	216.918	2.164.705	2.572	1.021	12.354.481	10.456.267
R_141-CdR -ONCOLOGIA MEDICA	14.497	20.520	219.688	1.843.968	1.468	909	3.907.929	2.312.445
R_144-CdR -RADIOTERAPIA	51.583	41.776	5.555.800	7.623.060	497	373	2.058.044	1.852.461
R_176-CdR -TRAPIANTO MIDOLLO ADULTI	414	1.359	6.551	111.989	279	152	3.473.658	3.512.861
R_181-CdR -BRACHITERAPIA	1.597	2.074	243.950	314.200	78	65	275.160	272.675
R_304-CdR -CENTRO SENOLOGICO	34.657	35.708	1.316.484	1.318.902				
D_11-Dipartimento di oncologia medica Totale	116.422	123.916	7.559.391	13.376.824	4.894	2.520	22.069.272	18.406.709
D_09-Dipartimento di medicina								
R_114-CdR -DIABETOLOGIA	16.416	17.292	248.867	338.635	226		102.406	
R_115-CdR -REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA	123.389	119.734	2.509.509	2.619.328	267	23	195.527	22.059
R_121-CdR -MEDICINA GENERALE 3	196	326	6.069	7.384	1.330	1.490	4.269.611	4.560.736
R_139-CdR -DERMATOLOGIA	75.620	74.645	1.125.583	1.322.420	916	672	1.341.240	967.614
R_162-CdR -SERVIZIO RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (SPEDALI CIVILI)	80.836	85.374	746.050	808.041				
R_171-CdR -EPATOLOGIA	3.357	3.764	64.680	206.994	433	290	1.387.185	1.218.035
R_175-CdR -GASTROENTEROLOGIA	2.698	2.873	94.218	96.286	357	377	1.042.494	1.204.875
R_182-CdR -ALLERGOLOGIA	8.369	11.239	96.049	436.555	759		292.004	
R_195-CdR -DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	5.690	5.903	81.581	84.555				
R_196-CdR -ECOGRAFIA INTERNISTICA	901	921	61.446	62.074				
R_168-CdR -GERIATRIA	1.390	2.208	20.072	29.097	644	662	2.252.938	2.174.972
R_120-CdR -MEDICINA GENERALE 2	9.106	6.877	270.224	224.351	2.397	2.355	7.828.216	7.300.422
R_119-CdR -MEDICINA GENERALE 1	997	3.848	41.883	206.386	777	860	2.337.480	2.181.380
R_172-CdR -MEDICINA INTERNA - MALATTIE SISTEMICHE AUTOIMMUNI	573	945	9.563	95.597	308	208	684.027	667.400
D_09-Dipartimento di medicina Totale	329.538	335.949	5.375.795	6.537.703	8.414	6.937	21.733.128	20.297.493
D_02-Dipartimento Cardio Toracico								
R_105-CdR -CARDIOCHIRURGIA	176	187	3.756	3.798	464	444	7.825.145	7.939.992
R_106-CdR -CARDIOLOGIA	37.135	38.771	956.074	1.019.356	3.860	3.625	19.783.345	19.872.922
R_112-CdR -CHIRURGIA TORACICA	866	928	17.061	18.719	726	707	6.089.305	6.072.367
R_130-CdR -Ex U.D.A. CARDIOCHIRURGIA	81	59	1.611	2.384	341	342	5.139.761	4.895.959
R_131-CdR -EMODINAMICA	431	487	7.213	8.231				
R_137-CdR -ANESTESIA E RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA	3		317		34	32	1.124.385	974.789
R_142-CdR -PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	26.269	28.798	733.168	1.210.864	1.686	1.286	5.522.505	4.763.156
R_143-CdR -ENDOSCOPIA E LASERTERAPIA DELLAPPARATO RESPIRATORIO	517	620	90.168	103.826	228	239	1.270.479	1.273.994
R_161-CdR -POLICARDIOGRAFIA	11.585	12.509	491.131	528.642				
R_702-CdR -CARDIOLOGIA RIABILITATIVA GUSSAGO	5.861	6.234	194.814	219.858	669	711	2.651.422	2.586.051
D_02-Dipartimento Cardio Toracico Totale	82.924	88.593	2.495.312	3.115.678	8.008	7.386	49.406.347	48.379.230
D_12-Dipartimento di salute mentale								
R_401-CdR -UNITA OPERATIVA DI PSICHIATRIA 22 - BRESCIA	1.260	1.029	25.943	21.454				
R_402-CdR -UNITA OPERATIVA DI PSICHIATRIA 23 - MONTICHIARI	2.281	1.853	46.249	38.339				
R_403-CdR -UNITA OPERATIVA PSICHIATRICA 20 - GARDONE VT	511	1.015	11.388	21.338				
R_405-CdR -CENTRO DISTURBI COMPORTAMENTI ALIMENTARE (C.D.C.A.) RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	3.322	6.335	60.771	509.680	96	46	909.008	597.300
R_406-CdR -SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA MONTICHIARI	562	451	14.772	12.203	644	629	1.982.469	1.993.048
R_407-CdR -SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA - S.P.D.C. SPEDALI CIVILI	1.164	1.154	32.565	32.428	379	381	1.355.805	1.325.407
D_12-Dipartimento di salute mentale Totale	9.100	11.837	191.688	635.443	1.119	1.056	4.247.282	3.915.755

D_14-Dipartimento infettivi								
R_116-CdR -MALATTIE INFETTIVE 1	7.548	7.508	87.394	149.009	501	380	2.201.291	1.765.696
R_117-CdR -MALATTIE INFETTIVE 2	31.979	31.927	494.468	698.562	1.108	713	3.908.381	3.650.820
R_174-CdR -MALATTIE TROPICALI E DI IMPORTAZIONE	779	718	15.858	14.558	179	211	1.173.351	912.985
D_14-Dipartimento infettivi Totale	40.306	40.153	597.720	862.128	1.788	1.304	7.283.023	6.329.501
D_10-Dipartimento di Scienze Neurolog.e della Visione								
R_122-CdR -NEUROCHIRURGIA	1.651	2.237	41.931	53.825	1.634	1.547	11.731.147	11.226.794
R_126-CdR -OCULISTICA	11.701	11.907	160.334	163.116	1.079	910	1.567.184	1.361.613
R_159-CdR -NEUROFISIOPATOLOGIA	44.464	38.121	669.231	598.887				
R_177-CdR -NEUROLOGIA VASCOLARE	3.358	3.809	117.226	147.761	489	505	2.384.122	2.737.364
R_194-CdR -DAY SURGERY OFTALMOLOGICO	54.375	56.570	3.641.497	3.895.849	228	243	255.374	283.439
R_178-CdR -NEUROLOGIA	14.748	14.620	243.399	321.852	1.350	1.165	3.926.452	4.107.532
D_10-Dipartimento di Scienze Neurolog.e della Visione Totale	130.297	127.264	4.873.618	5.181.290	4.780	4.370	19.864.279	19.716.742
D_06-Dipartimento di diagnostica di laboratorio								
R_155-CdR -MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	182.406	167.079	5.428.706	5.142.543				
R_157-CdR -MEDICINA LEGALE	371	350	4.598	4.471				
R_158-CdR -SERVIZIO IMMUNO-TRASFUSIONALE	199.270	203.831	890.030	918.004				
R_301-CdR -CENTRI PRELIEVI - POLIAMBULATORIO VIA CORSICA	31.854	32.523	496.180	475.496				
R_517-CdR -LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE (MONTICHIARI)	347.014	332.659	1.283.473	1.264.720				
R_617-CdR -LABORATORIO ANALISI (GARDONE VT)	361.870	351.174	1.237.505	1.265.879				
R_154-CdR -LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE 3	337.448	298.985	4.282.486	4.030.281				
R_153-CdR -LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE (EX 1 E 2)	1.604.881	1.502.072	5.252.173	4.987.690				
R_151-CdR -ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA 1	53.161	62.360	1.496.174	1.807.791				
R_152-CdR -ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA 2	17.507	17.722	483.281	505.530				
R_197-CdR -MEDICINA DEL LAVORO,IGIENE, TOSSICOLOGIA E PREVENZIONE OCCUPAZIONALE	4.598	3.643	45.432	45.657				
R_211-CdR -MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA PEDIATRICA	16.966	17.140	274.725	282.865				
D_06-Dipartimento di diagnostica di laboratorio Totale	3.157.346	2.989.538	21.174.763	20.730.927				
D_07-Dipartimento di diagnostica per immagini								
R_140-CdR -MEDICINA NUCLEARE	24.164	24.479	3.581.811	4.050.950	441	498	1.745.272	1.944.012
R_190-CdR -RADIOLOGIA 1 -	46.060	49.445	3.416.994	3.757.075				
R_191-CdR -RADIOLOGIA 2	23.285	28.117	1.979.953	2.628.773				
R_192-CdR -DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - NEURORADIOLOGIA	9.668	10.572	2.011.227	2.144.123				
R_193-CdR -ATTIVITA COMUNI DI RADIOLOGIA	21.294	21.297	535.824	547.163				
R_212-CdR -RADIOLOGIA PEDIATRICA	20.253	18.808	627.872	588.213				
R_302-CdR -SERVIZIO RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - POLIAMBULATORIO VIA CORSICA	17.164	15.653	731.374	688.250				
R_518-CdR -RADIOLOGIA DIAGNOSTICA (MONTICHIARI)	37.134	39.336	1.310.686	1.446.282				
R_618-CdR -RADIOLOGIA DIAGNOSTICA (GARDONE VT)	47.596	47.225	2.319.048	2.397.786				
D_07-Dipartimento di diagnostica per immagini Totale	246.618	254.932	16.514.788	18.248.615	441	498	1.745.272	1.944.012
D_101-DIREZIONE SANITARIA POLIAMBULATORI TERRITORIALI								
R_300-CdR -PRESIDI POLIAMBULATORIALI TERRITORIALI	132.613	137.019	2.562.186	2.584.915				

D_101-DIREZIONE SANITARIA POLIAMBULATORI TERRITORIALI Totale	132.613	137.019	2.562.186	2.584.915				
D_03-Dipartimento cervico facciale								
R_110-CdR -CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	3.152	3.025	80.777	75.530	1.018	929	1.944.041	1.811.701
R_111-CdR -CHIRURGIA PLASTICA	20.737	19.774	453.920	488.797	1.159	921	2.487.591	2.231.678
R_132-CdR -OTORINOLARINGOIATRIA	28.703	28.454	589.127	581.348	2.022	2.092	5.835.743	5.955.661
R_148-CdR -PRONTO SOCCORSO ODONTOIATRICO	21.711	21.441	459.426	442.843				
R_160-CdR -ODONTOSTOMATOLOGIA	16.675	15.454	251.701	230.172				
D_03-Dipartimento cervico facciale Totale	90.978	88.148	1.834.951	1.818.690	4.199	3.942	10.267.375	9.999.040
D_15-Dipartimento osteoarticolare								
R_127-CdR -ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 1	12.729	11.815	684.727	638.703	1.415	1.440	5.189.368	5.436.046
R_128-CdR -ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2	12.286	12.398	664.121	734.387	1.469	1.494	4.462.494	4.224.931
D_15-Dipartimento osteoarticolare Totale	25.015	24.213	1.348.848	1.373.089	2.884	2.934	9.651.862	9.660.977
D_08-Dip. di emergenza accettazione								
R_138-CdR -PRONTO SOCCORSO E ACCETTAZIONE MEDICA (SPEDALI CIVILI)	132.479	128.108	2.352.636	2.283.515				
D_08-Dip. di emergenza accettazione	132.479	128.108	2.352.636	2.283.515				
Presidio Ospedaliero di Gardone VT								
R_607-CdR -CHIRURGIA GENERALE (GARDONE VT)	6.351	6.429	416.730	452.116	1.188	1.238	3.255.358	3.035.162
R_608-CdR -MEDICINA GENERALE (GARDONE VT)	4.706	5.828	94.270	320.511	1.614	1.453	4.237.485	3.830.901
R_610-CdR -ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (GARDONE VT)	13.090	13.860	831.257	946.825	794	809	2.648.871	2.581.199
R_613-CdR -ANESTESIA E RIANIMAZIONE (GARDONE VT)	75	54	1.830	1.405				
R_615-CdR -PRONTO SOCCORSO (GARDONE VT)	51.046	50.252	841.513	816.679				
R_621-CdR -CARDIOLOGIA (GARDONE VT)	10.611	10.690	424.369	441.562	797	796	3.033.642	3.088.541
R_611-CdR -OSTETRICIA E GINECOLOGIA (GARDONE VT)	9.773	6.785	434.547	293.116	1.129	458	1.811.995	506.584
R_601-CdR -DIREZIONE SANITARIA (GARDONE VT)	21.456	22.579	401.048	427.219				
R_624-CdR -REPARTO SUB ACUTI PRESIDIO DI GARDONE V.T.						293		998.670
Presidio Ospedaliero di Gardone VT	117.108	116.477	3.445.563	3.699.434	5.522	5.047	14.987.351	14.041.057
D_93-CDR non appartenenti a dipartimenti Spedali Civili								
R_183-CdR -DIREZIONE SANITARIA AMMINISTRATIVA PRESIDIO VIA PIETRO DAL MONTE (ex Area Stauffer)	111.610	98.970	323.669	287.013				
D_93-CDR non appartenenti a dipartimenti Spedali Civili Totale	111.610	98.970	323.669	287.013				
D_04-Dipartimento di Anestesia, Rianimazione e Medicina Periooperatoria								
R_135-CdR -ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1	1.040	1.144	22.255	22.727	104	105	1.847.608	1.518.147
R_136-CdR -ANESTESIA E RIANIMAZIONE 2	159	314	3.402	6.370	137	168	2.952.034	3.394.525
D_04-Dipartimento di Anestesia, Rianimazione e Medicina Periooperatoria Totale	1.199	1.458	25.657	29.097	241	273	4.799.642	4.912.672
Totale complessivo	5.401.710	5.248.517	97.544.355	110.546.294	83.657	72.936	259.287.542	245.547.997

1. Performance organizzativa dell'Azienda

L'andamento dell'anno 2012, evidenziato nel dettaglio dalla rendicontazione degli obiettivi aziendali allegata alla presente relazione ed inviata in Regione Lombardia con nota del 10 gennaio 2013, vede sempre più forte l'impegno della Direzione Strategica ad attivare meccanismi di governance atti ad applicare le regole di sistema regionale attraverso la contrattazione con l'ASL e le varie articolazioni aziendali, l'implementazione di percorsi sanitari appropriati, le attività di controllo e di verifica interna, il controllo e la razionalizzazione della spesa.

2. Performance organizzativa delle strutture aziendali

Gli obiettivi prioritari dell'Azienda, una volta recepiti, sono declinati attraverso l'assegnazione di obiettivi alle Unità Operative in cui è strutturata l'Azienda, attraverso lo strumento del budget che evidenzia per ogni unità le risorse assegnate ed i risultati attesi. L'Azienda si è da anni dotata del sistema informativo Report-Med, che gestisce il ciclo del controllo di gestione, consente di monitorare il budget, la produzione, i consumi in relazione alle risorse assegnate, gli obiettivi assegnati ai collaboratori ed il loro stato di avanzamento oltre che gli obiettivi relativi alle risorse aggiuntive regionali. Report-Med è oggi per la dirigenza un essenziale strumento di lavoro sul quale ruota la maggior parte della attività di gestione e controllo e si pone come il vero cruscotto direzionale. Nel periodo che va da 23 aprile al 5 giugno 2012 stati negoziati ed assegnati gli obiettivi riferiti alle diverse aree strategiche con riferimento allo sviluppo di piani e programmi, alla corretta gestione delle risorse, corretta gestione del patrimonio, al rispetto dei criteri di efficienza ed economicità, all'erogazione dei volumi di prestazioni richieste, all'appropriatezza, all'assolvimento del debito informativo.

Gli indicatori correlati ai diversi obiettivi vengono rilevati dai sistemi informativi aziendali e certificati nel corso dell'anno attraverso verifiche intermedie.

Si riportano per macro-obiettivi le attività svolte rispetto al Piano delle Performance del 2012.

Progetto CRS-SISS

Nell'anno 2012 l'Azienda ha reso disponibile un numero rilevante di referti digitali, oltre un milione, sul Fascicolo Sanitario Elettronico, nell'ottica della completezza e della valorizzazione del fascicolo a supporto dei processi di diagnosi e cura.

Sono state consolidate e portate a regime tutte le attività promosse dalle regole di sistema, come l'incremento della produzione di prescrizioni specialistiche e farmaceutiche in formato SISS effettuate da specialisti, nonché la registrazione con attenzione sempre maggiore, al momento dell'erogazione, del corretto valore del codice IUP.

Sono proseguite le attività di informazione verso i cittadini all'uso dei servizi offerti dal SISS e del Fascicolo Sanitario Elettronico per la consultazione dei referti on-line, con l'introduzione a partire dal mese di Luglio della Gestione dell'Accesso Semplificato ai Servizi (GASS).

Contemporaneamente l'Azienda si è impegnata per completare l'informatizzazione delle agende CUP e la loro esposizione al Call Center Regionale.

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

- Il completamento dell'integrazione tra CUP e sistema LIS (Laboratori)
- L'evoluzione dell'Infrastruttura di integrazione e del Repository aziendale, per il supporto dei nuovi metodi FSE e i referti strutturati di Laboratorio Analisi (HL7-CDA2)
- L'adeguamento ai nuovi metodi FSE di tutti i software dipartimentali che pubblicano referti sul Repository Aziendale e sul Fascicolo Sanitario Regionale
- L'attivazione del canale di pagamento ticket sanitari mediante Poste Italiane (scenario CRS-MALL)
- L'avvio del progetto Fleet Management (gestione delle postazioni di lavoro)

Sistema dei controlli e flussi informativi

Sono stati effettuati i controlli di qualità previsti da parte del gruppo NIC aziendale, con implementazione dell'attività di controllo sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e, soprattutto, per le prestazioni di laboratorio. Sono stati monitorati tutti i flussi indicati nel rispetto delle scadenze previste dalla Regione.

Accreditamento

Per quanto riguarda le attività di monitoraggio requisiti di accreditamento tutte le attività programmate sono state effettuate. Di seguito il dettaglio, per singolo Presidio Aziendale, di tutte le attività svolte nel corso del 2012 in materia di accreditamento istituzionale.

- **P.O. Gardone VT:**
 - Attivazione posti tecnici presso reparto per Sub acuti derivati da trasformazione di 15 posti letto della 2a Medicina e 5 posti letto della 3a Medicina;
 - Modifica assetto accreditato per l'UO Farmacia ospedaliera;
 - Verifica requisiti Pronto Soccorso per ristrutturazione;
- **Istituti penitenziari:**
 - Integrazione documentale relativa ai requisiti organizzativi per l'accREDITamento dei poliambulatori e della radiologia di Canton Mombello e di Verziano;
 - Variazione assetto accreditato da struttura ambulatoriale del P.O. Spedali Civili alla istituzione di due strutture Poliambulatoriali extraospedaliere afferenti all'A.O./Direzione Sanitaria Aziendale;
 - Integrazione istanza per l'adeguamento strutturale atto a garantire condizioni di sicurezza;
 - Sopralluogo con Ufficio Tecnico per progetto di ampliamento poliambulatorio di Verziano
- **Dipartimento di Salute Mentale**
 - Rientro della CPA a seguito della ristrutturazione stabile di via Bissolati;
 - Incontri preliminari al trasferimento del CDCA in una nuova struttura;
 - AccREDITamento CPM via Duca degli Abruzzi 8/T a fronte della chiusura di 4 posti di via Capriolo e 4 posti di via Livorno;
 - AccREDITamento 13 programmi di Residenzialità Leggera: UOP 20 n.4 posti; UOP 22 n.5 posti; UOP 23 n.4 posti
- **P.O. Spedali Civili**
 - Incontri preliminari per l'accREDITamento della Chirurgia Vascolare;
 - Incontri preliminari per la modifica dell'assetto accreditato della Medicina 1a / 2a / 3a;
 - Incontri preliminari per la modifica dell'assetto accreditato della Neurologia 1a e 2a;
 - Incontri preliminari per la modifica dell'assetto accreditato della Medicina di Laboratorio;
 - Integrazione documentale relativa ai requisiti organizzativi per l'accREDITamento delle MAC;
 - Verifica requisiti accREDITamento U.O. Libera Professione e integrazione documentale;
 - Verifica requisiti accREDITamento U.O. Poliambulatori e inserimento/aggiornamento procedure;
- **P.O. Ospedale dei Bambini**
 - Verifica del servizio PAC dell'ASL di Brescia dei requisiti di accREDITamento presso lo SMel 883 sezione specializzata Ematologia Emocoagulazione attività di laboratorio cellule staminali;
 - Interventi migliorativi e integrazione documentale relativa ai requisiti organizzativi per l'accREDITamento dello SMel 883 come richiesto dall'ASL;
 - Verifica dei locali messi a disposizione dal comune di Brescia per la gestione dei minori su Progetto del Tribunale dei Minori, Neuropsichiatria infantile, ASL.
 - Incontro preliminare per progetto di trasferimento poliambulatori pediatrici dell'ORL/Audio foniatría.

Inoltre le attività di AccREDITamento effettuate a livello Aziendale sono state:

- Monitoraggio requisiti tecnologici strumentali di cui alla DGR 898/2010;
- Monitoraggio posti letto ridotti nel periodo estivo su richiesta dell'ASL di Brescia;
- Invio delle Autocertificazioni quadrimestrali del possesso dei requisiti inerenti alla dotazione organica;
- Verifica locali ambulatoriali nei Poliambulatori di Via Corsica, Via Biseo, Via Nikolajewka e P.O. Civile per trasferire l'attività di Libera Professione;
- incontri preliminari per l'accREDITamento laboratorio ALL.

Appropriatezza ricovero e cura e prestazioni di specialistica ambulatoriale

E' stato sottoposto a controllo nel corso del 2012 quanto previsto con particolare attenzione alle aree critiche di potenziale inappropriatezza e alla definitiva implementazione del nuovo livello assistenziale MAC.

Interventi Edilizi

P.O. Spedali Civili di Brescia: Il Presidio è stato interessato dalla prosecuzione dei lavori di ristrutturazione ed adeguamento che vengono condotti mediante il sistema del Project Finance. In particolare si è dato corso all'ampliamento ed alla ristrutturazione del Padiglione "A" ed alla costruzione della nuova Piastra Satellite.

Si è provveduto, nell'ambito del Servizio di Emodinamica sito al 2° piano dell'avancorpo del Policlinico Satellite, ad allestire una nuova sala di diagnostica destinata ad accogliere un angiografo digitale cardiologico di ultima generazione.

E' stato ultimato l'intervento di costruzione del nuovo centro di ricerca A.I.L. che fungerà da istituto di ricerca interdipartimentale di biologia cellulare e radiobiologia applicato alla clinica del paziente onco-ematologico.

P.O. di Montichiari: Sono iniziati i lavori di ristrutturazione dell'intero piano 3° e dell'ala est del piano 1° da destinare a degenza. E' stata realizzata la nuova centrale telefonica. Si è provveduto alla sostituzione migliorativa, dal piano terra al piano 6°, dei componenti del sistema di rilevazione incendi.

P.O. di Gardone Val Trompia: E' stato riqualficato il laboratorio analisi. E' stato sostituito l'UPS (gruppo di continuità elettrica) a servizio del blocco operatorio.

Clinical Governance (Qualità, Rischio e Formazione)

L'A.O. Spedali Civili di Brescia ha da qualche anno definito Il modello organizzativo che assegna responsabilità e standard da presidiare relativamente alle dimensioni della qualità .

L'A.O. Spedali Civili di Brescia persegue il miglioramento continuo della propria organizzazione e di conseguenza degli outcome attraverso l'adozione dei principi della Clinical Governance.

L'obiettivo principale è quello di fare sistema integrando i vari strumenti esistenti in azienda e collegando i vari ambiti della qualità attraverso metodologie e linguaggi condivisi tra le funzioni di governo dei processi aziendali.

Attraverso gli strumenti della Clinical Governance l'Azienda ha accompagnato un sistema aziendale per la qualità e sicurezza tenendo conto delle tre dimensioni condivise dalla comunità scientifica ed istituzionale in ambito sanitario:

- 1) qualità organizzativa
- 2) qualità tecnico professionale
- 3) qualità percepita dall'utente

1) Qualità organizzativa

L'integrazione degli standard dell'Accreditamento Istituzionale (nelle componenti strutturale organizzativa, tecnologica) con gli Standard Joint Commission più orientati all'organizzazione, consentirà la costruzione di una griglia di riferimento di standard da applicare in una logica di approccio per processi secondo le tre categorie identificate dall'Azienda, processi strategico-direzionali, processi di diagnosi e cura, processi di supporto.

Si è provveduto ad una revisione con approfondimento relativamente ai Modelli Organizzativi afferenti al Codice Etico Comportamentale, con particolare attenzione ai Processi Direzionali e Trasversali.

I risultati delle varie tipologie di audit esterni (ASL, Joint Commission, audit di Parte Terza) ed interni (audit relative alle Norme UNI EN ISO 9000, audit relativi al Codice Etico, audit del Servizio Prevenzione e Protezione, Internal Auditing sui processi amministrativi) hanno costituito gli elementi in ingresso che hanno consentito alla Direzione Generale di valutare la "tenuta organizzativa" individuando le criticità e le successive azioni di miglioramento.

2) Qualità Tecnico-Professionale

L'innovazione e il cambiamento nella pratica clinica sono stati sostenuti mediante la revisione e/o la definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) basandosi sulle migliori Linee Guida Nazionali e Internazionali contestualizzate alle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative dell'Azienda.

La costruzione dei PDTA deve anche, ove possibile, essere gestita attraverso la metodologia dell'Health Technology Assessment per una scelta che soddisfi criteri di efficacia, eticità, equità e sostenibilità economica.

3) Qualità percepita

L'A.O. Spedali Civili di Brescia individua nei questionari di customer satisfaction un modo di ascolto degli utenti (degenti ed ambulatoriali, adulti e bambini) che aiuta a conoscere e comprendere sempre meglio i bisogni dei destinatari; gli item valutati sono raggruppati in 4 aree di interesse, organizzazione, informazione, cura e comfort alberghiero.

Gli elementi derivanti dalla elaborazione dei questionari sono elementi in ingresso per attivare processi di miglioramento e consentono di superare l'autoreferenzialità dei singoli soggetti facilitando il confronto. Reclami, attivazione e risultati della Mediazione Trasformativa costituiscono un'altra preziosa fonte per la gestione di criticità non trattenute dalle barriere organizzative.

Gli indicatori provenienti dalla Regione Lombardia (indicatori di performance, Indicatori derivanti dalla Mappatura dei Sinistri, ecc.), quelli presenti sui siti nazionali ed internazionali e quelli interni scelti dall'Azienda costituiscono il riferimento irrinunciabile per un benchmarking al fine di un miglioramento continuo attraverso attività di miglioramento mirate.

Attraverso le indicazioni emerse dagli audit interni nel corso del 2012 il Management Aziendale ha evidenziato i punti critici e attraverso criteri di priorità è stato definito un Piano di Interventi per l'anno 2013.

Per quanto riguarda la Formazione, nei mesi di ottobre e novembre di ogni anno viene raccolto in modo sistematico e capillare il fabbisogno formativo al fine di produrre il Piano Formazione Aziendale (PFA) per l'anno successivo.

Rispetto agli anni precedenti negli ultimi 2 anni l'Azienda ha dato indicazioni molto stringenti sui contenuti delle richieste formative che, per essere accettate ed inserite nel Piano Formazione Aziendale, devono essere necessariamente allineate (fatto salvo quelle a carattere formativo tecnico-professionale) agli elementi di riferimento che l'Azienda ha fatto propri.

E' stata privilegiata anche la formazione sul campo, essendo al contempo teorica e pratica con la presenza di tutor esperti.

Progetto per l'accreditamento Joint Commission International del Presidio Ospedale dei Bambini

L'Ospedale dei Bambini di Brescia ha ottenuto l'accreditamento JCI a conclusione della Survey di accreditamento (4-7 ottobre 2011) e della successiva Focus Survey (9-10 febbraio 2012), che hanno stabilito il pieno rispetto dei requisiti richiesti (standard ed elementi misurabili) con esito finale favorevole.

Il progetto è stato fortemente voluto dalla Direzione Aziendale, avviato nel 2009, nella prospettiva di conferire sistematicità e maggior efficacia alle numerose iniziative di miglioramento della qualità dell'assistenza avviate presso l'Ospedale dei Bambini e adottare ed esplicitare una strategia organizzativo-gestionale costantemente riferita alla clinical governance come avviene nei principali ospedali pediatrici italiani (IRCCS Gaslini di Genova e Bambino Gesù di Roma), co-associati dell'Azienda Spedali Civili nell'Associazione degli Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI), che riunisce gli ospedali pediatrici di eccellenza italiani.

La Direzione del Presidio Pediatrico ha coordinato e gestito il progetto e predisposto il piano operativo, articolato nelle fasi di formazione, mappatura/rilevazione delle criticità attraverso visite e simulazioni in reparto, attività specifica su aree prioritarie, predisposizione di politiche e procedure, audit di verifica .

L'ospedale, nell'ambito del processo di accreditamento, ha ridefinito complessivamente e reso omogenea la documentazione sanitaria delle attività di ricovero e ambulatoriali.

Di particolare interesse lo sviluppo che l'Ospedale dei Bambini ha dato, come richiesto dagli standard JCI, al tema della valutazione professionale individuale continua del personale medico, in funzione dell'attribuzione e della successiva periodica conferma dei cosiddetti "clinical privileges", che rappresentano l'insieme delle competenze cliniche e delle funzioni in carico a ciascun medico.

Sub- acuti

La struttura per subacuti ha accolto nel 2012 n. 296 pazienti, pari al 72% dei complessivi proposti per l'arruolamento. La media annua del tasso di occupazione è stata del 84,2% con un range tra l'80 e il 94%. La provenienza dei pazienti è principalmente dalle UUOO di Medicina. Dopo i primi mesi di avvio l'accesso alla struttura è stato aperto anche ad altre specialità, che hanno contribuito per il 17% alla composizione dei pazienti ricoverati.

L'offerta assistenziale ha avuto una particolare attenzione al recupero/mantenimento dell'autonomia del paziente attraverso un approccio geriatrico alle cure, educazione del paziente e della famiglia, assistenza nei cambi posturali, alla deambulazione e a tutte le attività di vita quotidiane.

Assistenza Ospedaliera per intensità di cura

Sono state attuate nel 2012 le sperimentazioni finalizzate allo sviluppo della rete dei servizi e di trasformazione in ospedale per acuti. Il progetto pilota *PRIMARY NURSING*, organizzato presso il PO di Montichiari, è stato attuato dividendo il reparto in diversi moduli. Gli indicatori di performance sono migliorati, in particolare si registrano riduzione degli errori di somministrazione delle terapie, aumento della possibilità di dimissione protetta, diminuzione di conflittualità all'interno della Unità Operativa. La sperimentazione di tale progetto può essere propedeutica all'applicazione di un modello di cure per intensità e complessità clinico-assistenziale.

Donazioni e Trapianti

E' stato mantenuto il numero dei donatori segnalati nell' anno precedente sia per quanto riguarda i donatori di cornee che i donatori di tessuti ossei. E' stato assolto il debito informativo attraverso il programma Donor Action/Donor Manager ed è stata realizzata, attraverso eventi effettuati in più edizioni, momenti formativi e azioni di sensibilizzazione, la campagna tesa al rafforzamento della donazione.

Dimissioni protette- Reti di patologia – Percorsi diagnostici terapeutici-Sviluppo Cronic care model

Il Piano performance 2012 prevedeva progettualità nei seguenti capitoli:

- piano oncologico: trasmissione del documento di Analisi e Indirizzo Annuale del DIPO

- sviluppo reti di patologia: rete Telestroke
- percorsi di accoglienza per persone fragili
- dimissioni protette

Proseguono i progetti (di cui alla contrattazione con l'ASL e progettualità interne all'azienda) per ridurre al minimo la degenza "inappropriata" derivante da una ritardata dimissione di pazienti "protetti" e quindi ridurre il tasso di ospedalizzazione di pazienti anziani o fragili. Sono stati avviati percorsi specifici e privilegiati in tutti i presidi, nelle strutture di Pronto soccorso per la facilitazione dell'accesso e si è strutturato un percorso per pazienti pediatrici con bisogni assistenziali complessi, in accordo con i pediatri di base. I percorsi consolidati sono stati capillarmente diffusi attraverso la rete aziendale.

Si è proseguito inoltre nell'implementazione e diffusione di PDT, concordemente con l'ASL e nella partecipazione alle reti di patologia. In particolare i clinici aziendali hanno partecipato a tutte le riunioni delle Commissioni della Rete Ematologica Lombarda, agli eventi formativi, ai protocolli sia diagnostici che clinici. Per quanto riguarda il progetto RE.NE, di cui l'Azienda è ente attuatore della sperimentazione, è continuata la collaborazione con la Rete Nefrologica Lombarda. L'Azienda è in linea con l'inserimento dei dati nel Registro di Dialisi e Trapianto.

Per quanto attiene alla Commissione oncologica regionale /ROL e all'attività dell'Azienda nella funzione di Dipo (Dipartimento Interospedaliero Provinciale Oncologico) sono stati condivisi i PDTA con i clinici e le Direzioni Sanitarie delle Aziende partecipanti al DIPO. Si è proceduto alla refertazione con sistema informativo dedicato secondo le indicazioni regionali e sono state utilizzate tutte le linee guida ROL per l'applicazione clinica dei controlli e la gestione del paziente. Molta importanza è stata data al percorso di umanizzazione dell'assistenza al paziente oncologico attraverso il potenziamento del sito web con l'attivazione di sezioni dedicate al cittadino, ai Medici di Medicina Generale e agli specialisti.

Si sono concluse diverse edizioni di corsi per la formazione degli operatori coinvolti nel progetto per la gestione della malattia cronica per diffondere un modello di cura e di gestione delle malattie croniche attraverso l'educazione terapeutica della persona con cronicità.

La necessità di avere modelli assistenziali innovativi nella gestione ospedaliera dei malati cronici è in sintonia con le linee di indirizzo della Regione, che ha recepito la cronicità come un problema maggiore di sostenibilità e l'empowerment del paziente cronico come una risorsa per migliorare la qualità della vita, l'efficacia delle cure e contenere i costi della malattia.

Per il conseguimento di quanto sopra è stato costituito un gruppo aziendale di regia con obiettivo, tra gli altri, di misurazione di tali benefici anche in termini economici.

Il gruppo di lavoro ha presentato progetti e garantito operatività. Il gruppo di progetto ha identificato come riferimenti culturali il Chronic Care Model e l'Educazione Terapeutica (OMS 1998), coniugando gli aspetti gestionali con quelli di empowerment della persona affetta da malattia cronica: l'originalità, il valore aggiunto del progetto è l'empowerment della persona, cioè un malato cronico in grado di gestire correttamente la terapia ed il processo di cura dall'ospedale verso il territorio.

Nel periodo Giugno 2012- Giugno 2013 il gruppo si è riunito in incontri, per verificare la possibile continuazione del progetto su tre filoni:

1. formazione del personale sanitario dell'Azienda all'educazione terapeutica
2. sostegno ad alcuni progetti stilati dalle U.O. a seguito dei corsi precedenti
3. organizzazione di un evento culturale sul tema della cronicità

Il gruppo ha ravvisato l'opportunità di proseguire con la formazione di nuove equipe attraverso un percorso formativo che comprenda sia l'ambito dell'educazione terapeutica sia quello operativo/gestionale, aggiungendo un percorso di approfondimento su temi gestionali. Per tale attività si è provveduto



all'inserimento nel piano formativo 2013. La strutturazione ed i contenuti del corso operativo/gestionale andranno ulteriormente pianificati con il coinvolgimento di figure non solo cliniche.

Il gruppo ha ritenuto opportuno allargare la richiesta di progetti sulla cronicità anche alle UU.OO. che non hanno partecipato ai corsi CCM. A tale scopo è stata inviata ai direttori delle diverse U.O. una lettera, a firma del Direttore Generale, di richiesta delle iniziative di gestione del paziente cronico in corso. Sono pervenute 38 schede di segnalazione di attività nel campo della cronicità da parte dei vari Direttori delle UU.OO. raccolte presso la segreteria.

L'AO è riconosciuta già dall'utenza quale polo di eccellenza delle specialità patologie rare (prevalentemente pediatriche) sia in termini di diagnostica che in termini di gestione clinica e terapeutica.

Telemedicina

Il 18 ottobre è stato approvato definitivamente il protocollo del progetto Telestroke , modello di integrazione a rete dei presidi aziendali ed interaziendali, che prevede la presa in carico completa del paziente in tutte le fasi acute della malattia neurologica.

Il modello clinico adottato è l' hub and spoke, che prevede l'esistenza di centri principali e centri periferici che attraverso reti organizzative garantiscano tutta l'assistenza necessaria. I punti di forza del modello sono il collegamento telematico tra le varie strutture, la condivisione di percorsi diagnostici terapeutici, l'integrazione tra le strutture ospedaliere non dotate di stroke-unit e la possibilità del teleconsulto per la gestione dell'ictus. L'applicazione del modello porterà risultati in termini di qualità terapeutica, economica, organizzativa e di soddisfazione del paziente.

Politica dei farmaci

Le iniziative svolte hanno conseguito gli obiettivi inseriti nelle Regole 2012 della Regione Lombardia.

Per quanto riguarda il File F, nell'ambito del gruppo multidisciplinare che coinvolge Farmacia, Direzione Sanitaria Aziendale ed Accreditamento, sono state eseguite tutte le verifiche/autoverifiche stabilite dalla ASL nel corso del 2012, sviluppando percorsi interni sempre più appropriati e puntuali e diffondendo l'informazione in tema. Analogamente a tutte le altre Aziende Ospedaliere non si è potuto procedere a simili verifiche nel 2013, anche relativamente all'ultimo periodo del 2012, perché, come stabilito nell'incontro regionale del 18/01/2013, i controlli sono stati procrastinati sino a quando i dati saranno nuovamente accessibili, peraltro la piattaforma informatica dei registri AIFA è tuttora non funzionante.

In collaborazione con l'ASL di Brescia si sono promossi, mediante incontri con i prescrittori e con la diffusione tempestiva di tutte evidenze rilevanti in tema, sia cliniche, che farmacoeconomiche, l'uso e la prescrizione dei biosimilari. Si è ottenuta così una riduzione del costo delle terapie dei farmaci biotecnologici a brevetto scaduto, sia a livello territoriale, che ospedaliero, nel cui ambito tutti i biosimilari in commercio sono stati resi disponibili.

La Farmacia ha ulteriormente sviluppato nel 2012 il progetto di farmacovigilanza attiva Farmamico già approvato e finanziato in sede regionale, insieme con l'ASL di Brescia ed altre strutture ospedaliere della Regione, approfondendo anche le problematiche correlate ai nuovi farmaci anticoagulanti orali.

E' stata posta particolare attenzione all'uso di tutti i farmaci ad alto costo, in particolare a quelli per l'HCV recentemente autorizzati ed agli antimicotici per le infezioni fungine invasive, condividendo con i clinici di riferimento, le valutazioni di costo/beneficio e rischio/beneficio.

Procede l'operato della Commissione per il Buon Uso dei Farmaci che, oltre ad avere introdotto e diffuso in azienda una diversa cultura nei confronti del Farmaco, ha concretamente impattato sul trend della relativa spesa.

Sanità penitenziaria

Gli Istituti Penitenziari hanno iniziato il processo di riorganizzazione delle attività sanitarie nel 2008 a seguito del trasferimento delle suddette funzioni dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute ed è continuato nel 2012 attraverso un lavoro di allineamento e adeguamento di modelli organizzativi molto diversi tra loro ma che devono integrarsi e omogeneizzarsi.

Infatti alcune aree/processi soggette ad interventi migliorativi hanno avuto come scopo l'ottimizzazione dell'organizzazione e del sistema informativo:

- la gestione della documentazione e delle registrazioni quali strumenti di lavoro: procedure, istruzioni operative, moduli di registrazione attività;
- la gestione del personale e l'attribuzione delle competenze;
- la gestione dei locali, impianti e apparecchiature attraverso un sistema di monitoraggio e controllo con i servizi aziendali;
- l'organizzazione dei trasporti biologici, farmaceutici, economici ecc. sui due istituti;
- i rapporti tra Istituti Penitenziari e A.O. attraverso il percorso del ricovero in ospedale nei letti dedicati presso l'UO 2^a Chirurgia;
- la prevenzione delle malattie infettive attraverso attività di controllo, monitoraggio e vaccinazioni;
- la scheda di terapia inclusiva del rifiuto della terapia da parte del detenuto;
- il sistema di monitoraggio dei pazienti con patologie croniche;
- la giustizia minorile, attraverso un Protocollo d'intesa con A.S.L., il Comune di Brescia, circuito penale di Brescia collegato al Tribunale dei Minorenni di Brescia, U.O.N.P.I.A. che istituirà nel marzo del 2012 un centro di 1^a accoglienza competente per la Lombardia orientale che impone una partecipazione con medici e infermieri reclutabili tra il personale degli Istituti Penitenziari per gli interventi di competenza sanitaria;
- la realizzazione di una procedura per la "continuità assistenziale" degli ospiti all'atto della cessazione del periodo di reclusione (Progetto psichiatria e ASL).

Investimenti

L'Azienda Ospedaliera ha predisposto il Piano Annuale degli investimenti per l'anno 2012, in coerenza con la programmazione sanitaria nazionale e regionale e con il Programma triennale dei Lavori Pubblici di cui al D.Lgs. n. 163/2006. Il Piano è riferito a interventi di edilizia sanitaria, agli acquisti di apparecchiature, attrezzature sanitarie, mobili ed arredi acquistati con progetti specifici non ricollegabili a progetti di tipo sanitario, nonché all'acquisto di software ed hardware in ambito sanitario ed amministrativo.

Anche per il 2012 il Piano degli Investimenti adottato con Delibera n. 90 del 3.2.2012 viene finanziato attraverso autofinanziamento entro i limiti massimi del 1,5% dei ricavi stabiliti dalla D.G.R. n. IX/2633/2011 e dalla circolare della Regione Lombardia prot. n. 0042608 del 30.12.2010 e con contributi provenienti da Enti Pubblici e da Privati.

Al fine del mantenimento dell'equilibrio complessivo del sistema si è cercato di trovare copertura all'interno dell'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda e si è data priorità agli interventi di messa a norma e sicurezza.

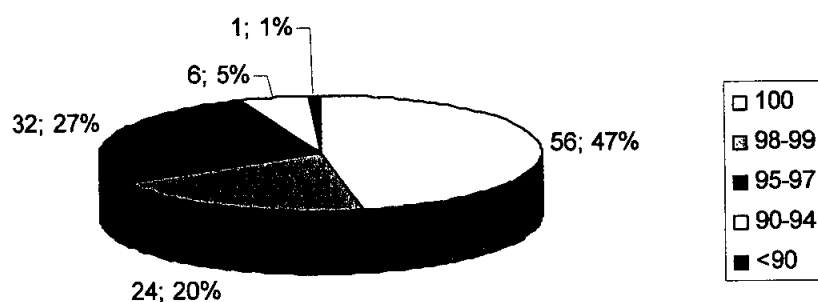
Si sintetizzano, a consuntivo, gli investimenti realizzati nel corso dell'esercizio 2012 suddivisi per fonte di finanziamento. Si precisa che, in sede di redazione del Bilancio d'Esercizio 2012, con decreto DGS n. 4646 del 31.5.2013, l'Azienda ha ottenuto, in applicazione delle disposizioni previste dal Decreto Legislativo 118/2011 il riconoscimento di un contributo regionale di Euro 7.135.000. a parziale copertura degli investimenti autofinanziati per complessivi Euro 12.711.0000.

	Contributo Regionale	Contributo da privati e Donazioni	Autofinanziamento
I – IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI			
1) costi di impianto e di ampliamento			
2) costi di ricerca, sviluppo			
3) diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere dell'ingegno			
4) Immobilizzazioni immateriali in corso e acconti			39
5) Altre immobilizzazioni immateriali	173	12	875
II - IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI			
1) terreni			
2) fabbricati			
2a) fabbricati disponibili			700
2b) fabbricati indisponibili		11	1.483
3) impianti e macchinari	2	21	5.872
4) attrezzature sanitarie e scientifiche	879	773	2.908
5) mobili e arredi	38	39	325
6) automezzi		27	1
7) altri beni	109	41	291
8) immobilizzazioni in corso di esecuzione ed acconti	2.350	650	217
Totale	3.551	1.574	12.711

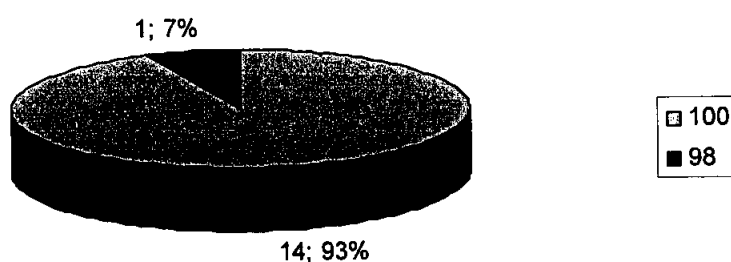
A chiusura dell'esercizio la **performance organizzativa** è stata misurata attraverso la verifica del raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati. I risultati della misurazione sono stati certificati dal Nucleo di Valutazione aziendale nella seduta del 6 maggio 2013.

Vengono di seguito riportati i risultati della performance organizzativa della dirigenza medica, sanitaria e amministrativa delle diverse strutture aziendali

ANNO 2012 PROSPETTO STATISTICO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DIRIGENTI MEDICI E SANITARI STRUTTURA COMPLESSA



ANNO 2012 PROSPETTO STATISTICO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DIRIGENTI AMMINISTRATIVI E TECNICI DI STRUTTURA COMPLESSA



GLI OBIETTIVI RAR 2012

Tra gli obiettivi aziendali del 2012 rientravano anche quelli assegnati dalla Regione Lombardia e collegati alle risorse aggiuntive regionali per il biennio 2011-2012. L'Azienda, nel rispetto dei macro-obiettivi regionali, ha declinato i propri obiettivi per Dirigenza e Comparto e su questi sono stati attuati i progetti, monitorati periodicamente secondo le indicazioni regionali.

Le risultanze sono state validate (certificazioni / relazioni agli atti) dai settori aziendali chiamati a verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati, secondo i rispettivi ambiti di afferenza alle tematiche richiamate dai macro obiettivi dell'Intesa Regione - OO.SS.

MACRO OBIETTIVI	CERTIFICATORI
1 Flessibilità organizzativa: Implementazione criteri accesso alle cure sub-acuti	Servizio Accreditamento
2 Promozione della qualità - Miglioramento della qualità/completezza della documentazione sanitaria della cartella clinica - Implementazione degli standard previsti dal progetto regionale JCI	Servizio Accreditamento Direzione Dipartimento Pediatrico

	Ufficio Qualità e UGR aziendali
3 Miglioramento dell'accessibilità e accoglienza Semplificazione accesso ai servizi tramite aggiornamento costante e inserimento modulistica, documenti e regolamenti nella intranet aziendale	Servizio Affari Istituz. e Supporto alla Direzione Strategica (per amministrativi)

Il Nucleo di Valutazione ha riscontrato la piena corrispondenza tra indicatori di risultato e obiettivi raggiunti prendendo atto, per alcune Unità Operative, del parziale raggiungimento.

Anche per il Comparto i progetti risultano raggiunti secondo le attese. Le risultanze sono state validate dai settori aziendali chiamati a verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati, secondo i rispettivi ambiti di afferenza alle tematiche richiamate dai macro obiettivi dell'Intesa Regione - OO.SS.

MACRO OBIETTIVI	CERTIFICATORI
1 Flessibilità organizzativa	SITRA e SITR dei Presidi Ospedalieri; Servizio Accreditamento
2 Promozione della qualità	Ufficio Qualità e UGR aziendali;
3 Miglioramento dell'accessibilità e accoglienza	Servizio Affari Istituz. e Supporto alla Direzione Strategica (per amministrativi); Servizio Accreditamento (per Dirigenza)
4 Riduzione tasso infortuni sul lavoro	Servizio Prevenzione e Protezione

3. Performance individuale

Il ciclo della performance si conclude con la valutazione individuale del personale, appartenente alla Dirigenza ed al Comparto, effettuato sulla base del sistema di valutazione aziendale, corredato annualmente dalla metodologia che illustra le modalità del sistema ed il crono programma annuale. Il sistema Aziendale è parzialmente informatizzato e supportato dal sistema Report-Med nel quale è prevista una apposita area. La Valutazione della Dirigenza e del Comparto tiene conto del raggiungimento degli obiettivi assegnati e dei comportamenti messi in atto per il raggiungimento stesso e previsti da alcuni items diversificati per categoria di appartenenza, dando rilevanza al livello quali-quantitativo di partecipazione al raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza. Alla valutazione individuale è collegata la retribuzione accessoria di cui al Fondo di risultato della dirigenza e al Fondo per la produttività collettiva del comparto.

Nei grafici e tabelle seguenti sono riportate le risultanze sintetiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi individuali, dai quali si evidenzia come ogni anno la valutazione delle performance individuali si differenzi nelle percentuali di risultato. Calano le eccellenze e ci si sta posizionando su valori più bassi. Si evince inoltre una maggiore consapevolezza dei valutatori in riferimento all'assegnazione degli obiettivi e soprattutto dei relativi indicatori che appaiono più sfidanti e misurabili. Per il Comparto, si è proceduto, per la prima volta al recupero degli acconti erogati a coloro che non hanno raggiunto l'obiettivo prefissato.

VALUTAZIONE PERSONALE DEL COMPARTO SANITARIO ANNO 2012

CATEGORIA A (Ausiliario Spec.)		
VALUTATI 728	FASCIA < 50	7
	FASCIA 51 - 69	35
	FASCIA 70 - 79	138
	FASCIA 80 - 94	474
	FASCIA 95 - 100	74

PARZIALI TOTALI	
FASCIA < 50	20
FASCIA 51 - 69	129
FASCIA 70 - 79	539
FASCIA 80 - 94	2902
FASCIA 95 - 100	538
TOTALE	4128

CATEGORIA B (Operatore Tec addetto assistenza)		
VALUTATI 116	FASCIA < 50	1
	FASCIA 51 - 69	3
	FASCIA 70 - 79	30
	FASCIA 80 - 94	72
	FASCIA 95 - 100	10

CATEGORIA BS (Operatore Socio Sanitario - Puericultrice)		
VALUTATI 328	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	13
	FASCIA 70 - 79	43
	FASCIA 80 - 94	222
	FASCIA 95 - 100	50

CATEGORIA C (Infermiere Generico, Puericultrice)		
VALUTATI 35	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	1
	FASCIA 70 - 79	3
	FASCIA 80 - 94	28
	FASCIA 95 - 100	3

CATEGORIA D (Personale infermieristico, tecnico-)		
VALUTATI 2732	FASCIA < 50	12
	FASCIA 51 - 69	75
	FASCIA 70 - 79	315
	FASCIA 80 - 94	1963
	FASCIA 95 - 100	367

CATEGORIA DS (Collaboratore Sanitario Esp.)		
VALUTATI 189	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	2
	FASCIA 70 - 79	10
	FASCIA 80 - 94	143
	FASCIA 95 - 100	34

VALUTAZIONE PERSONALE DEL COMPARTO AMMINISTRATIVO ANNO 2012

CATEGORIA A (Commesso)		
VALUTATI 12	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	0
	FASCIA 70 - 79	2
	FASCIA 80 - 94	9
	FASCIA 95 - 100	1

PARZIALI TOTALI	
FASCIA < 50	2
FASCIA 51 - 69	12
FASCIA 70 - 79	31
FASCIA 80 - 94	629
FASCIA 95 - 100	206
TOTALE	880

CATEGORIA B (Coadiutore Amm.vo - Operatore Tecnico)		
VALUTATI 176	FASCIA < 50	2
	FASCIA 51 - 69	5
	FASCIA 70 - 79	9
	FASCIA 80 - 94	137
	FASCIA 95 - 100	23

CATEGORIA BS (Coadiutore Amm.vo Esperto - Operatore Tecnico Spec.)		
VALUTATI 281	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	6
	FASCIA 70 - 79	16
	FASCIA 80 - 94	231
	FASCIA 95 - 100	28

CATEGORIA C (Assistente Amm.vo - Assistente Tecnico)		
VALUTATI 282	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	1
	FASCIA 70 - 79	4
	FASCIA 80 - 94	197
	FASCIA 95 - 100	80

CATEGORIA D (Collaboratore Amm.vo - Collaboratore Tecnico)		
VALUTATI 93	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	0
	FASCIA 70 - 79	0
	FASCIA 80 - 94	39
	FASCIA 95 - 100	54

CATEGORIA DS (Collaboratore Amm.vo Esp. - Collaboratore Tecnico Esp.)		
VALUTATI 36	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	0
	FASCIA 70 - 79	0
	FASCIA 80 - 94	16
	FASCIA 95 - 100	20

lp

VALUTAZIONE PERSONALE DELLA DIRIGENZA ANNO 2012

DIRIGENZA MEDICA, SANITARIA, ECC.		
VALUTATI 971		
	PUNTEGGIO INFERIORE A 90	64
	PUNTEGGIO TRA 90 E 99	693
	PUNTEGGIO UGUALE A 100	214

DIRIGENZA AMM.VA E TECNICA		
VALUTATI 26		
	PUNTEGGIO INFERIORE A 90	0
	PUNTEGGIO TRA 90 E 99	15
	PUNTEGGIO UGUALE A 100	11

DIRIGENZA UNIVERSITARIA		
VALUTATI 142		
	PUNTEGGIO INFERIORE A 90	2
	PUNTEGGIO TRA 90 E 99	114
	PUNTEGGIO UGUALE A 100	26

Pubblicità

La relazione sulla Performance, redatta dalla struttura Valutazione e Controlli Interni, verificata dal Nucleo di Valutazione aziendale, è adottata dall'Azienda e pubblicata sul sito aziendale nell'Area Amministrazione trasparente.

ALLEGATI ALLA RELAZIONE

a) Rendicontazione obiettivi aziendali di interesse regionale anno 2012



SPEDALI CIVILI – BRESCIA
AZIENDA OSPEDALIERA

U.O. AFFARI ISTITUZIONALI E
RAPPORTI CON L'ESTERNO



Sistema Qualità certificato ISO 9001:2008
Certificato n. 9122.SP25



AZIENDA OSPEDALIERA "SPEDALI CIVILI" DI BRESCIA OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE ANNO 2012

OBIETTIVO	RISULTATO	INDICATORE	% RAGGIUNTO PESO/AUTOVALUT.NE	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2012
Attuazione della D.G.R. 2633/2011, delle Circolari applicative, di quanto contenuto nelle D.G.R. contenenti le indicazioni per gli enti del sistema regionale e delle Note attuative specifiche per ciascun ambito	Prevenzione e Veterinaria: rispetto integrale di quanto previsto dall'allegato 4 (peso 12)	ALLEGATO 4 Prevenzione Medica 1.2 - Attuazione di interventi per la promozione di stili di vita al fine di ridurre l'incidenza di patologie cronico-degenerative e per la riduzione di fattori di rischio quali obesità, sedentarietà, tabagismo. <i>Prosecuzione ed implementazione degli interventi su stili di vita salutari e cessazione dell'abitudine al fumo nell'ambito di percorsi di screening in essere e/o percorsi nascita (counseling breve, ecc.) già definiti nel corso del 2011 d'intesa con soggetti della rete delle strutture sanitarie anche nell'ambito dei progetti HPH.</i> Partecipazione della struttura sanitaria alla realizzazione degli interventi, in accordo con la ASL competente per territorio. Evidenza in BDPROSAL a cura della ASL	RAGGIUNTO 100%	1.2 All'interno dell'A.O. le UU.OO. forniscono indicazioni finalizzate alla promozione di stili di vita tesi a ridurre l'incidenza delle patologie. In particolare: - le UU.OO. di Diabetologia, Cardiologia e Pneumologia (con giornate aperte) e Medicina Interna sono impegnate a stimolare detti stili di vita. In particolare, l'U.O. di Diabetologia è impegnata nel progetto "Dieta-Benessere e Movimento", che si traduce in incontri annuali presso scuole medie superiori cittadine, allo scopo di promuovere negli studenti la cultura del wellness, attraverso la diffusione di regole di comportamento alimentare negli studenti; - sono elaborate e trasmesse ai Servizi aziendali direttive specifiche per la lotta contro il FUMO secondo indicazioni JC; - nell'ambito del progetto SCALE PER LA SALUTE l'A.O. ha aderito e partecipato ai lavori del Gruppo costituito presso l'ASL per implementazione all'educazione della salute. In particolare, l'A.O. si è impegnata nella promozione dell'attività fisica come categoria comportamentale-culturale, attraverso l'elaborazione di una cartellonistica educativa (in fase di allestimento) con messaggi - posizionati in prossimità degli ascensori dell'A.O. - rivolti sia ai lavoratori che ai visitatori per l'utilizzo delle scale all'interno dei Presidi aziendali; in tale ambito sono previsti anche dei c.d. "percorsi guidati": i diversi messaggi incontrati sui percorsi, consentono di favorire la consapevolezza della propria performance fisica; In data 28/9/2012 si è svolta presso il P.O. "Spedali Civili" la "Giornata per la promozione di sani stili di vita", quale incontro interattivo aperto sia alla popolazione che ai lavoratori dell'A.O., cui hanno partecipato medici, dietiste, psicologi ed uno chef (per il tema della cucina metabolica).
		2.1 - Garantire il mantenimento delle performance di qualità e di risultato raggiunte nell'offerta di screening oncologici. <i>Mantenimento delle performance di qualità e</i>	RAGGIUNTO 100%	2.1 Con specifico accordo sottoscritto con l'ASL di Brescia e formalizzato con Determinazione Dirigenziale dell'A.O. 17/4/2012, n.521, si è concordata la prosecuzione dell'intero programma di

954 A.O. BRESCIA – Rendicontazione al 31/12/2012

Sistema Sanitario
Regionale
Lombardia



		risultato raggiunte nell'offerta di screening organizzati: - produzione delle prestazioni di 1° e 2° livello necessarie a garantire gli obiettivi di estensione ed adesione degli screening oncologici, in linea con quanto contrattato di concerto con le ASL; - flusso 28/SAN per regole rendicontazione citologici. 2.3 - Aumento della percentuale di malati di Tubercolosi per i quali si dispone della completa informazione sulla compliance terapeutica. Completezza delle segnalazioni dei casi di tubercolosi: la verifica sarà effettuata attraverso l'incrocio dei dati presenti nel sistema di registrazione di malattie infettive delle ASL (MAINF) e i dati di ricovero (SDO). Compliance terapeutica >80%: valutazione da parte della ASL nel sistema MAINF attraverso le schede di inizio e di fine terapia. 2.5 - Prevenzione e controllo HIV/AIDS. Completezza e correttezza nella compilazione delle schede previste per la segnalazione di nuova sieropositività HIV. Segnalazione alle ASL di tutti i nuovi casi di sieropositività HIV (data primo test positivo successiva al 1° gennaio 2009) con completezza dei dati della scheda. Collaborazione con i professionisti sanitari per l'attuazione del "Percorso diagnostico terapeutico (PDT) del paziente affetto da malattia HIV/AIDS" approvato con DDG n. 7485/2011, come indicato nell'allegato "Farmaceutica e protesica". Report condiviso con la ASL entro il 31/12/2012.	screening per il 2012 (ricerca precoce dei tumori della mammella, colon retto e cervice uterina). In tutti i PP.OO. aziendali sono attivi programmi di: - Screening della mammella 1° e 2° livello - Screening della cervice uterina 2° livello - Screening del colon retto 2° livello. nel rispetto dei requisiti qualitativi e delle linee guida nazionali - per l'effettuazione degli esami oncologici di I e II livello in linea con quanto contrattato con l'ASL, compresa la rendicontazione degli esami citologici. - Detti esami vengono rendicontati nel flusso della circolare 28/SAN con il codice "S". L'A.O. ha perfezionato il percorso diagnostico terapeutico per il II° livello su tutti i PP.OO. 2.3 Tutte le notifiche dei casi e relative schede di terapie sono state puntualmente inviate (al 27/12/2012 n.108 casi e n.50 schede terapie). L'A.O., attraverso il Dipartimento di Malattie Infettive, notifica i casi di TBC contestualmente al referto di positività della ricerca diretta diagnosticato dal Laboratorio di Microbiologia ovvero (ove quest'ultima negativa), con la positività della coltura. I casi "sospetti" vengono comunque segnalati e poi, eventualmente, confermati dal Laboratorio. Il Dipartimento compila inoltre le schede inizio e fine terapia entro massimo tre giorni dall'inizio della terapia stessa. La compliance terapeutica è stata per l'intero anno 2012 pari al 100% per i pazienti seguiti dal Dipartimento aziendale. 2.5 Il Dipartimento Malattie Infettive dell'A.O. fornisce al Servizio Prevenzione dell'ASL le schede informatizzate sui nuovi casi riscontrati di positività HIV+. Detta reportistica - con periodicità trimestrale fino al mese di agosto 2012 e periodicità mensile dal mese di settembre u.s. - viene condivisa con l'ASL attraverso l'invio per via telematica (mail), di report analitico. Viene evidentemente garantita la riservatezza dei dati, utilizzando codici alfanumerici specificamente definiti da Regione Lombardia. Con frequenza semestrale, viene fornito all'ASL un ulteriore aggiornamento, finalizzato all'eventuale completamento di dati già trasmessi. E' stata attivata procedura per l'offerta attiva costante del test HIV anche per gli utenti che frequentano il Centro delle Malattie Sessualmente Trasmesse. Il PDT HIV viene regolarmente applicato dal Dipartimento di Malattie Infettive dalla fine del 2011 ed è stata recepita anche la nuova versione presentata presso la D.G.S. in data 15/5/2012 in occasione di specifico convegno; il medesimo Dipartimento partecipa attivamente ai lavori che proseguono presso la D.G.S. al fine di impostare e coordinare il monitoraggio e l'aggiornamento del PDT (cfr. partecipazione all'incontro del 3/10/2012);
			RAGGIUNTO 100%
			RAGGIUNTO 100%

			La collaborazione tra i professionisti sanitari per l'attuazione del PDT, ha costituito anche specifico Progetto assegnato con addendum contrattuale dall'ASL per l'anno 2012. Agli atti, certificazione dell'A.O. trasmessa all'ASL con mail 30/5/2012, prot. n.25511, di prosecuzione delle attività ivi connesse, che alla data del 28/12/2012 hanno conseguito <u>razionalizzazione e un contenimento della spesa totale</u> intorno al 5% rispetto allo stesso periodo del 2011. I dati inerenti tale flusso sono costantemente monitorati dal Controllo di Gestione aziendale. Le segnalazioni all'ASL dei nuovi casi di sieropositività HIV vengono correttamente effettuate anche dagli specialisti del P.O. dei Bambini. 2.6 L'A.O. trasmette all'ASL le rilevazioni vaccinali mensili per l'aggiornamento del database. Il Servizio di Medicina Preventiva Aziendale ha predisposto il piano di copertura per le vaccinazioni di interesse regionale, in raccordo con l'ASL ed in applicazione del Piano Nazionale Vaccinale 1215, definendone i gruppi a rischio ed il Protocollo vaccinale specifico. I dati forniti dallo stesso Servizio sono riferiti al personale dipendente (agli atti, schede di rendicontazione <u>antitetaniche, antiepatite B e antinfluenzale</u> effettuate per le categorie a rischio, come da indicazione regionale e secondo Protocollo di sorveglianza del Medico Competente). Per le restanti vaccinazioni sono in corso valutazioni propedeutiche e i necessari contatti con l'ASL. In particolare, è attivato un percorso specifico per le puerpere. Per il Presidio Pediatrico, è attivo un Protocollo sanitario per la sorveglianza dei lavoratori. All'atto dell'assunzione o nel corso delle visite periodiche, si effettua il prelievo per ricerca anticorpi anti rosolia, morbillo, parotite e varicella. Ove non protetti, vengono inviati all'ASL con lettera accompagnatoria per la vaccinazione (sia donna che uomo). - In accordo con l'ASL è stato predisposto il Protocollo per la <u>vaccinazione anti Morbillo, Parotite e Rosolia alle puerpere prima della dimissione</u> (cfr. Nota ASL 27/6/2012, prot. n.0089396), secondo il quale l'ASL provvederà a fornire i vaccini in relazione al reale fabbisogno delle singole strutture ospedaliere; queste ultime attiveranno contestualmente un flusso con cadenza trimestrale con il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL, per consentire una rendicontazione delle puerpere sottoposte a vaccinazione. In attesa di acquisire la modulistica multilingue nella versione corretta del format regionale sul consenso informato (le cui criticità sono state comunicate all'U.O. Governo della Prevenzione della D.G.S.), si è concordato con l'ASL di proseguire nella pianificazione della procedura all'interno dei PP.OO. ed alla sensibilizzazione sull'utilità del vaccino (cfr. da ultimo Verbale incontro del 24/10/2012 fra ASL e A.O.).
		RAGGIUNTO 100%	
	2.6 - Coperture elevate delle vaccinazioni per difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, morbillo, parotite, rosolia, malattia invasiva da Hib e completezza delle anagrafi vaccinali Evidenza del raccordo con la ASL competente per territorio finalizzato all'offerta secondo le Indicazioni della DG Sanità per l'applicazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2015, Piano Nazionale Eradicazione Morbillo e Rosolia Congenita, di - vaccinazioni alle categorie a rischio	RAGGIUNTO 100%	- vaccino MPR alle puerpere prima della dimissione.

	2.7 - Potenziare le attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate alla assistenza in un'ottica di sistema integrato (programmazione, accreditamento, qualità, risk management). <i>Inserimento nei contratti con le strutture accreditate dell'impegno di utilizzo del sistema informativo InfOsp.</i> Invio entro il 31/12/2012 alla DGS di Relazione annuale (max 10 pagine) che descriva: 1) settori aziendali coinvolti nelle attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate alla assistenza (Direzioni Sanitarie, Sistema Qualità, Risk Management, altro) 2) analisi epidemiologica di contesto contenente dati di monitoraggio per agenti sentinella, resistenze antibiotiche, batteriemie da stafilococco aureo da fonte sistema INFOSP, raccordi con dati SDO e di consumi farmaci 3) criticità e priorità (rilevate in base ai dati al punto 2) 4) obiettivi di miglioramento e relativi indicatori di risultato 5) coerenti azioni intraprese	RAGGIUNTO 100%	2.7 L'utilizzo del sistema informativo InfOsp ha costituito specifico obiettivo inserito negli addendum contrattuali sottoscritti con l'ASL per l'anno 2012. L'A.O. nel corso dell'anno ha proseguito nelle attività di sorveglianza delle infezioni ospedaliere con particolare riferimento alle seguenti attività: a) - Sorveglianza infezioni da Acinetobacter Baumanni - Sorveglianza infezioni da batteri Carbenimasi produttori - Sorveglianza con verifica compliances lavaggio mani - Sorveglianza infezioni da Clostridium Difficile b) il Laboratorio di Microbiologia aziendale sta partecipando ai progetti: Sentilomb, Resilomb, Batteriemie da MRSA. L'A.O., con Nota mail 31/12/2012, Prot. n.55794, a puntuale riscontro di tutti i punti 1, 2, 3, 4 e 5 richiamati dall'indicatore di risultato, ha inviato alla D.G.S. la Relazione annuale, contenente l'attività svolta nell'anno 2012 dai settori aziendali coinvolti, l'analisi epidemiologica di contesto, schede di monitoraggio, con particolare attenzione alle criticità e priorità, nonché agli obiettivi di miglioramento e le azioni intraprese. Nell'ambito della lotta alla sepsi, il CIO aziendale (Comitato Infezioni Ospedaliere) ha approvato il relativo Progetto, con creazione di un gruppo multidisciplinare per la gestione della sepsi severa/shock settico.
	3.3 - Attività in materia REACH/CLP. Realizzazione di almeno un intervento di vigilanza e controllo. Organizzazione del percorso (azioni, responsabilità collaborazioni con UOOML) per la gestione delle segnalazioni di ricadute sulla salute e di non conformità dei prodotti in coerenza con le linee di indirizzo regionali. Condivisione da parte della UOOML e del CAV del protocollo operativo per la gestione di sospette non conformità ai regolamenti REACH e CLP, in collaborazione con la ASL	RAGGIUNTO 100%	3.3 Il Percorso per la gestione delle segnalazioni di ricadute sulla salute e di non conformità dei prodotti, è stato predisposto e condiviso con l'ASL con la predisposizione di specifico Accordo, in coerenza con le linee di indirizzo regionali sulla materia e i suggerimenti proposti (agli atti "Protocollo per la Gestione delle segnalazioni di non conformità ai regolamenti REACH e CLP" del Dicembre 2012). La Procedura REACH consente di valutare attraverso consulenza tossicologica ed effettuazione di monitoraggio biologico, i casi inviati dall'ASL. La UOOML aziendale, nell'ambito dei lavori svolti nel corso dell'anno, ha interagito con i competenti Uffici Regionali indicando alcune criticità nel piano predisposto (cfr. mail dell'A.O. inviata in D.G.S. Regione Lombardia in data 10/4/2012), pervenendo al recepimento nel Protocollo finale di alcuni suggerimenti proposti.
	3.6 Sistema informativo gestionale PERSON@ L'utilizzo di Person@, secondo indicazioni regionali, verrà direttamente monitorato dalla UO Governo della Prevenzione e Tutela Sanitaria. Alle UOOML compete l'approfondimento diagnostico a supporto dell'indagine di competenza della ASL	RAGGIUNTO 100%	3.6 Regione Lombardia in data 13/12/2012, nell'ambito del Convegno appositamente organizzato, ha illustrato il piano di attuazione del Progetto "Sistema PERSON@", quale momento formale di presentazione dell'architettura e delle funzionalità che lo caratterizzano. La UOOML aziendale ha preso atto del relativo percorso informativo gestionale ed avviato - in accordo con le altre UU.OO. di Medicina del Lavoro regionali -, un approfondimento circa le

	Economico Finanziario e Personale: rispetto integrale di quanto previsto dall'allegato 2 (peso 15)	Economico Finanziario • Tempi di pagamento dati G3S Valutazione dati G3S sul rispetto dei termini di pagamento delle fatture a 60 e 90 giorni.	RAGGIUNGIMENTO 100%	modalità di collaborazione al progetto. Si è in attesa dell'organizzazione di specifici corsi di formazione regionali. • L'A.O. ha ottemperato puntualmente all'obiettivo del rispetto dei tempi di pagamento, certificato con le seguenti comunicazioni a Regione Lombardia: Nota A.O. 6/2/2012 Prot. 5647 - Budget Finanziario e Rendicontazione rispetto tempi di pagamento al 31/1/2012; Nota A.O. 8/3/2012 Prot. 11639 - Rendicontazione rispetto tempi di pagamento al 29/2/2012; Nota A.O. 19/4/2012 Prot. 18572 - Budget finanziario al 31/3/2012 e Rendicontazione rispetto tempi di pagamento al 31/3/2012; Nota A.O. 8/5/2012 Prot. 22285 - Rendicontazione rispetto tempi di pagamento al 30/4/2012; Nota A.O. 5/6/2012 Prot. 26434 - Rendicontazione rispetto tempi di pagamento al 31/5/2012; Nota A.O. 16/7/2012 Prot. 32956 - Budget finanziario al 30/6/2012 e Rendicontazione rispetto tempi di pagamento al 30/6/2012; Nota A.O. 3/8/2012 Prot. 35541 - Rendicontazione rispetto tempi di pagamento al 31/7/2012; Nota A.O. 5/9/2012 Prot. 39750 - Rendicontazione rispetto tempi di pagamento al 31/8/2012; Nota A.O. 22/10/2012 Prot. 46623 - Budget finanziario al 30/9/2012 e Rendicontazione rispetto tempi di pagamento al 30/9/2012; Nota A.O. 6/11/2012 Prot. 48580 - Rendicontazione rispetto tempi di pagamento al 31/10/2012; Nota A.O. 3/12/2012 Prot. 52974 - Rendicontazione rispetto tempi di pagamento al 30/11/2012; • Trasmissione in D.G.S. flusso Gennaio-Dicembre 2011 (quadratura COGE-COAN e report Analisi Riballamenti - Percentuale completezza dei riballamenti) con e-mail 12/06/2012 Prot. 27328 (scadenza prorogata al 15/06/2012 con nota R.L. 21/05/2012 Prot. H1.2012.0016228); • Trasmissione in D.G.S. flusso Gennaio-Marzo 2012 (quadratura COGE-COAN) con e-mail 23/07/2012 Prot. 33443 (scadenza prorogata al 23/07/2012 con nota e-mail R.L. del 27/06/2012); • Trasmissione in D.G.S. flusso Gennaio-Giugno 2012 (quadratura COGE-COAN) con e-mail 21/09/2012 Prot. 41776 (scadenza prorogata al 21/09/2012 con nota e-mail R.L. del 26/07/2012); • Trasmissione in D.G.S. flusso Gennaio-Settembre 2012 (quadratura COGE-COAN) con e-mail 15/11/2012 Prot. 49704 • L'A.O. ha messo in atto tutte le attività necessarie alla modifica dei sistemi contabili aziendali, al fine di aderire alle indicazioni contenute nelle nuove linee guida regionali.
		• Controllo di Gestione: Scadenze invio dati Co.An. - Qualità del dato - Nuove Linee Guida CdG - Rispetto delle scadenze previste per l'invio dei flussi come da note regionali; - Valutazione del rispetto delle % di quadratura Co.Ge-Co.An. come da Linee Guida regionali sul Controllo di Gestione; - Valutazione adeguamento della Co.An. aziendale al contenuto delle nuove Linee Guida regionali.	RAGGIUNTO 100%	

	• RISK management: Realizzazione Progetti RM - Aggiornamento DB - Segnalazione eventi sentinella in Simes - Rendicontazione di n. 3 Progetti annuali di RM;	RAGGIUNTO 100%	• L'A.O. con Deliberazione 28/03/2012 n.255 - inviata in D.G.S. con nota 29/03/2012, prot. n.15130 - ha adottato il Piano Sicurezza Qualità e Gestione del Rischio per l'anno 2012 individuando i seguenti progetti operativi: -n. 1 "Sorveglianza e controllo delle infezioni da Acinetobacter baumannii. Anno 2012". -n. 2 "Gestione del rischio associato alle infezioni nell'assistenza sanitaria: igiene delle mani" -n. 3 "Ridefinire i criteri per la stratificazione in vari livelli di rischio delle gravi e al fine di stabilire piani assistenziali post-partum". - La relazione finale con l'intera documentazione di riferimento è stata inviata puntualmente in D.G.S. con mail A.O. 9/1/2013, Prot. n.1270. • L'A.O. aggiorna costantemente il Data Base regionale secondo i termini previsti dalle Linee guida regionali, prestando particolare attenzione alla completezza dei campi "descrizione" e "riservato". - sinistri ivi compresa l'apposizione delle riserve e la parte relativa all'aggiornamento delle polizze di RCT/O, sulla base delle informazioni fornite a oggi dalla nuova compagnia di assicurazione: certificazione dell'A.O. dell'inserimento di tutti i dati inerenti al 2° semestre 2011 con mail 31/01/12 Prot. n.4708/2012 e al 1° semestre 2012 con mail 31/07/2012 Prot. n.34433; - cadute dei pazienti e dei visitatori, nonché degli infortuni del 2° semestre 2011: certificazione dell'inserimento dei dati entro il 31/01/2012; - eventi avversi e azioni conseguenti: invio con mail 31/01/12 Prot. n.4708/2012 dei dati riferiti al 2° semestre 2011 e al 1° semestre 2012 con mail 31/07/2012 Prot. n.34433; - media-conciliazioni: invio con mail 13/01/2012, Prot. 1823, della scheda excel contenente i dati riferiti al 2° semestre 2011 e al 1° semestre 2012 con mail 31/07/2012 Prot. n.34433. Con Nota 10/01/2012 prot. n.1130, l'A.O. ha trasmesso in D.G.S. l'autocertificazione del regolare aggiornamento del sistema SAMES A far data dall'1/1/2012 e fino alla data del 18/12/2012 sono stati riferito a n. 8 eventi sentinella nell'anno 2011. A far data dall'1/1/2012 e fino alla data del 18/12/2012 sono stati regolarmente segnalati in SAMES n. 13 eventi sentinella, come da autocertificazione inviata in D.G.S. con mail 9/1/2013, prot. n.1279.
	- Aggiornamento DataBase Sinistri nei termini indicati nelle Linee Guida: verrà valutata in particolare la completezza dei campi "Descrizione" e "Riservato" sui sinistri;	RAGGIUNTO 100%	• In sede di rendicontazione del Bilancio di Esercizio 2011, adottato con Delibera 28/5/2012, n.363, l'A.O. ha rendicontato correttamente costi e ricavi e debiti crediti intercompany al 31/12/2011. Nella nota integrativa - in tabella Allegato A al Bilancio - è stato riportato riscontro alla prescritta validazione.
	- Segnalazione in SAMES degli eventi sentinella nella tempistica prevista dal DM.	RAGGIUNTO 100%	• Corretta allocazione nelle voci contabili dei debiti/crediti tra Aziende sanitarie del territorio e tra AO e Regione. • Corretta rendicontazione tramite i modelli in uso in occasione del Bilancio di esercizio 2011.
	• Corretta allocazione nelle voci contabili dei debiti/crediti tra Aziende sanitarie del territorio e tra AO e Regione. • Corretta rendicontazione tramite i modelli in uso in occasione del Bilancio di esercizio 2011. • Fatturazione e gestione finanziaria stranieri (STP) • Fatturazione puntuale (tempi e contenuti) alle	RAGGIUNTO 100%	• Relativamente a stranieri STP l'A.O. ha provveduto alla corretta fatturazione delle prestazioni di ricovero e ambulatoriale 2011, come



[Handwritten signature]

	Prefetture e attuazione di tutti gli indirizzi regionali di debito informativo verso le ASL	100%	da validazione regionale allegata alla Nota Regione Lombardia 18/5/2012, prot. H1.2012.16045. Si è provveduto pertanto alla comunicazione prescritta alla Asl di appartenenza relativamente alla fattura emessa nei confronti della Prefettura di Brescia. Relativamente ai valori 2012, si precisa che nel mese di ottobre 2012 sono stati fatturati alla Prefettura ed all'ASL di Brescia i valori verificati al 30/6/2012. Entro il 15/1/2013 verranno fatturati alla Prefettura ed all'ASL di Brescia i valori verificati al 30/9/2012 ed entro la fine di febbraio 2013 verranno fatturati i valori verificati alla data del 31/12/2012. I valori sono sempre rendicontati previa validazione dei flussi inviati a Regione Lombardia. Si evidenzia infine che l'A.O. è in stretto contatto con gli Uffici della Prefettura al fine di assicurare una sollecita definizione dei crediti tutt'ora aperti e che alla data del 31/12/2012 risultano effettuate riscossioni di debiti pregressi per Euro 701.604,68. - • A seguito della verifica NOCC effettuata presso la sede aziendale in data 19/1/2012, le cui risultanze sono state riassunte nella Relazione NOCC 20/2/2012, Prot. H1.2012.5636, l'A.O. ha provveduto con Nota 10/4/2012, Prot. 16758, a formulare le richieste controdeduzioni. 1 Si allega tabella riepilogativa dello stato di effettuazione del Piano Assunzioni 2011 sulla falsariga di quanto richiesto da Regione Lombardia relativamente al Piano Assunzioni 2010. 2 L'A.O. ha rispettato tutte le scadenze previste, attenendosi alla completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi relativi a tutti i dati inviati: • Monitoraggio trimestrale 1° trimestre 2012; • Scadenza 30/4/2012 - invio 24/4/2012, Prot. A.O. n.18963; • Conto annuale esercizio 2011;
	• N.O.C.C. Capacità di fornire la documentazione e le spiegazioni sui temi richiesti Personale 1. Effettuazione delle assunzioni di personale a tempo indeterminato nelle aree del Comparto e della Dirigenza autorizzate nei Piani di Assunzione approvati per l'anno 2011 dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 1773 del 24 maggio 2011 per le ASL e con D.G.R. n. 1774 del 24 maggio 2011 per le AO, gli IRCCS di diritto pubblico e l'AREU. Le assunzioni devono essere state effettuate secondo le modalità previste nella DGR. 2633/2011 - Allegato 2. Ai fini della certificazione del raggiungimento dell'obiettivo dovrà essere presentata una puntuale rendicontazione sulla copertura dei posti e saranno valutate soltanto le assunzioni effettuate entro il termine indicato nella suddetta delibera. 2. Rispetto delle scadenze, completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi relativi ai dati del Personale (Fluper - anno 2012, Conto Annuale - esercizio 2011, Relazione al Conto Annuale - esercizio 2011, Monitoraggio congiunturale trimestrale "Allegato CE" - anno 2012).	RAGGIUNTO 100%	
		RAGGIUNTO 100%	
		RAGGIUNTO 100%	

	Per quanto riguarda il flusso FLUPER i dati devono essere trasmessi entro due mesi dal termine di ciascun trimestre, salvo diverse indicazioni della competente Struttura Regionale. Per quanto riguarda il Conto Annuale le scadenze saranno comunicate dalla competente Struttura Regionale in base alle indicazioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria dello Stato. Saranno valutate per tutti i flussi regionali e ministeriali (Fluper - anno 2012, Conto Annuale - esercizio 2011, Relazione al Conto Annuale - esercizio 2011, Monitoraggio congiunturale trimestrale "Allegato CE"- anno 2012) la completezza dei dati, la qualità degli stessi nonché la reciproca coerenza dei dati contenuti nei diversi flussi compresi i flussi contabili. 3. Rispetto del budget complessivo assegnato per il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato. Monitoraggio dei flussi contabili con particolare riferimento al Bilancio di Previsione 2012 e alla certificazione trimestrale/prechiusura 2012.		Scadenza 15/6/2012 – invio 11/6/2012, Prot. A.O. n.27088 - Fluper flussi A e B 2012 (n.3 trimestri): 1° trimestre scadenza 15/07/2012 - invio 12/07/2012 Prot. A.O. n.32474; 2° trimestre scadenza 31/08/2012 - invio 22/08/2012 Prot. A.O. n.37949; 3° trimestre scadenza 30/11/2012 - invio 21 e 22/11/2012 Prot. A.O. nn.50931-51165-51166; - Fluper flusso C riferimento anno 2011: scadenza 31/07/2012 - invio 31/07/2012 prot. A.O. n.34355; - Monitoraggio trimestrale 2° trimestre 2012: scadenza 31/07/2012: invio 20/07/2012 Prot. A.O. n.33346; - Monitoraggio trimestrale 3° trimestre 2012: scadenza 31/10/2012 – invio 30/10/2012 Prot. A.O. n.47330.
	RAGGIUNTO 100%		3 Con riferimento al costo complessivo per il personale dipendente, con Nota 19/12/2012, Prot. 54894, l'A.O. ha richiesto la modifica del budget assegnato, sulla scorta delle indicazioni pervenute da Regione Lombardia in merito alla possibilità di variazione/riclassificazione dei ricavi e costi 2012 - fermo restando il rispetto del livello complessivo dei costi aziendali che risulta in linea con quanto previsto nel Bilancio Preventivo 2012 e nelle certificazioni trimestrali. 4 Il Bilancio di Previsione 2012 e le certificazioni trimestrali risultano in linea con le disposizioni relative alla riduzione della spesa dei contratti a tempo determinato, contratti atipici, incarichi libero-professionali e di consulenza
	RAGGIUNTO 100%		5 Il sistema di valutazione aziendale della Dirigenza e del Comparto, è conforme al Piano delle Performance annuali approvato con apposito provvedimento che, insieme agli obiettivi del Direttore Generale, delineano lo schema da cui discendono gli obiettivi individuali (cfr. deliberazione A.O. 25/1/2012, n.66, trasmessa alla Presidenza dell'OIV regionale con Nota del NVP aziendale 17/5/2012, prot. n.23736). Nel 2012 si è conclusa la valutazione relativa al 2011 con l'erogazione delle risorse incentivate a dirigenza e comparto, su certificazione del Nucleo di Valutazione aziendale (cfr. Verbale NVP del 11/5/2012). Nel contempo sono stati assegnati gli obiettivi individuali relativi all'anno 2012 in linea con gli obiettivi aziendali ed il processo di budget. Tali obiettivi vengono costantemente monitorati e l'erogazione degli acconti, preceduta da verifica dello stato di

			avanzamento degli obiettivi, viene <u>certificata dal Nucleo di valutazione</u> , i cui verbali sono di volta in volta trasmessi – unitamente alle metodologie formalizzate dall'A.O. - alla Presidenza dell'OIV regionale con Note del NVP aziendale (cfr. Note 17/5/2012, prot. n.23736, 18/7/2012, prot. n.32964, mail del 5/10/2012 e Nota 31/12/2012, prot. n.55823).
Programmazione e indirizzi di sistema: rispetto integrale di quanto previsto dagli allegati 1, 6, 7 e 8 (peso 15)	1. Pronto Soccorso favorire l'accesso al pronto soccorso ospedaliero attraverso percorsi differenziati; indicatore: sviluppo di specifica progettualità e realizzazione in tutte le strutture dotate di PS con il coordinamento delle ASL. 2. Commissione Oncologica Regionale/ROL: evidenza della adozione formale dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) di gestione del paziente affetto da neoplasia (ad es. tumori della mammella, del colon-retto, del polmone, della prostata) e di aderenza agli stessi; i percorsi sono definiti dal DIPO; 3. Evidenza della adozione di percorsi di umanizzazione dell'assistenza al paziente oncologico in collaborazione con i volontari e le associazioni di riferimento e realizzazione in ogni	RAGGIUNGIMENTO 100% RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100%	1 Pronto Soccorso L'A.O. ha messo in atto percorsi differenziati per pazienti fragili presso il Pronto Soccorso (handicap psicofisico, donne vittime di violenza domestica, situazioni problematiche/grave disagio sociale/barriere linguistiche, di natura pediatrica), condivisi con l'ASL (Note A.O. 13/6/2012, Prot.27668 e 13/12/2012, Prot.54275 – Progetto ASL addendum 2012). 2 Commissione Oncologica Regionale/ROL Il DIPO provinciale ha adottato, aggiornato e pubblicato sul sito WEB i PDTA per: emopatie croniche - inclusive di neoplasie ematologiche come linfomi e leucemie – arruolando oltre 1000 pazienti; tumori mammari arruolando oltre 150 pazienti. Detti percorsi sono stati condivisi con i clinici e le Direzioni Sanitarie delle Aziende partecipanti al DIPO, al fine della loro implementazione e monitoraggio, come da Verbali DIPO e della Conferenza Territoriale per l'Oncologia riunitasi il 5/5/2012 (cfr. Verbali agli atti). L'attività in parola ha costituito specifico obiettivo quale addendum contrattuale con l'ASL per il 2012, attestata da specifica e periodica reportistica inviata con mail dell'A.O. 13/9/2012, prot. 40760 e 13/12/2012, prot. 54277. Il DIPO aziendale ha formalizzato l'adesione delle Strutture Pubbliche e private/convenzionate all'iniziativa rivolta a garantire la continuità delle attività connesse al Progetto Help-Desk, mediante l'attivazione di una Borsa di Studio autofinanziata. Sono state effettuate riunioni delle UD del DIPO con lo scopo di rinnovare il Coordinamento e per validare le Linee Guida per il sito del DIPO destinate a cittadini e MMG: UD melanoma: 4 dicembre 2012 UD carcinoma della mammella: 18/12/2012 UD tumori ematologici: 19/12/2012 UD tumori del polmone: 20/12/2012 3 Percorsi di umanizzazione Per promuovere la comunicazione sull'umanizzazione dell'assistenza al paziente oncologico, il DIPO ha potenziato il suo sito WEB e sta attivando sezioni specificatamente dedicate al

		DIPO di una campagna di comunicazione:		cittadino, al MMG ed agli Specialisti, con particolare attenzione – per la parte dedicata al cittadino – a rendere trasparenti, divulgative e pienamente comprensibili le procedure incluse nei vari PDTA. Nell'ambito della campagna di comunicazione, l'A.O. ha programmato trasmissioni televisive con reti locali e pubblicazioni su stampa locale. E' stato attivato il Progetto con gli Hospice "Fast Track" verso la rete territoriale con i MMG. Per facilitare i percorsi tra specialisti e MMG nelle dimissioni e nel follow-up dei pazienti oncologici, è stata messa a disposizione una figura infermieristica competente, che attraverso l'Help-Desk del DIPO facilita i percorsi intra ed extra ospedalieri. L'A.O. ha aperto ufficialmente in data 5/7/2012 il nuovo ambulatorio di Radioterapia presso il P.O di Gardone Valtrompia, gestito da sanitari aziendali, con l'obiettivo di avvicinare l'utenza a questo servizio, facilitando l'accesso e riducendo i disagi delle persone che abitano nei paesi della Valle. La presentazione è avvenuta davanti alle Autorità della Valletrompia. MMG ed è stata aperta al pubblico.
		4. Cure palliative: evidenza della valutazione/presa in carico palliativa di almeno il 75% dei pazienti oncologici terminali, e attivazione del 85% dei percorsi attivabili in ODCP; 5. Rete ematologica: evidenza in tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica, dell'adozione dei PDTA definiti dalla REL per mielomi, mielodisplasie, linfomi e LMC	RAGGIUNTO 100%	4 NON DI PERTINENZA DELL'A.O. "SPEDALI CIVILI" DI BRESCIA 5 Rete Ematologica Si conferma l'adozione dei PDTA così come definiti dalla REL. I clinici dell'U.O. aziendale di Ematologia partecipano a tutte le riunioni promosse dalle Commissioni REL sui Mielomi, Mielodisplasie, Linfomi e LMC e in particolare agli eventi formativi organizzati dalle Commissioni stesse, ai protocolli sia diagnostici che clinici proposti, alla definizione di raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche. Per l'adozione dei PDTA come definiti nel Decreto D.G.S. di Regione Lombardia 13/9/2012, n.7837 si è presa nota della ordinanza di sospensione del suddetto con ordinanza TAR Lombardia 1650/2012. Si conferma che l'utilizzazione dei farmaci ad alto costo per i pazienti ematologici avviene nell'assoluto rispetto delle vigenti indicazioni ministeriali.
		6. Rete Nefrologica: adesione attiva al nuovo registro dialisi e trapianto, 100% dei pazienti trattati nell'anno.	RAGGIUNTO 100%	6 Rete Nefrologica L'A.O. "Spedali Civili" di Brescia - individuata quale Ente attuatore della sperimentazione in quanto sede operativa del coordinamento Tecnico-scientifico affidato al Direttore dell'U.O. Nefrologia aziendale (cfr. Nota D.G.S. Regione Lombardia 31/5/2012, Prot. H1.2012.0017276) - collabora attivamente alla realizzazione della Rete Nefrologica Lombarda (ReNe). In tale ambito, a oggi l'A.O. è in linea con l'inserimento nel Registro di Dialisi e Trapianto (100% dei

	7. Commissione Cardiocerebrovascolare: - evidenza della adesione attiva del 100% delle cardiologie e UTIC al Registro STEMI e della stesura di specifici accordi locali integrati in accordo con ACEU/AREU; sono attese al Registro STEMI la totalità delle schede di dimissione degli episodi acuti dei mesi di maggio-giugno e ottobre-novembre 2012, indipendentemente dal reparto di dimissione; - evidenza della adesione attiva del 100% delle stroke unit al Registro ICTUS e della stesura di specifici accordi locali integrati in accordo con ACEU/AREU;	RAGGIUNTO 100%	7. Commissione Cardiocerebrovascolare - Tutti i Pronto Soccorso aziendali sono collegati nella rete integrata per l'applicazione delle procedure operative dello STEMI, condivise con AREU-AAT 118 Brescia. Sono stati inseriti nel registro STEMI la totalità delle schede di dimissione dei pazienti relativamente ai mesi di maggio-giugno 2012 e ottobre-novembre 2012, come da certificazioni periodiche inoltrate all'ASL con mail 27/7/2012, prot. 34150 e 10/12/2012, prot. n.53607 (adesione attiva al 100%). - In linea con il Decreto D.G.S Regione Lombardia 18/9/2008, n.10068 "Determinazioni in merito all'organizzazione in rete e i criteri di riconoscimento delle unità di cura cerebrovascolare (UCV-stroke unit)", con il Programma Regionale di sviluppo della IX legislatura ex D.C.R. 28/9/ 2011, n. IX/56, con il Piano Sanitario Regionale 2010-2014 ex D.C.R. 17/11/2010 n. IX/0088, con le "Regole di Sistema" per l'anno 2012 ex DGR n.2633/2011 e con il progetto TELESTROKE - BSRete telematica e di teleconsulto neuroradiologico per la gestione della fase acuta dell'ictus, l'A.O. "Spedali Civili" di Brescia - capofila del Progetto - ha attivato/certificato dall'agosto 2011 la Rete Telestroke nel territorio di competenza della provincia di Brescia. - La U.O. Neurologia Vascolare Stroke Unit aziendale aderisce pertanto al progetto regionale STROKE UNIT NETWORK (SUN) - 100% dell'adesione al Registro ICTUS - come centro HUB neurologico di 3° livello con consulenza 24h/24 di neuroradiologia interventistica e neurochirurgica. - Sono stati concordati con ACEU/AREU protocolli specifici per la gestione del paziente con ictus acuto nell'ambito del progetto TELESTROKE" coordinato dall'ASL di Brescia - (agli atti trasmissione all'ASL documentazione su attivazione operativa della rete Telestroke, inviata con mail 30/5/2012, prot.25452). - La STROKE UNIT aziendale è dotata di n.4 posti letto monitorizzati e n. 6 posti letto sub-acuti presso cui sono stati ricoverati tutti i casi di pazienti sottoposti a Trombolisi (gestione pari al 100%); agli atti trasmissione all'ASL documentazione su gestione in Stroke Unit inviata con mail 10/12/2012, prot.53545. - E' stata predisposta in accordo con l'ASL di Brescia una campagna di sensibilizzazione della popolazione sui sintomi dell' ictus acuto mediante spot televisivi. - Sono stati distribuiti opuscoli informativi ai degenti e ai parenti contenenti informazioni sui sintomi, sui fattori di rischio e sulle
	- gestione di almeno l'80% dei casi di ICTUS acuto presso la stroke unit aziendale o in una stroke unit regionale; - sostegno alla diffusione della campagna di comunicazione sull'ICTUS promosso dalla Commissione;	RAGGIUNTO 100%	

- evidenza della valutazione e promozione del percorso domiciliare del 30% dei pazienti dimessi con scompenso cardiaco in classe NYHA 3 e 4 e attivazione del 85% dei percorsi telemonitoraggio domiciliare attivabili.	RAGGIUNTO 100%	- modalità di prevenzione dell'ictus. - Nell'ambito di un programma televisivo locale è stata dedicata una puntata al percorso STROKE del paziente con ictus acuto, cui hanno partecipato i medici della U.O. di Neurologia Vascolare-Stroke Unit dell'A.O. - Presso il P.O. aziendale di Gardone V/T, dove è attiva la telemonitoraggio e a cui afferiscono pazienti dalle Cardiologie aziendali, dai MMG del Distretto della Valle Trompia e dal P.S. del P.O. di Gardone V/T, i pazienti arruolati dall'1/1/2012 al 31/12/2012 nel Progetto Nuove Reti Sanitarie per scompenso cardiaco sono n.25, che rappresenta il 100% dei percorsi attivati secondo quanto concordato con l'ASL con specifico accordo integrativo (agli atti, certificazione dell'A.O. inviata all'ASL con mail 13/12/2012, prot. n.54155). Gli indicatori sono stati pertanto rispettati. Per la promozione del percorso domiciliare ai pazienti dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco in classe NYHA 3 e 4, sono stati consegnati complessivamente dai reparti aziendali interessati nel corso del 2012 più di 380 opuscoli "Scompenso: una guida al servizio del cuore", coinvolgendo la totalità dei pazienti.
8. Donazione e Trapianto: - mantenimento numero dei donatori segnalati nell'anno precedente; - numero dei donatori di cornea superiore o uguale al 10% dei decessi in ospedale;	RAGGIUNTO 100%	8 Donazione e Trapianto - Al 30/11/2012 i casi di donatori segnalati nell'A.O. sono stati 33 e n.1 donatore multi tessuto (indicatore: 29 casi); nell'Area di coordinamento i casi segnalati sono stati 38; - Al 30/11/2012 risultano 61 casi di donatori di cornea su un totale di 812 decessi nei PP.OO. "Spedali Civili" e O.B. Pediatrico (7,5%). Nei PP.OO. di Gardone V/T e Montichiari risultano 137 decessi e nessun donatore. La procedura è stata attivata nel 100% dei decessi. L'elevata % di non idoneità (61%) si giustifica con la particolare complessità del case mix aziendale, che evidenzia particolari compromissioni cliniche dei pazienti, mentre si rileva il 31% di casi di opposizione. - Al 30/11/2012 nelle due UU.OO di Ortopedie adulti del P.O. di Brescia: protesi elettive totali = 167 (codifica ICD 9cm=8151) Procedura in corso di attivazione; - Nell'U.O. Ortopedia del P.O. di Gardone VT: n. 6 donazioni di tesie femore su 23 protesi (codifica ICD 9cm=8151); - Recupero di TSM da cadavere = 48 segmenti; - Recupero di 24 tesche craniche da vivente per uso autologo. - Considerato il significativo incremento di attività protesica elettiva, in particolare presso la UO aziendale di Traumatologia 1, nel corso del 2012 è stata elaborata ed è in fase di implementazione la procedura di prelievo TMS da vivente anche per il P.O. di Brescia. - Assolto in maniera puntuale il debito informativo attraverso l'utilizzo del programma DAVIDM; - Richiamando quanto previsto dalla DGR su "Regole di sistema
- donatori tessuti ossei da vivente superiore o eguale al 10% delle protesi impiantate in elezione;	RAGGIUNTO 100%	- Al 30/11/2012 nelle due UU.OO di Ortopedie adulti del P.O. di Brescia: protesi elettive totali = 167 (codifica ICD 9cm=8151) Procedura in corso di attivazione; - Nell'U.O. Ortopedia del P.O. di Gardone VT: n. 6 donazioni di tesie femore su 23 protesi (codifica ICD 9cm=8151); - Recupero di TSM da cadavere = 48 segmenti; - Recupero di 24 tesche craniche da vivente per uso autologo. - Considerato il significativo incremento di attività protesica elettiva, in particolare presso la UO aziendale di Traumatologia 1, nel corso del 2012 è stata elaborata ed è in fase di implementazione la procedura di prelievo TMS da vivente anche per il P.O. di Brescia. - Assolto in maniera puntuale il debito informativo attraverso l'utilizzo del programma DAVIDM; - Richiamando quanto previsto dalla DGR su "Regole di sistema
- utilizzo del programma Donor Action/Donor Manager per assolvere al debito informativo; - attiva partecipazione al programma di formazione.	RAGGIUNTO 100%	- Al 30/11/2012 nelle due UU.OO di Ortopedie adulti del P.O. di Brescia: protesi elettive totali = 167 (codifica ICD 9cm=8151) Procedura in corso di attivazione; - Nell'U.O. Ortopedia del P.O. di Gardone VT: n. 6 donazioni di tesie femore su 23 protesi (codifica ICD 9cm=8151); - Recupero di TSM da cadavere = 48 segmenti; - Recupero di 24 tesche craniche da vivente per uso autologo. - Considerato il significativo incremento di attività protesica elettiva, in particolare presso la UO aziendale di Traumatologia 1, nel corso del 2012 è stata elaborata ed è in fase di implementazione la procedura di prelievo TMS da vivente anche per il P.O. di Brescia. - Assolto in maniera puntuale il debito informativo attraverso l'utilizzo del programma DAVIDM; - Richiamando quanto previsto dalla DGR su "Regole di sistema



		100%	2011", nel 2012 sono state effettuate 5 edizioni - sulle 11 complessive programmate nel triennio 2011-2013 - del corso IREF "Medicina della Donazione", cui il CLP partecipa sia come contributo di docenza che organizzativo. - Contributo di progettazione e docenza del CLP per corso c/o ASL di Brescia "Medicina della Donazione" per medici di medicina generale. Effettuate tutte e 6 le edizioni programmate per il 2012, con la partecipazione di 527 medici; - In collaborazione con UO formazione, progettata ed eseguita una edizione del corso su "Attualità e prospettive per il recupero di organi e tessuti a scopo di trapianto"; - Assistenza telefonica e/o sul posto nei diversi presidi pubblici e strutture private per l'ottimale utilizzo del software DA/DWM; - Partecipazione ad eventi formativi presso scuole o altre sedi istituzionali. 9 Percorsi di accoglienza L'A.O. ha individuato percorsi specifici e privilegiati per pazienti fragili che coinvolgono tutti i Presidi aziendali, rivolti sia agli adulti che ai minori: - Percorso finalizzato alla sedazione profonda in caso di procedure diagnostiche/interventistiche per portatori di handicap psico-fisico per tutta l'A.O.; - Percorso presso i Pronto Soccorso per facilitarne l'accesso alle prestazioni delle categorie fragili; - Percorso per pazienti pediatrici con bisogni assistenziali complessi (ammissioni protette) in accordo con i pediatri di base per il presidio pediatrico; - Percorso per la gestione del paziente nefropatico non autosufficiente presso il CAL Dialisi del P.O. di Gardone V/T; - Attivazione presso il P.O. di Gardone V/T dell'ambulatorio di "follow up" della dimissione protetta dal Pronto Soccorso del paziente anziano fragile (emissione di procedura specifica); - Attivazione Ambulatorio di odontostomatologia pediatrica e Chirurgia Maxillo Facciale rivolto a soggetti in età evolutiva con disabilità (disturbi neuropsichiatrici e sensoriali), approvato con Deliberazione A.O. 7/1/2012, n.692. I percorsi più consolidati sono già stati diffusi capillarmente anche attraverso la rete aziendale; sono state realizzate iniziative di pubblicizzazione mediante il portale dell'A.O. di specifici percorsi che coinvolgono pazienti fragili, sia pediatrici che adulti. La realizzazione di dette procedure ha costituito specifico Progetto per la Qualità rientrante negli addendum contrattuali negoziati con l'ASL per il 2012. Agli atti, documentazione e certificazione dell'A.O. trasmessa all'ASL con mail 30/5/2012, prot. n.25522 e 13/12/2012, prot. n.54275.
	9. Percorsi di accoglienza ospedaliera per persone fragili: realizzazione di specifiche progettualità nelle AAOO di riferimento; evidenza formale della attivazione di specifiche campagne di comunicazione.	RAGGIUNTO 100%	2011", nel 2012 sono state effettuate 5 edizioni - sulle 11 complessive programmate nel triennio 2011-2013 - del corso IREF "Medicina della Donazione", cui il CLP partecipa sia come contributo di docenza che organizzativo. - Contributo di progettazione e docenza del CLP per corso c/o ASL di Brescia "Medicina della Donazione" per medici di medicina generale. Effettuate tutte e 6 le edizioni programmate per il 2012, con la partecipazione di 527 medici; - In collaborazione con UO formazione, progettata ed eseguita una edizione del corso su "Attualità e prospettive per il recupero di organi e tessuti a scopo di trapianto"; - Assistenza telefonica e/o sul posto nei diversi presidi pubblici e strutture private per l'ottimale utilizzo del software DA/DWM; - Partecipazione ad eventi formativi presso scuole o altre sedi istituzionali. 9 Percorsi di accoglienza L'A.O. ha individuato percorsi specifici e privilegiati per pazienti fragili che coinvolgono tutti i Presidi aziendali, rivolti sia agli adulti che ai minori: - Percorso finalizzato alla sedazione profonda in caso di procedure diagnostiche/interventistiche per portatori di handicap psico-fisico per tutta l'A.O.; - Percorso presso i Pronto Soccorso per facilitarne l'accesso alle prestazioni delle categorie fragili; - Percorso per pazienti pediatrici con bisogni assistenziali complessi (ammissioni protette) in accordo con i pediatri di base per il presidio pediatrico; - Percorso per la gestione del paziente nefropatico non autosufficiente presso il CAL Dialisi del P.O. di Gardone V/T; - Attivazione presso il P.O. di Gardone V/T dell'ambulatorio di "follow up" della dimissione protetta dal Pronto Soccorso del paziente anziano fragile (emissione di procedura specifica); - Attivazione Ambulatorio di odontostomatologia pediatrica e Chirurgia Maxillo Facciale rivolto a soggetti in età evolutiva con disabilità (disturbi neuropsichiatrici e sensoriali), approvato con Deliberazione A.O. 7/1/2012, n.692. I percorsi più consolidati sono già stati diffusi capillarmente anche attraverso la rete aziendale; sono state realizzate iniziative di pubblicizzazione mediante il portale dell'A.O. di specifici percorsi che coinvolgono pazienti fragili, sia pediatrici che adulti. La realizzazione di dette procedure ha costituito specifico Progetto per la Qualità rientrante negli addendum contrattuali negoziati con l'ASL per il 2012. Agli atti, documentazione e certificazione dell'A.O. trasmessa all'ASL con mail 30/5/2012, prot. n.25522 e 13/12/2012, prot. n.54275.

	10. Diabete. Evidenza della formalizzazione dei PDTA di gestione integrata del paziente diabetico con riduzione del 20% dei ricoveri per diabete con particolare riferimento ai DH.	RAGGIUNTO 100%	10 Diabete L'A.O. ha in uso un PDTA certificato con il sistema qualità dedicato alla gestione integrata del paziente diabetico, con cui è seguita la totalità dei pazienti con diabete che afferiscono all'U.O. Diabetologia. A far data dal settembre 2011 sono stati aboliti i p.l. di D.H. Le suddette azioni hanno comportato una riduzione dei ricoveri ospedalieri con diagnosi principale "diabete" di oltre il 20%, il cui dato è rilevabile alla data odierna dal flusso SDO per il periodo gennaio-ottobre 2012. La riduzione del 20% dei ricoveri per diabete ha costituito specifico Progetto per la Qualità rientrante negli addendum contrattuali negoziati con l'ASL per l'anno 2012. Agli atti, trasmissione all'ASL con mail 30/5/2012, prot. n.25503 e 13/12/2012, prot.54061, delle certificazioni a supporto dell'attività svolta dai team diabetologici aziendali.
	11. BPCO e insufficienza respiratoria. Evidenza della attivazione di specifici PDTA relativi alle riacutizzazioni e alla ventilazione meccanica, e attivazione del 85% dei percorsi tele sorveglianza attivabili.	RAGGIUNTO 100%	11 BPCO e insufficienza respiratoria Per l'attivazione di specifici PDTA relativi alle riacutizzazioni ed alla ventilazione meccanica, sono in corso periodiche riunioni finalizzate all'elaborazione di uno specifico documento condiviso con l'ASL.
	12. Sistema Trasfusionale (Strutture sedi di SIMT o DMTE) in collaborazione con CRCC/AREU: - attiva partecipazione alla riorganizzazione del sistema sangue regionale;	RAGGIUNTO 100%	12 Sistema Trasfusionale - Nel corso dell'anno si è attivamente partecipato alle riunioni indette dalla Conferenza Scientifica dei DMTE in AREU/CRS, contribuendo alla stesura della revisione delle attività trasfusionali (accentramento attività di qualificazione biologica e produzione emocomponenti) in 8 macroaree (l'A.O. "Spedali Civili" è sede di macroarea. - Il SIMT, nell'ambito del mantenimento del Sistema Gestione Qualità del Servizio, certificato già da 11 anni secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2008, in sede di riesame della Direzione ha declinato gli obiettivi con i relativi indicatori di efficacia ed efficienza del Servizio che per l'anno in corso sono stati raggiunti. Indicatori di efficienza ed efficacia del sistema sangue regionale verranno condivisi successivamente all'implementazione delle macroaree. - In accordo con AREU/CRCC, il SIMT dell'AO è in linea con la programmazione e la pianificazione della compensazione sia extra-DMTE che intra-DMTE (convezioni con AO Chiari, AO Desenzano, ASL Vallecarnonica). E' stata effettuata e concordata con il CRCC la programmazione degli emoderivati del 1° semestre 2012, del 2° semestre 2012, inviata in data 14/6/2012 agli organi competenti, come pure la programmazione per il 1° semestre 2013, inviata agli organi competenti in data 5/12/2012 e poi integrata in data 10/12/2012. Prosegue la collaborazione con l'Asl di Brescia per il progetto di fornitura e/o somministrazione ai Pazienti emofili ricoverati e
	- adozione ed applicazione di un sistema integrato di indicatori di efficienza e di efficacia per il monitoraggio del sistema sangue regionale;	RAGGIUNTO 100%	
	- realizzazione del piano annuale di programmazione e compensazione di unità di sangue, emocomponenti ed emoderivati.	RAGGIUNTO 100%	

		13. Avvenuta segnalazione preventiva con e-mail dei progetti di comunicazione.	RAGGIUNTO 100%	domiciliari, che garantisce la continuità terapeutica come definito nel Protocollo di intesa sottoscritto con l'ASL (cfr. delibera dell'A.O. 9/9/2009, n.673). 13 Progetti di comunicazione L'A.O. con deliberazione 16/02/2012, n.126, ha adottato il Piano di Comunicazione aziendale per l'anno 2012, inviato in D.G.S. Regione Lombardia con mail 27/02/2012, Prot.8870. L'A.O. ha inoltrato in D.G.S. le segnalazioni preventive dei progetti di comunicazione: "Campagna prevenzione cadute in ambiente ospedaliero e a domicilio" invio con mail 21/6/2012, Prot. n.29086; "Calendario aziendale" invio con mail 25/9/2012; Opuscoli su "La fibrosi cistica spiegata a mia figlia" e "Fibrosi cistica: manuale pratico per genitori in erba" invio con mail 12/10/2012; "Calendario Cucina e saponi in Dialisi peritoneale" invio in data 12/10/2012; Opuscolo informativo "Breast Unit" invio in data 28/12/2012; nonché il report sull'attività di comunicazione 1° semestre 2012 con mail 27/6/2012, Prot. 30565. L'A.O. provvede puntualmente all'invio in D.G.S. della reportistica semestrale degli indirizzi e-mail degli operatori: 1° semestre invio con mail 11/7/2012, prot.32174 e 2° semestre con mail 4/12/2012, prot. n.32174. 14 Semplificazione Il sito web dell'A.O. rispetta le linee guida predisposte per i siti web delle PA, oltre che tutte le normative ad essa correlate, come da rendicontazione inviata in D.G.S. con mail 24/9/2012, Prot. n.42018. L'A.O. provvede alla loro attuazione e al costante aggiornamento per: ambiti istituzionali, modulistica, locator, albo pretorio, obiettivo trasparenza, ricerca medico, siti di patologia, ufficio relazioni con il pubblico, tempi di attesa, posta elettronica certificata, valore delle prestazioni, concorsi notizie, ecc. e partecipa ai convegni sulla tematica (cfr. "Salute e Web", "Costruzione e monitoraggio dell'immagine attraverso i social network", "Il web 2.0 per la P.A. e per una nuova relazione con il cittadino: nuove frontiere per i servizi on-line").
		14. Semplificazione dell'accesso alle informazioni via web da parte del cittadino. Evidenza della adozione delle linee guida per i siti web della PA.	RAGGIUNTO 100%	
Cronicità sviluppo servizi: rispetto integrale di quanto previsto dagli allegati 9, 10, 11, 12, 13, 14 (peso 10)	e	ALLEGATO 9 Indici di offerta – Negoziazione. Valutazione della Performance. Sviluppo del piano di miglioramento della qualità	RAGGIUNGIMENTO 100%	L'A.O. ha intrapreso diverse azioni per la diffusione, analisi e valutazione degli indicatori di performance (dimissioni volontarie, trasferimento tra strutture, ricoveri ripetuti, ritorno in sala operatoria, mortalità totale), coinvolgendo i dirigenti responsabili in un complessivo percorso finalizzato al miglioramento della qualità aziendale, con particolare attenzione alle aree di maggiore criticità. La validità strategica di dette azioni, si è tradotta anche nell'inserimento dei singoli indicatori di efficacia nel Piano Sicurezza Qualità e Gestione del Rischio 2012, adottato dall'A.O. con delibera 28/3/2012, n.255, e

		ALLEGATO 10 Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale Prestazioni ambulatoriali: - Qualità della rilevazione - errori gravi: percentuale di prescrizioni ambulatoriali contenenti errori "gravi" inferiore al 1%; - Tempestività della rilevazione: non più dell'1% di record 28/SAN in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista; - Tempestività: rispetto delle tempistiche indicate dalla DG Sanità per il flusso relativo all'invio dei dati al Ministero della Economia e delle Finanze; - Percentuale di ricette con presenza di IUP (il valore obiettivo per ogni Azienda viene specificato nei piani attuativi del SISS). Prestazioni di Pronto Soccorso: - Completezza della rilevazione: scostamento rispetto a quanto rilevato con il flusso 28/SAN non superiore al 15%; Ricoveri ospedalieri: - Qualità della rilevazione - errori gravi: percentuale di record di SDO contenenti errori "gravi" inferiore al 1%;	RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100%	dedicate negli obiettivi di budget delle singole UU.OO. L'A.O. ha periodicamente monitorato l'andamento di tutti gli indicatori di interesse mediante le pubblicazioni sul Portale di Governo dei dati 2011-2012, aggiornati alla produzione del 31/10/2012. La rendicontazione finale delle medesime è stata trasmessa alla D.G.S. regionale con mail 9/1/2013, prot. n.1270. Prestazioni ambulatoriali: - Qualità della rilevazione: nei primi dieci mesi del 2012 (ultimo dato disponibile) è stata registrata una percentuale di errori di gran lunga inferiore all'1% (prestazioni totali 1.281.677 di cui n.481 con almeno n.1 errore grave: 0,03%); - Tempestività di rilevazione di record 28/SAN: l'A.O. ha ampiamente rispettato la percentuale di ritardi previsti da R.L. (0,11%); Agli atti, verifiche intermedie effettuate attraverso il database regionale e riscontrate alla D.G.S. con Note mail dell'A.O. 3/9/2012, prot. n.39507 e 8/1/2013, prot. n.999; - Il flusso relativo all'invio dei dati al Ministero della Economia e delle Finanze viene trasmesso nei tempi previsti. - Sono state fornite informazioni ai punti di accettazione circa l'acquisizione del codice IUP ed è stata realizzata formazione ai Medici Specialisti per l'utilizzo dello stesso in fase di emissione della prescrizione; la percentuale delle ricette specificata nei piani attuativi SISS viene rispettata. Prestazioni di Pronto Soccorso: - I Servizi Informativi-Informatici Aziendali e il Servizio Accredimento e flussi hanno implementato una modalità di estrazione dati verso flusso 6/SAN a partire dalla stessa fonte dati che alimenta il flusso 28/SAN. Lo scostamento non è superiore al 15%. Ricoveri ospedalieri: - La percentuale di errore - pari allo 0,01% - è nettamente inferiore al limite consentito dell'1%. Alla data del 31/12/2012 risultano infatti solo n.8 errori gravi nel flusso SDO regionale su un totale di 61.006 SDO inviate relative ai dimessi gennaio-ottobre 2012. Il dato è confermato dalle informazioni di ritorno relative al flusso ESITI SDO da parte del competente servizio Regionale (Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatazza e Controllo). Alla data del 31/12/2012 risultano pervenuti a questa A.O. gli esiti dei dati di ricovero del periodo gennaio-ottobre 2012. Si precisa comunque che entro il termine della chiusura dei flussi anno 2012 questa A.O. provvederà alla correzione dei record errati residui.
--	--	--	---	--



		- Tempestività della rilevazione: nessun ritardo oltre 1 mese, rispetto alle scadenze previste (da questa rilevazione vanno esclusi i DH di tipo non chirurgico) • Flusso Endoprotesi: - Percentuale di completezza nella compilazione dei campi per i record endoprotesi (SDO4): scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale • Flussi Ministeriali: - Percentuale di modelli dei Flussi Ministeriali segnalati oltre il termine stabilito dalle regole inferiore al 1% • Certificati di Assistenza al Parto: - Scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale di parti non rilevati col CeDAP rispetto ai parti segnalati con le SDO; - Percentuale di errore inferiore al 4% nei campi: data di nascita della madre, data del parto, età gestazionale, modalità del parto, presentazione del neonato; - Tempestività della rilevazione: percentuale in ritardo oltre il mese non superiore al 5% • Rilevazione delle attività sanitarie degli Stranieri: - Completezza della rilevazione degli stranieri UE o da paesi con convenzione: percentuale di record SDO3 superiore al 95%; • Chiusura dei Flussi informativi dei dati di attività per il 2011: - Invio di tutti i flussi informativi entro il 15 febbraio 2012.	RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100%	- Alla data del 31/12/12 non si segnalano ritardi oltre 1 mese nell'invio dei dati relativi al flusso SDO. • Flusso endoprotesi: - I dati relativi al flusso SDO4 sono stati puntualmente inviati completi in ogni campo alla data di scadenza prevista in aderenza al tracciato Regionale. A oggi non sono pervenuti a questa A.O. dati riferiti alla media regionale e conseguentemente non è possibile verificare il rispetto dell'indicatore previsto. - La trasmissione del flusso endoprotesi (SDO4) avviene mediante "Debito Informativo SISS" con cadenza mensile (ultimo invio effettuato il 20/12/2012). • Flussi ministeriali: - % ritardo = 0. - L'A.O. ha provveduto all'inserimento nell'applicativo Regionale on-line di tutti i modelli richiesti, entro le scadenze previste alla data del 31/01/12, 30/04/12, 31/07/2012 e 31/10/2012. Agli atti n° 2 stampe "Moduli inseriti" e "Statistiche rilevazione" prodotte dall'applicativo Regionale, aggiornate al 31/12/2012. • Certificati di assistenza al parto: - Tutti i parti avvenuti presso l'A.O. sono stati rilevati con CEDAP (al 30/11/2012 n.3406 parti/n. 3406 CEDAP); - Ad oggi non risultano rilevazione di errori; - Tutti i parti effettuati sono stati rilevati entro il mese • Rilevazione delle attività sanitarie degli Stranieri: - Il controllo routinario dei dati per la rilevazione degli stranieri EU o da paesi con convenzione permette di monitorare questo indicatore. La completezza dei dati trasmessi nel periodo gennaio-novembre 2012 evidenzia il raggiungimento dell'obiettivo: % dei record SDO3 è pari al 100%. • Chiusi e trasmessi entro i termini previsti (15/02/2012) tutti i flussi dei dati di attività relativi all'anno 2011.
		ALLEGATO 11 Attività di controllo e tempi di attesa Tempi d'attesa - Invio dei Piani semestrali Aziendali di Governo dei	RAGGIUNTO	Attività di controllo e tempi di attesa Tempi d'attesa - L'A.O. ha inoltrato puntualmente alla D.G.S. regionale entro il

		Tempi di Attesa (PGTAz), esclusivamente su supporto informatico e in formato non modificabile, entro il 29 febbraio ed entro il 31 luglio del 2012, redatti congruentemente con i Piani Attuativi delle ASL. - Partecipazione alle 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa in attività istituzionale delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale (di cui alla DGR n. IX/1775/2011) e alle 2 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa sia in attività istituzionale sia A.L.P.I. e S. delle prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale (di cui al PNGLA 2010-2012), nel rispetto delle modalità di raccolta dati e delle tempistiche di invio degli stessi di cui al "Disciplinare Tecnico Ambulatoriale, Ricoveri e Radioterapia" (presente sul Portale RL_MTA) e successive comunicazioni riferite all'esercizio in corso (ad oggi note prot. n. H1.2011.0036359 del 13.12.2011 e n. H1.2012.0010656 del 02.04.2012). - Completo rispetto dei tempi obiettivo previsti al punto 22 dell'Allegato alla DGR n. IX/1775 del 28.07.2011 per almeno il 95% dei primi accessi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di radioterapia oggetto di monitoraggio regionale. A questo proposito, si precisa che a partire da quest'anno le valutazioni condotte da questa Direzione in ordine al raggiungimento del suddetto obiettivo, utilizzeranno quale criterio di validazione dei dati comunicati in occasione delle 12 rilevazioni di prevalenza sul Portale RL_MTA, sia le informazioni desumibili dal flusso ex-post di cui alla Circolare 28/San che i dati presenti sul circuito di prenotazione SISS.	100%	29/02/2012 ed entro il 31/07/2012 - su supporto informatico - il Piano di Governo dei Tempi d'Attesa delle Aziende Ospedaliere per il 1° semestre 2012 con Prot. 28/02/2012, n. 0009290 e per il 2° semestre 2012 con Prot. 13/07/2012, n.0032431. rilevazioni T.A. del: • 11/01/2012 Prot. A.O. 0002210 del 16/01/12 • 08/02/2012 Prot. A.O. 0006812 del 13/02/12 • 07/03/2012 Prot. A.O. 0011895 del 12/03/12 • Dal 16 al 20/04/2012 Prot. A.O. 0018885 del 23/04/12 • 09/05/2012 Prot. A.O. 0023027 del 14/05/12 • 06/06/2012 Prot. A.O. 0027145 del 11/06/12 • 04/07/2012 Prot. A.O. 0031831 del 10/07/12 • 01/08/2012 Prot. A.O. 0035511 del 06/08/12 • 05/09/2012 Prot. A.O. 0040170 del 10/09/12 • Dal 01/10 al 05/10/2012 Prot. A.O. 0043862 del 05/10/12 • 07/11/2012 Prot. A.O. 0049208 del 12/11/12 • 12/12/2012 Prot. A.O. 0054562 del 17/12/12 % di fuori soglia nelle 12 rilevazioni • 11/01/2012 - 6.41% • 08/02/2012 - 5.07% • 07/03/2012 - 4.57% • 16/04/2012 - 5.35% • 09/05/2012 - 5.67% • 06/06/2012 - 5.67% • 04/07/2012 - 5.37% • 01/08/2012 - 5.11% • 05/09/2012 - 4.60% • 03/10/2012 - 4.45% • 07/11/2012 - 4.55% • 12/12/2012 - 4.76% Nell'ultimo periodo dell'anno si è garantito il rispetto del limite soglia previsto dalla regione per quanto riguarda i tempi di attesa.
		ALLEGATO 12 Farmaceutica e protesica 1. Inserimento nei prontuari aggiornati alla dimissione di AO/Fondazioni, condivisi con le ASL, l'uso e la prescrizione alla dimissione dei farmaci biosimilari a pazienti di nuova diagnosi ("drug naïve") Indicatore : pubblicazione del prontuario aggiornato sia da parte della ASL che delle AO/Fondazioni con inserimento dei biosimilari.	RAGGIUNTO 100%	Farmaceutica e protesica 1 Nel 2012 sono stati inseriti tutti i farmaci biosimilari in commercio nel Prontuario terapeutico ospedaliero e sensiblizzati gli specialisti sulla loro prescrizione e uso elettivo per pazienti di nuova diagnosi. Dette azioni hanno costituito specifico Progetto per la Qualità rientrando negli addendum contrattuali negoziati con l'ASL per l'anno 2012. Agli atti, documentazione e certificazione dell'A.O. trasmessa all'ASL con mail 30/05/2012, prot. n.25511, mail 27/11/2012, prot. n.51840 e mail 13/12/2012, prot. n.54179. L'A.O. ha provveduto a pubblicare sul sito internet aziendale il XXI Prontuario Farmaceutico, aggiornato



			secondo le indicazioni concordate con l'ASL alla data del 12/12/2012, diffondendolo inoltre a tutti i medici specialisti. Tale documento è stato discusso nell'ambito delle riunioni aziendali di dipartimento, insieme ai formatori individuati con il coinvolgimento - oltre che dei farmacisti - sia dei clinici scelti dalle direzioni Sanitarie, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, al fine di garantire la migliore integrazione ospedale-territorio (cfr. incontri del 23/11/2012, 27-28/11/2012, 4/12/2012). Si conferma che tutti i Biosimilari in commercio quali l'Ormone della crescita Figastrim e eritropoietine biosimilari, rispettivamente Omnitrope, Tenvagastim, Rinocrit e Betacrit, sono già in uso da tempo presso questa A.O.. Per quanto riguarda l'Eritropoietina Alfa, sono state avviate le procedure d'acquisto - sentiti i clinici interessati - inserendo due lotti, rispettivamente per l'ambito nefrologico ed oncoematologico; in questa fase, al fine di promuoverne l'utilizzo nei pazienti di nuova diagnosi, sono in fase di acquisto Binocrit e Retacrit. Per quanto riguarda l'ambito oncoematologico ci si attiene per le sindromi mielodisplastiche alle specifiche indicazioni fornite dall'ASL ed è già avviata la prescrizione nei pazienti Naives. 2 Nel corso del 2012 l'A.O. ha effettuato le procedure di autocontrollo richieste con specifiche comunicazioni dall'Asl - pari al 100% - relative ai periodi: - Farmaci oncologici-ofthalmologici: gennaio-aprile 2012 e riguardanti: Oculistica (Lucentis 106, Macugen 5), Nefrologia, Infettivi, Medicina Nucleare, Ematologia, Oncologia, Pneumologia, Immunologia, Epatologia, Riabilitazione Cardiologica, Neurologia per un totale di n.2585 file. Oncoematologia pediatrica n.32 file. P.O. Gardone n.79 file. P.O. Montichiari n.133 file; entro il termine del 27/7/2012 l'A.O. ha restituito all'ASL i record integrati con l'esito dell'autocontrollo (cfr. Nota mail 26/07/2012, Prot. n.33887); maggio-ottobre 2012 e riguardanti: Oculistica (Lucentis 144, Nefrologia, Infettivi, Medicina Nucleare, Ematologia, Oncologia, Pneumologia, Immunologia, Epatologia, per un totale di n. 4112 file. Oncoematologia Pediatrica n. 47 file, P.O. Gardone n. 82 File, P.O. Montichiari n. 132 File; entro il termine del 7/12/2012 l'A.O. ha restituito all'ASL i record integrati con l'esito dell'autocontrollo (cfr. Note del 5/12/12 Prot. nn. 53331 e n. 53336); - Tipologia 15: gennaio-aprile 2012 n. 1629 file; maggio-ottobre 2012 n. 2790 file (P.O. Spedali Civili n. 2507, P.O. Gardone n. 74, P.O. Montichiari n. 209), procedendo a liquidare il 100% delle note di credito pervenute. 3 Il Dipartimento Infettivi dell'A.O. ha seguito con attenzione l'applicazione del PDT per il Paziente HIV/AIDS, con razionalizzazione e riduzione della spesa totale intorno al 5%
		RAGGIUNTO 100%	
	2. Controllo dei farmaci innovativi: Indicatore : - Controllo dell'85% della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci oncologici ed oftalmologici con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2 o 1), con risultato di record corretti pari al 100%.	RAGGIUNTO 100%	
	- Controllo e correttezza del 100% dei record della tipologia 15 con riscontro della nota di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi di risk-sharing. 3. Adozione e diffusione del "Percorso diagnostico terapeutico (PDT) del paziente affetto da malattia HIV/AIDS" approvato con DDG n. 7485/2011.	RAGGIUNTO 100%	

				- Dematerializzazione L'A.O. produce un numero sempre maggiore di documenti sanitari in formato elettronico e aderirà a progetti regionali di dematerializzazione e digitalizzazione delle Cartelle Cliniche Cartacee. - Rete Regionale di Prenotazione L'adeguamento alle indicazioni contenute nel "Piano di Diffusione 2012" del Call Center Regionale è avvenuto secondo le scadenze indicate, sia per i Servizi Complementari che per il GP++. I livelli di servizio del CUP aziendale sono rispettati. - Pagamento ticket tramite SISS L'A.O. ha provveduto all'attivazione del canale di pagamento dei ticket sanitari mediante Poste Italiane. Il collaudo dell'integrazione è regolarmente avvenuto in data 19/11/2012. - FSE/GASS - Fascicolo Sanitario Elettronico e Gestione Accesso Semplificato ai Servizi Le attività relative all'attivazione del GASS sono avvenute secondo i tempi pianificati. L'A.O. ha rilasciato un numero notevole di credenziali GASS e ha promosso il servizio mediante interviste presso emittenti radiofoniche e televisive. - Refertazione (attività funzionali al Focus 2012) Nonostante il passaggio di tutti i dipartimentali ai nuovi metodi FSE e l'attivazione del referto strutturato CDA2 per il Laboratorio Analisi, il numero dei Documenti Clinici Elettronici pubblicati sul Fascicolo Sanitario Elettronico è in linea con gli obiettivi quantitativi assegnati, in aumento rispetto ai volumi dell'anno 2011 e con percentuali prossime al 100% di documenti prodotti. - Applicazione Modello di Maturità I Sistemi Informativi Aziendali hanno aderito all'iniziativa e hanno presentato la valutazione del modello di maturità nei tempi concordati con Lombardia Informatica. L'incontro conclusivo è avvenuto nel mese di Agosto 2012. - Piano di Evoluzione del SIA L'AO ha aderito al servizio regionale di Fleet Management, attivato in modo parziale il 03/12/2012. Vengono regolarmente inserite nel Piano di Evoluzione tutte le acquisizioni applicative ed infrastrutturali, con una visione prospettica di medio-lungo periodo. - Certificati medici online: Non essendo ancora stato emesso il nuovo disciplinare tecnico relativo ai Certificati Medici OnLine, l'A.O. prosegue la trasmissione secondo le modalità attuali. Non sono state definite le modalità di trasmissione dei certificati di infortunio (INAIL).
				RAGGIUNTO '100%
				- In fase di definizione le modalità di introduzione della modalità di trasmissione informatica per i certificati medici di infortunio sul lavoro secondo uno specifico accordo tra Regione Lombardia e INAIL. Utilizzo della modalità di trasmissione informatica dei certificati medici di infortunio sul lavoro secondo le indicazioni regionali.



[Handwritten signature]

Formazione del personale: rispetto integrale di quanto previsto dall'allegato 5 (peso 5)	ALLEGATO 5 Formazione e sviluppo dei professionisti del SSR: - ECM-Provider. Partecipazione di almeno un dirigente amministrativo a tutti gli eventi formativi sui temi in area giuridico-amministrativa proposti dal Piano di Formazione della Direzione Generale Sanità ed organizzati da Eupolis Lombardia: costituirà oggetto di valutazione non solo la partecipazione agli eventi formativi, ma anche la corrispondenza tra le funzioni svolte dal partecipante individuato dalla Azienda e il profilo richiesto dalla DG Sanità per i corsi proposti.	RAGGIUNGIMENTO 100%	L'A.O. aderisce puntualmente a tutti gli eventi formativi sui temi proposti dalla D.G.S. ed organizzati da Eupolis Lombardia. In particolare, per l'area giuridico-amministrativa, si elencano i corsi organizzati da Eupolis Lombardia ai quali ha partecipato almeno un dirigente amministrativo nell'anno 2012: - SDS 12036/AI "Responsabilità sanitaria tecniche di gestione delle richieste risarcitorie e relativa riservazione". - SDS 12098/CI "Responsabilità sanitaria tecniche di gestione delle richieste risarcitorie e relativa riservazione. Modulo avanzato". - SDS 12043/AI "Le buone prassi della comunità professionale dei Direttori Amministrativi delle Aziende del SSR". - SDS 1280/AI "La comunicazione in Sanità". - SDS 12054/AI "Il procedimento amministrativo". - SDS 12054/BI- "Il procedimento amministrativo".
Acquisti: rispetto integrale di quanto previsto dall'allegato 3 (peso 13)	ALLEGATO 3 Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di Indirizzo Razionalizzazione della logistica - Partecipazione alle aggregazioni Rispetto della programmazione definita dalle aggregazioni di acquisto; - Valore procedure aggregate su totale acquisti Valutazione del valore degli acquisti tramite procedure aggregate su totale acquisti anno 2012; - Qualità dati osservatori	RAGGIUNGIMENTO 100%	- L'A.O. "Spedali Civili" di Brescia appartiene all'AIPEL. Nell'ambito degli incontri periodici già in precedenza al 2012 venivano programmati acquisti in aggregazione. Per l'anno in corso, dopo una prima comunicazione alla D.G.S. regionale in data 30/01/2012 della programmazione gare AIPEL, le Aziende appartenenti alla suddetta unione d'acquisto, in apposita riunione del 19/02/2012, hanno puntualizzato lo scadenza del biennio 2012-2013, trasmesso in data 27/02/2012 - con nota prot.5058/GS/sgs-, in R.L. a cura del proprio Coordinatore. Successivamente il Coordinatore AIPEL ha trasmesso in R.L. in data 10/04/2012, un aggiornamento della programmazione 2012, comprensiva degli acquisti consorziati per apparecchiature biomedicali. In data 3/12/2012 il Coordinatore AIPEL ha trasmesso in R.L. sia l'aggiornamento delle gare aggregate 2012 sia la programmazione gare aggregate 2013. Il rispetto della programmazione definita in seno all'AIPEL è verificabile dallo schema allegato alla presente scheda. - Il valore complessivo annuo delle gare aggregate programmate nel 2012 (pubblicate e da pubblicare) come capofila o mandante, è di euro 17.119.000,00.- (numeratore), mentre il valore complessivo degli acquisti anno 2012 riferito alle categorie del CEMIN è di euro 245.536.000,00.- (denominatore). Euro 17.119.000,00.-: Euro 245.462.000,00.- = 0,07 (7%) valore procedure aggregate su totale acquisti. Si precisa che mentre il numeratore è costituito solo da gare da espletare nel 2012, il denominatore comprende anche gare già in corso. Si consideri che circa il 58% degli acquisti effettuati nel 2012 deriva da procedure di gara aggregate.

	Tempestività e correttezza nella comunicazione dei dati contratti e consumi "Osservatorio acquisti", "Osservatori servizi" e ORPT.	RAGGIUNTO 100%	- OSSERVATORIO SERVIZI: L'A.O. ha sempre rispettate le scadenze richieste da Regione Lombardia per la trasmissione di flussi; in particolare per l'anno 2012: - Flusso "Osservatorio Servizi": caricamento Web dei dati II semestre 2011, confermato da e-mail A.O. del 8/02/2012 Prot. Gen. 6019/2012, a riscontro della e-mail Regionale del 20/12/2011; - Flusso "Osservatorio Servizi": caricamento Web dei dati I semestre 2012, confermato da e-mail A.O. del 30/07/2011 Prot. Gen. 34318/2012, a riscontro della e-mail Regionale del 25/06/2012 (PG. 29626/2012). - OSSERVATORIO ACQUISTI: - Flusso Consumi: sono state rispettate le scadenze mensili richieste; - Flusso contratti: sono state inviate all'osservatorio a mezzo Applicativo regionale Gare WEB, le gare effettuate dopo aver integrato/adeguato il sistema gestionale aziendale al nuovo programma regionale, rilasciato a febbraio 2012. Sono stati inoltrati anche i relativi contratti emessi e gli acquisti. Il flusso è comunque informatizzato/automatizzato tramite Web Services e quindi vengono solo gestite in forma manuale le anomalie e gli errori segnalati. - ORPT Nessun flusso richiesto.																		
	Adesione gare CRA Numero adesioni dell'anno su totale convenzioni attive.	RAGGIUNTO 100%	L'AO ha aderito a n 6 convenzioni CRA attive rispetto alle 11 ora attive destinate ad Aziende sanitarie: - fornitura prodotti di cancelleria tradizionale ed ecologica - prosecuzione fornitura di cui sopra - fornitura ausili monouso ad assorbenza per incontinenti - fornitura carta in risme (fino al 31.01.2012) - fornitura carta in risme - fornitura soluzioni infusionali																		
	Incremento utilizzo Sintel Incremento di almeno +20% in termini di n° procedure e di valore.	RAGGIUNTO 100%	GARE SINTEL a dicembre 2012: <table><tr><th>Gare</th><th>N.</th><th>IMPORTO</th></tr><tr><td>Aggiudicate</td><td>42</td><td>172.943.876,00</td></tr><tr><td>In valutazione</td><td>9</td><td>16.365.892,00</td></tr><tr><td>Deserte</td><td>2</td><td>358.600,00</td></tr><tr><td>Lanciate (aperte)</td><td>4</td><td>980.000,00</td></tr><tr><td>Totale</td><td>57</td><td>190.648.368,00</td></tr></table> Con l'attuale programmazione viene abbondantemente superato l'incremento richiesto su base annua del 20% sia in termini numerici delle procedure che di valore.	Gare	N.	IMPORTO	Aggiudicate	42	172.943.876,00	In valutazione	9	16.365.892,00	Deserte	2	358.600,00	Lanciate (aperte)	4	980.000,00	Totale	57	190.648.368,00
Gare	N.	IMPORTO																			
Aggiudicate	42	172.943.876,00																			
In valutazione	9	16.365.892,00																			
Deserte	2	358.600,00																			
Lanciate (aperte)	4	980.000,00																			
Totale	57	190.648.368,00																			



		Qualità e fattibilità dei progetti di logistica e servizi amministrativi Ricezione del Progetto nei termini stabiliti dalle Regole e valutazione fattibilità del Progetto stesso.	RAGGIUNTO 100%	In data 29/6/2012, con Nota A.O. Prot.30778, sono stati inviati in D.G.S. i seguenti 3 progetti: a. Integrazione Logistica Magazzino Economico condiviso con ASL Brescia (capofila), A.O. di Desenzano del Garda, A.O. Carlo Poma di Mantova, ASL di Mantova, A.O. di Crema, ASL di Cremona; b. Riorganizzazione e centralizzazione del patrimonio archivistico (solo AO Spedali Civili); c. Razionalizzazione della logistica interna del farmaco e del materiale sanitario (solo AO Spedali Civili). Con nota 5/12/2012, Prot.H1.2012.0034815, la D.G.S. di R.L. ha inviato le prime valutazioni relativamente ai progetti di cui ai punti a) e c). Relativamente alla piattaforma Scriba l'A.O. ha approntato i seguenti documenti: - In evasione alla richiesta D.G.S. R.L. 14/12/2011, Prot.H1.2011.36565, l'A.O. ha provveduto con Nota 20/12/2011, prot.61634 alla comunicazione dei nominativi dei dirigenti Aziendali abilitati all'accesso sulla piattaforma SCRIBA. Contestualmente, i Dirigenti preposti sono stati abilitati alla loro registrazione sulla piattaforma SCRIBA; - Con riferimento alla richiesta D.G.S. R.L. 20/1/2012 prot.H1.2012.2367, l'A.O. con Nota 23/1/2012, prot.3288 ha trasmesso l'atto di Delega del Direttore Generale al Responsabile del Servizio Economico Finanziario alla produzione di una copia digitale di ogni documento di Bilancio, ai sensi dell'art. 23 ter, comma 3, del D.Lgs. 82/2005; - In data 6/2/2012 si è provveduto alla trasmissione tramite piattaforma SCRIBA della Delibera dell'A.O. 3/2/2012, n.90, relativa al Bilancio di Previsione, recepita da Regione Lombardia con Prot. 6/2/2012 n. H1.2012.4000; - In data 16/2/2012 si è provveduto alla trasmissione tramite piattaforma SCRIBA del Verbale del Collegio Sindacale dell'A.O. 7/2/2012, n. 2, recepito da Regione Lombardia con Prot. 16/2/2012, n.H1.2012.5285; - In data 16/4/2012 si è provveduto alla trasmissione tramite piattaforma SCRIBA della Rendicontazione GET 1° trim. 2012, recepita da Regione Lombardia con Prot. 16/4/2012, n. H1.2012.12035; - In data 29/5/2012 si è provveduto alla trasmissione tramite piattaforma SCRIBA della Delibera dell'A.O. 28/5/2012, n.363, relativa al Bilancio d'Esercizio 2011, recepita da Regione Lombardia con Prot. 29/5/2012, n. H1.2012.17078; - In data 12/6/2012 si è provveduto alla trasmissione tramite piattaforma SCRIBA del Verbale del Collegio Sindacale dell'A.O. 4/6/2012, n.7, recepito da Regione Lombardia con Prot. 12/6/2012, n.H1.2012.18407;
Bilanci (peso 12)	Attuazione Progetto SCRIBA	Utilizzo a pieno della piattaforma Rispetto e corretta attuazione delle procedure legate al sistema SCRIBA, in relazione a tutti i flussi informativi previsti.	RAGGIUNGIMENTO 100%	



(Handwritten signature)

			- In data 16/7/2012 si è provveduto alla trasmissione tramite Piattaforma SCRIBA della Rendicontazione CET 2° trim. 2012, recepita da Regione Lombardia con Prot. 16/7/2012, H1.2012.22153; - In data 22/10/2012 si è provveduto alla trasmissione tramite Piattaforma SCRIBA della Rendicontazione CET 3° trim. 2012 recepita da Regione Lombardia con Prot. 22/10/2012, H1.2012.30429; - In data 15/11/2012 si è provveduto alla trasmissione tramite Piattaforma SCRIBA del Verbale del Collegio Sindacale n. 13 del 29.10.2012 (CET III trimestre 2012) recepito da Regione Lombardia con Prot. 15/11/2012, H1.2012.32877; - In data 19/12/2012 si è provveduto alla trasmissione tramite Piattaforma SCRIBA della tabella autorizzazione variazione e riclassificazione ricavi e costi al III CET 2012 recepita da Regione Lombardia con nota Prot.19/12/2012, H1.2012.37065. • Relativamente alla attuazione delle linee guida regionali inerenti al Dlgs 118/2011 l'Azienda ha dato attuazione alle istruzioni impartite con Circolare Prot. H1.2012.30113 del 17.10.2012. • La situazione finanziaria aziendale è stata rappresentata nelle seguenti documentazioni: - Budget Finanziario di Previsione 2012 allegato alla Delibera del Bilancio Preventivo 3/2/2012, n.90 e per il quale non sono emerse osservazioni da parte dei competenti Servizi regionali; - Budget finanziario al primo trimestre 2012, inviato alla prescritta scadenza del 20/4/2012 con Nota A.O. 19/4/2012, prot. 18572 e-mail del 20/4/2012; - Budget finanziario al secondo trimestre inviato alla prescritta scadenza del 23/7/2012 con nota A.O. 16/7/2012, prot. 32956 e-mail del 23/7/2012; - Budget Finanziario al terzo trimestre inviato alla prescritta scadenza del 26/10/2012 con Nota A.O. 22/10/2012, prot. 46623 e-mail del 26/10/2012; • Le regolarizzazioni contabili dei pagamenti in G3S sono state effettuate nel rispetto delle indicazioni regionali, per singola data valuta. Si precisa che le regolarizzazioni con la ASL sono previste entro la fine del mese di riferimento. • L'A.O. ha conseguentemente ottemperato al debito informativo SIOPE mediante l'invio degli ordinativi di pagamento e di incasso al Tesoriere. - Prospetto dimostrativo delle avvenute regolarizzazioni relativamente al 1° semestre 2012 è stato esaminato dal Collegio Sindacale (cfr. Verbale n. 10 del 16/7/2012) senza alcun rilievo; - Prospetto dimostrativo delle avvenute regolarizzazioni relativo al 2° semestre 2012 verrà sottoposto al Collegio Sindacale per la prescritta relazione semestrale nella prima seduta utile del 2013. Il Bilancio di Previsione 2012 adottato dall'A.O. con Delibera 3/2/2012,
			RAGGIUNGIMENTO 100% RAGGIUNTO 100% RAGGIUNTO 100%
	Attuazione D.Lgs. n.118/2011 • Rispetto indirizzi in materia • Rispetto e corretta attuazione delle linee guida regionali di attuazione del DLgs n. 118/2011 • Miglioramento rappresentazione della situazione finanziaria delle aziende - Puntuale rispetto di tempi e modalità di pagamento degli erogatori pubblici e privati (regole);(ASL)	- Regolarizzazione contabile dei pagamenti tramite G3S (Finlombarda) entro i tempi e con le modalità previste dalle linee guida regionali attraverso apposita relazione del Collegio Sindacale al I semestre e al II semestre.	
	Approvazione dei Bilanci di previsione senza		

	Bilanci di previsione senza sospensioni	sospensioni Numero sospensioni	RAGGIUNGIMENTO 100%	n. 90, è stato approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. 18/4/2012, n. 3306. Non sono stati emessi da parte Regionale provvedimenti di sospensione. Nella Delibera di adozione del Bilancio di Previsione 3/2/2012, n. 90, approvata dalla Giunta Regionale con DGR 18/4/2012, n. 3306, l'A.O. ha adottato il Piano investimenti 2012. Si precisa che il piano investimenti 2012 approvato nel Bilancio di Previsione 2012, ammontante a Euro 7.135/1000, rappresentava un di cui del valore soglia di Euro 8.722/1000. In ottemperanza alla Circolare Regionale 19/11/2012, prot. H1.2012.33105, l'A.O. in data 30/11/2012 ha inoltrato in Regione Lombardia con Nota prot. 52421 l'aggiornamento dettagliato degli investimenti effettuati entro la data del 31/10/2012, sulla scorta di priorità, contingenze ed urgenze costantemente monitorate. Si evidenzia che gli investimenti attuati rientrano nel limite del tetto assegnato di Euro 8.722/1000 (1,50% sui ricavi della produzione al netto dei costi capitalizzati e dei ricavi di libera professione deliberati a preventivo 2012, pari a Euro 581.451/1000). L'A.O. conferma il rispetto del crono programma e dei costi relativi all'intervento denominato "Project Finance 2".
Edilizia sanitaria	Rispetto dei crono programmi, dei costi e dei quadri tecnico-economici relativi agli interventi contenuti nell'AdPQ e nei successivi atti integrativi nonché nelle Note attuative regionali (peso 9)	ALLEGATO 7: Edilizia sanitaria Si rinvia alle singole note inviate dalla U.O. Programmazione e Sviluppo piani della R.L.	RAGGIUNGIMENTO 100%	
Macroattività Ambulatoriale Complessa	Attuazione della macroattività ambulatoriale complessa (peso 9)	ALLEGATO 9: Indici di offerta - Negoziazione: Attuazione di tutte le indicazioni regionali sia per quanto attiene le attività di controllo che di accreditamento. Valutazione della qualità e sicurezza del paziente.	RAGGIUNGIMENTO 100%	L'iter accreditamento si è concluso positivamente con Deliberazione dell'ASL di Brescia n. 641 del 07/12/2011 e con Nota D.G.S. Regione Lombardia 22/12/2011 Prot. H1.2011.0037558. Sono stati rispettati i vincoli Regionali che imponevano la riduzione dell'80% dei posti letto Day Hospital accreditati, passando da n.186 a n.37, con contemporaneo accreditamento di 118 posti tecnici MAC. L'attività è a regime ed è stata implementata una procedura Aziendale - nell'ambito dell'adozione del "Piano Sicurezza Qualità e Gestione del Rischio" di cui alla deliberazione A.O. 28/3/2012, n.255 - che ha previsto la corretta erogazione e rendicontazione delle prestazioni secondo le regole e gli standard regionali di accreditamento, a garanzia della qualità delle prestazioni e della sicurezza del paziente.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Cornelio Cappini)

